



REPÚBLICA DOMINICANA

INFORME SEMESTRAL HOSPITAL MATERNO DR. REYNALDO ALMANZAR

Enero – Octubre

2025



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA



HOSPITAL
MATERNO
DR. REYNALDO ALMÁNZAR

INFORME SEMESTRAL

Enero – Octubre
2025



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA



HOSPITAL
MATERNO
DR. REYNALDO ALMÁNZAR

TABLA DE CONTENIDOS

2025

RESUMEN EJECUTIVO 1

LOGROS ACUMULADOS ENERO-OCTUBRE 2025 2

RESULTADOS MISIONALES..... 5

RESULTADOS DE LAS ÁREAS TRANSVERSALES Y DE APOYO 7

SERVICIO AL CIUDADANO Y TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL 17

ANEXOS..... 21

RESUMEN EJECUTIVO

2025

Es un placer presentar la memoria de los principales servicios y logros del Hospital Materno Dr. Reynaldo Almánzar correspondientes al año 2025.

Cabe destacar como hecho relevante del periodo, dada la complejidad del centro y la atención de pacientes con morbilidad materna extrema, en el periodo enero a octubre ocurrieron 2 mortalidades materna.

En cuanto a la producción de servicios, destacan las 97,126 consultas externas atendidas, las 18,583 emergencias, los 9,666 egresos del servicio de hospitalización, y las 5,441 cirugías, de las cuales 4,599 fueron cirugías mayores y 842 cirugías menores realizadas.

También es importante destacar los servicios maternos neonatales y de salud reproductiva donde se atendieron 5,749 partos de los cuales 2,475 fueron vía vaginal y 3,274 por cesárea. Además hubo 5,828 nacimientos.

Los servicios de apoyo destacan 395,937 pruebas de laboratorio y 39,828 de imágenes los cuales tuvieron una gran demanda.

El programa Madre y Recién Nacido Bien Cuidados sigue cosechando éxitos, ya que en las mediciones del enero-octubre los indicadores medidos obtuvieron un índice global de 94.69% de cumplimiento.

En cuanto a la satisfacción de las usuarias a nivel general, se alcanzó un 95.33%.



LOGROS ACUMULADOS ENERO A OCTUBRE 2025

2025

Dentro de las metas nacionales en salud, está la reducción de la mortalidad materna e infantil con énfasis en la mortalidad neonatal. Dicha meta se contempla en todos los planes globales y estratégicos institucionales del país como: Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la Estrategia Nacional de Desarrollo (END-2030), el Plan Plurianual del Sector Público y los planes estratégicos del Ministerio de Salud y del Servicio Nacional de Salud.

El Hospital Materno Reynaldo Almánzar acoge las políticas públicas y planes en pro de la reducción de la mortalidad materna y neonatal. A continuación, presenta los resultados en la producción e indicadores de procesos y resultados logrados en ese sentido.

Consulta externa

En los meses de enero a octubre de 2025, se brindaron 97,126 consultas externas y especializadas, de las cuales 64,450 fueron consultas de primera vez (66.3%) y 32,676 consultas subsecuentes (33.7%).

Las especialidades más demandadas fueron: obstetricia con 11,925 consultas, consejería con 8,058, ginecología con 4,015, otorrinolaringología neonatal con 4,587, perinatología con 4,233 consultas, cardiología 3,894, nutrición 1,669, planificación familiar con 1,652, anestesiología 1,233, odontología 1,305.

Emergencias médicas

Con el objetivo de incrementar la capacidad, disponibilidad y recursos de la Red Pública de los Servicios de Salud para brindar atención pre hospitalaria, hospitalaria, interhospitalaria y de desastres, garantizando la accesibilidad y



oportunidad del servicio. Nuestra sala de emergencias se complace en brindar un modelo de atención especializada, enfocados en el binomio materno-fetal y neonatal, contando con un equipo de profesionales comprometidos con la atención integral de nuestras usuarias y sus neonatos, conformado por médicos emergenciólogos, ginecoobstetras, perinatólogos y médicos residentes en formación que ofrecen asistencia las 24 horas del día los 7 días de la semana, enfocados en el cumplimiento de los requerimientos de nuestro órgano rector.

Desde la apertura de los servicios de urgencias se cuenta con una sala de triaje adaptado al manejo obstétrico en el cual las usuarias son abordadas de forma oportuna con calidad y la calidez, reduciendo así el riesgo de morbi-mortalidad materna fetal, requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garantizan las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia a fin de satisfacer las necesidades de nuestras usuarias.

Durante el año 2025, el departamento de emergencia ha logrado cumplir con la labor social y asistencial del complejo, brindando atención polivalente a la población que demanda nuestros servicios sin distinción social o étnica y sirviendo como centro de acopio a diversos centros de salud de diferentes regiones al mismo tiempo sirviendo como un centro de referencia nacional, logrando el 95.33% de satisfacción de las usuarias en las encuestas realizadas.

Atenciones emergencia	Enero-octubre 2025
Ingresos por propios medios	17,636
Ingresos via 911	718
Ingresos por otros medios	229
Total ingresos	18,583

Fuente: Repositorio.sns.gob.do



Hospitalización

El Hospital Materno Dr. Reynaldo Almánzar, cuenta con 194 camas. Durante el año 2025, en el servicio de hospitalización del Hospital Materno Dr. Reynaldo Almánzar fueron ingresados 9,696 usuarias y neonatos, de estos 175 fueron admitidas en sala de cuidados intensivos adultos y 609 fueron ingresados en cuidados intensivos neonatales, el total de egresos por hospitalización fue 9,666.

El porcentaje de ocupación fue de 59.17% a nivel general, en cuanto al promedio de días de estancia.

Cirugía

El período evaluado se realizó un total de 842 cirugías menores y 4,599 cirugías mayores.

Atención materna-neonatal y salud reproductiva

En el HMRA se produjeron 5,749 partos). De estos, 2,475 fueron partos por vía vaginal (43%) y 3,274 partos por cesárea (57%.

La mayor cantidad de partos estuvo entre los grupos etarios de 20 a 24 años. Mientras que los grupos de adolescentes, tuvieron 795 partos. De la cantidad de partos 79 fueron gemelares.

En cuanto a los nacimientos, un total de 5,828 de los cuales 5,770 corresponden a nacidos vivos, y 58 nacidos muertos. Además, se reportaron 492 atenciones por abortos, 742 prematuros, 857 neonatos con bajo peso al nacer y 27 malformaciones.

En el periodo reportado ocurrieron 2 mortalidades materna, el indicador tasa neta de mortalidad hospitalaria se encuentra verde ya que el indicador se encuentra dentro de la meta.



RESULTADOS MISIONALES

2025

Principales logros

Dentro de los principales logros del periodo estan:

- La reduccion de la mortalidad materna y neonatal.
- El cumplimiento de la estrategia Madres y Recien Nacidos bien cuidados con cumplimiento promedio de 94.69% en las areas monitoreadas durante el periodo.
- El gran nivel en la satisfaccion de las usuarias 95.33%.
- El cumplimiento de los requisitos legales en las compras de la institucion.
- Cumplimiento del IGP 94%
- Reducción de la deuda en un 59%
- Cumplimiento de la ejecucción presupuestaria 83.75%
- Aprobación de la tercera version de la Carta Compromiso al Ciudadano.
- Certificación de la Carta Compromiso al Ciudadano con una puntuacion de 98.
- Programa de Residencias médicas ofertando las especialidades de Ginecologia y Obstetricia, Anestesiologia y la Sub-especialidad de Neonatologia.
- Cumplimiento con las normas de habilitación y evaluaciones periodicas de las entidades rectoras.
- Actualización del plan de emergencias 2025.



- El laboratorio ha sido seleccionado para la Acreditación de las pruebas de laboratorio por la ODAC en función de la norma ISO 15189:2022.



RESULTADOS DE LAS ÁREAS TRANSVERSALES Y DE APOYO

2025

Apoyo clínico

- **Servicios de imágenes diagnósticas**

Se realizaron un total de 39,828 pruebas de imágenes, de los cuales 28,208 fueron ambulatorios, 7,508 fueron por emergencias y 4,112 fueron en hospitalizaciones.

- **Laboratorio clínico**

El laboratorio clínico reportó un total de 395,937 pruebas realizadas de las cuales 218,575 corresponden a pacientes ambulatorios, 23,304 fueron a pacientes via emergencias y 154,058 a pacientes hospitalizados.

- **Banco de sangre**

Se reportó un total de 1,607 transfusiones sanguíneas a las usuarias. De estas 1,217 fueron paquete globular, 17 sangre total, 6 plaquetas y 3 plasma fresco.

El tiempo de entrega de los resultados de hospitalización y emergencias es de ≤ 2 horas, en los pacientes ambulatorios con valores críticos es de ≤ 5 horas, la meta de cumplimiento es de 80%.

Se adquirió en el área 2 sillones para flebotomía mayor de los donantes de sangre, 2 balanzas mezcladoras de bolsas de sangre para la flebotomía mayor, 1 centrifuga para banco de sangre, 1 centrifuga para laboratorio clínico y 10 sillas ergonómicas para el personal de laboratorio en general.

El laboratorio ha sido seleccionado por el SNS dentro de los hospitales que se están preparando para la Acreditación de las pruebas de laboratorio, por la ODAC, en función a la norma ISO 15189:2022.



- **Laboratorio de patología**

El laboratorio reporto un total de 847 papanicolau de los cuales 586 reportaron normal, 1600 biopsias realizadas para mama de las cuales 7 resultaron positivo para malignidad.

- **Nutrición**

La unidad defue supervisada para la implementación del programa PRONEPAL, mediante dicho programa se recibieron 1,179 suplementos nutricionales, se impartio un taller sobre tipos y manejos de dietas hospitalarias dirigida al departamento de enfermeria y alimentación, el equipo asistio a las conferencias sobre desafios nutricionales en pacientes criticos con inestabilidad hemodinamica y el poder de las proteinas en el desarrollo materno fetal.

- **Odontología**

En el periodo se ofertaron un total de 3,739 atenciones odontológicas a las usuarias del servicio de Odontología del Hospital Materno Reynaldo Almánzar. Entre los procedimientos realizados podemos destacar 1,133 instrucciones de higiene oral, 349 profilaxis dental, 349 aplicaciones de flúor, 379 destartraje supragingival, 15 recubrimiento pulpar indirecto, 454 restauraciones en resina, 9 exodoncias y de 12 altas odontológicas.

- **Madres y recién nacidos bien cuidados**

El cumplimiento global de esta estrategia durante el periodo enero-octubre es de 94.69% destacándose las áreas de lactancia materna y consulta prenatal.

- **Nacidos vivos**

Se mantiene el cumplimiento de un 100% en la entrega de los certificados de nacidos vivos a los padres y/o tutores de los recién nacidos, alcanzando un 0% en certificaciones retenidas en el centro, se mantiene un alto indice de declaraciones oportunas y sensibilizacion a las madres y familiares sobre la importancia de este



proceso legal, se ha implementado mejoras en la agilización de las declaraciones tardías por pérdida y falta de documentos de las usuarias.

- **Charlas educativas**

Se impartieron 1,305 charlas educativas, dentro de los temas impartidos estuvieron lactancia materna, lavado de manos, importancia de la consulta en el embarazo, prevención de la anemia, planificación familiar, cuidado del recién nacido, signos y síntomas de alarma en el embarazo, dengue y prevención, alimentación en el embarazo, enfermedades de transmisión sexual, entre otros temas.

- **Enfermería**

Durante el periodo se creó una logística con el área de imágenes y ginecología para disminuir el tiempo de espera de las usuarias hospitalizadas que van a sonografía, se han recibido 74 estudiantes de prácticas de enfermería.

El personal de enfermería ha tomado capacitaciones en reporte de eventos adversos, diplomado en control de infecciones asociadas a los cuidados de salud, congreso nacional e internacional de enfermería, bioseguridad, higiene de manos, trabajo en equipo, humanización de los servicios e inteligencia emocional.

- **Planificación familiar**

En el Programa Planificación se realizó la salida de 7,109 métodos anticonceptivos de los cuales 1,245 fueron a la población adolescente y 5,864 a adultos. El método más utilizado por las usuarias fue el condón masculino con entrega de 1,471, Seguido de inyectable 3,050, implantes 1,132, píldoras 326, minipíldora 474, y el DIU 126.

- **Anestesiología**

Durante el periodo se realizaron un total de 5,491 procedimientos anestésicos, de los cuales 4,778 corresponden a bloqueo subaracnoideo, 506 anestesia general endovenosa, 105 anestesia general inhalatorias, 93 bloqueo peridural, 5 parches hemáticos.



- **Área de consulta**

En esta área se ofrecieron un total de 97,126 servicios entre los que se encuentran diferentes consultas especializadas, seguimiento de puerperio, evaluaciones pre operatorias, salud mental, nutrición, planificación familiar, alto riesgo, psicoprofilaxis, toma de biopsia, colposcopias, realización de ecocardiograma, neumología, cura y retiro de sutura, entre otros.

- **Programa ARV**

Contamos con el programa de antirretrovirales, el cual es solicitado a través del Sugemi-1. El mismo permite que nuestras usuarias puedan obtener sus medicamentos y adicional a esto las leches por 6 meses para sus bebés, debido a que por su condición no pueden lactar, se han ofrecido 725 consultas en el programa de transmisión vertical.

- **Programa Mama canguro**

En el periodo enero-octubre en alojamiento, UCIN y consultas se beneficiaron del programa Mamá Canguro 1,134 recién nacidos, entre recién nacido a término, recién nacido pretermino y recién nacido bajo peso al nacer. El total de consultas realizadas en el periodo fue 3,933 de las cuales 425 fueron a pacientes nuevos y 3,504 subsecuentes.

Se realizaron 581 evaluaciones oftalmológica, 407 evaluaciones auditivas. En alojamiento canguro el total de horas cangureadas fue 13,367 y en UCIN 1,269 horas respectivamente, para un total de 14,636 horas.

- **Apoyo Administrativo/Financiero**

El área financiera ha llevado el cumplimiento oportuno de los informes de ejecución presupuestaria, cumplimiento del IGP, disminución de la deuda a un 59%, PACC, registros en el SIGEF, las respectivas publicaciones en el portal de transparencia institucional y presenta un cumplimiento de 99.5 en el sistema del análisis de cumplimiento de las normativas contables.



- **Apoyo Facturación/Auditoria Médica**

Durante el año 2025 el HMRA presentó una mejora en el % de glosa disminuyendo el índice en un 35%, pasando de 2.20% en el primer periodo 2024 a 1.24% en el 2025. Esta mejora representa el % de glosa más bajo en toda la historia del hospital. En el periodo enero octubre 2025, la glosa se encuentra en un promedio de 1.56 manteniendose al 100% del cumplimiento de la meta.

Los expedientes clínicos evaluados y auditados cumplen al 100% con la norma nacional de expediente clínico en cuanto a organización y contenido.

- **Planificación y desarrollo**

Esta área se ha desarrollado de manera satisfactoria. Las áreas de calidad en la gestión y de los servicios, mantiene el cumplimiento del envío oportuno de los indicadores de calidad mensualmente, entre otros reportes a los entes rectores, se actualizaron los 16 comités hospitalarios de los cuales se reúnen periódicamente los 8 comités priorizados, llevando a cabo sus respectivos planes de mejora, se envía mensualmente la tabulación de encuestas de la carta compromiso, en marzo del año en curso el Ministerio de la Administración Pública (MAP), realizó la evaluación de la Carta Compromiso al Ciudadano) en la cual se otorgó una puntuación de 98, siendo aprobado satisfactoriamente para la 3ra versión de Carta Compromiso al Ciudadano, en la cual como innovación para esta versión se incluyó el servicio de laboratorio.

El área de Monitoreo y Evaluación mantiene el cumplimiento de la revisión sistemática y envío oportuno de las actividades del POA manteniendo su puntuación en un promedio de 91 puntos, se han reportado oportunamente el tablero de mando y sus respectivos informes, el Viceministerio de la Garantía de la Calidad realizó el monitoreo de la práctica clínica en la cual se obtuvo 100% en el cumplimiento de los criterios establecidos en los documentos durante la atención al recién nacido, 100% en lactancia materna, 100% humanización de los servicios, 99% consulta prenatal, 100% lista de verificación de la cirugía segura, 93%



completitud de los expedientes,, 98% atencion por trastorno hipertensivo del embarazo, parto 93%, parto 93%, 90%post alumbramiento.

