

FECHA: **Febrero 2026**

DATOS GENERALES

Lugar: DCSNS SRS Hospital CPN

***Nombre del lugar:**

Área: Planificación y Desarrollo SRSM

Nombre de la Actividad: Elaboración y Seguimiento a la Ejecución de los planes de mejora acorde a los hallazgos de los MEP

Código POA (Si aplica): HMDER. 3.1.6.04

INTRODUCCIÓN

El presente informe detalla los resultados del monitoreo y evaluación de las actividades programadas en el Plan Operativo Anual (POA) 2025 del Hospital Materno Dra. Evangelina Rodríguez, correspondientes al 4to trimestre del Año 2025.

Este documento tiene como objetivo analizar el desempeño institucional mediante la verificación del cumplimiento de metas y productos. Asimismo, se examinan los avances alcanzados, se identifican las desviaciones detectadas y sus causas raíz, concluyendo con recomendaciones estratégicas orientadas a la mejora continua.

OBJETIVO DEL INFORME

Medir el nivel de avance de ejecución de actividades mensuales y el desempeño alcanzado en los indicadores de gestión y resultados programados del 4to Trimestre POA 2025.

METODOLOGIA (Si aplica)

Monitoreo presencial mensual con todos los responsables de áreas definidos en el Plan Operativo Anual 2025; con la Matriz de MEP POA DPD-FO-0011-V3 y Matriz de Reprogramación Trimestral POA DPD-FO-012-V2.

DESARROLLO / HALLAZGOS

Durante el Trimestre de Octubre-diciembre del 2025, Se tuvieron un total de 137 actividades Programadas de la Siguiete forma:

Octubre tenia un total de 33 actividades Programadas, las cuales Fueron Desarrolladas por los Departamentos Administrativo - Financiero y sus Dependencias, Departamento Médico y sus Dependencias, Atención al Usuario, Enfermería, Recursos Humanos, Planificación y Desarrollo, OAI, Auditoria Médica, Epidemiología, Bioseguridad, Calidad de los Servicios en Salud, Estadística, obteniendo el siguiente resultado 0 reprogramaciones, 33 ejecutada, 13 actividades tuvieron Observaciones, desde espacios en blanco, hasta faltantes de evidencias.

Noviembre con un total de 39 actividades Programadas, las cuales Fueron Desarrolladas por los Departamentos Administrativo - Financiero y sus Dependencias, Departamento Médico y sus Dependencias, Atención al Usuario, Enfermería, Recursos Humanos, Planificación y Desarrollo, OAI, Auditoria Médica, Epidemiología, Bioseguridad, Calidad de los Servicios en Salud, Estadística con el siguiente resultado 33 actividades Ejecutadas, 1 actividad reprogramada con su evidencia, Observaciones como No tiene el formato de informe estandarizado,

faltas de evidencias listados de participantes, capturas con formatos no legibles entre otros.

Diciembre con un total de 67 actividades Programadas, las cuales Fueron Desarrolladas por los Departamentos Administrativo - Financiero y sus Dependencias, Departamento Médico y sus Dependencias, Atención al Usuario, Enfermería, Recursos Humanos, Planificación y Desarrollo, OAI, Auditoría Médica, Epidemiología, Bioseguridad, Calidad de los Servicios en Salud, Estadística con el siguiente resultado 67 actividades ejecutadas, 1 actividad reprogramada con su evidencia, Observaciones como No tiene el formato de informe estandarizado, faltas de evidencias listados de participantes, capturas con formatos no legibles entre otros.

Hallazgos presentados:

1. **Perdida de Evidencias en la Plataforma de carga Central**

Se hace constar que la calificación obtenida en el presente ciclo presenta una discrepancia respecto a las gestiones efectivamente realizadas, debido a una **incidencia técnica** derivada de las actualizaciones en la plataforma de carga del nivel central, lo cual generó una pérdida de visibilidad de las evidencias durante el proceso de transición. Es imperativo precisar los siguientes puntos:

- **Acciones tomadas:** Ante la pérdida de evidencias de soportes en la plataforma central, se ejecutaron las acciones correctivas pertinentes, incluyendo la solicitud formal de revisión y actualización dirigida a la instancia regional, debidamente soportada mediante correos electrónicos de confirmación.
 - **Validación Regional:** se presentaron las evidencias de las actividades cargadas en la plataforma, En la instancia de evaluación regional, se estableció de manera verbal entre los actores que las evidencias fueron presentadas y validadas satisfactoriamente.
 - **Validación Central:** no constaban las evidencias de algunas actividades presentadas.
 - **Postura Técnica:** El servicio regional manifestó su compromiso de ejecutar acciones de corrección para salvaguardar la integridad de su gestión; no obstante, el **Nivel Central** determinó que cualquier evidencia no visualizada en plataforma no puede ser sujeta a validación, ratificando así la calificación obtenida.
 - **Resultado de la Contingencia:** Pese a los esfuerzos de subsanación y el cumplimiento operativo en los plazos establecidos, las limitaciones técnicas del sistema central persistieron. Esto imposibilitó el cómputo de los registros por parte de la instancia nacional, afectando de manera definitiva la ponderación final.
- Se deja constancia de este suceso para fines de **auditoría y control interno**, documentando que la brecha en la calificación obedece a factores tecnológicos externos a la ejecución operativa del equipo.

RESULTADOS / CONCLUSIONES

Se presentan los resultados Generales, según el promedio alcanzado por los responsables en el monitoreo mensual de las ejecuciones de las actividades programadas POA 2025, Obteniendo resultados de cumplimiento. Conclusiones:

Aplicando los criterios de valoración de la evaluación según metodología de semáforo.

Exhiben un nivel de cumplimiento en términos de calidad de ejecución y medios de verificación auditados, según escala de valoración siguiente:

El Promedio de ejecución del POA CEAS, con una meta de cumplimiento de un 95%, se logró 86%, por lo que su valoración es buena o verde.

Porcentaje de dependencias que reportan ejecución mensual del POA, con una meta de un 100% de cumplimiento, se logró que un 89% reportaran evidencias, para una valoración de buena o verde.

RECOMENDACIONES


1. Dirección General, Equipo de Gestión y Planificación implementaran de **Protocolo de Verificación de Carga**, se establece como procedimiento obligatorio que, tras finalizar la carga de la totalidad de las actividades y evidencias, el responsable proceda con la generación de respaldos visuales (capturas de pantalla) o la impresión en formato PDF del reporte de confirmación del sistema. Dichos soportes deberán se enviaron a los diferentes departamentos del Hospital para su constancia prueba de cumplimiento, sirviendo como garantía documental ante cualquier discrepancia o incidencia técnica en los procesos de evaluación posteriores.
2. Se Continuará con el **Plan de Capacitación**, priorizando el desarrollo de competencias en **comunicación escrita y liderazgo**. Este programa integrará módulos especializados en redacción de informes técnicos, reportes de productividad y minutas de alta dirección, con el fin de estandarizar la calidad de los entregables y fortalecer la gestión de equipos.
3. Realizar monitoreo interno todos los meses, estableciendo los protocolos necesarios, para la adecuada realización.

ANEXOS (Si aplica)

Ver listado y minuta adjunto

Instrucciones de llenado:

*Indique nombre del lugar: Este campo sólo aplica para SRS, Hospital y CPN.


Dra. Elvira Mendez

Elaborado por
(Nombre y apellido)





Fecha: **25/02/2026**

Área o Departamento:	PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO				
Hora de Inicio:	09:00 AM	Hora de Término:	11:00 PM	Lugar:	SALÓN DE CONFERENCIA

TEMAS DE AGENDA

HMDER.3.1.6.04 Elaboración y Seguimiento a la Ejecución de los planes de mejora acorde a los hallazgos de los MEP

Revisión de Acta Anterior: **SI** **No** **N/A**



DETALLES DE LA REUNIÓN

La presente sesión tiene como objetivo formalizar el proceso de **elaboración, revisión y seguimiento** de los planes de mejora derivados de los hallazgos identificados en el Monitoreo y Evaluación del Plan Operativo Anual (MEP). En cumplimiento con los estándares de **excelencia operativa** y mejora continua de la organización, se procede a establecer las acciones correctivas, los responsables y los cronogramas de ejecución necesarios para asegurar el cierre efectivo de las brechas detectadas.

En la revisión de la Minuta anterior se puede observar mejoras en cuanto a las capacitaciones y monitoreo internos, pero aun continua latente la falta de adherencia a los protocolos de gestión y de interés por parte de los colaboradores del centro a la aplicación de los mismos en algunos escenarios, se continua sin personal en el área de procesos institucionales.

En la revisión de la matriz de evaluación del trimestre 4 (año 2025) de la evaluación de Plan Operativo Anual **obtuvimos un promedio total en el indicador de Eficacia y Eficiencia de 86%**, para un **Nivel de Cumplimiento Individual de 89%**, correspondiente a la evaluación del trimestre comprendido por los meses octubre, noviembre y diciembre del año 2025, aumentado con relación al trimestre pasado que fue de un 87%.

Se hace constar que la calificación obtenida en el presente periodo no refleja la totalidad de las gestiones realizadas, debido a una **incidencia técnica** derivada de las actualizaciones en la plataforma de carga del nivel central. Durante el proceso de transición, se produjo una **pérdida de integridad de datos** que impidió la visualización de evidencias previamente cargadas. Es imperativo precisar la siguiente aclaración sobre la valoración de hallazgos y evidencias:

- Acciones tomadas:** Ante la pérdida de soportes en la plataforma central, se ejecutaron las acciones correctivas pertinentes; esto incluyó la solicitud formal de revisión y actualización a la instancia regional, gestión debidamente respaldada mediante correos electrónicos de confirmación.
- Validación Regional:** Se realizó la presentación de las evidencias correspondientes a las actividades cargadas en el sistema. En esta instancia, los actores involucrados confirmaron de manera verbal que los soportes fueron presentados y validados satisfactoriamente.
- Validación Central:** Se constató que, al momento de la revisión en el nivel central, las evidencias de ciertas



actividades presentadas no se encontraban disponibles en la plataforma.

4. Postura Técnica: El servicio regional manifestó su compromiso de aplicar correcciones para salvaguardar la integridad de su gestión. No obstante, el Nivel Central determinó que cualquier evidencia no visualizada en la plataforma no es sujeta a validación, ratificando por ello la calificación obtenida.

5. Resultado de la Contingencia: Pese a los esfuerzos de subsanación y al cumplimiento operativo dentro de los plazos establecidos, las limitaciones técnicas del sistema central persistieron. Esta situación imposibilitó el cómputo de los registros por parte de la instancia nacional, afectando de manera definitiva la ponderación final.

Se deja constancia de este suceso para fines de **auditoría y justificación** de los resultados, reafirmando que el cumplimiento operativo se ejecutó conforme a las gestiones establecidas y necesarias.

El equipo de gestión del Hospital Materno Dra. Evangelina Rodríguez, se revisó la minuta anterior, realizo socialización MEP y elaboración de planes de mejora acorde a los hallazgos de las diversas evaluaciones realizadas por las instancias superiores relacionadas al Plan Operativo Anual de nuestro centro, llegando a una serie de acuerdos.

Acuerdo / Compromiso		Responsable	Plazo de Ejecución	Logrado	
				SI	NO
1.	Se implementara de Protocolo de Verificación de Carga, se establece como procedimiento obligatorio que, tras finalizar la carga de la totalidad de las actividades y evidencias, el responsable proceda con la generación de respaldos visuales (capturas de pantalla) o la impresión en formato PDF del reporte de confirmación del sistema. Dichos soportes deberán se enviaran a los diferentes departamentos del Hospital para su constancia prueba de cumplimiento , sirviendo como garantía documental ante cualquier discrepancia o incidencia técnica en los procesos de evaluación posteriores.	Dirección, Equipo de gestión, planificación y desarrollo	Inmediato	x	
2.	Se establece la continuidad y actualización del Plan de Capacitación , priorizando el desarrollo de competencias en comunicación escrita y liderazgo . Este programa integrará módulos especializados en redacción de informes técnicos, reportes de productividad y minutas de alta dirección, con el fin de estandarizar la calidad de los entregables	Recursos Humanos, Equipo de gestión, planificación y desarrollo	Inmediato	x	





	y fortalecer la gestión de equipos.			
3.	Realizar monitoreo interno todos los meses, estableciendo los protocolos necesarios, para la adecuada realización	planificación y desarrollo, personar responsable de las actividades.	Inmediato	x

	Convocados o Representantes	Asistió	No Asistió		Firma
			J	NJ	
1.	Ver listado anexo	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ver listado anexo
2.	Ver listado anexo	SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ver listado anexo

J= Justificada, NJ= No justificada

VER ANEXO

Coordinador de la Reunión:	Dra. Elvira Méndez	<i>Dra. Elvira Méndez</i>
Relator:	Dra. Elvira Méndez	<i>Dra. Elvira Méndez</i>





HOSPITAL MATERNO
DRA. EVANGELINA RODRIGUEZ



Participación para Actividad
DGC-FO-001 Versión
Fecha de aprobación: 27/04

Nombre de la Actividad:

HMDER.3.1.6.04 Elaboración y Seguimiento a la Ejecución de los Planes de Mejora acorde a los Hallazgos del MEP

Área Responsable: Planificación y Desarrollo

Fecha: 25/2/2026

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 9:00

Lugar/Plataforma: SALON DE CONFERENCIAS

Participantes

Nombre	Sexo (E/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Marelin J. Pareda	M	801-07163057	Gerente	H.M.P.R.	[Firma]	809-266-7494
Andrés Pareda	M	42522220	[Firma]	H.M.P.R.	[Firma]	809-266-7494
Yolanda S. Pineda	F	001-1702624	Sub. Área	H.M.D.E.R.	[Firma]	809-602-6695
Yolanda Pineda	F	001-0710099	Sub. Área	H.M.D.E.R.	[Firma]	809-5978296
Luisibel Cuevas	F	02000121026	RDNC	H.M.D.E.R.	[Firma]	804-705-0145
Erabela Cuevas	F	224-0047282	AUX	H.M.D.E.R.	[Firma]	808-994-8196
Erabela Cuevas	F	090-002022	2. Enc. Subj	H.M.D.E.R.	[Firma]	809-7660397
Erabela Cuevas	F	001-0091601	Docente	H.M.D.E.R.	[Firma]	809-989-0030
Erabela Cuevas	F	001-1000199	Inf	H.M.D.E.R.	[Firma]	809-797-5511
Erabela Cuevas	F	001-415085	Subj. Área	H.M.D.E.R.	[Firma]	809-509-925
Waymar Rodríguez	F	012-0095000-2	Enc. Calidad	H.M.D.E.R.	[Firma]	824-277-7618
Waymar Rodríguez	F	053-0030478-7	Enc. Calidad	H.M.D.E.R.	[Firma]	809-808-6464
Waymar Rodríguez	F	012-0049589	Asistente	H.M.D.E.R.	[Firma]	809-781-0554
Yohán Segura Peña	F	402-25747588	CNC	H.M.D.E.R.	[Firma]	849-201-5201
Yohán Segura Peña	F	402-2151917-6	OAI	H.M.D.E.R.	[Firma]	809-601-8380
Yohán Segura Peña	F	29-0007871-7	Encargada	H.M.D.E.R.	[Firma]	809-601-8548

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.



Listado de Participación para Actividad
DGC-FO-001 Versión
Fecha de aprobación: 27/04

Nombre de la Actividad: HMDER.3.1.6.04 Elaboracion y Seguimiento a la Ejecucion de los Planes de Mejora acorde a los Hallazgos del MEP

Área Responsable: Planificación y Desarrollo

Fecha: 25/2/2026

Modalidad de la Reunión: Virtual Presencial

Hora: 9:00

Lugar/Plataforma: SALON DE CONFERENCIAS

Participantes

Nombre	Sexo (F/M)	Cédula (A solicitud)	Cargo	Institución/Dirección/Área	Firma	Correo Electrónico o Teléfono
Marcos J. Pérez	M	001-07163052	Suplente	H.M.M.F	[Firma]	809-266-7491
Andrés Barrios	M	4025232320	Res	HMDER	[Firma]	8099112015
Miguelito Cruz	F	001-13702624	Enc. Adm.	HMDER	[Firma]	809-602-6695
Yanis S. Pineda	M	001-0710209	Sub. Dir.	HMDER	[Firma]	809-9978296
Anna M. Rodríguez	F	02000121026	PDNC	HMDER	[Firma]	804-705-0145
Lilivibel Ruelas	F	224-00472852	AUX	HMDER	[Firma]	809-994-8196
Isabella Cruz	F	090-002027	J. Enc. Enfes	HMDER	[Firma]	829766037
Georgina Reyes	F	001-00911601	Docente	HMDER	[Firma]	809-984-0030
Stephanie Méndez	F	001-1909199	Int	HMDER	[Firma]	829-797-5511
M. Cruz	F	001-4450985	Univ. San	HMDER	[Firma]	849-509-9250
Waymar Rodríguez	F	012-0095000-2	Enc. Adm.	HMDER	[Firma]	824 277-7610
Keyla Cruz Monje	F	053-0036478-7	Enc. Calid.	HMDER	[Firma]	874-808-6464
Almira Ruiz	F	012-00495291	Análisis	HMDER	[Firma]	809-981-0554
GIORIV. SEGURA PEÑA	F	402-25747688	CNC	HMDER	[Firma]	849-201-5201
Eva F. Genao Matos	F	402-2181917-6	OAI	HMDER	[Firma]	809-601-8380
Johana J. Comasco	F	29-0007871-7	Encargada	RR.HH.	[Firma]	809-601-8548

*Instrucciones de llenado: - Coloque su cédula solo si el convocante lo requiere, en caso contrario colocar N/A.

- Para las reuniones virtuales no será necesario completar el campo de firma.