

**CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA DE AMISTAD  
DOMÍNICO-JAPONESA (CEMADOJA)**

**Dirección o Departamento: DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO**

<b>Fecha</b>	03 de Abril 2025
--------------	------------------

**TEMA OBJETIVO DEL INFORME**

**INFORME DE LOGROS Y SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL 2025 TRIMESTRE  
ENERO – MARZO**

**DESARROLLO DEL INFORME**

El Siguiete informe concerniente al Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico-Japonesa (CEMADOJA) correspondiente a los meses de enero – marzo 2025, se puso en marcha por sugerencias del Servicio Nacional de Salud (SNS), documento que pormenoriza todas las actividades proyectadas y consumadas en dichos meses, a la vez, que se exponen los resultados que se intentan obtener, en conjunto con las evidencias que las amparan.

A fin, de garantizar la prestación de servicios integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, fue que en marzo se hizo el informe acerca de la Supervisión para verificación de stock de insumos (1.1.1.2.01); igualmente, se llevó a cabo la solicitud de exclusión de la actividad Conformación y/o actualización de clubes de donantes de sangre en EES (1.1.1.2.02) debido a que como somos un Centro de diagnóstico por imágenes y laboratorio no aplicamos para la realización de la misma; paralelamente se mostró el reporte de Digitalización de las pruebas y resultados (1.1.1.2.04); al unísono, fue reprogramada la Reunión con DPS para coordinar entrega insumos/Participación evaluación externa calidad (1.1.1.2.08) puesto que, en lo que va de año ellos no han efectuado una visita a la Institución; al mismo tiempo, todos los meses se materializó el Envío mensual del Infolab (1.1.1.2.09) donde se evidencia la cantidad de las Pruebas Virales, el formulario de las Pruebas Analíticas y el consolidado de las Pruebas del Laboratorio Clínico.

Con la intención, de contribuir al fortalecimiento de la Red Pública de Servicios de Salud fue que en marzo

se procedió con la Elaboración y/o actualización de los Planes de Emergencias y Desastres Hospitalarios (1.1.2.1.06); adicionalmente, se entregó la minuta sobre la Reunión del comité de emergencias para socialización del plan Hospitalarios Emergencias de salud pública y desastres naturales con el personal del hospital (1.1.2.1.07) en la cual el Licdo. Ramon Feliz encargado del Depto. Administrativo Financiero externó, que la activación del plan estará a cargo de la directora o el miembro de mayor jerarquía disponible en el momento de la aparición del evento, quien deberá activar el plan, al unísono se instruye que, a fin de viabilizar el CEMADOJA, cualquier miembro pudiera eventualmente activar el plan, para así agilizar los procesos de atención, mitigación o respuesta, todo ello con miras de eliminar o reducir el impacto del evento.

También, en el transcurso de marzo se hizo la Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para preparar el Operativo de Semana Santa comité de emergencias (1.1.2.1.10) donde la Licda. Katiana Pérez encargada de la División de Planificación y Desarrollo puntualizó, que las Áreas que trabajan 24 horas en especial el Departamento de Diagnóstico e Imágenes, la División Técnica Radiológica, Caja, División de Servicios Generales y el Área de Seguridad, dispondrán de los listados de distribución del personal con antelación, de manera tal que las personas asignadas conozcan con tiempo suficiente los turnos laborales en los que deben estar brindando servicios, para así poder programar sus actividades personales y familiares oportunamente. Se solicitó a los encargados correspondientes, vigilar por teléfono que los cambios de turno se realicen apropiadamente, para en caso de emergencia poder tomar acciones tempranas.

En ese mismo orden de ideas, mensualmente se creó el informe sobre el Análisis del comportamiento de las objeciones médicas y administrativas (1.1.2.2.01) documento que evidencia que se sigue cumpliendo con los requisitos establecidos por las ARS, teniendo como resultado que el Centro haya obtenido un 0.00% en glosas, gracias a la validación que se le hace al usuario antes de facturarle el servicio.