- **Gestión jurídica y legal**

La gerencia jurídica legal ha fortalecido el cumplimiento normativo, revisando y actualizando los contratos administrativos conforme al reglamento No. 15-23 de la ley 340-06 (Aquisición de gasoil, Chiller, mantenimiento de elevadores, suministro de oxígeno, servicios de auditoría), incluyo cláusulas de responsabilidad civil, penalidades y adecuación al manual operativo de compras y contrataciones públicas 2024. Brindo asistencia jurídica a las distintas áreas operativas del hospital, apoyo directo al departamento de recursos humanos con el desarrollo y documentación de procesos disciplinarios a colaboradores, conforme a la ley No. 41-08 de función pública y los principios del debido proceso.

Redacción y validación de adendas contractuales, conforme al artículo 31 de la ley 340-06, aplicación de protocolo de atención a ciudadanas haitianas, redacción y validación de más de 600 contratos y adendas durante el período, implementación del nuevo protocolo interno de revisión legal, con reducción de tiempos de validación en un 30%, supervisión de más de 10 procesos disciplinarios a colaboradores, salvaguardando el respeto al debido proceso y al marco legal aplicable.

Se realizaron diferentes convenios dentro de los que resaltan:

Convenio marco de colaboración interinstitucional entre el gabinete de políticas sociales (GPS) de la Presidencia a través del Centro de Desarrollo Integral para la mujer (CEDI-MUJER) y el hospital.

Convenio marco de colaboración institucional con el Hospital Pediátrico Hugo Mendoza (HPHM).

Acuerdo institucional con el Instituto Nacional de la Administración Pública (INAP) para la asignación de fondos como aportes para la capacitación y formación y entrenamiento de los servidores públicos del hospital.



Convenio interinstitucional con el Colegio Dominicano de Profesionales de Enfermería (CODOPENF).

- **Coordinación académica**

Este departamento ha recibido y promocionado los médicos de las especialidades de Obstetricia y Ginecología, Anestesiología, los cuales han participado en congresos nacionales e internacionales promoviendo el crecimiento académico y científico; han participado en un ciclo de charlas sobre la lactancia materna y su importancia, en un taller sobre cómo redactar un caso clínico para una publicación científica, han participado en las jornadas conmemorativas a la lucha contra el cáncer de mama entre otras.

- **Infraestructura y equipos**

Se elaboró el plan de mantenimiento 2025, el cual se ejecuta según lo planificado, a la fecha la ejecución es de 60 mantenimientos preventivos y correctivos.

- **Comunicación estratégica**

El área de relaciones públicas en el periodo contemplado ha aumentado la cantidad de seguidores en las diferentes redes sociales, Instagram 18,400mil, Facebook 6,107mil, X 1,501 y se reactivó el canal de Youtube con 163 suscriptores.

Las publicaciones durante el periodo fueron Instagram 474, Facebook 489, X 478, YouTube 23. El promedio de publicaciones mensuales es de 30 a 60.

- **Tecnología de la información**

Durante el periodo se han realizado 4 mantenimientos, se ha reducido las incidencias tecnológicas las cuales durante el periodo fueron un total de 5,152 con una resolución de un 100%; se han adicionado 3 puntos WIFI para un total de 22, se implementó el sistema de monitoreo SIEM (Security Information and Event Management) para detección temprana de incidentes y trazabilidad de eventos críticos, se actualizó el protocolo de respaldo y recuperación ante desastres con



replicación diaria en nube híbrida, se amplió el HIS (Sistema de información hospitalaria) con nuevos módulos para interconsultas y prescripción electrónica, Se implementaron kioscos de autoservicios para pacientes con funcionalidades de registro, impresión de resultados y programación de citas, App móvil institucional para comunicación directa con el paciente, recordatorios de citas y seguimiento post-consulta. Creación de un código QR para mitigar el flujo de usuarios.

- **Gestión humana**

Actualmente el hospital cuenta con 886 colaboradores, todos se encuentran en la nómina de fondos (100), el total de colaboradores están distribuidos entre el área administrativa y el área asistencial, se realizaron 6 promociones y 7 reajustes salariales orientados a fortalecer la equidad, motivación del personal y la eficiencia organizacional.

En el área de salud ocupacional se continúan las consultas semanales, se ha evidenciado una reducción de los accidentes laborales en un 35.7% en comparación con el año 2024, también se ha fomentado la salud ocupacional impartiendo charlas a los colaboradores sobre el manejo manual de cargas, manejo de productos químicos, se han realizado diversas jornadas de salud en las cuales se incluyen evaluaciones odontológicas, oftalmológicas y cardiovascular.

En el periodo se han realizado 2 jornadas de vacunación contra la Hepatitis B y Tetanos (DT), seguimiento activo al personal de licencia e interacción médico-colaborador, se realizaron celebraciones alusivas al aniversario del hospital, semana santa, día del bioanalista, día de la enfermera, día de las madres, día del cáncer de mama.

Se han impartido capacitaciones basadas en el plan de capacitación 2025 dirigidas a todos los colaboradores en modalidades virtual y presencial, dentro de las cuales se destacan, Excel básico e intermedio, limpieza y desinfección Hospitalaria, Inducción a la administración pública, violencia de género, gestión y resoluciones de conflictos, cáncer de mama, servicio al cliente, con un total de 276 colaboradores beneficiados.



- **Seguridad Social**

A continuación se presenta el desglose de los servicios entregados a las usuarias según acuerdos de pago, exoneraciones y descuentos durante el período enero-octubre de 2025.

Acuerdos de pago (valor facturado)	Valor pagado por usuaria	Exoneraciones (valor facturado)	Valor exonerado
\$5,351,205.49	\$845,886.36	\$755,568.27	\$1,710,410.41
Descuentos (valor facturado)		Descuento aplicado	
\$1,872,792.41		\$540,239.08	

Fuente: Departamento trabajo social



Informe de metas físicas y financieras

sigef.hacienda.gob.do/sigef/seguimiento/programacionyavance/niveldeavance/consulta.jsp

Producto físico: Personas acceden a servicios de salud especializados del Hospital Materno Dr. Reynaldo Almazán

Área: **Ministerio de Salud**

Capítulo: 0100 DIRECCION CENTRAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

SubCapítulo: 01 DIRECCION CENTRAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Unidad Ejecutora: 0025 HOSPITAL MATERNO DR. REYNALDO ALMAZAN, CIUDAD DE LA SALUD

Programa: 13 Prevención de servicios de salud en establecimientos autogestionados

Producto: 11 Personas acceden a servicios de salud especializados del Hospital Materno Dr. Reynaldo Almazán

Producto Físico: 8351 Personas acceden a servicios de salud especializados del Hospital Materno Dr. Reynaldo Almazán

Datos Unidad Ejecutora		Datos Producto	
Presupuesto Inicial	1,147,268,808.00	Presupuesto Inicial	1,147,268,808.00
Presupuesto Vigente	1,238,724,242.56	Presupuesto Vigente	1,238,724,242.56
Programación Devengado	760,926,999.55	Devengado Ejecutado	410,979,861.13
Devengado Ejecutado	410,979,861.13	Producto afectado por las Mod. Presupuestarias	2025-3219

Nivel De Avance Por Punto De Seguimiento			
Punto	Ejecutado	Fecha Evaluación	
01 - Personas acceden a servicios de salud especializados del Hospital Materno Dr. Reynaldo Almazán	0.00	Numero de atenciones ofertadas	

Punto Seguimiento Programación					
	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4	Total
Programación Física					
Unidad De Medida	185,699.00	201,814.00	209,887.00	209,886.00	807,256.00
Programación Financiera	295,227,413.00	292,981,776.00	293,227,413.00	294,832,204.00	1,147,268,808.00

Ejecución Programática				
	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4
Ejecución Física				
Unidad De Medida	166,074.00	0.00	0.00	0.00
Ejecución Financiera	183,397,024.24	227,582,836.89	0.00	0.00

Para visualización óptima del contenido se recomienda resolución pantalla 1920x768

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.



SERVICIO AL CIUDADANO Y TRANSPARENCIA INSTITUCIONAL

2025

- **Atención al usuario**

Los resultados de las encuestas de satisfacción correspondiente al periodo arrojó una satisfacción general de un 95.33%. La misma fue aplicada a 4,076 usuarias del HMRA, distribuidas en los servicios de consulta externa, emergencia, hospitalización, imágenes y laboratorio clínico.

- **Gestión de quejas, reclamos y sugerencias**

El total de quejas recibidas en los buzones de sugerencias en el periodo fue 8 a las cuales se le dio respuesta en el tiempo comprometido (3) días laborables.

- **Carta Compromiso al Ciudadano**

A continuación se desglosa el nivel de satisfacción durante el período en las áreas comprometidas.

Areas de satisfacción	Total, de encuestadas	% Satisfacción
Emergencias	903	95.33%
Hospitalización	940	95.65%
Laboratorio	839	95.28%
Imagenes	773	95.20%
Consulta Externa	621	95.05%

Fuente: Nivel de satisfacción de la experiencia del usuario SNS 2025



- **Transparencia institucional y libre acceso a la información**

Durante el periodo enero-octubre 2025, la Oficina de Acceso a la Información (OAI), a través del portal único de solicitud de información SAIP, atendió de manera oportuna, cuatro (4) solicitudes, las informaciones solicitadas se entregaron dentro de los plazos establecidos, de acuerdo a lo establecido en la Ley 200 - 04 Sobre Libre Acceso a la Información Pública. Contamos con solicitudes de documentos clínicos de manera presencial en nuestras oficinas con un total de 150 solicitudes, dentro de las cuales se destacaron como solicitudes de informaciones de mayor interés los record clínicos que trajeron las usuarias al momento de su ingreso y certificaciones.

El HMRA cuenta con la Línea 311, disponible para los ciudadanos para expresar sus quejas, denuncias o sugerencias, la misma es monitoreada por el Ministerio de la Presidencia y la Oficina Gubernamental de Tecnología de la Información y Comunicaciones (OGTIC), para el periodo enero-octubre se recibieron tres (3) quejas y una (1) sugerencia, las cuales fueron respondidas en el tiempo establecido.

Contamos con el portal de Datos Abiertos, el cual garantiza el derecho de acceder a la información pública y la transparencia en la gestión de los recursos públicos con el objetivo que las personas puedan disponer de los datos abiertos que producen las instituciones públicas, permitiendo su fácil reutilización.

Para el año 2025 se agregó un nuevo dato a nuestro portal el cual contiene las estadísticas del total de nacimientos de usuarias extranjeras que acuden al HMRA.



El Sub Portal de Transparencia del HMRA, es evaluado de manera mensual a través de la Dirección de Ética e Integridad Gubernamental (DIGEIG), órgano que evalúa en materia de transparencia, cumpliendo con la Ley General 200-04 de Libre Acceso a la información Publica. Obtuvimos en los meses enero a mayo la siguiente calificación:

MES	CALIFICACION
Enero	99.78
Febrero	94.78
Marzo	100
Mayo	100
Junio	99.78
Julio	97.7
Agosto	100
Septiembre/Octubre	La calificación de septiembre es enviada del 15 al 20 del mes siguiente, ósea en el mes de octubre y la calificación de octubre es enviada en diciembre.

La oficina de Libre Acceso a la Información OAI participó en el periodo enero-mayo 2025 de las siguientes capacitaciones:

- Curso Ofimática básica
- Capacitación en la Ley 200-04 y la resolución 002-2021 de la Dirección de Ética e Integridad Gubernamental DIGEIG, dirigida a servidores públicos.
- Celebración de TUSDATOS
- Taller Intervención para la regulación y sensibilización respecto al Sistema Nacional de Atención Ciudadana 311.



- Conferencia: El Perfil Ético del funcionario Público en un contexto de cambio institucional.
- Capacitación Portal de Solicitud de Acceso a la información Pública (SAIP).
- Charla Régimen Ético y Disciplinario de los servidores públicos.
- Papel de la DGII en materia de prevención de lavado de activos.
- Decreto 166-2025
- Celebración semana derecho a saber
- Conferencia compromiso con la Excelencia.

En cumplimiento al plan de trabajo (POA) descrito para el año 2025, para las Comisiones de Integridad Gubernamental y Cumplimiento Normativo (CIGCN), en el periodo enero-mayo se realizaron las siguientes actividades.

- Elaboración de matriz institucional de los sujetos obligados a realizar su declaración jurada de bienes.
- Actividades Semana de la Ética 2025.
- Campaña en valores.
- Campaña por la Integridad.
- Actividad Zumbaton en Valores
- Capacitación sobre Integridad y Ética en la administración Pública.
- Campaña Protegiendo lo Nuestro.
- Conferencia: La confidencialidad en la función pública.
- Invitación al panel Transparencia, compras publicas y competencia: una sinergia necesaria.
- Elaboración del borrador Código de Integridad y Conducta



ANEXOS

2025

- Índice de gestión presupuestaria T1-T2-T3 2025
- Captura Sistema Nacional de Compras y Contrataciones
- Evaluación Carta Compromiso al Ciudadano 2025.
- Aprobación Carta Compromiso al Ciudadano 3ra versión.
- Matriz de principales indicadores del Plan Operativo Anual (POA) 2025.



ÍNDICE DE LA GESTIÓN PRESUPUESTARIA (IGP)

CAPÍTULO 5180 - DIRECCION CENTRAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

SUBCAPÍTULO 01 - DIRECCION CENTRAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

UNIDAD EJECUTORA 0009 - HOSPITAL MATERNO DR. REYNALDO ALMANZAR, CIUDAD DE LA SALUD

AÑO 2025

TRIMESTRE Ene - Mar

Subindicadores / criterios	Ponderación	Alcance	Brecha
IGPS01 - Nivel de cumplimiento	60%	49%	11%
S01-01 Cumplimiento físico	20%	18%	2%
S01-02 Evidencia del cumplimiento	10%	9%	1%
S01-03 Cumplimiento financiero	20%	12%	8%
S01-04 Cumplimiento ampliado	10%	10%	0%
IGPS02 - Autoevaluación	30%	30%	0%
S02-01 Causas de desvío físico financiero	30%	30%	0%
IGPS03 - Modificaciones presupuestarias	10%	10%	0%
S03-01 Modificaciones presupuestarias aprobadas	10%	10%	0%
Resultado IGP	100%	89%	11%

Semáforización: ● 0-59% Bajo ● 60-79% Medio ● 80-100% Alto

Observaciones de la evaluación

Evidencia de cumplimiento: El número del nivel de avance no se corresponde con el de la evidencia, la sumatoria total es de 169,661, lo que representaría un 91.37%.

ÍNDICE DE LA GESTIÓN PRESUPUESTARIA (IGP)

CAPÍTULO 5180 - DIRECCION CENTRAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD
SUBCAPÍTULO 01 - DIRECCION CENTRAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA 0009 - HOSPITAL MATERNO DR. REYNALDO ALMANZAR, CIUDAD DE LA SALUD
AÑO 2025
TRIMESTRE Abr - Jun

Indicadores / Subindicadores	Ponderación	Alcance	Brecha
IGPS01 - Nivel de cumplimiento	60%	54%	6%
S01-01 Cumplimiento físico	20%	18%	2%
S01-02 Evidencia del cumplimiento	10%	9%	1%
S01-03 Cumplimiento financiero	20%	17%	3%
S01-04 Cumplimiento ampliado	10%	10%	0%
IGPS02 - Autoevaluación	30%	30%	0%
S02-01 Causas de desvío físico financiero	30%	30%	0%
IGPS03 - Modificaciones presupuestarias	10%	10%	0%
S03-01 Modificaciones presupuestarias aprobadas	10%	10%	0%
Resultado IGP	100%	94%	6%

Semaforización: ● 0-59% Bajo ● 60-79% Medio ● 80-100% Alto

Observaciones de la evaluación

El nivel de avance reportado no se corresponde con los datos disponibles en el Repositorio del SNS.
 Se recomienda revisar los números registrados y asegurarse de que coincidan con las fuentes oficiales. Para mayor claridad y verificación, se sugiere incluir una captura de pantalla de la página correspondiente. Según el Repositorio, la sumatoria total registrada es de 183,079.

ÍNDICE DE LA GESTIÓN PRESUPUESTARIA (IGP)

CAPÍTULO 5180 - DIRECCION CENTRAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD
SUBCAPÍTULO 01 - DIRECCION CENTRAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA 0009 - HOSPITAL MATERNO DR. REYNALDO ALMANZAR, CIUDAD DE LA SALUD
AÑO 2025
TRIMESTRE Jul - Sep

Indicadores / Subindicadores	Ponderación	Alcance	Brecha
IGPS01 - Nivel de cumplimiento	60%	54%	6%
S01-01 Cumplimiento físico	20%	20%	0%
S01-02 Evidencia del cumplimiento	10%	8%	2%
S01-03 Cumplimiento financiero	20%	17%	3%
S01-04 Cumplimiento ampliado	10%	9%	1%
IGPS02 - Autoevaluación	30%	30%	0%
S02-01 Causas de desvío físico financiero	30%	30%	0%
IGPS03 - Modificaciones presupuestarias	10%	10%	0%
S03-01 Modificaciones presupuestarias aprobadas	10%	10%	0%
Resultado IGP	100%	94%	6%

Semaforización: ● 0-59% Bajo ● 60-79% Medio ● 80-100% Alto

Observaciones de la evaluación

Evidencia de cumplimiento: El nivel de avance del producto registrado no coincide con la evidencia presentada, ni con el del repositorio del SNS. Por favor verificar los montos antes que sean cargados, ya que esta observación viene del trimestre anterior.

RNC-401-03674-6
“Avanzamos para ti”

EL MINISTRO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

El Ministerio de Administración Pública (MAP), a través de su ministro, en ejercicio de las atribuciones que le confieren la Ley núm. 41-08 de Función Pública, y la Ley núm. 247-2012 Orgánica de la Administración Pública, dicta la siguiente resolución:

Resolución núm. 230-2025, que aprueba la Tercera Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano del Hospital Materno Dr. Reynaldo Almánzar.

CONSIDERANDO PRIMERO: Que de conformidad con la Ley núm. 41-08 de Función Pública, el Ministerio de Administración Pública (MAP) es el órgano rector de los sistemas de gestión de los recursos humanos al servicio de la Administración del Estado, como tal le corresponde propiciar y garantizar el más alto nivel de efectividad, calidad y eficiencia de la Función Pública.

CONSIDERANDO SEGUNDO: Que la elaboración, aprobación e implementación de las Cartas Compromiso al Ciudadano en las instituciones de la Administración Pública se registrará según lo establecido en el Decreto núm. 211-I-10 del Modelo CAF (Marco Común de Evaluación).

CONSIDERANDO TERCERO: Que las Cartas Compromiso al Ciudadano son documentos a través de los cuales las instituciones públicas informan al ciudadano-cliente sobre los servicios que gestionan y de cómo acceder y obtener esos servicios; así como de los compromisos de calidad establecidos para su prestación.

CONSIDERANDO CUARTO: Que en lo concerniente a la estructura y contenido de la Carta Compromiso al Ciudadano, se tomarán en cuenta los siguientes aspectos: Información de carácter general y legal, Compromisos de Calidad asumidos, Quejas, Sugerencias, Medidas de Subsanación e Información Complementaria.

CONSIDERANDO QUINTO: Que la revisión de la metodología para la elaboración de las Cartas Compromiso al Ciudadano, la evaluación y demás criterios, son requisitos básicos para su aprobación.

Resolución núm. 230-2025, que aprueba la Tercera Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano del Hospital Materno Dr. Reynaldo Almánzar.

Página 1 de 3

VISTA: La Constitución de la República, del 27 de octubre 2024.

VISTA: La Ley núm. 41-08 de Función Pública del 16 de enero de 2008.

VISTO: El Decreto núm. 56-10 de fecha 6 de febrero de 2010, que designa las Secretarías de Estado como Ministerios.

VISTO: El Decreto núm. 211-10 de fecha 15 de abril de 2010 del Modelo CAF (Marco Común de Evaluación).

VISTO: El Plan Estratégico 2020-2024 del Ministerio de Administración Pública (MAP).

VISTO: El Brochure Carta Compromiso al Ciudadano

VISTO: La solicitud de aprobación de la Tercera Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano del **Hospital Materno Dr. Reynaldo Almánzar**, recibida en fecha quince (15) del mes de agosto de 2025.

Atendiendo a las consideraciones que anteceden, las cuales forman parte íntegra de la presente resolución,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1. SE APRUEBA formalmente la Tercera Versión de la Carta Compromiso del **Hospital Materno Dr. Reynaldo Almánzar**, por haber cumplido todas las formalidades y requisitos de la metodología sobre la materia, establecida en el "Programa Carta Compromiso al Ciudadano".

ARTÍCULO 2. La Encargada del Departamento de Análisis Regulatorio y Compromisos de Servicios (DARCS), dará seguimiento y monitoreo a los compromisos establecidos en la Tercera Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano aprobada mediante la presente Resolución.

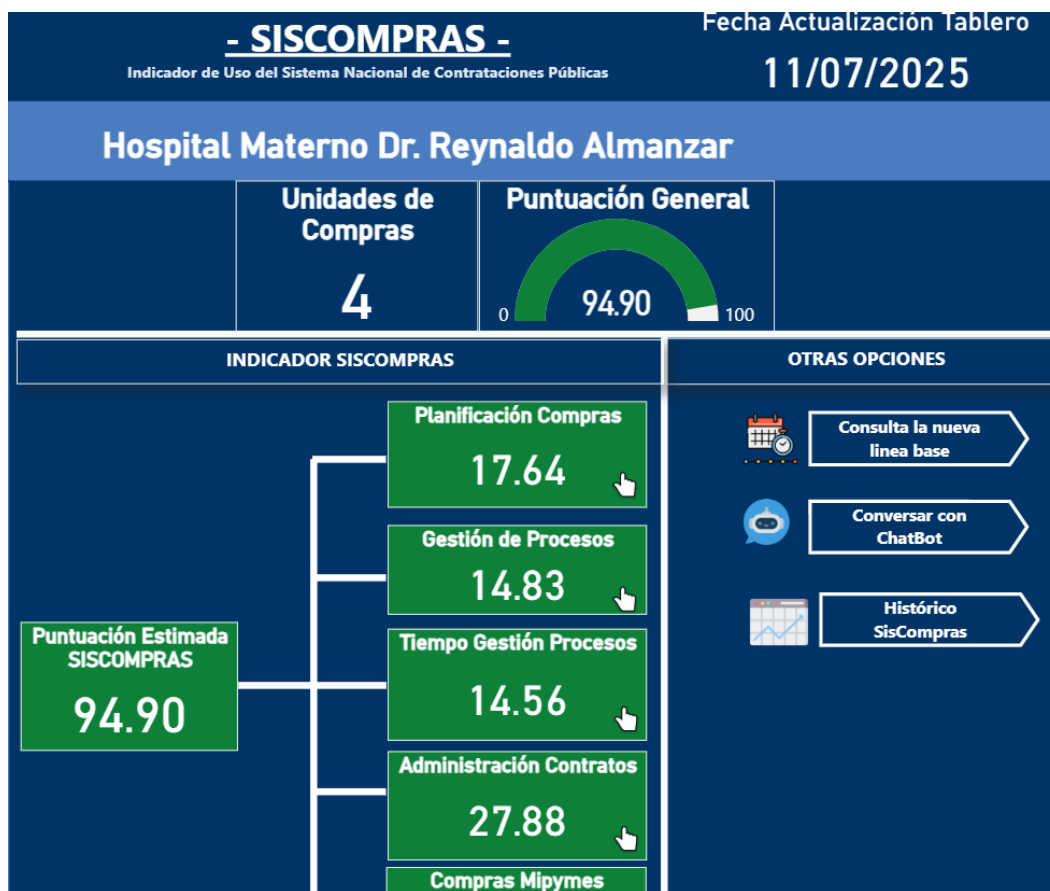
PÁRRAFO ÚNICO: El periodo de validez de la presente resolución es de dos (2) años; no obstante, el Ministerio de Administración Pública (MAP), se reserva el derecho de retirar la aprobación de la misma en caso de incumplimiento de los compromisos asumidos durante dicho período.

Resolución núm. 230-2025, que aprueba la Tercera Versión de la Carta Compromiso al Ciudadano del Hospital Materno Dr. Reynaldo Almánzar.

Página 2 de 3

ARTÍCULO 3. Envíese la presente RESOLUCIÓN APROBATORIA al Departamento de Análisis Regulatorio y Compromisos de Servicios (DARCS) y al **Hospital Materno Dr. Reynaldo Almánzar**.

Dada en la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, veinticinco (25) días del mes de agosto del año dos mil veinticinco (2025).



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
"Avanzamos para ti"

07 de abril de 2025
Santo Domingo, R. D.

005048

Señor
Freddy Manuel Novas Cuevas
Director General
Hospital Materno Dr. Reynaldo Almánzar
Su despacho. -

Distinguido Sr. Novas:

Como es de su conocimiento, el Decreto 211-10, establece que el desarrollo de las Cartas Compromiso en la República Dominicana es responsabilidad del Ministerio de Administración Pública. En este sentido, tenemos la obligación de evaluar la gestión de estas a la luz del cumplimiento de los compromisos asumidos y la fiabilidad de las informaciones que en ella se publican.

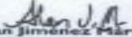
Por lo anterior, fue realizada recientemente la evaluación anual de la Carta Compromiso al Ciudadano del Hospital Materno Dr. Reynaldo Almánzar, correspondiente al periodo abril 2024 - marzo 2025.

Según los resultados de la evaluación, el nivel de cumplimiento de la Carta es de un **98%**, valor que estará reflejado en el indicador de Carta Compromiso del SISMAP. Ver anexo el Informe de Evaluación en donde se señalan los puntos fuertes, las áreas de mejora y las recomendaciones identificadas.

Aprovechando la remisión de este informe, sugerimos realizar los levantamientos y mediciones necesarias para garantizar que en la siguiente versión de la Carta Compromiso se incluyan los servicios prioritarios con los atributos más relevantes. En este sentido, es fundamental fortalecer la medición de los tiempos de respuesta dentro de plazos establecidos, asegurando así una mejora continua en la calidad del servicio ofrecido a la ciudadanía.

Con sentimientos de alta consideración y estima, aprovechamos la ocasión para enviarle un cálido saludo.

Atentamente,


Alan Jiménez Martínez
Viceministro de Servicios Públicos

AJDARCS
DARCS-25-0110

Anexo: 1.- Informe de Evaluación Carta Compromiso al Ciudadano.



Avenida 27 de Febrero 425 - Edificio II - Santo Domingo - República Dominicana
TELÉFONO 809-555 3255 - FAX 809-555 3255

 REPÚBLICA DOMINICANA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	INFORME EVALUACIÓN CARTA COMPROMISO	PK-GDP-095-UI Versión: 04
Fecha de emisión: 09 de noviembre 2023		Página 2 de 2
• Cumplimiento en la queja presentada en el buzón de quejas y sugerencias, vía comprometida con 10 días laborales, en todo el periodo evaluado. • Cumplimiento en las quejas presentadas en la Línea 311, vía comprometida con 10 días laborales, en todo el periodo evaluado. • Se evidenció funcionamiento y seguimiento del correo quejasysugerencias@hmcra.gob.do, vía comprometida para la recepción de quejas y sugerencias. • A pesar de no remitir las medidas de subsanación correspondientes, se evidenció un análisis de causa y acciones de mejora que incluyan sensibilizar a los usuarios sobre la situación en imágenes antes de recibir el servicio. IV. ÁREAS DE MEJORA • El brochure divulgativo publicado en su portal web no está actualizado. • No se evidencia la divulgación del porcentaje (%) de cumplimiento de los indicadores comprometidos en la Carta Compromiso al Ciudadano en el portal web de la institución. • Incumplimiento en el atributo tiempo de disponibilidad, comprometido con 3 días laborales, en el servicio Estudios de imágenes, en los meses septiembre, octubre, noviembre, diciembre 2024, enero y febrero 2025. • No se emitieron las medidas de subsanación correspondientes a los incumplimientos presentados. V. RECOMENDACIONES • Publicar la Carta Compromiso al Ciudadano correcta en el portal web. • Publicar los resultados de las mediciones de los compromisos asumidos por la institución en la Carta Compromiso. • Continuar con las acciones de mejora para estabilizar el tiempo de disponibilidad en el servicio de imágenes. VI. PUNTUACIÓN OBTENIDA SISMAP: 98%		

Preparado por:

Departamento de Análisis Regulatorio y Compromisos de Servicios (DARCS)

Verificado por:







Dirección General de
Contabilidad Gubernamental



Sistema de Análisis del Cumplimiento de las Normativas Contables

MATRIZ DE CERTIFICACIÓN

PERIODO: 2025

PROCESO: CORTE

NIVEL DE GOB.: INSTITUCIONES DESCENTRALIZADAS Y AUTÓNOMAS Y PÚBLICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

HOSPITAL MATERNO DR. REYNALDO ALMANZAR

COMPONENTES	SUB COMPONENTES	UNIDAD DE MEDIDA	VARIABLE	META	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN		OBSERVACIONES ENCONTRADAS	REFERENCIA
						%	NÚMÉRICA		
1. OPORTUNIDAD, TRANSPARENCIA Y COMPARABILIDAD	1.1. ESTADOS FINANCIEROS (EF)			5	32.00	100.00%	32.00		
	1.1.1. CANTIDAD DE ESTADOS FINANCIEROS REMITIDOS AL ÓRGANO RECTOR EN LOS PLAZOS NORMATIVOS ESTABLECIDOS PARA EL CORTE Y CIERRE	#	Estados Financieros y notas explicativas remitidos		20.00	100.00%	20.00		Estado De Situación Financiera, Estado De Rendimiento Financiero, Estado De Cambio Activos Netos/Patrimonio, Estado De Flujos De Efectivo, Estado De Ejecución Presupuestaria, Notas Explicativas A Los Estados Financieros, Y Norma De Cierre De Operaciones Contables
1. OPORTUNIDAD, TRANSPARENCIA Y COMPARABILIDAD	1.1.2. CANTIDAD DE ESTADOS FINANCIEROS Y NOTAS EXPLICATIVAS, CONFORME AL FORMATO DE PRESENTACIÓN DEL MANUAL DE ELABORACIÓN DE LA DIGECOG	#	Estados Financieros con el formato autorizado		5.00	100.00%	5.00		Manual De Elaboración De Los Estados Financieros Y Estados Financieros, Obediendo A Los Formatos De: A) Encabezado, El Cual Tendrá Nombre De La Institución O Entidad Y El Nombre Del Estado, La Fecha Que Se Informa Y La Moneda De Presentación O De Curso Legal (rd\$); B) Firma De Los Responsables De Su Elaboración Y La Máxima Autoridad Ejecutiva; C) Las Notas Explicativas, Conteniendo Las Principales Políticas Contables Aplicadas O Describas, Así Como Las Partidas De Referencia Y Anexos
	1.1.3. CANTIDAD DE ESTADOS FINANCIEROS Y SUS NOTAS EXPLICATIVAS, COMPARADOS PARA DOS (2) PERÍODOS	#	Estados Financieros comparados para dos (2) periodos.		5.00	100.00%	5.00		Estado De Situación Financiera, Estado De Rendimiento Financiero, Estado De Cambio Activos Netos/Patrimonio, Estado De Flujos De Efectivo, Notas Explicativas A Los Estados Financieros
	1.1.4. CANTIDAD DE ESTADOS FINANCIEROS PUBLICADOS EN SU PÁGINA WEB INSTITUCIONAL, COINCIDENTES CON LOS CARGADOS AL SISTEMA SISACNOC. DE EXISTIR DIFERENCIAS EN MONITOS, ESTABLECERLAS EN LAS NOTAS DE LOS ESTADOS REMITIDOS O PUBLICADOS	#	Estado de Situación Financiera, Estado de Rendimiento Financiero, Estado de Cambio Activos netos/patrimonio, Estado de Flujos de Efectivo y las Notas Explicativas a los Estados Financieros		2.00	100.00%	2.00		Página Web Institucional (Sección De Transparencia), Donde Se Evidencien Los Estados Financieros Publicados Con Los Cargados En El Sisacnoc
	VALOR				32.00	100.00%	32.00		
2. CALIDAD Y CONSISTENCIA DE LAS INFORMACIONES ECONÓMICAS FINANCIERAS	2.1. ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA (ESF)			1	21.00	97.62%	20.50		
	2.1.1. 100% DE LOS MONITOS DE LOS ACTIVOS, PASIVOS Y PATRIMONIO, EXPRESADOS Y VALORADOS POR TIPO O DE ACUERDO A SU CLASIFICACIÓN CONTABLE (DE CONVERTIBILIDAD), CORRECTAMENTE TOTALIZADOS Y DESGLOSADOS	%	Activos y pasivos expresados y valorados por tipo o de acuerdo a su clasificación contable		3.00	100.00%	3.00		Estado De Situación Financiera (EsF) Y Sus Notas



2. CALIDAD Y CONSISTENCIA DE LAS INFORMACIONES ECONÓMICAS FINANCIERAS	2.1.10. 100% DEL MONTO DE LAS INVERSIONES FINANCIERAS, IDENTIFICADAS EN LOS ESTADOS Y SUS NOTAS EXPLICATIVAS	%	Saldo de las inversiones financieras identificados		1.00	100.00%	1.00		Estado De Situación Financiera Y Sus Notas, Y Copia De La Certificación Bancaria Que Detalle Las Inversiones Vigentes
	2.1.11. 100% DE LOS SALDOS DE CUENTAS POR PAGAR DE CORTO Y LARGO PLAZO IDENTIFICADOS Y PRESENTADOS EN EL ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA	%	Saldos de las cuentas por pagar de corto y largo plazo identificados		2.00	100.00%	2.00		Estado De Situación Financiera Y Sus Notas, Reportes Del Cife Sigef (Ejecución Presupuestaria)
	2.1.12. 100% DEL MONTO DEL RESULTADO DEL PERÍODO MOSTRADO EN LA CUENTA DE ACTIVOS NETOS/PATRIMONIO, IGUAL AL PRESENTADO EN EL ESTADO DE RENDIMIENTO FINANCIERO (ERF)	%	Resultado del período en la cuenta de patrimonio del ESF, equivalente al presentado en el ERF		2.00	100.00%	2.00		Estado De Situación Financiera (Esf), Estado De Rendimiento Financiero Y Sus Notas
	2.1.2. 100% DEL TOTAL DE ACTIVOS, EQUIVALENTE A LA SUMA DE PASIVOS Y PATRIMONIO	%	Activos equivalente a la suma de pasivos y patrimonio.		2.00	100.00%	2.00		Estado De Situación Financiera (Esf) Y Sus Notas
	2.1.3. 100% DEL SALDO DE CUENTAS POR COBRAR IDENTIFICADOS Y PRESENTADOS EN EL ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA	%	Saldos de las cuentas por cobrar identificados		2.00	100.00%	2.00		Estado De Situación Financiera (Esf) Y Sus Notas Y Anexos Donde Se Aporten Detalles Sobre Los Proveedores Y Los Montos
	2.1.4. 100% DE LOS BIENES MUEBLES IDENTIFICADOS ADQUIRIDOS, CON SU DEPRECIACIÓN CALCULADA	%	Saldo de los bienes muebles identificados		2.00	100.00%	2.00		Estado De Situación Financiera (Esf) Y Sus Notas, Estado De Ejecución Presupuestaria En Los Reportes Del Cife Y Sigef Y Reportes Del Sistema De Bienes Utilizados (Siab U Otros)
	2.1.5. 100% DE LOS BIENES INMUEBLES IDENTIFICADOS, CON SU DEPRECIACIÓN CALCULADA	%	Saldos de los bienes inmuebles identificados		2.00	100.00%	2.00		Estado De Situación Financiera (Esf) Y Sus Notas, Estado De Ejecución Presupuestaria En Los Reportes Del Cife Y Sigef Y Reportes Del Sistema De Bienes Utilizados (Siab U Otros)
	2.1.6. CANTIDAD DE BIENES EN PROCESO DE CONSTRUCCIÓN, IDENTIFICADOS Y LEVANTADOS DEBIDAMENTE	#	Saldo de los bienes en proceso identificados		2.00	100.00%	2.00		Reportes De Ejecución Presupuestaria Cife - Sigef /Estado De Situación Financiera Y Sus Notas Explicativas, Con Anexos Donde Referan Los Bienes Levantados E Identificados.
	2.1.7. 100% DE LOS ASIENTOS DE AJUSTES REGISTRADOS, CORRESPONDIENTES A LOS SALDOS DE CONSTRUCCIONES EN PROCESO, QUE AMERITEN REALIZAR EN EL PERÍODO	%	Asientos registrados		1.00	100.00%	1.00		Reportes De Ejecución Presupuestaria Cife - Sigef /Estado De Situación Financiera Y Sus Notas Explicativas, Con Anexos Donde Referan Los Bienes Levantados E Identificados.

2. CALIDAD Y CONSISTENCIA DE LAS INFORMACIONES ECONÓMICAS FINANCIERAS	2.1.8. CANTIDAD DE INVENTARIOS DE BIENES DE CONSUMO REALIZADOS EN EL PERÍODO	#	Saldo de los inventarios de bienes realizados		1.00	100.00%	1.00		Reportes De Ejecución Presupuestaria Del Cife / Sigef Y Estado De Situación Financiera Con Sus Notas Y Reporte De Toma Física De Inventario Firmado
	2.1.9. 100% DE LOS SALDOS DE CAJA CHICA PRESENTADOS EN EL ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA	%	Saldos de cajas chicas identificados		1.00	50.00%	0.50	Se Verifica Una Caja Chica Con Un Valor De \$75,000 Los Anques Presentados Suman \$52,090. Presentada Diferencia, No Se Observa Nota Explicando La Misma.	Saldos De Cajas Chicas Identificados
	2.2. ESTADO DE RENDIMIENTO FINANCIERO (ERF)			1	17.00	100.00%	17.00		
	2.2.1. 100% DE LOS MONITOS DE INGRESOS DESAGREGADOS POR CUENTA E IDENTIFICADOS POR TIPO, CORRECTAMENTE TOTALIZADOS	%	Estructura de los ingresos y gastos desagregado por rubros y gastos correctamente totalizados.		5.00	100.00%	5.00		Estado De Rendimiento Financiero (ErF) Y Sus Notas
	2.2.2. 100% DE LOS MONITOS DE GASTOS DESAGREGADOS POR CUENTA E IDENTIFICADO POR TIPO, CORRECTAMENTE TOTALIZADOS	%	Gastos desagregados por cuenta, identificados		5.00	100.00%	5.00		Estado De Rendimiento Financiero (ErF) Y Sus Notas
	2.2.3. 100% DEL MONTO DE LA DEPRECIACIÓN Y AMORTIZACIÓN DEL PERÍODO, DEBIDAMENTE PRESENTADA EN EL ESTADO DE RENDIMIENTO FINANCIERO Y EN SUS NOTAS EXPLICATIVAS, COINCIDENTE CON EL ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA	%	Estado de Rendimiento Financiero con la depreciación/amortización presentada.		5.00	100.00%	5.00		Estado De Rendimiento Financiero, Estado De Situación Financiera, Notas Explicativas Y Reporte De Sistema De Bienes Utilizado Donde Se Presente La Depreciación
	2.2.4. 100% DEL MONTO DE GANANCIA O PÉRDIDA CAMBIARIA IDENTIFICADA, CON SU TASA DE CAMBIO Y MONTO EN MONEDA ORIGINAL	%	Monito de ganancia o pérdida identificados		2.00	100.00%	2.00		Estado De Rendimiento Financiero (ErF) Y Sus Notas Explicativas
	2.3. ESTADO DE FLUJOS DE EFECTIVO (EFE)			1	12.00	100.00%	12.00		
	2.3.1. 100% DE LAS CUENTAS DE ENTRADAS Y SALIDAS, PRESENTADAS POR ACTIVIDADES DE OPERACIÓN, INVERSIÓN Y FINANCIAMIENTO, CORRECTAMENTE TOTALIZADAS	%	Cuentas de entradas y salidas de acuerdo a las actividades de operación, inversión y financiamiento totalizadas.		3.00	100.00%	3.00		Estado De Flujo De Efectivo (Efe), Estado De Situación Financiera Y Conciliación Bancaria
	2.3.2. 100% DEL SALDO FINAL DEL EFECTIVO Y SU EQUIVALENTE PRESENTADO, COINCIDENTE CON EL EFECTIVO Y EQUIVALENTE EXISTENTE EN EL ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA	%	Ingresos desagregados por cuenta y correctamente totalizados		2.00	100.00%	2.00		Estado De Flujo De Efectivo (Efe), Estado De Situación Financiera Y Conciliación Bancaria

2. CALIDAD Y CONSISTENCIA DE LAS INFORMACIONES ECONÓMICAS FINANCIERAS	2.3.3. 100% DEL SALDO DEL EFECTIVO Y SU EQUIVALENTE AL INICIO DEL PERÍODO, COINCIDENTE CON EL SALDO FINAL DEL EFECTIVO Y EQUIVALENTE DEL PERÍODO ANTERIOR, MOSTRADO EN EL ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA	%	Efectivo y equivalente al inicio del ejercicio que coincide con el del final del ejercicio anterior		2.00	100.00%	2.00		Estado De Flujo De Efectivo (Efe), Estado De Situación Financiera Y Conciliación Bancaria
	2.3.4. 100% DEL SALDO DEL INCREMENTO O DISMINUCIÓN NETA DEL EFECTIVO CORRECTAMENTE CALCULADO	%	Incremento/disminución neta del efectivo calculado correctamente		1.00	100.00%	1.00		Estado De Flujo De Efectivo (Efe) Y Manual De Elaboración De Eeff De La Digecog Para Los Formatos
	2.3.5. 100% DEL MONTO DE ADQUISICIONES DE BIENES PRESENTADO, COINCIDENTE CON EL ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA Y SUS NOTAS	%	Monito de las adquisiciones de bienes presentados		2.00	100.00%	2.00		Estado De Flujo De Efectivo (Efe), Estado De Situación Financiera Y Sus Notas Explicativas
	2.3.6. 100% DEL MONTO DE INVERSIONES FINANCIERAS COINCIDENTE CON EL PRESENTADO EN EL ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA	%	Monito de las inversiones coincidente con el ESF		2.00	100.00%	2.00		Estado De Flujo De Efectivo (Efe), Estado De Situación Financiera Y Sus Notas Explicativas
	2.4. ESTADO DE CAMBIO EN LOS ACTIVOS NETOS/PATRIMONIO (ECP)			1	12.00	100.00%	12.00		
	2.4.1. 100% DE LOS MONITOS POR VARIACIONES CORRECTAMENTE TOTALIZADOS, E IDENTIFICADOS EN EL ESTADO DE SITUACIÓN, ESTADO DE RENDIMIENTO Y NOTAS	%	Montos por variaciones (o cambios) correctamente totalizados		3.00	100.00%	3.00		Estado De Cambio Activos Netos/Patrimonio (EqP)/ Estado De Situación Financiera / Estado De Rendimiento Financiero, Y Notas Explicativas
	2.4.2. 100% DEL VALOR DEL PATRIMONIO FINAL PRESENTADO EN EL PERÍODO ANTERIOR, COINCIDENTE CON EL PATRIMONIO INICIAL EXPUESTO PARA EL PERÍODO QUE SE EVALÚA	%	Valor del patrimonio final del periodo anterior coincidente con el valor inicial del periodo actual		3.00	100.00%	3.00		Estado De Cambio Activos Netos/Patrimonio Y Estado De Rendimiento Financiero Y Notas Explicativas
	2.4.3. 100% DEL RESULTADO DEL PERÍODO COINCIDENTE CON EL MOSTRADO EN EL ESTADO DE RENDIMIENTO FINANCIERO	%	Resultado del periodo		2.00	100.00%	2.00		Estado De Cambio Activos Netos/Patrimonio Y Estado De Rendimiento Financiero Y Notas Explicativas
	2.4.4. 100% DEL RESULTADO ACUMULADO SEA COINCIDENTE CON EL PRESENTADO EN EL ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA	%	Resultado acumulado		2.00	100.00%	2.00		Estado De Cambio Activos Netos/Patrimonio Y Estado De Rendimiento Financiero Y Notas Explicativas
	2.4.5. 100% DEL SALDO DE LOS AJUSTES, DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS Y SOPORTADOS	%	Saldos de ajustes		2.00	100.00%	2.00		Estado De Cambio Activos Netos/Patrimonio Y Estado De Rendimiento Financiero Y Notas Explicativas



			Total	100.00	99.50%	99.50
--	--	--	-------	--------	--------	-------



DATOS DE CABECERA PACC		
MONTO ESTIMADO TOTAL	RD\$	586,196,189.61
CANTIDAD DE PROCESOS REGISTRADOS		79
CAPÍTULO		5180
SUB CAPÍTULO		01
UNIDAD EJECUTORA		0009
UNIDAD DE COMPRA		Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar
AÑO FISCAL		2025
FECHA APROBACIÓN		
MONTOS ESTIMADOS SEGÚN OBJETO DE CONTRATACIÓN		
BIENES	RD\$	552,529,961.52
OBRAS	RD\$	-
SERVICIOS	RD\$	27,838,228.09
SERVICIOS: CONSULTORÍA	RD\$	5,828,000.00
SERVICIOS: CONSULTORÍA BASADA EN LA CALIDAD DE	RD\$	-
MONTOS ESTIMADOS SEGÚN CLASIFICACIÓN MIPYME		
MIPYME	RD\$	-
MIPYME MUJER	RD\$	-
NO MIPYME	RD\$	586,196,189.61
MONTOS ESTIMADOS SEGÚN TIPO DE PROCEDIMIENTO		
COMPRAS POR DEBAJO DEL UMBRAL	RD\$	25,070,227.00
COMPRA MENOR	RD\$	21,036,498.02
COMPARACIÓN DE PRECIOS	RD\$	540,089,464.59



DESEMPEÑO PRESUPUESTARIO

Código Programa / Subprograma	Nombre del Programa	Asignación presupuestaria 2025 (RD\$)	Ejecución a 25 Noviembre 2025 (RD\$)	Cantidad de Productos Generados por Programa a Septiembre 2025	Índice de Ejecución %	Participación ejecución por programa
13	Provisión de servicios de salud en establecimientos auto gestionados	1,238,724,242.56	753,963,233.16	562,960	65.72%	100%
	Totales	1,147,268,808.00	411,189,203.53	281,039	72.53%	35.85%



MATRIZ DE PRINCIPALES INDICADORES DEL PLAN OPERATIVO ANUAL (POA) 2025

**Matriz de Principales Indicadores del Plan Operativo Anual (POA)
2025**

No.	Área	Producto	Nombre del Indicador	Frecuencia	Línea Base	Meta	Resultado	Porcentaje de Avance
1	Calidad de la Gestión	Gestión de recursos humanos, calidad y fortalecimiento institucional	Autoevaluación CAF	Anual	100%	100%	100%	100%
2	Calidad de la Gestión	Gestión de recursos humanos, calidad y fortalecimiento institucional	Plan de mejora CAF	Anual	100%	100%	75%	85%
3	Calidad de la Gestión	Gestión de recursos humanos, calidad y fortalecimiento institucional	Estructura Organizativa y Manual de funciones	Cada 4 años	100%	100%	100%	100%
4	Calidad de la Gestión	Gestión administrativa y de la información	Porcentaje de cumplimiento de POA	Anual	100%	100%	91%	100%
5	Subdirección de Recursos Humanos	Gestión de recursos humanos, calidad y fortalecimiento institucional	Plan de Capacitación	Anual	100%	100%	50%	50%
6	Atención al Usuario	Satisfacción de los usuarios	Índice de Satisfacción de los usuarios	Semestral	100%	100%	100%	100%

