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

Dirección o Departamento: DIVISIÓN DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO

Fecha	12 de Octubre 2026

TEMA OBJETIVO DEL INFORME

INFORME DE LOGROS Y SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL 2026 TRIMESTRE JULIO - SEPTIEMBRE

DESARROLLO DEL INFORME

A continuación, se muestra el informe del Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico-Japonesa (CEMADOJA) correspondiente al 3er trimestre 2026, en este se enumeran las diferentes actividades programadas en la matriz del POA, al mismo tiempo que los medios de verificación que las respaldan, conforme a las directrices por parte del Servicio Nacional de Salud (SNS).

Como una manera, de dar fiel cumplimiento a las solicitudes de las máximas autoridades, fue que el lunes 14 de septiembre, se efectuó 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), donde el Ing. Manuel De Los Santos encargado de la División de Servicios Generales alegó que, el recurso más idóneo para hacerle frente a los momentos más difíciles de cualquier emergencia y/o desastre, es una institución adecuadamente preparada y organizada, por ello es necesaria la definición y creación de condiciones favorable que permitan continuar avanzando y establecer de forma sostenible las nuevas estrategias para prevenir y mitigar los impactos de los catástrofes originados por eventos adversos, ello requiere un cambio de actitud que ayude a comprender, fortalecer, interpretar y poner en práctica, una cultura de prevención y organización para reducir el impacto en el sector salud; en ese tenor, y a raíz de las ocurrencias recientes de los sismos a nivel mundial, fue que los organismos competentes decidieron adelantar la fecha del Simulacro para probar la funcionabilidad de los Planes de Emergencias y Desastres Hospitalarios (1.8.2.09), por ende, se realizó una reunión extraordinaria con los miembros del Comité, con miras de reforzar la preparación y disminuir la pérdida de vidas, a la vez que evaluar la efectividad del plan creado para esos fines.

Este encuentro se llevó a cabo con el objetivo de informarles que por 5to año consecutivo el CEMADOJA se hizo eco de la invitación del Centro de Operaciones de Emergencias (COE) para participar en el Simulacro de Evacuación por Terremoto 2026, que se efectuó el martes 08 del mes antes mencionado a las 10:00 a.m. de la mañana, a la par de socializar los lineamientos a seguir para la preparación de dicha actividad; de igual modo, se les notificó a los convocados las actualizaciones sugeridas por las altas instancias, tales como: registrar cronológicamente todas las tareas que se pongan en práctica durante el simulacro, indicando la hora y la persona que ejecutaría la acción; también, a modo de retroalimentación, se les dijo: a los brigadistas las áreas responsables que debían de evacuar y los protocolos que necesitaban tomar en cuenta.

Previo a esto, en agosto se llevó a cabo la Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para la respuesta alta demanda asistencial por siniestros viales, emergencias de salud, desastres naturales y cambio climáticos (1.8.2.13), en la cual la Licda. Katiana Pérez encargada de la División de Planificación y Desarrollo expresó, que reconoce que la prevención y preparación para situaciones de desastres no es tarea exclusiva de los organismos tradicionales de socorro, sino que es una responsabilidad que le compete a la sociedad en todos sus niveles. El CEMADOJA como parte del Estado y de la colectividad, tiene el compromiso de implementar protocolos, a fin de aminorar los efectos de los eventos adversos y ofrecer una respuesta acertada y organizada, con el propósito de evitar repeticiones de secuelas sanitarias que se producen por el impacto de un evento.

También, en septiembre se hizo la Implementación de los procesos de bioseguridad hospitalaria (1.8.3.05) informe que detalló, que estas son actividades continuas que se ponen en marcha en los Centros de Salud, en procura de mantener alejados al personal que labora en él, así como a los pacientes y visitantes de peligros a su integridad física, estos procedimientos fueron aplicados utilizando herramientas como vacunación, lavado de manos e información para la acción, entre otros; incluso, en septiembre 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 esta salieron a relucir las siguientes tareas: Medición diaria del ph y cloro del agua, por medio de la solicitud de análisis microbiológico al área de microbiología, la Capacitación sobre lavado de manos y uso del Equipo de Protección Personal (EPP) y manejo de desechos, Solicitar dos visitas de recogida por la empresa contratada y Gestionar la reubicación, aumento del tamaño y condiciones adecuadas del depósito temporal, etc; simultáneamente, en septiembre se creó un informe de Seguimiento a los planes de mejora de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalaria (1.8.3.07) el mismo arrojó las recomendaciones que se

citaran más adelante: Continuar con la aplicación del formulario de autoevaluación de bioseguridad mensualmente, Identificar las necesidades de capacitaciones, Velar para que se les dé cumplimiento a los procesos de bioseguridad y Completar la matriz de monitoreo de la calidad del agua.

Referente, al Diagnóstico situacional de la conformación de los comités hospitalarios (1.8.3.10) en dicho informe se dió a conocer que el Comité de Calidad dió inicio formal al proceso de implementación de las Normas Básicas de Control Interno (NOBACI) en el CEMADOJA, contando con el acompañamiento técnico del analista Junior Peralta del Departamento de Desarrollo Normativo de la Contraloría General de la República, quien estará brindando orientación y asistencia durante sus diferentes etapas. Como parte de las actividades preliminares, se procedió con la solicitud del enlace de acceso a la plataforma de la NOBACI, así como con la conformación del Comité, integrado por los representantes designados de las distintas áreas de la institución, a su vez, representantes de la Contraloría General de la República en conjunto con el analista Junior Peralta impartieron una capacitación dirigida a los miembros que conforman el Comité de NOBACI, con el propósito de fortalecer sus conocimientos sobre las normas, metodología, responsabilidades y proceso de ejecución.

En cuanto, al reporte acerca de la Conformación de los comités Hospitalarios (1.8.3.11) que se facilitó en septiembre, en este se relató que dicho proceso es un elemento fundamental para garantizar la calidad, seguridad y ética en la atención de los usuarios, los cuales se rigen por normativas especificas del Ministerio de Salud Pública (MSP) y disposiciones técnicas del Servicio Nacional de Salud (SNS), donde fijan pautas claras para su funcionamiento y obligatoriedad dentro de los Establecimientos de Salud; Concerniente, al informe sobre la Evaluación de la Metodología de Gestión Productiva (1.8.3.12) que se entregó en ese mismo mes, se detalló que este es un proceso que muestra una visión general del manejo o administración de los servicios de salud, a fin de consolidar los estándares de calidad de la organización; anterior a ello, en julio se hizo el Plan de mejora a partir de los resultados de la evaluación de la metodología de gestión productiva (1.8.3.13) saliendo a colación las acciones que se plantearán a continuación: Gestionar la instalación de una unidad de aire (manejadora de 36 BTU) en el Salón del Consejo, Mantenimiento correctivo a UPS de Tomografía, Sonografía y Rayos X, Gestionar la fumigación para el control de las plagas en todo el Centro, Reparación de 2 bombas de agua en el Área de lavado, Tramitar la instalación de una unidad de aire (manejadora de 24 BTU) en el Departamento Administrativo Financiero y Supervisar la Capacitación a personal de servicios generales en higiene de manos, uso de EPP y gestión de desechos, entre otros.

Posteriormente, en agosto se hizo un informe de Seguimiento a los planes de mejora de la MGP (1.8.3.14) evidenciando las recomendaciones siguientes: Seguir supervisando la materialización de las actividades programadas en el plan de mejora de la Metodología de la Gestión Productiva, Garantizar que las acciones aplicadas logren conservar la optimización de los servicios prestados y Velar para que se cumpla con la consecución de las acciones de mejora planificadas en el plan de la Metodología de la Gestión Productiva; paralelamente, todos los meses fue suministrado el inventario del Análisis del comportamiento de las objeciones médicas y administrativas (1.8.3.18) donde 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, en septiembre se hizo 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) con miras de conservar y optimizar la sostenibilidad de la Institución, y proseguir incrementando la facturación administrativas, asegurando la prestación del servicio de salud de forma oportuna y eficiente; al unísono, en ese mes se efectuó 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). Con estas acciones lo que se pretende es superar las deficiencias en la organización e implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) beneficiando a toda la población que utiliza los servicios de salud de la Red Pública, aumentando del 38% en 2023 al 50% en 2028 en todo el territorio nacional.

A fin, de contribuir con el reforzamiento de la dotación del personal en los establecimientos públicos de salud del país, a través de la reducción de la escasez de recursos humanos, fue que en septiembre se creó el informe acerca de la Ejecución Plan de Capacitación 2026 (2.1.1.01) mostrando que en el 3er. trimestre del presente año se impartió el adiestramiento de: Redacción y ortografía, la cual se realizó con el propósito de vigorizar las habilidades de comunicación escrita, mejorar la claridad, coherencia y organización de las ideas; además, de permitir desarrollar un mejor dominio de las reglas ortográficas y gramaticales para redactar textos profesionales, correctos y comprensibles; igualmente, se hizo el reporte de Detección necesidades capacitación por departamento CEAS Plan 2027 (2.1.1.02) donde se identificó algunas necesidades básicas, tales como: Excell Avanzado, Primeros Auxilios, Oratoria, Secretariado Auxiliar, Manejo de Estrés, Ansiedad y Bienestar Emocional, Código Procesal Penal, Manejo de Sustancias Peligrosas, Derecho Laboral, Excell Intermedio, Servicios Hospitalarios y Excell Básico; previo a esto, en julio se confeccionó la minuta sobre el

Monitoreo por departamento de los acuerdos de desempeño laboral 2027 (2.1.1.07) en esta reunión se resaltó, que el Laboratorio Clínico mantiene un desempeño satisfactorio y se reafirmó el compromiso de seguir aplicando los acuerdos establecidos, fortaleciendo la calidad del servicio, la eficiencia operativa y la atención oportuna a los pacientes; de la misma manera en el transcurso del monitoreo se revisaron las acciones encaminadas a vigorizar la calidad en el servicio y los controles internos del área de la División de Tesorería, haciendo énfasis en la importancia de la precisión en la ejecución de sus tareas para prevenir errores y reversos, el manejo adecuado de los fondos y cambios de efectivo entre cajeros, así como la validación correcta de la información suministrada por las aseguradoras y la actualización permanente de los datos de los usuarios en el sistema institucional; no solo eso, también en julio se facilitó el reporte de la Remisión al SRS consolidado trimestral de acuerdos de desempeño personal nuevo ingreso CEAS (2.1.1.08).

Además, en septiembre se entregó el informe sobre la Implementación del Sistema de Seguridad y Salud en la Administración Pública (SISTAP) (2.1.1.09) el mismo constituye un pilar fundamental para garantizar condiciones laborales seguras, saludables y dignas para los servidores públicos, su puesta en funcionamiento permite prevenir riesgos laborales, promover el bienestar físico y mental del personal, y robustecer la gestión institucional mediante el cumplimiento de normativas vigentes; a todo esto, mensualmente se hizo la Evaluación, seguimiento del personal con licencias recurrentes y los enviados a auditoria médica (2.1.1.10) informe que tuvo como finalidad tener un mejor manejo y control adecuado de los colaboradores que laboran en el Centro y así cumplir con los requerimientos de las entidades competentes; paralelamente, en septiembre se realizó la Elaboración de reporte y seguimiento de incidentes laborales (2.1.1.11); conjuntamente, de julio a septiembre se efectuó el Registro de subsidio por enfermedad común (2.1.1.12); incluso, cada mes se llevó a cabo 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); de igual modo, se hizo el Seguimiento al registro y control de solicitudes de Seguros Médicos Dependientes adicionales (Seguros Padres) (2.1.1.14). Es bueno citar que con estas iniciativas lo que se pretende es aportar al reforzamiento de los colaboradores del Servicio Nacional de Salud (SNS) para que reciba el desarrollo de las competencias técnicas y blandas, evaluación del desempeño y gestión de seguridad y salud en el trabajo, con procesos efectivos de relaciones laborales, y así mejorar su desempeño, el bienestar y el cumplimiento normativo en toda la red.

Por otra parte, en septiembre fue suministrado 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), esto se realizó con la intención de aumentar la calidad de los procesos de contratación y retención de recursos humanos de salud en establecimientos públicos, reduciendo vacantes y mejorando la dotación de personal según las necesidades poblacionales.

En otro orden de ideas, para julio se procedió con el Llenado y envío del formulario de levantamiento de necesidades de cooperación no reembolsable a la ORS (3.1.1.02); luego de esto, en septiembre se concretizó la Actualización de portales web (3.1.5.01); simultáneamente, en dicho mes se facilitó el reporte sobre los Soportes de incidencias tecnológicas atendidas (3.1.5.02) mostrando que durante los meses de julio hasta septiembre del año en curso se atendieron un total de 1392 solicitudes y asistencia técnica a los usuarios de los recursos digitales del CEMADOJA, de las cuales 1377 fueron resueltas exitosamente y solo 15 quedaron pendientes; juntamente, en ese mes se remitió el Inventario de activos tecnológicos (3.1.5.03). Estas actividades se pusieron en marcha con la finalidad de contribuir al fortalecimiento de la capacidad institucional para ampliar el acceso a servicios públicos de calidad por medio de la optimización de procesos, empoderamiento del talento humano, articulación efectiva, incorporación de tecnologías de la información y comunicación, innovación de la infraestructura física y equipamiento apropiado.

Con miras, de asegurar que la población usuaria reciba servicios seguros y de calidad a través del robustecimiento del modelo organizacional de gestión y monitoreo efectivo, con estándares, indicadores, auditorías y acciones de mejora continua en todas las unidades, fue que en septiembre se hizo la Elaboración del Plan Operativo Anual 2027 (3.1.6.02); en adición a eso, en julio se realizó la Autoevaluación POA 2026 (3.1.6.03); luego de ello, en agosto se efectuó la Elaboración y seguimiento a la ejecución de los planes de mejora acorde a los hallazgos del MEP (3.1.6.04) informe que se confeccionó con el objetivo de fortificar el nivel de cumplimiento de las actividades proyectadas en la matriz del POA en el periodo evaluado, considerando las que no se pudieron ejecutar tal cual lo solicitado por las altas instancias, con el objetivo de hacer las acciones de mejoras de lugar; Igualmente, en julio se llevó a cabo la Elaboración plan de mejora CAF del próximo año (3.1.6.07) en el mismo se plasmaron las acciones que se detallarán más adelante: Rediseñar y actualizar la estructura organizativa institucional, Implementar mecanismos de seguimiento y control de recursos institucionales mediante SAP, Fortalecer la investigación científica mediante alianzas estratégicas, Poner en funcionamiento un asistente virtual en la página web institucional, Aplicar un sistema

de prefacturación digital para los usuarios, Actualizar el Sistema de Gestión (PACS), Continuar realizando las campañas: Prevención del Cáncer de Mama, Día Mundial de la Lucha contra el SIDA y la Jornada Nacional de Reforestación, etc; a su vez, en septiembre se entregó el reporte de Registro de Activos en el Sistema de Administración de Bienes (SIAB) (3.1.7.02).

En lo relativo, al reporte de Mantenimiento a los equipos y calibración de cabinas (3.2.2.07) efectuados en agosto tenemos que, para recabar las informaciones sobre cuales máquinas requerían ser supervisadas, se confirmó en el sistema de estas la periodicidad en la que se amerita. Este levantamiento se hizo diario, semanal, quincenal, mensual y anual; después, en septiembre se realizó la Compra de insumos para la toma de las muestras (3.2.2.08); además, todos los meses se ejecutó un informe con el Envío mensual Infolab a SRS (3.2.2.09) con la intención de mostrar la productividad de los Centros Hospitalarios de la Red Pública de Salud, 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; previo a ello, en julio se presentó el Acta Constitutiva de la Conformación vigente del Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente en el establecimiento de salud (3.2.2.15); en complemento, cada mes se hicieron las Reuniones del Comité de Mejora Continua de la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (3.2.2.16) minuta que evidenció tres acuerdos: Aplicar el formulario de Bioseguridad, Eficientizar las encuestas aplicadas a los pacientes y Capacitación sobre higiene de manos, uso de Equipo de Protección Personal (EPP) y gestión de desechos; en adición a esto, en julio se hizo la Capacitación en Humanización de los Servicios (3.2.2.17).

Concerniente, al Seguimiento a la ejecución del plan de mejora de prevención y control de infecciones y procesos de bioseguridad (3.2.3.03) efectuado en agosto, se entregó un informe que indicó que la notificación pasiva de los eventos bajo observación, tras la entrega de usuario y contraseña del sistema de vigilancia, se pudo cumplir semanalmente. La herramienta de registro de laboratorio llamada SINERGIA, permitió descargar los agentes infecciosos identificados y posteriormente reportar a través de EPILAB; ulterior a eso, en septiembre se realizó el informe del Monitoreo de la calidad del agua (3.2.3.04) donde se evidenció, que para el periodo comprendido entre julio y septiembre 2026 fueron efectuadas las tomas de muestras de agua en las áreas que aplican de la Institución, dado su naturaleza, siendo estas satisfactorias. Se utilizó la herramienta Ocean Blue Water Producs Pool dua test-kit, con el cual se pudo hacer la medición de Cloro y PH. Este control se hizo en horario matutino a cargo de la Epidemióloga del Centro, obteniendo buenos

niveles de Cloro y PH tanto en el primer nivel como en el segundo, en: Llave de lava mano del baño femenino, Llave del fregadero y Baño de pacientes ubicado en el primer piso. Además, se tomaron pruebas de cultivo microbiológico en estos puntos, resultando la no identificación de bacterias. El reporte del análisis de la calidad del agua llevado a cabo el 7 de septiembre del presente año mostró resultados favorables para los puntos analizados como fueron la salida de la cisterna y la cocina; juntamente, en ese mes se efectuó la reprogramación de la Limpieza y desinfección de la cisterna y/o red de distribución de agua del establecimiento (3.2.3.05) puesto que, está en proceso de ejecución; anterior a ello, en julio se hizo la Capacitación a personal de servicios generales en higiene de manos, uso de EPP y gestión de desechos (3.2.3.07); también, en agosto se presentó el listado de participantes de la Capacitación a personal médico, enfermería y laboratorio en higiene de manos, uso de EPP y gestión de desechos(3.2.3.08). Estas tareas se implementaron con el propósito de garantizar un entorno de atención seguro y confiable para los usuarios, conforme a estándares nacionales e internacionales.

En lo relativo, al reporte sobre la Actualización del Portal de Transparencia (3.5.1.01) que se hicieron todos los meses, dicha actividad tuvo como objetivo promover el acceso de la ciudadanía y los usuarios de los establecimientos de salud a información pública y mecanismos de participación (consultas, veedurías y control social), fortaleciendo la transparencia, la rendición de cuentas y la mejora continua de los servicios; además, en agosto se entregó el Levantamiento del estatus y necesidades de la Oficina de Acceso la Información (3.5.1.02) reporte que mostró que las Oficinas de Libre Acceso a la Información Pública (OAI) son tan importantes en las instituciones gubernamentales, ya que siempre velan por disponer de las herramientas necesarias para llevar a cabo un excelente desempeño de sus funciones, y por consiguiente, brindar al ciudadano un servicio eficaz, y eso se logra trabajando en equipo con todos los colaboradores de la entidad; simultáneamente, en ese mes fue facilitada la agenda de la Capacitación en el Sistema Nacional de Atención Ciudadana 311, dirigida al personal del Hospital (3.5.1.04); en el mes subsiguiente, se impartió la Capacitación en la Ley No. 172-13 sobre Protección de Datos Personales a todo el personal del hospital (3.5.1.06). Con estas acciones se pudo constatar que fueron atendidas las solicitudes de información recibidas en los plazos establecidos, con reportes de cumplimiento mensual y mecanismos de retroalimentación al usuario.

A raíz, de que las entidades de la red y unidades usuarias del Servicio Nacional de Salud (SNS) disponen oportunamente de bienes y servicios esenciales mediante la eficientización de la gestión de compras y contrataciones, asegurando planificación, transparencia, competencia y ahorro, fue que septiembre se hizo la

Consolidación y validación de la plantilla para el Plan Anual de Compras y Contrataciones 2027 (3.6.1.01); conjuntamente, en ese mes se le dió el Seguimiento a la formulación del presupuesto 2027 (3.6.1.02); a la par, en dicho mes se realizó el informe de Autoevaluación del desempeño hospitalario del SISCOMPRA y elaboración de un plan de mejora conforme hallazgos (3.6.1.03); anteriormente, en julio se suministró el Reporte de ejecución Metas Físicas y Financieras 2026 en el SIGEF (3.6.1.04). Cabe mencionar que con estas tareas lo que se persigue es que sean registradas y procesadas los procesos de adquisiciones y contrataciones institucionales en el Sistema Electrónico de Compras Públicas.

Es importante señalar que, por medio de la fiscalización del gasto, la evaluación del control interno, el monitoreo de indicadores económicos y la regularización de anticipos según su naturaleza, se aseguró el uso eficiente, transparente y oportuno de los recursos de los Centros del país y de las unidades gestoras del SNS que recibieron reforzamiento de la gestión financiera, fue por ello en agosto se procedió con la Implementación del plan de mejora con las recomendaciones resultados de las auditorías realizadas (3.8.1.01); adicionalmente, mes tras mes se hizo la Elaboración y remisión de nóminas de Incentivo Rendimiento Individual y guardias presenciales en los plazos establecidos (3.8.1.02); incluso, mensualmente se realizó la Remisión del reporte comportamiento de indicadores financieros en seguimiento (disminución de deuda, eficientización de la nómina e incremento de captación recursos directos) (3.8.1.05); paralelamente, de julio a septiembre se llevó a cabo la Ejecución de fondos del anticipo financiero en los plazos establecidos (3.8.1.06); allende, cada mes se efectuó la Tramitación oportuna ante la ORS de los registros de firmas en cuentas bancarias a nuevos directores y administradores (3.8.1.07). Todo esto se puso en marcha para que sean implementados y operativos los controles internos definidos por las NOBACI, con revisiones de cumplimiento semestrales y planes de mejora continua.

Con la finalidad, de contribuir con el aumento de la eficacia del servicio prestado a la ciudadanía, a través de la ejecución de un sistema integral de medición y gestión de la satisfacción de usuarios, con reportes trimestrales y planes de mejora continua, fue que en los meses de julio hasta septiembre respectivamente se hizo 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), antes de ello, en agosto se elaboró 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); a su vez, todos los meses se realizó la Gestión de los buzones de sugerencias (QDRS) (3.10.1.04);

así mismo, en septiembre se mostró el reporte sobre el Cumplimiento indicadores de AU (3.10.1.06) donde se reveló que en el transcurso del 3er trimestre fueron encuestados en la Plataforma Digital creada para esos fines a un total de 1,214 usuarios atendidos en los servicios de Imágenes, escogidos de manera aleatoria, luego de haberse hecho el estudio. Esto se efectuó en cumplimiento de las directrices de los organismos competentes.

En conclusión, durante el periodo de tiempo de julio a septiembre 2026 se ejecutaron en un 100% las diferentes actividades contempladas en el Plan Operativo Anual (POA) del Centro de Educación Médica de Amistad Domínico Japonesa (CEMADOJA) acorde a los lineamientos de las altas instancias.

ACUERDOS Y/O RECOMENDACIONES SEGÚN HALLAZGOS

- Garantizar que las evidencias suministradas tengan la calidad que se amerita.
- Avalar porque se cumpla con la realización de las actividades proyectadas en el POA y que las evidencias presentadas estén en el formato estandarizado.

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:	