Por otra parte, en los meses de enero, febrero y marzo se suministraron minutas de las Reuniones del comité de mejora continua de la calidad en la atención y seguridad del paciente para establecer avances, logros, resultados e indicadores (1.2.1.5.01) en la misma la Licda. Julissa Bautista encargada de la Sección de Calidad en la Gestión especificó, que se realizaron sonografías musculoesqueléticas con la entrega de reportes el mismo día y que ha aumentado la demanda de los usuarios de tomografía de tórax por los procesos bronquiales brindando un servicio oportuno, a la par, la Licda. Maura Brazoban coordinadora de la División Técnica Radiológica dijo, que la lectura de los dosímetros utilizados por el personal médico y técnico no mostró

valores anormales.

Igualmente, todos los meses se facilitaron reportes sobre el Seguimiento a la actualización de las carteras de servicio de los establecimientos (1.2.2.5.02) esto se llevó a cabo con el propósito de desarrollar y mantener un modelo de evaluación de la entrega de servicios sanitarios con carácter igualitario y libre de discriminación, que promueva por medio de la continua retroalimentación, la generación de mejores resultados en materia de salud, lo que se traduce en el incremento de la satisfacción de las personas con respecto a los servicios públicos de salud.

Referente, a las Sesiones de los comités hospitalarios (1.2.3.1.01) que se efectuó en marzo el Licdo. Francisco Gálvez Encargado de la División de Tecnología de la Información y Comunicación señaló, que en lo que respecta, al Comité de Implementación y Gestión de Estándares TIC (CIGETIC) recientemente se obtuvo la Certificación NORTIC E-1 (norma para la gestión de las redes sociales en los organismos gubernamentales), a la par, se logró la Certificación de NORTIC A-3 (norma sobre publicación de Datos Abiertos del Gobierno Dominicano), y el compromiso continuo con su cumplimiento. Así mismo, el Centro se encuentra a la espera de la decisión del Servicio Nacional de Salud para arrancar con el proceso de recopilación de información para la Certificación NORTIC A-2 (norma para el Desarrollo y Gestión de los Portales Web y la Transparencia de los organismos del Estado Dominicano), debido a que ellos están trabajando en el cambio de identidad institucional de las entidades de la red pública de salud, mientras tanto se programó a final de dicho mes una reunión con los integrantes del comité para tratar ese asunto.

Además, todos los meses se suministraron reportes de la Aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios acorde a cuota establecida mensualmente (1.3.3.1.01); a la vez, en marzo se hizo la Generación de reporte de nivel de satisfacción de usuarios (1.3.3.1.02); conjuntamente, en ese mes se realizó la Elaboración del plan de mejora de la experiencia del paciente (1.3.3.1.03) plasmando algunas actividades a implementar, tales como: solicitar la capacitación en la Humanización de los servicios de salud en las entidades pertinentes, gestionar vacunas, velar por el correcto uso de los instrumentos de limpieza y desinfección y solicitar la vinculación del médico anestesiólogo para empezar a ofrecer el servicio; de igual modo, mensualmente se creó el reporte de Gestión de los buzones de sugerencias (QDRS) (1.3.3.1.06) evidenciándose en la matriz un total de: 4 sugerencias, 2 quejas y 3 felicitaciones.

Con miras, de vigorizar la calidad de la atención en salud como resultado del seguimiento a los aspectos técnicos y no técnicos de la atención, fue que en marzo se presentó el formulario de Autoevaluación de los procesos de Bioseguridad, Control de Infecciones e Higiene y Desechos Hospitalarios (1.3.4.2.02); incluso, en dicho mes, se efectuó la Ejecución de las Autoinspecciones de Habilitación en los servicios (1.3.4.3.01) estas acciones lo que buscan es disminuir el riesgo de la seguridad del paciente y de los resultados esperados de salud.

Con el objetivo, de aumentar las aptitudes y resolutiveidad de los colaboradores de acuerdo a la complejidad de sus funciones, las necesidades de salud de la población y los compromisos del sector, fue que en marzo se puso en funcionamiento la Ejecución Plan de Capacitación -2025 (2.1.1.2.01) reflejando que se hicieron 2 adiestramientos en lo que va de año, entre las que se encuentran: Redacción de Informes y Oratoria; inclusive, en ese mes se realizó el informe de Seguimiento ejecución plan capacitación 2025 (2.1.1.2.02); previo a ello, en enero se llevó a cabo la Evaluación del desempeño laboral 2024 (2.1.1.3.02); a su vez, en ese mes se confeccionó la matriz del Consolidado de resultados de acuerdos del desempeño laboral 2025 (2.1.1.3.03) todo esto se llevó a cabo en cumplimiento al programa de desarrollo de competencias técnicas y habilidades blandas.

