



# **1er Informe Plan de Mejora CAF 2024**

Santo Domingo, República Dominicana  
**Junio 2024**

CENTRO DE GASTROENTEROLOGIA DE LA CIUDAD SANITARIA LUIS E. AYBAR

DIVISION DE PLANIFICACION Y DESARROLLO

Fecha de Elaboracion: 27/06/2024

NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORA MODELO CAF 2024

No.	Criterios No.	Subcriterio No.	Área de Mejora Área	Acción de Mejora	Objetivo	Tareas	Tiempo		Avance
							Inicio	Fin	
1	CRITERIO 1. LIDERAZGO	SUBCRITERIO 1.2.  1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización.	No se ha realizado la puesta en ejecución de la nueva Estructura Organizativa aprobada por el MAP, tampoco se tiene actualizado el Manual de Funciones.	Puesta en ejecución de la Nueva Estructura Organizativa aprobada por el MAP y actualizar el Manual de funciones.	Organizar la institución de manera jerárquica, permitiendo delimitar los roles de cada colaborador lo que a la larga se convierte en ahorro de tiempo, efectividad y fácil cumplimiento de metas y objetivos mediante un trabajo en equipo.	1. Socialización la nueva Estructura Organizativa por departamentos para presentar la nueva clasificación de Puestos.  2. Acompañamiento a los encargados para la actualización de las funciones, según lo establecido en la nueva estructura organizativa y la creación de la que no existen.  3. Actualización del Manual de funciones hospitalario. Encuadernar y entregar una copia a cada departamento.	feb-24	abr-24	100.00%
2	CRITERIO 1. LIDERAZGO	SUBCRITERIO 1.3 7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	No existe una política que reconozca y premie el esfuerzo, tanto individuales como de los equipos de trabajo.	Establecer políticas de reconocimiento al esfuerzo realizado por los colaboradores.	Reconocer y premiar el esfuerzo del colaborador tanto individual como en equipos.	Realizar convocatoria con los encargados para socializar las directrices.	may-24	ago-24	80.00%
3	CRITERIO 2: ESTRATEGIA Y PLANIFICACIÓN.	SUBCRITERIO 2.1  2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y se realizan levantamientos periódicos de sus necesidades y expectativas.	1. No tiene identificado y documentados todos los grupos de interés relevantes, ni se reúne para levantar informaciones sobre sus necesidades y expectativas presentes y futuras y su satisfacción.	Identificación y documentación de los grupos de interés relevantes de la institución, reunirse con ellos para conocer sobre sus necesidades y expectativas presentes y futuras para satisfacer sus necesidades.	Tener documentados los grupos de interés más relevantes con lo que la institución se relaciona para conocer sus necesidades y expectativas presentes y futuras para dar respuesta y apoyo mutuo.	Documentar los grupos de interés más relevantes con sus necesidades y expectativas.	abr-24	jun-24	100.00%
4	CRITERIO 3. PERSONAS	SUBCRITERIO 3.2 6. Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/ beneficio.	No existe evaluación del impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio	Evaluación del impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio	Evaluar el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio	Evaluación trimestral del impacto de las formaciones y desarrollo de las personas de acuerdo al desempeño de sus funciones, según áreas a la que estuvo dirigida.	jul-24	sep-24	85.00%
5		3.1.8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	No existe documentación de diálogo sistemático de los acuerdos de desempeño con las personas.	Documentación del diálogo sistemático de los acuerdos de desempeño conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	Documentar el monitoreo de los acuerdos de desempeño sistemáticamente conduciendo diálogos de desempeño con las personas.	Realizar diálogo cada 4 meses con colaboradores para revisar acuerdos.	ago-24	nov-24	80.00%

6		SUBCRITERIO 3.3 7. Se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo.	No existe la política métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo.	Implementar la interacción de los colaboradores mediante actividades sociales, culturales, deportivas y familiares.	Crear un ambiente de trabajo más orgánico, integral y dinámico entre los colaboradores.	1- Realizar actividades sociales, culturales, deportivas y familiares.	jun-24	nov-24	85.00%
7	CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS.	SUBCRITERIO 4.3 1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.	Las partidas presupuestarias no se ejecutan correctamente a las partidas programadas.	Alinear la gestión financiera con los objetivos estratégicos.	Contar con un presupuesto general apegado a la asignación presupuestaria con la que cuenta como institución, el cual sea recibido y utilizado en fiel cumplimiento de las legislaciones vigentes.	1. Alinear el presupuesto, ejecución presupuestaria y Plan de compras	mar-24	nov-24	100.00%
8	CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS.	SUBCRITERIO 4.4. 9. Asegura que el conocimiento clave (implícito y explícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retienen dentro de la organización.	No se retiene el conocimiento (explícito e implícito) de los empleados que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización	Retener el conocimiento clave (explícito e implícito) de los empleados que dejan de pertenecer a la organización.	Asegurar que el conocimiento clave de los empleados que dejan de pertenecer a la organización se retenga dentro de la misma.	Identificar colaboradores que según la ley se aproxima su retiro y el que pueda ocupar las vacantes para transferir el conocimiento.	sep-24	nov-24	100.00%
9	CRITERIO 4. ALIANZAS Y RECURSOS.	SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.  7. Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo:  La gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc.	No existe una política enfocada a reducir el uso de los cartuchos.	Establecimiento de política para el consumo de los cartuchos de las impresoras.	Crear política para la reducción del consumo de los cartuchos de las impresoras.	Gestionar que las autoridades definan lineamiento para la reducción innecesarias de copias, auditar las impresiones de las áreas periódicamente, motivar el uso de los correos electrónicos para comunicarse.  Creación de instrumento para el registro de control.  Gestionar la compra de un servidor de impresión.  Revisar físicamente el historial de las impresiones.  Motivar el uso de producción de documentos electrónicos.	sep-24	nov-24	75.00%
10	CRITERIO 5: PROCESOS.	SUBCRITERIO 5.1.  1) La organización: Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.	El centro no tiene elaborados al 100 % los mapas de procesos de todas las actividades claves, tampoco están documentados los procedimientos correspondientes.	Elaborar Manual de procesos y procedimientos de las actividades claves.	Tener documentado en un Manual los procesos y procedimientos de las actividades claves.	Elaborar al 100 % Manual de procesos y procedimientos de las actividades claves con los responsables de las áreas correspondientes.	ago-24	nov-24	70.00%
11	CRITERIO 6: RESULTADOS ORIENTADOS A LOS CIUDADANOS/ CLIENTES.	SUBCRITERIO 6.2 6. Tiene ajustada su Cartera de Servicios.	No existe publicación de la cartera de servicios por redes sociales y página web	Actualizar en el portal web y redes sociales la cartera de servicio.	Tener ajustada la cartera de servicios.	1. Subir en las diferentes redes sociales nuestra cartera de servicio. 2. Actualizar en el portal web la cartera de servicios.	feb-24	abr-24	100.00%

12	CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.	SUBCRITERIO 7.2. 5. Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).	No existe indicador para medir las capacidades de las personas, número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario, para tratar con los usuarios y responder a sus necesidades.	Creación de indicadores para medir la capacidad de las personas, el número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario, para tratar con los usuarios.	Crear indicadores que midan la capacidad de las personas, el número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario, para tratar con los usuarios.	Crear indicador  Diseñar formulario para el levantamiento de información.	sep-24	oct-24	100.00%
13	CRITERIO 7: RESULTADOS EN LAS PERSONAS.	SUBCRITERIO 7.2 Resultados relacionados con la percepción de la dirección y con los sistemas de gestión.  6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo.	La institución no tiene políticas de reconocimiento del esfuerzo de los colaboradores, de forma individual, ni grupal.	Creación de políticas de Reconocimiento del esfuerzo de los colaboradores, tanto grupal, como individual.	Contar con una política de reconocimiento para motivar el buen desempeño laboral.	Hacer entrega de un ejemplar a cada responsable de las áreas.  1. Seleccionar el equipo para diseñar políticas  2. Activación del Comité de Reconocimiento.  3. Crear las políticas.  5. Dar a conocer las políticas por diferentes medios internos a los encargados.  6. Sesiones del comité de Reconocimiento para los fines.	ago-24	nov-24	90.00%
14	CRITERIO 8: RESULTADOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.	SUBCRITERIO 8.2.  3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).	No se cuantifican la importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por medios de comunicación digitales.	Registros de la importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por medios de comunicación digital.	Llevar registros estadísticos de los artículos y el contenidos que son enviados por medios de comunicación y la importancia positiva y negativa.	Crear matriz digital en Excel para el registros Llevar registros mensual por cada medio y contenido publicado.	ago-24	dic-24	100.00%
<b>Promedio General</b>									<b>90.36%</b>

## AREAS DE MEJORA IDENTIFICADAS

### Criterio 1- Liderazgo

#### Subcriterio 1.2 -Gestionar la organización, su desempeño y su mejora continua.

1. Se tiene claramente definidas las estructuras organizativas, procesos, manuales, funciones, responsabilidades y competencias adecuadas que garanticen la agilidad de la organización."

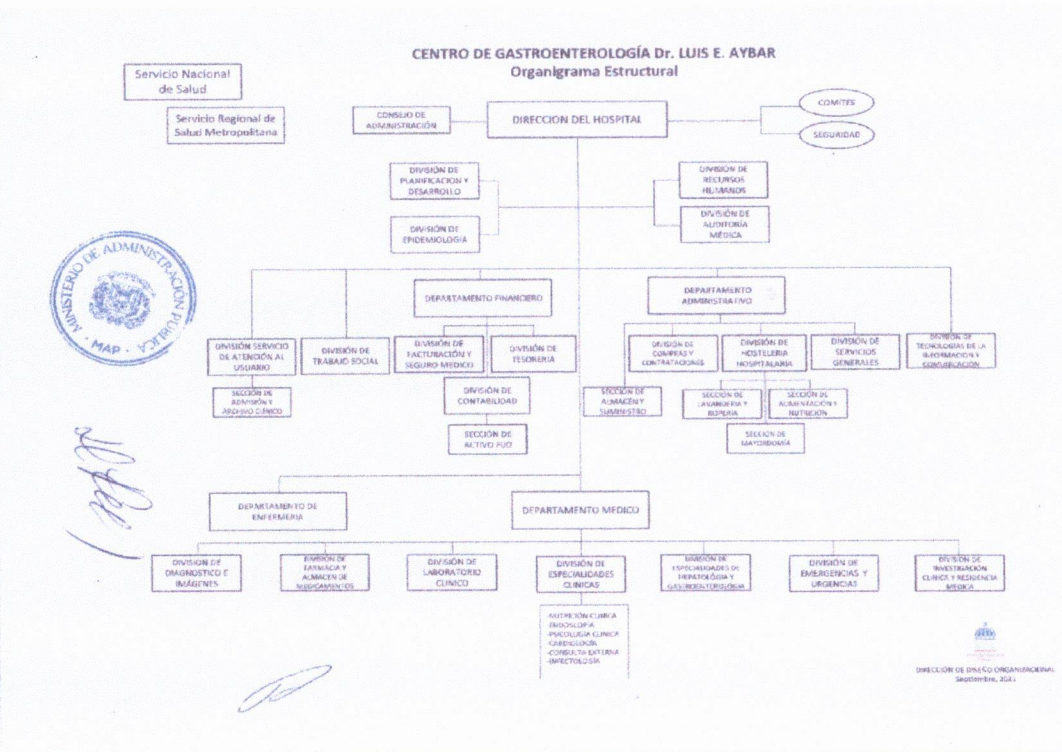
**Área de mejora:** No se ha realizado la puesta en ejecución de la nueva Estructura Organizativa aprobada por el MAP, tampoco se tiene actualizado el Manual de Funciones.

**Acción implementada:** La institución con apoyo del Ministerio de Administración Pública (MAP) actualizó el manual de funciones y puso en ejecución el organigrama del centro con miras a garantizar un buen desempeño de la academia.

#### Evidencias:

\*Manual de Organización y Funciones.

\* Estructura Organizativa.





**RESOLUCIÓN NÚM. 38/2021, QUE APRUEBA LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL CENTRO DE GASTROENTEROLOGÍA CIUDAD SANITARIA "DR. LUIS E. AYBAR"**

**CONSIDERANDO:** Que de acuerdo a lo establecido en la Constitución de la República, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar el acceso de las personas a la provisión de servicios públicos de salud;

**CONSIDERANDO:** Que la Ley No. 123-15, crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), con la misión de impulsar el desarrollo y fortalecimiento de la provisión de servicios de salud, a través de los Servicios Regionales organizados en Red, de acuerdo a los valores y principios del Modelo de Atención, para contribuir a la salud de las personas, familias y comunidades;

**CONSIDERANDO:** Que el Centro de Gastroenterología Ciudad Sanitaria "Dr. Luis E. Aybar" está inmerso en un proceso de institucionalización y desarrollo de los subsistemas de gestión de la función pública;

**CONSIDERANDO:** Que la estructura organizativa del Centro de Gastroenterología Ciudad Sanitaria "Dr. Luis E. Aybar" debe estar orientada en función de la misión, objetivos y estrategias institucionales, tomando en cuenta las modernas corrientes de gestión, de forma tal que se racionalicen los recursos disponibles y cumpla con eficiencia y eficacia su rol, dentro del plan general de desarrollo;

**CONSIDERANDO:** Que uno de los elementos básicos para la aplicación y sostenibilidad del proceso de reforma y modernización del Estado y de la Administración Pública es la necesaria implantación de las normas reguladoras de la Ley de Función Pública, No. 41-08, del 16 de enero del 2008, a fin de promover el fortalecimiento institucional, el desarrollo y motivación de sus recursos humanos, así como, la profesionalización de la Administración Pública;

**CONSIDERANDO:** Que la Ley No. 41-08 de Función Pública, del 16 de enero del 2008 y que crea la Secretaría de Estado de Administración Pública (MAP), hoy Ministerio de Administración Pública, en su artículo 8, numeral 6 y 12 faculta a este Ministerio, a dirigir los distintos procesos de gestión del recurso humano, a evaluar y proponer las reformas de las estructuras orgánica y funcional de la Administración Pública Central y Descentralizada. Asimismo, revisar y aprobar los manuales de procedimiento y de organización y organigramas que sirven para su consideración los órganos y entidades de la administración pública;

## **Implementación sobre programado: 100%**

### **Subcriterio 1.3 -Inspirar, motivar y apoyar a las personas en la organización y actuar como un modelo a seguir.**

7. Reconocen y premian los esfuerzos, tanto individuales como de los equipos de trabajo.

**Área de mejora:** No existe una política que reconozca y premie el esfuerzo, tanto individuales como de los equipos de trabajo.

**Acción implementada:** Reconocer y premiar a los empleados no puede ser una política, sino iniciativas de parte de la Dirección del Centro en conjunto con el Departamento de Recursos Humanos.

En el Centro de Gastroenterología las autoridades toman en cuenta el desempeño de los empleados de las diferentes áreas, lo que se traduce en reconocimiento.

\*Incentivo

\*Promoción de puesto

\*Dia libre por cumpleaños.



## **Criterio 2 – Estrategia y Planificación**

### **Subcriterio 2.1 -Identificar las necesidades y expectativas de los grupos de interés, el entorno externo y la información de gestión relevante.**

2. Tiene identificados a todos los grupos de interés relevantes y se realizan levantamientos periódicos de sus necesidades y expectativas.

**Área de mejora:** No tiene identificado y documentados todos los grupos de interés relevantes, ni se reúne para levantar informaciones sobre sus necesidades y expectativas presentes y futuras y su satisfacción.

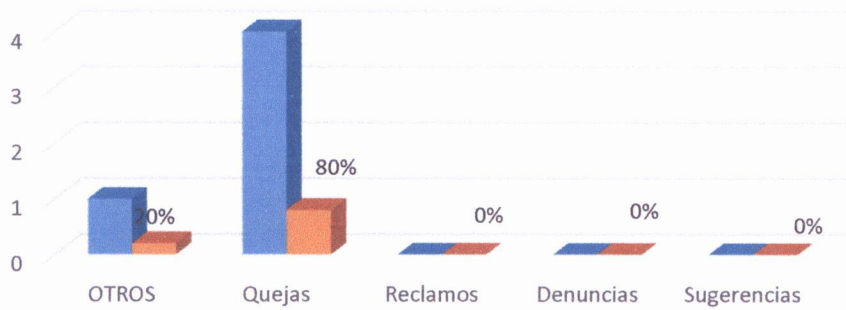
**Acción implementada:** En el hospital damos seguimiento a buzones de sugerencias y revisa periódicamente el cumplimiento y compromiso a los ciudadanos clientes sobre sus necesidades y expectativas, procurando satisfacerlas.

Evidencias:

- \* Buzones de sugerencia
- \* Informe de apertura de buzones
- \* Informe mesas técnicas cumplimiento CCC

**Implementación sobre programado: 100%**

### Clasificación de los Reportes (junio-2024)



Atributos	Muy Mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	Total	B + MB	Satisfacción
Amabilidad	2	2	7	162	249	422	411	97.39%
Profesionalidad	1	0	5	191	225	422	416	98.58%
Facilidad y Rapidez	2	0	14	216	190	422	406	96.21%
Manejo de las Informaciones	1	0	3	206	212	422	418	99.05%
Acceso a los Servicios	1	0	12	226	183	422	409	96.92%
Tiempo de Espera	8	2	6	226	180	422	406	96.21%
Higiene y Comodidad	22	14	15	189	182	422	371	87.91%
Calidad del Servicio	1	0	6	218	197	422	415	98.34%

<b>Promedio General de Satisfacción</b>	<b>96.33%</b>
---	---------------

Servicios	Satisfacción
Hospitalización	99.34%
Imágenes	93.73%
Laboratorio	98.07%
Emergencia	98.66%
Consulta Externa	92.86%

### Criterio 3- Personas

#### Subcriterio 3.1. -Gestionar y mejorar los recursos humanos para apoyar la estrategia de la organización.

8. (acuerdos de desempeño), monitoreando y evaluando el desempeño sistemáticamente y conduciendo diálogos de desempeño con las personas.

**Área de mejora:** No existe documentación de dialogo sistemático de los acuerdos de desempeño con las personas.

**Acción implementada:** Cada encargado y/o supervisor realiza acuerdos de desempeño laboral al personal bajo su mando, donde se evalúan las metas mediante monitoreo periódicamente.



Evidencias:

\*Acuerdos de desempeño firmado

Implementación sobre programado: 85%

SUB-SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL

Formulario Grupo: Ocupacional L, R, B y Y

SANTO DOMINGO, D.R.  
FUNDACIONEMENTO  
10 SEPTIEMBRE 1978  
DOMINIO: REPUBLICA DOMINICANA  
CALLE: F. SANDOZ C.A. ESTACION CIVIL  
PRISION ESTUDIANTE  
FECHA EXPIRACION:  
SEPTIEMBRE 2024

UNIDAD ORGANIZATIVA: ENFERMERIA / ENDOSCOPIA  
DATOS SUPERVISORA INMEDIATA Y/O EVALUADORA:  
NOMBRE: YUDIELKA BELTRAN BELEN  
CARGO ACTUAL: SUPERVISORA AREA ENDOSCOPIA

PERIODO A EVALUAR: ENERO-DICIEMBRE 2023  
DATOS SERVIDORA EVALUADA:  
NOMBRE: BELMI ARIELI MUÑOZ  
CARGO ACTUAL: ENFERMERA ATENCION DIRECTA

Valor del Componente LOGRO DE METAS: 55 puntos

No.	Metas del (de la) Servidor (a) ¿Qué trabajo que lograr? ¿Cuánto trabajo que lograr? ¿Cuáles trabajo que lograr? y con cuáles características de calidad?	Ponderación Metas	Medios de Verificación y Evidencias	Calificación Obtenida	Observaciones
1	Verificar (revisar, conducir clínica y supervisar) del vacante.	3	Chequeo de Distribución y Puntos	2	
2	Mantener la vigilancia de la recuperación del vacante.	10	Verificar que el vacante se reanuda en óptima condición	10	
3	Prevenir el área en el horario establecido y verificar diligencia.	10	Uso de protocolos	10	
4	Aplicar los principios de bioseguridad en instalaciones de los equipos.	10	Revisión del espacio	10	
5	Dietas, cambiar y aplicar la dieta durante y después del procedimiento.	10	Ordenar e implementar (OD)	10	
6	Mantener el cumplimiento que asume al emplearse en la organización.	3	Completar, calidad y eficiencia	10	
7	Llegar a tiempo y cumplir con nuestras obligaciones en la organización.	5	Revisar puntaje y producción en el área	9	
		<b>Sumatoria</b>		<b>53</b>	

Fecha del Acuerdo: 16/11/23  
Firma Servidora: Belmi A. Muñoz  
Firma Dependencia Inmediata: Yudelka Beltran Belen  
Firma Dependencia: Yudelka Beltran Belen

Fecha de Evaluación: 4/12/23  
Firma Servidora: Belmi A. Muñoz  
Firma Supervisora Inmediata: Yudelka Beltran Belen

1) 3) 2) 4)

SUB-SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO LABORAL

Formulario Grupo: Ocupacional L, R, B y Y

MAYO 1983  
REPUBLICA DOMINICANA  
CALLE: F. SANDOZ C.A. ESTACION CIVIL  
PRISION ESTUDIANTE  
FECHA EXPIRACION:  
OCTUBRE 2024

UNIDAD ORGANIZATIVA: CONSULTA EXTERNA  
DATOS SUPERVISORA INMEDIATA Y/O EVALUADORA:  
NOMBRE: LINDYER PERAZA YAGUAI AGUIAR  
CARGO ACTUAL: ENFERMERA EN CONSULTA EXTERNA

PERIODO A EVALUAR: JUNIO-DICIEMBRE 2023  
DATOS SERVIDORA EVALUADA:  
NOMBRE: JUSTA CARMEN GUADALUPE FILIPINI NEVA  
CARGO ACTUAL: MÉDICO AYUDANTE DE GASTROENTEROLOGÍA

Valor del Componente LOGRO DE METAS: 55 puntos

No.	Metas del (de la) Servidor (a) ¿Qué trabajo que lograr? ¿Cuánto trabajo que lograr? ¿Cuáles trabajo que lograr? y con cuáles características de calidad?	Ponderación Metas	Medios de Verificación y Evidencias	Calificación Obtenida	Observaciones
1	ABSORBIR Y VALORIZAR LA BUENAS SERVICIOS EN CONSULTA EXTERNA DIRECTAMENTE DE FORMA EFICIENTE.	10	MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA	10	
2	MANTENER VIGILANCIA DEL ESTADO DE LOS PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA.	10	SEGUIMIENTO CLÍNICO	10	
3	CONSEGUIR QUE LA CALIDAD DEL SERVICIO EN CONSULTA EXTERNA SE CONSIGA CON CALIDAD Y EFICIENCIA.	10	COMUNICACIÓN Y MANEJO DE PACIENTES	10	
4	CONSEGUIR QUE EL SERVICIO EN CONSULTA EXTERNA SE REALICE DE MANERA EFICIENTE Y CON CALIDAD.	10	SEGUIMIENTO CLÍNICO DE LA CONSULTA EXTERNA	10	
5	COMUNICARSE Y RELACIONARSE CON EFICIENCIA EN CONSULTA EXTERNA CON LOS PACIENTES.	5	COMUNICACIÓN Y MANEJO DE PACIENTES	5	
6	COMUNICARSE CON LA INSTITUCIÓN DE MANERA EFICIENTE Y CON CALIDAD EN CONSULTA EXTERNA.	5	COMUNICACIÓN Y MANEJO DE PACIENTES	5	
7	COMUNICARSE CON LA INSTITUCIÓN DE MANERA EFICIENTE Y CON CALIDAD EN CONSULTA EXTERNA.	3	COMUNICACIÓN Y MANEJO DE PACIENTES	3	
8	COMUNICARSE CON LA INSTITUCIÓN DE MANERA EFICIENTE Y CON CALIDAD EN CONSULTA EXTERNA.	3	COMUNICACIÓN Y MANEJO DE PACIENTES	3	
9	COMUNICARSE CON LA INSTITUCIÓN DE MANERA EFICIENTE Y CON CALIDAD EN CONSULTA EXTERNA.	2	COMUNICACIÓN Y MANEJO DE PACIENTES	2	
10	COMUNICARSE CON LA INSTITUCIÓN DE MANERA EFICIENTE Y CON CALIDAD EN CONSULTA EXTERNA.	2	COMUNICACIÓN Y MANEJO DE PACIENTES	2	
		<b>Sumatoria</b>		<b>55</b>	

Fecha del Acuerdo: 17/11/2023  
Firma Servidora: Justa C. Guadalupe Filippini Neva  
Firma Dependencia Inmediata: Lindy Peraza Yaguai Aguiar  
Firma Dependencia: Lindy Peraza Yaguai Aguiar

Fecha de Evaluación: 28/11/23  
Firma Servidora: Justa C. Guadalupe Filippini Neva  
Firma Supervisora Inmediata: Lindy Peraza Yaguai Aguiar

1) 3) 2) 4)

### Subcriterio 3.2 -Desarrollar y gestionar las competencias de las personas.

6. Se evalúa el impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/ beneficio.

**Área de mejora:** No existe evaluación del impacto de los programas de formación y desarrollo de las personas y el traspaso de contenido a los compañeros (gestión del conocimiento), en relación con el costo de actividades, por medio del monitoreo y el análisis costo/beneficio.

**Acción implementada:** El Centro realiza anualmente evaluaciones de desempeño a los diferentes grupos ocupacionales de la institución. Verificamos trimestralmente el cumplimiento del plan de capacitación, así como también el impacto del mismo en los colaboradores.

Evidencias:

- \* Evaluación del desempeño.
- \*Formulario evaluación de capacitación.
- \*Plan de Capacitación

**Implementación sobre programado: 85%**



#### Plan de Capacitación Anual Planificación de Recursos Humanos

Documento No.: HRM-PA-01  
Fecha de creación: 05/03/2016  
Versión de revisión: 04/02/2024  
Página: 1

Institución: Centro de Geriátriatología de la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Ayllón  
 Ministerio al que pertenece: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
 Fecha: 23/01/2024  
 Provincia: Distrito Nacional Municipio: Santo Domingo de Guzmán  
 Sector:  Gestión Pública  Municipal  Estatal  
 Cuenta con subes para la capacitación?  Sí  No

No.	Departamento responsable	Tipo de programa	Programa de Capacitación	Modalidad	Competencia a desarrollar	Cantidad de participantes sexo Femenino	Cantidad de participantes sexo Masculino	Cantidad total de participantes	¿Cuántos pertenecen a áreas administrativas?	Grupo ocupacional al que pertenece	Mes de Ejecución	Procedimiento Institucional de Administración Pública (INAP)	Aporte unitario	Aporte total del programa
1	Medicina Hospitalaria, Materno-infancia, Geriátrica	Curso	Inducción a la administración. Módulo Nivel 1	Presencial	Compromiso con los Recursos	15	15	30	0	Grupo Ocupacional 1	Junio	Instituto Nacional de Administración Pública (INAP)	0	0
2	Medicinas y Seguros Médicos, Cáncer, Estudios Genéticos, Diagnóstico, Terapias, Geriátrica, Geriátrica, Geriátrica	Curso	Inducción a la Administración Pública Nivel 6	Presencial	Trabajo por el Servicio al Ciudadano	15	15	30	0	Grupo Ocupacional N.º 2	Junio	Instituto Nacional de Administración Pública (INAP)	0	0
3	Administración, Recursos Humanos, Geriátrica, Geriátrica, Geriátrica, Geriátrica	Curso	Inducción a la Administración Pública Nivel 6	Presencial	Eficiencia en el Trabajo	15	15	30	0	Grupo Ocupacional N.º 2	Junio	Instituto Nacional de Administración Pública (INAP)	0	0
4	Enfermería	Taller	Definición de necesidades del capacitado	Presencial	Resolución de problemas	15	0	15	0	Grupo Ocupacional N.º 2	Agosto	Instituto Nacional de Administración Pública (INAP)	0	0
5	Enfermería	Taller	Definición de competencias, conocimientos y valores	Presencial	Manejo de los Recursos	15	0	15	0	Grupo Ocupacional N.º 2	Julio	Instituto Nacional de Administración Pública (INAP)	0	14.000.000

### Subcriterio 3.3 -Involucrar y empoderar a las personas y apoyar su bienestar

7. Se aplican métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo).

**Área de mejora:** No existe la política métodos para recompensar y motivar a las personas de una forma no monetaria (por ejemplo, mediante la revisión periódica de los beneficios, apoyando las actividades sociales, culturales y deportivas u otro tipo).

**Acción implementada:** El Centro de Gastroenterología en sus aniversarios premia y reconoce a sus empleados por trabajo en equipo y antigüedad.

Se implementa la interacción de los colaboradores mediante actividades sociales, culturales, deportivas y familiares, a través de las festividades, celebración de cumpleaños, jornadas fuera del centro.

Evidencias:

\*Fotos

\*Reconocimientos



**Implementación sobre programado: 85%**

**Criterio 4. Alianzas y Recursos.**

**Subcriterio 4.3 - Gestionar las finanzas.**

1. Se alinea la gestión financiera con los objetivos estratégicos de una forma eficaz y eficiente.

**Área de mejora:** Las partidas presupuestarias no se ejecutan correctamente a las partidas programadas.

**Acción implementada:** Alineamos la gestión financiera de una forma eficaz, eficiente y ahorrativa, a través del presupuesto y de la planificación de compras.

Las partidas se están ejecutando de acuerdo a programación.

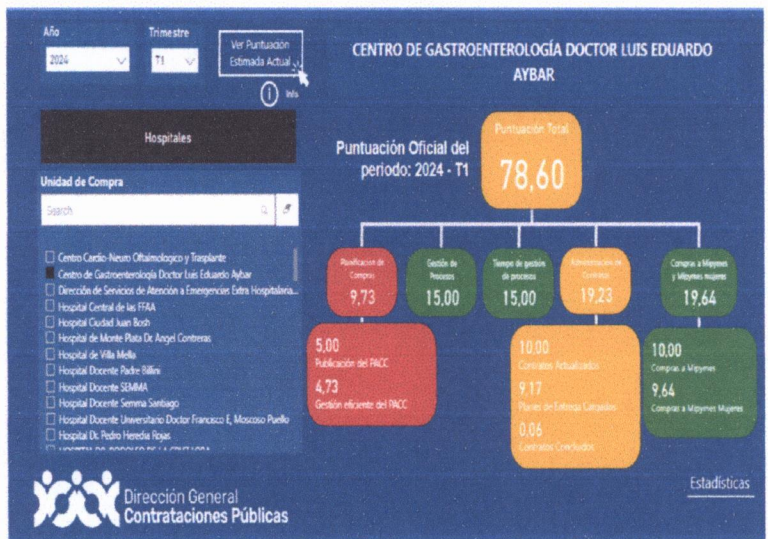
Evidencias:

\*Presupuesto Institucional

\*PACC

PLAN ANUAL DE COMPRAS Y CONTRATACIONES  
AÑO 2024

UNIDAD DE COMPRA	RESULTADO DE LA CONTRATACIÓN	GRUPO DE CONTRATACIÓN	PROCESAMIENTO DE SELECCIÓN	SELECCIÓN A REALIZAR	CONTRATACIÓN
Centro de Gastroenterología Doctor Luis Eduardo Aybar	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...
...	...	...	...	...	...



**Implementación sobre programado: 100%**

**Subcriterio 4.4. - Gestionar la información y el conocimiento.**

9. Asegura que el conocimiento clave (implícito y explícito) de los empleados que se van que dejan de pertenecer a la organización se retienen dentro de la organización.

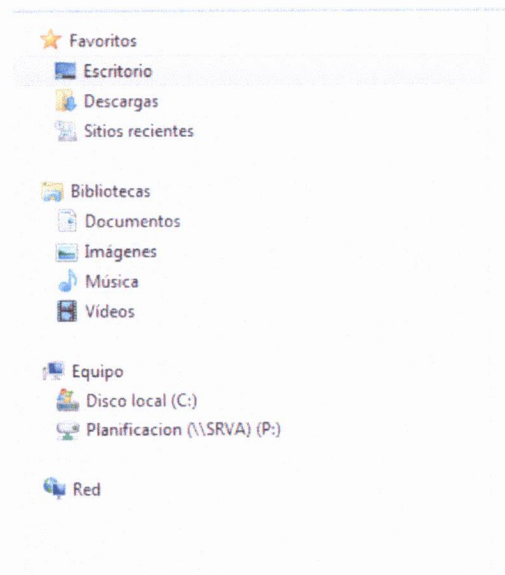
**Área de mejora:** No se retiene el conocimiento (explícito e implícito) de los empleados que dejan de pertenecer a la organización se retiene dentro de la organización.

**Acción implementada:** El Centro cuenta con sistemas informáticos para almacenar y controlar todas las informaciones del Hospital. Estas carpetas están aseguradas en servidores y backups en caso de que se llegaran a perder. Todas las estadísticas, informes, planes de mejoras, documentación dentro de estas carpetas son compartidas con control de acceso a los colaboradores claves que darán un uso adecuado y productivo.

Todas las informaciones, conocimientos generados dentro de la institución son documentadas y almacenadas dentro de las carpetas compartidas, Backup, entre otras.

Evidencias:

- \*Actualizaciones de las informaciones documentadas
- \* Backup
- \* OneDrive.
- \*Carpetas Compartidas



**Implementación sobre programado: 100%**

#### SUBCRITERIO 4.5. Gestionar la tecnología.

7. Toma en cuenta el impacto socioeconómico y ambiental de las TIC, por ejemplo: La gestión de residuos de cartuchos, accesibilidad reducida por usuarios no electrónico, etc.

**Área de mejora:** No existe una política enfocada a reducir el uso de los cartuchos.

**Acción implementada:** Ahorramos el papel mediante el sistema de facturación SIGHOST, optimizado para generar informes más resumidos e imprimir por medio de las impresoras punto de venta, las cuales generan un ahorro bastante significativo en tinta y papel en comparación con una impresora láser de papel 8 1/2 x 11. Las citas vía el Call Center y por WhatsApp son más eficientes para no tener que imprimir las citas a cada paciente.

Evidencias:

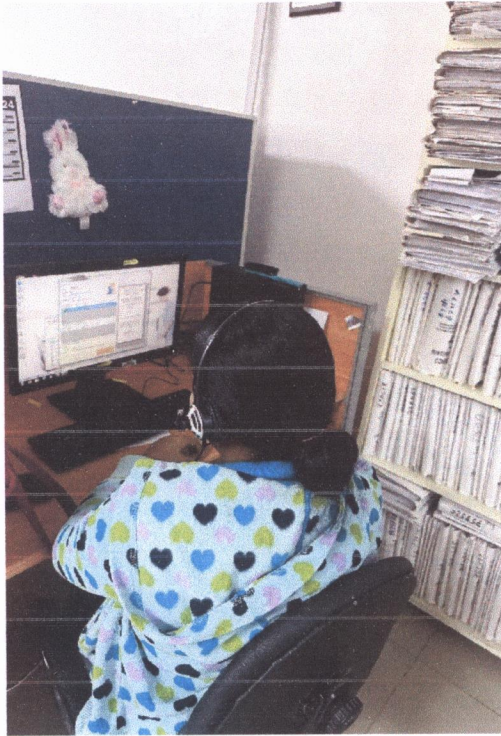
\*Fotos del Call Center

\*Printer de Atención al usuario

\*Whatsaap del Centro

**Implementación sobre programado: 75%**





### **Criterio 5: Procesos.**

#### **Subcriterio 5.1. -Diseñar y gestionar procesos para aumentar el valor para ciudadanos y clientes.**

1) La organización: Tiene identificados claramente sus procesos en un mapa y los propietarios de cada proceso (las personas que controlan todos los pasos del proceso) y les asignan responsabilidades y competencias.

**Área de mejora:** El centro no tiene elaborados al 100 % los mapas de procesos de todas las actividades claves, tampoco están documentados los procedimientos correspondientes.

**Acción implementada:** El Centro tiene elaborado los Mapas de Procesos de los servicios para la elaboración de su Manual de Procesos.

No se ha realizado el Manual de mapas de proceso y las personas propietarias que los controlan de los servicios claves en el 100 %.

AREAS	PROCESOS	PROCEDIMIENTOS
<b>Consulta Externa</b>	100%	100%
<b>Laboratorio Clínico</b>	100%	100%
<b>Imágenes Medicas</b>	100%	100%
<b>Emergencia</b>	10%	80%
<b>Procedimientos</b>	100%	40%
<b>Hospitalización</b>	10%	80%
<b>Biopsia Sonodirigida</b>	10%	20%



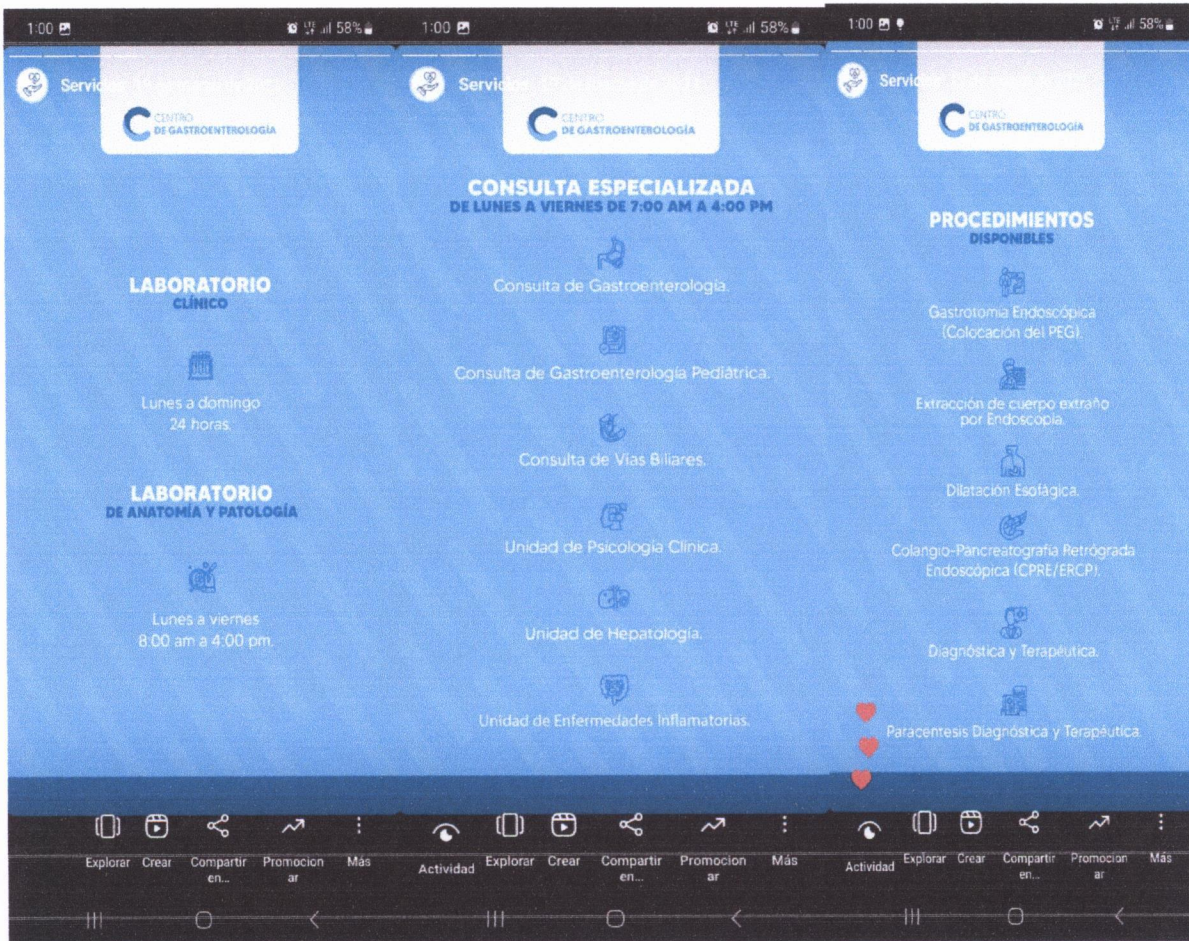


Estás aquí: Inicio / Servicios

## Servicios



https://www.gastro.gob.do/index.php/servicios/item/250-laboratorio-de-anatomia-y-patologia



Implementación sobre programado: 100%

## **Criterio 7: Resultados en las personas.**

### **Subcriterio 7.2. Mediciones del Rendimiento (desempeño).**

5.Indicadores relacionados con las capacidades de las personas para tratar con los usuarios/pacientes y para responder a sus necesidades (por ejemplo: número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario/pacientes, ciudadano/ cliente, número de quejas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal, mediciones de la actitud del personal hacia los ciudadanos/clientes).

**Área de mejora:** No existe indicador para medir las capacidades de las personas, número de horas de formación dedicadas a la gestión de la atención al usuario, para tratar con los usuarios y responder a sus necesidades.

**Acción implementada:** En el Centro de Gastroenterología contamos con diferentes procesos para dar respuestas a los ciudadanos/clientes y responder a sus quejas y sugerencias.

A través de las encuestas de percepción de los usuarios externos y el monitoreo de las llamadas call center se verifica el nivel de capacidad de los colaboradores para tratar con los ciudadanos clientes. Además de esto se tiene documentado las cantidades de charlas y talleres sobre humanización de los servicios, inteligencia emocional, manejo de conflictos entre otros.

En el año 2023 se realizaron 28 capacitaciones que corresponden al 80% de las capacitaciones programadas. Impactando a más de 300 colaboradores. En este año 2024 se han realizado solo capacitaciones internas, esperamos que puedan ser atendidas nuestras solicitudes lo más pronto posible.

En nuestra última encuesta de satisfacción realizamos las siguientes preguntas:

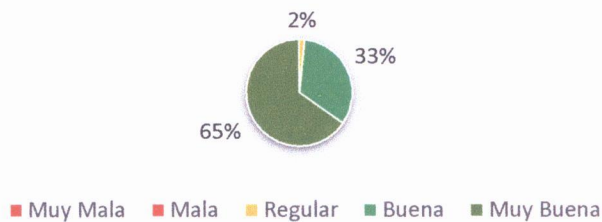
¿Cómo califica la amabilidad del personal que le atendió?

287 usuarios que representa un 65% se sintieron atendido “Muy Bueno”; en consulta externa 152; emergencia 48; Hospitalización 30; Imágenes 14 y Laboratorio 43.

145 usuarios que representa un 33% se sintieron atendido “Bueno”; en consulta externa 3; emergencia 16; Hospitalización 13; Imágenes 26 y Laboratorio 87.

7 usuarios que representa un 2% se sintieron atendido “Regular”; en consulta externa 0; emergencia 0; Hospitalización 0; Imágenes 6 y Laboratorio 1.

## ¿Cómo califica la amabilidad del personal que le atendió?



¿Cómo considera la profesionalidad del personal que le atendió?

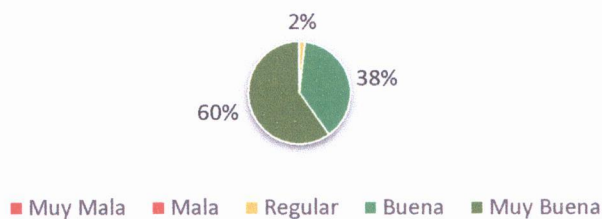
262 usuarios que representa un 60% se sintieron atendido “Muy Bueno”; en consulta externa 151; emergencia 42; Hospitalización 30; Imágenes 10 y Laboratorio 29.

169 usuarios que representa un 38% se sintieron atendido “Bueno”; en consulta externa 4; emergencia 22; Hospitalización 13; Imágenes 29 y Laboratorio 101.

7 usuarios que representa un 2% se sintieron atendido “Regular”; en consulta externa 0; emergencia 0; Hospitalización 0; Imágenes 7 y Laboratorio 0.

1 usuario se sintió atendido “Mala”; en consulta externa 0; emergencia 0; Hospitalización 0; Imágenes 0 y Laboratorio 1.

## ¿Cómo considera la profesionalidad del personal que le atendió?



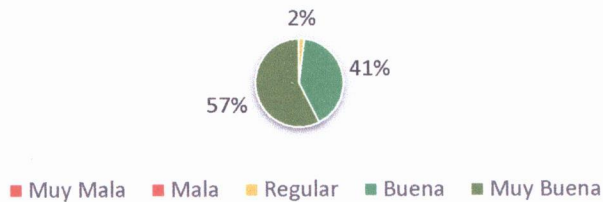
En general, ¿Cómo considera la calidad del servicio recibido?

252 usuarios que representa un 57% se sintieron atendido “Muy Bueno”

179 usuarios que representa un 41% se sintieron atendido “Bueno”

8 usuarios que representa un 2% se sintieron atendido “Regular”

## En general, ¿Cómo considera la calidad del servicio recibido?



Evidencias:

\*Resultados de Encuesta de Satisfacción Ciudadanía

**Implementación sobre programado: 100%**

### Subcriterio 7.2.2 -Resultados relacionados con la percepción de la dirección y con los sistemas de gestión.

6. El alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo."

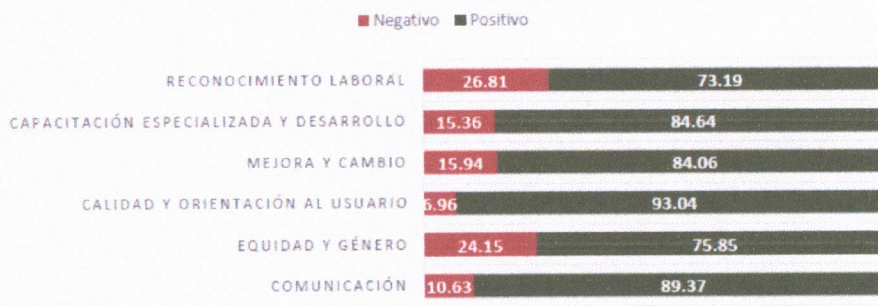
**Área de mejora:** La institución no tiene políticas de reconocimiento del esfuerzo de los colaboradores, de forma individual, ni grupal.

**Acción implementada:** La percepción del alcance y la calidad en que se reconocen los esfuerzos individuales y de equipo en la encuesta de clima laboral aplicada el año pasado fue de: 73.19 %.

Evidencias:

\*Informe resultados de la encuesta de clima 2023

### NIVEL DE SATISFACCIÓN POR DIMENSIONES



**Implementación sobre programado: 90%**

**Criterio 8: Resultados de responsabilidad social.**

**Subcriterio 8.2. -Mediciones del rendimiento organizacional**

3. Nivel de importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por los medios de comunicación (números de artículos, contenidos, etc.).

**Área de mejora:** No se cuantifican la importancia de la cobertura positiva y negativa recibida por medios de comunicación digitales.

**Acción implementada:** En el Centro de Gastroenterología desde EL Departamento de comunicaciones y Redes Sociales se les da seguimiento a todas las publicaciones positivas y negativas en la institución y se le da respuesta en los casos que ameriten.

Evidencias:

\* Informe resumen de actividades comunicaciones



**Reporte Redes Sociales 2024**

Enero											
Red Social	Seguidores	Publicaciones del mes	Me gusta	Comentarios o respuestas	Compartidas o RT	Guardados	Interacción Total	Impresiones	Reproducciones (Videos)	Enlaces	de
Instagram	4,348	21	223	8	12	4	235	12.25	3,263		
Facebook	2,212	21	2,101	0	3	0	42	2,663	55		
Twitter	203	20	14	0	0	0	10	0	0		
Febrero											
Red Social	Seguidores	Publicaciones del mes	Me gusta	Comentarios o respuestas	Compartidas o RT	Guardados	Interacción Total	Impresiones	Reproducciones (Videos)	Enlaces	de
Instagram	4,213	44	220	0	2	3	230	7,266	2,370	11	
Marzo											
Red Social	Seguidores	Publicaciones del mes	Me gusta	Comentarios o respuestas	Compartidas o RT	Guardados	Interacción Total	Impresiones	Reproducciones (Videos)	Enlaces	de
Instagram	4,291	50	544	39	0	6	589	17.04 k	3,054		
Facebook	2,213	31	2,103	11	5	0	410	5,410	0		
Twitter	203	25	15	0	4	0	19	0	0		
Abril											
Red Social	Seguidores	Publicaciones del mes	Me gusta	Comentarios o respuestas	Compartidas o RT	Guardados	Interacción Total	Impresiones	Reproducciones (Videos)	Enlaces	de
Instagram	4,367	50	841	10	0	6	156	5,115	707		
Facebook	2,214	50	66	5	1	0	231	3,322	39		
Twitter	203	50	32	0	0	0	52	365	0		
Mayo											
Red Social	Seguidores	Publicaciones del mes	Me gusta	Comentarios o respuestas	Compartidas o RT	Guardados	Interacción Total	Impresiones	Reproducciones (Videos)	Enlaces	de
Instagram	4,456	59	447	39	5	4	490	9,160	4		

**Implementación sobre programado: 100%**

Elaborado por:

**Samanta Soto Reyes**

**Encargada de Planificación y Desarrollo**

