

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

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

<b>Fecha</b>	14 de Enero 2026
--------------	------------------

**TEMA OBJETIVO DEL INFORME**

**INFORME DE LOGROS Y SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL 2025 TRIMESTRE  
OCTUBRE – DICIEMBRE**

**DESARROLLO DEL INFORME**

Más adelante, se muestra el informe del Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico-Japonesa (CEMADOJA) concerniente al 4to. trimestre 2025, el mismo se realizó en cumplimiento a las sugerencias del Servicio Nacional de Salud (SNS), considerando las distintas actividades proyectadas en la Matriz del POA, así como los medios de verificación que las amparan.

Con miras, de disponer de una red de salud vigorizada y con alta resolución para garantizar la prestación de servicios integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, condicionada a las necesidades de salud y características de la población fue que en diciembre se llevó a cabo el informe de Supervisión para verificación de stock de insumos **(1.1.1.2.01)**, a fin de dar a conocer la cantidad de reactivos e insumos que estén próximos a vencer, y así hacer un uso adecuado de los mismos, no solo eso, también de reubicar los que tengan una vida útil más prolongada; a su vez, se entregó un reporte acerca de la Digitalización de las pruebas y resultados **(1.1.1.2.04)** revelando un total de 7,151 de analíticas efectuadas; al unísono, se hizo la reprogramación del informe del Cumplimiento acuerdo establecido/ reunión de seguimiento al plan **(1.1.1.2.05)**; anterior a esto, en noviembre se hizo la Implementación de ampliación cartera de servicios de acuerdo a complejidad **(1.1.1.2.06)** como una manera de dar respuesta a la necesidad de fortalecer la capacidad diagnóstica nacional y optimizar la cobertura de salud, para así ofrecer estudios complejos como resonancia magnética; previamente, en octubre se mostró el informe de Mantenimiento a los equipos y calibración **(1.1.1.2.07)** con la finalidad de llevar un control o monitoreo de los equipos, por medio de la calibración y el mantenimiento, para la obtención de un óptimo resultado de analíticas efectuadas; y se efectuó la reprogramación de la Reunión con DPS para coordinar

entrega insumos/ Participación evaluación externa calidad **(1.1.1.2.08)**, debido a que Cemadoja no aplica para la ejecución de estas actividades; además, se hizo el Envío mensual de Infolab **(1.1.1.2.09)**, es bueno destacar que el informe se creó con el propósito es comunicar la productividad del CEMADOJA, para que así los organismos competentes puedan tomar decisiones oportunas y acertadas, en beneficio de los usuarios que asisten en busca de un servicio de calidad.

Respecto, al Simulacro para probar la funcionabilidad de los Planes de Emergencias y Desastres Hospitalarios **(1.1.2.1.08)** ejecutado en noviembre, este permitió evaluar la efectividad de los procedimientos definidos para este tipo de eventos y realizar las adecuaciones necesarias, contribuyendo a su vez a sensibilizar y a concientizar a todo el personal del Centro sobre la forma correcta de actuar y manejarse ante un evento de esta índole; añadiendo a esto, la Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para preparar el Operativo de Navidad y Año Nuevo comité de emergencias **(1.1.2.1.09)** llevada a cabo en diciembre, la cual estuvo dirigida a los miembros del Comité, donde se presentó el Plan de Contingencia para el Operativo de Navidad y Año Nuevo 2025-2026, con el objeto de que el servicio funcione con normalidad durante las festividades; a todo esto, la Licda. Katiana Pérez encargada de la División de Planificación y Desarrollo subrayó, que el objetivo principal de este documento es asegurar una respuesta eficiente ante cualquier eventualidad que pudiera ocurrir en esa fecha.

