

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

Dirección o Departamento: DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

Fecha	08 de Julio 2025
--------------	------------------

TEMA OBJETIVO DEL INFORME

**INFORME DE LOGROS Y SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL 2025 TRIMESTRE
ABRIL – JUNIO**

DESARROLLO DEL INFORME

A continuación, se presenta el informe del Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico-Japonesa (CEMADOJA) concerniente al 2do trimestre 2025, el cual se implementó siguiendo las directrices del Servicio Nacional de Salud (SNS), esbozando a su vez cada una de las actividades realizadas y programadas en la Matriz del POA con sus respectivas evidencias.

Con la finalidad, de dar a conocer la cantidad de reactivos e insumos que estén próximos a vencer, se llevó a cabo en junio del presente año el informe de Supervisión para verificación de stock de insumos (1.1.1.2.01) para recabar todas las informaciones de lugar se realizó un levantamiento en la institución de la disponibilidad de suministros y reactivos, al mismo tiempo, se confirmaron las fechas de vigencia de los mismos, de esta forma se contribuyó con la ampliación y mejora de la provisión de servicios de apoyo diagnóstico y laboratorio; igualmente, en dicho mes se mostró un reporte sobre la Digitalización de las pruebas y resultados (1.1.1.2.04) evidenciando un total de 25,254 de analíticas concretizadas; también en ese mes se hizo la Implementación de ampliación cartera de servicios de acuerdo a complejidad (1.1.1.2.06) informe que tuvo como objetivo analizar la evolución de la producción de servicios clínicos y diagnósticos, así como el comportamiento de los indicadores del programa de desempeño institucional en CEMADOJA durante el periodo enero-mayo de 2024 y 2025 respectivamente, además de establecer propuestas estratégicas orientadas a la ampliación de la cartera de servicios acorde a la capacidad instalada y la complejidad institucional.

En ese orden de ideas, y para tener un control de los equipos, a la par que obtener óptimas analíticas fue que se efectuó en mayo el Mantenimiento a los equipos y calibración (1.1.1.2.07) arrojando algunas

recomendaciones tales como: conservar el monitoreo constante, a fin de ofrecer resultados confiables, asegurar la calidad de vida de los aparatos mediante la vigilancia frecuente y evitar el deterioro de las maquinarias por medio de los mantenimientos y la calibración; también se reprogramó la Reunión con DPS para coordinar entrega insumos/Participación evaluación externa calidad (1.1.1.2.08) debido a que no se recibió respuesta de la solicitud remitida para la realización de esta actividad; al unísono se llevó a cabo el Envío mensual del Infolap (1.1.1.2.09) informe que se elaboró con el propósito de revelar la productividad del Centro, y así las autoridades competentes puedan tomar decisiones oportunas y acertadas, todo ello en beneficio de las personas que asisten al CEMADOJA en busca de un servicio de calidad, de modo similar se hicieron las siguientes sugerencias: 1ro. garantizar tener una eficiencia máxima, para seguir ofreciendo un buen servicio a los usuarios, 2do. continuar llevando las estadísticas de las analíticas según los registros diarios y 3ro. asegurar el cumplimiento de las políticas establecidas por las altas instancias. Todas estas iniciativas afianzan la prestación de servicios integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Con la intención, de colaborar con el fortalecimiento de la Red Pública de Servicios de Salud fue que en junio se sostuvo 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) durante este encuentro la Licda. Katiana Pérez encargada de la División de Planificación y Desarrollo mostró el Plan Hospitalario para dar respuesta a Emergencias y Desastres, documento que determina como debe organizarse el Centro, los niveles de coordinación, las funciones y responsabilidades de las distintas áreas que lo componen, a su vez que las directrices que encaminan a la puesta en marcha de las acciones en los preparativos y en la respuesta a la emergencia y/o desastre; previo a ello, tuvo lugar en mayo la Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para respuesta a Temporada Ciclónica y Eventos Hidrometeorológicos comité de emergencias (1.1.2.1.11) donde la Licda. Maura Margarita Beltré coordinadora de la División de Enfermería comunicó que, cuando se recibe el boletín de aviso de huracán o tormenta tropical una de las medidas que se toman ante tal situación cuando el caso es inminente, es la de proceder a analizar el despacho de personal no esencial en la Institución y coordinar la distribución de los listados, así como el personal de relevo en los días próximos al evento.