De igual modo, para marzo se cristalizó la Implementación del Sistema de Seguridad y Salud en la Administración Pública (SISTAP) (2.2.2.1.01); simultáneamente, se entregó el informe de Evaluación, seguimiento del personal con licencias recurrentes y los enviados a auditoria médica (2.2.2.1.02); al unísono, se hizo el reporte de Seguimiento e investigación de accidentes y enfermedades laborales (2.2.2.1.03); paralelamente, todos lo meses se mostró la matriz de Gestión de subsidios por enfermedad común (2.2.2.1.04); antes de ello, se facilitó el Reporte trimestral de la dotación de acuerdo a las estructuras aprobadas del establecimientos (2.3.1.1.01); así mismo, en febrero se realizó el listado de participantes de la Validación de estatus de los perfiles de los colaboradores activos en nómina (2.3.1.1.02) estas iniciativas pretenden desplegar y aplicar los aspectos de gestión relacionados con seguridad y salud en el trabajo.

Con la intención, de robustecer la gestión organizacional y productiva mediante la efectividad de la administración de recursos y servicios, fue que mensualmente se llevó a cabo la Actualización del portal de transparencia (3.1.1.1.01); previo a ello, en enero se efectuó el Levantamiento de las necesidades de la OAI

(3.1.1.1.02); posteriormente, en marzo se suministró el listado de participación de la Capacitación en la Ley 200-04 y la Resolución No. 002-21 de la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental (3.1.1.1.03); anterior a esto, se presentó una Resolución sobre la Creación y/ o actualización de la Resolución de Información Clasificada (si aplica) (3.1.1.1.08); de la misma manera, se procedió a Rendir oportunamente las cuentas de anticipos financieros para su regulación en el período (3.1.1.2.01); paralelamente, todos los meses se Aseguró el reporte oportuno de facturación eficiente de ingresos por las diferentes fuentes de financiamiento (3.1.1.2.02) reporte que refleja los ingresos percibidos por la institución a través de las Ventas de Servicios en Efectivo, Cheques y Transferencias recibidas, producto de las Cuentas por Cobrar de las distintas ARS, así como lo recaudado por el sistema de Verifone VISANET Dominicana con el servicio de tarjetas crédito/débito y el aporte de nómina proveniente del Ministerio de Salud Pública.

Adicionalmente, en marzo se Reportó oportunamente las informaciones financieras que alimentan el sistema de indicadores, fundamentadas en el registro sistemático de las transacciones sosteniendo la calidad del dato (3.1.1.2.04); inclusive, en ese mes se Reportó la ejecución presupuestaria consolidada de ingresos y egresos proveniente de las diferentes fuentes de financiamiento (3.1.1.2.05); simultáneamente, todos los meses se entregó el reporte de la Carga oportuna de las informaciones financieras cumpliendo con los criterios de calidad dispuestos por las normativas para que estén disponible a la ciudadanía (3.1.1.2.06); añadiendo, la Elaboración mensual de los Estados Financieros y sus anexos (3.1.1.2.08) y el reporte de ejecución Metas Físicas y Financieras 2025 en el SIGEF (3.1.1.2.09) buscando con estas actividades el fortalecimiento de la fiscalización y de la evaluación del control interno.

Con el propósito, de perfeccionar la sostenibilidad financiera del SNS mediante el control de gastos, saneamiento de las deudas e incremento de las distintas fuentes de financiamiento, fue que en marzo se hizo el registro digital de la Codificación y carga PACC 2026 (3.2.1.1.01) como una manera de garantizar la prestación de servicios en salud con oportunidad y eficiencia.

