



EVALUACIÓN DE
GESTIÓN
INSTITUCIONAL
ENE-DIC 2017

PLANIFICACIÓN OPERATIVA

**GERENCIA DE
AFILIACION**

Cantidad de nuevos afiliados del régimen subsidiado

PROGRAMADO

100,0000

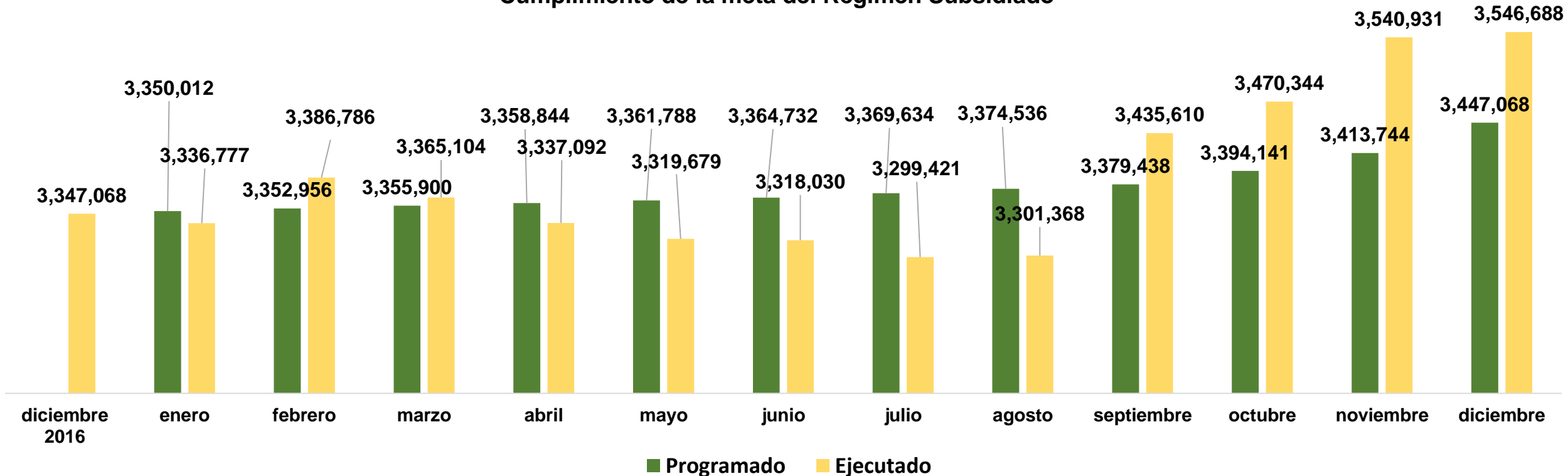
EJECUTADO

199,620

% DE EJECUCION

200%

Cumplimiento de la meta del Régimen Subsidiado



* Fuente: Reporte de facturación enero-diciembre 2017.

Relación de dependencia en el régimen subsidiado

PROGRAMADO

0.60

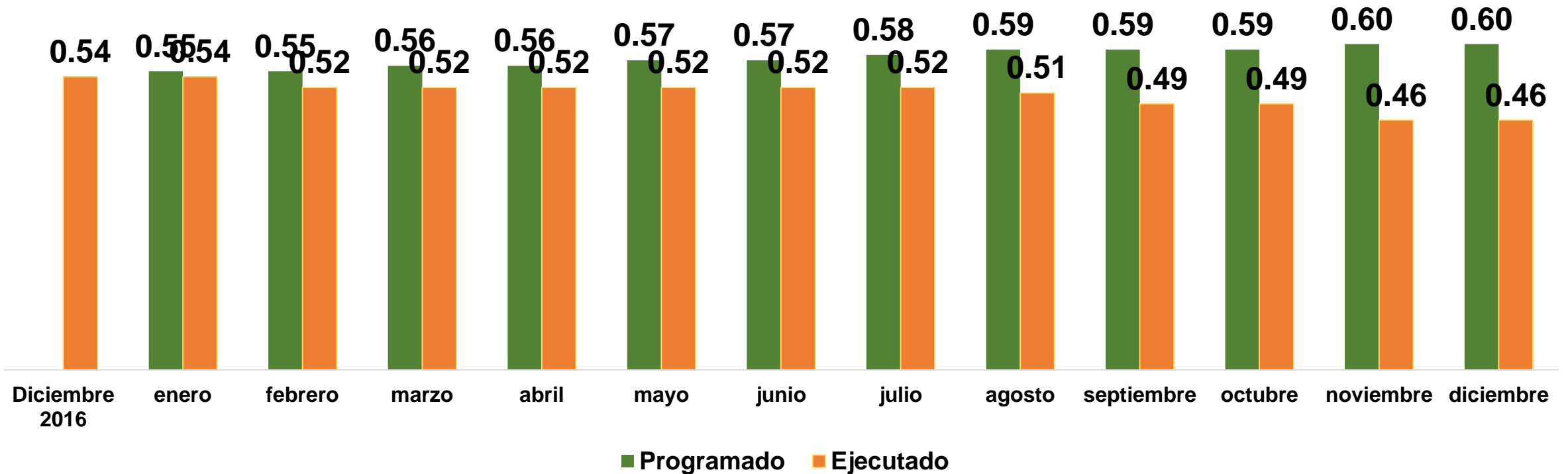
EJECUTADO

0.46

% DE EJECUCION

77%

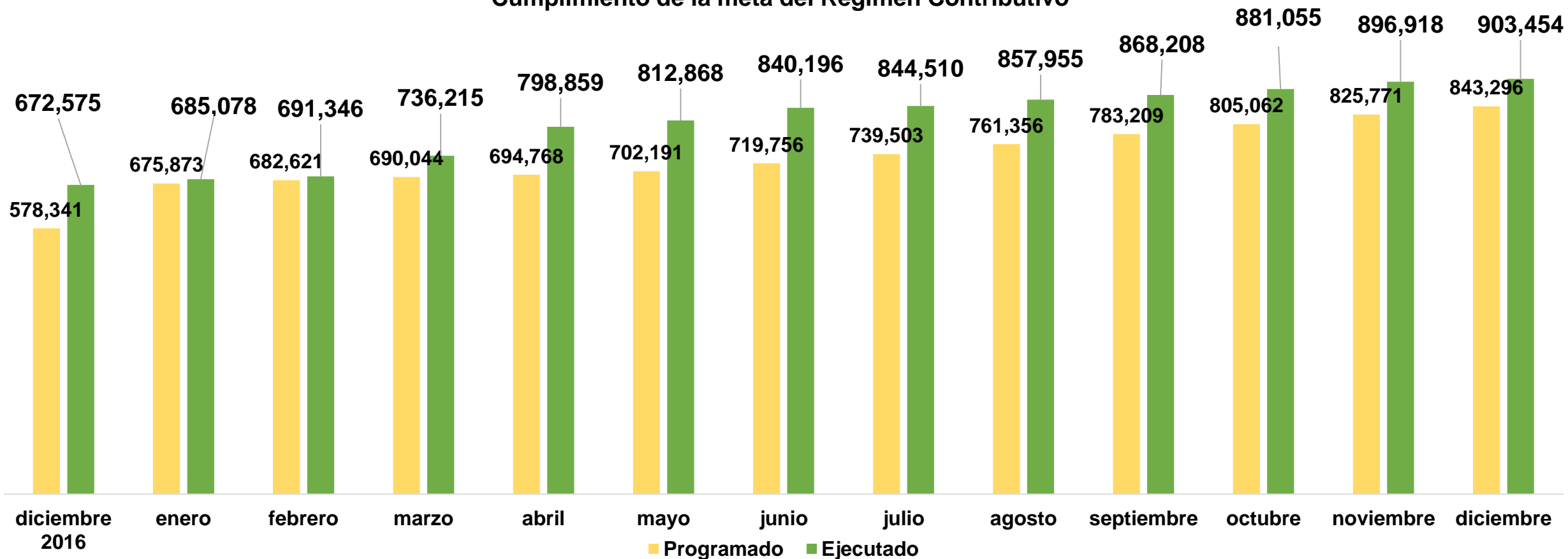
Cumplimiento de la meta Relación de dependencia del Régimen Subsidiado



Cantidad de nuevos afiliados del Régimen Contributivo

Programado	Ejecutado	% De Ejecución
170,792	230,879	135%

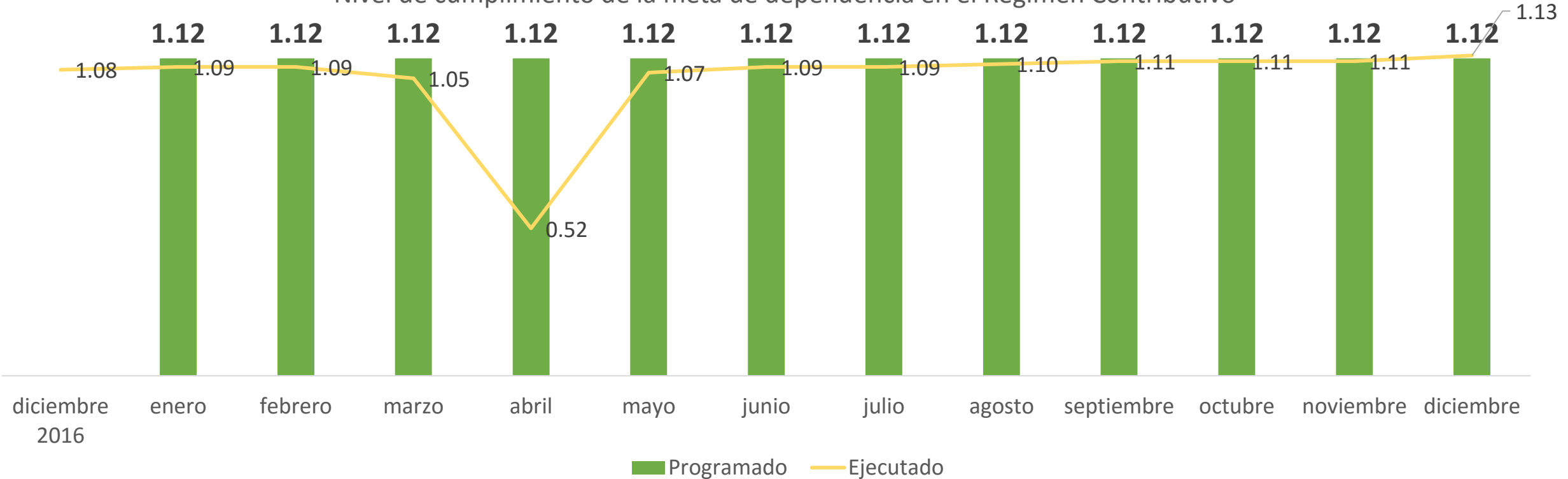
Cumplimiento de la meta del Régimen Contributivo



* Fuente: Informe de dispersión enero-diciembre 2017.

Indicador	Programado	Ejecutado	% De Ejecución
Relación de dependencia	1.12	1.13	101%
Cantidad de ampliaciones de núcleos captados	71,814	133,202	185%

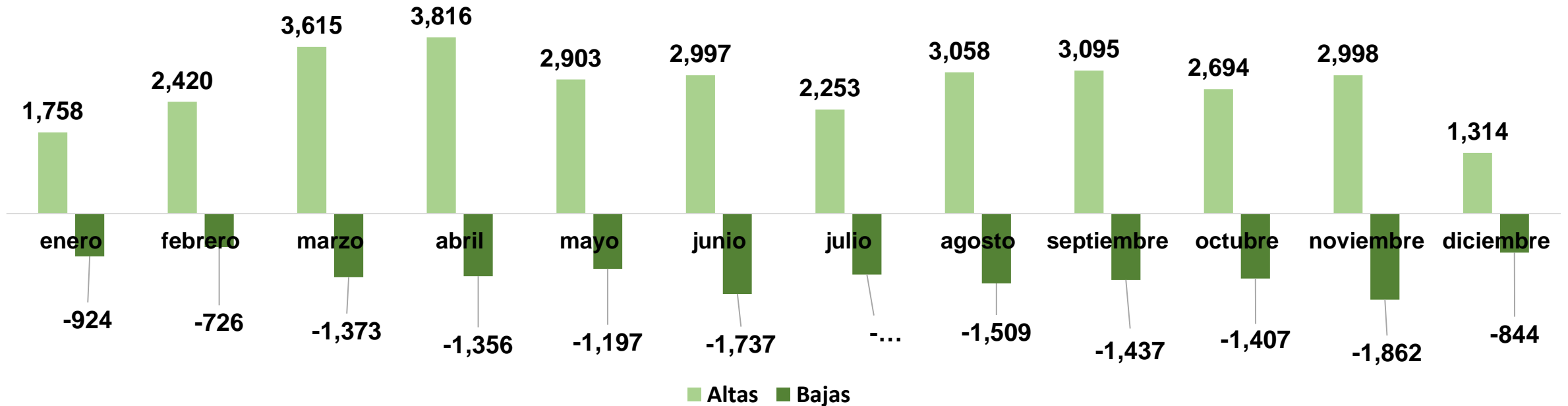
Nivel de cumplimiento de la meta de dependencia en el Régimen Contributivo



* Fuente: Informe de dispersión enero-diciembre 2017.

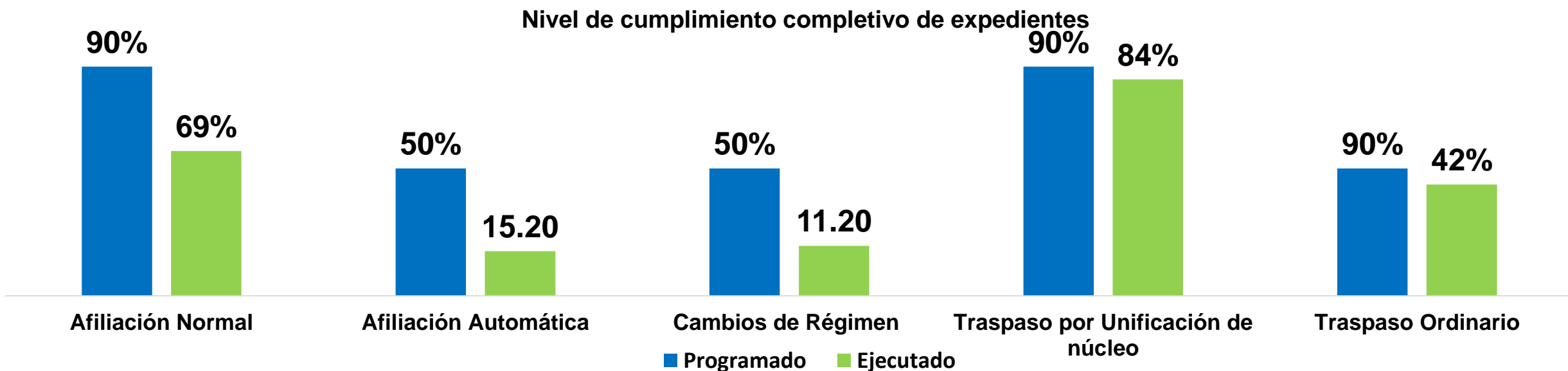
Indicador	Programado	Ejecutado	% De Ejecución
Relación de traspaso	1.8	1.6	89
Relación de traspaso exitosos	27,887	26,434	95

Comparativo por mes altas/bajas de traspasos



Cumplimiento indicadores de expedientes de afiliados Régimen Contributivo

Tipo de novedad	Programado	Cumplimiento
Afiliación Normal	90%	69%
Afiliación Automática	50%	15.20%
Cambios de Régimen	50%	11.20%
Traspaso por Unificación de Núcleo	90%	84%
Traspaso Ordinario	90%	42%



Cantidad de Menores Dados de Baja Recuperados

PROGRAMADO

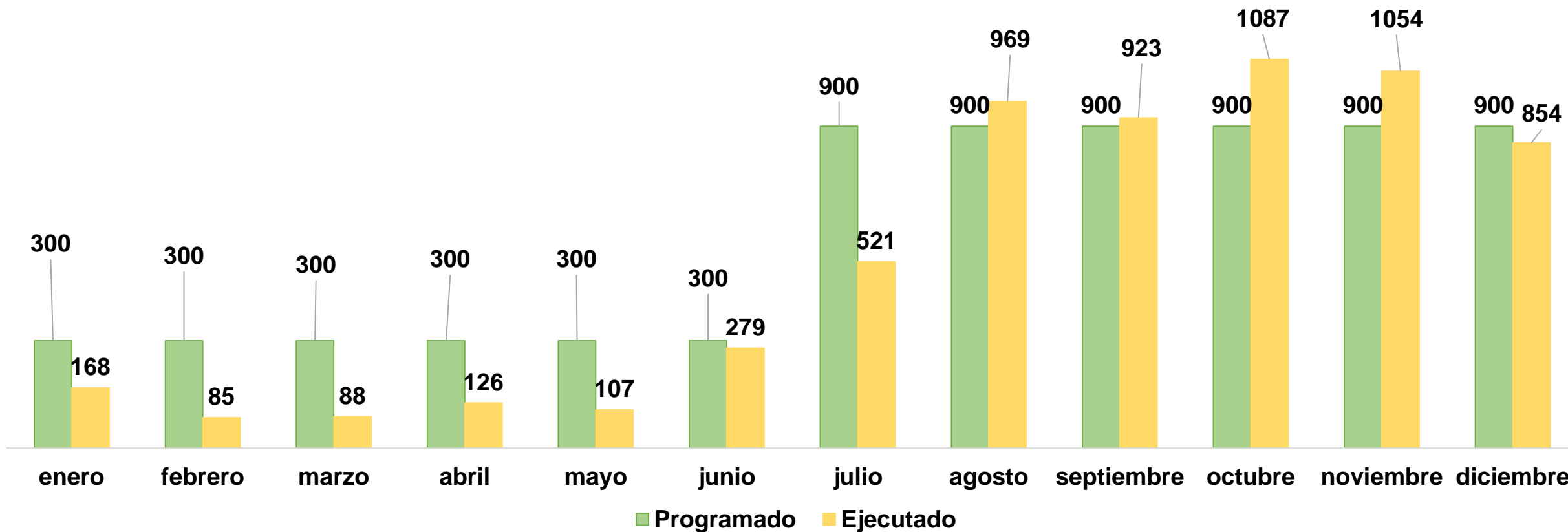
7,200

EJECUTADO

6,261

% DE EJECUCION

87%

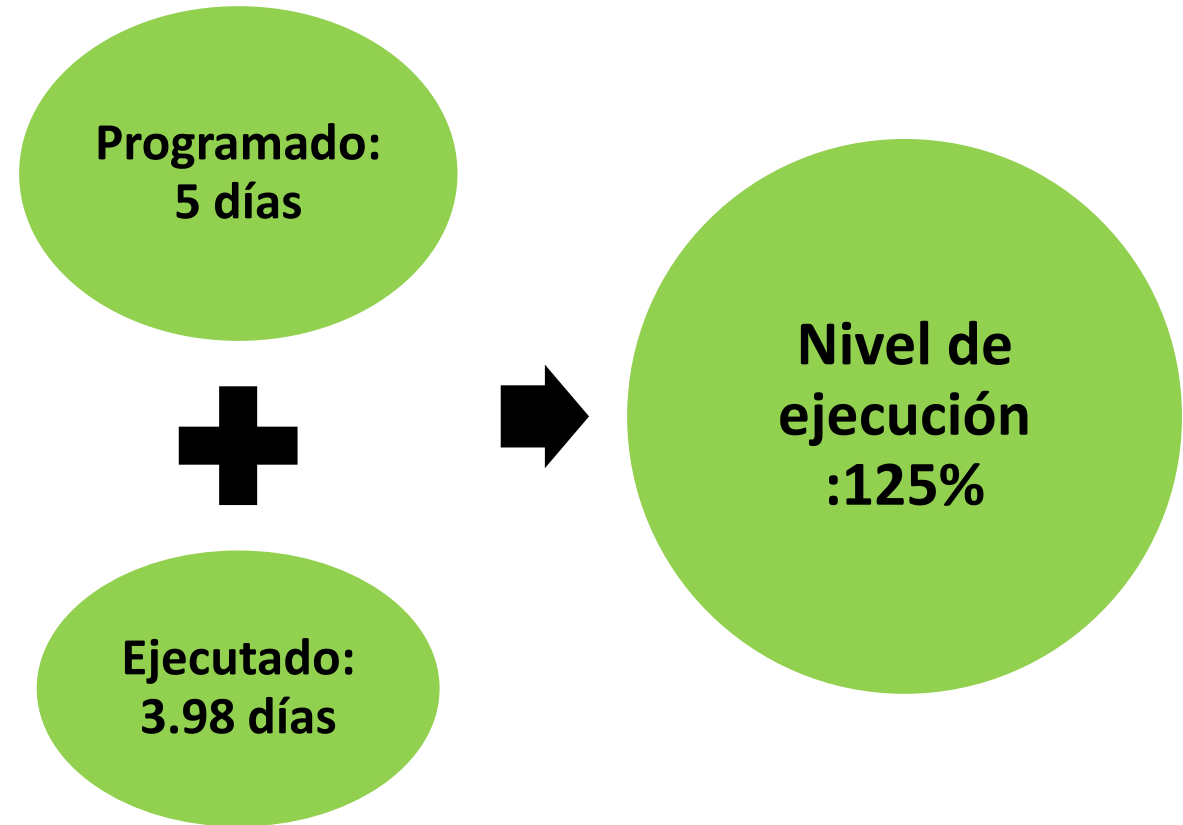


* Fuente: Reporte de expedientes completados enero-diciembre 2017.

INDICADOR

Cantidad de días laborables para la entrega de carnet Régimen Contributivo

Sede-Oficina Regional	Días promedio de entrega de carnet
Sede Central	4.96
Monte Plata	2.94
Santo Domingo Este	3.38
Santo Domingo Oeste	5.25
Santo Domingo Norte	2.05
Región I	2.50
Región II	4.57
Región III	2.92
Región IV	5.33
Región V	5.01
Región VI	4.18
Región VII	2.14
Región VIII	6.55
Total	3.98



INDICADOR

Cantidad de nuevos afiliados con planes complementarios

PROGRAMADO

EJECUTADO

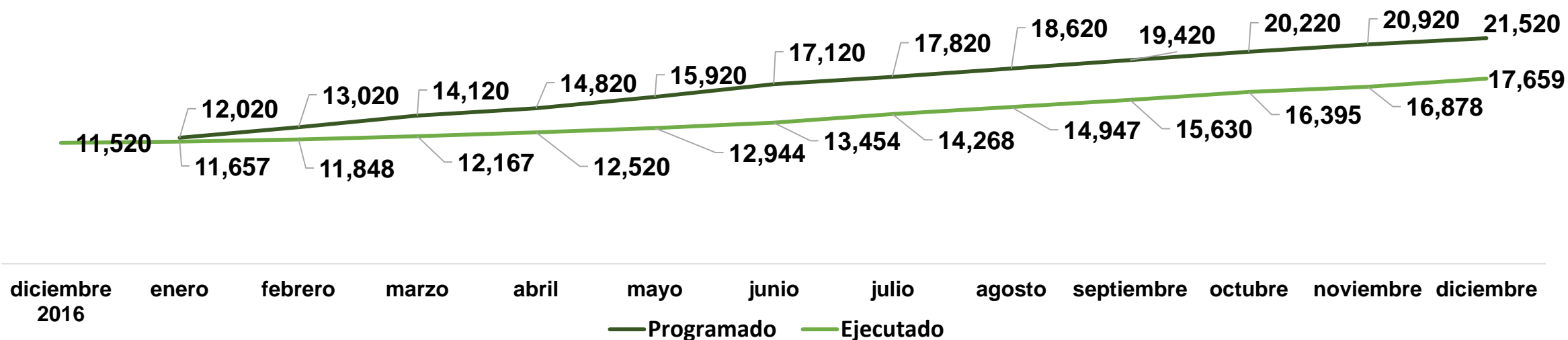
% DE EJECUCION

10,000

6,114

62%

Nivel de cumplimiento de la meta de Planes Complementarios

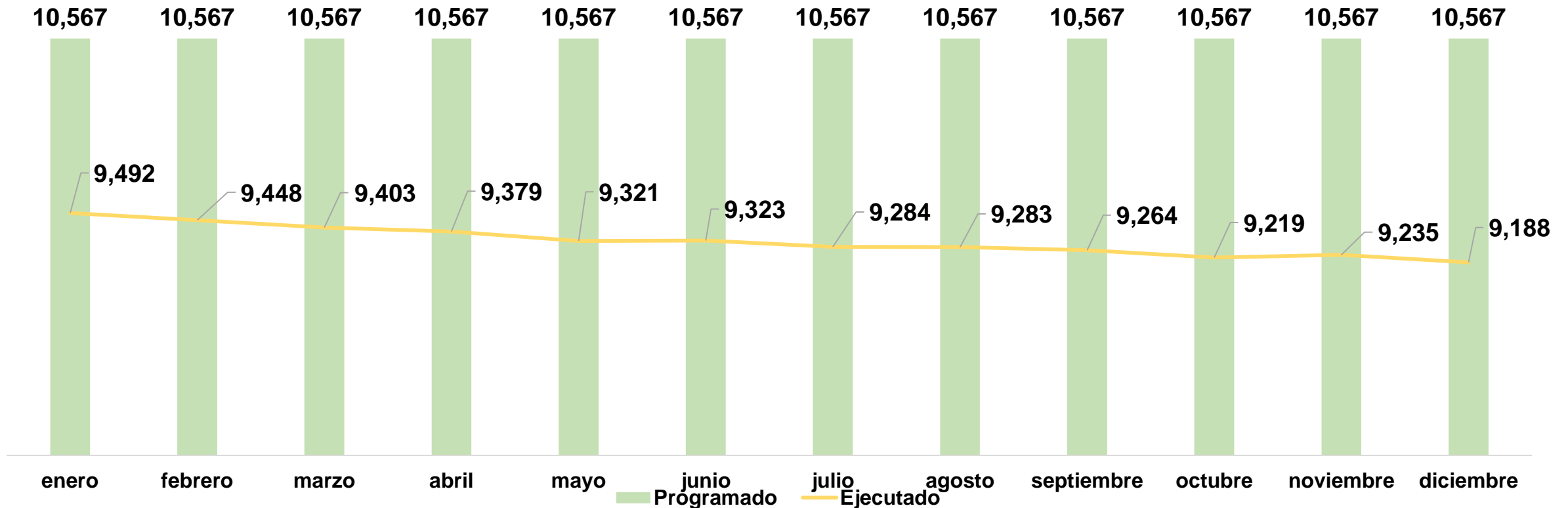


* Fuente: Reporte de cartera de Planes Complementarios enero-diciembre 2017.

Cantidad de Pensionados y Jubilados

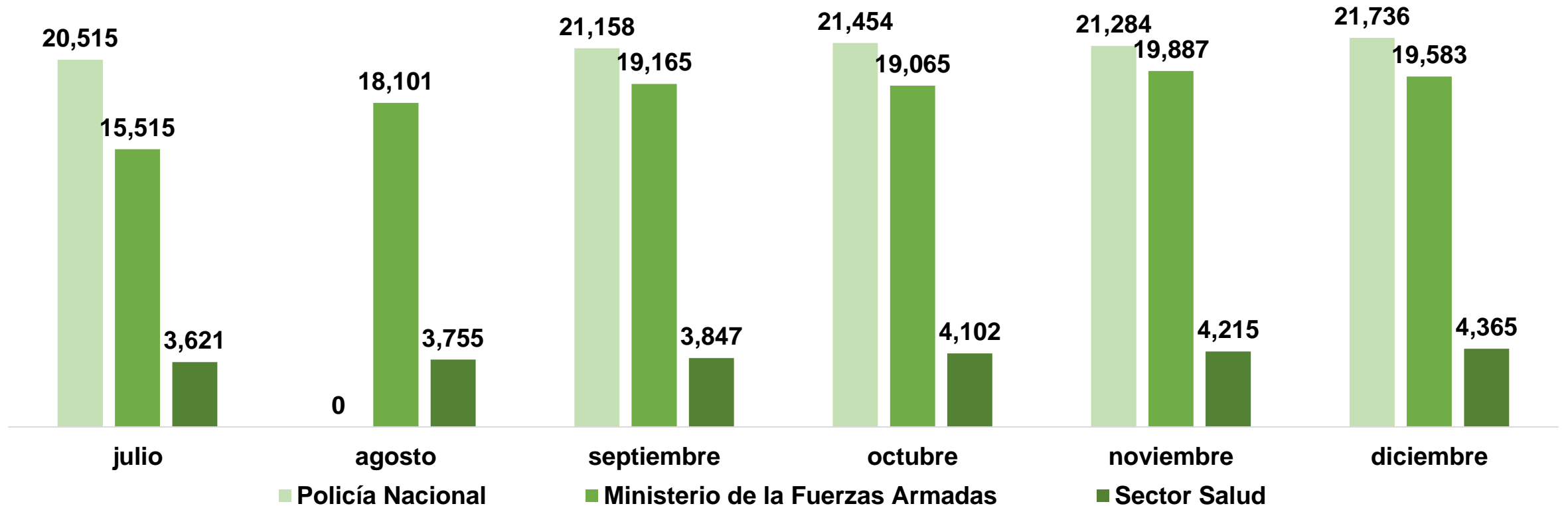
Programado	Ejecutado	% De Ejecución
10,567	9,188	87%

Cumplimiento de la meta del Plan Pensionados y Jubilados



* Fuente: Reporte de cartera del Plan Pensionados y Jubilados enero-diciembre 2017.

Comportamiento de la cartera de Pensionados y Jubilados



* Fuente: Reporte de cartera del Plan Pensionados y Jubilados julio-diciembre 2017.



**EVALUACIÓN DE
GESTIÓN
INSTITUCIONAL**
ENE- DIC 2017

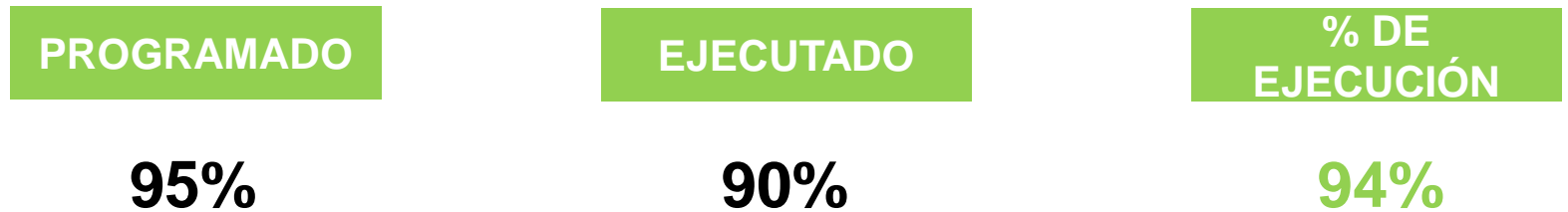
PLANIFICACIÓN OPERATIVA

**GERENCIA DE
SERVICIOS A
USUARIOS Y
PRESTADORES**

Logrado el 50% de los afiliados del Contributivo fidelizados, a través de una cultura de excelencia en el servicio, con alto impacto social y elevado nivel de compromiso



(%) Llamadas de usuarios atendidas



A junio 2017, de **163,407** llamadas entrantes, el **90%** (**146,397**) fueron atendidas por un representante de atención al usuario, para una ejecución de un **94%** de la meta programada. Estas llamadas fueron atendidas en un tiempo promedio de 2 minutos.

A partir del mes de mayo 2017, el centro de llamadas de atención pasó a la Gerencia de Servicios de Salud, por lo que este indicador pasó a ser de dicha gerencia.



INDICADOR

% de quejas y reclamos de usuarios atendidas a tiempo

PROGRAMADO

89%

EJECUTADO

73%

% DE
EJECUCIÓN

82%

Fueron auditados **5,149** requerimientos de quejas y reclamos, de las cuales **3,752** cumplieron con el tiempo establecido, lo cual corresponde a un a ejecución de un 82% de la meta programada para este año.

Logrado el 50% de los afiliados del Contributivo fidelizados, a través de una cultura de excelencia en el servicio, con alto impacto social y elevado nivel de compromiso



RESULTADO

Logrado el 50% de los afiliados del Contributivo fidelizados, a través de una cultura de excelencia en el servicio, con alto impacto social y elevado nivel de compromiso



INDICADOR

(%) solicitudes de servicios a usuarios respondidos oportunamente

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN
90%	70%	78%

Para este periodo fueron auditadas un total de **395,846** solicitudes, de las cuales **277,072 (70%)** fueron respondidas dentro del tiempo establecido, para un **78%** de cumplimiento del indicador para este año 2017.

Para la medición de este indicador sólo se toma en cuenta los requerimientos que son tramitados hacia las demás gerencias.

<70%

70-79

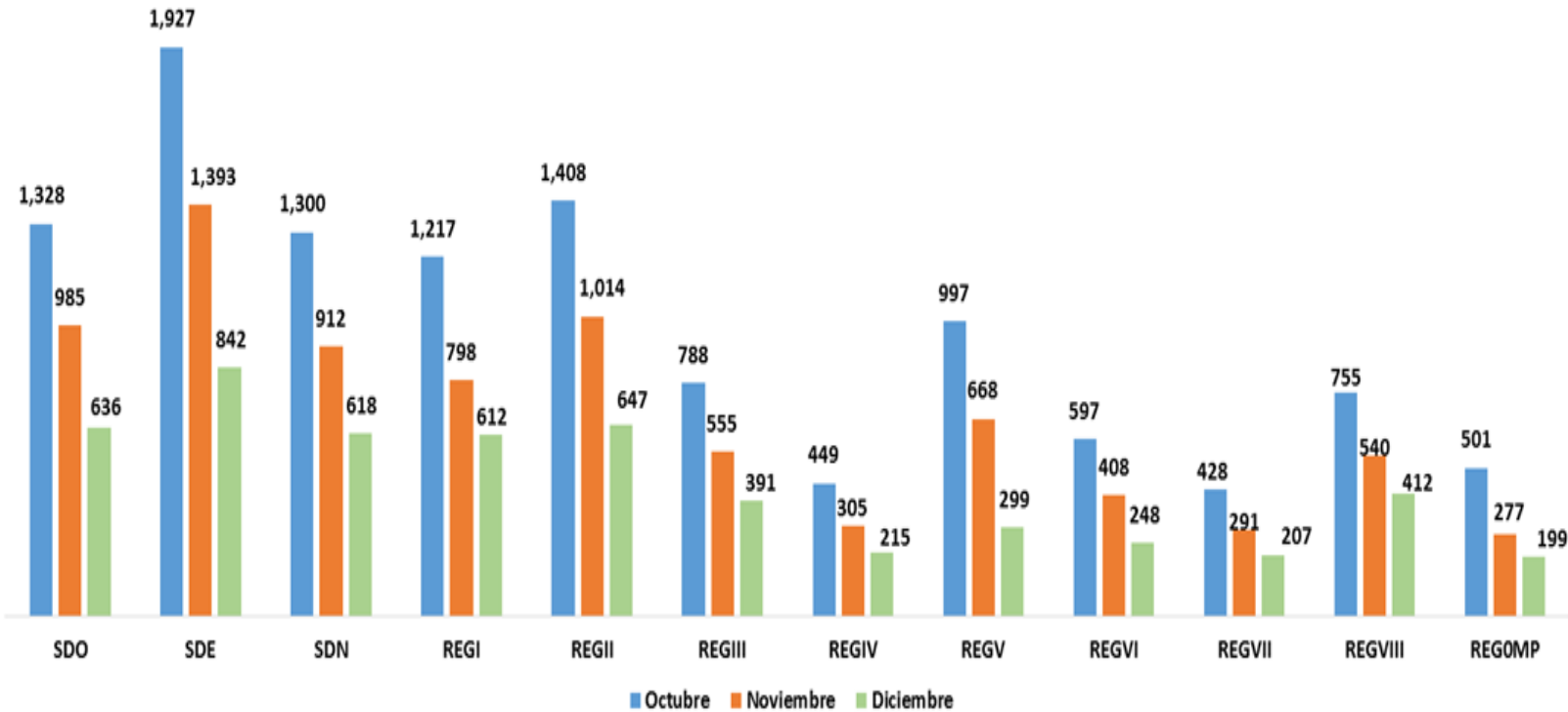
80-89

>90

INDICADOR

(%) solicitudes de servicios a usuarios respondidos oportunamente

Requerimientos Fuera de tiempo Oficinas Regionales



Oficinas Regionales Requerimientos fuera de tiempo			
Oficina	Octubre	Noviembre	Diciembre
SDO	1,328	985	636
SDE	1,927	1,393	842
SDN	1,300	912	618
REGI	1,217	798	612
REGII	1,408	1,014	647
REGIII	788	555	391
REGIV	449	305	215
REGV	997	668	299
REGVI	597	408	248
REGVII	428	291	207
REGVIII	755	540	412
REGOMP	501	277	199
Total	11,695	8,146	5,326



Para el mes de junio se inicia el análisis para conocer el área por la cual estos requerimientos quedaron fuera de tiempo.

% de usuarios que no superan el tiempo máximo del servicio

PROGRAMADO

EJECUTADO

% DE EJECUCIÓN

88%

74%

84.6%

En el período de octubre-diciembre 2017 de 29,839 usuarios que visitaron el Centro de Contacto de la Sede Central, 22,221 fueron atendidos en un tiempo de **19 minutos o menos, para un 74%**.

En este período de evaluación, el **tiempo promedio de atención fue de 00:15:37**

*Nota: Medición sólo Sede Central, 4to. Trimestre 2017, para fines de línea basal, se está pendiente estudio de tiempo a realizar por la GCALI. A partir del 2018 se medirá Nivel Nacional

Logrado el 50% de los afiliados del Contributivo fidelizados, a través de una cultura de excelencia en el servicio, con alto impacto social y elevado nivel de compromiso



<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

Logrado alta satisfacción de los PSS: 83% en la red privada y 85% en la red pública, a través de una cultura de excelencia en el servicio, con alto impacto social y elevado nivel de compromiso



INDICADOR

(%) Llamadas atendidas a PSS

PROGRAMADO

95%

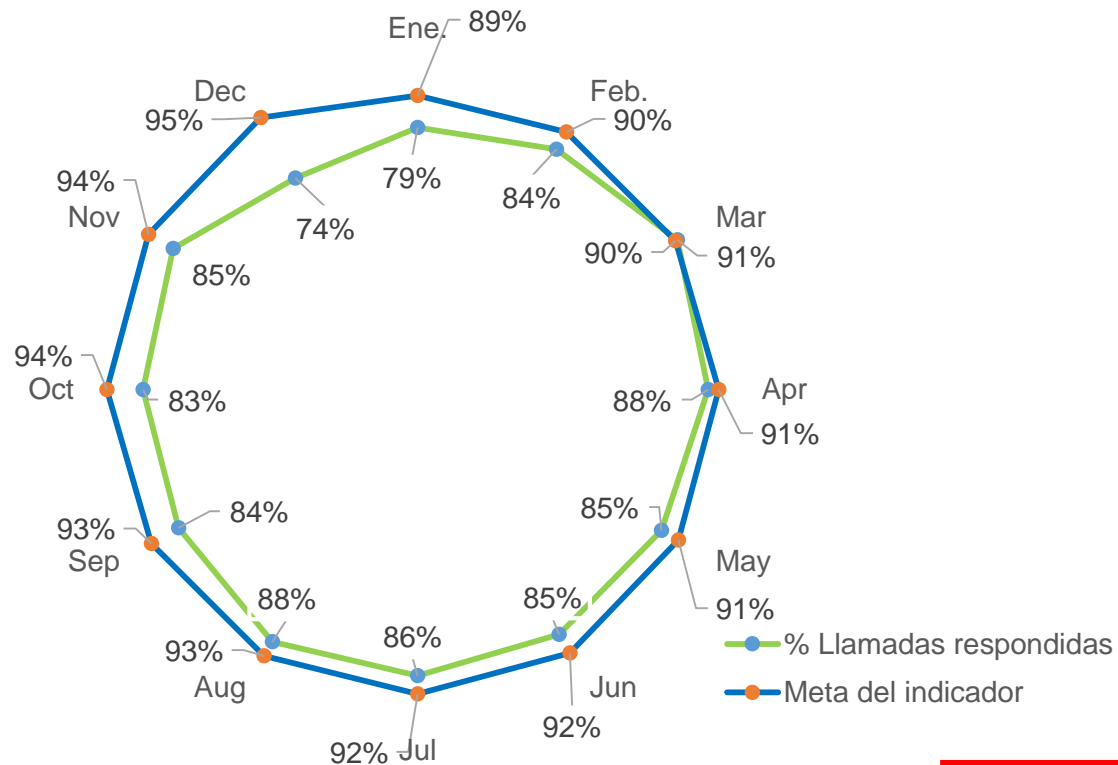
EJECUTADO

84%

% DE EJECUCIÓN

89%

% de llamadas respondidas atención al prestador



Fueron recibidas **28,294** llamadas en horario laboral, de las cuales **23,760** fueron atendidas por los auxiliares.

A partir de diciembre este indicador paso a la GSS.

<70%

70-79

80-89

>90

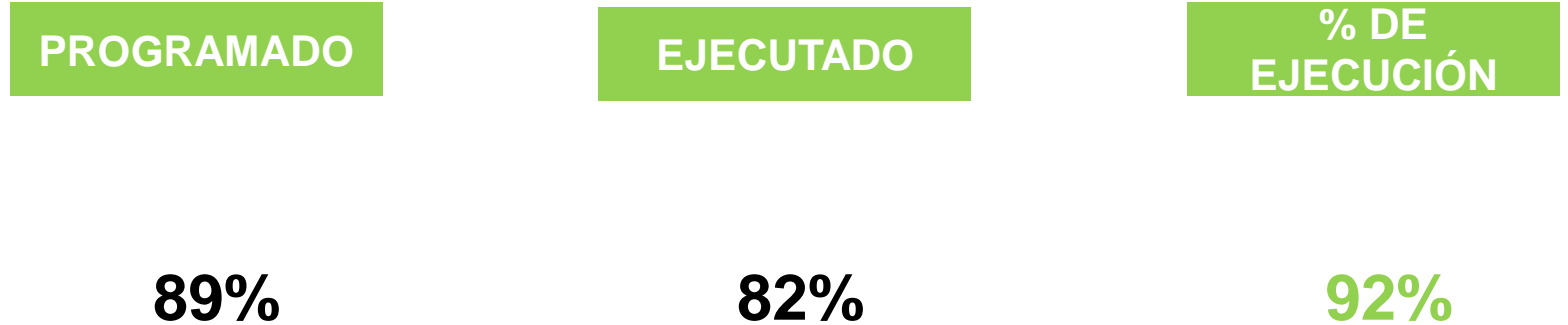
RESULTADO

Logrado alta satisfacción de los PSS: 83% en la red privada y 85% en la red pública, a través de una cultura de excelencia en el servicio, con alto impacto social y elevado nivel de compromiso



INDICADOR

% quejas de PSS solucionados en los tiempos establecidos



Fueron auditados **553** quejas de prestadores, de las cuales **452 (82%)** fueron resueltas dentro del tiempo establecido, finalizando el año con un **92%** de la meta programada para este indicador .



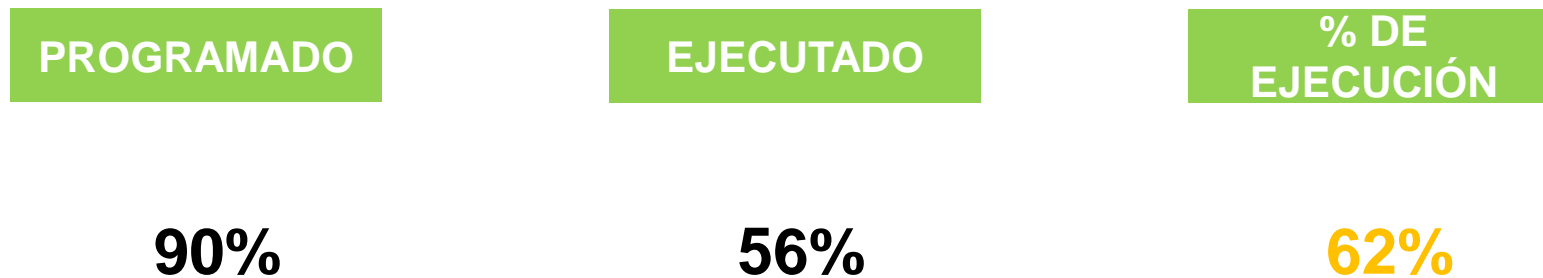
RESULTADO

Logrado alta satisfacción de los PSS: 83% en la red privada y 85% en la red pública, a través de una cultura de excelencia en el servicio, con alto impacto social y elevado nivel de compromiso



INDICADOR

% de solicitudes de PSS respondidas en tiempo

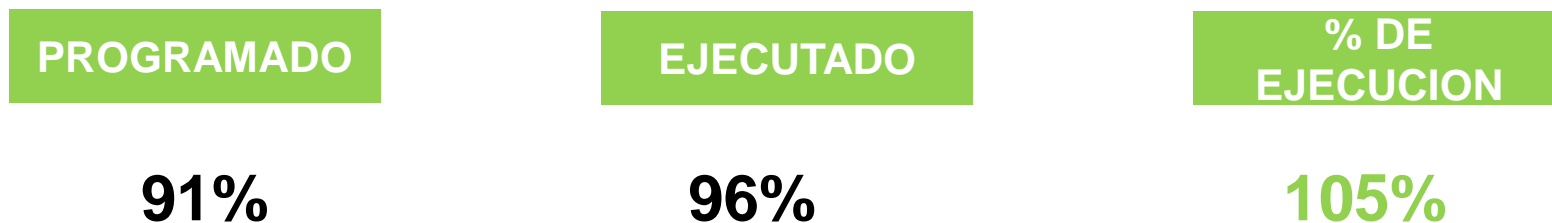


Fueron auditados **5,197 requerimientos de PSS**, de las cuales **2,885** fueron resueltas dentro del tiempo establecido, para una ejecución de un 62% de la meta programada para este año 2017.



INDICADOR

% de satisfacción de los afiliados Régimen Subsidiado



La encuesta contempló una muestra de afiliados de diferentes clases sociales, donde se les preguntaba acerca de los procesos de afiliación, atención y las facilidades obtenidas a la hora de utilizar el seguro.

Logrado el 50% de los afiliados del Contributivo fidelizados, a través de una cultura de excelencia en el servicio, con alto impacto social y elevado nivel de compromiso



* Resultados encuesta GALLUP





**EVALUACIÓN DE
GESTIÓN
INSTITUCIONAL**
ENE- DIC 2017

PLANIFICACIÓN OPERATIVA

GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

RESULTADO

Afiliados del Régimen Subsidiado integrados en programas de seguimiento.



INDICADOR

Cantidad de afiliados del RS con enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes o Hipertensión) en Programa de Seguimiento.

PROGRAMADO

75,000

EJECUTADO

69,108

% DE EJECUCION

92%



En el 2017 se lograron incorporar 75,756 afiliados con Hipertensión y Diabetes en programa de seguimiento. Luego de una validación se determinó que 69,108 de ellos estaban hábiles.

<70%

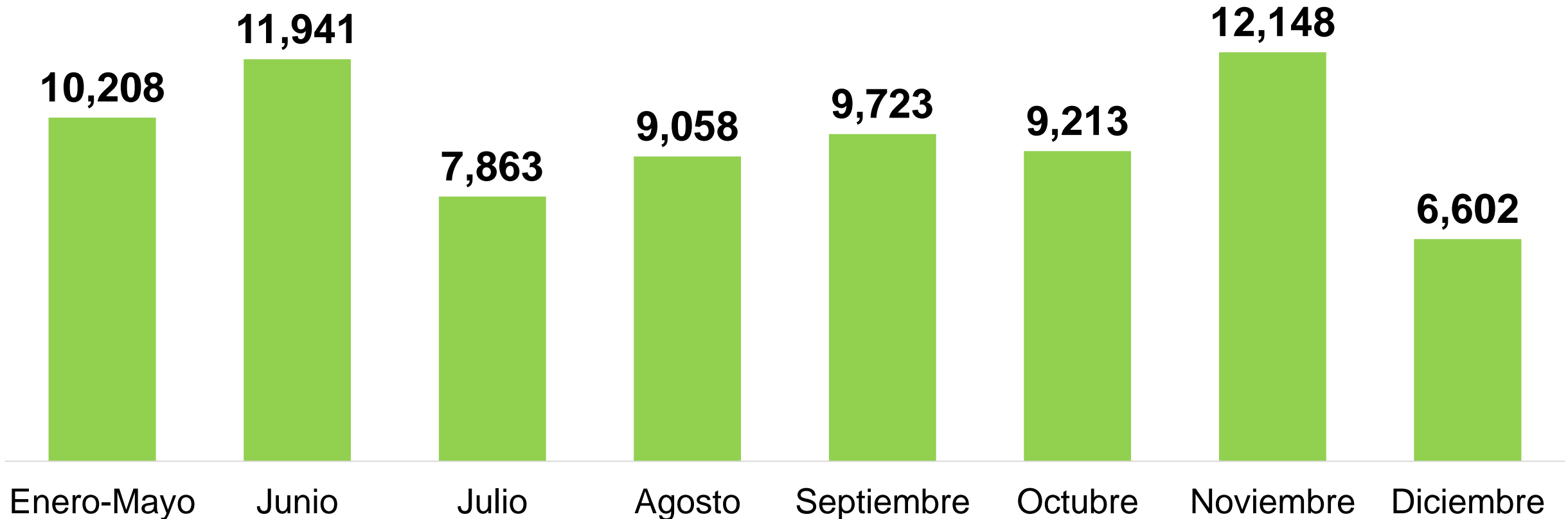
70-79

80-89

>90

INDICADOR

Cantidad de afiliados del RS con enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes o Hipertensión) en Programa de Seguimiento.



INDICADOR

Cantidad de afiliados del RS con enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes o Hipertensión) en Programa de Seguimiento.

TOTAL DE AFILIADOS POR REGION

REGION	TOTAL DE AFILIADOS	%
0-DISTRITO NACIONAL	2,260	3.27%
0-MONTE PLATA	2,351	3.40%
0-SANTO DOMINGO ESTE	3,705	5.36%
0-SANTO DOMINGO NORTE	2,885	4.17%
0-SANTO DOMINGO OESTE	2,252	3.26%
REGION I	8,746	12.66%
REGION II	9,988	14.45%
REGION III	6,835	9.89%
REGION IV	3,086	4.47%
REGION V	6,369	9.22%
REGION VI	5,684	8.22%
REGION VII	3,808	5.51%
REGION VIII	11,140	16.12%
Total general	69109	100.00%

CCS CONFORMADOS

625

CONFORMACIÓN DE CCS POR REGIÓN

REGION	CCS
0-DISTRITO NACIONAL	27
0-MONTE PLATA	29
0-SANTO DOMINGO ESTE	36
0-SANTO DOMINGO NORTE	29
0-SANTO DOMINGO OESTE	21
REGION I	113
REGION II	137
REGION III	55
REGION IV	21
REGION V	111
REGION VI	39
REGION VII	48
REGION VIII	77
Total general	625

Afiliados del Régimen Subsidiado integrados en programas de seguimiento.



Cantidad de Afiliados del RS en proceso de Diálisis en el Programa de Seguimiento.



El 2017 cerró con un total de 1,277 afiliados identificados e integrados al Programa de Diálisis, a los cuales se les ha elaborado sus fichas clínicas.

Nuevos Retos:

- Sistema de Monitoreo en línea
- Red de PSS comprometidas a entregar servicios oportunos.
- Análisis de cambio de clínicos de los afiliados. (valores hematológicos compensados, disminución de hospitalizaciones, cambios de catéter a fistula)
- Impulsar prácticas preventivas de la enfermedad renal y acciones para la mejora de su condición.



Cantidad de afiliadas del RS en Programa de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino y Mama

PROGRAMADO

75,248

EJECUTADO

256,370

% DE
EJECUCION

341%

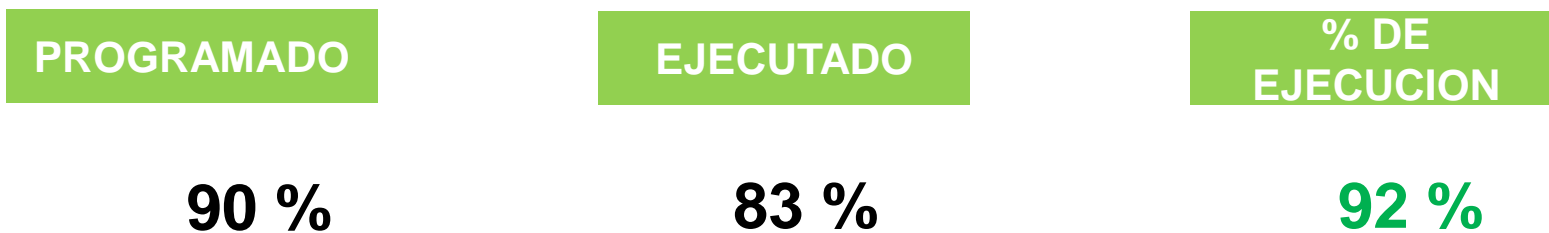
Inicialmente sólo se contempló una meta de 75,248 afiliadas, pero comenzado el año se acordó incluir todas las atenciones prestadas a las afiliadas, siendo el total de las mismas, 256,370, durante el 2017.

Afiliados del Régimen Subsidiado integrados en programas de seguimiento.



INDICADOR

% de llamadas atendidas en el Centro de Autorizaciones



En 2017, el Centro de Autorizaciones recibió llamadas 2,112,419, de las cuales fueron atendidas 1,748,469 llamadas, y 363,950 fueron abandonadas, para un porcentaje equivalente de 83% y 17% respectivamente.

Fortalecido el Sistema de Autorizaciones Médicas



% de autorizaciones emitidas por las vías alternas

PROGRAMADO

EJECUTADO

% DE
EJECUCION**75****73.5****98.04%**

La campaña de comunicación tuvo un efecto significativo a finales de marzo, pero posteriormente el avance fue mas lento de lo que se esperaba.

También quedaron pendientes varios proyectos del área de tecnología como:

- Web service de Salud Bucal
- En nuevo web service en Plaza de la Salud
- En nuevo web de la Liga Dominicana Contra el Cáncer
- Servicios odontológicos a través de la IVR
- Módulo web
- La modificación general del Web Service.

**Fortalecido el
Sistema de
Autorizaciones
Médicas**



<70%

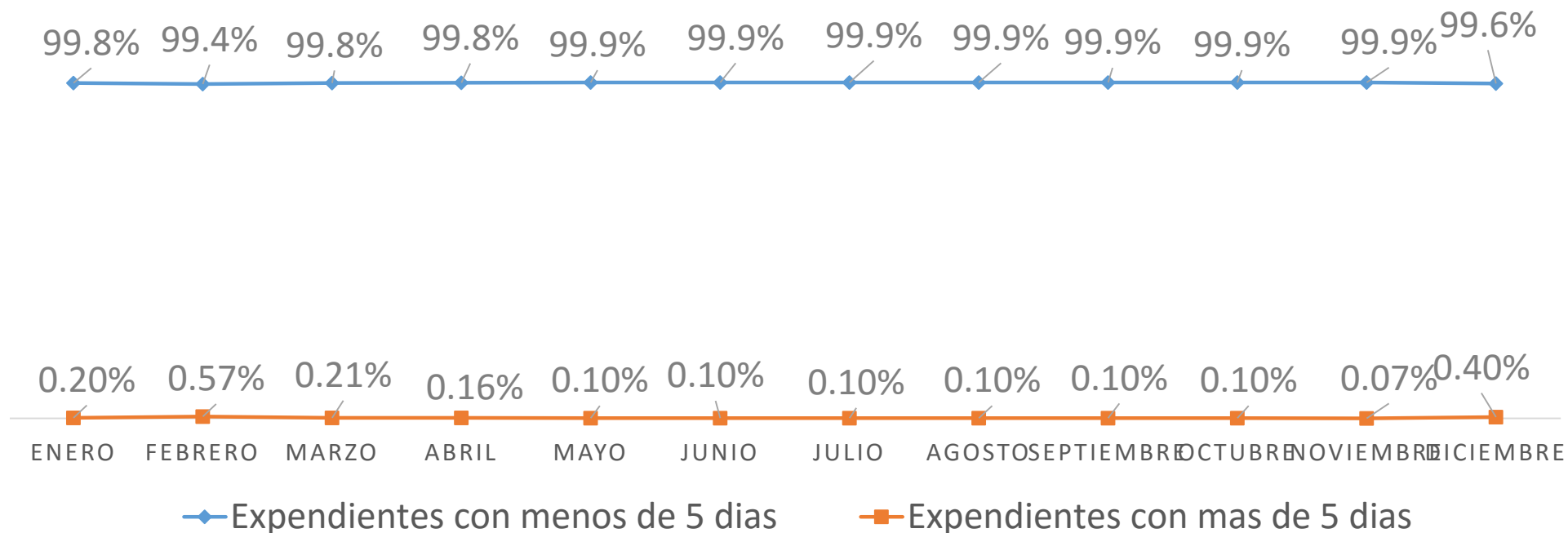
70-79

80-89

>90

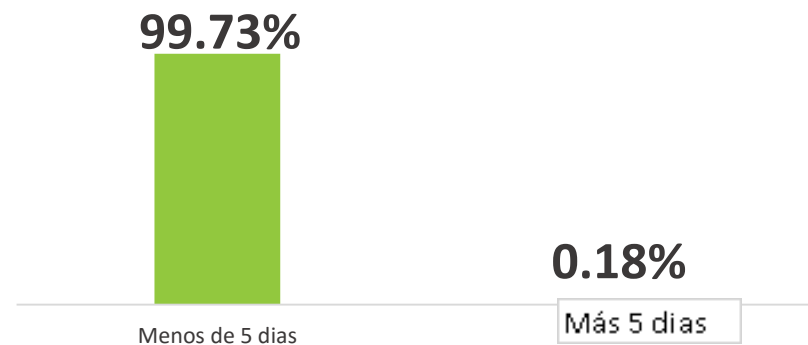
GESTION DE CASOS SERVICIOS ESPECIALES

Tipo de caso- Alto costo	Total
Oncologia	21346
Ortopedia	10907
Hospitalizado	7834
Cardiovascular	5984
Rehabilitacion	5796
Ciurgias Electivas	5631
Otros	1039
Total	58537



OTROS ESTADOS VIA MODULO ATENCION AL USUARIO					
RegimenDesc	Aceptado	Cancelado	Cerrado Insatisfactorio	Cerrado Satisfactorio	Total
CONTRIBUTIVO	15024	2704	6	1	17735
PENSIONADOS Y JUBILADOS	530	86	1		617
PLAN ESPECIAL DE SALUD PENSIONADOS	1166	293	1		1460
SUBSIDIADO	33145	5563	4	4	38716
VOLUNTARIOS COLECTIVOS	7	2			9
Total	49872	8648	12	5	58537

% CUMPLIMIENTO DE CIERRE DE CASOS DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO



INDICADOR

% de PSS evaluadas y reevaluadas durante el período, con planes de mejora implementados

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
100%	100%	100%

Para este Periodo se evaluaron y reevaluaron 486 PSS de las cuales 14 PSS quedaron en categoría de “Condicionadas”, con estos ya se trabajaron los planes de mejora y se encuentra en proceso de ejecución de los mismos.

La Red de PSS se organiza y reorganiza de acuerdo a rutas de atención y grupos de riesgos.



La Red de PSS se organiza y reorganiza de acuerdo a rutas de atención y grupos de riesgos.

Cantidad de prestadores de servicios de salud clasificados en base a criterios de grupos de riesgos y ruta de atención

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
3	3	100%

Para este año 2017 fueron contratados los PSS Centro de Diálisis y Enfermedades Renales Dra. Medina SRL en San Pedro de Macorís, CENICARDIO en Santiago de los Caballeros y Salud Siglo XXI en Santo Domingo Oeste, los cuales garantizaran cual garantizara los servicios requeridos por nuestros afiliados del grupo cardiovascular con o sin enfermedad hipertensiva y a grupo de nefropatías.



Cantidad de PSS contratados de acuerdo a la brecha identificada con relación a la competencia.

PROGRAMADO

123

EJECUTADO

105

% DE EJECUCION

85.3%

A inicio de año fueron identificados un total de 123 PSS a contratar para fines de cierre de brechas. Al término del 2017 se contrataron 105 para un logro equivalente a 85.3% con relación a lo programado.

En los cuadros siguientes se observa el tipo de PSS, región y fecha en que fue contratado.

La Red de PSS se organiza y reorganiza de acuerdo a rutas de atención y grupos de riesgos.



INDICADOR

% de Alertas con auditoría realizadas en los PSS identificados.



En 2017 se generaron 95 alertas, siendo 48 del Régimen Subsidiado y 47 del Régimen Contributivo.

Del total, el 66.3% han sido cerradas y el 33.7% en proceso de validación.

Afiliados del Régimen Subsidiado integrados en programas de seguimiento.



<70%

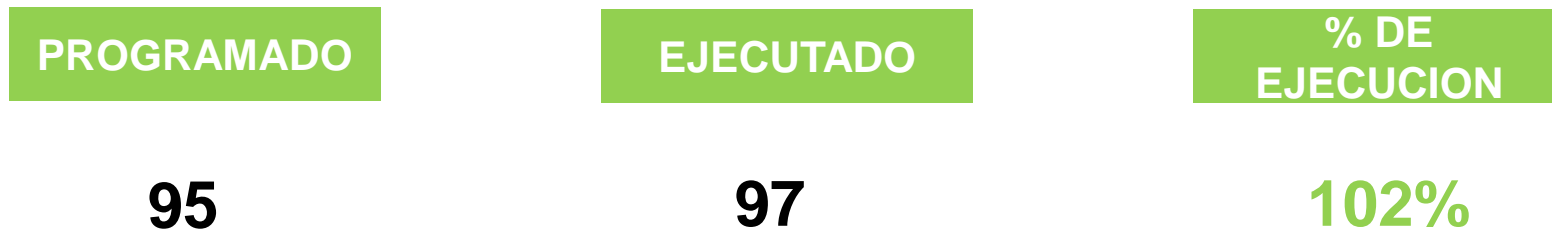
70-79

80-89

>90

INDICADOR

% de PSS implementando Planes de Mejora a partir de los hallazgos de las auditorías.



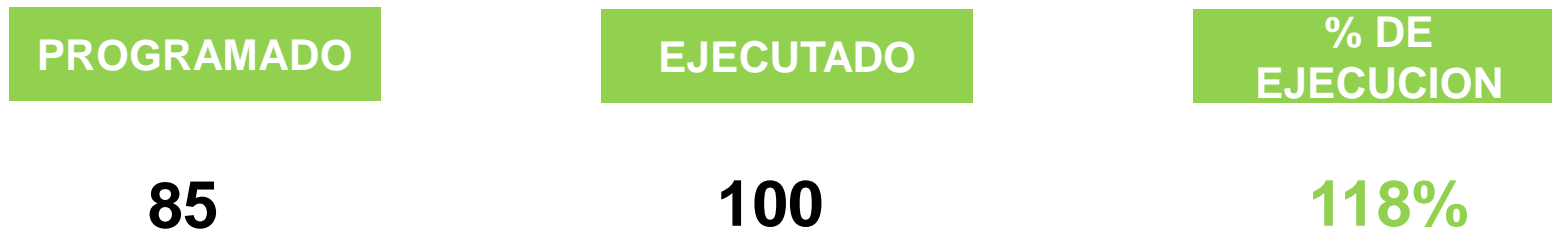
Durante el año 2017, se implementaron 134 planes de mejoras, de los cuales se completaron ciento treinta (130) planes y cuatro (4) están en estatus de seguimiento para ser completados durante el 1er trimestre 2018.

Fortalecido el Sistema de Autorizaciones Médicas



INDICADOR

% de Auditoría de Concurrencia realizadas en base a los criterios de protocolización.



Implementado el Modelo de Auditoría Integral en los PSS y Servicios Priorizados.

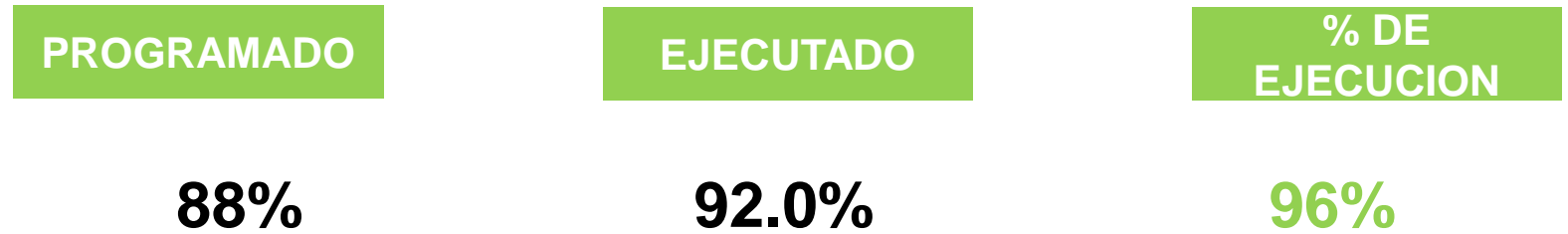
Se realizaron 614 auditorías concurrentes basadas en los protocolos de Embarazo, Parto y Puerperio. En el 2017 priorizó la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.



Reducida la Siniestralidad global de la población afiliada en los diferentes Regímenes y Planes

INDICADOR

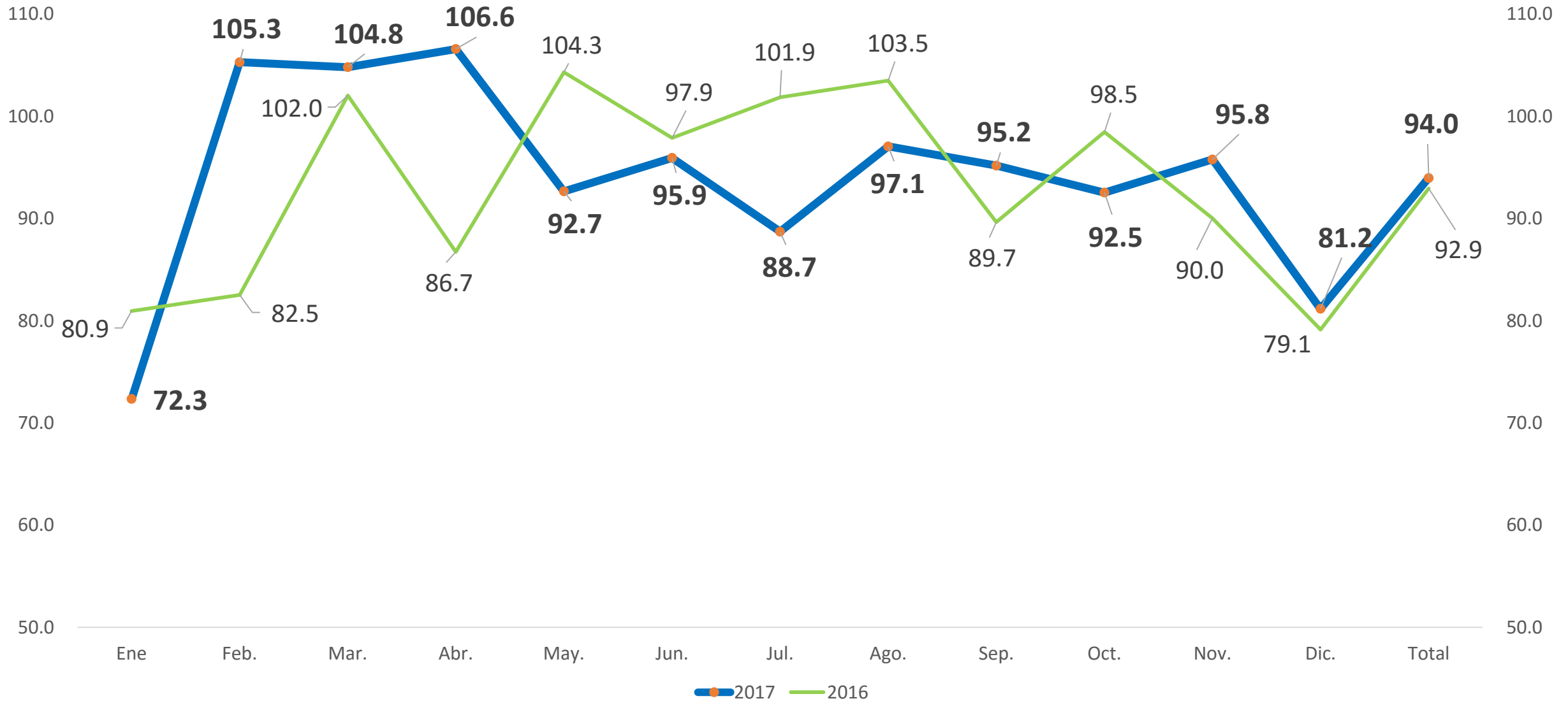
% de Siniestralidad del Régimen Subsidiado



Durante el año 2017 la siniestralidad acumulada superó lo programado.



% de Siniestralidad del Régimen Subsidiado



RESULTADO



Reducida la Siniestralidad global de la población afiliada en los diferentes Regímenes y Planes



INDICADOR

% de Siniestralidad del Régimen Contributivo

PROGRAMADO

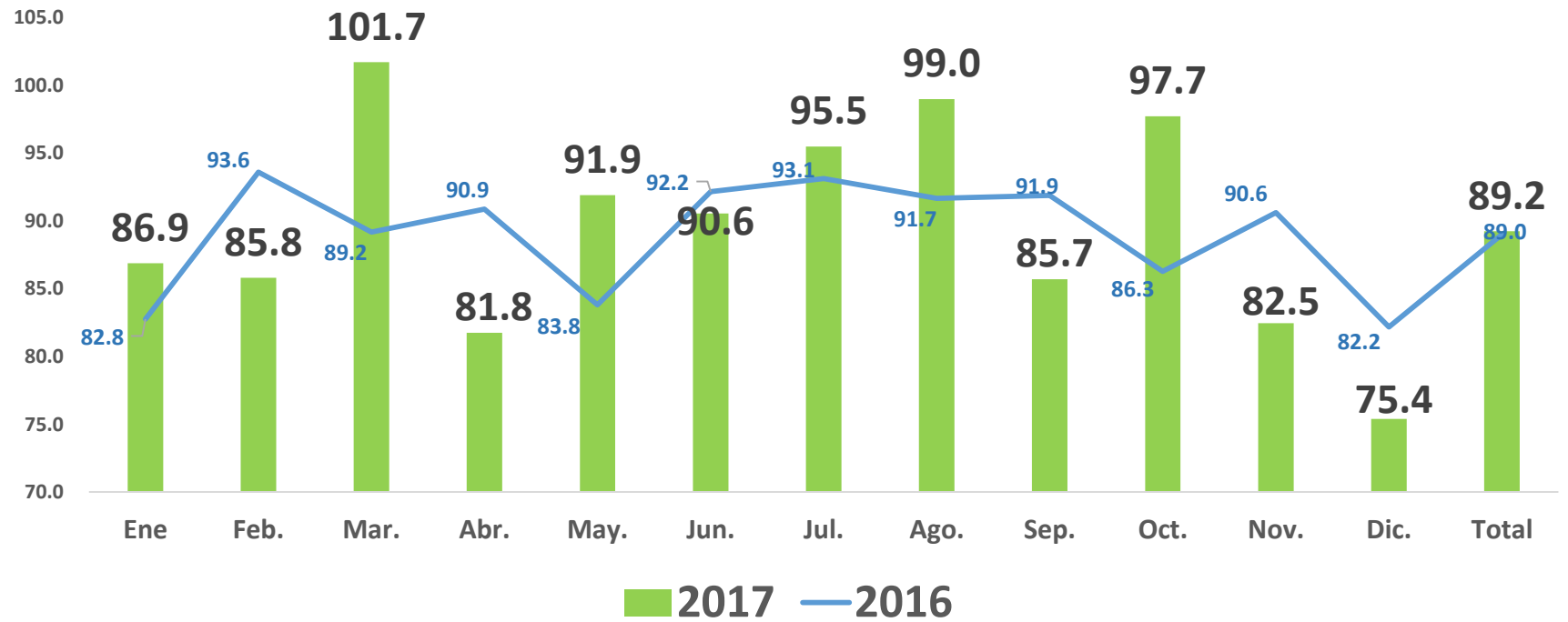
EJECUTADO

% DE EJECUCION

88

89.24

98.6%



<70%

70-79

80-89

>90



Reducida la Siniestralidad global de la población afiliada en los diferentes Regímenes y Planes



% de Siniestralidad otros planes

- RC 89.2%
- RS 92.0%
- Pensionados de Hacienda 127.5%
- Pensionados de la Policía 108.8%
- Pensionados del Salud 141.7%
- Pensionados del las FFAA 94%
- Camat RC 163.9 %
- Camat RS 146.3%
- Planes Complementarios 25.3%
- Planes Voluntarios 52.2%.



**EVALUACIÓN DE
GESTIÓN
INSTITUCIONAL**
ENE-DIC 2017

PLANIFICACIÓN OPERATIVA

**GERENCIA
FINANCIERA**



Implementado en un 100% Nuevo Circuito de Ejecución Presupuestaria



Cantidad de informes remitido a los a órganos rectores y supervisores en los tiempos establecidos

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
12	12	100%

Lo planificado para el 2017 en este indicador fue de un envío mensual de informes a los órganos rectores y supervisores. En este año se cumplió en su totalidad la meta al 100% debido a la implementación del nuevo sistema AX.



INDICADOR

% Gasto administrativo

PROGRAMADO

EJECUTADO

% DE
EJECUCION**9.5****8.2****116%****Implementado en un
100% Nuevo Circuito de
Ejecución
Presupuestario**

Es importante destacar que el logro de este indicador fue debido a la gestión eficiente y monitoreo continuo del indicador y del comportamiento del Gasto Administrativo:

- 1) Gestión eficiente y monitoreo continuo del indicador y del comportamiento del Gasto Administrativo.
- 2) Aumento del ingreso por el aumento de la cápita de los afiliados del Régimen Subsidiado, más ingreso de las FF.AA
- 3) Medidas de eficiencia adoptadas por la Gerencia Financiera y la Gerencia Administrativa.

<70%

70-79

80-89

>90



RESULTADO

Garantizado el pago en 30 días promedio a los prestadores de servicios de salud y proveedores de bienes y servicios



INDICADOR

Días promedio de pago a Prestadores de Servicios de Salud

PROGRAMADO

30

EJECUTADO

30

% DE EJECUCION

100%

<70%

70-79

80-89

>90

INDICADOR

Días promedio de pago a Proveedores de bienes y servicios

PROGRAMADO

30

EJECUTADO

33

% DE
EJECUCION

90.9%

El indicadores representa los días de pagos posteriores a la recepción de la facturas, el indicador visualiza el cumplimiento de dicho indicador al quedar en 33 días promedio. para un cumplimiento de un 91%.

- 1) Fueron optimizados los procesos Administrativo y Financieros para cumplir con el pago a tiempo de los proveedores.
- 2) La recepción semanal de una matriz con los expedientes elaborados por la gerencia Administrativa los cuales ya incluyen el número de orden de compra nos permite completar el proceso para la erogación de pago.

RESULTADO

Garantizado el pago en 30 días promedio a los prestadores de servicios de salud y proveedores de bienes y servicios



<70%

70-79

80-89

>90

Garantizado el pago en 30 días promedio a los prestadores de servicios de salud y proveedores de bienes y servicios



% de antigüedad de saldo por pagar a PSS a 30 días o menos

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
100%	99%	99%

Para el primer semestre de 2017, la meta en este indicador fue de un 100% de todas las reclamaciones liquidadas y pendientes de pago, saldadas en 30 días o menos. Al cierre (junio 2017) el porcentaje de Antigüedad de Saldo por Pagar a 30 días o menos, cerró el mes de abril en 90%.

Factor influyente en el cumplimiento de la meta:

1. Mejoras implementadas en los procesos de cargue, certificación, solicitud de pago y Tesorería



INDICADOR

Días promedio de pago a Proveedores farmacéuticos

PROGRAMADO

30

EJECUTADO

30

% DE
EJECUCION

100%

1) Lineamiento de la Dirección Ejecutiva y Gerencia Financiera para priorizar el pago a PSS, en pro de mejorar la satisfacción de los mismos, que se traduce hacia los afiliados.

2) Aceleración de los procesos de Pagos a PSS, para reducir el monto de las reclamaciones liquidadas pendientes de pago.

3) Priorización de los pagos a PSS Farmacias, para cubrir el tiempo de trámite de la empresa FARMACARD.

RESULTADO

Garantizado el pago en 30 días promedio a los prestadores de servicios de salud y proveedores de bienes y servicios



<70%

70-79

80-89

>90

% de rendimiento de las Inversiones

PROGRAMADO

10%

EJECUTADO

10.21%% DE
EJECUCION**102%**

El resultado en el cumplimiento de este indicador fue de un 102%, al superar la meta establecida en 2.99 puntos por encima del mercado.

- 1) Importante Gestión Financiera, Tesorería y la Mesa de inversiones, para lograr las mejores tasas al momento de realizar las inversiones.
- 2) Diversificación de las inversiones.
- 3) Incursión en productos financieros con mayores retornos (Repos, Bonos, Fondos de inversiones)

Superado el rendimiento de inversiones en más de un 2% de la tasa pasiva preferencial del BC.



<70%

70-79

80-89

>90

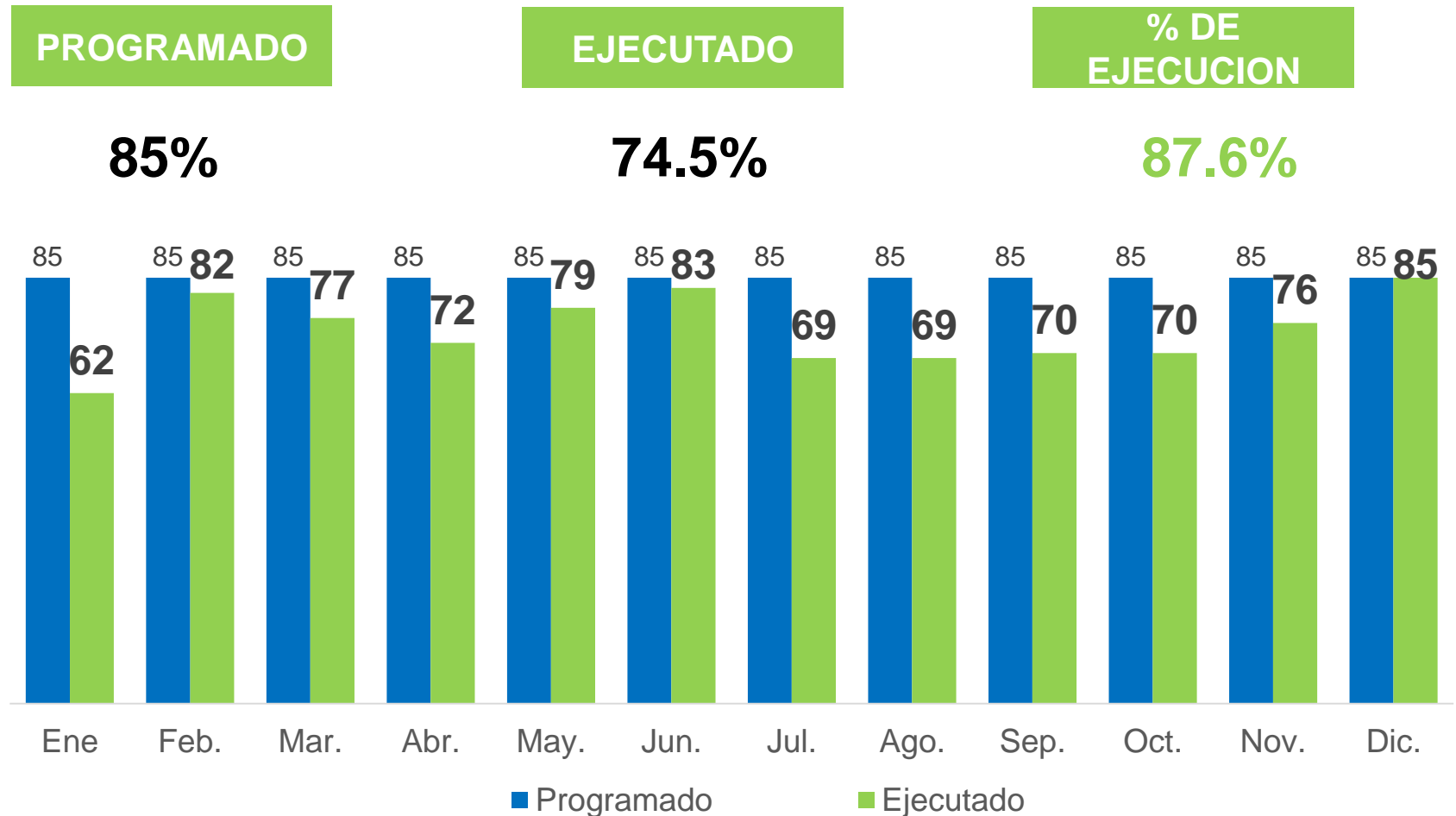
RESULTADO

Realizadas en un 100% las actividades contables garantizando la sostenibilidad financiera de la institución



INDICADOR

% de cobros de la cartera de pólizas de planes complementarios y voluntarios



<70%

70-79

80-89

>90

INDICADOR

% de activos etiquetados y actualizados en el sistema

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

100%% DE
EJECUCION**100%**

Se obtuvo un levantamiento de los bienes patrimoniales de la institución segregados por departamento, demarcación, tipo de activo y estado. Dicha información fue incluida en un informe de levantamiento por establecimiento visitado.

**Realizadas en un
100% las actividades
contables
garantizando la
sostenibilidad
financiera de la
institución**



<70%

70-79

80-89

>90

Realizadas en un 100% las actividades contables garantizando la sostenibilidad financiera de la institución



Índice Patrimonio/Pasivo

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
1.15	1.25	108.7%

El indicador presenta un 109% de cumplimiento de la meta establecida, lo que nos indica la capacidad de SeNaSa para asumir sus compromisos financieros y dar respuesta a los siniestros ocurrido e incluido en las distintas reservas.



% de registros contables revisados por mes

PROGRAMADO

20%

EJECUTADO

60%

% DE
EJECUCION

250%

Lo planificado para este año 2017 en este indicador fue de un 20% de del total de los registros contables los cuales fueron revisados, siendo revisados un 60% de los registros, superando la meta en 250%.

- 1) Análisis de las cuentas en tiempo oportuno.
- 2) Implementación de Revisiones de interfaces de Cosmos hacia AX.
- 3) Identificación de cuentas criticas de las Contabilidad.

Revisado el 20% de los expedientes contables para garantizar la eficiencia y confiabilidad de la información financiera.



<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO



Revisado el 20% de los expedientes contables para garantizar la eficiencia y confiabilidad de la información financiera.



INDICADOR

% de hallazgos de investigaciones implementadas

PROGRAMADO

95%

EJECUTADO

100%

% DE EJECUCION

105%

<70%

70-79

80-89

>90

% de error en tramitación de cuentas

PROGRAMADO

1%

EJECUTADO

0.44%

% DE
EJECUCION

227%

Para este logro en este indicador, hay destacar la efectividad de las medidas tomadas por la Unidad de Trámite de Cuentas y la Gerencia Financiera para disminución de errores.

**Eficientizado el 100%
de los procesos de
tramitación de cuentas
para lograr
eficientización de los
mismos**



<70%

70-79

80-89

>90



Garantizado en un 100% la entrega de la información financiera, garantizando la oportunidad y confiabilidad de la misma

% de cumplimiento de entrega de información administrativa y financiera

PROGRAMADO

EJECUTADO

% DE EJECUCION

100%

100%

100%

Para este periodo se planificó generar un informe mensual del estados financieros institucional, conteniendo la información Administrativa Financiera, lo cual fue ejecutado en su totalidad.



% De pagos realizados vía transferencia

PROGRAMADO

50%

EJECUTADO

37.4%

% DE
EJECUCION

74.8%

**Ejecutado al 50% el
pago por transferencia
electrónica de fondos
de los PSS y
Proveedores (eBam)**



- 1) Este proyecto fue implementado en mes de Diciembre 2016.
- 2) Unificación de fuerzas con Atención al Prestador para gestionar la aprobación de números de cuentas de los PSS.
- 4) Atraso con mejoras al sistema para el registro y pago de los Prestadores.
- 5) Implementación del nuevo sistema AX

<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

INDICADOR

Índice de Sostenibilidad financiera (CRASH)

PROGRAMADO

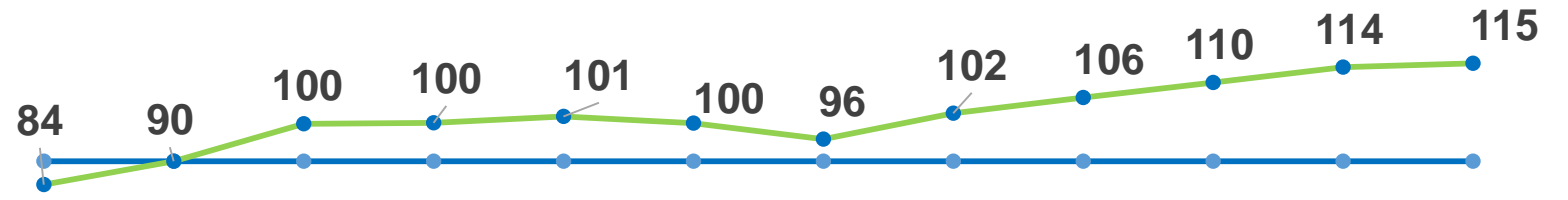
EJECUTADO

% DE EJECUCION

90

115

127.8%



Ene Feb. Mar. Abr. May. Jun. Jul. Ago. Sep. Oct. Nov. Dic.

—●— Programado —●— Ejecutado

<70%

70-79

80-89

>90

Realizado 12 prueba de estrés para el éxito y escenarios que incorporen una cascada de múltiples riesgos





**EVALUACIÓN DE
GESTIÓN
INSTITUCIONAL**
ENE-DIC 2017

PLANIFICACIÓN OPERATIVA

**GERENCIA DE
TECNOLOGIA DE
LA INFORMACION**

Establecido un Sistema de Gestión de Servicios de IT que asegure la calidad y disponibilidad del servicio.



Requerimientos atendidos (%)

PROGRAMADO

95%

EJECUTADO

96%

% DE EJECUCION

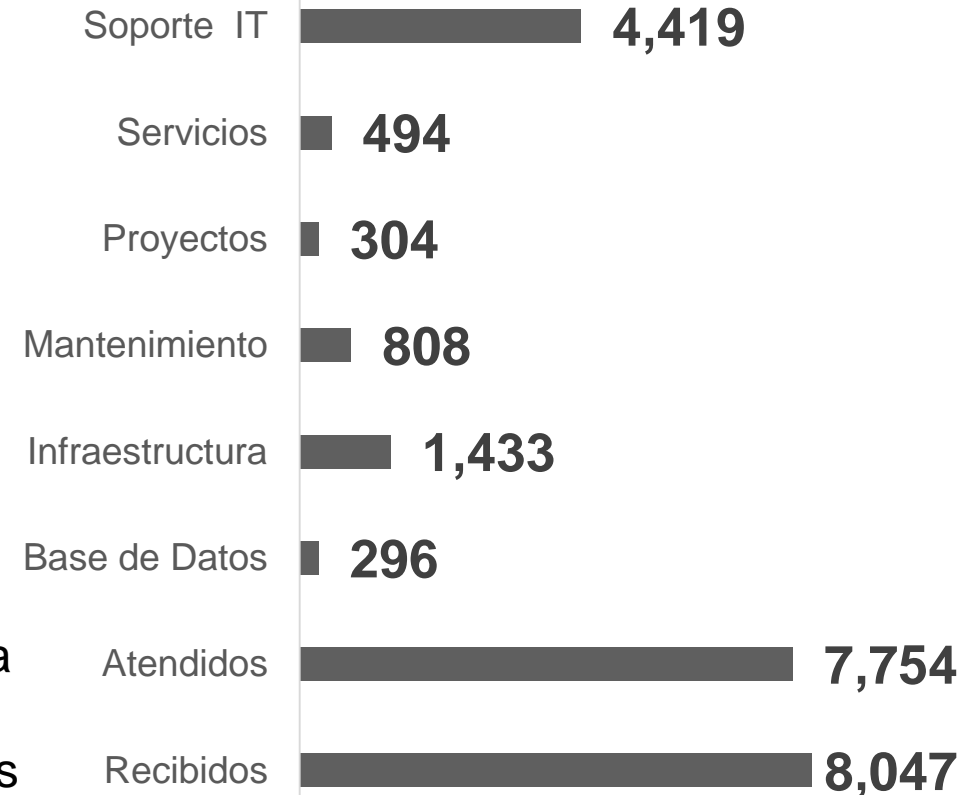
101%

De 8,047 requerimientos, se finalizaron 7,754. Siendo:

- Base de Datos (296)
- Infraestructura (1,433)
- Mantenimiento (808)
- Proyectos (304)
- Servicios (494)
- Soporte (4,419)

Factores que Influyeron:

- Análisis de colas de trabajo
- Capacitaciones de transferencia de conocimiento
- Creación de Comité de Cambios IT y el Proceso de Despliegue
- Seguimiento semanal



<70%

70-79

80-89

>90

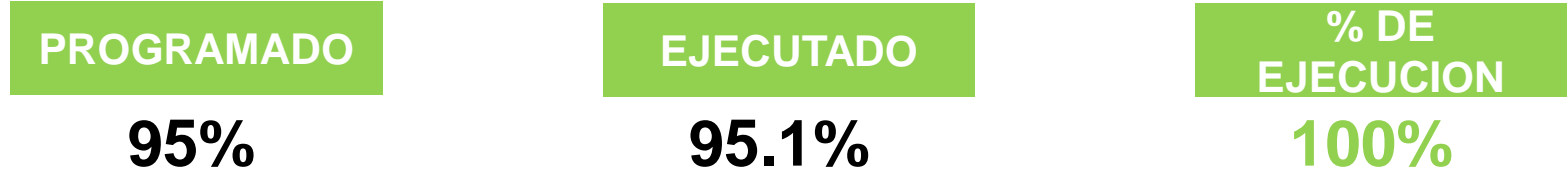
RESULTADO

Establecido un Sistema de Gestión de Servicios de IT que asegure la calidad y disponibilidad del servicio.

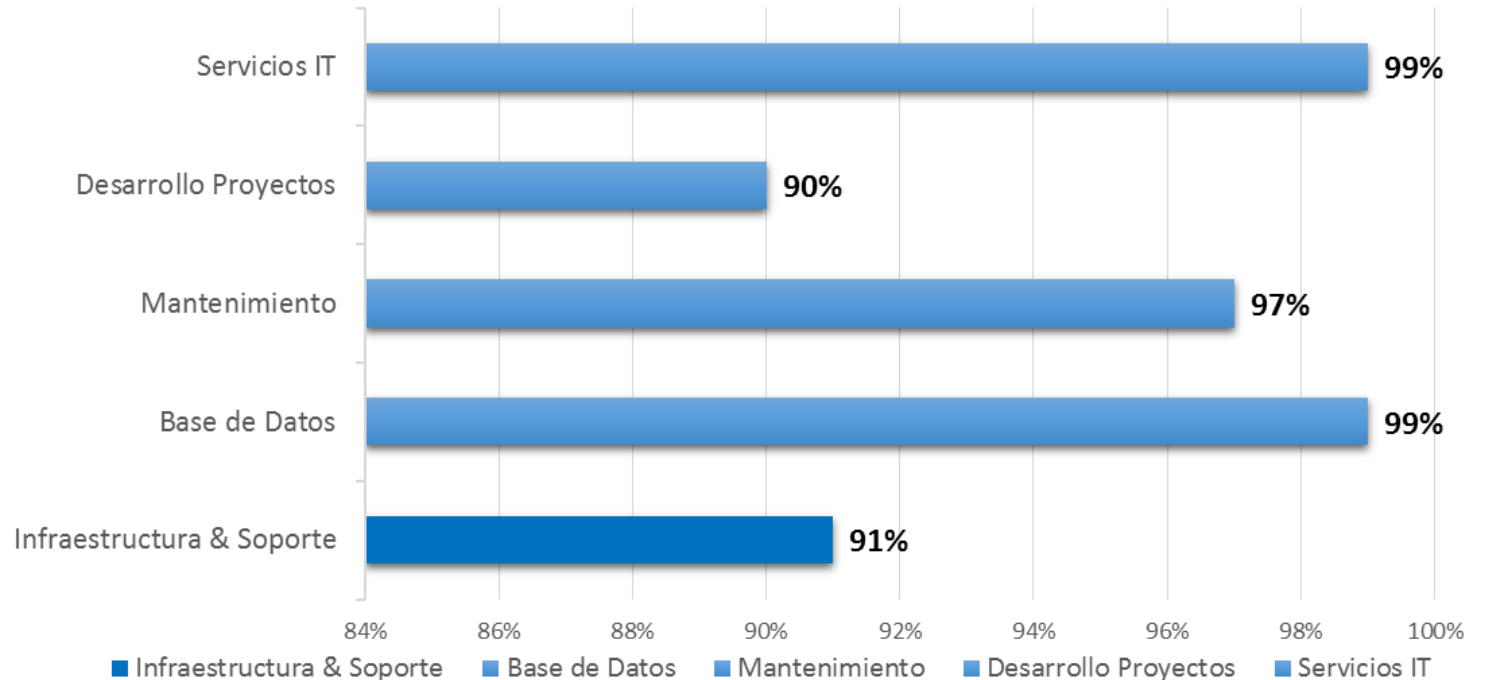


INDICADOR

Nivel de cumplimiento SLA



La distribución del logro por área fue:



Usuarios satisfechos con los Servicios IT (%)

PROGRAMADO

95%

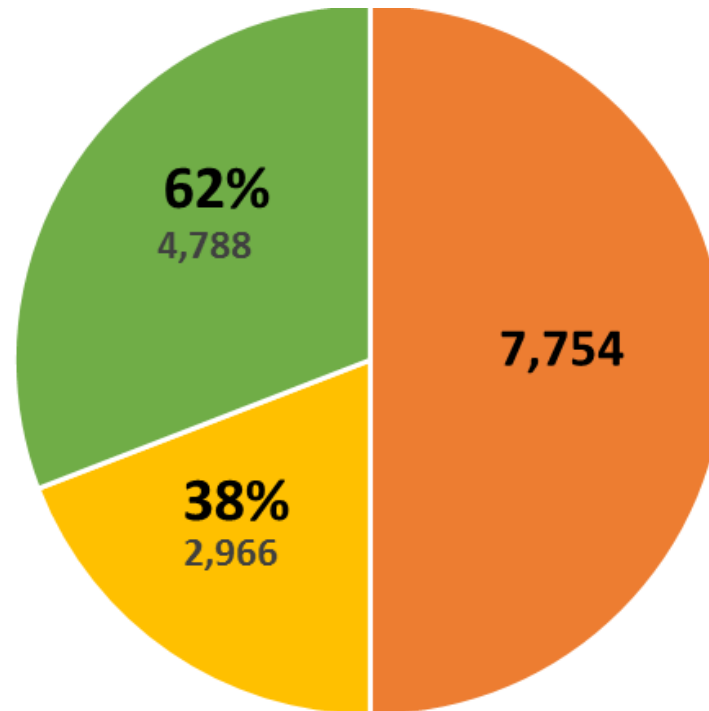
EJECUTADO

99%

% DE EJECUCION

104%

- La mejora de los tiempos de respuesta.
- Mejora en la calidad de las entregas.
- Acercamiento de la Gerencia de Tecnología a los Clientes.
- Seguimiento a casos de oportunidades para emprender acciones de mejora.



Finalizados Pendientes de Aprobación Valorizados

Establecido un Sistema de Gestión de Servicios de IT que asegure la calidad y disponibilidad del servicio.



<70%

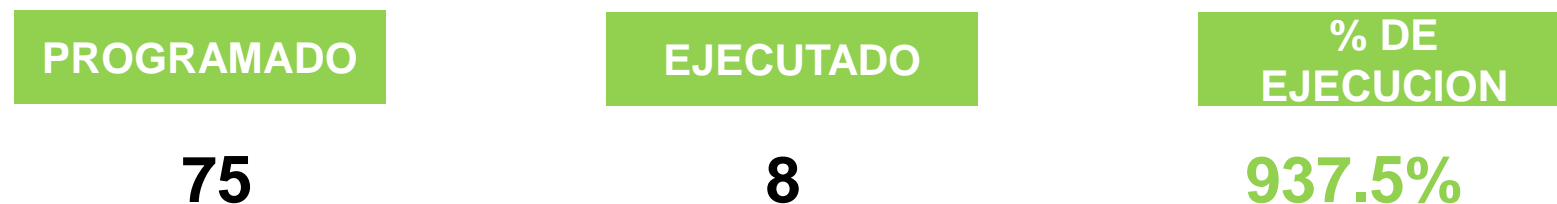
70-79

80-89

>90

INDICADOR

Incidentes Producidos por Cambios en los sistemas de información



- Creación del Comité de Cambios y el Proceso de Despliegue.
- Seguimiento semanal.
- Procedimientos y Políticas para el proceso de Aseguramiento de Calidad de Software.
- Se crearon ambientes de pruebas.

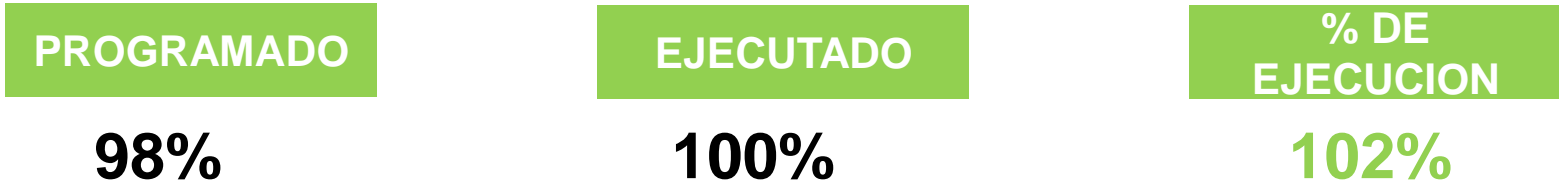
Establecido un Sistema de Gestión de Servicios de IT que asegure la calidad y disponibilidad del servicio.



Establecido un Sistema de Gestión de Servicios de IT que asegure la calidad y disponibilidad del servicio.



Disponibilidad de servicios IT (%)



Factores que Influyeron:

- La administración preventiva de la plataforma tecnológica
- Adopción de controles de seguridad para estabilizar la plataforma tecnológica.



Implementación de la gestión de los servicios de IT (%)

PROGRAMADO

30

EJECUTADO

10

% DE
EJECUCION

33%

La programación de fin de año solo permitió llegar a la conformación de los TDR y el inicio del proceso de licitación pero no se pudo concluir con el proceso, por lo que se movió al año 2018.

Factores que Influyeron:

- Programación retrasada para el inicio de la contratación de la consultoría.

Establecido un Sistema de Gestión de Servicios de IT que asegure la calidad y disponibilidad del servicio.



Establecido un Sistema de Gestión de Servicios de IT que asegure la calidad y disponibilidad del servicio.



Cumplimiento a la ejecución de portafolio de proyectos programados (%)

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
95%	81%	85.2%

Dentro de los proyectos que completaron el **100%** de la ejecución programada para el 2017 se encuentran:

- Canales Alternos de Autorizaciones **[75/25]**
- Plan Especial de Pensionados SeNaSa
- Digitalización de Expedientes Ministerio de Defensa
- Configuración de Frecuencias de Autorizaciones
- IVR Atención al Prestador
- Web Services Salud Bucal
- Seguridad IT
- Desarrollo de Nuevo modelo de Seguridad de Aplicaciones
- Nueva Intranet
- Interconexión Junta Central Electoral
- Nuevo Core de Salud



RESULTADO

Establecido un Sistema de Gestión de Servicios de IT que asegure la calidad y disponibilidad del servicio.



INDICADOR

Cumplimiento a la ejecución de portafolio de proyectos programados (%)

PROGRAMADO

95%

EJECUTADO

81%

% DE EJECUCION

85.2%

<70%

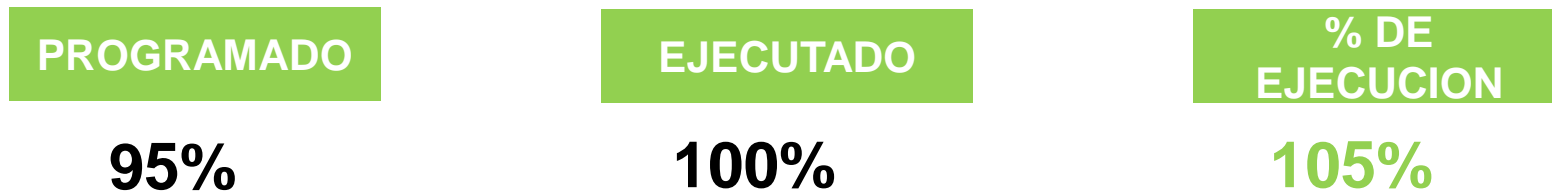
70-79

80-89

>90

INDICADOR

Cumplimiento de la implementación del core de salud según lo programado (%)



- Se cerró el proceso de licitación con la contratación del Suplidor
- Se realizaron las reuniones de inicio.
- Se inició con el levantamiento de procesos.
- Se tiene ya conformado una estructura para la ejecución del proyecto con 3 Project Manager asignados.

Establecido un Sistema de Gestión de Servicios de IT que asegure la calidad y disponibilidad del servicio.



Establecido un Sistema de Gestión de Servicios de IT que asegure la calidad y disponibilidad del servicio.



Cumplimiento de las iniciativas de BI programadas para el año

PROGRAMADO

95%

EJECUTADO

96%

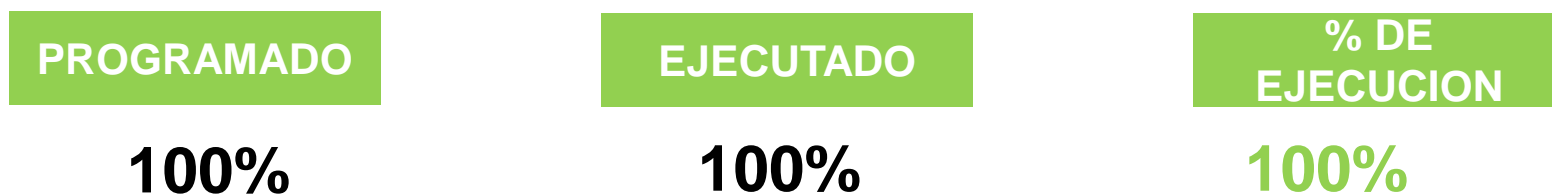
% DE EJECUCION

101%

- Se crearon los Manuales de Power BI, tanto del Power BI DeskTop como los del Servicio en la Nube.
- Se Creo el Repositorio de Datos y se Migro toda la Data
- Se les Otorgo los Permisos a los Involucrados.
- Se capacitó en el uso de la herramienta personal de las gerencia de Salud
- Se coordinó la capacitación para la Gerencia de Planificacion y el Área de Actuarial

INDICADOR

Disponibilidad de la Información Interna según Perfil de acceso



- Seguridad en los Sistemas de Información puesta en producción.
- Todas las aplicaciones con seguridad aplicada lo cual habilita para definir los accesos por perfiles

Establecido un Sistema de Gestión de Servicios de IT que asegure la calidad y disponibilidad del servicio.



Nivel de implementación del Centro de Datos

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

50%

% DE
EJECUCION

50%

A principio de año se cambio en enfoque del proyecto de una construcción a una mudanza a un sitio seguro con los estándares internacionales subcontratado.

A la fecha el sitio está contratado y se trabaja en el proceso de preparación del sitio y las instalaciones de SENASA para ejecutar la mudanza.

- ✓ *Proceso de Licitación completado*
- ✓ *Sitio de Colocación contratado*
- ✓ *Arquitectura de la Infraestructura definida*
- ✓ *Plan de mudanza diseñado y aprobado por el CIRTEC*
- ✓ *Plan de compra de la mudanza diseñado*
- ✓ *Equipos en proceso de compra*

<70%

70-79

80-89

>90

Reestructurado el Centro de Datos



Implementado el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (de la fase definida para el año)



Implementación Herramientas de Seguridad de la Información (%)

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
100%	100%	100%

- Contratación del Administrador de seguridad TI.
- Plan de trabajo con reuniones de seguimiento.
- Adquisición de las herramientas.



INDICADOR

Procesos de seguridad IT implementados (%)

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

60%

% DE
EJECUCION

60%

- Se contrató el Administrador de Seguridad IT.
- Se inició con la implementación de las herramientas de seguridad
- Quedaron pendientes:
 - Las aprobaciones de las políticas definidas
 - La definición de las políticas y procesos faltantes
 - La contratación del analista de Seguridad IT

Implementado el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (de la fase definida para el año)



<70%

70-79

80-89

>90

Asegurada la conectividad de las regionales con el nivel central



Nivel de implementación de la conectividad de las regionales con el nivel central

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

100%

% DE EJECUCION

100%

- Revisión de los controles implantados permitió realizar los ajustes requeridos para que la implementación no ocasionara problemas del alto impacto en la plataforma.



**EVALUACIÓN DE
GESTIÓN
INSTITUCIONAL**
ENE-DIC 2017

PLANIFICACIÓN OPERATIVA

**GERENCIA DE
PLANIFICACION Y
DESARROLLO**

INDICADOR

% de gerencias a las que se les realizan su seguimiento, monitoreo y evaluación en los tiempos establecidos

PROGRAMADO

95%

EJECUTADO

98%

% DE
EJECUCION

104%

- 12 seguimiento a las 26 gerencias (14 del Nivel Central, y 12 del Nivel Regional)
- 4 Monitoreos al 100% de las gerencias
- 2 evaluaciones semestrales (la primera durante el mes de enero, correspondiente al año 2016, y la segunda correspondiente al primer semestre del año 2017)

Durante el primer semestre del año 2017, con las únicas áreas en que no se pudo cumplir con la programación fueron:

- Gerencia Financiera
- Gerencia Administrativa (por asuntos de salud de la Gerente)

RESULTADO

Corrido el sSIPLA al 95%, incorporando la medición del nivel de madurez Institucional



<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

Corrido el sSIPLA al 95%, incorporando la medición del nivel de madurez Institucional



INDICADOR

% de avance del plan de trabajo anual de la Red Técnica

PROGRAMADO

95%

EJECUTADO

80%

% DE
EJECUCION

84.2%

2

encuentros con Analistas y Asistentes Técnicos, capacitándolos en los siguientes temas:

- Gestión de proyectos
- Gestión presupuestaria
- Compras y contrataciones
- Planificación estratégica
- Planificación operativa

<70%

70-79

80-89

>90

Cantidad de productos de planificación desplegados.

PROGRAMADO

468

EJECUTADO

471

% DE
EJECUCION

100.6%

Durante el año 2017, se realizaron:

- 312 tableros** de seguimiento operativo;
- 106 reportes** de monitoreo del POA.
- 53 informes** de evaluación del POA año 2016 y 1er. Semestre 2017.

471

Productos de planificación institucional.

Corrido el sSIPLA al 95%, incorporando la medición del nivel de madurez Institucional



% de Gerencias que formulan a tiempo y acorde a los lineamientos establecidos

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
95%	100%	105%

En el periodo de formulación se logró que todas las gerencias y oficinas a nivel nacional. Al 10 de diciembre cada gerencia había finalizado su Marco Lógico y su Estructura de Desglose de Trabajo.

Factores:

- Proceso coordinado y sincronizado
- Desarrollo de logística bietápica (una etapa primero y luego la otra)
- Levantamiento de actividades recurrentes que permitieron reconocer operaciones de las gerencias.
- Madurez institucional en cuanto a planificación
- Trabajo compartido y colaborativo

Corrido el SIFOMEPE como sistema de planificación al 95%, incorporando la medición del nivel de madurez Institucional.



RESULTADO

Articulada la
planificación y
estratégica de la
operativa de la
institución en el
marco del sSIPLA
(95%)



INDICADOR

% de colaboradores capacitados en el Plan Estratégico
2017-2021

PROGRAMADO

63%

EJECUTADO

55%

% DE
EJECUCION

87%

Se programó sensibilizar a **712** colaboradores, de los cuales se
lograron **622**.

<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

Articulada la
planificación y
estratégica de la
operativa de la
institución en el
marco del sSIPLA
(95%)

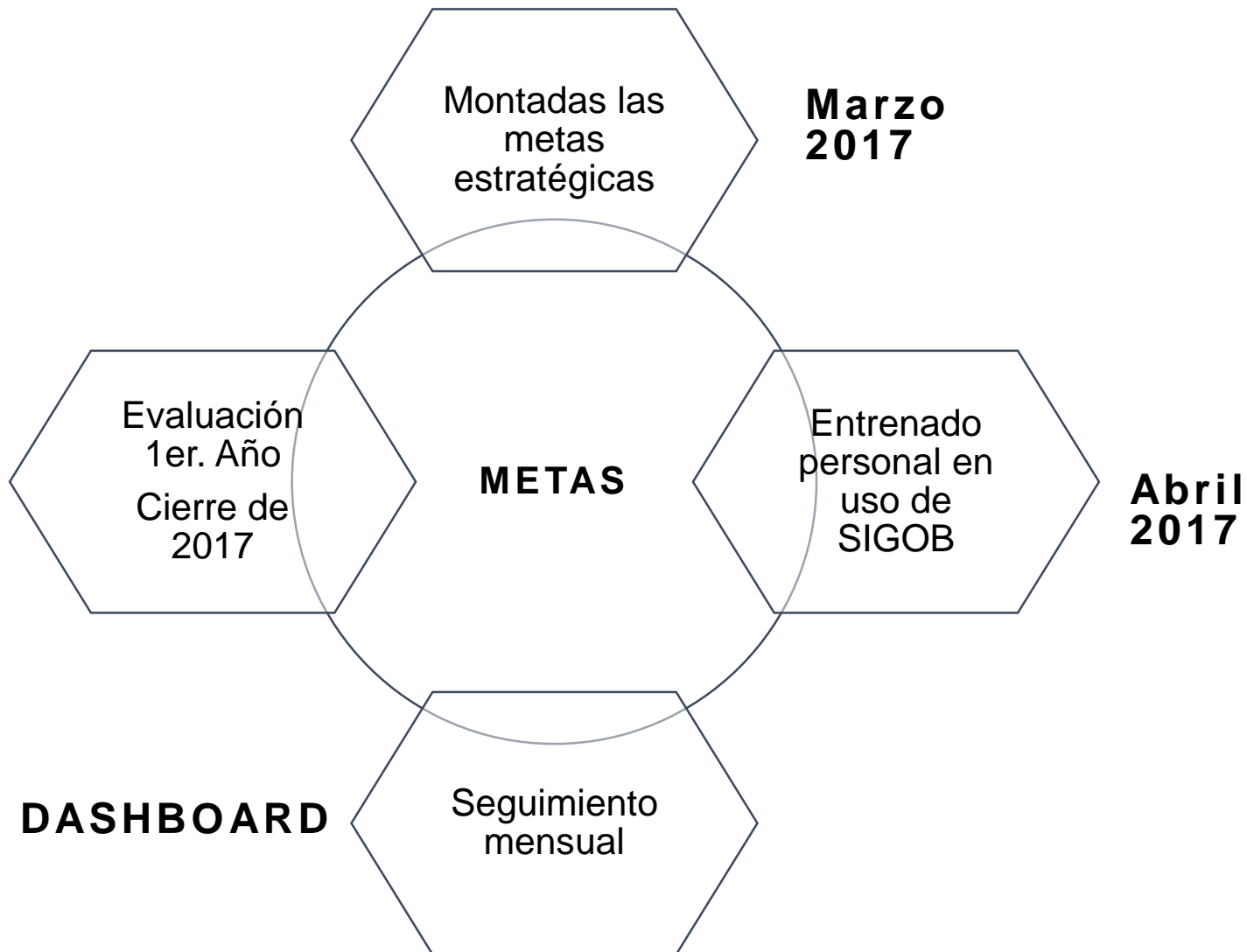


RESULTADO

METAS PRESIDENCIALES

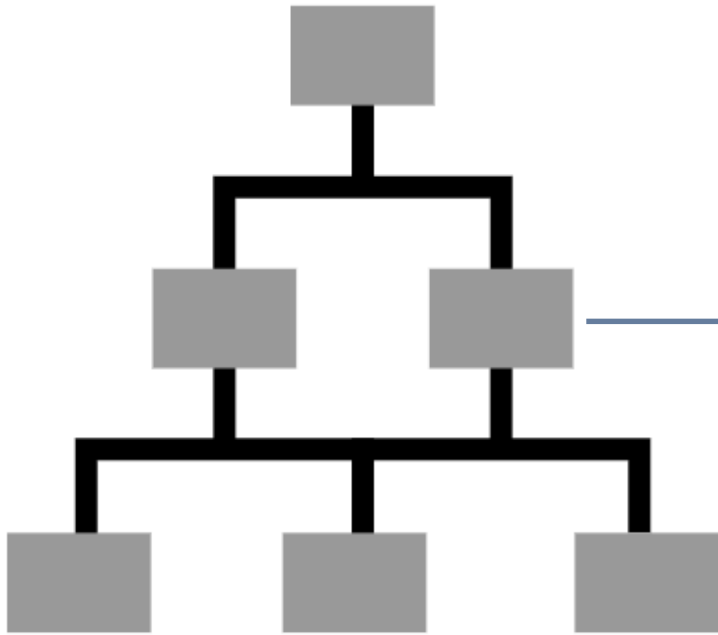
2 INFORMES

7 DASHBOARD



DESARROLLO ORGANIZACIONAL

100%



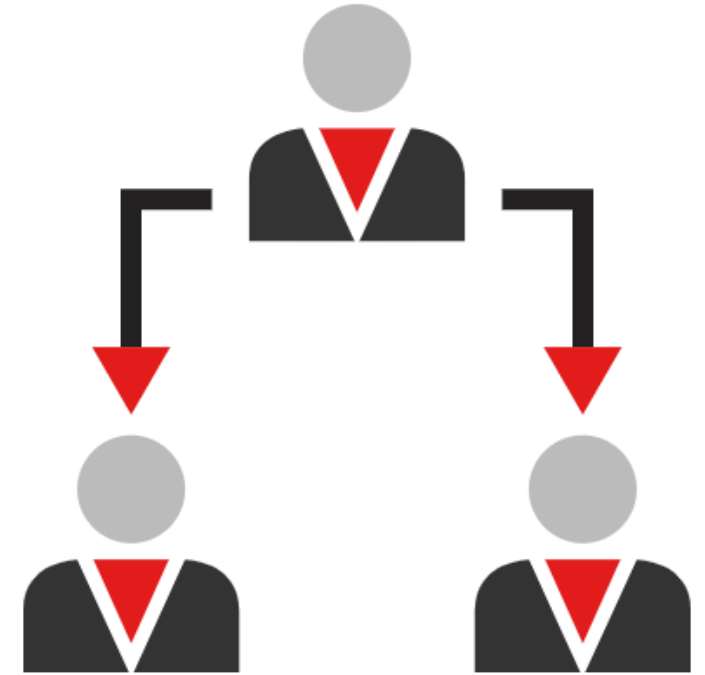
ORGANIGRAMAS ESTRUCTURALES

Plan de trabajo para el 2018 elaborado

- Consensuados
- Socializados con gerencias
- Sometido al MAP para aprobación
- Levantamiento de cambios estructurales

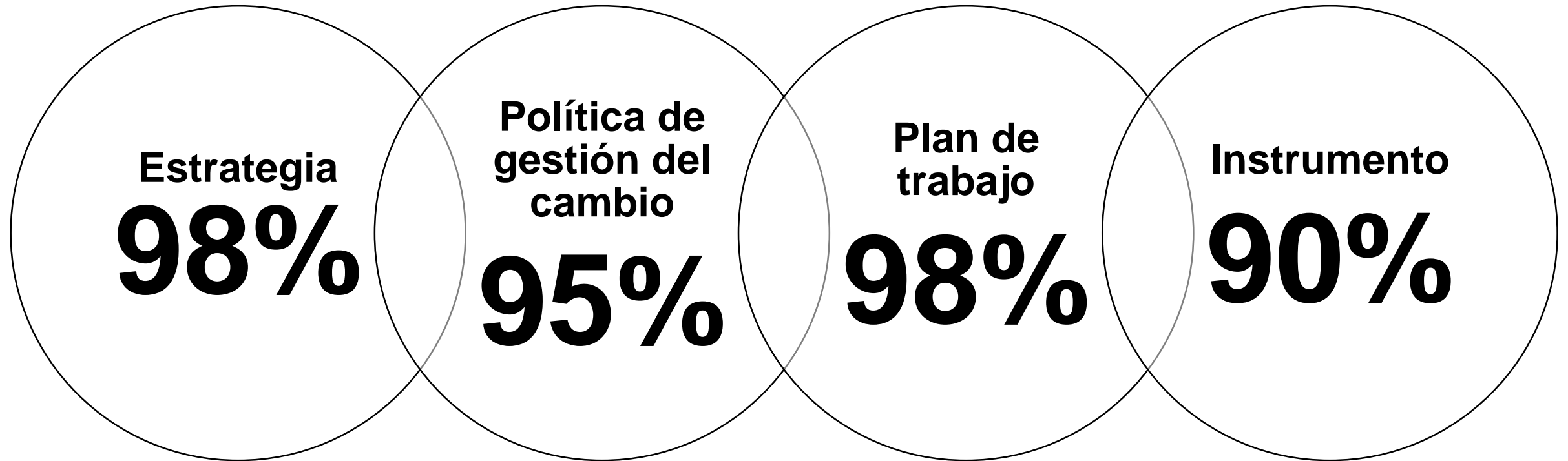
- 100% consensuados.
- Levantamiento de cambios funcionales

100%



ORGANIGRAMAS FUNCIONALES

GESTIÓN DEL CAMBIO



RESULTADO

Desplegado el 50% del Sistema de Monitoreo de Entorno (SIMOE) para la toma de decisiones



INDICADOR

% de productos estadísticos generados de entornos y socializados cada semana oportunamente

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
95%	93.3%	98%

SDSS

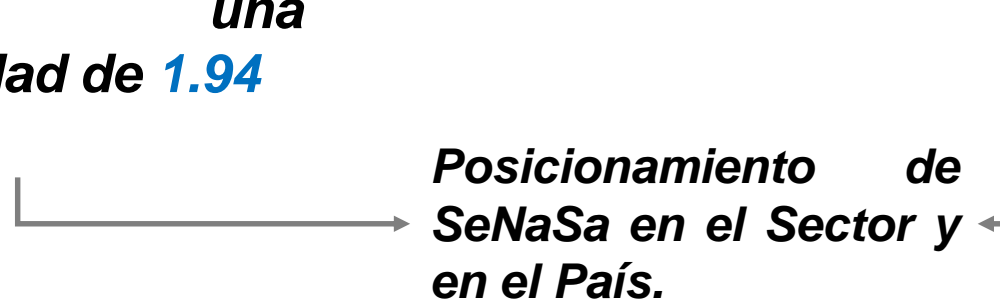
Sistema Dominicano de la Seguridad Social

Por cada incidencia desfavorable se registra una favorabilidad de 1.94

SeNaSa

Seguro Nacional de Salud

Por cada incidencia desfavorable, hay 7.58 de favorabilidad



% de productos estadísticos generados de entornos y socializados cada semana oportunamente

Desplegado el 50% del Sistema de Monitoreo de Entorno (SIMOE) para la toma de decisiones



Temáticas de mayor impacto en la Seguridad Social:

- **70% de afiliación al Seguro Familiar de Salud (SFS)** de la población, contribuyendo a la **reducción de la brecha social** con la incorporación de los miembros de la **Policía Nacional, los militares y sus familiares al SeNaSa.**
- El **incremento la cápita** del Reg. Subsidiado (RS) de (RD\$15.04) para pasar de (RD\$201.34) a (RD\$216.38). FONAMAT del RS sufrió incremento de (RD\$2) para pasar de (RD\$4) a (RD\$6)
- La **modificación de la Ley 87-01** de la Seguridad Social, la cual suscita diversos puntos de opinión y críticas.

% de alertas tempranas identificadas como riesgos difundidas

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

100%% DE
EJECUCION**100%**

Se generaron y socializaron alertas en un plazo de 48 horas:

- Resolución #417-2017 del CNSS
- Resumen de la economía dominicana enero-marzo 2017 por el Banco Central
- Resolución #422-2017 del CNSS
- Resolución #431-02 del CNSS aumentando cobertura y cápita
- Resumen e infografía sobre funcionamiento del Sistema de Seguridad Social Chile
- Infografía sobre comunicación SISALRIL #2017011181 sobre aumento de salario mínimo del CNSS, capital suscrito ARS y cobertura FONAMAT
- Principales servicios brindados del SDSS, a través de la República Digital
- Reporte estadístico sobre patrimonio de pensiones a septiembre 2017
- Alerta sobre Ley General de Presupuesto aprobado año 2018
- Alerta sobre entrega de Estados Financieros e informes del cierre fiscal año 2017

RESULTADO

Desplegado el 50% del Sistema de Monitoreo de Entorno (SIMOE) para la toma de decisiones



<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

Fortalecidas las capacidades tecnológicas, técnicas y humanas del Sistema Integral de Estadística (SIE)



INDICADOR

% de requerimientos de informaciones estadísticas entregada en los 3 días o menos conforme a la categoría del servicio

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
95%	100%	100%

El indicador se ejecutó según la meta establecida (100%), debido a que los requerimientos solicitados fueron respondidos oportunamente.

<70%

70-79

80-89

>90

INDICADOR

% de documentos estadísticos elaborados en los tiempos establecidos

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
90%	81.8%	90.9%

Para el 2017, se programaron 55 actividades, de las cuales se ejecutaron 45, para un nivel de cumplimiento del un 81.8%.

- Encuesta de satisfacción del Régimen Subsidiado
- Encuesta de satisfacción del Régimen Contributivo
- Encuesta de satisfacción de los Prestadores

La falta de personal para ejecutar las tareas planificadas y las actividades no planificadas (Análisis exhaustivo de la encuesta).

RESULTADO

Fortalecidas las capacidades tecnológicas, técnicas y humanas del Sistema Integral de Estadística (SIE)



<70%

70-79

80-89

>90

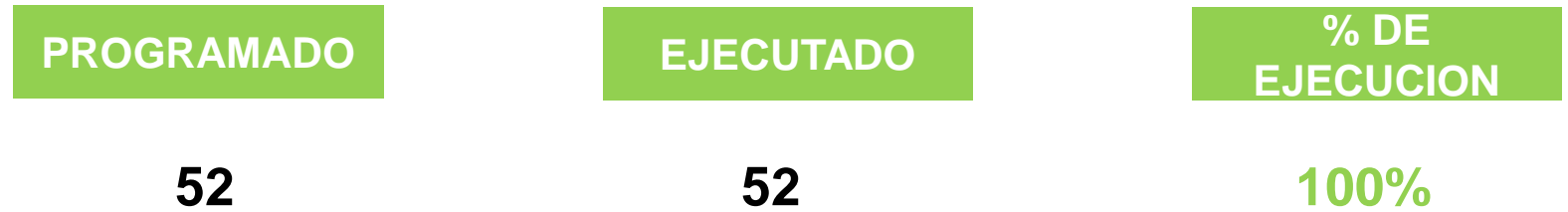
RESULTADO

**Robustecida la
Oficina de
Administración de
Proyectos 80 %**



INDICADOR

% del personal técnico capacitado en gestión de proyecto



Se realizaron dos talleres de la Red Técnica SeNaSa, al que asistieron 26 personas a cada encuentro.

<70%

70-79

80-89

>90

INDICADOR

Cantidad de proyectos aprobados diseñados y entregados

PROGRAMADO

14

EJECUTADO

14

% DE EJECUCION

100%

RESULTADO

Robustecida la Oficina de Administración de Proyectos 80 %



<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

**Robustecida la
Oficina de
Administración de
Proyectos 80 %**



INDICADOR

% de productos de proyectos entregados en tiempo establecido

PROGRAMADO

90%

EJECUTADO

93%

**% DE
EJECUCION**

103%

Se elaboraron:

- 11 Dashboard
- 139 Fichas de proyectos
- 4 informe trimestral

<70%

70-79

80-89

>90

% de cumplimiento de implementación de los proyectos**PROGRAMADO****85%**

Proyectos SIMOE: 89%
Proyecto Red técnica: 80%

Principales logros del SIMOE:

1. Instauración del Sistema de Monitoreo del Entorno.
2. Estandarización de instrumentos de difusión de información.
3. Implementación de las "Alertas del SIMOE".

EJECUTADO**84.5%****Principales logros de la Red Técnica:**

1. Instauración formal de la Red Técnica institucional.
2. Reforzamiento de la Red Técnica en temas relevantes.
3. Alineamiento del equipo con los procesos.

% DE EJECUCION**99.38%**

**Robustecida la
Oficina de
Administración de
Proyectos 80 %**





**EVALUACIÓN DE
GESTIÓN
INSTITUCIONAL**
ENE-DIC 2017

PLANIFICACIÓN OPERATIVA

GERENCIA DE CALIDAD



Colaboradores empoderados y alineados a la cultura excelencia en el servicio



% de satisfacción con los servicios ofrecidos

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
95%	97%	101%

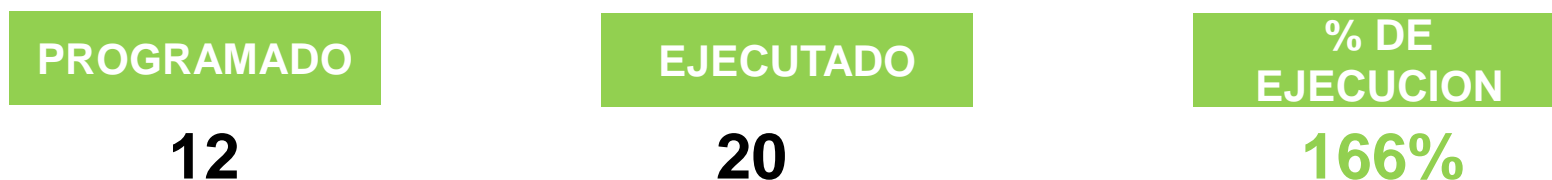
La ejecución de las encuestas de satisfacción servicios de alto costo definidas para este indicador se iniciaron a partir del 2do trimestre con la creación de la Gerencia de Calidad, la definición de corte semestrales para las mediciones permitió identificar que existe un alto nivel de satisfacción de los afiliados (97%) con los servicios de alto costo. Los niveles de insatisfacción más altos están en el Régimen Contributivo (9%) y los mismos están relacionados con la cobertura de materiales de osteosíntesis que no están en el PDSS.

El fortalecimiento del área de monitoreo permitió ampliar la medición de la satisfacción con otros servicios, utilizando diferentes metodologías, tales como:

- (7) grupos focales con afiliados, PSS y proveedores;
- (2) sondeos con afiliados militares y policías que nos arrojó un 94% de satisfacción general con los servicios;
- (2) encuestas de alto costo.



% de cumplimiento del Programa Nacional de Monitoreo



Se programaron 12 monitoreos de los cuales se ejecutaron 20, a través de mediciones basadas en usuarios invisibles y auditorias de servicios, con los siguientes detalles:

- Se realizaron seis monitoreos de usuarios invisibles en Centro de Contacto Directo y counters. Adicional a lo programado se realizaron 2 monitoreo de protocolos de atención.
- Se realizaron catorce auditorias de servicios: (1) Barahona, (2) Sto. Dgo. este, (2) Santiago, (2) Mao (1) monte plata, (2) Sede central (5) hospitales del distrito. Se realizó un adicional en Monte Plata.

Al corte del 3er trimestre del año 2017 a nivel de oficinas SeNaSa alcanzó un índice de servicios de 88 y a nivel de hospitales y clínicas 65.78. Al inicio del Proyecto de Cultura de Servicios en el 2016 el índice era de 51.

Nota: El monitoreo de cierre de impacto del índice de servicio se realiza en Enero 2018 con una meta proyectada de 85.

Colaboradores empoderados y alineados a la cultura excelencia en el servicio





**Implementado el 90%
del plan de transición
de la norma ISO
9001:2008 a la ISO
9001:2015**



% de cumplimiento del programa anual de auditorías internas

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

100%

**% DE
EJECUCION**

100%

Se programaron dos auditorías, de las cuales se realizó una en el 1er semestre (marzo) y otra en el segundo (noviembre), según lo programado.

Factores influyentes en el cumplimiento de la meta:

- 1- La buena planificación de las auditorías.
- 2- La integración de los auditores al proceso.
- 3- La institución ha asumido la gestión de la calidad como una cultura de gestión.



Definido e implementado el 50% del Sistema de Gestión de Riesgos (SGR).



Cantidad de mapas de riesgos diseñados

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
7	9	129%

Se realizaron los siguiente mapas de riesgos:

1. Mapa de riesgo de servicios de salud
2. Mapa de riesgo de afiliación
3. Mapa de riesgo de atención al usuario y al prestador
4. Mapa de riesgo de comunicaciones
5. Mapa de riesgo de planificación
6. Mapa de riesgo de consultoría jurídica
7. Mapa de riesgo de auditorias medicas
8. Mapa de riesgo de PyP
9. Mapa de riesgo de autorizaciones

% de cierre de brechas para la recertificación ISO 9001:2015

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
85%	92%	108%

Para el año 2017 se identificaron 65 puntos para cerrar la brecha para la certificación ISO 9001:2015, de estas se han implementado 59 acciones.

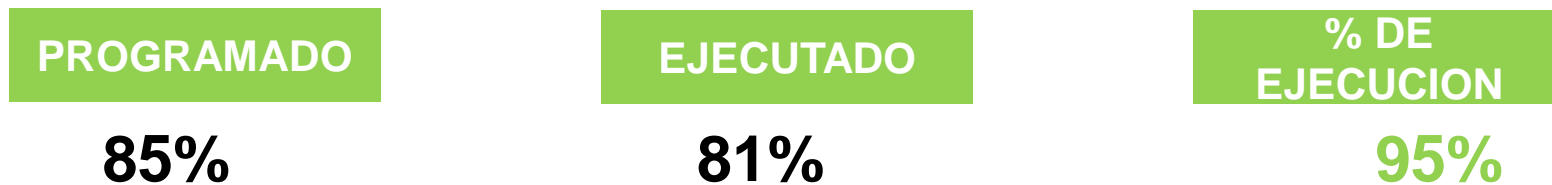
Las brechas que quedan pendiente cerrar son:

- 1- Actualización de los roles, responsabilidades (manual de puestos y articulación de los procesos con los responsables).
- 2-Estrategias comunicacionales. Mapa de actores. Actualización de Política de comunicación interna. Establecer qué se comunica, cuándo, quién, a quién, cómo, a nivel interno y externo. Plan de comunicación estratégica.
- 3- Establecimiento de políticas de postventa de servicios. Metodología para la verificación de cumplimiento con los requisitos posteriores a la entrega de productos y prestación de los servicios.
- 4- Estrategias y metodología para la gestión del cambio. Plan de gestión del cambio. Revisión y control de los cambios no planificados para asegurar la conformidad de los servicios.

Implementado el 90% del plan de transición de la norma ISO 9001:2008 a la ISO 9001:2015



% acciones correctivas implementadas en el tiempo establecido



De un total de 8 acciones correctivas 6 de ellas fueron cerradas durante el año, 1 de está en un 50% de ejecución y 1 no iniciada.

Acciones cerradas en un 100%: 1-Jornada de actualización de documentos controlados vencidos y próximos a vencer en el SGC 2-Actualización de fichas de macroprocesos

3-Realizar propuesta para simplificación de los procesos documentados (políticas, procedimientos, manuales, guías, instructivos, otros) 4-Establecer un sistema de alertas de documentos obsoletos 5-Evaluar los formatos actuales y/o futuros del SGC

Acciones ejecutadas en un 50%: 1-Adquisición del software de calidad.

Acción pendiente: 1-Auditoria a los casos pendientes de cierre por incumplimiento de tiempo de respuesta a requerimientos.

Implementado el 90% del plan de transición de la norma ISO 9001:2008 a la ISO 9001:2015



Rediseñado y con planes de mejora elaborados en un 85% los procesos priorizados



% de procesos documentados

PROGRAMADO

85%

EJECUTADO

100%

% DE EJECUCION

118%

Se programó documentar 2 procesos claves:

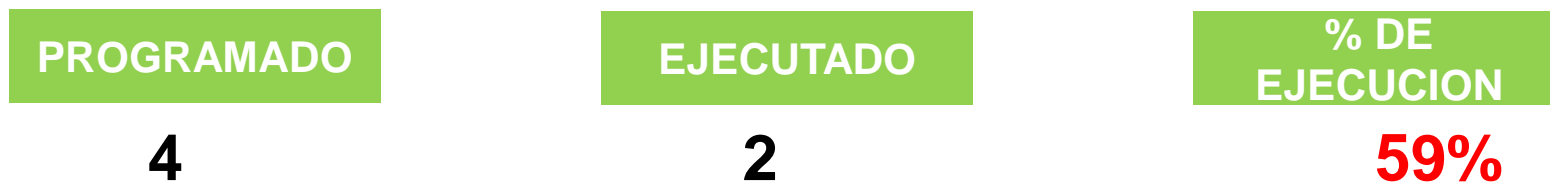
- Reembolso
- Alto Costo.

Además, fueron documentados otros procesos de las gerencias:

- Financiera
- Calidad
- Gestión Humana
- Comunicación Estratégica
- Consultoría Jurídica
- Oficina de Acceso a la Información
- Oficina de Fiscalización y Control Interno.

INDICADOR

Procesos rediseñados



Durante el año 2017, a partir de la creación de la Gerencia de Calidad, se programó rediseñar el proceso de reembolso, y sistema de cola (comprende levantamiento, análisis y propuestas de mejora). Se inició el levantamiento del flujo de proceso de gestión de talento humano, el cual se encuentra en su fase final.

Rediseñado y con planes de mejora elaborados en un 85% los procesos prioritizados



<70%

70-79

80-89

>90



**EVALUACIÓN DE
GESTIÓN
INSTITUCIONAL**
ENE-DIC 2017

PLANIFICACIÓN OPERATIVA

**GERENCIA DE GESTIÓN
HUMANA**

% de acuerdos de mejora con seguimiento oportuno**RESULTADO****PROGRAMADO****100%****EJECUTADO****96.5%****% DE
EJECUCION****96.5%**

Se realizaron 46 acuerdos de mejora, los cuales fueron realizados de manera oportuna. para un 96.5% de ejecución respecto a la meta.

A continuación en nivel de avance:

- 72% altos
- 13% medianos
- 2.2% escasos
- 2.2% no fue monitoreado
- 6% presentó su renuncia
- 11 % desvinculado

**Fortalecido el
modelo de
evaluación y
reconocimiento al
desempeño**



<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

Fortalecido el modelo de evaluación y reconocimiento al desempeño



INDICADOR

Socialización de los colaboradores reconocidos en tiempo oportuno

PROGRAMADO

4

EJECUTADO

4

% DE EJECUCION

100%

Socializaron de los resultados de los colaboradores destacados por:

- Correo electrónico
- Murales institucionales.

También les fueron remitidos los certificados de reconocimiento a cada colaborador. Un aspecto importante fue el seguimiento oportuno y la comunicación constante con las áreas y los niveles de supervisión, para la entrega de la información de manera oportuna.

<70%

70-79

80-89

>90

% de Oficinas Evaluadas en Riesgo Ocupacional

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

116.65%

% DE
EJECUCION

116.65%

Las oficinas evaluadas fueron:

- Edificio Administrativo y Financiero (Naco)
- Edificio 27 de febrero
- Oficina Sambil
- Oficina Santo Domingo Este
- Oficina Santo Domingo Oeste
- Oficina Santo Domingo Norte
- Oficina Los Alcarrizos (La Sirena)
- Oficina de Monte Plata.
- Oficina de San Cristóbal (Regional I)
- Oficina de Santiago (Regional II)
- Oficina de Autorizaciones
- Oficina de Operaciones
- Oficina de San Juan
- Oficina San Francisco

14 oficinas

Las oficinas que no fueron evaluadas es por que están en un proceso de re-ubicación o construcción de la misma.

RESULTADO

Promovida y gestionada la salud ocupacional de los colaboradores



<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

Promovida y gestionada la salud ocupacional de los colaboradores



INDICADOR

% de licencias reportadas oportunamente a la TSS y ARL

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

100%

% DE EJECUCION

100%

Se recibieron 384 licencias. La totalidad de licencias recibidas, fue reportada en el plazo establecido.

Tipo	Programado	Ejecutado	% de Ejecución
Enfermedad Común	318	318	100%
Maternidad	51	51	100%
Licencias a la ARL	15	15	100%

<70%

70-79

80-89

>90

INDICADOR

Boletines enviados dentro de los plazos establecidos (%)

RESULTADO

PROGRAMADO

EJECUTADO

% DE
EJECUCION

95%

95%

100%

La meta programada fue de un 95% de cumplimiento y se alcanzó el 95% para un 100% de ejecución. Dentro de las solicitudes más frecuentes:

- Notificaciones de nacimientos
- Fallecimientos
- Novedades del personal.

Es importante destacar la creación de la Unidad de Gestión de Clima Institucional, con la designación de un personal para la elaboración de los boletines y el establecimiento de controles para mantener la información actualizada para fines de novedades de personal.

Mejorada la
comunicación con el
personal



<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

Mejorada la comunicación con el personal



INDICADOR

% de solicitudes del buzón de sugerencias (3 días laborables) y correo RRHH (24 horas) respondidas en los tiempos establecidos

PROGRAMADO

95%

EJECUTADO

98%

% DE EJECUCION

103%

Durante el periodo, se programó dar respuesta al 95% de las necesidades de comunicación interna vía el buzón de sugerencia (3 días laborables) y el correo de Recursos Humanos en 24 horas, alcanzando una ejecución de un 98%.

<70%

70-79

80-89

>90

INDICADOR

Cantidad de días promedio para contratación de personal para posiciones vacantes

PROGRAMADO

22

EJECUTADO

19

% DE
EJECUCION

116%

Durante el periodo enero – diciembre, se presentaron 318 vacantes, con un tiempo de respuesta promedio de 19 días

Para el logro de esta meta se destaca la integración de un nuevo colaborador a la Unidad de Reclutamiento y Selección, lo que permitió dar respuesta más rápido a las vacantes que se presentaban.

RESULTADO

Fortalecido el proceso de reclutamiento y selección de personal, no superando los 15 días para la contratación en las posiciones vacantes



<70%

70-79

80-89

>90

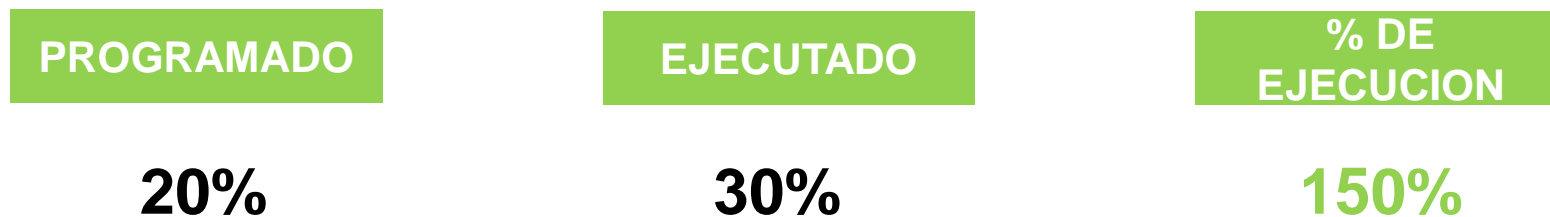
RESULTADO

Fortalecido el proceso de reclutamiento y selección de personal, no superando los 15 días para la contratación en las posiciones vacantes



INDICADOR

% de vacantes cubiertas por reclutamiento interno



Dentro de los factores favorables para sobrepasar la meta programa se encuentra:

- Contar con personal calificado para ocupar otras posiciones dentro de la institución
- Programa de capacitación y desarrollo que tiene la institución
- Disposición de los gerentes y encargados para trabajar de manera interna las vacantes que sus perfiles lo permitan.

<70%

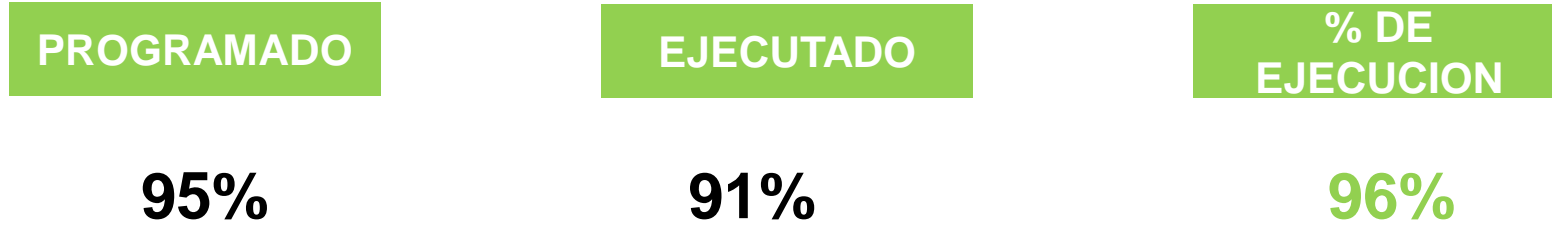
70-79

80-89

>90

INDICADOR

% colaboradores fijados en el puesto luego del proceso probatorio



Un 91% de los colaboradores contratados fueron fijados tras completar los tres meses, lo que representa el 96% de ejecución respecto a la meta.

RESULTADO

Fortalecido el proceso de reclutamiento y selección de personal, no superando los 15 días para la contratación en las posiciones vacantes



<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

Fortalecido el proceso de reclutamiento y selección de personal, no superando los 15 días para la contratación en las posiciones vacantes



INDICADOR

% de colaboradores recibieron inducción institucional

PROGRAMADO

95%

EJECUTADO

98.46%

% DE EJECUCION

104%

Durante el periodo se realizaron 13 jornadas de inducción.

<70%

70-79

80-89

>90

% de Cumplimiento del Plan de Capacitación

PROGRAMADO

85%

EJECUTADO

90%

% DE
EJECUCION

105%

Para el año 2017 se programaron 107 capacitaciones , y se ejecutaron 122.

- Diplomado en Seguridad Social
- Planificación Estratégica
- Procesos de Autorizaciones
- Seguridad y Salud Ocupacional
- Ser Coach
- Corazón de Servicio
- Auditoría Interna basada en Riesgos
- Certificación de Fundamentos ITIL V3
- Certificación Internacional de Coaching
- Curso Internacional Especialización en Ciencias Actuariales
- Diplomado en Gestión Humana

RESULTADO

Mejorada las habilidades y destrezas de los colaboradores



<70%

70-79

80-89

>90

INDICADOR

% de Cumplimiento del Plan de Capacitación

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
85%	90%	105%

Cursos	96
Grupos	188
Colaboradores capacitados*	3,595

RESULTADO

Mejorada las habilidades y destrezas de los colaboradores



*Un colaborador puede participar en varias capacitaciones





**EVALUACIÓN DE
GESTIÓN
INSTITUCIONAL**
ENE-DIC 2017

PLANIFICACIÓN OPERATIVA

**GERENCIA
ADMINISTRATIVA**

Nivel de ejecución de los planes de mantenimientos preventivos de las maquinarias (%)

PROGRAMADO

EJECUTADO

% DE EJECUCION

100%

100%

100%

Se programó ejecutar 1452 mantenimientos a las maquinarias y fueron ejecutados 1452 para un cumplimiento del 100%.

Mensualmente se deben realizar mantenimientos a cada unidad de maquinarias que describimos a continuación:

- 210 unidades de aire a nivel nacional
- 14 unidades de fichas vehiculares (este valor fue una estimación realizada con el histórico del año 2017)
- 3 Unidades de UPS
- 3 Unidades de ascensores
- 3 Unidades de plantas eléctricas
- 9 Unidades de escáneres

Implementado el
100% del plan de
mantenimiento
preventivo



Nivel de ejecución de los planes de mantenimientos preventivos de la infraestructura física (%).

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
90%	88.5%	98%

Implementado el 100% del plan de mantenimiento preventivo

Para los planes preventivos de la infraestructura física, se establecieron las áreas a verificarse trimestralmente. Se identificaron 53 hallazgos, logrando corregir 28 dentro del período de evaluación y 25 están pendientes de corrección.



<70%

70-79

80-89

>90

**Garantizado el 85%
de los servicios
generales de la
institución.**

% de requerimientos solucionados en el tiempo meta establecido

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
85%	100%	118%

DETALLES DE REQUERIMIENTOS:

Flotas: 69 - Promedio de 9 días / Línea basal: 13 días.
 Router: 41 -Promedio de 8 días. / Línea basal: 15 días
 Cambiazo: 145 – Promedio de 8 días. / Línea basal: 10 días.
 Duplicados: 12 – Promedio de 8 días. / Línea basal: 8 días.



Tiempo de despacho los insumos disponibles en almacén.

PROGRAMADO

2

EJECUTADO

2

% DE EJECUCION

100%

Enero: 47 - Tiempo de despacho 2 días.
 Febrero: 45 - Tiempo de despacho 1 días.
 Marzo: 68 - Tiempo de despacho 2 días.
 Abril: 46 - Tiempo de despacho 3 días.
 Mayo: 81 - Tiempo de despacho 2 días.
 Junio: 49 - Tiempo de despacho 1 días.
 Julio: 45 - Tiempo de despacho 2 días.
 Agosto: 42 - Tiempo de despacho 4 días.
 Setiembre: 49 - Tiempo de despacho 1 días.
 Octubre: 40 - Tiempo de despacho 3 días.
 Nov: 29 - Tiempo de despacho 1 días.
 Dic: 26 - Tiempo de despacho 2 días.

**Garantizado el 85%
de los servicios
generales de la
institución.**



<70%

70-79

80-89

>90

Mejorado los procesos de compras y contrataciones de la institución, garantizado que el 100% de los procesos cumplan las normativas legales y mejora en la agilización en 25%.



% Compras realizadas en el tiempo establecido

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
75%	64%	85.8%

De 87 procesos de compras, se completaron 56 en dentro del tiempo establecido para una ejecución en un 64%.

- Reorganización estructural del Departamento de Compras.
- Seguimiento del Órgano Rector en el cumplimiento de los tiempos de las actividades que tienen plazos específicos.
- Disposición del personal de compras al cumplimiento de los objetivos y evaluaciones de desempeño.
- Mayor madurez institucional en el conocimiento de los requisitos a emplear en los procedimientos de compras.

INDICADOR

Tiempo de ciclo de compras por debajo del umbral mínimo.

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
20	21	95%

Para el año 2017 en los procesos de compra conducidos bajo el procedimiento por Debajo del Umbral Mínimo fueron realizados en un promedio de 21 días, el tiempo meta establecida para los mismos fue de 20 días por lo que este indicador logró el 95% de la meta.

- 1er trimestre: 16 días laborables
- 2do trimestre: 22 días laborables
- 3er trimestre: 22 días laborables
- 4to trimestre: 25 días laborables

64 procesos realizados y 42 fueron realizados dentro del plazo establecido.

Mejorado los procesos de compras y contrataciones de la institución, garantizado que el 100% de los procesos cumplan las normativas legales y mejora en la agilización en 25%.



<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

Mejorado los procesos de compras y contrataciones de la institución, garantizado que el 100% de los procesos cumplan las normativas legales y mejora en la agilización en 25%.



INDICADOR

Tiempo de ciclo de compras menores.

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
30	25	120%

Se realizaron 67 procesos de compra menor de los cuales 37 fueron realizados dentro del tiempo establecido.

<70%

70-79

80-89

>90

INDICADOR

Tiempo de ciclo de compras por comparación de precios

PROGRAMADO

55

EJECUTADO

49

% DE EJECUCION

112%

10 procesos por comparación de precios y 7 fueron realizados dentro del tiempo establecido.

Alimentos y bebidas

Material gastable

Material de limpieza

Adquisición de cortinas

Mantenimiento aires acondicionados

App móvil

Obras civiles

Reclamaciones medicas

Readecuación de parqueo

Mejorado los procesos de compras y contrataciones de la institución, garantizado que el 100% de los procesos cumplan las normativas legales y mejora en la agilización en 25%.



<70%

70-79

80-89

>90

Mejorado los procesos de compras y contrataciones de la institución, garantizado que el 100% de los procesos cumplan las normativas legales y mejora en la agilización en 25%.



Tiempo de ciclo de compras por licitación pública

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
90	81	111%

2 procesos por licitación pública y 1 se realizó en el tiempo establecido.

Los que se condujeron fueron:
Servicios de Seguridad
Compra de vehículos



INDICADOR

% de proveedores evaluados/reevaluados

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

100%

% DE EJECUCION

100%

51 proveedores, 48 calificación B, 1 calificación A, 1 calificación C y 1 estatus observado.

Para el período revisado se incorporaron 26 nuevos proveedores, se evidenció un incumplimiento de proveedor el cual coloco a este único proveedor en estatus observado.

Mejorado los procesos de compras y contrataciones de la institución, garantizado que el 100% de los procesos cumplan las normativas legales y mejora en la agilización en 25%.



<70%

70-79

80-89

>90

Cumplimiento del plan de expansión (%).

**Implementado el 95%
el proyecto de
expansión y
proximidad de los
servicios**

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

85%

% DE EJECUCION

85%



<70%

70-79

80-89

>90

Cumplimiento del plan de expansión (%)

Obras completadas en 2017

- Counter Hospital **Fuerzas Armadas** Central
- Counter Hospital **Policía Nacional**
- Hospital **Cabral y Baez**
- Hospital **Ney Arias Lora**
- Hospital de **Guerra**
- Gerencia de **Calidad**
- Áreas de **Lactancia Sede** Central y Naco
- Área **Soportes Técnicos Sede**
- Área **Atención al Prestador** 1er nivel Naco
- Área **comercial** Gerencia de Afiliación
- **Oficina Regional La Vega**
- **Counter Hospital Presidente Estrella** Ureña
- Counter Hospital Centro Médico **Siglo XXI**

Cumplimiento del plan de expansión (%)

Obras del 2017 en proceso

- Oficina Regional **Monte Plata**
55% de avance en obra, se estima la culminación para la última semana de febrero.
- Oficina Regional **Barahona**
70% de avance en obra, se estima la culminación para la **segunda semana de febrero**.
- **Cafetería 5to nivel**
85% de avance en obra, se estima la culminación para 2da. Semana de enero.
- **3er nivel Alma Mater**
55% de avance en obra, actualmente estamos a esperas de la licencia de construcción para dar continuidad a las tareas correspondientes.



**EVALUACIÓN DE
GESTIÓN
INSTITUCIONAL**
ENE-DIC 2017

PLANIFICACIÓN OPERATIVA

**GERENCIA DE
COMUNICACIÓN
ESTRATÉGICA**

**Incrementada un 85%
la cantidad de
seguidores en las
Redes Sociales.**



% de requerimientos canalizados vía redes sociales respondidos dentro de los plazos establecido

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
95%	93%	98%

Se canalizaron 935 requerimientos vía redes sociales, pero a 878 fueron respondidos dentro del plazo establecido de 48 horas.

Dentro de los factores influyentes podemos destacar los siguientes:

- Seguimiento de los requerimientos
- Análisis de los niveles de cumplimiento mensual que se desarrolla.
- Socialización de los resultados en la reunión mensual.
- Respuesta oportuna por parte la GSAU.



Aumentada un 40% las visitas al portal institucional.



% de visitas que recibe el portal institucional desde Google y por acceso directo.

PROGRAMADO

40%

EJECUTADO

29%

% DE EJECUCION

72%

Diferencia de crecimiento 2015-2016: 94,968.

Para el año se programó incrementar de 94,968 hasta 132,956 (40%) el número de visitas que recibe el portal institucional, pero el mismo solo se incrementó hasta 122,509 (29%).

Los factores que influyeron en el logro o no de los resultados:

- Se inició la estrategia de creación de contenido para vincularlo con las redes y generar tráfico en la Web.
- Pendiente el desarrollo de diferentes secciones de la página web.
- La página web actualmente funge solo como consulta, mas no ofrece servicios en línea lo que la hace poco atractiva para un mayor tráfico.

%de incremento de seguidores en Redes Sociales.

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

57%

% DE EJECUCION

57%

Se programó pasar de 43,507 a 87,014 los seguidores en las redes sociales, pero solo fue incrementada hasta 68,231.

Para el año 2017 se incorpora la Red Social LinkedIn.

Seguidores al cierre del 2017:

- Facebook: 40,808
- Twitter: 12,873
- Instagram: 13,854
- Linkedin: 511
- YouTube: 185

68,231
Seguidores

Incrementada un
85% la cantidad
de seguidores en
las Redes
Sociales.



Cantidad de campañas ejecutada en las redes sociales.

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
24	28	116%

Incrementada un 85% la cantidad de seguidores en las Redes Sociales.



% Usuarios satisfechos con la canalización de requerimientos vía redes sociales.

PROGRAMADO

95%

EJECUTADO

99%

% DE EJECUCION

104%

Incrementada un 85% la cantidad de seguidores en las Redes Sociales.



<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

Fortalecida un 95% la gestión comunicacional, manteniendo una presencia constante y positiva.



INDICADOR

Cantidad de encuentros y acciones de relacionamiento coordinadas con medios y periodistas.

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
28	30	107%

<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

Fortalecida un 95% la gestión comunicacional, manteniendo una presencia constante y positiva.



INDICADOR

Número de grupos de interés con mensajes estratégicos programados de manera oportuna.

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
2	0	0%



RESULTADO

Fortalecida un 95% la gestión comunicacional, manteniendo una presencia constante y positiva.



INDICADOR

Cantidad de regionales con planes de comunicación

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
3	0	0%



RESULTADO

Fortalecida un 95% la gestión comunicacional, manteniendo una presencia constante y positiva.



INDICADOR

Cantidad de regionales con auditoria de comunicación realizadas.

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
12	12	100%



% de ejecución del plan de difusión de información interna

PROGRAMADO

EJECUTADO

% DE EJECUCION

95%

100%

105%

Se recibieron un total de 573 solicitudes informaciones para ser difundidas:

- 292 boletines informativos
- 149 capsulas informativas
- 56 notas de prensas
- 76 correos de información general

Dentro de los factores influyentes podemos destacar los siguientes:

•Recepción y seguimiento de las solicitudes vía la cuenta

gcom@arssenasa.gob.do;

•La candelarización de las capsulas de difusión interna.

•La socialización de los resultados mediante la reunión que se realiza de manera mensual.

Logrado el 100% de ejecución del Plan de difusión de información interna.



<70%

70-79

80-89

>90

INDICADOR

Número de canales de comunicación siendo efectivos.

PROGRAMADO

8

EJECUTADO

0

% DE EJECUCION

0%

Logrado el 100% de ejecución del Plan de difusión de información interna.



<70%

70-79

80-89

>90

INDICADOR

% satisfacción de los colaboradores internos con la comunicación interna.

PROGRAMADO

95

EJECUTADO

No medido

% DE EJECUCION

No medido%

Logrado el 100% de ejecución del Plan de difusión de información interna.



<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

Fortalecida en un
85% la presencia de
marca



INDICADOR

% de incremento de la presencia de marca en medios de
comunicación

PROGRAMADO

85%

EJECUTADO

79%

% DE EJECUCION

93%

<70%

70-79

80-89

>90

Cantidad de contratos estratégicos

PROGRAMADO

40

EJECUTADO

50

% DE EJECUCION

80.1%

Se programó no exceder de 40 contratos estratégico y durante el año se mantuvieron activos 34 contratos estratégicos.

Fortalecida en un 85% la presencia de marca.



<70%

70-79

80-89

>90

Cantidad de planes de medios ejecutados.

PROGRAMADO

EJECUTADO

% DE EJECUCION

4

6

150%

**Fortalecida en un
85% la presencia de
marca**

Los planes de medios y acciones realizadas fueron los siguientes:

- Apertura de la nueva oficina habilitada en Sambil
- Apertura de la nueva oficina San Pedro
- Apertura de la nueva oficina San Francisco de Macorís
- Verano Saludable
- Cáncer Mama en hombres
- Cusifit y estación de jugos (Segunda parte Verano saludable).



Fortalecida 90% la identidad visual institucional.



% de piezas gráficas diseñadas en los tiempos establecidos.

PROGRAMADO

95%

EJECUTADO

88%

% DE EJECUCION

92%

Se recibieron un total de 634 solicitudes piezas gráficas, siendo respondidas 564 pudieron ser suministradas dentro del plazo propuesto inicialmente.

Factores que influyeron en el logro o no de los resultados.

- Gestión de los requerimientos,
- Alta demanda de los servicios de Identidad Visual,
- Recepción de solicitudes por diversas vías.

Cantidad de patrocinios realizados.

PROGRAMADO

36

EJECUTADO

44

% DE EJECUCION

122%

Fortalecida en un 85%
la presencia de marca.



<70%

70-79

80-89

>90

Cantidad de políticas, protocolos y lineamientos elaborados

PROGRAMADO

8

EJECUTADO

8

% DE EJECUCION

100%

Corrido el sSIPLA al 95%, incorporando la medición del nivel de madurez Institucional



Fueron elaborados los siguientes documentos :

- Protocolo de reserva y uso del CoSeNaSa.
- Política de cobertura a comparecencia de voceros.
- Protocolo para uso y aplicación de WhatsApp.
- Política de Comunicación Digital.
- Lineamiento para presupuestar materiales impresos y promocionales.
- Lineamiento auditoría de comunicación de oficinas regionales.
- Política de realización de eventos institucionales y patrocinio.
- Política de Responsabilidad Social Institucional.

<70%

70-79

80-89

>90

% de noticias positivas en los medios de comunicación.

PROGRAMADO

95%

EJECUTADO

96%

% DE EJECUCION

101%

Durante el año se presentaron un total de 2,075 noticias que se detallan de la siguiente manera:

- 325 noticias positivas independientes
- 1,312 noticias positivas propias
- 413 noticias neutras
- 25 noticias negativas.

Factores que influyeron en el logro o no de los resultados.

- Agenda mediática proactiva.
- Efectivo protocolo de cobertura y difusión externa.
- Constante búsqueda por parte de la GCOM para comunicar a la ciudadanía.

Fortalecida en un 85% la presencia de marca



<70%

70-79

80-89

>90

% de cumplimiento con el plan de posicionamiento del régimen subsidiado.

PROGRAMADO

EJECUTADO

% DE EJECUCION

100%

100%

100%

87 acciones realizadas :

○Aprobación del plan por parte de la Dirección Ejecutiva, la publicación de los valores autorizados en el periodo 2016-2017 en los periódicos El Dinero, El Listín Diario y El Caribe.

○70 publicaciones por redes sociales, 8 publicaciones en el portal institucional, 6 notas de prensas y 6 comunicados interno. Circulo Comunitarios de la Salud (CCS) del Régimen Subsidiado, mediatour institucional sobre los Circulos Comunitarios de Salud, cobertura de Jornadas de afiliación del Régimen Subsidiado en los diversos sectores, SeNaSa en cifra con montos y servicios autorizados en este régimen, publicado a través de las redes sociales.

Fortalecido en un 85% el posicionamiento institucional, a través de eventos de trascendencia



RESULTADO



Definida e implementada al 100% la estructura de mercadeo y despliegue de un 25% de la estrategia.



INDICADOR

Cantidad de procesos de mercadeo documentados.

PROGRAMADO

2

EJECUTADO

0

% DE EJECUCION

0%

<70%

70-79

80-89

>90

**Fortalecido en un 85%
el posicionamiento
institucional, a través
de eventos de
trascendencia.**



Cantidad de eventos de posicionamiento realizados.

PROGRAMADO

4

EJECUTADO

4

% DE EJECUCION

100%

Se programó realizar 4 eventos de posicionamientos y los mismos fueron realizados, lo que representa un 100% de ejecución.

Eventos realizados:

- Seminario internacional SEISE 2018.
- Lanzamiento del Recetario.
- Lanzamiento de Verano Saludable.
- Panel del estudio financiado a UNFPA.

Fortalecido en un 85% el posicionamiento institucional, a través de eventos de trascendencia.



Cantidad de acuerdos ventajosos entre la organización y grupos de interés

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
4	4	100%

Se programó realizar 4 eventos acuerdo ventajosos y los mismos fueron realizados en el marco de verano saludable lo que representa un 100% de ejecución.

Acuerdos Realizados:

- Roller
- Zona bici
- Vita Healthy
- CONADIS.

El acuerdo con CONADIS fue confirmado para el 3 de diciembre 2017, pero la fecha de firma quedó pospuesta.





**EVALUACIÓN DE
GESTIÓN
INSTITUCIONAL**
ENE-DIC 2017

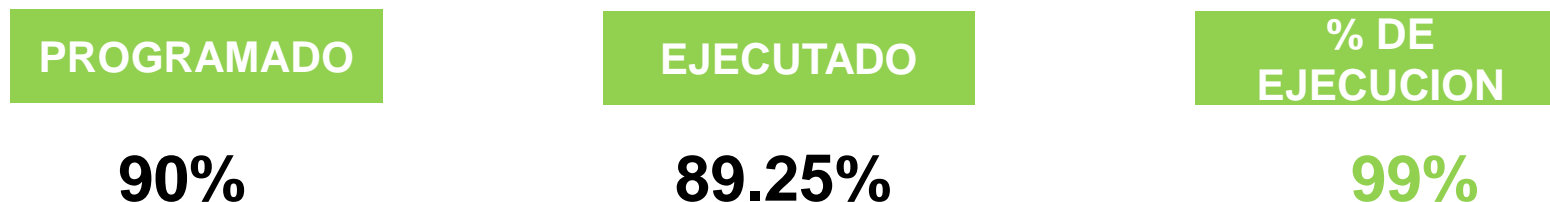
PLANIFICACIÓN OPERATIVA

**OFICINA DE
FISCALIZACIÓN
Y CONTROL
INTERNO**

Transformada la fiscalización y el control interno institucional a un modelo preventivo



% de plan de acción implementado por los involucrados



Factores que influyeron en el logro :

- El seguimiento continuo a las acciones planteadas en los informes. Igualmente, entre las Gerencias que tienen planes de acciones pendientes: Gerencia Financiera, ATU, Afiliación, Gerencia Administrativa, Gerencia de Salud y Gerencia de Tecnología.



INDICADOR

Cantidad de fiscalizaciones realizadas (Efectividad de Control Interno)

PROGRAMADO

174

EJECUTADO

168

% DE
EJECUCION

97%

- Revisión de procesos (Afiliación, ATU, inversiones, Compras, autorizaciones altos costos, reevaluaciones de PSS y proveedores, litigios, archivos, estados financieros, impuestos).
- Arqueos (Todos los fondos rotatorios en la sede y regionales, fondos de adecuaciones, reembolsos, ticket combustibles y peajes, cuentas corrientes de las diferentes regionales).
- Otras verificaciones (nóminas de PSS, nóminas de colaboradores, expedientes de compras, cheques, entradas de diario).

RESULTADO

**Transformada la
fiscalización y el
control interno
institucional a un
modelo preventivo**



<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

Transformada la fiscalización y el control interno institucional a un modelo preventivo



INDICADOR

Cantidad de procesos revisados

PROGRAMADO

8

EJECUTADO

7

% DE EJECUCION

88%

En el levantamiento de los procesos de gestión de Compras, presupuesto, contabilidad, RRHH, Control Interno y Tesorería fueron realizadas un total de 124 preguntas de una lista de chequeo, con el objetivo de determinar aspectos de mejoras sobre las acciones que realizan en su ejecución identificando los riesgos y los controles correspondientes.

Se identificaron 39 oportunidades de mejoras y 32 recomendaciones. La Gerencia Administrativa aceptó 13, de las cuales 3 ya se están realizando, y 2 serán implementadas con el nuevo ERP, y las restantes están en proceso de validación.

La Gerencia Financiera aceptó las 17 recomendaciones realizando los planes de acciones correspondientes.

<70%

70-79

80-89

>90

INDICADOR

RESULTADO

Cantidad de Documento Elaborado y/o Actualizado

PROGRAMADO

3

EJECUTADO

3

% DE
EJECUCION

100%

- Se actualizó el Manual de Fiscalización y Control Interno.
- Se elaboró la política de Viáticos, Pasajes al Exterior.
- Índice de trabajo

Transformada la fiscalización y el control interno institucional a un modelo preventivo



<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

Fortalecida la Investigación y Mitigación de Fraudes



INDICADOR

% de Implementación de las NOBACI.

PROGRAMADO

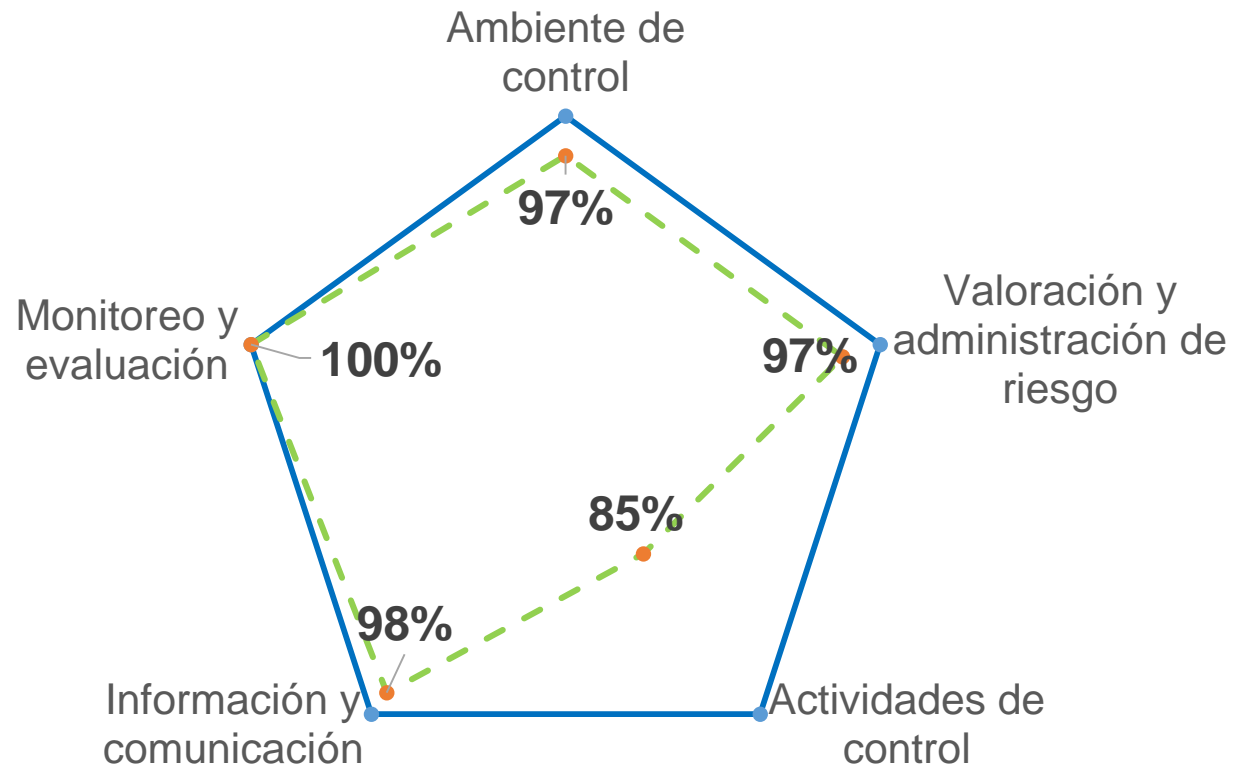
EJECUTADO

% DE EJECUCION

100%

95.21%

95%



—●— Programado

- -●- - Ejecutado

<70%

70-79

80-89

>90

Fortalecida la Investigación y Mitigación de Fraudes



Cantidad de charlas de sensibilización de Control Interno

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
1	1	100%

Se realizó un charlas dividido en cuatro bloques, sensibilizando a 120 colaboradores sobre el procedimiento de reembolso y el instructivo de uso de los fondos rotatorios para pago de reembolsos, entre los cuales se encontraban gerentes regionales, custodios y suplentes de fondos, auxiliares de atención al usuario, entre otros. Además de la charla de sensibilización sobre las normas básicas de control interno (NOBACI) a los gerentes de la institución.



INDICADOR

RESULTADO

% de plan de acción implementado por los involucrados a partir de las fiscalizaciones de sistemas

PROGRAMADO

85%

EJECUTADO

0%

% DE
EJECUCION

0%

En el presupuesto del 2016 se planificó la contratación de un auditor de TI, en el presupuesto del 2017 fue incluido, se excluyó esta contratación por parte de las Gerencia de RRHH y Planificación.

Transformada la fiscalización y el control interno institucional a un modelo preventivo



<70%

70-79

80-89

>90



**EVALUACIÓN DE
GESTIÓN
INSTITUCIONAL**
ENE-JUN 2017

PLANIFICACIÓN OPERATIVA

**CONSULTORÍA
JURÍDICA**

RESULTADO

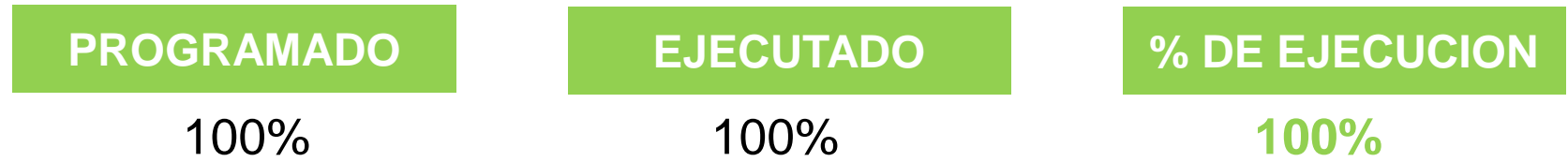


**Atendidos el 100%
los litigios que
involucran a SeNaSa**



INDICADOR

% de casos litigiosos conocidos ante los tribunales de la República

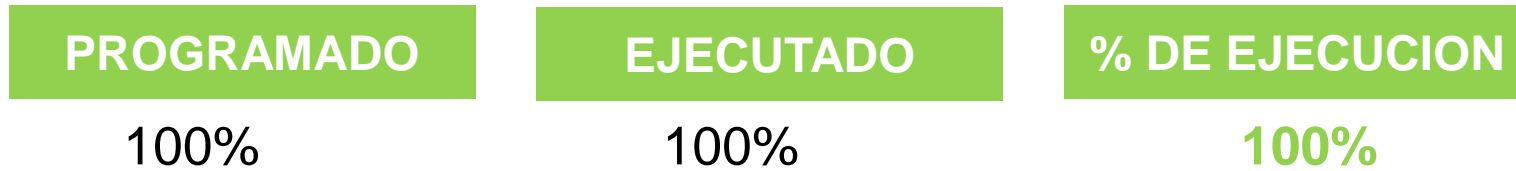


□ 4 asistencias a los tribunales de la República, relacionado a 2 casos de litigio presentados contra SeNaSa.



INDICADOR

% de Notificaciones de demandas recibidas y tramitadas en SeNaSa



En el 1er. semestre se recibieron 2 notificaciones de demandas laborales, las cuales fueron tramitadas rápidamente.

**Atendidos el 100%
los litigios que
involucran a SeNaSa**



**Respondidos el 100%
de los
requerimientos
externos recibidos en
SeNaSa en 10 días
hábiles**



**% de contratos, convenios, acuerdos y otros
documentos concluidos en tiempo oportuno**

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

100%

% DE EJECUCION

100%

En la recepción de requerimientos de las distintas gerencias de la institución, la Consultoría Jurídica procede a elaborar contratos y/o documento tan pronto como se les de entrada en el sistema.

Durante el semestre, fueron elaborados satisfactoriamente alrededor de 1,600 contratos y/o documentos (600 en el 1er trimestre, y 1000 en el 2do trimestre), entre estos: contratos de Planes complementarios, acuerdos de confidencialidad, descargos, contratos de bienes y servicios etc.

<70%

70-79

80-89

>90

INDICADOR

% de opiniones y consultas emitidas en 5 días hábiles

En este semestre fueron realizadas 20 opiniones y consultas, abarcando distintos temas como:

- Opinión Legal Contrato Megacentro
- Opinión para Gerencia Financiera Entorno al Pago Automatizado de PSS
- Opinión Legal Acuerdo Colegio Medico Dominicano
- Opinión Legal para La Oficina Supervisora de Obras del Estado

**Respondidos el 100%
de los
requerimientos
externos recibidos en
SeNaSa en 10 días
hábiles**



<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

**Respondidos el 100%
de los
requerimientos
externos recibidos en
SeNaSa en 10 días
hábiles**



INDICADOR

% de expedientes de reembolsos debidamente validados en el sistema

PROGRAMADO

100

EJECUTADO

100

% DE EJECUCION

100%

Una vez recibidos los expedientes, son trabajados y validados en el sistema, para el primer semestre fueron tramitados **11 solicitudes reembolsos.**

INDICADOR

% de participación de la Consultoría Jurídica en los diferentes Comités de la institución

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

87.5%

% DE EJECUCION

88%

Se asistió a todas las reuniones pautadas, y a partir de la reestructuración del área fue asumida la función de elaboración de actas de reunión, elaboración de resoluciones, adendas y todos los documentos que el Comité Compras y Ética así lo requiera.

**Respondidos el 100%
de los
requerimientos
externos recibidos en
SeNaSa en 10 días
hábiles**



RESULTADO

**Respondidos el 100%
de los
requerimientos
externos recibidos en
SeNaSa en 10 días
hábles**



INDICADOR

**% de contratos notificados 30 días antes de vencimiento
(primeros 3 días hábiles del mes anterior)**

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

100%

% DE EJECUCION

100%

Durante el primer semestre, a través del módulo de gestión de contratos se dio seguimiento a aquellos contratos próximos a vencer. Se enviaron las notificando a la Gerencia de Recursos Humanos del levantamiento realizado a los fines de verificar su renovación o no.

RESULTADO

**Respondidos el 100%
de los
requerimientos
externos recibidos en
SeNaSa en 10 días
hábiles**



INDICADOR

**% de Cesiones de Crédito debidamente recibidas en
SeNaSa**

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

95%

% DE EJECUCION

100%

Se recibieron **11 cesiones de crédito**, enviándose inmediatamente a la Gerencia Financiera.

INDICADOR

% de expedientes debidamente organizados en archivo

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

85%

% DE EJECUCION

85%

Con la implementación de la nueva estructura de la Consultoría Jurídica que busca que toda la información física se encuentre en modo digital, se inicio un proyecto para digitalizar todos los expedientes contenidos en el archivo, proceso este que se encuentra en marcha.

**Organizado el 100%
de expedientes
legales en archivo
físico y digital**





EVALUACIÓN DE
GESTIÓN
INSTITUCIONAL
ENE-DIC 2017

PLANIFICACIÓN OPERATIVA

**OFICINA DE
ACCESO A LA
INFORMACIÓN**

% de informaciones reutilizables actualizadas en el portal de Datos Abiertos de la República Dominicana

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

100%

% DE EJECUCION

100%

Se realizó la carga de los siguientes conjuntos de datos en los formatos CVS, XLS y ODS:

- 1.Cobertura Servicios por Especialidad Régimen Subsidiado
- 2.Cobertura Servicios de Salud Régimen Subsidiado
- 3.Requerimiento Atención al Usuario Diciembre
- 4.Diagnósticos Régimen Subsidiado
- 5.Cartera de Afiliados Régimen Subsidiado

En total se cargaron 15 conjuntos de datos en el año 2017, equivalente a 180 documentos.

Potencializado el Gobierno Abierto en SeNaSa



<70%

70-79

80-89

>90

RESULTADO

Potencializado el Gobierno Abierto en SeNaSa



INDICADOR

Cantidad de transmisiones en vivo realizadas trimestralmente

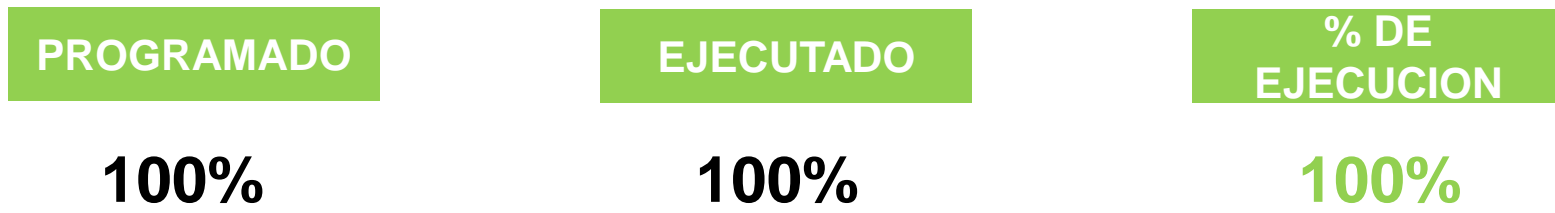
PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
3	1	33.3%

Se programaron tres transmisiones en vivo y solo se realizó una. Para lograr esta actividad es necesario el apoyo de Comunicaciones.



INDICADOR

% de cumplimiento en la respuesta de los casos registrados en el sistema 311



Todos los casos respondidos dentro del plazo legal de 15 días ordinarios, obteniendo un 100%, durante todo el año.

Se registraron 52 casos en el Sistema 311, los cuales tenemos 27 quejas, 24 reclamaciones y 1 sugerencia en todo el transcurso de año.

RESULTADO

Potencializado el Gobierno Abierto en SeNaSa



% de coordinación en la implementación de normativas OPTIC en SeNaSa

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

50%

% DE EJECUCION

50%

Potencializado el Gobierno Abierto en SeNaSa

Se programaron varias reuniones en la OPTIC, con el fin de acercamiento para recibir orientaciones y consecución de la implementación de las normativas A6 y A7. Luego Tecnología decidió proseguir con esta actividad en el 2018, debido a que tienen en curso unos proyectos que darán respuesta a dichas Normativas.

Fue realizado el encuentro SeNaSa y la OPTIC, para obtener la certificación NORTIC A1; NORTIC A6; NORTIC A 7 y NORTIC B1 e implementar un plan de mantenimiento de las 5 que ya tenemos.



<70%

70-79

80-89

>90

% de solicitudes de información respondidas dentro del plazo legal

PROGRAMADO

EJECUTADO

% DE
EJECUCION

100%

100%

100%

Fueron tramitadas **90** solicitudes de información pública conforme al registro de solicitudes las cuales 42 corresponden a los meses de enero-junio 2017 y 48 correspondiente a los meses julio-diciembre. Obteniendo un 100% en cumplimiento.

84 fueron respondidas en el tiempo hábil

4 fueron rechazadas

2 declinadas

El tiempo de respuesta fue el siguiente:

- 0-5 días 59 solicitudes
- 6-10 días 20 solicitudes
- 11-15 días 10 solicitudes
- 1 prórroga

Fomentado el Programa de Transparencia Institucional



<70%

70-79

80-89

>90

Fomentado el Programa de Transparencia Institucional



Índice de cumplimiento de estándares de transparencia institucional (DIGEIG)

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
100	100	100%

Para este año 2017, fue programado dar cumplimiento al 100% de los lineamientos de la DIGEIG y la ley de acceso a la información, lo cual se logró en un 100%. Contamos con las evaluaciones de enero a diciembre 2017, lo cual equivale a 12 evaluaciones en el año al 100%, con esta evaluación suma 42 meses seguidos obteniendo un 100%.

INDICADOR

Cantidad de monitoreos sobre Información Reservadas de la Institución realizados semestralmente

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
2	2	100%

La OAI programó dos monitoreos abarcando todas las gerencias y se realizaron los actos correspondientes. Se actualizó el índice de información reservada como clasificada logrando un 100%.

Fomentado el Programa de Transparencia Institucional



INDICADOR

Cantidad de actividades de la CEP coordinadas y realizadas por la OAI

PROGRAMADO

16

EJECUTADO

8

% DE
EJECUCION

50%

1. Coordinar conformación de Comité Electoral
2. Coordinación presentación de candidatos
3. Coordinación, solicitud y seguimiento herramienta de votación
4. Votaciones y conteo de votos elecciones CEP
5. Notificación a la institución y a DIGEIG de colaboradores electos
6. Coordinación participación miembros de la CEP en curso básico
7. Inducción por parte de la DIGEIG a la Comisión de Ética de SeNaSa
8. Inducción a los integrantes de la Comisión de Ética de SeNaSa fue cumplida en un 100%

Fomentado el Programa de Transparencia Institucional



<70%

70-79

80-89

>90

Cantidad de actividades de Promoción Externa de una Cultura de Transparencia en SeNaSa

Fomentado el Programa de Transparencia Institucional



PROGRAMADO

11

EJECUTADO

13

% DE EJECUCION

118%

1. Copatrocinio del primer seminario internacional sobre políticas públicas de transparencia.
2. Participación de la RAI de SeNaSa en el seminario.
3. Recorrido de la Red de Transparencia en SeNaSa.
4. Participación en la semana de la transparencia.
5. Participación en Mesa de transparencia para instituciones de la Seguridad Social.
6. Coordinación de reproducción de brochure institucionales.
7. Integración del SAIP en el Portal de transparencia institucional.
8. Charla en la TSS acerca de la integridad la misma fue impartida por la Licda. Sheilyn Acevedo.
9. Elaboración de Guía Digital para el uso del SAIP.
10. Coordinar cápsulas a difundir portal de transparencia "Correo contacta al Director".
11. Coordinar cápsulas a difundir portal de transparencia "acuerdo con DIGEIG".
12. Coordinar cápsulas a difundir portal de transparencia "Auditoría Externa".
13. Coordinar cápsulas a difundir portal de transparencia "Compras y Contrataciones".

<70%

70-79

80-89

>90

INDICADOR

Cantidad de estudiantes sensibilizados en materia de transparencia

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
1,800	42	2.3%

De 1,800 estudiantes programados, se logró sensibilizar 42.

No se logró la totalidad debido a que MINERD debía autorizar los centros educativos identificados por nosotros, luego enviarnos los datos para nosotros proceder, fue coordinada una escuela en septiembre, donde impartimos la charla.

Fomentado el Programa de Transparencia Institucional



<70%

70-79

80-89

>90

Cantidad de monitoreos sobre Información Reservadas de la Institución realizados semestralmente

Fomentado el Programa de Transparencia Institucional

PROGRAMADO

19

EJECUTADO

19

% DE EJECUCION

100%

- Consultoría Jurídica: 1 acto
- GSAUP: 2 actos
- GCOM: 1 acto
- Gerencia de Salud: 1 acto
- GGH: 1 acto
- GPLAD: 7 actos
- GTI: 2 actos
- GCAL: 4 actos



INDICADOR

Cantidad de actividades de promoción Interna de una Cultura de Transparencia institucional

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
13	2	16%

1. Capacitación a los enlaces de a OAI.

2. Reconocimiento de la gerencia por el cumplimiento de la Matriz Informativa, fueron reconocidas las siguientes gerencias: Financiera y Planificación.

Fomentado el Programa de Transparencia Institucional



<70%

70-79

80-89

>90

Fomentado el Programa de Transparencia Institucional

Porcentaje de procesos de la OAI normalizados

PROGRAMADO

100%

EJECUTADO

100%

% DE EJECUCION

100%

Se programó seguir en cumplimiento de los procesos normalizados de acuerdo a las políticas y procedimientos que rige la OAI, logrando las siguientes políticas:

- Política para la administración de información reutilizable del portal de datos abiertos.
- Política para la Administración del portal 311
- Políticas y procedimientos para el levantamiento, actualización y clasificación de la información.

<70%

70-79

80-89

>90



Cantidad de monitoreos de cumplimiento normativo de SeNaSa realizados por la OAI

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
1	1	100%

Fueron analizados con la unidad de Cumplimiento Regulatorio aquellas cuestiones a las que debe responder la OAI, de acuerdo a las normativas y legislación vigente. Se realizaron una serie de mejoras al Portal de Transparencia, de acuerdo a lo establecido por Resolución de DIGEIG.

- 1.Oficina de Acceso a la Información
- 2.Compras y Contrataciones
- 3.Declaraciones Juradas
- 4.Recursos Humanos
- 5.Finanzas
- 6.Gobierno Abierto
- 7.Comisión de Ética

Colaboración de GFIN. GADM, CJ, GPLAD y DIGEIG, seguimiento y monitoreo de la OAI

Fomentado el Programa de Transparencia Institucional



<70%

70-79

80-89

>90



**EVALUACIÓN DE
GESTIÓN
INSTITUCIONAL**
ENE-DIC 2017

PLANIFICACIÓN OPERATIVA

**OFICINA DE
ESTUDIOS
ACTUARIALES Y
RIESGOS DEL
SEGURO**

Cantidad de propuestas e informes que contribuyan a la gestión de riesgo de seguros de salud

PROGRAMADO

EJECUTADO

% DE EJECUCION

15

14

93%

1. Conformación los grupos de riesgos del RS
2. Dos informes de Análisis de Tarifas (Tarifas Cirugías ortopédicas, Tarifas altas cirugía general)
3. Propuesta de tipificación de afiliados de PC
4. Informe de Gestión de Riesgo 2016
5. Propuesta para sistematización de presupuesto de gasto en salud.
6. Informe incidencia de cáncer RC 2016
7. Análisis de Costo del RC año 2016
8. Informe de Análisis Benchmarking de Siniestralidad por ARS de la competencia,
9. Tres informes de análisis de consumo de Medicamentos.
10. Dos informes de Benchmarking de resultados financieros por ARS de la competencia
11. Un Análisis de Siniestralidad por grupo de riesgos. Este último no fue realizado porque al finalizar el trimestre, la GSS no había concluido la priorización de los procedimientos por grupos de riesgos.

Fortalecida la gestión efectiva del riesgo en salud con 30 propuestas e informes para la gestión



Fortalecida la gestión efectiva del riesgo en salud con 30 propuestas e informes para la gestión



% de siniestralidad por régimen y planes

PROGRAMADO

88%

EJECUTADO

92%

% DE EJECUCION

95.7%

La meta era de 88% de siniestralidad. Al cierre de año 2017, el acumulado fue de 92.12%:

- RC 89.2%
- RS 92.0%
- Pensionados de Hacienda 127.5%
- Pensionados de la Policía 108.8%
- Pensionados del Salud 141.7%
- Pensionados del las FFAA 94%
- Camat RC 163.9 %
- Camat RS 146.3%
- Planes Complementarios 25.3%
- Planes Voluntarios 52.2%.

Cantidad de informes que Alertan sobre las sostenibilidad financiera de la gestión de aseguramiento

PROGRAMADO

96

EJECUTADO

103

% DE
EJECUCION

107%

- Dashboard semanal (52)
- Dashboard mensual de siniestralidad y gasto en salud (8)
- Informes trimestral de siniestralidad y gastos de salud (4)
- Propuesta de suficiencia de prima por planes de salud (2)
- Ranking de empresas de mayor siniestralidad en el RC (12)
- Ranking de empresas de mayor siniestralidad en PC (12)
- Evaluación a los procesos del bordereaux (4)
- Informe de impacto económico afiliados policías (1)
- Informe de impacto económico de los afiliados de SeNaSa (1)
- Informe de costo del PDSS del RC año 2016 (1),
- Informe de Nota Técnicas por Plan (4)
- Evaluación de suficiencia y actualización de prima de planes de salud (2),

Consolidada la gestión de alertas, reportados 108 insumos que contribuyen a la garantía de sostenibilidad



<70%

70-79

80-89

>90

Entregados y actualizados 17 productos actuariales de afiliación oportunamente



Cantidad de nuevos productos actuariales diseñado

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
4	4	100%

Para el año 2017, se planificaron realizar 4 nuevos productos para la gestión de afiliación, consistieron en :

- 2 Informes de hallazgos de movimientos de entrada y salida de afiliados
- Propuesta del plan de salud para las empresas PIMES
- Propuesta de planes voluntarios para accidentes de transito.



Cantidad de productos actuariales actualizados y entregados para la gestión de afiliación

PROGRAMADO

7

EJECUTADO

5

% DE EJECUCION

71.4%

Entregados y actualizados 17 productos actuariales de afiliación oportunamente

De los productos programados y entregados:

1. Actualizaciones de análisis de movimiento de entrada y salidas de afiliados ,
2. 1 Análisis de impacto económico por relación de dependencia en el RC,
3. 1 Estudio de relación de dependencia por ARS de la Competencia en el RC,
4. 1 Estudio de relación de dependencia por empresa del afiliado,
5. Formulación y discusión de las proyecciones de población afiliada,
6. **Metodología y calculo de la relación de dependencia, este ultimo no se realizó al cierre de año 2017.**

<70%

70-79

80-89

>90



% de esquemas de información cargados y procesados mensualmente por SIMON /SISALRIL

PROGRAMADO

EJECUTADO

% DE EJECUCION

100%

98%

98%

Entregado el 100% de los esquemas de SISALRIL y otras informaciones oportunamente

De los 179 esquemas programados para cargar en el año 2017, se ejecutaron 174 de los cuales se detallan los siguientes tipos:

- 12 esquemas-05
- 12 esquemas-06
- 22 esquemas-07
- 12 esquemas-31
- 11 esquemas-32
- 11 esquemas-33
- 11 esquemas-34
- 24 esquemas-35
- 17 esquemas-36
- 21 esquemas 37
- 11 esquemas 40
- 9 esquemas 28

Esquemas nuevos implementados en el año: 28, 32,33,34, 36 RC, Están pendientes por cargar 2 esquemas 07, 3 esquemas 37 por tema pendiente de solucionar en autorizaciones con valor pagado y pendientes con relación a cuadro con el E05.

<70%

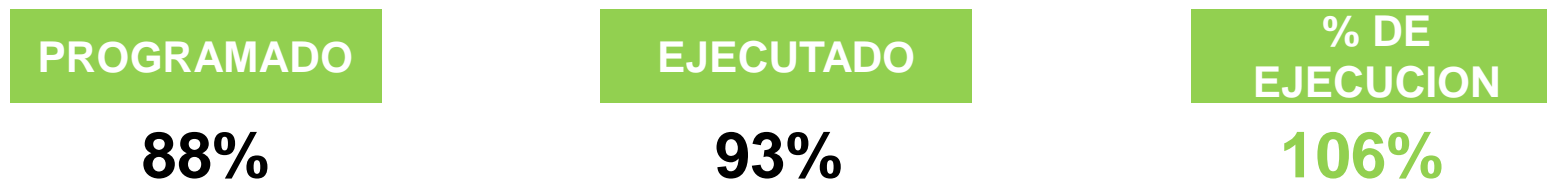
70-79

80-89

>90



% de incidencias registradas en las cargas de esquemas al SIMON/ SISALRIL y solucionadas por la GTI



En todo el año 2017 se identificaron 380 incidencias de errores en el proceso de carga de los esquemas, ya han sido solucionadas 374 al cierre de año, lo cual representa el 98%.

Quedaron pendiente 6 incidencias de errores los cuales tienen que ver con cuadro del esquema 07 (reclamaciones de pago) con el E05 (Balanza de Comprobación) por diferencia en los estados de las autorizaciones.

- Diferencias en los montos de autorizaciones pendientes de liquidación (estado 1),
- Diferencias en los montos reclamados o liquidados (estado 2)
- Diferencias en los montos pagados (estado 3)
- Autorizaciones anuladas (estado 10), Volúmenes altos en valor y cantidad a partir del 2do semestre.
- Autorizaciones anuladas que corresponden a otro estado.
- Solo se han estado reportando 4 estados de las autorizaciones de 17 estados clasificados por SISALRIL.

Esta situación está en proceso de solución a cargo de Coordinación Técnica y la GTI de SeNaSa la GFIN y la OEARS, con la SISALRIL.

Entregado el 100% de los esquemas de SISALRIL y otras informaciones oportunamente



% de informaciones requeridas y entregadas en tiempo oportuno a los usuarios

PROGRAMADO	EJECUTADO	% DE EJECUCION
100%	98%	98%

Se recibieron 65 requerimientos de informaciones de estadísticas actuariales, de los cuales se les dio respuesta a 64 en tiempo oportuno.

Estos requerimientos han sido entregados a las áreas de gestión:

- DE
- GCOM
- GAFI
- GSS
- OAI
- GFIN.

Hubo un requerimiento no entregado en tiempo oportuno debido a que la persona usuaria no retiró el documento porque demandaba incluir información restringida, vía la OAI.

Entregado el 100% de los esquemas de SISALRIL y otras informaciones oportunamente



Cantidad de innovaciones de desarrollo de la OEARS implementadas

PROGRAMADO

EJECUTADO

% DE EJECUCION

3

3

100%

- 1) Se realizó un Análisis del impacto de gasto en salud en afiliados que padecen de cáncer.
- 2) Se diseñó un mapa geo-referencial de siniestralidad por provincia, el cual se actualiza con fuente de datos en Excel.
- 3) Desarrollar un procedimiento de validación de esquemas 35 / 05 en formato Txt, con el SPSS, Descifrando dichos esquemas y realizando análisis de data cruzado, previo a la carga al SIMON/SISALRIL.

Fortalecido el Sistema Actuarial y de Gestión del Riesgo de Seguro de SeNaSa, Documentado 6 de sus procesos



<70%

70-79

80-89

>90

Fortalecido el Sistema Actuarial y de Gestión del Riesgo de Seguro de SeNaSa, Documentado 6 de sus procesos



Cantidad de procesos actuariales documentados

PROGRAMADO

EJECUTADO

% DE EJECUCION

8

9

113%

1. Procedimiento de carga de los esquemas de información que se reporta a la SISALRIL.
2. Manual de funciones de la Oficina de Estudios Actuariales y Riesgos de Seguro.
3. Procedimiento de alerta y de detección de fraude.
4. Procedimiento de elaboración de nota técnica
5. Procedimiento para producción del reporte semanal de gasto en salud.
6. Procedimiento de calculo e informe de siniestralidad.
7. La descripción y diagrama del procedimiento de estructuración y análisis de los grupos de riesgos.
8. Descripción y diagrama del procedimiento de evaluación de suficiencia técnica de planes.
9. Descripción y diagrama de procedimiento de cálculos de nuevos planes de seguro.

Cantidad de propuestas de mejora implementadas en la estructura y los sistemas de información

PROGRAMADO

8

EJECUTADO

8

% DE
EJECUCION

100%

1. Propuesta de mejora en el procedimiento de cálculo de la siniestralidad.
2. Plan de mejora para la data del esquema 36 (diagnósticos de coberturas afiliados al RS) a requerimiento de la SISALRIL.
3. Implementación en la tabla de reportaría del servidor SNS-PSS-001 un reporte de afiliados fallecidos con sus variables por régimen y planes.
4. Implementación del Esquema 36 del Régimen Contributivo a requerimiento de la SISALRIL, para el manejo del riesgo por enfermedades.
5. Incluir en el reporte de Primas Planes Complementarios, una variable de cálculo en columna que contenga la suma del Monto Plan, por NSS de la fecha seleccionada.
6. Implementación y seguimiento del esquema 28 para reportar a la SISALRIL la red de prestadores: Centros de Salud y Profesionales de la Salud de los regímenes y planes.
7. Elabora en la tabla de repostería del servidor SNM-PSS-001, Un reporte con todas las variables de las auditorias para el RC.
8. Cuando se hacen solicitudes a servicio al usuario, se propuso agregar nombre a la codificación de los requerimientos, para saber a que solicitud responde el requerimiento y a quien fue asignado para dar seguimiento.

Implementadas 8
propuestas de
mejora en la
estructura y los
sistemas de
información



<70%

70-79

80-89

>90

Cantidad de planes de salud con sus presupuestos sistematizados e implementados

PROGRAMADO

EJECUTADO

% DE EJECUCION

3

3

100%

Durante el año 2017 la OEARS, se planteo como meta formalizar la sistematización del presupuesto de gasto en salud del PDSS para el Régimen contributivo, una propuesta de presupuesto para Planes Complementarios y presupuesto de gasto en salud del PDSS para el Régimen Subsidiado.

Como punto de partida ya existía una plataforma de presupuesto que se trabajaba en Excel y se actualizaba manualmente. Con el apoyo de la GTI para el acceso a las bases de datos y la iniciativa de recursos técnico de la OEARS, con la dedicación proactiva del equipo de trabajo, fue posible darle salida a este producto.

Implementado la estructura sistematizada del Presupuesto del Gasto en Salud en SeNaSa