En ese mismo contexto, cada mes se hizo el Análisis del comportamiento de las objeciones médicas administrativas (1.1.2.2.01) informe que demuestra que el CEMADOJA se acoge a los términos contractuales

establecidos por las Aseguradoras de Riesgos de Salud (ARS); sumado a eso, se desarrolló en junio la Elaboración de los planes de mejora para la disminución de las objeciones médicas administrativas y el incremento de la facturación (1.1.2.2.02) plasmando como oportunidad de mejora el monitoreo del cumplimiento de los requisitos de las ARS.

Con relación, a 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) que se realizaron todos los meses, la Dra. Yudith Hernández coordinadora de este comité especificó que, se procedió con la actualización del Esfigmomanómetro digital para la toma de presión de los pacientes con estudios contrastados e hipertensos, al igual destacó que, el servicio de Ecocardiograma sigue de manera efectiva y oportuna para los usuarios, aumentando su demanda por la alta calidad; así mismo, se entregaron mensualmente los reportes de Seguimiento a la actualización de las carteras de servicio de los establecimientos (1.2.2.5.02) siendo esta acción efectuada con el fin de desarrollar y mantener un modelo de evaluación de la prestación de servicios sanitarios, caracterizado por ser igualitario y libre de discriminación, a través de una retroalimentación permanente que busca generar mejores resultados en el ámbito de la salud, lo que contribuye al aumento de la satisfacción de las personas con los servicios públicos de salud.

En referencia, a la minuta entregada en junio de las Sesiones de los comités hospitalarios (1.2.3.1.01) la Licda. Ana Inoa Relacionista Público y miembro del Comité de Implementación y Gestión de Estándares (CIGETIC) notificó que fue recibida formalmente la Certificación NORTIC E1 que, valida la correcta gestión de las comunicaciones electrónicas oficiales, y la NORTIC A3 que garantiza la implementación de un modelo de gobierno abierto. Es bueno destacar, que estas certificaciones constituyen un paso significativo hacia una mayor transparencia, eficiencia y estandarización de los servicios ofrecidos por la institución, en línea con las normativas nacionales en materia de tecnología y acceso a la información pública, la articulación interdepartamental, así como el compromiso del personal involucrado, han sido clave para cumplir con los criterios instituidos por la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG) y la Oficina Presidencial de Tecnologías de la Información y Comunicación (OGTIC); anterior a esto, en mayo se hizo el reporte de la Conformación de los comités hospitalarios (1.2.3.1.02) entre los que fueron reestructurados por la Directora del Centro se destacan los que se mencionaran más adelante: el Comité de Bioseguridad, Comité de Prevención, Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y el Comité Ambiental de Higiene y Desechos Hospitalarios. Robusteciendo así la gestión integrada y articulada de las redes públicas

de servicios de salud, con actores involucrados en la organización, y teniendo la participación intra e intersectorial, que suscite un ambiente favorable para la cobertura y acceso a la atención médica.

Con el objetivo, de aportar a la sostenibilidad y eficiencia de los recursos e incrementar la eficacia, y equidad de la prestación de los servicios de salud por medio de la reorganización y transformación de las estructuras de redes de servicios, fue que en abril se facilitó el reporte del Autodiagnóstico conforme a la metodología de la gestión productiva (1.2.5.1.01); luego de esto, en mayo se llevó a cabo la Elaboración del plan de mejora a partir de los resultados del autodiagnóstico de la MGPSS (1.2.5.1.02) generando las siguientes acciones: solicitar la readecuación de la caseta de la planta eléctrica, tramitar el reacondicionamiento de los pisos de la entrada del Centro, gestionar la instalación de una puerta de protección en el área de Resonancia Magnética, proceder con el desmonte e instalación de una puerta de cristal en el Laboratorio Clínico y poner en funcionamiento la remodelación de la cocina de los colaboradores en el primer nivel, entre otros; posteriormente, en junio se efectuó la Implementación del plan de mejora a partir de los resultados del autodiagnóstico de la MGPSS (1.2.5.1.03) informe que arrojó tres recomendaciones, como son: 1ro. proseguir monitoreando la materialización de las actividades programadas en el plan, 2do. asegurar que las actividades realizadas logren mantener la optimización de los servicios prestados y 3ro. dar fiel cumplimiento a la consecución de las acciones planteadas.

De igual modo, fueron suministrados en abril, mayo y junio los reportes de la Aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios acorde a cuota establecida mensualmente (1.3.3.1.01) la cual tiene como propósito conocer la percepción de los usuarios que acceden y se le ofertan servicios en la institución; seguido de esto, en junio se completó la Generación de reporte de nivel de satisfacción de usuarios (1.3.3.1.02) obteniendo como resultado una puntuación de 94.16%; simultáneamente, se concretizó el Seguimiento a la Implementación del plan de mejora de la experiencia del paciente (1.3.3.1.05) documento que arrojó como resultado que se cumple con la política de respuesta que establece un promedio de 15 días laborables, para dar seguimiento a las inquietudes de los pacientes, a su vez se señaló que se ofrecen charlas semanales a los usuarios sobre el correcto uso y manejo del buzón; adicionalmente, cada mes se creó el reporte de Gestión de los buzones de sugerencias (QDRS) (1.3.3.1.06) mostrándose en la matriz un total de: 1 sugerencia, 2 quejas y 4 felicitaciones; también, en junio se reprogramó la actividad Aplicación del estándar Prevención y control

de infecciones asociadas a la atención de salud. (IAAS) Por el personal de enfermería (1.3.3.2.04), ya que por la naturaleza del Centro no aplica para su realización.

A fin, de colaborar con la prevención y control del riesgo biológico fue que en abril se hicieron Reuniones Ordinarias de los siguientes Comités: *Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención (IAAS), *Comité de Bioseguridad, *Comité Ambiental de Higiene y Desechos Hospitalarios (1.3.4.2.01) minuta donde la Licda. Maura Beltré coordinadora de la División de Enfermería destacó que, en su área de trabajo es obligatorio el lavado de manos, ya que se encargan de la manipulación de fluidos y residuos biológicos, de su parte, la Sra. Danissa Del Valle encargada de Mayordomía dijo que, su personal se ha adherido al uso de los paños de limpieza de diferentes colores según área.

Con la intención, de supervisar los aspectos técnicos y no técnicos de la atención, que aminore el riesgo de la seguridad del paciente y de los resultados esperados, fue que se materializó la Autoevaluación de los procesos de Bioseguridad, Control de Infecciones e Higiene y Desechos Hospitalarios (1.3.4.2.02) formulario que detalla que el Centro cuenta suministro de agua continua para los lavamanos, también dispone de solución desinfectante a base de alcohol con una concentración de 60% a 95% para la higiene, de la misma manera el establecimiento realiza capacitaciones con relación al uso correcto de los Equipos de Protección Personal (EPP) y aplica la Guía de Limpieza y Desinfección de Superficies Hospitalarias elaborada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), etc.

Igualmente, en abril se efectuó la Elaboración del Plan de Mejora de Bioseguridad, Control de Infecciones e Higiene y Desechos Hospitalarios (1.3.4.2.03) identificando varias actividades, entre las que se encuentran: elaboración de cronograma de actividades de supervisión, solicitud de tarjeta de vacunación al personal de nuevo ingreso, indicaciones de pruebas de laboratorio, imágenes, oftalmológicas y auditivas, a la vez que capacitación sobre lavado de manos, entre otros; además en el mes antes citado se procedió con la Elaboración de los planes de mejora a partir de los resultados de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalaria (1.3.4.2.05) pormerizando algunas tareas, como: capacitación sobre la importancia de la vacunación en centros de salud, realizar reuniones de los comités y la capacitación de manejo de desechos; simultáneamente, en junio se hizo el plan para la Priorización de mejoras para la habilitación de los Servicios de Salud, incluyendo no conformidades del MSP (1.3.4.3.02) dentro de este se muestra que, se solicitó la compra de

una lámpara de aviso para el área de resonancia magnética, además de solicitar luminarias para la entrada del centro y el segundo nivel exterior; también se planteó la adquisición de una puerta para la entrada al laboratorio y la realización de una fumigación en toda la institución.

Conforme, a la complejidad de sus funciones, las necesidades de salud de la población y los compromisos del sector, fue que en junio se puso en marcha la Ejecución Plan de Capacitación - 2025 (2.1.1.2.01) revelando que se realizaron 3 formaciones en el transcurso del 2do. trimestre del año, dentro de las que tenemos las siguientes: Seguridad Industrial y Salud Ocupacional, Introducción a la ISO 9001 y Supervisión Efectiva; paralelamente, en ese mes se efectuó el informe de Seguimiento ejecución plan capacitación 2025 (2.1.1.2.02). Estas actividades se hicieron en procura de maximizar las competencias y resolutiveidad de los colaboradores.

Con el propósito, de aportar a la aplicación de los aspectos de gestión correlacionados a la preservación de la integridad física del personal que labora en CEMADOJA, fue que en junio se creó un informe acerca de la Implementación del Sistema de Seguridad y Salud en la Administración Pública (SISTAP) (2.2.2.1.01); juntamente, se creó la Evaluación, seguimiento del personal con licencias recurrentes y los enviados a auditoria médica (2.2.2.1.02); al unísono, se entregó el reporte de Seguimiento e investigación de accidentes y enfermedades laborales (2.2.2.1.03), y se hizo mensualmente la matriz de Gestión de subsidios por enfermedad común (2.2.2.1.04).

Con fines, de hacer un levantamiento de necesidades de personal para cubrir vacantes actuales y nuevos recursos, fue que en mayo se confeccionó el Reporte trimestral de la dotación de acuerdo a las estructuras aprobadas del establecimiento (2.3.1.1.01); en paralelo, se suministró el listado de participantes de la Validación de estatus de los perfiles de los colaboradores activos en nómina (2.3.1.1.02). Cabe mencionar que estas actividades se aplicaron para disminuir las discrepancias en la disponibilidad de los colaboradores del sector salud en los diferentes niveles de atención.

Por otra parte, cada mes se hizo el reporte de la Actualización del portal de transparencia (3.1.1.1.01) en cumplimiento a los parámetros que establece la Resolución 002-2021 de la Dirección de Ética e Integridad Gubernamental; de hecho, en mayo se efectuó el Levantamiento de las necesidades de la OAI (3.1.1.1.02); después de ello, en junio se impartió la Capacitación en el Sistema Nacional de Atención Ciudadana 311

(3.1.1.1.04); antes de esto, para abril se concretizó la Capacitación sobre declaración jurada de bienes, dirigida al personal que le corresponde presentarla (3.1.1.1.05); posteriormente, en mayo se facilitó el listado de participantes sobre la Capacitación en la Ley No.172-13 Sobre protección de Datos (3.1.1.1.06). Estas iniciativas buscan fortificar la gestión Institucional y productiva a través de la eficiencia de la administración de recursos y servicios, al igual que el incremento de la participación comunitaria.

También, a partir de marzo se hizo el reporte para Rendir oportunamente las cuentas de anticipos financieros para su regulación en el período (3.1.1.2.01); adicionalmente, en los meses de abril a junio se facilitó el reporte acerca de Asegurar el reporte oportuno de facturación eficiente de ingresos por las diferentes fuentes de financiamiento (3.1.1.2.02) donde se contempla los ingresos recibidos por el Centro por medio de las Ventas de Servicios en Efectivo, Cheques y Transferencias recibidas, producto de las Cuentas por Cobrar de las distintas ARS, y lo recolectado por el sistema de Verifone VISANET Dominicana con el servicio de tarjetas crédito/débito y el aporte de nómina derivado del Ministerio de Salud Pública; de igual manera, en junio se procedió a Reportar 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); juntamente, en dicho mes se Reportó la ejecución presupuestaria consolidada de ingresos y egresos proveniente de las diferentes fuentes de financiamiento (3.1.1.2.05); en paralelo, cada mes se facilitó 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); agregando, la Elaboración mensual de los Estados Financieros y sus anexos (3.1.1.2.08); así como, el reporte de ejecución Metas Físicas y Financieras 2025 en el SIGEF (3.1.1.2.09) y el registro digital sobre la Actualización de inventarios Sede (3.2.1.3.01) intentando con ello reforzar la efficientización de la administración de recursos y servicios.

En miras, de cumplir con la ejecución de los procesos de compra en tiempo oportuno y de garantizar la prestación de servicios en salud con oportunidad y eficacia, fue que en junio se realizó la Codificación y carga PACC 2026 (3.2.1.1.01) esta acción pretende mejorar la sostenibilidad financiera del Servicio Nacional de Salud (SNS) mediante el control de gastos, saneamiento de las deudas e incremento de las distintas fuentes de financiamiento.

Como una manera, de ampliar la conexión del Servicio Nacional de Salud (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 fue que en junio se creó el reporte sobre el Cumplimiento de la identidad institucional EES (para el Programa Desempeño SNS) (3.3.1.1.02); incluso, se mostró un registro digital del Despliegue Plan Institucional de Comunicaciones: Colocación de carteles/displays publicitarios (impresos/digitales) en centros de la Red (3.3.1.2.01) implementando una estrategia de difusión de contenidos publicitarios e informativos, a través de las redes sociales oficiales de los centros que conforman la Red pública de salud, con el objetivo de fortalecer la presencia institucional mediante la publicación planificada de materiales gráficos y audiovisuales en plataformas como Facebook, Instagram, WhatsApp Business, entre otros.

Además, en cumplimiento al despliegue del Plan de Gestión Ambiental/ Responsabilidad Social Institucional promovidos por el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales se concretizó la publicación en distintos medios de comunicación de la Campaña de promoción del consumo de energía y eficiencia energética (interna/externa) (3.3.1.4.01) a fin de concienciar a colaboradores y usuarios sobre la importancia de reducir el consumo innecesario, fomentar practicas sostenibles en el uso de recursos energéticos dentro y fuera de la Institución, por medio del uso de estrategias para generar contenidos didácticos, visuales y cercanos que inviten a la acción e integrar la participación del personal con mensajes interactivos, concursos, cápsulas educativas y compromisos institucionales; previamente, en abril se realizó la Campaña para promover reducción y uso eficiente del agua (interna/externa) (3.3.1.4.02) esta se hizo alineada a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, especialmente el ODS 6: Agua limpia y saneamiento, a la vez con miras de posicionar a la institución como modelo de buenas practicas en eficiencia hídrica; al unísono, en abril fue impartido el Taller coordinado con la DCOM-SNS: Sensibilización en la Gestión de residuos peligrosos (para Hospitales/SRS) (3.3.1.4.03).

Ulteriormente, en mayo se ejecutó la Jornada ambiental (reforestación / limpieza de costas/otras) coordinada con instituciones públicas, privada y ONGs (3.3.1.4.04) esta actividad se llevó a cabo en colaboración con la Dirección General de Embellecimiento de Carreteras y Avenidas (DIGECAC), en la que se plantaron mas de 1,200 ejemplares en zonas previamente identificadas, fortaleciendo así el compromiso institucional con el medio ambiente. Siendo difundida bajo el lema “CEMADOJA Verde”, logrando una amplia cobertura en

redes sociales y medios locales, reafirmando el compromiso del Centro con la sostenibilidad y la protección del entorno.

Concerniente, a la Actualización y mantenimiento de portales web (3.5.1.1.01) efectuado en junio, el reporte facilitado comprobó que no hubo cambios ni novedades en el portal institucional durante el 2do trimestre del vigente año; seguidamente, en ese mes se entregó un reporte acerca de los Soportes incidencias tecnológicas atendidas (3.5.1.1.02) mostrando que fueron trabajadas un total de 1464 solicitudes de soporte y asistencia técnica a los usuarios de los recursos tecnológicos del CEMADOJA, de estos 1444 se resolvieron satisfactoriamente y solo 20 quedaron pendientes; en simultaneo, se recibió la matriz del Inventario de activos tecnológicos (3.5.1.1.03) correspondiente al primer semestre. Con estas operaciones lo que se quiere es mejorar la infraestructura tecnológica de la Red del SNS y así efficientizar la gestión operativa.

En procura, de optimizar los procesos se concretó en mayo el informe de Elaboración/actualización de autodiagnóstico CAF (3.7.1.1.03) documento que sirvió como una herramienta para ayudar a las organizaciones del sector público en la implementación y utilización de técnicas de gestión de calidad total para mejorar su rendimiento y desempeño, a su vez se resaltó que el Centro cuenta con una Planificación Estratégica, donde se toma como parámetro de referencia su misión, visión y valores, siendo esta llevada a cabo en coordinación con los grupos de interés y los empleados de la Institución, con la intención de que las tareas se realicen ajustados a lo que se establece en la filosofía institucional; posterior a ello, en junio fue suministrado el Informe de seguimiento a plan de mejora CAF año en curso (3.7.1.1.05) a través de este informe se mostraron los avances obtenidos en lo que va de año, entre los que se encuentran: la instalación de los Routers en las diferentes áreas requeridas con un logro de un 100%, la obtención de la Certificación de Datos abiertos NORTIC A3 y la configuración del chat institucional en un 100%, como parte de perfeccionar la comunicación interna; también, en ese mismo mes se hizo la Ejecución de las sesiones de comité de calidad del CEAS (3.7.1.1.07) donde la Licda. Julissa Bautista encargada de la Sesión de Calidad en la Gestión recordó a los convocados, que el proceso para la elaboración de la Carta Compromiso, las Normas Básicas de Control Interno (NOBACI) y el Sismap Salud aún se está a la espera de que el CEMADOJA sea priorizado por el Servicio Nacional de Salud y la Contraloría General de la República Dominicana.

Referente, a la Elaboración de la Memoria Institucional 2025 (3.7.1.1.11) realizada en junio, tenemos que se destacaron los avances y resultados más relevantes, saliendo a relucir los esfuerzos que ha venido haciendo la nueva gestión, en miras de promover un crecimiento sostenible de las operaciones del Centro, esto se ha traducido en la expansión del portafolio de servicios a través de la incorporación de nuevos estudios, así como en la modernización de los equipos y la mejora de las instalaciones para ofrecer un entorno cómodo y adecuado que responda oportunamente a las necesidades de los usuarios, alcanzado una cobertura del 99% de las aseguradoras del país; anterior a esto, para abril se hizo la Autoevaluación POA 2025 (3.7.1.5.01) informe que tuvo como objetivo supervisar el desempeño de las actividades planeadas en los meses de febrero, marzo y abril, considerando los avances obtenidos, a la par, que el análisis de las desviaciones, la fuente de estas y sugerencias de acciones de mejoras; en adición a ello, para junio se efectuó la Socialización y elaboración de planes de mejora acorde a los hallazgos de los MEP (3.7.1.5.02) minuta que resaltó, que la Licenciada Katiana Pérez encargada de la División de Planificación y Desarrollo destacó que, el Plan Operativo Anual (POA) constituye una herramienta fundamental que se encuentra correlacionado con el Plan Estratégico Institucional (PEI), el cual se alinea con la Estrategia Nacional de Desarrollo 2030 y el Plan Nacional Plurianual del Sector Público. Cabe destacar que este plan incluye las actividades que se llevarán a cabo para alcanzar las metas determinadas por la Organización, tomando en cuenta aspectos como la periodicidad de las acciones, los recursos necesarios, las áreas responsables y los resultados esperados.

Finalmente, entre abril y junio 2025 se ejecutaron cada una de las actividades proyectadas en el Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Dominico Japonesa (CEMADOJA), en cumplimiento a los lineamientos de las altas instancias y gracias al monitoreo constante de las diferentes áreas responsables de su puesta en marcha.

ACUERDOS Y/O RECOMENDACIONES SEGÚN HALLAZGOS

- Vigilar para que los medios de verificación utilizados estén en el formato estandarizado, de acuerdo a lo estipulado por el Servicio Nacional de Salud (SNS).
- Garantizar que las evidencias suministradas tengan la calidad que se requiere y sean facilitas dentro de la fecha estipulada.



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:	