Además, mensualmente se efectuó el Análisis del comportamiento de las objeciones médicas y administrativas **(1.1.2.2.01)**; agregando a ello, en diciembre 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)** y el informe sobre la Implementación de los planes de mejora para la disminución de las objeciones médicas, administrativas y el incremento de la facturación de los CEAS **(1.1.2.2.03)** en ese mismo mes. Todas estas acciones se concretizaron para favorecer al robustecimiento de la red pública de servicios de salud, por medio de la reducción de la carga de las enfermedades crónicas incluidos los diferentes tipos de cáncer, los trastornos de salud mental, así como ante discapacidad, violencia y traumatismos, a través de servicios que faciliten la detección temprana y la continuidad de la atención, eliminando las brechas en el acceso y utilización de los servicios de salud.

Concerniente, a las Reuniones mensuales 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)** la Dra. Yenni Gil

encargada de la División de Epidemiología externó, que fue realizada la jornada de vacunación contra la influenza estacional y difteria/tosferina, dirigida a los colaboradores que la requerían y se contó con el apoyo del Área IV de Salud; de igual modo, todos los meses se suministraron los reportes de Seguimiento a la actualización de las carteras de servicio de los establecimientos **(1.2.2.5.02)**. Cabe citar que con la puesta en marcha de estas actividades lo que se busca es Desarrollar y mantener un modelo de evaluación de la entrega de servicios sanitarios con carácter igualitario y libre de discriminación, que suscite por medio de la continua retroalimentación, la generación de mejores resultados en materia de salud, lo que se traduce en el aumento de la satisfacción de las personas con respecto a los servicios públicos de salud.

Por otra lado, en el transcurso de diciembre se ejecutaron las Sesiones de los comités hospitalarios **(1.2.3.1.01)** en esta reunión la Licda. Ana Inoa relacionista pública y coordinadora del Comité de Gestión Medioambiental destacó, que se desarrollaron una serie de acciones orientadas a la eficientización energética, el uso racional del agua, la promoción del reciclaje y la protección de los recursos naturales, como por ejemplo: la campaña de concienciación del personal acerca del uso responsable de los equipos eléctricos, la colocación de señaléticas en puntos estratégicos, y el monitoreo del consumo para identificar oportunidades de mejora, promoviendo a su vez prácticas diarias que benefician el ahorro energético en todos los departamentos

A fin, de aumentar la eficacia, eficiencia y equidad de la prestación de los servicios de salud a través de la reorganización y transformación de las estructuras de redes de servicios, fue que en noviembre 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)**; más adelante, en diciembre 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 algunos hallazgos tales como: el personal de la División de Servicios Generales realizó el mantenimiento correctivo y preventivo del Cuarto Eléctrico, logrando con esto una ejecución de un 100%, a la vez realizaron el seguimiento a la instalación de una unidad de aire (manejadora de 18 BTU), completando el proceso en un 100% de avance, a la par, dicha área prosigue con la sustitución de luminarias Fluorescentes por Led del 5% restante, mostrando un avance de un 75%.

Por otro parte, en octubre, noviembre y diciembre respectivamente se confeccionaron los reportes de la Aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios acorde a cuota establecida mensualmente **(1.3.3.1.01)** la misma tuvo como objetivo conocer la percepción que tienen los usuarios de los servicios del CEMADOJA, incentivando así una retroalimentación continua para suministrar la mejora de los resultados en el sector salud;

al unísono, en diciembre se hizo la Generación de reporte de nivel de satisfacción de usuarios**(1.3.3.1.02)** obteniendo como resultado una puntuación de 99.99%; antes de esto, en noviembre se dio el Seguimiento a la implementación del plan de mejora de la experiencia del paciente **(1.3.3.1.05)** revelando los resultados obtenidos en el monitoreo, saliendo a relucir que se estaban impartiendo las charlas semanales sobre el correcto uso y manejo del buzón, quedando pendiente la capacitación de Humanización de los Servicios; además, todos los meses creó el reporte de Gestión de los buzones de sugerencias (QDRS) **(1.3.3.1.06)** evidenciando lo que se muestra a continuación: **5** Sugerencias, **1** Queja y **15** Felicitaciones; luego de ello, en diciembre se elaboró el formulario de supervisión y se entregó el listado de participación del Monitoreo de los cuidados que ofrece el personal de enfermería a los usuarios en los ESS de la red pública en el ámbito ambulatorio y hospitalario **(1.3.3.2.03)**.

Referente, a las 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)** efectuadas en diciembre, la Licda. Maura Beltré encargada de la División de Enfermería expresó, 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 Dra. Erika Monegro subrayó, que presentó un reporte de total cumplimiento de las normas de bioseguridad en su personal; paralelamente, en diciembre se facilitó el formulario de Autoevaluaciones de los procesos de Bioseguridad, Control de Infecciones e Higiene y Desechos Hospitalarios **(1.3.4.2.02)**; a la par, se hizo el Seguimiento a la Implementación del Plan de Mejora de Bioseguridad, Control de Infecciones e Higiene y Desechos Hospitalarios **(1.3.4.2.04)** informe que relata que a través de los adiestramientos coordinados con la DCOM-SNS sobre la Sensibilización en la Gestión de residuos peligroso para Hospitales/SRSO se reforzaron los conocimientos en las áreas de Higienización, Enfermería y Laboratorio Clínico respectivamente.

Precediendo a lo antes mencionado, tenemos la Elaboración de los planes de mejora a partir de los resultados de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalaria **(1.3.4.2.05)** efectuado en octubre, en los cuales se contemplaron las formaciones en aspectos de bioseguridad, conteniendo el adiestramiento sobre lavado de manos, entrenamiento acerca del uso de equipos de protección personal y capacitación sobre manejo de desechos, cuya función principal era velar para que los establecimientos y el personal cumplan con los requisitos mínimos y específicos de funcionamiento y con esto garantizar la seguridad y calidad de la atención

al paciente; luego, en noviembre se creó el reporte de Seguimiento a la implementación de las mejoras priorizadas de habilitación **(1.3.4.3.03)** siendo un proceso de evaluación y autorización otorgado desde la Dirección de Habilitaciones de Servicios y Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud Pública.

A fines de, incrementar las competencias y la capacidad resolutive de los colaboradores, en función de la complejidad de sus tareas, las necesidades de salud de la población y los compromisos asumidos por el sector, se impartió en noviembre la Capacitación Estándar Proceso de Atención de Enfermería en el ámbito ambulatorio y hospitalario **(2.1.1.1.01)** la misma estuvo orientada a fortificar los conocimientos y habilidades del personal de enfermería en la aplicación correcta y oportuna de los estándares de Calidad del Cuidado de su área; en consonancia, en diciembre se puso en marcha la Ejecución Plan de Capacitación-2025 **(2.1.1.2.01)**; simultáneamente, se realizó el Seguimiento ejecución plan capacitación 2025 **(2.1.1.2.02)** evidenciando la puesta en funcionamiento de dos formaciones, entre las que se encuentran: Imagen Profesional y Planificación estratégica, donde se contó con la participación de 32 colaboradores del CEMADOJA correspondientes a las áreas de: División de Planificación y Desarrollo, División de Servicio de Atención al Usuario, División de Facturación y Seguros Médicos, Oficina de Acceso a la Información Pública (OAI), División de Contabilidad, División de Tesorería, Seguridad, Dirección, Higienización y División de Tecnología de la Información y Comunicación. Con estos adiestramientos lo que se pretende es: 1ro. conocer los fundamentos básicos y esenciales de la imagen, sus características y componentes, al momento de diseñar una marca personal externa que diferencie y posicione y 2do. Dotar a los colaboradores de los conocimientos necesarios para la formulación, planificación e implementación de acciones a corto, mediano, y largo plazo, que permitan a la empresa alcanzar sus objetivos; y previo a esto, en octubre se cumplió con la Elaboración del Plan de Capacitación CEASS-2026. **(2.1.1.2.03)**.

Relativo, al informe en diciembre de la Implementación del Sistema de Seguridad y Salud en la Administración Pública (SISTAP) **(2.2.2.1.01)** se mostró, que durante el periodo evaluado se registraron cinco incidencias de mantenimiento en equipos y sistemas críticos, 4 de ellas fueron resueltas satisfactoriamente, restableciendo la operatividad de los servicios afectados, mientras que una permanece pendiente de cierre; conjuntamente, todos los meses se emitió un informe de Evaluación, seguimiento del personal con licencias recurrentes y los enviados a auditoria médica **(2.2.2.1.02)**; simultáneamente, en diciembre se efectuó el reporte de Seguimiento e investigación de accidentes y enfermedades laborales **(2.2.2.1.03)**; allende,

mensualmente se facilitó la matriz de Gestión de subsidios por enfermedad común **(2.2.2.1.04)**. Estas acciones intentan ampliar y aplicar los aspectos de gestión relacionados con la seguridad y salud en el trabajo.

En otro sentido, para noviembre se puso en marcha un levantamiento de necesidades de personal para cubrir vacantes actuales y nuevos recursos, siendo reflejado en el Reporte trimestral de la dotación de acuerdo a las estructuras aprobadas del establecimiento **(2.3.1.1.01)**, con miras de disminuir las discrepancias en la disponibilidad de colaboradores de salud en los distintos niveles de atención; también, en ese mes se entregó el listado de participación que concierne a la Validación de estatus de los perfiles de los colaboradores activos en nómina **(2.3.1.1.02)** proceso que ayudó a confirmar la situación laboral y las funciones asignadas de cada colaborador aportando a una gestión administrativa más eficiente y transparente.

También, todos los meses se creó el reporte de Actualización del portal de transparencia **(3.1.1.1.01)**; antes de esto, en octubre se trabajó en el informe del Levantamiento de las necesidades de la OAI **(3.1.1.1.02)** acorde a esto, se pudo evidenciar que el área se encuentra acondicionada en un 80% por lo que se está tramitando la acciones a mejorar con las máximas autoridades del Centro para así contar con un espacio más confortable; más adelante, en diciembre se impartió la Capacitación en la Ley 200-04 y la Resolución No. 002-21 de la Dirección General de la Ética e Integridad Gubernamental **(3.1.1.1.03)**; conjuntamente, se hizo la Capacitación en el Sistema Nacional de Atención Ciudadana 311 **(3.1.1.1.04)**; previamente, en noviembre se impartió la Capacitación sobre la Declaración Jurada de Bienes dirigida al personal obligado a presentarla **(3.1.1.1.05)** como una manera de orientar sobre la adecuada elaboración del referido documento. Estas formaciones son aplicadas para consolidar el desempeño institucional y productivo mediante la mejora de la transparencia.

Igualmente, se efectuó mensualmente el reporte sobre Rendir oportunamente las cuentas de anticipos financieros para su regulación en el período **(3.1.1.2.01)**; al mismo tiempo, cada mes se elaboró la actividad de Asegurar el reporte oportuno de facturación eficiente de ingresos por las diferentes fuentes de financiamiento **(3.1.1.2.02)**; incluso, en diciembre 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)**; agregando a ello, en diciembre el Reporte de la ejecución presupuestaria consolidada de ingresos y egresos proveniente de las diferentes fuentes de

financiamiento **(3.1.1.2.05)**. Todo esto con la finalidad de robustecer la fiscalización y evaluación del control interno.

Añadiendo a lo anterior, cada mes se elaboró el reporte acerca de Cargar oportunamente 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)**; a la par, en diciembre se solicitó la reprogramación del informe sobre Realizar el cierre de las operaciones del año fiscal de acuerdo con las normativas emitidas por la DIGECOG **(3.1.1.2.07)**, puesto que faltaron algunos procesos por completar, los cuales debían ser coordinados con las altas instancias; de la misma manera, todos los meses se hizo la Elaboración de los Estados Financieros y sus anexos **(3.1.1.2.08)**; en adición, en diciembre se llevó a cabo el Reporte de ejecución Metas Físicas y Financieras 2025 en el SIGEF **(3.1.1.2.09)**; paralelamente, en dicho mes se efectuó la solicitud de reprogramación del registro digital de la Actualización de inventarios Sede **(3.2.1.3.01)**, debido a que el proceso de recopilación de información aún no se ha concluido. Estas tareas se ejecutan como una manera de contribuir al fortalecimiento de la gestión institucional y productiva mediante la mejora de la transparencia, efectividad de la administración de recursos y servicios.

En relación, a la Codificación y carga PACC 2025 **(3.2.1.1.01)** tenemos que en diciembre se entregó un registro digital; previo a ello, en noviembre se creó un informe de Seguimiento al comportamiento del SISCOMPRA **(3.2.1.1.02)** documento que enuncia que el SISCOMPRAS es el sistema que ha sido desarrollado para iniciar la medición del cumplimiento de la Ley 340-06 y sus modificaciones, a través de los registros en el portal transaccional.

Con el propósito, de aumentar 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 institución y los servicios ofrecidos, a través de la implementación del Manual de Señalética e Identidad de la Red SNS (Comunicación estratégica y posicionamiento institucional) fue que en diciembre, se entregó el reporte sobre el nivel de Cumplimiento de la identidad institucional EES. (para el Programa Desempeño SNS) **(3.3.1.1.02)**; previo a esto, en noviembre se hizo el registro digital del Despliegue Plan Institucional de Comunicaciones: Colocación carteles / displays publicitarios (impresos/digitales) en centros de la Red **(3.3.1.2.01)**; anteriormente, en octubre fue realizada la Campaña para promover reducción y uso eficiente del agua (interna / externa) **(3.3.1.4.02)** en busca de fomentar una



cultura de consumo responsable, y de concienciar sobre la importancia del recurso hídrico como bien limitado que requiere cuidado diario; adicionalmente, en octubre se sostuvo el Taller coordinado con la DCOM-SNS: Sensibilización en la Gestión de residuos peligrosos (para Hospitales / SRS) **(3.3.1.4.03)**; seguido de ello, en noviembre tuvo lugar la Jornada ambiental (reforestación / limpieza de costas/otras) coordinada con instituciones públicas, privada y ONGs **(3.3.1.4.04)** ejecutada con el propósito principal de recuperar espacios verdes deteriorados, fortalecer la conciencia ecológica y contribuir directamente al embellecimiento y bienestar de estas áreas.

A raíz, del desarrollo y uso de tecnologías y sistemas de información para mejorar la calidad y eficiencia de la gestión operativa fue que en diciembre, se procedió con la Actualización y mantenimiento de portales web **(3.5.1.1.01)**; agregando a esto, el reporte presentado de los Soportes incidencias tecnológicas atendidas **(3.5.1.1.02)** en cuyo reporte se muestra que en el intervalo de octubre a diciembre del 2026 se atendieron un total de 1322, correspondientes a solicitudes de soporte y asistencia técnica a los usuarios de los recursos digitales del Centro, siendo resueltas satisfactoriamente 1302 y solo 20 quedaron pendientes de ser consumadas; también, se llevó a cabo en ese mes el Inventario de activos tecnológicos **(3.5.1.1.03)** que se efectúa semestral en la Institución.

Con el objetivo, de aportar al consolidación del modelo de gestión y monitoreo de la calidad institucional, fue que en diciembre se elaboró el Informe de seguimiento a plan de mejora CAF año en curso **(3.7.1.1.05)** donde se evidenció que la solicitud del sistema SAP, así como la implementación del sistema PAC, quedaron pendientes por las autoridades competentes para los fines de ejecución, de igual modo el CEMADOJA está a la espera del correo de acceso por parte de la Contraloría General de la República Dominicana para el registro en la plataforma, debido a que el Centro todavía no ha sido priorizado por las entidades correspondientes.

A este tenor, en diciembre se hizo la Ejecución de las sesiones del comité de calidad del CEA **(3.7.1.1.07)** donde la Srta. Génesis Santana dijo, que la actividad del POA 2025 de la Firma del Acuerdo de Desempeño (EDI), fue suspendida por el Ministerio de Administración Pública (MAP), según lo confirmó la Licda. Ydolidia Ortega encargada de la División de Planificación y Desarrollo del Servicio Regional de Salud Ozama; anterior a ello, en noviembre se efectuó la Elaboración de la memoria institucional 2025 **(3.7.1.1.11)** documento donde se desglosó que desde que la actual gestión asumió sus funciones en CEMADOJA, ha enfocado sus esfuerzos en suscitar 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, alcanzando una cobertura del 99% de las aseguradoras del país.

Con el objetivo, de reforzar la capacidad institucional por medio de la optimización de los procesos, empoderamiento del talento humano y articulación interna contribuyendo a la mejora continua de la gestión organizacional, fue que en noviembre se presentó la evidencia que muestra el Cumplimiento del análisis y rediseño de estructura organizativa, coordinado por el MAP y Desarrollo Institucional SNS (solo aplica a quienes no tienen estructura aprobada) **(3.7.1.2.01)**; antes de eso, en octubre se entregó el informe de la Autoevaluación POA 2025 **(3.7.1.5.01)** teniendo como finalidad vigilar el desempeño de las actividades proyectadas en el POA durante el 3er trimestre del 2026, considerando los avances alcanzados, al unísono, que el análisis de las desviaciones, la fuente de estas y recomendaciones de acciones de mejoras; luego, en diciembre como complemento se hizo la Socialización y elaboración de los planes de mejora acorde a los hallazgos de los MEP **(3.7.1.5.02)** en la cual la Licenciada Katiana Pérez encargada de la División de Planificación y Desarrollo notificó, que todos los acuerdos materializados en la pasada reunión fueron llevados a cabo en un 100%, cumpliendo así con las directrices estipuladas por las altas instancias; a todo esto, la Licda. Ana Inoa Relacionista Pública agregó, que procurará que los medios de verificación facilitados cuenten con todos los campos completados requeridos, conforme a los lineamientos del Servicio Nacional de Salud (SNS).

En otro orden de ideas, en el transcurso de diciembre se facilitó el informe de Seguimiento al plan de Mantenimiento preventivo de equipos en los EES **(4.1.1.4.02)** para recabar las informaciones se procedió a elaborar un cronograma de trabajo anual, donde se especificaron la fecha de realización de cada proceso y paralelamente se veló por cumplir con el tiempo establecido, tomando en cuenta las observaciones hechas en el transcurso de las mismas, a fin de corregir potenciales averías. Cabe resaltar que este documento arrojó en las conclusiones que las actividades programadas en dicho plan en el periodo evaluado se materializaron en un 96%, esto fue el resultado del monitoreo frecuente llevado a cabo por el personal de la División de Servicios Generales.

En conclusión, durante los meses de octubre y diciembre 2025 se ejecutaron exitosamente las diferentes actividades planificadas en el Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico Japonesa (CEMADOJA), conforme a las directrices estipuladas por el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Regional de Salud Ozama (SRSO) respectivamente.

### ACUERDOS Y/O RECOMENDACIONES SEGÚN HALLAZGOS

- ✓ Dar seguimiento para que las diferentes áreas entreguen sus evidencias en el medio de verificación establecido.
- ✓ Garantizar que los documentos contengan la firma y sellos correspondientes.

### 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: