

**FECHA:** 08/05/2024

### DATOS GENERALES

**Lugar:** DCSNS  SRS  Hospital  CPN

**\*Nombre del lugar:** Hospital Regional Infantil Dr. Arturo Grullón

**Área:** Calidad / Planificación y Desarrollo

**Nombre de la Actividad:** Seguimiento al del plan de mejora CAF anterior

**Código POA (Si aplica):** 4.1.1.17.05

### INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene como objetivo mostrar el seguimiento y el avance de las acciones de mejora en base al plan de mejora CAF del HIRDAG.

### OBJETIVO DEL INFORME

Evaluar y comunicar de manera clara y concisa el progreso y los resultados obtenidos en la implementación del plan de mejora del HIRDAG, basado en el enfoque CAF, con el fin de demostrar el seguimiento y los avances logrados en las acciones de mejora.

### METODOLOGIA (Si aplica)

Para evaluar el grado de cumplimiento del plan de mejora institucional, el departamento de planificación y desarrollo llevó a cabo evaluaciones periódicas, en las cuales se solicitó a cada responsable presentar sus avances y evidencias correspondientes. Estas evidencias fueron meticulosamente analizadas y valoradas siguiendo el rango de puntuación establecido en las fichas elaboradas por el Ministerio de Administración Pública (MAP). Dicho rango de puntuación se compone de los siguientes porcentajes: 0%, 20%, 25%, 33%, 40%, 50%, 60%, 66%, 75%, 80% y 100%.

### DESARROLLO / HALLAZGOS

El presente informe describe en detalle el proceso y las acciones llevadas a cabo en la implementación del plan de mejora del HIRDAG, basado en el enfoque CAF. A continuación, se detallan las etapas clave y se resaltan los principales hallazgos obtenidos:

**Identificación de áreas de mejora:** En primer lugar, se realizó un análisis exhaustivo de la situación actual del HIRDAG para identificar las áreas que requerían mejoras. Se llevaron a cabo evaluaciones internas y externas, así como la recopilación de opiniones y retroalimentación del personal.

**Definición de acciones de mejora:** Con base en los hallazgos del análisis, se establecieron acciones de mejora específica, clara y alcanzable. Cada acción fue definida con objetivos claros y se asignaron responsables para su implementación.

**Planificación y ejecución:** Se desarrolló un plan detallado que incluía los plazos, recursos necesarios y actividades específicas para cada acción de mejora. El equipo responsable supervisó la ejecución de las acciones, asegurando que se cumplieran los objetivos establecidos.

**Monitoreo y seguimiento:** Durante el proceso de implementación, se realizó un seguimiento continuo de las acciones de mejora. Se llevaron a cabo reuniones regulares para evaluar el progreso, identificar posibles desviaciones y tomar medidas correctivas cuando fuera necesario.

**Recolección de datos:** Se emplearon diversos métodos para recolectar información relevante. Se realizaron entrevistas individuales con los miembros clave del equipo para recopilar información cualitativa sobre el progreso y los desafíos encontrados. Además, se utilizaron encuestas estructuradas para obtener datos cuantitativos sobre la percepción del personal respecto a las acciones de mejora.

**Análisis de datos:** Los datos recolectados fueron analizados de manera cualitativa y cuantitativa. Se identificaron patrones, tendencias y áreas de mejora adicionales. Los resultados obtenidos se compararon con los objetivos establecidos para evaluar el progreso y determinar el impacto de las acciones implementadas.

**Resultados y principales hallazgos:** Los resultados del análisis revelaron avances significativos en la implementación del plan de mejora del HIRDAG. Se observaron mejoras en la eficiencia operativa, la calidad del servicio y la satisfacción del personal. Sin embargo, también se identificaron áreas que requieren una atención adicional para lograr los objetivos establecidos.

En resumen, el proceso de implementación del plan de mejora del HIRDAG se llevó a cabo siguiendo una metodología estructurada. Las acciones de mejora fueron planificadas, ejecutadas y monitoreadas de manera efectiva. Los resultados obtenidos demuestran avances significativos, pero también señalan la necesidad de continuar trabajando en algunas áreas específicas. Estos hallazgos proporcionan una base sólida para la toma de decisiones y la mejora continua en el HIRDAG.

## RESULTADOS / CONCLUSIONES

### Criterio 1: Liderazgo

#### 1.Sub-criterio 1.1.6

Área de mejora: Preparan la organización para los desafíos y cambios de la transformación digital (por ejemplo, estrategia de digitalización, capacitación, pautas para la protección de datos, otros).

Acción de mejora	Tareas realizadas	Estado de realización
Implementación de la Página Web y Portal Gobierno	1. Solicitud a la OPTIC para acompañamiento.	100%
	2. Designar un equipo integrado por técnicos del departamento de cómputos para dar seguimiento.	
	3. Realizar y aprobar el diseño de la página web y portal gobierno.	
	4. Implementar la página web y el portal gobierno.	



**2. Sub-criterio 1.3.7**

Área de mejora: No se reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.

Acción de mejora	Tareas realizadas	Tareas por realizar	Estado de realización
Implementación de la Página Web y Portal Gobierno	1. Definir las políticas para los reconocimientos al personal institucional	3. Gestionar un mural de reconocimiento institucional	50%
	2. Socializar con el personal los criterios y políticas	4. Realizar los levantamientos e implementar.	

**Criterio 2: Estrategia y planificación**
**3. Sub-criterio 2.3.2**

Área de mejora: Traducir los objetivos operativos en programas y tareas con indicadores de resultados.

Acción de mejora	Tareas realizadas	Estado de realización
Realizar planes operativos departamentales	1. Capacitar a las áreas en la elaboración del POA	100%
	2. Realizar reunión con los jefes de departamentales para requerirles elaborar planes operativos de las áreas	
	3. Dar seguimiento bimensual al cumplimiento de cada plan propuesto.	

**Criterio 3: Personas**

#### 4. Sub-criterio 3.3.4

Área de mejora: No se evidencia que se asegura buenas condiciones ambientales de trabajo en toda la organización, incluyendo el cuidado de la salud y los requisitos para garantizar la bioseguridad y otras condiciones de riesgo laboral.

Acción de mejora	Tareas realizadas	Tareas por realizar	Estado de realización
Implementar el Sistema de Salud y Riesgo Laboral	1. Realizar jornadas de prevención	5. Crear el comité SISTAP	60%
	2. Hacer levantamientos de riesgos.		
	3. Realizar charla y capacitaciones.		
	4. Dirigir carta al MAP para asesoría.		

#### 5. Sub-criterio 3.2.1

Área de mejora: No existe un plan de actualización y formación de los recursos humanos que se alinee a los objetivos estratégicos institucionales.

Acción de mejora	Tareas realizadas	Estado de realización
Gestionar un plan de capacitación alineado a los objetivos institucionales	1. Realizar reunión con los jefes de departamentales para requerirles elaborar plan de capacitación anual, o en su defecto solicitar las capacitaciones necesarias para el adecuado funcionamiento y actualización del equipo de trabajo.	100%
	2. Remitir en fecha determinada las propuestas por cada departamento a RRHH.	
	3. RRHH gestionar las capacitaciones INAP, INFOTEP.	
	4. Elaborar el cronograma anual de capacitaciones de acuerdo a los objetivos institucionales	
	5. Publicar y dar seguimiento al cumplimiento del plan propuesto.	

**Criterio 4: Alianza recursos**
**6. Sub-criterio 4.4.6**

Área de mejora: Desarrollar canales internos para garantizar que todos los empleados tengan acceso a la información y el conocimiento relevantes.

Acción de mejora	Tareas realizadas	Tareas por realizar	Estado de realización
Implementar canales internos de información a toda la organización	1. Realizar una reunión para determinar los canales a implementar (correo institucional)	2. Designar un equipo que estructure plan de implementación a presentar en próxima reunión.	33%
		3. Aprobar e implementar el plan de acción tendiente a completar esta tarea, en conjunto con departamento informática.	

**7. Sub-criterio 4.1.4**

Área de mejora: Las alianzas y acuerdos con los grupos de interés e instituciones relacionadas no están gestionadas como parte de los planes del hospital.

Acción de mejora	Tareas realizadas	Estado de realización
Gestionar las alianzas y acuerdos con los grupos de interés	1. Determinar los grupos de interés con los que se deba actualizar o gestionar alianzas o acuerdos.	100%
	2. Establecer comunicación y convocar una reunión para gestionar términos del acuerdo.	
	3. Elaborar y consensuar los términos	

**Criterio 6: Resultados orientados a los ciudadanos/clientes**
**8. Sub-criterio 6.2.1**

Área de mejora: No se ha determinado el tiempo de espera para la prestación de servicios.

Acción de mejora	Tareas realizadas	Tareas por realizar	Estado de realización
------------------	-------------------	---------------------	-----------------------



Determinar los tiempos Derespuestas de los servicios	1. Levantar y Analizar los servicios que brinda el Hospital.	2. Determinar los tiempos que conllevan cada uno delos servicios (consultas, citas y servicios) y determinar posibles mejoras.	33%
		3. Fijar el tiempo para cadaservicio.	

### RECOMENDACIONES

1. Establecer un cronograma de seguimiento: Definir un cronograma claro y realista para monitorear regularmente el progreso de las acciones del plan de mejora. Esto garantizará una supervisión constante y oportuna de las actividades.
2. Asignar responsabilidades claras: Identificar claramente a los responsables de cada acción del plan de mejora y asegurarse de que comprendan sus roles y responsabilidades. Esto promoverá la rendición de cuentas y el cumplimiento de las tareas asignadas.
3. Realizar reuniones periódicas de seguimiento: Programar reuniones regulares para revisar el estado de las acciones del plan de mejora, abordar posibles desafíos y discutir los avances realizados. Estas reuniones proporcionarán un espacio para la comunicación y la toma de decisiones.
4. Realizar evaluaciones periódicas: Programar evaluaciones periódicas para analizar el impacto de las acciones del plan de mejora y verificar si se están logrando los resultados esperados. Estas evaluaciones brindarán retroalimentación importante y permitirán realizar mejoras continuas.
5. Comunicar de manera efectiva: Mantener una comunicación clara y efectiva con todas las partes interesadas, informando sobre el progreso, los logros y los desafíos del plan de mejora. Esto asegurará una comprensión común y un compromiso continuo.

### ANEXOS (Si aplica)

**Instrucciones de llenado:**

\*Indique nombre del lugar: Este campo sólo aplica para SRS, Hospital y CPN.

  
  
Elaborado por  
(Dra. Judy Paola Hurtado Tovar)

  
Elaborado por  
(Ing. Fanny Elisabeth Peralta Almonte)





**Nombre de la Actividad:** 4.1.1.17.05 Seguimiento al plan de mejora CAF anterior

**Área Responsable:** Dirección/Calidad/Planificación

**Fecha:** 8/5/2024

**Modalidad de la Reunión:** Virtual  Presencial 
**Hora:** 2:00 p. m.

**Lugar/Plataforma:** HOSPITAL REGIONAL INFANTIL DR. ARTURO GRULLON

Participantes						
Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Dirección/Departamento/Institución	Firma	Correo Electrónico/Teléfono
Oliverio Rivas	F	N/A	Suero		[Firma]	oliverio.rivas@hospitalkid.cl
Jody Babelo	F	N/A	Coludul	Coludul	[Firma]	jbabelo1993@gmail.com
Jeanette Checo	F	N/A	RR PP	Comunicación y Prensa	[Firma]	jeanettecheco (829) 704-5259
Maria Dolores Gil Durán	F	N/A	Gerente	Dpto Epidemiología	[Firma]	809-395-3688
Fuentealba Jiménez	F	N/A	Enc. Audit	Audi-taxis medicas	[Firma]	829-678-5110
Mahabeta Ruiz	F	N/A	RAT	Litro Depeso a la detección	[Firma]	829-817-3089
Almendra Pulido	F	N/A	infect	infectología	[Firma]	809-841-7640
Dorely Rodriguez	F	N/A	Subdirección	Urodag	[Firma]	829-914-4130
Emery Alvarez	M	N/A	Gerente	Emergencia	[Firma]	829-585-1887
Jose Luis Liz Bonilla	M	N/A	RR.HH.	Enc. RR.HH.	[Firma]	joseluislizbonilla@hospitalkid.cl
Guillermo Alvarado	F	N/A	infect	Enc. Infect	[Firma]	guillermoalvarado@hospitalkid.cl
José Sant	M	N/A	Administr	DDM	[Firma]	809-909-0254
Laura Benin	F	N/A	S.S. Dirección	medica -	[Firma]	809-322-5944
Ena Oly	F	N/A	Pediatría		[Firma]	809-820-5522
María Dolores	F	N/A	Urología	Urología	[Firma]	80-809-913-5452
Jose FCC	M	N/A	Coludul	Coludul	[Firma]	809-670-5263

\*Instrucciones de llenado: Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.  
 Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.







**ANEXOS (Si aplica)**

• **Evidencia Sub-Criterio 1.1.6: Solicitud a la OPTIC para acompañamiento.**

**Información General, Certificaciones NORTIC.**

Kevin Osorio - Ogtic <kevin.osorio@ogtic.gob.do> 11 de mayo de 2023, 17:00  
Para: "computos@hirutag.com" <computos@hirutag.com>, "darwingarcia930@gmail.com" <darwingarcia930@gmail.com>

¡Buenas Estimados!

Después de un cordial saludo y en respuesta al compromiso acordado durante la conversación sostenida recientemente, tenemos a bien indicar informaciones generales sobre las Normas de Tecnologías de la Información y Comunicación (NORTIC) y como pueden iniciar con este proceso de estandarización y robustecimiento.

**1. Estatus de Certificaciones | Hospital Infantil Regional Universitario Dr. Arturo Grullón**

Actualmente la institución no cuenta con certificaciones aprobadas y activas, por lo que se recomienda que inicie con el proceso de certificación del nivel básico del Modelo de Madurez NORTIC, como se ilustra a continuación:

- Nivel básico de certificaciones:
  - NORTIC A2 (Portales y Transparencia)
  - NORTIC A3 (Datos Abiertos)
  - NORTIC E1 (Redes Sociales)

- Certificaciones para más adelante:
  - NORTIC A4 (Interoperabilidad)
  - NORTIC A5 (Servicios)
  - NORTIC A6 (Software)
  - NORTIC B2 (Accesibilidad Web)
  - NORTIC A7 (Seguridad TIC)

Pueden obtener más información sobre esto en el siguiente enlace: <https://nortic.ogtic.gob.do/>

**2. Recomendaciones y pasos por seguir:**

Debido a que el organismo está empezando estos procesos de estandarización y robustecimiento, recomendamos que ejecuten los pasos indicados a continuación:

- Realizar la solicitud de las certificaciones del nivel básico NORTIC (NORTIC A2, A3 y E1) completando el formulario en el servicio indicado más abajo, tras lo cual se les asignará un analista de normas y estándares que trabajará con ustedes para que puedan implementar y certificar las certificaciones solicitadas. Servicio: <https://ogtic.gob.do/servicio/consultoria-y-suaviza-en-las-nortic>

b. Seguir las indicaciones de los analistas para que puedan avanzar rápidamente en estos procesos de estandarización y robustecimiento de las capacidades tecnológicas de esa distinguida institución.

**3. Informaciones Importantes:**

- Tomando en consideración la importancia de la conciliación de todas las áreas involucradas en estos temas de certificación, ponemos a su disposición la posibilidad de que se realice una charla en sus instalaciones, con los miembros del Comité de Implementación y Gestión de Estándares TIC (CIGETIC) de esa institución (Antiguo CAMWEB) y demás personas que ustedes consideren necesario, en el cual se presentará el Marco Normativo de TIC y Gobierno Digital de la República Dominicana, las NORTIC y la importancia de implementación de estas, así como las responsabilidades de cada una de las áreas involucradas.

Quedamos atentos a sus comentarios, preguntas o requerimientos.

Con deferencia,



Kevin R. Osorio García

Encargado

División de Implementación de Normas  
Departamento de Normas y Estándares

Ave. Rómulo Betancourt #311, Edificio Corporativo Vista 311,

Bella Vista, Sto. Dgo., R.D.

Tel.: 809 286 1009 Ext. 2216 - Flota: 809 393 4206

[kevin.osorio@ogtic.gob.do](mailto:kevin.osorio@ogtic.gob.do) | [www.ogtic.gob.do](http://www.ogtic.gob.do)



Gracias por solicitar nuestros servicios.

Solicitud No 1548

Estaremos trabajando con su solicitud y le daremos respuesta en un tiempo no mayor a 72 horas laborales.

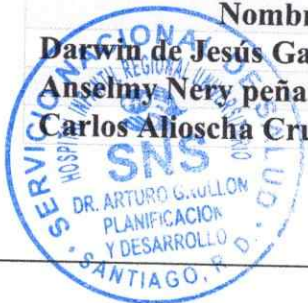
En caso de ser necesario, nos comunicaremos con usted al número (809) 583-2301 o a su correo electrónico [computos@hirutag.com](mailto:computos@hirutag.com), los cuales nos los proporcionó al momento de completar el formulario de solicitud.

Si desea hacer el seguimiento de su requerimiento, puede comunicarse con nosotros al teléfono (809) 286 1009 Ext. 2366 y 2216.

Ver nuestra política de privacidad

• **Evidencia Sub-Criterio 1.1.6: Designar un equipo integrado por técnicos del departamento de cómputos para dar seguimiento.**

Equipo de computo	
Nombre y apellido	Puesto
Darwin de Jesús García Taveras	Encargado De Ti
Anselmy Nery Peña	Soporte Técnico
Carlos Alioscha Cruz arias	Soporte Técnico





- Evidencia Sub-Criterio 1.1.6: Implementar la página web y el portal gobierno.

**Página web**



**Portal gobierno**



- Evidencia Sub-Criterio 1.3.7: Definir las políticas para los reconocimientos al personal institucional.



Se le otorgará una carta de reconocimiento de empleado del mes emitida por el Departamento Recursos Humanos y será colocada en su expediente y se publicará su foto en el mural.

Criterios a tomar en cuenta para el formulario de evaluación:

- Asistencia
- Ausencia de permiso durante el mes.
- Ausencia de licencias.
- Puntualidad.
- Calidad y rendimiento del trabajo que realiza.
- Cumplimiento de las medidas de bioseguridad.
- Buen trato con sus compañeros.
- Capacidad para trabajar en equipo.
- Organización de áreas de trabajo.
- Cumplir con sus asignaciones diarias.



ELABORADO POR:	Carolina Olivares Tomic
FECHA:	27 de Noviembre 2017
PROBADO POR:	FRM



**Empleados del mes**

**Objetivo:**

Fomentar un ambiente de sana convivencia y reconocimiento mutuo entre las **bioanalistas**, una buena actitud frente a las actividades que se realizan cada día en busca de la excelencia, además fortalecer el sentido de pertenencia hacia la institución.

**Alcance:**

Todo el personal que labora en el laboratorio clínico del Hospital Infantil Regional Universitario Dr. Arturo Grullón.

**Participantes:** Todos los empleados activos al momento de la selección.

**Procedimiento**

La elección del empleado del mes se realiza con una evaluación dada con los acápites más adelante mencionados.

Una comisión evaluadora conformada por dos empleados del laboratorio clínico y Recursos Humanos realiza la evaluación.

Se seleccionará el empleado que obtenga la puntuación más alta, en caso de empate se seleccionará dos o más empleados.

ELABORADO POR:	DEPARTAMENTO:	ELABORADO POR:
Carolina Olivares Tomic	GRUPO: Asistente	SANC: Dirección Técnica
FECHA: 18 Noviembre 2017	FECHA: 28 de Noviembre 2017	FECHA: 22 Noviembre 2017
PROBADO POR:	PROBADO POR:	PROBADO POR:
FRM	FRM	FRM



**Evidencia Sub-Criterio 2.3.2: Capacitar a las áreas en la elaboración del POA**  
**Capacitación al personal departamento de atención integral de adolescentes.**