En apoyo, al despliegue del Plan de Gestión Ambiental y Responsabilidad Social Institucional fue que en marzo se exhibieron las publicaciones en medios sociales, a la vez que a través del correo interno informaciones de la Campaña de promoción del consumo de energía y eficiencia energética (interna / externa) (3.3.1.4.01) revelando la realización de: Campañas de Fomento del Consumo de Energía y Eficiencia

Energética con actividades internas y externas, a fin de concienciar sobre el uso responsable de la energía, a la par, que Campañas para la Reducción y Uso Eficiente del Agua con la implementación de iniciativas para optimizar el consumo y evitar desperdicios. Cabe mencionar que con estas acciones lo que se busca es maximizar la conexión del SNS con los medios informativos y la población, manteniendo con ellos una comunicación ágil, fluida y de calidad, que permita satisfacer con rapidez las peticiones y necesidades de información sobre la organización y los servicios ofrecidos.

Referente, al Llenado y envío del formulario de levantamiento de necesidades de cooperación no reembolsable a la ORS (3.4.1.1.01) que se efectuó en enero, tenemos que esto se concretizó para promover las alianzas nacionales e internacionales para captación y optimización de recursos que favorezcan el fortalecimiento y calidad de los servicios.

Con la finalidad, de fortificar el desarrollo y uso de tecnologías y sistemas de información para renovar la calidad y eficiencia de la gestión operativa fue que en marzo se llevó a cabo la Actualización y mantenimiento de portales web (3.5.1.1.01); de igual modo, en dicho mes se proporcionó un reporte sobre los Soportes incidencias tecnológicas atendidas (3.5.1.1.02); al mismo tiempo, se hizo la Ejecución de las sesiones del comité de calidad del CEAS (3.7.1.1.07) minuta que relata, que la Licda. Julissa Bautista encargada de la Sección de Calidad en la Gestión asistió a una reunión efectuada el pasado 25 de febrero del presente año en el Servicio Regional de Salud Ozama, en la cual se adiestró acerca del Programa de Innovación Servicio Nacional de Salud. El mismo fue creado para fomentar una cultura de innovación en el SNS, por medio de la participación de los colaboradores internos de la Institución donde compartiendo sus ideas lograrán impactar, innovar y mejorar los procesos y los servicios ofrecidos a los usuarios; la idea propuesta debe impactar tres pilares: reducción de costos, inclusión y medio ambiente. Es importante destacar que este programa inicia con la notificación de apertura del concurso: “Comparte Tu Idea”, y finaliza con el seguimiento a la implementación de las ideas ganadoras.

En adición a lo anterior, se entregó en enero el informe de Autoevaluación POA 2025 (3.7.1.4.01); posterior a eso, se ejecutó la Socialización y elaboración de planes de mejora acorde a los hallazgos de los MEP (3.7.1.4.02) documento que especifica, que la reunión se materializó con la intención de socializar sobre las

novedades encontradas en el monitoreo de los medios de verificación facilitados en el transcurso del 1er trimestre del año, a fin de registrar las acciones de mejoras a implementar conforme a lo solicitado por las autoridades competentes; previo a ello, se procedió con la Elaboración del Plan de Mantenimiento preventivo de equipos en los EES (4.1.1.4.01) escrito que tiene los siguientes objetivos: mantener los equipos e infraestructura del Centro en buen funcionamiento, dar un uso adecuado de los baños y suministro de agua, conservar los documentos, equipos y partes de estos en áreas seguras y protegidas, contar con un sistema de climatización adecuado, garantizar el servicio y el uso eficiente de los equipos y recibir energía permanente sin interrupción, ni variación de voltaje, lo que asegura estabilidad de voltaje y ahorro en gasto de combustible, entre otros; todo esto en procura de brindar a los usuarios un servicio eficiente y de calidad.

En definitiva, durante los meses de enero a marzo 2025 se concretaron todas las actividades planeadas en el Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico Japonesa (CEMADOJA), esto fue el resultado de la supervisión frecuente realizada a las distintas áreas de la Institución conforme a lo que establecen las entidades competentes.

### ACUERDOS Y/O RECOMENDACIONES SEGÚN HALLAZGOS

- ✓ Supervisar que los medios de verificación empleados estén en el formato estandarizado para esos fines.
- ✓ Asegurar que las evidencias cumplan con los requerimientos instituidos por las altas instancias.

### RESPONSABLES

Elaborado por:

**Licda. Katiana Indhira Pérez Gómez**  
Enc División de Planificación y Desarrollo



Entregado a:

**Dra. Glendis Ozuna Feliciano**  
Directora CEMADOJA



Firma y sello de recibido: