

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

Dirección o Departamento: DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

Fecha	13 de Julio 2026
TEMA OBJETIVO DEL INFORME	
INFORME DE LOGROS Y SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL 2026 TRIMESTRE ABRIL - JUNIO	

DESARROLLO DEL INFORME
Más adelante, se visualiza el informe del Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico-Japonesa (CEMADOJA) del 2do. trimestre 2026, donde se desglosan las distintas actividades planificadas en la matriz del POA, al unísono que los medios de verificación que las avalan, acorde a los lineamientos del Servicio Nacional de Salud (SNS). Con miras, de superar las deficiencias en la organización e implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y con ello beneficiar a toda la población, fue que en junio se llevó a cabo la Reunión del comité de emergencias para socialización del plan Hospitalarios Emergencias de salud pública y desastres naturales con el personal del hospital (1.8.2.08) en la cual el Licdo. Edison Peña encargado de la Sección de Almacén y Suministro mencionó que, al momento de notificarse un evento, se instruye a la persona que reciba la llamada, debe tomar las siguientes informaciones básicas: tipo y magnitud del evento, zona afectada, día y hora de ocurrencia, daños registrados a la salud, tipo, cantidad y gravedad de afectados, acciones de control que se han aplicado, instituciones de socorro presentes en la zona, nombre del informante y un teléfono para contactarlo; además, en dicho mes se hizo la Implementación de los procesos de bioseguridad hospitalaria (1.8.3.05) informe que indicó, que cuando se cumplen los controles tanto el personal como los usuarios tienen menos riesgos relacionados a los servicios de salud, puesto que representan el conjunto de normas, medidas y protocolos preventivos destinados a inspeccionar factores de riesgo: biológicos, físicos o químicos, mediante el uso de Equipos de Protección Personal (EPP), higiene, esterilización y gestión de residuos.

En ese sentido, en junio se procedió con la Elaboración de los planes de mejora a partir de los resultados de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalaria (1.8.3.06) en este se contemplaron las siguientes actividades: 1ro. Capacitación sobre lavado de manos y uso del EPP y manejo de desechos, 2do. Medición diaria del ph y cloro del agua, así como la solicitud de análisis microbiológico al departamento de microbiología y 3ro. Gestionar la reubicación, aumento del tamaño y condiciones adecuadas del depósito de desechos temporal, etc; igualmente, se efectuó un Seguimiento a los planes de mejora de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalaria (1.8.3.07) el cual arrojó las recomendaciones que se mencionarán a continuación: 1ro. Proseguir la aplicación del formulario de autoevaluación de bioseguridad mensualmente, 2do. Identificar las necesidades de capacitaciones, 3ro. Realizar capacitaciones al inicio del segundo semestre y 4to. Velar para que se cumplan los procesos de bioseguridad; al mismo tiempo se concretizó la Implementación del procedimiento de hostelería hospitalaria (1.8.3.09) informe donde se enunció, que los centros de salud deben de cumplir con una serie de procesos de la Hostelería Hospitalaria, considerada como una nueva tendencia que está enfocada en brindar servicios de calidez y calidad a sus pacientes, siendo la División de Servicios Generales el área responsable de: supervisar y ejecutar los servicios hospitalarios no clínicos en general, es decir, la limpieza, la lavandería, el mantenimiento y la atención al público, entre otros.

Concerniente, al Diagnóstico situacional de la conformación de los comités hospitalarios (1.8.3.10) en junio se mostró un informe, donde se detalló que el Comité de Gestión Medioambiental desarrolló en lo que va de año una serie de acciones orientadas a fortalecer la eficiencia energética, el uso racional del agua, la promoción del reciclaje y la preservación del entorno natural. En materia de energía, hizo concienciaciones dirigidas al personal sobre el uso responsable de los equipos eléctricos, la colocación de señaléticas en puntos estratégicos y el monitoreo del consumo energético, con el propósito de identificar las oportunidades de mejora y fomentar prácticas diarias que contribuyan al ahorro de energía de todas las áreas de la institución, en cuanto al uso racional del agua, se promueven campañas de sensibilización, fomentando: el cierre correcto de las llaves, la detección y notificación oportuna de fugas, así como el mantenimiento preventivo de las instalaciones hidráulicas, a fin de garantizar un manejo más eficiente y responsable de este recurso esencial.

En lo relativo, al reporte de la Conformación de los comités Hospitalarios (1.8.3.11) que se entregó en junio, se especificó que la existencia y operatividad de estos no constituyen una disposición opcional, sino un requisito obligatorio. El cumplimiento de estas normativas resulta fundamental para los procesos de habilitación y acreditación institucional, contribuyendo a que el Centro opere conforme a la legislación

vigente y reforzando la prestación de servicios seguros, eficientes y de calidad para los usuarios; a la par, en ese mes, se concretizó el informe de la Evaluación de la Metodología de Gestión Productiva (1.8.3.12) el cual mostró en las conclusiones lo siguiente: conforme a los resultados obtenidos en la Matriz de Valoración de las Condiciones Mínimas para la Atención en Salud de la Metodología de Gestión Productiva, la Institución alcanzó un porcentaje de cumplimiento de 97.90%, evidenciando un alto nivel de desempeño en los criterios evaluados, no obstante, se continuará trabajando de manera coordinada con las áreas responsables para vigorizar los aspectos identificados con oportunidades de mejora, con el propósito de lograr niveles óptimos de cumplimiento en futuras evaluaciones.

Previo a lo antes expuesto, en abril se creó el Plan de mejora a partir de los resultados de la evaluación de la metodología de gestión productiva (1.8.3.13) saliendo a relucir las acciones de mejoras citadas más adelante: Gestionar la construcción de una nueva caseta para el depósito de basura, Tramitar el reacondicionamiento de los pisos de la entrada del Centro, Garantizar el mantenimiento correctivo y preventivo del Cuarto Eléctrico, Solicitar la readecuación de la caseta de la planta eléctrica, o sea, la insolación de la misma, ya que está deteriorada, Supervisar la Capacitación a personal de servicios generales en higiene de manos, uso de EPP y gestión de desechos y Gestionar una capacitación de Electromedicina para el personal de mantenimiento y tecnología, entre otros; luego, en mayo se puso en marcha el Seguimiento a los planes de mejora de la MGP (1.8.3.14) informe que evidenció que este es un proceso de evaluación que muestra una visión general del manejo o administración de los servicios de salud, en miras de reforzar los estándares de calidad de la organización y con ello confirmar su nivel de desempeño.

Referente, al inventario que se realiza todos los meses sobre el Análisis del comportamiento de las objeciones médicas y administrativas (1.8.3.18) se reveló que el Centro de Educación Médica de Amistad Domínico Japonesa (CEMADOJA) se acoge a los términos contractuales instauradas por las ARS, en base a esto se creó un plan de reducción de las objeciones médicas para mantener y mejorar la sostenibilidad de la Institución, con el propósito de continuar incrementando la facturación administrativas, y así asegurar la prestación del servicio de salud de forma oportuna y eficiente; agregando a ello, en junio se efectuó la Elaboración de los planes de mejora para la disminución de las objeciones médicas, administrativas y el incremento de la facturación de los CEAS, en coordinación de los SRS los centros de salud (1.8.3.19); paralelamente, en ese mes se puso en funcionamiento el Seguimiento a la ejecución de planes de mejora para la disminución de las objeciones médicas, administrativas y el incremento de la facturación de los CEAS (1.8.3.20) informe que

especificó, que el Centro cumplió con la ejecución en un cien por ciento (100%) de las actividades proyectadas en dicho plan.

En lo relacionado, a la Ejecución Plan de Capacitación 2026 (2.1.1.01) en el lapso de tiempo de abril a junio se materializaron dos adiestramientos dirigidos al personal del CEMADOJA, dentro de los que se encontraron: Oratoria y Técnicas de las 5S. Estas formaciones se pusieron en marcha con el fin de desarrollar y fortalecer competencias vinculadas con la comunicación efectiva, la expresión verbal y no verbal, y la capacidad de transmitir ideas de manera clara, estructurada y persuasiva. Además, de dotar a los participantes de los conocimientos necesarios para optimizar los espacios, reducir desperdicios, mejorar la eficiencia operativa y promover ambientes de trabajo más seguros y productivos, robusteciendo a su vez la cultura de responsabilidad, disciplina y compromiso con el mantenimiento de estándares que contribuyan al desempeño organizacional y a la prevención de riesgos laborales; antes de esto, en abril se hizo la minuta de Monitoreo por departamento de los acuerdos de desempeño laboral 2026 (2.1.1.07) evidenciándose que el equipo de la División de Servicio de Atención al Usuario ha asumido de manera positiva los lineamientos establecidos, enfocándose en garantizar que el paciente reciba una atención que genere una excelente impresión del Centro, al unísono que los miembros de la División de Planificación y Desarrollo han estado alineados con las normativas institucionales, participando activamente en los programas de capacitación organizados en CEMADOJA, lo que ha contribuido con el fortalecimiento técnico y organizacional; simultáneamente en ese mes, fue suministrada la Remisión al SRS consolidado trimestral de acuerdos de desempeño personal nuevo ingreso CEAS (2.1.1.08) reporte que tuvo como finalidad evaluar el desempeño del personal de nuevo ingreso durante su primer trimestre laboral, considerando su nivel de adaptación al puesto de trabajo, cumplimiento de funciones asignadas, responsabilidad y disciplina laboral, integración al equipo de trabajo y apego a las normas y procedimientos institucionales; este comprendió un total de seis colaboradores, ingresados en fecha 01 de marzo del año en curso, designados a distintas áreas operativas, técnicas y administrativas del Centro.

Con la finalidad, de reducir la escasez de recursos humanos de salud, fue que en abril se hizo la Implementación del Sistema de Seguridad y Salud en la Administración Pública (SISTAP) (2.1.1.09) este informe tuvo como objetivo evaluar el estado actual de su puesta en funcionamiento en la Institución, tomando en cuenta la gestión de seguridad y salud en el trabajo, el desempeño organizacional en esta materia y la efectividad de los procesos o relaciones laborales, identificando fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora; adicionalmente, desde abril a junio se facilitó el informe de Evaluación, seguimiento del personal con

licencias recurrentes y los enviados a auditoría médica (2.1.1.10) este informe tuvo las siguientes recomendaciones: 1ro. Velar para que los permisos se hagan de manera anticipada, exceptuando los casos de emergencia, 2do. Asegurar que las vacaciones sean tramitadas conforme a los procedimientos establecidos en la Institución y 3ro. Garantizar que el colaborador espere la aprobación y confirmación de la solicitud de permiso y vacaciones, previo a ausentarse de sus labores; conjuntamente, en abril se realizó la Elaboración de reporte y seguimiento de incidentes laborales (2.1.1.11); paralelamente, en abril, mayo y junio se entregó el reporte del Registro de subsidio por enfermedad común (2.1.1.12); juntamente, en estos meses se hizo la Remisión de la documentación (Copia de cédula, matriz de no vacaciones, certificación de vacaciones, acción de personal dentro del plazo de 5 días a partir de la notificación (2.1.1.13) y también, en los meses antes citados, se le dio el Seguimiento al registro y control de solicitudes de Seguros Médicos Dependientes adicionales (Seguros Padres) (2.1.1.14). Todas estas acciones lo que buscan es contribuir con la optimización del desempeño, el bienestar y el cumplimiento normativo en toda la red pública de salud.

A fin, de aportar al incremento de la eficacia de los procesos de contratación y retención de recursos humanos de salud en establecimientos públicos, reduciendo vacantes y mejorando la dotación de personal, fue que en junio se hizo Elaboración de la planificación de recursos humanos 2027 (2.2.2.01); igualmente, en ese mes se presentó el Reporte trimestral de la dotación de acuerdo a las estructuras aprobadas de la ORS, establecimientos del 1er nivel y nivel especializado de atención (2.2.2.02). Cabe resaltar que estas tareas les permiten a las autoridades y gestores del Servicio Nacional de Salud (SNS) disponer de un análisis actualizado de la demanda de recursos humanos por nivel de atención, que ayuda a dimensionar dotaciones, planificar reclutamiento y formación, y mejorar la distribución del personal según necesidades poblacionales.

Por otro lado, en junio se realizó la Actualización de portales web (3.1.5.01); juntamente, se mostraron los Soportes de incidencias tecnológicas atendidas (3.1.5.02) reporte que reveló que en el transcurso del 2do. Trimestre del 2026 se le ofreció asistencia a un total de 1312 solicitudes, de estas 1,300 fueron resueltas satisfactoriamente y solo 12 quedaron pendientes; a la par, en ese mes se ejecutó el Inventario de activos tecnológicos (3.1.5.03) para así contar con un personal y usuarios que reciben los servicios tecnológicos fiables.

Con la intención, de ofrecer a la población servicios seguros y de calidad mediante el reforzamiento del modelo organizacional de gestión y supervisión de la calidad con: estándares, indicadores, auditorías y

acciones de mejora continua en todas las unidades, fue que en abril se procedió con la Autoevaluación POA 2026 (3.1.6.03); después, en mayo se efectuó la Elaboración y seguimiento a la ejecución de los planes de mejora acorde a los hallazgos del MEP (3.1.6.04) el cual reflejó las recomendaciones siguientes: 1ro. Seguir vigilando de forma adecuada la concretización de las actividades planificadas en el plan de mejora acorde a los hallazgos de los MEP en el plazo de enero a marzo del presente año, 2do. Garantizar que las acciones puestas en funcionamiento logren conservar la mejora continua de los servicios ofertados y 3ro. Dar fiel cumplimiento a la ejecución de las acciones de mejora programadas en el plan de mejora acorde a los hallazgos de los MEP durante el primer trimestre del 2026.

También, en mayo se hizo la Elaboración del informe de autodiagnóstico y sistema afinado de puntuación CAF (3.1.6.05); incluso, en ese mes se facilitó el Informe de seguimiento a plan de mejora CAF año en curso (3.1.6.06) donde se definió que estas informaciones se obtuvieron a través de la autoevaluación de la Guía CAF, se identifican los puntos fuertes y áreas de mejoras. Todo ello con la finalidad de proporcionar a las organizaciones del sector público dominicano una herramienta común para aplicar técnicas de gestión de calidad en su administración; posterior a esto, en junio se hizo la minuta acerca de la Ejecución de las sesiones del comité de calidad del CEAS (3.1.6.11) en este encuentro la Licda. Julissa Bautista dijo, que llevó a cabo una mesa técnica con los responsables del seguimiento de los indicadores de la Autoevaluación del Programa de Desempeño del SNS correspondiente al periodo enero a marzo 2026, el objetivo de la mesa fue definir las acciones orientadas a elevar los niveles de cumplimiento para que estén por encima del 80% en cada bloque evaluado.

Con el propósito, de que el Centro cuente con bienes oportunos, custodiados y en condiciones óptimas por medio del fortalecimiento del Sistema de Administración de Bienes: registro e inventario, control y trazabilidad, mantenimiento, distribución y bajas, con enfoque de ciclo de vida y transparencia, fue que en junio se hizo la Actualización de Inventarios de la ORS (3.1.7.01); asimismo, en ese mes se proporcionó el reporte del Registro de Activos en el Sistema de Administración de Bienes (SIAB) (3.1.7.02). Con la ejecución de estas actividades lo que se persigue es vigorizar la capacidad institucional para aumentar el acceso a servicios públicos de calidad a través de la mejora continua de los procesos, empoderamiento del talento humano, articulación efectiva, incorporación de tecnologías de la información y comunicación, modernización de la infraestructura física y equipamiento adecuado.

En otro orden de ideas, para mayo se realizó un Mantenimiento a los equipos y calibración de cabinas (3.2.2.07) reporte que se confeccionó con la finalidad de llevar un control o supervisión de los aparatos para la obtención de un buen resultado de las analíticas efectuadas; de igual modo, se procedió con el Envío mensual Infolab a SRS (3.2.2.09) informe que reveló las siguientes recomendaciones: 1ro. Velar para tener una óptima productividad, y así seguir dando un excelente servicio a los usuarios, 2do. Proseguir llevando las estadísticas de las analíticas según los registros diarios y 3ro. Monitorear el cumplimiento de las políticas establecidas por las altas instancias; antes de ello, en abril, se hizo la reprogramación de la Reunión con DPS coordinar entrega insumos de malaria (3.2.2.10) puesto que CEMADOJA no aplica para la realización de esta actividad; al unísono, todos los meses se llevaron a cabo las Reuniones del Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (3.2.2.16) a fin de maximizar la satisfacción de usuarios y la calidad percibida de los servicios públicos.

Con el objetivo, de disponer de establecimientos de salud que garanticen un entorno de atención seguro y confiable para los usuarios, conforme a estándares nacionales e internacionales, fue que en junio se aplicó un Monitoreo de la calidad del agua (3.2.3.04) el cual dio como resultado que el Centro cuenta con un buen seguimiento y control de las infecciones que pueden transmitirse mediante el agua de uso diario, tanto por el personal administrativo como para los usuarios.

En lo referente, a la Actualización del Portal de Transparencia (3.5.1.01) que se efectuaron mensualmente, estas se hicieron con la intención de mantener fortificadas la transparencia, la rendición de cuentas y la mejora continua de los servicios, para que así la ciudadanía y los usuarios del SNS puedan acceder a información pública y mecanismos de participación como: consultas, veedurías y control social; en ese sentido, para junio se impartió la Capacitación en la Ley 200-04 y la Resolución No. 002-21 de la Dirección General de Ética e Integridad Gubernamental, dirigida al personal administrativo del Hospital (3.5.1.03); previo a esto, en abril se proporcionó la Resolución acerca de la Creación y/ o actualización de la Resolución de Información Clasificada, si aplica (3.5.1.08). Confirmando que fueron atendidas cada una de las solicitudes de información recibidas en los plazos establecidos, con reportes de cumplimiento mensual y mecanismos de retroalimentación al usuario.

En miras, de tener registradas y procesadas en el Sistema Electrónico de Compras Públicas las adquisiciones y contrataciones institucionales y de la Red Pública, fue que en junio se hizo la Autoevaluación del desempeño

hospitalario del SISCOMPRA y elaboración de un plan de mejora conforme hallazgos (3.6.1.03) informe que desglosó que esta herramienta permitió medir el desempeño de las unidades de compras por vía de diferentes indicadores relacionados con el cumplimiento de la normativa vigente y las buenas prácticas en la gestión de las contrataciones públicas, a su vez se presentaron los resultados obtenidos en la evaluación, los principales hallazgos identificados y algunas recomendaciones que servirán de base para elaborar un plan de mejora focalizado a fortalecer dicho proceso; añadiendo a esto, en abril se suministró el Reporte de ejecución Metas Físicas y Financieras 2026 en el SIGEF (3.6.1.04).

Como una manera, de aportar a que las entidades de la red pública de salud y las unidades gestoras del SNS reciban reforzamiento en la gestión financiera mediante la fiscalización del gasto, la evaluación del control interno, el seguimiento de indicadores financieros y la regularización de anticipos según su naturaleza, asegurando uso eficiente, transparente y oportuno de los recursos, fue que en abril se facilitó un informe de la Implementación del plan de mejora con las recomendaciones resultados de las auditorías realizadas (3.8.1.01); allende, todos los meses se realizó la Elaboración y remisión de nóminas de Incentivo Rendimiento Individual y guardias presenciales en los plazos establecidos (3.8.1.02); en paralelo, cada mes se efectuó la Remisión del reporte comportamiento de indicadores financieros en seguimiento (disminución de deuda, efficientización de la nómina e incremento de captación recursos directos) (3.8.1.05); incluso, mes tras mes se procedió con la Ejecución de fondos del anticipo financiero en los plazos establecidos (3.8.1.06); de igual modo, de abril a junio se entregó el oficio de solicitud de la Tramitación oportuna ante la ORS de los registros de firmas en cuentas bancarias a nuevos directores y administradores (3.8.1.07). Estas tareas se aplicaron para vigilar que se sigan llevando a cabo los operativos de los controles internos definidos por las NOBACI, con revisiones de cumplimiento semestrales y planes de mejora continua.

En otro sentido, para abril se hizo la Elaboración de Plan de Mejora (3.9.3.02) como una forma de supervisar que las Instituciones logren y conserven su habilitación según la normativa vigente y que cuenten con instalaciones físicas remodeladas y equipadas conforme a estándares de Centros de salud incrementando su capacidad resolutive.

Con el fin, de que las personas usuarias de los servicios públicos reciban acceso oportuno y eficiente a servicios públicos de calidad, fue que mensualmente se efectuó la Aplicación de encuestas de satisfacción de

usuarios acorde a cuota establecida mensualmente y Generación de reporte de nivel de satisfacción de usuarios (3.10.1.01); anterior a esto, en mayo se creó un reporte de Seguimiento del cumplimiento de acciones del plan de mejora de la experiencia del paciente (alineado con los resultados de las supervisiones, encuestas de satisfacción, grupos focales, QDRS) (3.10.1.03); incluso, mes por mes se efectuó la Gestión de los buzones de sugerencias (QDRS) (3.10.1.04); además, en junio se suministró un reporte sobre el Cumplimiento indicadores de AU (3.10.1.06). Cabe destacar que estas acciones procuran elevar la calidad percibida de los servicios brindados.

Para terminar, en el lapso de tiempo de abril a junio 2026 se pusieron en funcionamiento en un 100% las distintas actividades programadas en el Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico Japonesa (CEMADOJA) según las directrices de las autoridades competentes.

ACUERDOS Y/O RECOMENDACIONES SEGÚN HALLAZGOS

- Asegurar la entrega oportuna de las evidencias plasmadas en la matriz del POA 2026.
- Dar seguimiento para que las diferentes áreas entreguen sus evidencias en el medio de verificación establecido.

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: