



**DIRECCIÓN GENERAL  
DE SANIDAD MILITAR**

# **Indicadores**

## **Plan de Acción I Semestre**

**2025**



## Tabla de Contenido

|       |                                                                                                                                                                            |           |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1     | Mejoramiento en la rectoría y gobernabilidad del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares, para el fortalecimiento de la gestión, su gerenciamiento y administración..... | 11        |
| 1.1   | <b>Área de Sistemas Integrados (ARSIG).....</b>                                                                                                                            | <b>11</b> |
| 1.1.1 | Porcentaje de Ejecución del Plan de Trabajo SIG .....                                                                                                                      | 11        |
| 1.2   | Grupo Gestión del riesgo (GRERI) .....                                                                                                                                     | 12        |
| 1.2.1 | Cumplimiento de la ISO 14001 – SGA .....                                                                                                                                   | 12        |
| 1.3   | <b>Grupo de Talento Humano (GRUTH).....</b>                                                                                                                                | <b>13</b> |
| 1.3.1 | Plan Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo.<br>13                                                                                                |           |
| 1.4   | <b>Grupo Gestión Financiera (GRUFI) .....</b>                                                                                                                              | <b>14</b> |
| 1.4.1 | Porcentaje Ejecución presupuestal .....                                                                                                                                    | 14        |
| 2     | Reingeniería del modelo de gerenciamiento y administración del Sistema....                                                                                                 | 15        |
| 2.1   | <b>Grupo de Contratación (GRUCO).....</b>                                                                                                                                  | <b>15</b> |
| 2.1.1 | Porcentaje del avance de las actividades de catalogación. ....                                                                                                             | 15        |
| 2.2   | <b>Área de Sistemas Integrados (ARSIG).....</b>                                                                                                                            | <b>16</b> |
| 2.2.1 | Porcentaje de cumplimiento del seguimiento a la administración de los riesgos                                                                                              | 16        |
| 3     | Mejoramiento de la atención integral en salud y la prestación de servicios de salud. ....                                                                                  | 17        |
| 3.1   | <b>Grupo Gestión del riesgo (GRERI).....</b>                                                                                                                               | <b>17</b> |
| 3.1.1 | Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento. ....                                                                                                                    | 17        |
| 3.1.2 | Cobertura vacunación en niños menores de cinco años del SSFM. 18                                                                                                           |           |
| 3.1.3 | Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal.....                                                                                  | 19        |
| 3.1.4 | Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica<br>19                                                                                                  |           |
| 3.1.5 | Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM. . 20                                                                                                       |           |
| 3.1.6 | Avances en la Implementación de la RIA para la población con Riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente SSFM-DIGSA                              | 21        |
| 3.2   | <b>Grupo Aseguramiento en Salud (GRUAS).....</b>                                                                                                                           | <b>22</b> |
| 3.2.1 | Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud.....                                                                              | 22        |
| 3.2.2 | Porcentaje de comités gestionados para el subsistema de salud de las fuerzas militares .....                                                                               | 23        |
| 3.2.3 | Proporción de vigilancia de acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.....                                                                                 | 23        |
| 3.2.4 | Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de los Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud.....                                                | 24        |
| 3.2.5 | Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza. ....                                            | 27        |
| 3.2.6 | Gestión de eventos e incidentes serios y no serios asociados a dispositivos médicos.....                                                                                   | 28        |





|            |                                                                                                                                                             |           |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.2.7      | Porcentaje de Mantenimiento para fortalecimiento de la dotación biomédica en el SSFM. ....                                                                  | 29        |
| 3.2.8      | Porcentaje de cumplimiento al programa de auditoria red externa del SSFM. ....                                                                              | 30        |
| 3.2.9      | Porcentaje de cumplimiento implementación AMEC .....                                                                                                        | 30        |
| <b>3.3</b> | <b>Grupo Prestación y Operación de Servicios de Salud (GROSD) .....</b>                                                                                     | <b>31</b> |
| 3.3.1      | Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad. ....                                                                       | 31        |
| 3.3.2      | Oportunidad Autorizaciones al usuario a una institución de mayor complejidad. ....                                                                          | 32        |
| 3.3.3      | Porcentaje Demanda insatisfecha .....                                                                                                                       | 32        |
| 3.3.4      | Porcentaje de disponibilidad oferta de servicios por nivel de complejidad de acuerdo con normatividad vigente. ....                                         | 33        |
| 3.3.5      | Consumo de medicamentos .....                                                                                                                               | 34        |
| 3.3.6      | Adherencia al programa de farmacovigilancia .....                                                                                                           | 34        |
| <b>3.4</b> | <b>Grupo de Salud Operacional (GRUSO) .....</b>                                                                                                             | <b>35</b> |
| 3.4.1      | Tasa heridos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM                                                                                           | 35        |
| 3.4.2      | Tasa de muertos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM. ....                                                                                  | 36        |
| <b>3.5</b> | <b>Grupo Atención al Usuario y Participación Social (GRAPS) .....</b>                                                                                       | <b>36</b> |
| 3.5.1      | Tasa de PQRS .....                                                                                                                                          | 36        |
| 3.5.2      | Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días. ....                                                                                                         | 37        |
| 3.5.3      | Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos. ....                                                                                             | 38        |
| 3.5.4      | Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar .....                                                                                                     | 38        |
| 3.5.5      | Seguimiento a los compromisos en los espacios de participación social por territorio. ....                                                                  | 39        |
| 3.5.6      | Percepción de los usuarios respecto a la humanización del servicio de salud en los ESM. ....                                                                | 40        |
| <b>3.6</b> | <b>Grupo Gestión de Afiliaciones (GRUGA) .....</b>                                                                                                          | <b>40</b> |
| 3.6.1      | Usuarios inactivados en Base Datos SSFM por causales de extinción de derechos .....                                                                         | 40        |
| <b>3.7</b> | <b>Área de Comunicaciones Estratégicas y Gestión del Cambio (ARCOM) .....</b>                                                                               | <b>41</b> |
| 3.7.1      | Estadística de publicaciones generadas de acuerdo a solicitudes de la entidad .....                                                                         | 41        |
| 3.7.2      | Relacionamiento de los usuarios con los canales digitales vigentes en la entidad. ....                                                                      | 42        |
| 3.7.3      | Impacto de las publicaciones de las redes sociales. ....                                                                                                    | 42        |
| 3.7.4      | Percepciones generadas de las actividades de Gestión del Cambio                                                                                             | 43        |
| <b>3.8</b> | <b>Grupo de Talento Humano (GRUTH) .....</b>                                                                                                                | <b>43</b> |
| 3.8.1      | Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitación. ....                                                                                                      | 43        |
| <b>4</b>   | <b>Fortalecimiento y modernización de la capacidad tecnológica y científica de la red propia de la Sanidad Militar y del Hospital Militar Central. ....</b> | <b>45</b> |
| <b>4.1</b> | <b>Área de Desarrollo Institucional (ARDEI) .....</b>                                                                                                       | <b>45</b> |
| 4.1.1      | Ejecución de los recursos de inversión. ....                                                                                                                | 45        |





|       |                                                                                                                                                               |    |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5     | Desarrollo del estudio y propuesta de reestructuración de la planta de personal de Sanidad Militar y del Hospital Militar Central. ....                       | 46 |
| 5.1   | <b>Grupo de Talento Humano (GRUTH)</b> .....                                                                                                                  | 46 |
| 5.1.1 | Porcentaje de ejecución del Plan de Previsión de Recursos Humanos. ....                                                                                       | 46 |
| 6     | Diseño, implementación y desarrollo el sistema de costos y la estructuración del estudio técnico de suficiencia de recursos en cada Subsistema de Salud. .... | 47 |
| 6.1   | <b>Grupo Sistema Integral de Información — Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (SISAM)</b> .....                                               | 47 |
| 6.1.1 | Estabilidad de la operación de la plataforma tecnológica. ....                                                                                                | 47 |
| 6.1.2 | Nivel de Avance implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI. ....                                                                                      | 48 |
| 6.1.3 | Nivel de Avance Actividades Plan de Transformación Digital. ....                                                                                              | 48 |
| 6.2   | <b>Grupo Gestión de la Información (GRUGI)</b> .....                                                                                                          | 49 |
| 6.2.1 | Avance implementación Modelo Gobierno de Datos. ....                                                                                                          | 49 |
| 7     | Diseño, implementación y desarrollo el sistema de costos y la estructuración del estudio técnico de suficiencia de recursos en cada Subsistema de Salud. .... | 50 |
| 7.1   | <b>Área de Costos y Estadística (ARCYE)</b> .....                                                                                                             | 50 |
| 7.1.1 | Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS. ..                                                                                          | 50 |
| 7.1.2 | Porcentaje de gasto de la red externa sustentado en RIPS.....                                                                                                 | 51 |
| 8     | Diseño, implementación y desarrollo el sistema de costos y la estructuración del estudio técnico de suficiencia de recursos en cada Subsistema de Salud. .... | 52 |
| 8.1   | <b>Grupo Asuntos Legales (GRULE)</b> .....                                                                                                                    | 52 |
| 8.1.1 | Total, conceptos de viabilidad jurídico. ....                                                                                                                 | 52 |
| 9     | Acrónimos .....                                                                                                                                               | 53 |
| 10    | Definiciones .....                                                                                                                                            | 54 |





## Contenido de Tablas

|                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Porcentaje de ejecución del Plan de Trabajo SIG.....                                                                            | 11 |
| Tabla 2. Cumplimiento de la ISO 14001 - SGA.....                                                                                         | 12 |
| Tabla 3. Plan Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo.....                                                       | 13 |
| Tabla 4. % Ejecución presupuestal trimestral .....                                                                                       | 14 |
| Tabla 5. Porcentaje del avance de las actividades de catalogación.....                                                                   | 15 |
| Tabla 6. Porcentaje de cumplimiento del seguimiento a la administración de los riesgos.....                                              | 16 |
| Tabla 7. Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.....                                                                          | 17 |
| Tabla 8. Población que no registra atenciones de valoración integral 2020-2024.....                                                      | 17 |
| Tabla 9. Cobertura vacunación en niños menores de cinco años del SSFM .....                                                              | 18 |
| Tabla 10. Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal .....                                     | 19 |
| Tabla 11. Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica ....                                                       | 19 |
| Tabla 12. Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM.....                                                            | 20 |
| Tabla 13. Cobertura de la atención integral en salud de la población víctimas del conflicto.....                                         | 21 |
| Tabla 14. Avances en la Implementación de la RIA.....                                                                                    | 21 |
| Tabla 15. Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud.....                                  | 22 |
| Tabla 16. Porcentaje de comités gestionados para el subsistema de salud de las fuerzas militares .....                                   | 23 |
| Tabla 17. Proporción de vigilancia de acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.....                                     | 23 |
| Tabla 18. Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de los Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud.....    | 24 |
| Tabla 19. Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza..... | 27 |
| Tabla 20. Gestión de eventos e incidentes serios y no serios asociados a dispositivos médicos.....                                       | 28 |
| Tabla 21. Porcentaje de Mantenimiento para fortalecimiento de la dotación biomédica en el SSFM.....                                      | 29 |
| Tabla 22. Porcentaje de auditorías .....                                                                                                 | 29 |
| Tabla 23. Porcentaje de cumplimiento al programa de auditoria red externa del SSFM .....                                                 | 30 |
| Tabla 24. Porcentaje de cumplimiento al programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad del SSFM.....                           | 30 |
| Tabla 25. Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.....                                           | 31 |
| Tabla 26. Oportunidad de la autorización de Servicios.....                                                                               | 32 |
| Tabla 27. Porcentaje Demanda insatisfecha .....                                                                                          | 32 |
| Tabla 28. Porcentaje de disponibilidad oferta de servicios por nivel de complejidad de acuerdo con normatividad vigente .....            | 33 |
| Tabla 29. Consumo de medicamentos .....                                                                                                  | 34 |
| Tabla 30. Adherencia al programa de farmacovigilancia .....                                                                              | 34 |





|                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 31. Tasa de PQRS.....                                                                            | 36 |
| Tabla 32. Variables del Indicador de Tasa.....                                                         | 37 |
| Tabla 33. Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días .....                                          | 37 |
| Tabla 34. Variables del Indicador Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días .....                  | 37 |
| Tabla 35. Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos.....                               | 38 |
| Tabla 36. Variables del Indicador de usuarios que conocen sus deberes y derechos .....                 | 38 |
| Tabla 37. Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar .....                                      | 38 |
| Tabla 38. Variables del indicador Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar .....              | 39 |
| Tabla 39. Seguimiento a los compromisos en los espacios de participación social por territorio.....    | 39 |
| Tabla 40. Percepción de los usuarios respecto a la humanización del servicio de salud en los ESM ..... | 40 |
| Tabla 41. Usuarios inactivados en Base Datos SSFM por causales de extinción de derechos .....          | 40 |
| Tabla 42. Estadística de publicaciones generadas de acuerdo a solicitudes de la entidad .....          | 41 |
| Tabla 43. Relacionamiento de los usuarios con los canales digitales vigentes en la entidad .....       | 42 |
| Tabla 44. Impacto de las publicaciones de las redes sociales .....                                     | 42 |
| Tabla 45. Percepciones generadas de las actividades de Gestión del Cambio ...                          | 43 |
| Tabla 46. Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitación.....                                        | 43 |
| Tabla 47. Ejecución de los recursos de inversión .....                                                 | 45 |
| Tabla 48. Porcentaje de ejecución del Plan de Previsión de Recursos Humanos.....                       | 46 |
| Tabla 49. Planta Efectiva a corte 30 de junio.....                                                     | 46 |
| Tabla 50. Estabilidad de la operación de la plataforma tecnológica.....                                | 47 |
| Tabla 51. Nivel de Avance implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI. ....                     | 48 |
| Tabla 52. Nivel de Avance Actividades Plan de Transformación Digital.....                              | 48 |
| Tabla 53. Avance implementación Modelo Gobierno de Datos.....                                          | 49 |
| Tabla 54. Actividades Desarrolladas al I Semestre 2025.....                                            | 49 |
| Tabla 55. Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS.....                        | 50 |
| Tabla 56. Porcentaje de gasto de la red externa sustentado en RIPS. ....                               | 51 |
| Tabla 57. Total, conceptos de viabilidad jurídico .....                                                | 52 |
| Tabla 58. Conceptos de Viabilidad Jurídica .....                                                       | 52 |





## Contenido de Ilustraciones

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| Ilustración 1. Ejecución presupuestal a cierre 30 de Junio de 2025.....   | 14 |
| Ilustración 2. Cumplimiento por Fuerza. ....                              | 33 |
| Ilustración 3. Ejecución Presupuestal de los Proyectos de Inversión. .... | 45 |





## Introducción

El presente documento expone el monitoreo de indicadores de Plan de Acción 2025 del SSFM al primer semestre 2025, en cumplimiento del **Acuerdo 092 del 28 de enero de 2025** *“Por el cual se define el Plan de Acción para la vigencia 2025 del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y del Subsistema de Salud de la Policía Nacional”*.

El documento desglosa cada iniciativa estratégica con la medición de cada uno de los indicadores definidos para cada producto de Plan de Acción 2025.

Este análisis realiza una retroalimentación del monitoreo, control y seguimiento constante de los indicadores mediante la herramienta Suite Visión empresarial, en búsqueda de medir la gestión de cada producto y los resultados del Plan de Acción 2025 aprobado por el CSSMP.

A continuación, se expone los resultados al primer semestre 2025 en relación con las iniciativas estratégicas del Plan Estratégico Institucional y el comportamiento de sus indicadores según periodicidad y cumplimiento de metas. Lo anterior con fines de gestión y de transparencia de la información.







# Tablero de Control Plan de Acción SSFM e Indicadores 2024 - 2026

## GRUAS

- Porcentaje Comités Gestionados para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. 88.77%
- Cumplimiento Capacidad Tecnológica y Científica. 92.44%
- Cumplimiento Implementación AMEC. 97.84%
- Proporción de Vigilancia de Acciones Inseguras en la Prestación de Servicios en Salud. 87.86%
- Cumplimiento en la Implementación MATIS. (N.D.)%
- Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de los Indicadores Calidad en Salud. 100.00%
- Porcentaje de Cumplimiento al Programa de Auditoría Red Externa del SSFM. 100.00%
- Porcentaje Cumplimiento Programa de Auditorías. 100.00%
- Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica. (N.D.)%
- Gestión de Eventos e Incidentes Serios y no Serios Asociados a Dispositivos Médicos. 85.71%
- Porcentaje de Mantenimiento para Fortalecimiento de la Dotación Biomédica en el SSFM. (N.D.)%

## GRERI

- Cobertura de Vacunación en Niños Menores de Cinco Años del SSFM. 43.80%
- Cobertura de usuarios con Certificado de Discapacidad del SSFM. 6.58%
- Numero de Gestantes Captadas antes de la Semana 10 por la Ruta Materno Perinatal. 74.54%
- Cumplimiento de la ISO 14001 - SGA. 83.00%
- Cobertura de la Atención Integral en Salud de la Población Víctimas del Conflicto Armado. 26.75%
- Avance en la implementación de la Ruta Ambiental. (N.D.)%
- Cobertura de la Ruta de Riesgo Cardio Cerebro Vascular y Metabólica. 68.22%
- Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento. 33.70%

## GRUSO

- Tasa Heridos Dentro y Fuera del Combate del Personal Militar SSFM. 55.85
- Tasa de Muertos Dentro y Fuera del Combate del Personal Militar SSFM. 7.36

## GROSD

- Consumo de Medicamentos. 1.2%
- Adherencia al Programa de Farmacovigilancia. (N.D.)%
- Porcentaje de Disponibilidad Oferta de Servicios por Nivel de Complejidad. 95.00%
- Oportunidad de la Autorización de Servicios hacia la Red Externa. 96.72%
- Oportunidad de la Referencia del Usuario a una institución de Mayor Complejidad. 83.62%

## GROSD

- % Demanda Insatisfecha Medicina General. 1.54%
- % Demanda Insatisfecha Medicina Interna. 26.57%
- % Demanda Insatisfecha Cirugía General. 6.29%
- % Demanda Insatisfecha Odontología General. 2.47%
- % Demanda Insatisfecha Pediatría. 4.19%
- % Demanda Insatisfecha Ginecología. 16.09%
- % Estancias Hospitalarias Prolongadas. (N.D.)%

## GRUFI

- Ejecución Presupuestal. 68.70%

## GRUCO

- Catalogación. 11.76%
- Porcentaje Ejecución Lineamientos. 100.00%

## GRUAA

- Ejecución de los Recursos Contratados para el Apoyo Administrativo. 51.67%

## AREDO

- Avance en el Programa de Gestión Documental. 25.00%

## GRUTH

- Trabajadores Certificados en el "Curso de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción". 100.00%
- Porcentaje del Personal Caracterizado en el VISOR. (N.D.)%
- % Cumplimiento del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo. 90.77%
- % Cumplimiento del Plan de Previsión de Recursos Humanos. 90.63%
- % Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación. 100.00%
- % Cumplimiento del Plan de Gestión de Integridad. 100.00%
- Cumplimiento del Plan de Gestión de Conocimiento e Innovación 2024. (N.D.)%

## GRUGI

- Avance Implementación Modelo Gobierno de Datos. 30.53%
- Resultado Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. (N.D.)%

## GRUGA

- % de Afiliados que son inactivados por las Distintas Causales de Extinción de Derechos. 0.76%

## SISAM

- Usabilidad del Sistema de información SALUD.SIS. (N.D.)%
- Avance implementación del Plan de Transformación Digital. 44.00%
- Estabilidad de la operación de la plataforma tecnológica. 98.64%
- Nivel de Avance Implementación Modelo de Gestión y Gobierno TI. 42.86%

## ARDEI

- Ejecución de los Recursos de Inversión. 26.85%
- Gasto de Medicamentos del Plan de Servicios de Salud. 7.37%
- Gasto de Medicamentos no Incluidos en el Plan de Servicios de Salud. 0.07%
- Gastos Administrativos. 2.01%
- Patologías de Alto Costo. 0.70%
- % Ejecución Proyecto HONAC. 0.00%
- % Ejecución Proyecto ESM. 21.28%
- % Ejecución Proyecto SALUD.SIS. 65.57%

## ARCYE

- Historia de Usuarios para el módulo CEC. (N.D.)%
- CUPS Caracterizados a Costo Estándar. (N.D.)%
- Porcentaje de gasto de la red externa sustentado en RIPS. (N.D.)%
- Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS. (N.D.)%

## ARSIG

- Porcentaje de cumplimiento del seguimiento a la administración de los riesgos. (N.D.)%
- Porcentaje de ejecución del Plan de Trabajo SIG. (N.D.)%
- Cumplimiento Sistema Integrado Gestión MIPG. (N.D.)%

## GRAPS

- Tasa de PQRS. 15.85
- Percepción de los Usuarios Respecto a la Humanización del Servicio de Salud en los ESM. 97.43%
- Usuarios que Conocen sus Deberes y Derechos. 97.33%
- Porcentaje Satisfacción Global Sanidad Militar. 97.12%
- Porcentaje de PQR resueltas antes de 15 días. 77%
- Seguimiento a los compromisos en los espacios de participación social por territorio. 100.00%

## GRULE

- Total, conceptos de viabilidad jurídico. 424.00
- Gestión de acciones constitucionales interpuestas por los usuarios en el SSFM. 100.00%

Con el propósito de garantizar la calidad y transparencia de la información, la Dirección General de Sanidad Militar habilita esta encuesta de sugerencias y recomendaciones.



ESCANÉAME

| Estado | Criterio  |
|--------|-----------|
|        | Cumple    |
|        | Alerta    |
|        | No cumple |



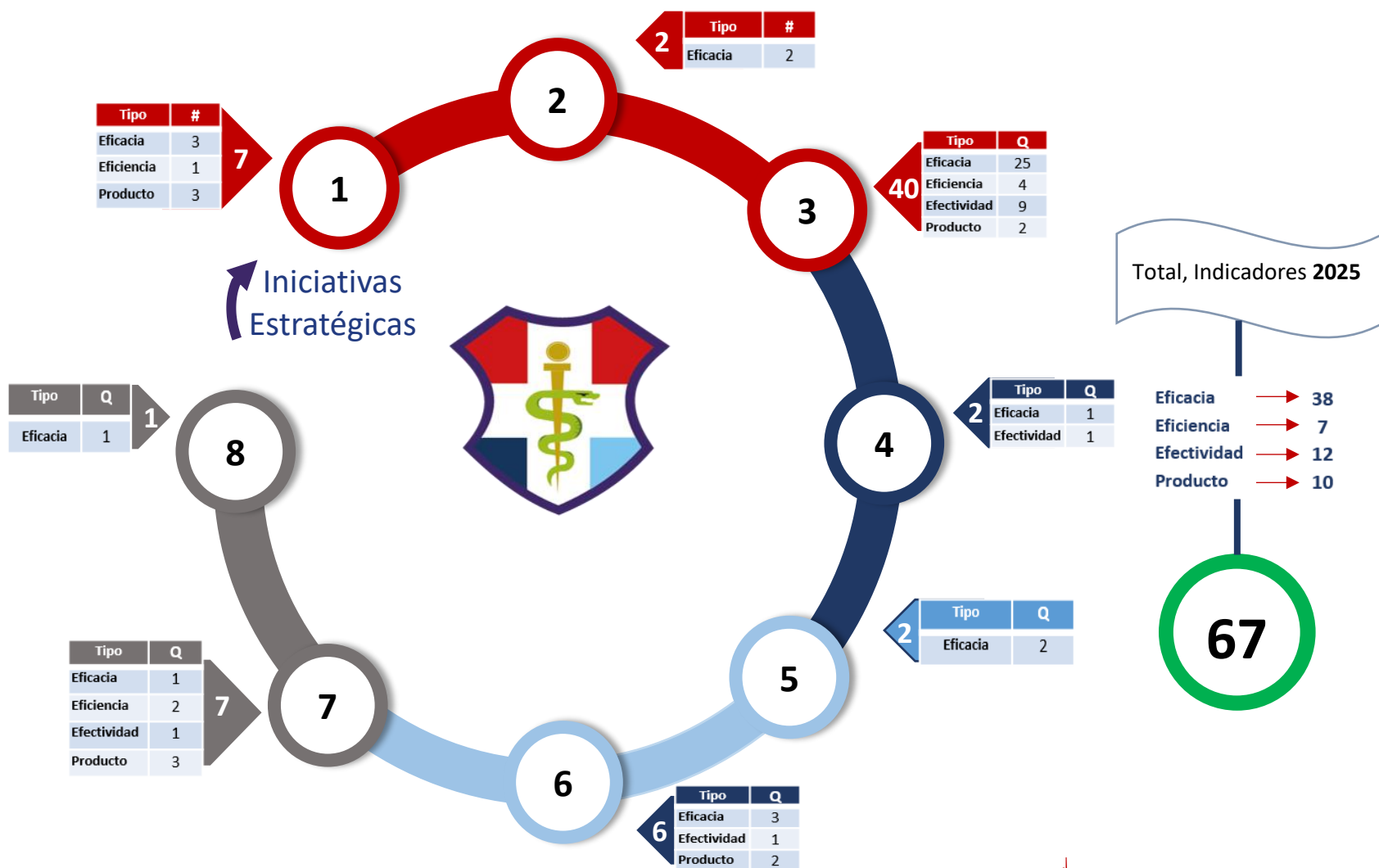
## ARCOM

- Estadística de publicaciones generadas. 100.00%
- Relacionamiento de los usuarios con los canales digitales. 34,983
- Impacto de las publicaciones de las redes sociales. 8,210.00%
- Percepciones Generadas. 100.00%

Acuerdo No. 092 del 28 de enero de 2025 "Por el cual se define el Plan de Acción para la vigencia 2025 del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y del Subsistema de Salud de la Policía Nacional"  
Acuerdo No. 086 del 26 de enero de 2024 "Por el cual se aprueba el Plan Estratégico Institucional del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares para el periodo 2023-2026 y el Plan Estratégico Institucional del Subsistema de Salud de la Policía Nacional para el periodo 2023-2026".



## INDICADORES PLAN DE ACCIÓN 2025





## Iniciativa 1.

**Mejoramiento en la rectoría y gobernabilidad del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, para el fortalecimiento de la gestión, su gerenciamiento y administración.**

Esta iniciativa, establece 7 indicadores de los cuales tres (3) son de eficacia, 3 de producto y uno de eficiencia, todos ellos en referencia a cada uno de los productos proyectados y en alineación a la iniciativa estratégica, con el fin de monitorear y controlar la medición de su gestión.

### 1.1 Área de Sistemas Integrados (ARSIG)

#### 1.1.1 Porcentaje de Ejecución del Plan de Trabajo SIG

##### Medición del Indicador

Tabla 1. Porcentaje de ejecución del Plan de Trabajo SIG.



| Indicador: Porcentaje de ejecución del Plan de Trabajo SIG |                                                       |          |      |       |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------|------|-------|
| Variables                                                  | Descripción                                           | Tipo     | Meta | I Sem |
| V1                                                         | Número de Actividades proyectadas                     | Eficacia | 100% | ● 50% |
| V2                                                         | Total, Actividades desarrolladas Plan de trabajo SIG) |          |      |       |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

##### Análisis del Indicador

Dado que el Sistema Integrado de Gestión SIG, opera con enfoque basado en la operación por procesos en una misma cadena de valor, donde se transforman Políticas de entrada en actividades de aseguramiento y prestación de servicios de salud a través de procesos de primer nivel en DIGSA que continúan con procesos homólogos en las DISAN – JEFSa (procesos de segundo nivel) y de ahí a los Establecimientos de Sanidad Militar, en el ciclo de gestión, con despliegue DIGSA-DISAN-JEFSa-ESM y ESM-DISAN-JEFSa-DIGSA.

En este sentido, desde Planeación Estratégica, el SIG, asesora y desarrolla mesas técnicas con todos los procesos, monitorea la gestión y desempeño institucional partiendo de seguimiento a la ejecución, análisis de gestión de riesgos, indicadores y evidencias documentadas, con el propósito de fortalecer la Gobernanza y del SSFM en el marco del MATIS como eje central y el Acuerdo 071 de 2019, el PES y PEI, integrando criterios de aseguramiento de gestión de calidad mediante la aplicación de normas internacionales ISO; comunicando los resultados en los





medios institucionales disponibles, la página web institucional, al CSSMP, GSED, COGFM, Ministerios, Entes de Control, la Alta Dirección, usuarios e interesados. Se programaron en esta vigencia 6 actividades periódicas, monitoreadas permanentemente con desarrollo de 7 productos y cumplimiento del 100% de lo planificado para el I Semestre (50%), evidenciando resultados documentados en la Suite Visión Empresarial DIGSA, COGFM y MDN para el MATIS.

## 1.2 Grupo Gestión del riesgo (GRERI)

### 1.2.1 Cumplimiento de la ISO 14001 – SGA



#### Medición del Indicador

Tabla 2. Cumplimiento de la ISO 14001 - SGA



| Indicador: Cumplimiento de la ISO 14001 - SGA |                                     |          |      |       |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------|----------|------|-------|
| Variables                                     | Descripción                         | Tipo     | Meta | I Sem |
| V1                                            | Valor alcanzado de cumplimiento     | Eficacia | 100% | ● 83% |
| V2                                            | Valor total de cumplimiento del SGA |          |      |       |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.



#### Análisis del Indicador

El indicador de cumplimiento del Sistema de Gestión Ambiental (SGA) alcanzó un 83%, reflejando un avance significativo en la ejecución de las actividades programadas.

Actualmente, se encuentran en proceso de formulación el Plan de Emergencias y Contingencias Ambientales, así como los programas de gestión ambiental. La DIGSA, las DISANES y los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) han desarrollado acciones conforme a los lineamientos establecidos para la vigencia 2025.

Se evidencia una articulación efectiva entre los niveles de gestión. Además, la información generada ha sido documentada y consolidada en la plataforma Suite Visión Empresarial (SVE), garantizando trazabilidad y control, este resultado permite identificar oportunidades de mejora y fortalecer la sostenibilidad institucional.







### 1.3 Grupo de Talento Humano (GRUTH)

#### 1.3.1 Plan Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo.

##### Medición del Indicador

Tabla 3. Plan Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo.



| Indicador: Plan Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo. |                                                                                                                                      |          |      |                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Variables                                                                        | Descripción                                                                                                                          | Tipo     | Meta | I Cuatrim                                                                               |
| V1                                                                               | (Número total de actividades ejecutadas del Plan de Trabajo Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo 2025.    | Eficacia | 85%  |  90% |
| V2                                                                               | Total, Número total de actividades programadas en el Plan de Trabajo Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo |          |      |                                                                                         |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

##### Análisis del Indicador

El SG-SST alcanzó un 90% de cumplimiento del Plan de Trabajo Anual en el primer cuatrimestre, superando la meta del 85%, sin embargo, se evidenció una disminución respecto al mismo período de 2024 (96%), principalmente por deficiencias en la documentación de evidencias y cargue de información por parte de las Direcciones de Sanidad, Jefatura de Salud y Establecimientos de Sanidad Militar.

En la revisión y análisis del cumplimiento de las actividades del primer cuatrimestre se observó una alta participación y ejecución de actividades de capacitación (86% de cumplimiento), así como, un fortalecimiento de los Comités COPASST y de Convivencia Laboral (94% de cumplimiento).

Persisten debilidades en el reporte oportuno de investigaciones de accidentes (20% de cumplimiento) y en la documentación de actividades en algunos ESM, lo que impacta la trazabilidad y la evaluación de resultados.

Se registraron avances importantes en el control de riesgos biológicos (reducción de accidentalidad del 41% de AT), pero aún se requieren esfuerzos para mejorar el cumplimiento de los esquemas de vacunación del personal contratado por prestación de servicios.

Se evidenció concentración de actividades en marzo, afectando la ejecución oportuna. También, la socialización de lineamientos y la revisión de documentos estratégicos aún están pendientes de implementación completa.

Se extiende un reconocimiento al área de SST de la Dirección de Sanidad del Ejército DISAN EJC, por el notable mejoramiento en la organización de las





evidencias enviadas que respaldan el desarrollo de las actividades del plan de trabajo y del programa de capacitación durante el primer cuatrimestre de la vigencia.

Este avance ha permitido realizar los procesos de verificación de manera más ágil, eficiente y confiable, lo cual representa un aporte significativo al fortalecimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

## 1.4 Grupo Gestión Financiera (GRUFI)

### 1.4.1 Porcentaje Ejecución presupuestal

#### Medición del Indicador

Tabla 4. % Ejecución presupuestal trimestral



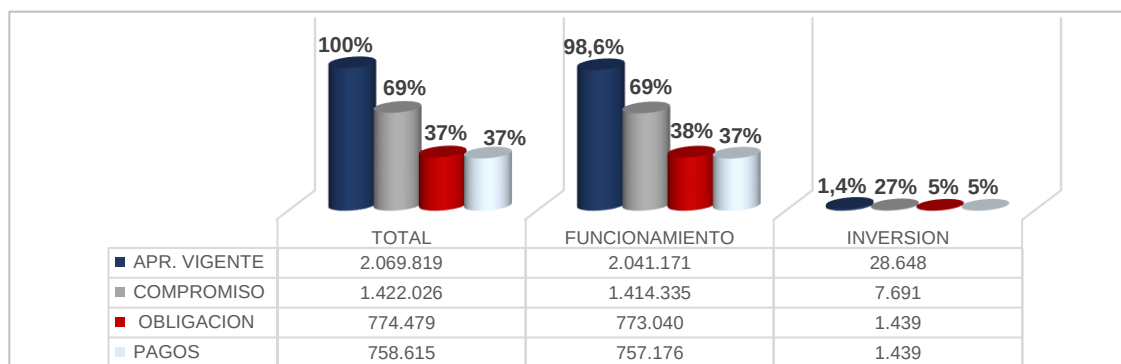
| Indicador: Porcentaje Ejecución presupuestal |                                                                |            |      |        |         |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------|------|--------|---------|
| Variables                                    | Descripción                                                    | Tipo       | Meta | I Trim | II Trim |
| V1                                           | Total, de compromisos Acumulados                               | Eficiencia | 90%  | ● 56%  | 69% ●   |
| V2                                           | Apropiación total Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares |            |      |        |         |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador

Se realiza una ejecución del 69% de los recursos asignados al Subsistema y se da cumplimiento a las metas de ejecución proyectadas ante el Ministerio de Defensa Nacional. Lo anterior, de conformidad a las acciones de seguimiento y monitoreo continuo que se realiza a la ejecución de los recursos de las Direcciones de Sanidad Militar, Jefatura de Salud y sus Establecimientos de Sanidad Militar y a los informes de avance de ejecución que se envía a cada Dirección de Sanidad Militar y Jefatura de Salud.

Ilustración 1. Ejecución presupuestal a cierre 30 de Junio de 2025



Fuente: Elaboración Propia Grupo Gestión Financiera.





## Iniciativa 2.

### Reingeniería del modelo de gerenciamiento y administración del Sistema.

Esta iniciativa, establece 2 indicadores de los cuales dos (2) son de eficacia, todos ellos en referencia a cada uno de los productos proyectados y en alineación a la iniciativa estratégica, con el fin de monitorear y controlar la medición de su gestión.

#### 2.1 Grupo de Contratación (GRUCO)

##### 2.1.1 Porcentaje del avance de las actividades de catalogación.

###### Medición del Indicador

Tabla 5. Porcentaje del avance de las actividades de catalogación.



| Indicador: Porcentaje del avance de las actividades de catalogación |                                                    |          |      |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Variables                                                           | Descripción                                        | Tipo     | Meta | I Cuatrim                                                                                   |
| V1                                                                  | Número de actividades ejecutadas del cuatrimestre  | Eficacia | 100% |  11,76 % |
| V2                                                                  | Número de actividades programadas del cuatrimestre |          |      |                                                                                             |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

###### Análisis del Indicador

Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2025, el grupo de catalogación alcanzó un avance del 11,76%, correspondiente al 100% de cumplimiento de la meta establecida para el periodo. Este resultado evidencia una ejecución eficaz de las actividades programadas, en concordancia con los lineamientos definidos en la Directiva Permanente No. 34 de 2018 y la Circular No. 0125003161502 de marzo de 2025.

El cumplimiento total del indicador refleja una sólida y adecuada planificación y seguimiento de las tareas asignadas, sino también la articulación efectiva entre las unidades ejecutoras (DIGSA, DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSA). La ejecución oportuna de las mesas de trabajo permitió avanzar en aspectos técnicos clave como la estandarización de especificaciones y la revisión de procesos logísticos en el sistema ERP SALUD – SAP, con un avance del 11,76%, correspondiente al 100% de cumplimiento de la meta establecida para el periodo.

Este desempeño constituye una base sólida para proyectar el cumplimiento de las metas del segundo semestre, y sugiere que el modelo de gestión implementado es adecuado para sostener el ritmo de avance requerido.





## 2.2 Área de Sistemas Integrados (ARSIG)

### 2.2.1 Porcentaje de cumplimiento del seguimiento a la administración de los riesgos

#### Medición del Indicador

Tabla 6. Porcentaje de cumplimiento del seguimiento a la administración de los riesgos

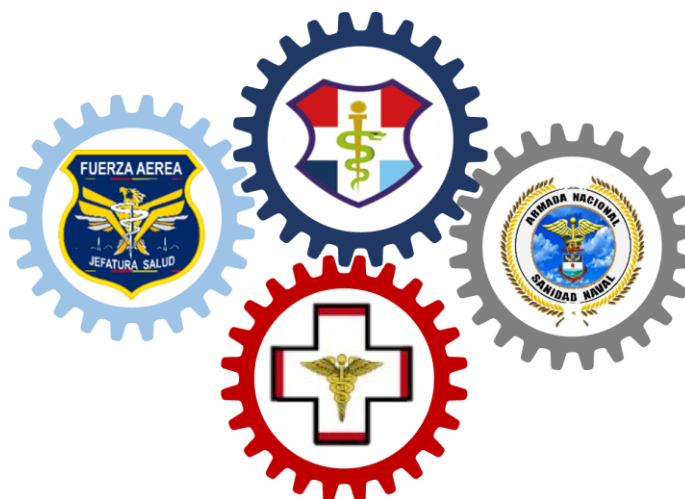


| Indicador: Porcentaje de cumplimiento del seguimiento a la administración de los riesgos |                                                                        |          |      |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------|------|--------|
| Variables                                                                                | Descripción                                                            | Tipo     | Meta | I Sem  |
| V1                                                                                       | N° monitoreos ejecutados oportunamente por la segunda línea de defensa | Eficacia | 100% | 100% ● |
| V2                                                                                       | Total, de monitoreos programados por la segunda línea de defensa       |          |      |        |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Analisis del Indicador

La gestión de los riesgos de la dirección General de Sanidad Militar cumple en un 100% en el seguimiento de la aplicación de los controles formulados para cada uno de los riesgos, algunas de las actividades se encuentran en etapa de desarrollo, es decir se adelantan de manera normal dentro de los términos programados.







### Iniciativa 3.

#### Mejoramiento de la atención integral en salud y la prestación de servicios de salud.

Esta iniciativa, establece 40 indicadores de los cuales veinticinco (25) son de **eficacia, cuatro (4) de eficiencia, nueve (9) de efectividad y dos (2) de producto**, todos ellos en referencia a cada uno de los productos proyectados y en alineación a la iniciativa estratégica, con el fin de monitorear y controlar la medición de su gestión.

#### 3.1 Grupo Gestión del riesgo (GRERI)

##### 3.1.1 Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.

###### Medición del Indicador

Tabla 7. Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.



| Indicador: Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento. |                                                                                                                |          |      |        |         |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|--------|---------|
| Variables                                                     | Descripción                                                                                                    | Tipo     | Meta | I Trim | II Trim |
| V1                                                            | Número de personas que ingresan a la ruta de promoción y mantenimiento con valoración integral por primera vez | Eficacia | 40%  | ● 31%  | ● 34%   |
| V2                                                            | Total, de población objeto según la frecuencia de las intervenciones SSFM                                      |          |      |        |         |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

###### Análisis del Indicador

El indicador mide el porcentaje de personas que ingresan por primera vez a la ruta de promoción y mantenimiento con valoración integral, en relación con la población objetivo según la frecuencia de intervenciones del SSFM, a corte 30 de junio se tiene un 34% de cobertura en la Ruta de promoción y mantenimiento.

Tabla 8. Población que no registra atenciones de valoración integral 2020-2024

| FUERZA       | PRIMERA INFANCIA | INFANCIA | ADOLESCENCIA | JUVENTUD | ADULTEZ | VEJEZ | TOTAL  |
|--------------|------------------|----------|--------------|----------|---------|-------|--------|
| EJERCITO     | 2299             | 18905    | 38847        | 151354   | 164619  | 32710 | 408734 |
| ARMADA       | 896              | 3600     | 6011         | 25617    | 25165   | 9796  | 71085  |
| FUERZA AÉREA | 206              | 605      | 1060         | 5835     | 7038    | 4377  | 19121  |
| SSFM         | 3401             | 23110    | 45918        | 182806   | 196822  | 46883 | 498940 |

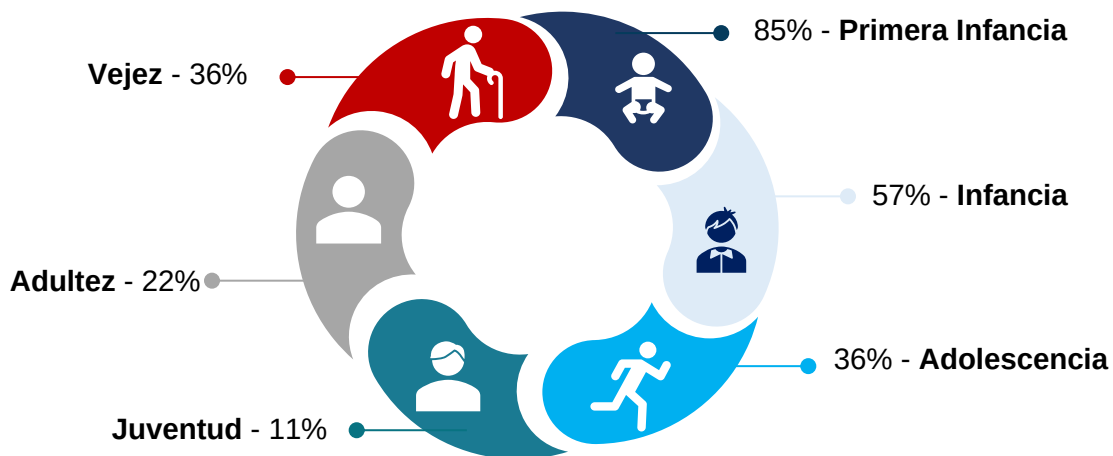
Fuente: Planilla de seguimiento Grupo GRERI - DIGSA

La anterior tabla, expone el valor desagregado por fuerza y el total de la población que no registra atenciones de valoración integral con un total de **498.940** usuarios.





Ilustración 4. Porcentaje de cobertura por momento de curso de vida I y II TRIMESTRE



Fuente: RIPS DIGSA-SUBSA-GRERI 2025

La población con mayor participación por momento de curso de vida es la de primera infancia, con un registro de cobertura del 85%, seguido de infancia con un registro del 57% y una menor participación de cobertura de juventud.

### 3.1.2 Cobertura vacunación en niños menores de cinco años del SSFM.

#### Medición del Indicador

Tabla 9. Cobertura vacunación en niños menores de cinco años del SSFM

| Indicador: Cobertura vacunación en niños menores de cinco años del SSFM |                                                            |          |      |         |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------|------|---------|
| Variables                                                               | Descripción                                                | Tipo     | Meta | I Sem   |
| V1                                                                      | Número de niños menores de cinco años con esquema completo | Eficacia | 85%  | ● 43.8% |
| V2                                                                      | Total, de niños menores de cinco años adscritos al SSFM)   |          |      |         |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

Para el 30 de junio, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 43.8% cumplimiento en indicador de menor de 5 años con refuerzo de DPT, según reporte tablero de control emitido por Disan EJC, ARC y JEFSa, verificado con seguimiento nominal a nivel nacional.





Dentro de las estrategias de búsqueda de susceptibles a nivel Nacional, se cuenta con el seguimiento nominal uno a uno de los usuarios susceptibles identificando que pueden ser vacunados en red externa, actualizando el sistema PAIWEB o PAI 2.0 o los usuarios vacunados por medicina prepagada.

### 3.1.3 Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal

#### Medición del Indicador

Tabla 10. Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal



| Indicador: Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal. |                                                                                  |          |      |         |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------|------|---------|----------------|
| Variables                                                                                        | Descripción                                                                      | Tipo     | Meta | I Trim  | II Trim        |
| V1                                                                                               | Numero de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal | Eficacia | 90%  | ● 71.4% | ● <b>74.5%</b> |
| V2                                                                                               | Total, de gestantes de la vigencia 2024 del SSFM                                 |          |      |         |                |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

El porcentaje alcanzado de captación oportuna es del 74.5%, comparado con el mes anterior se presenta un aumento del 3.1%, lo que indica que los ESM, están realizando búsqueda activa de las gonadotropinas ordenas en cada consulta y tomadas en laboratorio de manera semanal; esto ha generado un impacto positivo en la captación oportuna para la Ruta Materno Perinatal, evaluado los posibles riesgos a esta población de manera oportuna.

### 3.1.4 Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica

#### Medición del Indicador

Tabla 11. Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica



| Indicador: Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica |                                                                                                                                        |          |      |            |              |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|------------|--------------|
| Variables                                                                      | Descripción                                                                                                                            | Tipo     | Meta | Anual 2024 | Avance 2025  |
| V1                                                                             | (Número de usuarios con patología diagnosticada (Diabetes e hipertensión) cubiertos por la ruta de riesgo cardiovascular y Metabólica. | Eficacia | 80%  | 68.22% ●   | <b>26%</b> ● |
| V2                                                                             | Total, de usuarios con patologías (Diabetes e Hipertensión) del SSFM).                                                                 |          |      |            |              |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.





### **Análisis del Indicador:**

El avance registrado ha sido del 26%, lo que indica un progreso inicial, pero que requiere un esfuerzo sostenido para alcanzar la meta anual proyectada.

Durante el primer trimestre del año, en el marco de la atención a pacientes con condiciones crónicas, se avanzó en la implementación de la Ruta de Riesgo Cardio Cerebrovascular y Metabólico en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Esta ruta tiene como propósito la identificación temprana y el manejo integral de la población con diagnóstico o riesgo de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. A través de tamizajes de riesgo cardiovascular y metabólico, se ha realizado un seguimiento clínico riguroso, orientado a evaluar el control de estas condiciones y definir intervenciones oportunas y efectivas para mejorar el estado de salud de esta población priorizada.

### **3.1.5 Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM.**

#### **Medición del Indicador**

*Tabla 12. Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM.*



| Indicador: Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM |                                                    |          |      |        |         |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|------|--------|---------|
| Variables                                                                 | Descripción                                        | Tipo     | Meta | I Trim | II Trim |
| V1                                                                        | Número de personas con certificado de discapacidad | Eficacia | 18%  | ● 2 %  | ● 6.5 % |
| V2                                                                        | Total, de personas con discapacidad del SSFM       |          |      |        |         |

*Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.*

### **Análisis del Indicador:**

El (SSFM) ha logrado alcanzar una cobertura del 6.5% de personas con certificado de discapacidad, en relación con el total de personas con discapacidad registradas en el sistema.

Si bien este avance refleja un progreso significativo de la meta establecida para el año, que es del 18%. se continúa reforzando las estrategias de identificación, certificación y acompañamiento a las personas con discapacidad, con el fin de garantizar su inclusión efectiva y el acceso oportuno a los servicios y beneficios que ofrece el SSFM.





### Medición del Indicador

Tabla 13. Cobertura de la atención integral en salud de la población víctimas del conflicto.



| Indicador: Cobertura de la atención integral en salud de la población víctimas del conflicto |                                                             |          |      |          |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------|------|----------|----------|
| Variables                                                                                    | Descripción                                                 | Tipo     | Meta | I Trim   | II Trim  |
| V1                                                                                           | víctimas del conflicto armado atendidas dentro del programa | Eficacia | 80%  | 24,65% ● | 26,75% ● |
| V2                                                                                           | Total, de víctimas del conflicto armado                     |          |      |          |          |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

### Análisis del Indicador:

Se logró alcanzar una cobertura del 26,75% en atención por servicios de salud en medicina, enfermería, salud mental y/o trabajo social de la población víctima del conflicto armado afiliada al SSFM, dando cumplimiento a la meta establecida en el plan de acción de igual manera se siguen implementando acciones de mejoramiento en la búsqueda de alcanzar el 80% de la meta establecida para la presente vigencia.

#### 3.1.6 Avances en la Implementación de la RIA para la población con Riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente SSFM- DIGSA

### Medición del Indicador

Tabla 14. Avances en la Implementación de la RIA



| Indicador: Avances en la Implementación de la RIA |                                                                                |          |      |             |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------|------|-------------|
| Variables                                         | Descripción                                                                    | Tipo     | Meta | Avance 2025 |
| V1                                                | Número de actividades realizadas según cronograma de implementación de la RIA. | Eficacia | 90%  | ● 60%       |
| V2                                                | Número total de actividades planificadas para la implementación de la RIA.     |          |      |             |

Fuente: Matriz traslados reportada por las Direcciones de Sanidad EJC-ARC y JEFSa

### Análisis del Indicador:

La RIA para la población con Riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente SSFM- DIGSA, presenta un avance del 60%. Este progreso corresponde a la culminación de las fases de planeación, socialización y capacitación, las cuales incluyeron:

- ➡ Análisis y síntesis de la información recopilada.
- ➡ Evaluación de datos estadísticos institucionales.
- ➡ Adopción de lineamientos técnicos.





- Finalización del documento guía.
- Envío del documento a las DISAN-JEFSA para su posterior implementación y capacitación de los actores involucrados.

Hasta la fecha, ya se ha realizado una capacitación dirigida a los Equipos de Salud Militar (ESM), y se encuentra programada una próxima sesión para el personal asistencial.

## 3.2 Grupo Aseguramiento en Salud (GRUAS)

### 3.2.1 Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud

#### Medición del Indicador

Tabla 15. Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud.



| Indicador: Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud. |                                                           |             |      |                                                                                           |         |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| Variables                                                                                            | Descripción                                               | Tipo        | Meta | I Trim                                                                                    | II Trim |  |
| V1                                                                                                   | Actividades implementadas en cumplimiento del acuerdo 070 | Efectividad | 93%  |  90% | N/D%    |  |
| V2                                                                                                   | Total actividades acuerdo 070                             |             |      |                                                                                           |         |  |

Fuente: Elaboración Propia Grupo Aseguramiento en Salud.

#### Análisis del Indicador:

Durante el primer trimestre de 2025, el Porcentaje de cumplimiento en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS) registró un avance del 90 %, acercándose de manera importante a la meta institucional del 93 % fijada para diciembre de 2025.

Es importante precisar que aún no se dispone de información consolidada para el segundo trimestre de 2025, debido a que el reporte del plan de acción se realiza con semestre vencido. Por ello, el resultado correspondiente a dicho período se obtendrá hacia finales de octubre.

Actualmente, las actividades previstas para el primer semestre se desarrollan conforme al cronograma, lo que permite anticipar un progreso sostenido que fortalecerá el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM).

Este resultado es reflejo del compromiso de la institución con la implementación del Modelo de Atención, mediante estrategias que incluyen el fortalecimiento de la red de servicios, la optimización de procesos administrativos y asistenciales, así como la capacitación continua del talento humano en salud. Mantener este ritmo de trabajo





permitirá no solo cumplir las metas proyectadas, sino también mejorar la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios para los afiliados, garantizando así la sostenibilidad del SSFM.

### 3.2.2 Porcentaje de comités gestionados para el subsistema de salud de las fuerzas militares

#### Medición del Indicador

Tabla 16. Porcentaje de comités gestionados para el subsistema de salud de las fuerzas militares



| Indicador: Porcentaje de comités gestionados para el subsistema de salud de las fuerzas militares |                               |          |      |        |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------|------|--------|---------|
| Variables                                                                                         | Descripción                   | Tipo     | Meta | I Trim | II Trim |
| V1                                                                                                | Número de comités ejecutados  | Eficacia | 80%  | ● 80%  | ● 95%   |
| V2                                                                                                | Número de comités proyectados |          |      |        |         |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

El cumplimiento y superación de la meta en el segundo trimestre evidencia un compromiso del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, con la mejora continua y la calidad en la prestación de servicios de salud dentro del subsistema de las fuerzas militares.

Alcanzando un 95%, se refleja un incremento en la eficacia de la gestión de comités permitiendo identificar oportunidades de mejora en la calidad en la atención, la ética, la seguridad del paciente, la gestión del riesgo, entre otros, así como la intervención eficaz a la implementación de acciones de mejoramiento para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud.

### 3.2.3 Proporción de vigilancia de acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.

#### Medición del Indicador

Tabla 17. Proporción de vigilancia de acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.



| Indicador: Proporción de vigilancia de acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. |                                                |            |      |         |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------|------|---------|----------|
| Variables                                                                                         | Descripción                                    | Tipo       | Meta | I Trim  | II Trim  |
| V1                                                                                                | Número total de acciones inseguras gestionadas | Eficiencia | 80%  | ● 82.1% | ● 87.86% |
| V2                                                                                                | Número total de acciones inseguras detectadas  |            |      |         |          |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.







### **Análisis del Indicador:**

Se evidencia una mejora significativa en la gestión de las acciones inseguras por medio del planteamiento y ejecución de acciones de mejoramiento, correctivas y la implementación de barreras de seguridad, con el fin de evitar la ocurrencia y reincidencia de las acciones inseguras durante la atención en salud de los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, según la información recopilada durante el I y II Trimestre de la actual vigencia se tiene una eficiencia del 87.86%.

### **3.2.4 Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de los Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud.**

#### **Medición del Indicador**

Tabla 18. Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de los Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud.



| Indicador: Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de los Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud. |                                                                                                                                                 |          |      |        |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|--------|---------|
| Variables                                                                                                                          | Descripción                                                                                                                                     | Tipo     | Meta | I Trim | II Trim |
| V1                                                                                                                                 | Número de actividades cumplidas de Planes de Mejoramiento Institucionales de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud.              | Eficacia | 85%  | ● 100% | ● 100%  |
| V2                                                                                                                                 | Número total de actividades formuladas en Planes de Mejoramiento Institucionales de los Indicadores para el Monitoreo de la Calidad por Fuerza) |          |      |        |         |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

### **Análisis del Indicador:**

Acorte I Semestre 2025, las Direcciones de Sanidad EJC- ARC y la JEFSa proyectaron 62 actividades reflejadas en los Planes de Mejoramiento Institucionales así:

#### **DISAN EJC:**

I Trimestre: Se proyectaron 20 actividades

II Trimestre: Se proyectaron 13 actividades

Tabla 19. Cumplimiento Indicadores de Calidad en Salud DISAN EJC.

| Nombre del Indicador                                                                 | I Trim | Cumplimiento | II Trim | Cumplimiento |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------|---------|--------------|
| Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Médica General global           | 2      | ● 100%       | 2       | ● 100%       |
| Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de Odontología General          | 3      | ● 100%       | 2       | ● 100%       |
| Oportunidad en la Referencia del Establecimiento de Sanidad Militar a la Red Externa | 1      | ● 100%       | -       | -            |





| Nombre del Indicador                                                                 | I Trim | Cumplimiento | II Trim | Cumplimiento |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------|---------|--------------|
| Proporción Cancelación Cirugía Programada                                            | 1      | ● 100%       | -       | -            |
| Tiempo Promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General              | -      | -            | 1       | ● 100%       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría                    | 1      | ● 100%       | 1       | ● 100%       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología                  | 1      | ● 100%       | -       | -            |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General             | 1      | ● 100%       | 1       | ● 100%       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación cita de medicina interna                | 1      | ● 100%       | -       | -            |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia                  | 1      | ● 100%       | 1       | ● 100%       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General          | 3      | ● 100%       | 1       | ● 100%       |
| Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como (Triage II) | 1      | ● 100%       | 1       | ● 100%       |
| Oportunidad de entrega de medicamentos pendientes Acuerdo 080 de 2022 (Moléculas)    | 1      | ● 100%       | 1       | ● 100%       |
| Oportunidad de entrega de medicamentos Acuerdo 080 de 2022 (Moléculas)               | 1      | ● 100%       | -       | -            |
| Tasa de Satisfacción Global                                                          | 1      | ● 100%       | 1       | ● 100%       |
| Proporción de quejas resueltas antes de 15 días                                      | 1      | ● 100%       | -       | -            |
| Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados                                        | -      | -            | 1       | ● 100%       |

Fuente: Formato Seguimiento al Indicador de Eficacia a los Planes de Mejoramiento Institucionales DIGSA – DISAN EJC.

## DISAN ARC:

Para el I Semestre 2025 la DISAN ARC proyecto actividades así:

I Trimestre: 10 actividades

II Trimestre: 15 actividades

Tabla 20. Cumplimiento Indicadores de Calidad en Salud DISAN ARC.

| Nombre del Indicador                                                             | I Trim | Cumplimiento | II Trim | Cumplimiento |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------|---------|--------------|
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General- HONCAC | -      | ● 100%       | 2       | ● 100%       |
| Oportunidad en la asignación de citas de Medicina General - HONAC                | 1      | ● 100%       | 2       | ● 100%       |
| Oportunidad en la asignación de citas de Medicina General - DMC OV               | -      | -            | 1       | ● 100%       |
| Oportunidad en la asignación de citas de Medicina General - DMB OG               | -      | -            | 1       | ● 100%       |
| Oportunidad en la asignación de citas de Medicina General - UBACR                | 2      | ● 100%       | -       | -            |
| Oportunidad en la asignación de citas de Medicina General - DMLEG                | -      | -            | 2       | ● 100%       |
| Oportunidad en la asignación de citas de Odontología General - HONAC             | 1      | ● 100%       | 2       | ● 100%       |





| Nombre del Indicador                                                      | I Trim | Cumplimiento | II Trim | Cumplimiento |
|---------------------------------------------------------------------------|--------|--------------|---------|--------------|
| Oportunidad en la asignación de citas de Odontología General - UBACR      | 1      | ● 100%       | -       | -            |
| Oportunidad en la asignación de citas de Odontología General - DMCOR      | 3      | ● 100%       | 3       | ● 100%       |
| Oportunidad en la asignación de citas de Odontología General - DMBOG      | -      | -            | 1       | ● 100%       |
| Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría - DMCOR | 2      |              | 1       | ● 100%       |

Fuente: Formato Seguimiento al Indicador de Eficacia a los Planes de Mejoramiento Institucionales DIGSA – DISAN ARC.

### JEFATURA DE SALUD:

Para el I Semestre 2025 la Jefatura de Salud Aeroespacial proyecto las siguientes actividades:

I Trimestre: 2 actividades

II Trimestre: 2 actividades

Tabla 21. Cumplimiento Indicadores de Calidad en Salud DISAN JEFSA.

| Nombre del Indicador                                                  | I Trim | Cumplimiento | II Trim | Cumplimiento |
|-----------------------------------------------------------------------|--------|--------------|---------|--------------|
| Tiempo de espera en consulta medicina especializada de pediatría      | 2      | ● 100%       | -       | -            |
| Oportunidad de la asignación de citas en consulta de Medicina General | -      |              | 1       | ● 100%       |
| Tiempo de Espera en Consulta Medicina General                         | -      |              | 1       | ● 100%       |

Fuente: Formato Seguimiento al Indicador de Eficacia a los Planes de Mejoramiento Institucionales DIGSA – JEFSA.





### 3.2.5 Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza.

#### Medición del Indicador

Tabla 19. Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza.



| Indicador: Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza. |                                                                                                                                  |          |            |        |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|--------|---------------|
| Variables                                                                                                                             | Descripción                                                                                                                      | Fuerza   | Meta Anual | I Trim | II Trim       |
| V1                                                                                                                                    | Número de actividades cerradas del Plan de Mejoramiento Institucional de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza           | EJÉRCITO | 90%        | ● 18%  | En Desarrollo |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                                  | ARMADA   | 90%        | ● 42%  | En Desarrollo |
| V2                                                                                                                                    | Número total de actividades formuladas en el Plan de Mejoramiento Institucional de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza | JEFSA    | 90%        | ● 13%  | En Desarrollo |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

Avance del 18%, del Plan de Mejoramiento Institucional de Capacidad Tecnológica y Científica (2024-2025) DISAN EJC, observándose un avance en los Estándares de Dotación, Procesos Prioritarios e Infraestructura, avance del 42%, del Plan de Mejoramiento Institucional de DISAN ARC (2024-2025) corresponde al con avances en los criterios definidos para los estándares de Medicamentos, Procesos Prioritarios e Infraestructura y Talento Humano, la Jefatura de Salud obtuvo un avance del 13% del Plan de Mejoramiento (2024-2025) para los estándares de Talento Humano, Procesos Prioritarios, Dotación e Infraestructura.

Los datos del indicador de Porcentaje de Cumplimiento de Planes de Mejoramiento de Capacidad Tecnológica y Científica **del II Trimestre 2025** por Fuerza, se reportaran una vez se realice el seguimiento a los soportes documentales remitidos por cada Dirección de Sanidad y Jefatura en las fechas indicadas en la Directiva Permanente Radicado N°0124006440602/ MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUAS-ARCAS 26 junio 2024 "Actualización Directrices Componente de Capacidad Tecnológica y Científica del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares", Anexo N°3, así:

- ➡ Envío de los soportes documentales en PDF y Formato de Plan de Mejoramiento y seguimiento Sistema de Calidad en Salud SSFM-DIGSA de la Fuerza correspondiente, del II Trimestre (abril, mayo y junio) 2025 en las siguientes fechas (19 al 29) de agosto del 2025.





- Seguimiento a los Planes de Mejoramiento institucional de Capacidad Tecnológica y Científica, de cada Fuerza, en el formato correspondiente del II Trimestre (abril, mayo y junio) 2025, en las siguientes fechas (1 al 19) de septiembre del 2025.

### 3.2.6 Gestión de eventos e incidentes serios y no serios asociados a dispositivos médicos

#### Medición del Indicador

Tabla 20. Gestión de eventos e incidentes serios y no serios asociados a dispositivos médicos



| Indicador: Gestión de eventos e incidentes serios y no serios asociados a dispositivos médicos. |                                                                      |            |      |        |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------|------|--------|---------|
| Variables                                                                                       | Descripción                                                          | Tipo       | Meta | I Trim | II Trim |
| V1                                                                                              | Número total de eventos e incidentes serios y no serios gestionados. | Eficiencia | 80%  | ● 75%  | ● 86%   |
| V2                                                                                              | Número total de eventos e incidentes serios y no serios detectados.  |            |      |        |         |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

El resultado del indicador se presenta acorde al consolidado de los eventos e incidentes en el SSFM de la siguiente manera: Incidentes/Eventos serios y no serios cerrados: 75%, Incidentes/Eventos serios y no serios en desarrollo: 15%, Casos sin avance: 10%

En el primer trimestre de la vigencia 2025 se realiza verificación de los incidentes y eventos adversos reportados por las fuerzas, mediante formato de consolidación de acciones inseguras en salud SSFM.

Para el segundo trimestre del 2025, se realiza verificación del formato de acciones inseguras del SSFM, donde se evidencian un total de 7 reportes relacionados con los dispositivos médicos de los cuales 6 se encuentran cerrados, por tal motivo se evidencia un 86% de cumplimiento en relación con el indicador.





### 3.2.7 Porcentaje de Mantenimiento para fortalecimiento de la dotación biomédica en el SSFM.

#### Medición del Indicador

Tabla 21. Porcentaje de Mantenimiento para fortalecimiento de la dotación biomédica en el SSFM.



| Indicador: Porcentaje de Mantenimiento para fortalecimiento de la dotación biomédica en el SSFM. |                                             |            |      |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------|------|-----------------|
| Variables                                                                                        | Descripción                                 | Tipo       | Meta | I Sem           |
| V1                                                                                               | Número visitas de mantenimiento ejecutadas  | Eficiencia | 85%  | AVANCE<br>● 38% |
| V2                                                                                               | Número visitas de mantenimiento programados |            |      |                 |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

En el primer semestre del 2025 se realiza seguimiento de la gestión de la tecnología a través de los mantenimientos preventivos programados, evidenciando un avance en la consolidación de la información inicial relacionándose los porcentajes de cumplimiento de los mantenimiento programados y ejecutados; en primera fase de consolidación se identifica un cumplimiento por parte de DISAN ARC del 38% asociado a la intervención de 1.500 equipos biomédicos de 1.871; se está en espera de la información para la consolidación de las demás fuerzas (DISAN EJC y JEFSa) para identificar el dato ponderado del SSFM a corte II Trimestre 2025, lo anterior teniendo en cuenta que las fechas estipuladas dentro del consolidado de plan de acción corresponde a septiembre del 2025.

### 3.2.8 Porcentaje de auditorías

#### Medición del Indicador

Tabla 22. Porcentaje de auditorías



| Indicador: Porcentaje de auditorías |                                                             |             |      |        |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------|------|--------|
| Variables                           | Descripción                                                 | Tipo        | Meta | I Sem  |
| V1                                  | Número de auditorías DIGSA realizadas en el semestre        | Efectividad | 100% | ● 100% |
| V2                                  | Número total de auditorías DIGSA programadas en el semestre |             |      |        |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

Mediante la ejecución de (02) dos auditorías realizadas durante el primer semestre de año 2025, se logra realizar seguimiento a los servicios de salud ofertados a





usuarios del SSFM, evidenciando hallazgos, oportunidades de mejora y generando recomendaciones, que permiten al PSS o PTS mejorar sus procesos y garantizar que la prestación de servicios de salud se oferte dando cumplimiento a estándares mínimos de calidad y cumplimiento de la normatividad.

### 3.2.8 Porcentaje de cumplimiento al programa de auditoria red externa del SSFM.

#### Medición del Indicador

Tabla 23. Porcentaje de cumplimiento al programa de auditoria red externa del SSFM



| Indicador: Porcentaje de auditorías |                                                                |             |      |       |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------|------|-------|
| Variables                           | Descripción                                                    | Tipo        | Meta | I Sem |
| V1                                  | Numero de auditorías realizadas a la red externa contratada    | Efectividad | 75%  | ●100% |
| V2                                  | Total, de auditorías proyectas para la red externa contratada. |             |      |       |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

Mediante la ejecución de (02) dos auditorías realizadas a la red externa (Hospital Militar), durante el primer semestre de año 2025, se logra realizar seguimiento a los servicios de salud ofertados a usuarios del SSFM, evidenciando hallazgos, oportunidades de mejora y generando recomendaciones, que permiten al PSS o PTS mejorar sus procesos y garantizar que la prestación de servicios de salud se oferte dando cumplimiento a estándares mínimos de calidad y cumplimiento de la normatividad.

### 3.2.9 Porcentaje de cumplimiento implementación AMEC

#### Medición del Indicador

Tabla 24. Porcentaje de cumplimiento al programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad del SSFM



| Indicador: Porcentaje de cumplimiento implementación AMEC |                                              |             |      |       |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------|------|-------|
| Variables                                                 | Descripción                                  | Tipo        | Meta | I Sem |
| V1                                                        | Número de actividades resueltas de AMEC.     | Efectividad | 85%  | ●100% |
| V2                                                        | Número total de actividades formuladas AMEC. |             |      |       |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.







### **Análisis del Indicador:**

La auditoría para el mejoramiento de la calidad en el SSFM permitió fortalecer la calidad de la atención, por medio de la formulación de planes de mejoramiento y actividades que aportan a la implementación del Sistema de Calidad en Salud del SSFM, los cuales fueron cumplidos por cada una de las Fuerzas y a la fecha la ruta crítica del AMEC se encuentra cerrada para iniciar una nueva implementación. Sin embargo, desde el Sistema de Calidad en Salud del SSFM, se busca cambiar la normatividad vigente y dar un nuevo enfoque a este con el fin de fortalecer la calidad en la prestación de los servicios de salud.

## **3.3 Grupo Prestación y Operación de Servicios de Salud (GROSD)**

### **3.3.1 Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.**

#### **Medición del Indicador**

*Tabla 25. Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.*



| Indicador: Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad. |                                                                |          |      |        |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------|------|--------|---------|
| Variables                                                                                   | Descripción                                                    | Tipo     | Meta | I Trim | II Trim |
| V1                                                                                          | Número de referencias realizadas dentro del tiempo establecido | Eficacia | 90%  | ● 95%  | ● 96%   |
| V2                                                                                          | Número Total de Referencias realizadas                         |          |      |        |         |

*Fuente: Matriz traslados reportada por las Direcciones de Sanidad EJC-ARC y JEFSa*

### **Análisis del Indicador:**

Se realizó el análisis mediante informes de retroalimentación a cada Fuerza, donde se verifica el cumplimiento de la meta y el objetivo de la referencia de los usuarios en el tiempo estipulado por la normatividad vigente a un nivel de mayor complejidad, la cual se evidencia un resultado para el trimestre del 96% en el indicador, evidenciando una mejora como resultado a la resolutivez en las referencias realizadas a los usuarios del SSFM.





### 3.3.2 Oportunidad Autorizaciones al usuario a una institución de mayor complejidad.

#### Medición del Indicador

Tabla 26. Oportunidad de la autorización de Servicios.

| Indicador: Oportunidad Autorizaciones al usuario a una institución de mayor complejidad. |                                                                  |          |      |        |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------|------|--------|---------|
| Variables                                                                                | Descripción                                                      | Tipo     | Meta | I Trim | II Trim |
| V1                                                                                       | Número de autorizaciones generadas dentro del tiempo establecido | Eficacia | 90%  | ● 97 % | ● 97 %  |
| V2                                                                                       | Número Total de autorizaciones generadas                         |          |      |        |         |

Fuente: Reporte Solicitudes y Autorizaciones Modulo SALUD.SIS II trimestre 2025

#### Análisis del Indicador:

Los tiempos de respuesta se mantienen oportunamente durante el semestre, generando las autorizaciones dentro de los tiempos establecidos por la normatividad legal vigente, con una oportunidad del 97%.

### 3.3.3 Porcentaje Demanda insatisfecha

#### • Medición del Indicador

Tabla 27. Porcentaje Demanda insatisfecha

| Periodicidad | Tipo        | Meta | Unidad de medida | Especialidad                | I Trimestre | II Trimestre |
|--------------|-------------|------|------------------|-----------------------------|-------------|--------------|
| Trimestral   | Efectividad | 10%  | Porcentaje       | Medicina general            | ● 5.7%      | ● 1,5%       |
| Trimestral   | Efectividad | 10%  | Porcentaje       | Odontología                 | ● 4.7%      | ● 2,4%       |
| Trimestral   | Efectividad | 10%  | Porcentaje       | Medicina interna            | ● 43.4%     | ● 26,5%      |
| Trimestral   | Efectividad | 10%  | Porcentaje       | Ginecobstetricia            | ● 33.3%     | ● 16,09%     |
| Trimestral   | Efectividad | 10%  | Porcentaje       | Ginecobstetricia (embarazo) | ● 1.9%      | ● 0,5%       |
| Trimestral   | Efectividad | 10%  | Porcentaje       | Cirugía general             | ● 19.8%     | ● 6,2%       |
| Trimestral   | Efectividad | 10%  | Porcentaje       | Pediatría                   | ● 26.4%     | ● 4,1%       |

Fuente: Elaboración Propia GROSD.

#### Análisis del Indicador:

Durante el primer semestre 2025, se cumple con la meta establecida y se mejora en el indicador de demanda insatisfecha en: Medicina General, Odontología, Ginecobstetricia Embarazo, Pediatría y Cirugía General; se deben realizar estrategias que permitan mejorar los indicadores en Medicina Interna y Ginecología.





Acciones implementadas durante el periodo:

- ➔ Seguimiento a la disponibilidad de citas en el SSFM.
- ➔ Planes de contingencia en cada ESM para garantizar el acceso de manera oportuna a los servicios de salud ofertados.
- ➔ Mesas de trabajo con Direcciones de Sanidad EJC, ARC, Jefatura de Salud FAC y representación de ESM Bogotá.

### 3.3.4 Porcentaje de disponibilidad oferta de servicios por nivel de complejidad de acuerdo con normatividad vigente.

- **Medición del Indicador**

Tabla 28. Porcentaje de disponibilidad oferta de servicios por nivel de complejidad de acuerdo con normatividad vigente



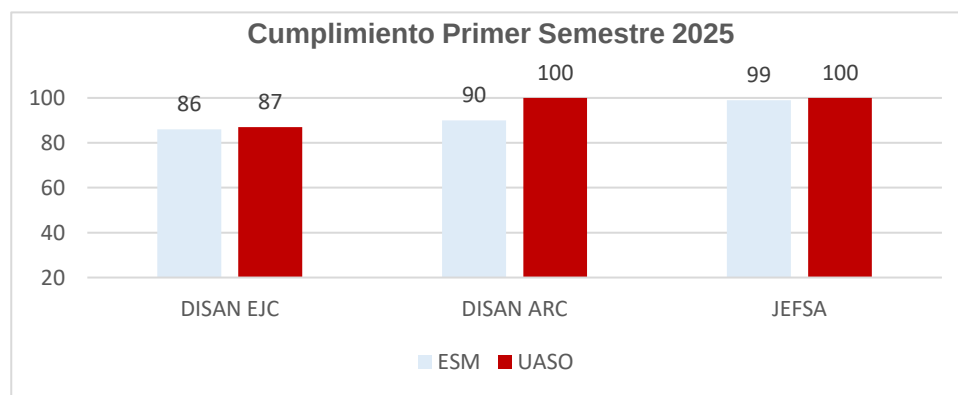
| Indicador: Porcentaje de disponibilidad oferta de servicios por nivel de complejidad de acuerdo con normatividad vigente |                                                                            |          |      |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------|------|--------|
| Variables                                                                                                                | Descripción                                                                | Tipo     | Meta | I Sem  |
| V1                                                                                                                       | Total, de servicios ofertados por ESM /                                    | Eficacia | 100% | ● 95 % |
| V2                                                                                                                       | Total, servicios que debe ofertar de acuerdo con el componente de atención |          |      |        |

Fuente: Elaboración Propia Grupo Prestación de Servicios de Salud.

- **Análisis del Indicador:**

Durante el primer semestre del año en vigencia se identificó un porcentaje de cumplimiento del 95 % es de aclarar que este porcentaje es del consolidado de todos los ESM y UASO pertenecientes al SSFM a continuación se relaciona gráfica de los porcentajes de acuerdo con cada DISAN EJC – DISAN ARC – JEFSa:

Ilustración 2. Cumplimiento por Fuerza.



Fuente: Elaboración Propia Grupo Prestación de Servicios de Salud.





### 3.3.5 Consumo de medicamentos

#### Medición del Indicador

Tabla 29. Consumo de medicamentos



| Indicador: Consumo de medicamentos |                          |          |      |         |            |
|------------------------------------|--------------------------|----------|------|---------|------------|
| Variables                          | Descripción              | Tipo     | Meta | 2024    | I Sem 2025 |
| V1                                 | Medicamentos dispensados | Eficacia | 2%   | ● 0.92% | ● 0,36%    |
| V2                                 | Medicamentos solicitados |          |      |         |            |

Fuente: Consorcio interventor SAMA

#### Análisis del Indicador:

Se precisa que el consumo de medicamentos se ubicó en 99,64%, con un porcentaje asociado a medicamentos pendiente del 0,362%, el uso oportuno y constante de medicamentos para tratamiento de enfermedades agudas y crónicas conlleva al mejoramiento de la adherencia al tratamiento, con lo que se logra el control de la enfermedad, el mejoramiento de calidad de vida y cumplimiento de objetivos terapéuticos, lo que a su vez disminuye el riesgo de sufrir complicaciones graves, que conlleven ah sobrecostos sanitarios a causa de reingresos hospitalarios, utilización de alternativas farmacoterapéuticas mas avanzadas entre otras variables que afectan el costo integral de tratamientos.

### 3.3.6 Adherencia al programa de farmacovigilancia

#### Medición del Indicador

Tabla 30. Adherencia al programa de farmacovigilancia



| Indicador: Adherencia al programa de farmacovigilancia |                                                     |          |      |            |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------|------|------------|
| Variables                                              | Descripción                                         | Tipo     | Meta | I Sem 2025 |
| V1                                                     | Total, de usuarios reportados por farmacovigilancia | Eficacia | 20%  | ● 0,69% ●  |
| V2                                                     | Total, de usuarios atendidos SF                     |          |      |            |

Fuente: Base de Datos Reporte Farmacovigilancia.

#### Análisis del Indicador:

Se precisa que de la caracterización de los tipos de RAM presentadas, según reporte de usuarios por temas de farmacovigilancia, el cual corresponde a 0,69% para el primer semestre 2025, en relación con los 595.132 usuarios atendidos en el servicio farmacéutico durante le mismo periodo, los reportes de farmacovigilancia son la columna vertebral de la seguridad del paciente en relación con los medicamentos, la importancia radica en que permiten detectar, evaluar y prevenir los riesgos asociados al uso de fármacos, la información recopilada a través de los reportes ayuda con la caracterización y perfilamiento de los eventos con lo que se





puede evaluar, si los beneficios de un medicamento siguen superando los riesgos asociados a la utilización en la población general.

### 3.4 Grupo de Salud Operacional (GRUSO)

#### 3.4.1 Tasa heridos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM

##### Medición del Indicador

Tabla 12. Tasa heridos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM



| Indicador: Tasa heridos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM |                                             |          |               |            |            |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------|---------------|------------|------------|
| Variables                                                                    | Descripción                                 | Tipo     | Meta          | I Sem 2024 | I Sem 2025 |
| V1                                                                           | Número de heridos dentro y fuera de combate | Eficacia | Tasa Variable | ● 49,8     | ● 55,8     |
| V2                                                                           | Numero promedio de militares periodo        |          |               |            |            |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

##### Análisis del Indicador:

Durante el I semestre del 2025, se presentó un total de 1.245 casos de heridos; lo que corresponde a una tasa de 55,8 (por cada 10.000 militares se presentaron 56 heridos dentro y fuera de combate).

Con relación al comportamiento específico por tipo de evento de heridos, se tiene una tasa de 44,5 heridos fuera de combate en el primer semestre del 2025; lo que representa que, por cada 10.000 militares, se presentaron 44 casos de heridos fuera de combate en las Fuerzas Militares. Así mismo, en lo que respecta al análisis comparativo entre el primer semestre año 2024 y 2025, permite evidenciar que la tendencia se mantiene en la tasa de heridos fuera de combate, ya que para el 2024 fue del 44,8 y para el 2025 del 44,5.

Por otro lado, con relación al comportamiento específico de los heridos en combate en el primer semestre del 2025, la tasa fue de 11,3; lo que representa que, por cada 10.000 militares, se presentaron 11 casos de heridos en combate en las Fuerzas Militares. El análisis comparativo entre el primer semestre del 2024 y 2025, permite evidenciar que la tendencia aumenta en la tasa de heridos en combate, ya que para el 2024 fue del 5,0 y para el 2025 del 11,3.





### 3.4.2 Tasa de muertos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM.

#### Medición del Indicador

Tabla 13. Tasa de muertos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM



| Indicador: Tasa de muertos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM |                                             |          |          |            |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------|----------|------------|------------|
| Variables                                                                       | Descripción                                 | Tipo     | Meta     | I Sem 2024 | I Sem 2025 |
| V1                                                                              | Número de Muertos dentro y fuera de combate | Eficacia | Variable | ● 7,2      | ● 7,4      |
| V2                                                                              | Numero promedio de militares periodo        |          |          |            |            |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

Se presentó un total de 164 casos de mortalidad, lo que corresponde a una tasa de 7,4 (por cada 10.000 militares se presentaron 7 muertos dentro y fuera de combate).

Con relación al comportamiento específico por tipo de evento de mortalidad, se tiene en el 2025 una tasa de 4,9 muertos fuera de combate; lo que representa que, por cada 10.000 militares, se presentaron 5 casos de muertos fuera de combate en las Fuerzas Militares. Así mismo, en lo que respecta al análisis comparativo entre el primer semestre 2024 y 2025, permite evidenciar que la tendencia disminuye en la tasa de muertos fuera de combate, ya que para el 2024 fue del 5,9 y para el 2025 del 4,9.

La tasa de muertos en combate fue de 2,4; lo que representa que, por cada 10.000 militares, se presentaron 2 casos de muertos en combate en las Fuerzas Militares. Así mismo, para el análisis comparativo entre el primer semestre del 2024 y 2025, permite evidenciar que la tendencia aumenta en la tasa de muertos en combate, ya que para el 2024 fue del 1,3 y para el 2025 del 2,4.

## 3.5 Grupo Atención al Usuario y Participación Social (GRAPS)

### 3.5.1 Tasa de PQRS

#### Medición del Indicador

Tabla 31. Tasa de PQRS.



| Indicador: Tasa de PQRS. |                                                                     |          |      |        |         |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------|------|--------|---------|
| Variables                | Descripción                                                         | Tipo     | Meta | I Trim | II Trim |
| V1                       | Número de PQRS de prestación de servicios de salud a nivel Nacional | Eficacia | 17   | ● 17   | ● 16    |
| V2                       | Total, de usuarios adscritos a nivel Nacional                       |          |      |        |         |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.





Tabla 32. Variables del Indicador de Tasa.

| Vigencia 2025 |                                                                     |                                                       |      |
|---------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------|
| Periodo       | Número de PQRS de prestación de servicios de salud a nivel Nacional | Total, de usuarios adscritos a nivel Nacional x 1.000 | Tasa |
| I Trimestre   | 10.901                                                              | 632.306                                               | 17   |
| II Trimestre  | 9.985                                                               | 630.048                                               | 16   |

Fuente: Grupo Atención al Usuario y Participación Social de la DIGSA.



### Análisis del Indicador:

Para el II trimestre de la vigencia 2025 se recibieron 10.182 requerimientos en total; donde 9.985 fueron peticiones, quejas, reclamos y 197 fueron felicitaciones, sugerencias, denuncias y petición entre autoridades en el SSFM y frente al censo poblacional del II trimestre de la vigencia 2025 donde se registran 630.048 afiliados; se evidencia que por cada 1.000 afiliados 16 interponen un requerimiento. Teniendo en cuenta el segundo trimestre de la vigencia anterior, pasó de 17 a 16 afiliados y se sigue manteniendo el cumplimiento de la meta ya que es inferior o igual a 18.

Para la presente vigencia no se tienen en cuenta para el numerador de este indicador las felicitaciones, sugerencias, denuncias y solicitudes, únicamente se tendrán en cuenta las peticiones, quejas y reclamos (PQR).

### 3.5.2 Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días.



### Medición del Indicador

Tabla 33. Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días

| Indicador: Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días |                                                                           |          |      |             |              |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------|------|-------------|--------------|
| Variables                                                | Descripción                                                               | Tipo     | Meta | I Trimestre | II Trimestre |
| V1                                                       | Requerimientos (Peticiones, quejas y reclamos) resueltos antes de 15 días | Eficacia | 92%  | ● 85%       | ● 77%        |
| V2                                                       | Requerimientos (Peticiones, quejas y reclamos) recibidos en el trimestre  |          |      |             |              |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Tabla 34. Variables del Indicador Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días

| Peticiones, quejas y reclamos vigencia 2025 DIGSA, DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSa |                                                                           |                                                                          |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------|
| Periodo                                                                         | Requerimientos (peticiones, quejas y reclamos) resueltos antes de 15 días | Requerimientos (peticiones, quejas y reclamos) recibidos en el trimestre | Porcentaje |
| I Trimestre                                                                     | 5.805                                                                     | 6.793                                                                    | 85%        |
| II Trimestre                                                                    | 4.548                                                                     | 5.930                                                                    | 77%        |

Fuente: Grupo Atención al Usuario y Participación Social de la DIGSA.





### **Análisis del Indicador:**

Los resultados del segundo trimestre de la vigencia 2025, evidencian que de un total de 5.930 Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR), se cerraron en términos de ley 4.548 para un porcentaje de gestión del 77%, quedando 15 puntos porcentuales por debajo de la meta.

### **3.5.3 Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos.**

#### **Medición del Indicador**

Tabla 35. Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos.



| Indicador: Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos |                                             |             |      |             |              |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------|------|-------------|--------------|
| Variables                                                            | Descripción                                 | Tipo        | Meta | I Trimestre | II Trimestre |
| V1                                                                   | Usuarios que conocen sus deberes y derechos | Efectividad | 90%  | 95,80%      | ● 97,33%     |
| V2                                                                   | Total, de usuarios encuestados              |             |      |             |              |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Tabla 36. Variables del Indicador de usuarios que conocen sus deberes y derechos

| Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos |                                             |                                |            |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|------------|
| Periodo                                                   | Usuarios que conocen sus deberes y derechos | Total, de usuarios encuestados | Porcentaje |
| I Trimestre                                               | 4.246                                       | 4.432                          | 95,80%     |
| II Trimestre                                              | 5.510                                       | 5.661                          | 97,33%     |

Fuente: Grupo Atención al Usuario y Participación Social de la DIGSA.

### **Análisis del Indicador:**

El segundo trimestre se cerró con un porcentaje de 97,33%, que comparado con el segundo trimestre de la vigencia anterior aumentó 0,86 puntos básicos ya que el porcentaje fue de 96,47%.

### **3.5.4 Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar**

#### **Medición del Indicador**

Tabla 37. Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar



| Indicador: Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar |                                                                                         |             |      |        |         |  |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|--------|---------|--|
| Variables                                                    | Descripción                                                                             | Tipo        | Meta | I Trim | II Trim |  |
| V1                                                           | Número de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios de salud recibidos. | Efectividad | 88%  | ● 95%  | ● 97%   |  |
| V2                                                           | Número total de encuestados.                                                            |             |      |        |         |  |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.







### **Análisis del Indicador:**

Se mantiene un porcentaje alto en la satisfacción global de los usuarios encuestados en el Subsistema de Salud de las FFMM, se evidencia un aumento de dos puntos porcentuales respecto al primer trimestre de 2025, pasando de un 95% a un 97%. De igual manera, es importante mencionar que se aumentó la muestra para el segundo trimestre de la vigencia 2025 y el total de afiliados que participaron en la encuesta duplicó el del segundo trimestre del 2024.

Tabla 38. Variables del indicador Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar

| Periodo      | N° de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios de salud recibidos | Número total de encuestados | %   |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----|
| I Trim 2025  | 4.221                                                                              | 4.432                       | 95% |
| I Trim 2024  | 2.139                                                                              | 2.275                       | 94% |
| II Trim 2025 | 5.498                                                                              | 5.661                       | 97% |
| II Trim 2024 | 2.074                                                                              | 2.183                       | 95% |

Fuente: Área Costos y Estadística de la DIGSA y Grupo Atención al Usuario DIGSA.

### **3.5.5 Seguimiento a los compromisos en los espacios de participación social por territorio.**

#### **Medición del Indicador**

Tabla 39. Seguimiento a los compromisos en los espacios de participación social por territorio.

| Indicador: Seguimiento a los compromisos en los espacios de participación social por territorio. |                                                                                                                          |             |      |                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Variables                                                                                        | Descripción                                                                                                              | Tipo        | Meta | I Semestre                                                                                 |
| V1                                                                                               | Número de reuniones realizadas con asociaciones y veedurías en el seguimiento a los espacios de participación social.    | Efectividad | 95%  | 100%  |
| V2                                                                                               | Número de reuniones proyectadas con asociaciones y veedurías para el seguimiento a los espacios de participación social. |             |      |                                                                                            |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

### **Análisis del Indicador:**

Se programaron 29 espacios de participación ciudadana en las Direcciones de Sanidad Ejército, Naval y Jefatura Salud; donde la Dirección de Sanidad Ejército convocó por cada una de sus regionales de manera trimestral un espacio de participación, para un total de 24 espacios, Sanidad Naval convocó 2, uno en cada trimestre y de igual manera, la Jefatura Salud convocó de manera trimestral 2 y una adicional, para un total de 3 en el semestre. Se cumplió la programación de los espacios participativos al 100%.





### 3.5.6 Percepción de los usuarios respecto a la humanización del servicio de salud en los ESM.

#### Medición del Indicador

Tabla 40. Percepción de los usuarios respecto a la humanización del servicio de salud en los ESM



| Indicador: Percepción de los usuarios respecto a la humanización del servicio de salud en los ESM |                                                                                       |             |      |                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Variables                                                                                         | Descripción                                                                           | Tipo        | Meta | I Semestre                                                                                 |
| V1                                                                                                | Número de usuarios satisfechos con la atención humanizada en el servicio de salud     | Efectividad | 90%  | 97,43%  |
| V2                                                                                                | Total, de usuarios encuestados en percepción de la humanización del servicio de salud |             |      |                                                                                            |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

En la búsqueda de promover la cultura de humanización en la prestación de los servicios de salud del SSFM, se realizaron diferentes actividades que tienen como fin mejorar el trato que se da a los afiliados en la prestación del servicio. Es por esto por lo que, se realizó la encuesta de percepción respecto a la humanización del servicio, donde para el primer semestre de la vigencia 2025 sus resultados evidencian un 97,43% de satisfacción, mejorando los resultados respecto a los dos semestres anteriores: primer semestre 2024 que fue de 90,90% y segundo semestre 2024 91.01%.

Para este primer semestre de la vigencia 2025, se evidencia que de 1.011 afiliados que participaron en la encuesta, 985 (97,43%) se sienten satisfechos respecto a la humanización del servicio.

### 3.6 Grupo Gestión de Afiliaciones (GRUGA)

#### 3.6.1 Usuarios inactivados en Base Datos SSFM por causales de extinción de derechos

#### Medición del Indicador

Tabla 41. Usuarios inactivados en Base Datos SSFM por causales de extinción de derechos



| Indicador: Usuarios inactivados en Base Datos SSFM por causales de extinción de derechos |                                                |          |      |                                                                                             |                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Variables                                                                                | Descripción                                    | Tipo     | Meta | I Trimestre                                                                                 | II Trimestre                                                                                |
| V1                                                                                       | Número de Afiliados Inactivados en el Periodo  | Eficacia | 93%  |  5,34% |  0,76% |
| V2                                                                                       | Número Total de Afiliados al Final del Periodo |          |      |                                                                                             |                                                                                             |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.





### **Análisis del Indicador:**

El Grupo Gestión de la Afiliación como garante del acceso a los servicios de salud del SSFM a través del proceso de afiliación, realizó en el I Semestre de 2025 el control de los afiliados y beneficiarios a quienes se les extinguió el derecho a pertenecer al mismo conforme a las causales establecidas en la Ley 352 de 1997 y la Resolución 1651 de 2019 DIGSA, la meta establecida en el indicador es de 20% con tendencia hacia abajo, señalando que al final del semestre se realizó extinción para 4.759 usuarios, lo que representa el 0,76% del total de afiliados con respecto al periodo anterior, con lo cual se da cumplimiento de la meta establecida.

El resultado está muy por debajo de la meta, lo cual es positivo, ya que indica una efectiva permanencia y control de los afiliados dentro del sistema. Esto sugiere que la mayoría de los usuarios mantienen su derecho de afiliación conforme a la normativa vigente.

## **3.7 Área de Comunicaciones Estratégicas y Gestión del Cambio (ARCOM)**

### **3.7.1 Estadística de publicaciones generadas de acuerdo a solicitudes de la entidad**

#### **Medición del Indicador**

Tabla 42. Estadística de publicaciones generadas de acuerdo a solicitudes de la entidad



| Indicador: Estadística de publicaciones generadas de acuerdo con solicitudes de la entidad |                           |          |      |        |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------|------|--------|---------|
| Variables                                                                                  | Descripción               | Tipo     | Meta | I Trim | II Trim |
| V1                                                                                         | Publicaciones Generadas   | Eficacia | 100% | ● 100% | ● 100%  |
| V2                                                                                         | Solicitudes de la entidad |          |      |        |         |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

### **Análisis del Indicador:**

Este indicador permite evidenciar el volumen de solicitudes generadas al área y el nivel de respuesta evidenciando el flujo de necesidades que se va presentando para el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud en SSFM, para los dos primeros trimestres del año están en 100% dentro del comparativo, evidenciando un incremento entre los 48 requerimientos del primer trimestre y los 62 del segundo de acuerdo a los picos de solicitudes ocasionados por épocas específicas que requieren más atención frente a recomendaciones, o situaciones epidemiológicas de impacto, o actividades propias del ejercicio de la salud.





### 3.7.2 Relacionamiento de los usuarios con los canales digitales vigentes en la entidad

#### Medición del Indicador

Tabla 43. Relacionamiento de los usuarios con los canales digitales vigentes en la entidad



| Indicador: Relacionamiento de los usuarios con los canales digitales vigentes en la entidad |                                                                |          |          |             |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------|----------|-------------|--------------|
| Variables                                                                                   | Descripción                                                    | Tipo     | Meta     | I Trimestre | II Trimestre |
| V1+V2+V3                                                                                    | (suscritos + visitantes + seguidores) de acuerdo con el canal. | Eficacia | Variable | ● 17.178    | ● 17.310     |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

Se evidencia un crecimiento leve en la cantidad de usuarios que se conectan directamente a los canales digitales habilitador por la entidad, sin embargo, se mantiene la tendencia de aumento a seguidores como estrategia de sostenimiento y fortalecimiento de los canales digitales, para el caso de los canales que permiten seguir como es el caso de Facebook y Twitter.

### 3.7.3 Impacto de las publicaciones de las redes sociales

#### Medición del Indicador

Tabla 44. Impacto de las publicaciones de las redes sociales



| Indicador: Impacto de las publicaciones de las redes sociales |                                                |          |          |             |              |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------|----------|-------------|--------------|
| Variables                                                     | Descripción                                    | Tipo     | Meta     | I Trimestre | II Trimestre |
| V1+V2+V3                                                      | (comentarios + reacciones compartidas + clics) | Eficacia | Variable | ● 1.898     | ● 3.327      |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

El crecimiento exponencial de este indicador obedece al ejercicio informativo que tiene mayor contundencia en el segundo semestre y al análisis general de la anualidad, que permite evidenciar conforme pasan los meses del año, una mayor visualización de los contenidos de la entidad a través de sus canales digitales, como fuentes oficiales de información y seguimiento.





### 3.7.4 Percepciones generadas de las actividades de Gestión del Cambio

#### Medición del Indicador

Tabla 45. Percepciones generadas de las actividades de Gestión del Cambio



| Indicador: Percepciones generadas de las actividades de Gestión del Cambio |                        |          |      |         |         |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|------|---------|---------|
| Variables                                                                  | Descripción            | Tipo     | Meta | I Trim  | II Trim |
| V1                                                                         | Percepciones positivas | Eficacia | 100% | ● 73.4% | ● 61%   |
| V2                                                                         | Participantes          |          |      |         |         |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

En cuanto al indicador de percepción de Gestión del Cambio para el 1er trimestre de la vigencia 2025 se observó que este se ubicó en un 73.04%, logrando una participación significativa de personal en las encuestas realizadas, las cuales reportaron sentirse a gusto con las estrategias ejecutadas en el proceso de Gestión del Cambio en el 1er trimestre del año; para el II trimestre se observó una disminución de la percepción del personal que participó en las mencionadas encuestas lo cual afectó el porcentaje del indicador; sin embargo el personal indicó que están de acuerdo con las estrategias implementadas y sugieren continuar con estas actividades complementadas con más actividades presenciales.

### 3.8 Grupo de Talento Humano (GRUTH)

#### 3.8.1 Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitación.

##### Medición del Indicador

Tabla 46. Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitación.



| Indicador: Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitación. |                                                                                   |          |      |         |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|------|---------|
| Variables                                                    | Descripción                                                                       | Tipo     | Meta | I Sem   |
| V1                                                           | Número de actividades ejecutadas del Plan Institucional de Capacitación.          | Eficacia | 85%  | ● 100 % |
| V2                                                           | Número total de actividades programadas en el Plan Institucional de Capacitación. |          |      |         |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

##### Análisis del Indicador

Se logró desarrollar las diez (10) actividades programadas con un cumplimiento del 100%, reflejando una ejecución eficiente y alineada con los objetivos estratégicos. Este desempeño evidencia una planificación adecuada y una implementación efectiva, contribuyendo significativamente al avance de los objetivos institucionales





Fortaleciendo la iniciativa 3 - Acción 3.1 y en cumplimiento al producto; Plan de educación continua para fortalecer competencias técnicas del talento humano del SSFM en Atención Primaria en Salud y Gestión del Riesgo en salud. en articulación con la Subdirección de Salud, se llevaron a cabo una actividad en caminata a fortalecer las competencias técnicas del talento humano del SSFM y se abordaron diferentes capacitaciones orientadas al Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS), así:

- ✓ Definición y concepto de la contratación en servicios de salud para la red externa.
- ✓ Proceso autorizador de la Herramienta Tecnológica SALUD.SIS
- ✓ Manejo integral de SAP como fuente de información (Ingreso y egreso de insumos y materiales).
- ✓ Manejo integral de SALUD.SIS mirada desde el registro de la historia clínica.
- ✓ Manejo de SALUD.SIS mirada desde la parte administrativa para ingreso de información.
- ✓ Manejo del personal asistencial y administrativo de acuerdo con el tipo de vinculación laboral - Manejo de Acoso Laboral.

Las mismas estuvieron orientadas a Directores y Jefes de los Establecimientos de Sanidad Militar, estas sesiones buscan fortalecer el liderazgo y la gestión institucional, asegurando que los directivos cuenten con las herramientas necesarias para cumplir sus funciones de manera eficiente y alineada con los objetivos estratégicos.





#### Iniciativa 4.

### Fortalecimiento y modernización de la capacidad tecnológica y científica de la red propia de la Sanidad Militar, Sanidad de la Policía Nacional y del Hospital Militar Central.

Esta iniciativa, establece dos (2) indicadores de los cuales uno (1) es de eficacia y el otro de efectividad, todos ellos en referencia a cada uno de los productos proyectados y en alineación a la iniciativa estratégica, con el fin de monitorear y controlar la medición de su gestión.

#### 4.1 Área de Desarrollo Institucional (ARDEI)

##### 4.1.1 Ejecución de los recursos de inversión

###### Medición del Indicador

Tabla 47. Ejecución de los recursos de inversión



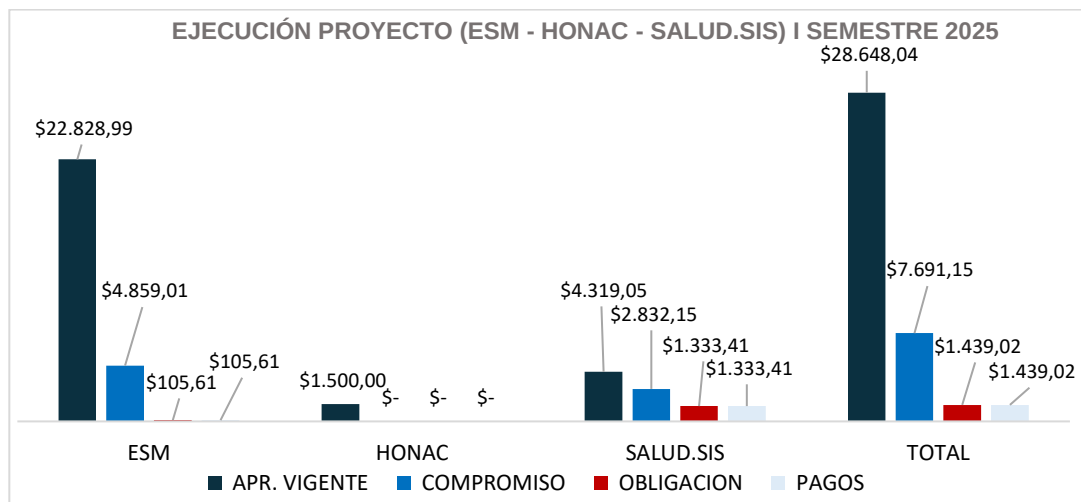
| Indicador: Ejecución de los recursos de inversión |             |            |     |             |      |          |
|---------------------------------------------------|-------------|------------|-----|-------------|------|----------|
| Variables                                         | Descripción |            |     | Tipo        | Meta |          |
| V1                                                | Recursos    | ejecutados | por | Efectividad | 100% | ● 15.14% |
| V2                                                | Recursos    | asignados  | por |             |      | ● 26.85% |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

###### Análisis del Indicador:

Compromisos del 27% de la apropiación vigente al cierre del 30 de junio de 2025 así:

Ilustración 3. Ejecución Presupuestal de los Proyectos de Inversión.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.





## Iniciativa 5.

### Desarrollo del estudio y propuesta de reestructuración de la planta de personal de Sanidad Militar, de la Sanidad de la Policía Nacional y del Hospital Militar Central.

Esta iniciativa, establece dos (2) indicadores de tipo eficacia, todos ellos en referencia a cada uno de los productos proyectados y en alineación a la iniciativa estratégica, con el fin de monitorear y controlar la medición de su gestión.

#### 5.1 Grupo de Talento Humano (GRUTH)

##### 5.1.1 Porcentaje de ejecución del Plan de Previsión de Recursos Humanos.

###### Medición del Indicador

Tabla 48. Porcentaje de ejecución del Plan de Previsión de Recursos Humanos.



| Indicador: Porcentaje de ejecución del Plan de Previsión de Recursos Humanos |                                    |          |      |          |         |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------|------|----------|---------|
| Variables                                                                    | Descripción                        | Tipo     | Meta | I Trim   | II Trim |
| V1                                                                           | Número de nombramientos efectuados | Eficacia | 95%  | ● 87.95% | ● 90%   |
| V2                                                                           | Número total de vacantes           |          |      |          |         |

Fuente: Elaboración Propia Grupo Talento Humano.

###### Análisis del Indicador:

De acuerdo con el indicador, se tiene una planta efectiva del 90%, con una variación positiva de 2.05 respecto al primer trimestre, lo que significa que se tiene el 10% de vacantes pendientes por cubrir, la DIGSA adelantó en el mes de julio el comité de aprobación del Plan de Previsión de Recursos Humanos y actualmente se encuentra adelantando los trámites administrativos ante el Departamento Administrativo de Función Pública y Ministerio de Defensa Nacional, para cubrir las vacantes.

A continuación, se presenta la planta efectiva a 30 de junio de 2025, por empleos y sus respectivas vacantes:

Tabla 49. Planta Efectiva a corte 30 de junio.

| Empleos                                      | Total | Provistos | Vacantes |
|----------------------------------------------|-------|-----------|----------|
| Servidores Misionales                        | 710   | 655       | 55       |
| Profesionales Defensa                        | 95    | 71        | 24       |
| Técnicos Servicios                           | 358   | 347       | 11       |
| Técnicos Apoyo Seguridad y Defensa           | 128   | 113       | 15       |
| Auxiliar Servicios                           | 167   | 161       | 6        |
| Auxiliar para Apoyo Seguridad y Defensa      | 115   | 67        | 48       |
| Director, Subdirector, Jefe Unidad Seguridad | 5     | 4         | 1        |
| Total                                        | 1.578 | 1.418     | 160      |

Fuente: Elaboración Propia Grupo Talento Humano.







## Iniciativa 6.

### Diseño, implementación y desarrollo el sistema de costos y la estructuración del estudio técnico de suficiencia de recursos en cada Subsistema de Salud.

Esta iniciativa, establece seis (6) indicadores de las cuales tres (3) son de eficacia, uno (1) de efectividad y dos (2) de producto, todos ellos en referencia a cada uno de los productos proyectados y en alineación a la iniciativa estratégica, con el fin de monitorear y controlar la medición de su gestión.

#### 6.1 Grupo Sistema Integral de Información — Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (SISAM)

##### 6.1.1 Estabilidad de la operación de la plataforma tecnológica

###### Medición del Indicador

Tabla 50. Estabilidad de la operación de la plataforma tecnológica

| Indicador: Estabilidad de la operación de la plataforma tecnológica |                                            |             |          |        |         |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------|----------|--------|---------|
| Variables                                                           | Descripción                                | Tipo        | Meta     | I Trim | II Trim |
| V1                                                                  | Número de horas en operación en el periodo | Efectividad | Variable | 99.53% | 98.64%  |
| V2                                                                  | Número de horas del periodo                |             |          |        |         |

Fuente: Elaboración Propia Grupo Aseguramiento en Salud.

###### Análisis del Indicador:

**Primer Trimestre:** Teniendo en cuenta el log de registro de incidentes del Sistema de Información gestionado por el Área de Infraestructura y Operaciones se registra dos (2) incidentes dentro del trimestre evaluado, correspondiente a categoría Tables Space Base de Datos, el tiempo que registra de no disponibilidad corresponde a 10.20 horas. De acuerdo al indicador Estabilidad de la operación de la plataforma tecnológica, mantuvo una operación del 99,53%.

- ➔ **Numerado:** 10.20 horas
- ➔ **Denominador:** 2160 Horas del Trimestre

**Segundo Trimestre:** Teniendo en cuenta el log de registro de incidentes del Sistema de Información gestionado por el Área de Infraestructura y Operaciones se registra trece (13) incidentes dentro del trimestre evaluado, correspondientes a las categorías: Tables Space Base de Datos, Tiempos de Respuesta Altos de la BD, Lentitud Servicios SALUD.SIS, Error Base de Datos, Caída general de la base de datos productiva de SALUD.SIS, el tiempo que se registra de no disponibilidad corresponde a 29.40 horas. De acuerdo al indicador Estabilidad de la operación de la plataforma tecnológica se mantuvo en operación en un 98.64%.

- ➔ **Numerador:** 29.40 horas no disponibilidad Sistema de Información
- ➔ **Denominador:** 2160 Horas del Trimestre





### 6.1.2 Nivel de Avance implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI.

#### Medición del Indicador

Tabla 51. Nivel de Avance implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI.



| Indicador: Nivel de Avance implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI. |                                                     |          |      |        |          |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------|------|--------|----------|
| Variables                                                                      | Descripción                                         | Tipo     | Meta | I Trim | II Trim  |
| V1                                                                             | Número de actividades ejecutadas de la hoja de ruta | Eficacia | 100% | ● 20%  | ● 42.86% |
| V2                                                                             | Número total de actividades programadas             |          |      |        |          |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

Durante el período evaluado, se programaron un total de 15 actividades en la hoja de ruta, en relación con la gestión y desarrollo del Implementación Modelo de Gestión y Gobierno TI. Dando un avance del 42.86 % de avance.

Para la vigencia del 2025 en la implantación del modelo de Gestión y Gobierno TI, se lleva a cabo el seguimiento a la implementación de la hoja de ruta donde se programaron 35 actividades para desarrollar durante el en este segundo trimestre se programaron 15 actividades.

### 6.1.3 Nivel de Avance Actividades Plan de Transformación Digital.

#### Medición del Indicador

Tabla 52. Nivel de Avance Actividades Plan de Transformación Digital.



| Indicador: Nivel de Avance Actividades Plan de Transformación Digital |                                         |          |      |             |              |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------|------|-------------|--------------|
| Variables                                                             | Descripción                             | Tipo     | Meta | I Trimestre | II Trimestre |
| V1                                                                    | Número actividades ejecutadas           | Eficacia | 100% | ● 12%       | ● 44%        |
| V2                                                                    | Número total de actividades programadas |          |      |             |              |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

Dentro del Hoja de Ruta consolidada por el Grupo SISAM y Gestión de la Información se establecieron 10 actividades para el segundo trimestre con un cumplimiento de 8 actividades, teniendo en cuenta la meta establecida para el segundo trimestre de un total acumulado de 14 actividades de las cuales solo se cumplieron 11 actividades, que corresponden a un avance del 44% del total de la vigencia. Se está realizando la Propuesta del plan de cultura y apropiación con un componente de alfabetización digital.





## 6.2 Grupo Gestión de la Información (GRUGI)

### 6.2.1 Avance implementación Modelo Gobierno de Datos

#### Medición del Indicador

Tabla 53. Avance implementación Modelo Gobierno de Datos



| Indicador: Avance implementación Modelo Gobierno de Datos |                                   |          |      |             |              |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|------|-------------|--------------|
| Variables                                                 | Descripción                       | Tipo     | Meta | I Trimestre | II Trimestre |
| V1                                                        | Número actividades ejecutadas     | Eficacia | 55%  | ● 25.26%    | ● 30.53      |
| V2                                                        | Número de actividades programadas |          |      |             |              |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

58 actividades desarrolladas al corte 31 de junio de 2025 que corresponden al 30,53%, lo que representa 10 actividades más, ejecutadas durante el II trimestre de 2025, la meta para la vigencia es llegar al 55% de actividades ejecutadas de la Hoja de Ruta para la Implementación del Modelo de Gobierno de Datos en la DIGSA, al primer trimestre se ejecutaron uno total de 48 actividades llegando al 26,25% y para el segundo trimestre se ejecutaron 10 actividades para un total de 58 actividades, obteniendo un avance de implementación del 30.53%.

Tabla 54. Actividades Desarrolladas al I Semestre 2025.

| ACTIVIDADES II TRIMESTRE 2025                                                                                    |           |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------|
| ACTIVIDADES                                                                                                      |           |                                 |
| Socialización Gobierno del Dato                                                                                  | Boletines | Información GRUGI semanal       |
|                                                                                                                  |           | Información GRUGI mensual       |
|                                                                                                                  | Capsulas  | Gobierno de Datos DIGSA mensual |
| Actualizar el Glosario de Negocio DIGSA, versión 2                                                               |           |                                 |
| Realizar capacitaciones Gobierno de Datos según programación para la vigencia 2025                               |           |                                 |
| Elaborar y ejecutar estrategia de Gestión del Cambio para el Gobierno de Datos                                   |           |                                 |
| Realizar seguimiento a la implementación de la Hoja de Ruta del Modelo de Gobierno de Datos DIGSA, vigencia 2025 |           |                                 |
| Informe trimestral ejecución de actividades Plan de Capacitación Gobierno de Datos DIGSA 2025                    |           |                                 |
| Indicadores PROGI                                                                                                |           |                                 |
| Seguimiento trimestral a elaboración de Fichas Técnicas formatos DIGSA 2025                                      |           |                                 |
| Elaborar Ecosistema de Datos DIGSA, versión 1.                                                                   |           |                                 |
| Documentar el Procedimiento de Datos Abiertos DIGSA.                                                             |           |                                 |
| Elaborar el Plan de Apertura de Datos Abiertos, versión 1.                                                       |           |                                 |
| Elaborar Catálogo de Dispositivos e Insumos Médicos, versión 1                                                   |           |                                 |
| Depurar los datos registrados en los sistemas de información referente a los equipos biomédicos                  |           |                                 |
| Realizar seguimiento trimestral a la Calendarización, según Flujo de Información DIGSA 2024 - 2025               |           |                                 |
| Realizar seguimiento trimestral a la Calendarización, según Flujo de Información DIGSA 2025                      |           |                                 |
| Realizar el seguimiento semanal a la Calendarización DIGSA 2024 - 2025                                           |           |                                 |
| Realizar el seguimiento semanal a la Calendarización DIGSA 2025                                                  |           |                                 |
| Realizar seguimiento trimestral a la ejecución de actividades del PETI DIGSA 2025                                |           |                                 |

Fuente: Elaboración Propia Grupo Gestión de la Información.





## Iniciativa 7.

Diseño, implementación y desarrollo el sistema de costos y la estructuración del estudio técnico de suficiencia de recursos en cada Subsistema de Salud.

2.03%

Esta iniciativa, establece seis (7) indicadores de los cuales uno (1) es de eficacia, dos (2) de eficiencia, uno (1) de efectividad y tres (3) de producto, todos ellos en referencia a cada uno de los productos proyectados y en alineación a la iniciativa estratégica, con el fin de monitorear y controlar la medición de su gestión.

### 7.1 Área de Costos y Estadística (ARCYE)

#### 7.1.1 Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS.

##### Medición del Indicador

Tabla 55. Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS.



| Indicador: Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS |                                                         |            |      |        |         |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------|------|--------|---------|
| Variables                                                                   | Descripción                                             | Tipo       | Meta | I Trim | II Trim |
| V1                                                                          | Número de centros de costo con criterio de distribución | Eficiencia | 100% | ● 100% |         |
| V2                                                                          | Total, centros de costo                                 |            |      |        |         |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

##### Análisis del Indicador:

Para el primer trimestre de la vigencia 2025, 63 especialidades reportaron producción en CUPS con criterio de distribución acertado utilizando la ponderación del factor utilizado en el Manual Tarifario SOAT (UVT).

De igual manera para los CUPS que no tienen homologación con este manual de referencia, se calculó el factor UVT para el CUPS con valor de referencia en la Nota técnica del SGSSS o tarifa institucional (red externa).

Este ejercicio permitió a su vez identificar oportunidades de mejora en la información generada en las fuentes del dato como son estructuras de centros de costos del ERP SALUD (SAP) y reportes del RIPS a nivel nacional, requiriendo fortalecer la cultura del registro por parte de los usuarios finales (personal asistencial y administrativo) y la revisión de paramétricas que afectan los reportes, aspectos que se encuentran en revisión con el Grupo SISAM, en cumplimiento a los criterios y directrices del Modelo de Costos y a la normatividad del RIPS emitida por Minsalud.





### 7.1.2 Porcentaje de gasto de la red externa sustentado en RIPS.

#### Medición del Indicador

Tabla 56. Porcentaje de gasto de la red externa sustentado en RIPS.



| Indicador: Porcentaje de gasto de la red externa sustentado en RIPS |                                                                 |             |      |                 |         |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|------|-----------------|---------|
| Variables                                                           | Descripción                                                     | Tipo        | Meta | I Trim          | II Trim |
| V1                                                                  | valor total de los RIPS de red externa reportados en el periodo | Efectividad | 90%  | ● <b>73.35%</b> | N/D     |
| V2                                                                  | Valor reportado en traza de facturación en el periodo           |             |      |                 |         |

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

#### Análisis del Indicador:

Se logro sustentar un **73.35%** en el primer trimestre de 2025, con un valor total reportado en el gasto por medio de RIPS de la Red Externa del SSFM que asciende a \$ 100,400,641,328 pesos, por otra parte, el total reportado en Facturación fue de \$ 136,877,181,936 pesos.

Es un comportamiento acorde a los problemas presentados en la transición a la normatividad contenida en la resolución 2275 de 2023 y a la resolución 1884 de 2024, las cuales establecen los RIPS como soporte de facturación y fijan el nuevo formato de entrega de RIPS en el formato JSON.

Dado que actualmente el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, se encuentra en la transición al uso del habilitador tecnológico que permita hacer la recepción de este nuevo tipo de archivo y su respectiva conversión a Excel, los RIPS ya radicados bajo el nuevo formato, no fueron tomados en cuenta en el cálculo del presente resultado. Se espera que, para el segundo trimestre del presente año, el resultado de este indicador tienda a mejorar.

Al segundo trimestre aún no se tienen los datos pertinentes para realizar el análisis que permitan identificar el gasto reportado por medio de RIPS de la Red Externa del SSFM.





## Iniciativa 8.

### Diseño, implementación y desarrollo el sistema de costos y la estructuración del estudio técnico de suficiencia de recursos en cada Subsistema de Salud

#### 8.1 Grupo Asuntos Legales (GRULE)

##### 8.1.1 Total, conceptos de viabilidad jurídico

###### Medición del Indicador

Tabla 57. Total, conceptos de viabilidad jurídico



| Indicador: Total, conceptos de viabilidad jurídico |                               |          |      |       |
|----------------------------------------------------|-------------------------------|----------|------|-------|
| Variables                                          | Descripción                   | Tipo     | Meta | I Sem |
| V1                                                 | Sumatorios conceptos emitidos | Eficacia | 100% | 424   |

Fuente: Elaboración Propia Grupo Asuntos Legales.

###### Análisis del Indicador:

Para el primer semestre, se registraron 424 actuaciones, distribuidas en cuatro categorías: actos administrativos, lineamientos, conceptos jurídicos y normogramas. Discriminados de la siguiente manera:

Tabla 58. Conceptos de Viabilidad Jurídica.

| Categoría             | Registros  | Porcentaje (%) |
|-----------------------|------------|----------------|
| Actos Administrativos | 409        | 96.46%         |
| Lineamientos          | 7          | 1.65%          |
| Conceptos Jurídicos   | 6          | 1.42%          |
| Normogramas           | 2          | 0.47%          |
| <b>Total</b>          | <b>424</b> | <b>100%</b>    |

Fuente: Elaboración Propia Grupo Asuntos Legales.

La mayor parte de estas actuaciones corresponde a actos administrativos (409), lo que representa una clara orientación hacia la gestión operativa del talento humano y los recursos institucionales. Esto incluye decisiones como nombramientos, licencias, retiros, viáticos, entre otros. Su volumen evidencia una dinámica administrativa activa.

En contraste, los lineamientos (7), los conceptos jurídicos (6) y los normogramas (2) tienen una participación significativamente menor. Aunque en términos cuantitativos su impacto es reducido, estas categorías son fundamentales para fortalecer la seguridad jurídica, la estandarización normativa y la prevención de riesgos legales.





## 9 Acrónimos

|               |                                                                             |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <b>ADRES</b>  | Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social      |
| <b>AMEC</b>   | Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud                       |
| <b>ARC</b>    | Armada Nacional                                                             |
| <b>ARCAS</b>  | Área de Calidad en Salud                                                    |
| <b>ATEUS</b>  | Atención al Usuario                                                         |
| <b>ASIS</b>   | Análisis de Situación de Salud                                              |
| <b>CACOM</b>  | Comando Aéreo de Combate                                                    |
| <b>CEC</b>    | Costos y Estados de Cuenta                                                  |
| <b>CSSMP</b>  | Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional |
| <b>CTC</b>    | Capacidad Tecnológica y Científica                                          |
| <b>CUPS</b>   | Clasificación Única de Procedimientos en Salud                              |
| <b>DAFP</b>   | Departamento Administrativo de la Función Pública                           |
| <b>DIGSA</b>  | Dirección General de Sanidad Militar.                                       |
| <b>DISAN</b>  | Dirección de Sanidad                                                        |
| <b>EIPSA</b>  | Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud                      |
| <b>EJC</b>    | Ejército Nacional.                                                          |
| <b>ESM</b>    | Establecimiento de Sanidad Militar                                          |
| <b>GETH</b>   | Gestión Estratégica de Talento Humano                                       |
| <b>GRAPS</b>  | Grupo Atención al Usuario y Participación Social                            |
| <b>HOMIL</b>  | Hospital Militar Central                                                    |
| <b>JEFSA</b>  | Jefatura Sanidad Fuerza Aérea                                               |
| <b>MATIS</b>  | Modelo de Atención Integral en Salud.                                       |
| <b>MDN</b>    | Ministerio de Defensa Nacional.                                             |
| <b>MIPG</b>   | Modelo Integrado de Planeación y Gestión.                                   |
| <b>PETI</b>   | Plan Estratégico de Tecnologías de la Información                           |
| <b>PGD</b>    | Programa de Gestión Documental                                              |
| <b>PQRS</b>   | Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias                                  |
| <b>RCCVM</b>  | Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica                                   |
| <b>RIAS</b>   | Rutas Integrales de Atención                                                |
| <b>SGA</b>    | Sistema de Gestión Ambiental                                                |
| <b>SGSSS</b>  | Sistema General de Seguridad Social en Salud                                |
| <b>SG-SST</b> | Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo                    |
| <b>SIRECI</b> | Sistema de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes                    |
| <b>SISPRO</b> | Sistema Integrado de Información de la Protección Social                    |
| <b>SOGCS</b>  | Sistema Obligatorio garantía de la Calidad en Salud                         |
| <b>SSFM</b>   | Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares                                |
| <b>SSMP</b>   | Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional          |
| <b>UASO</b>   | Unidades de Apoyo a la Salud Operacional                                    |
| <b>UPC</b>    | Unidad de pago por capitación                                               |
| <b>VIH</b>    | Virus de Inmunodeficiencia Humana                                           |





## 10 Definiciones

| Ítem                                            | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Comité Técnico Científico</b>                | Organismo o junta cuya función primordial es analizar, para su autorización, las solicitudes presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, el suministro de medicamentos que están por fuera del listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud.                                             |
| <b>Dotación Biomédica</b>                       | Son todas las actividades realizadas para asegurar el buen funcionamiento del equipo biomédico, involucrando aquellas consideradas como de mantenimiento preventivo, correctivo y verificación de la calibración, entre otras.                                                                                |
| <b>Estrategias</b>                              | conjunto de acciones determinadas para alcanzar un objetivo específico.                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Farmacovigilancia</b>                        | es la ciencia y las actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de las reacciones adversas o cualquier otro problema de salud relacionado con medicamentos o vacunas.                                                                                                          |
| <b>Malla de Pertinencia</b>                     | Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Modelo Integrado De Planeación Y Gestión</b> | Herramienta que armoniza y articula las diferentes estrategias, políticas y planes orientados al cumplimiento de la misión y prioridades del gobierno, proporcionando lineamientos para su implementación e inclusión en el ejercicio de la planeación sectorial e institucional tanto cuatrienal como anual. |
| <b>Objetivo</b>                                 | Meta o fin último hacia el cual se dirigen las acciones o las operaciones de algún proyecto específico.                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Perfil Demográfico</b>                       | Medida demográfica para expresar la relación de la población, en términos de edad, entre las personas potencialmente activas y las personas potencialmente dependientes.                                                                                                                                      |
| <b>Perfil Epidemiológico</b>                    | Expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.                                                    |
| <b>Plan de Acción</b>                           | Refleja el encadenamiento de los productos, resultados, metas e indicadores, a los objetivos específicos y al objetivo general de cada política, puntualizando los acuerdos y compromisos de las entidades responsables y corresponsables de las intervenciones y las formas de articulación intersectorial.  |







| ítem                               | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Plan Estratégico</b>            | Es un instrumento que debe reflejar la misión, visión, objetivos, indicadores, estrategias y orientaciones generales del sector y de la institución para dar respuesta a la política económica, social y ambiental que fueron adoptadas por el Gobierno en el Plan Nacional de Desarrollo. |
| <b>Plan Nacional De Desarrollo</b> | Es la base de las políticas gubernamentales formuladas por el presidente de la República, a través de su equipo de Gobierno y plasma los temas y propuestas expuestas a los colombianos durante su campaña electoral                                                                       |
| <b>Política</b>                    | Directriz o lineamiento general que sirve fundamentalmente para orientar la acción institucional y facilitar el proceso de toma de decisiones.                                                                                                                                             |
| <b>Programa</b>                    | Plan o proyecto organizado de las distintas actividades que se irá a realizar.                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Tablero De Control</b>          | Herramienta gerencial que tiene por objetivo principal presentar el estado actual de uno o varios elementos de la medición (indicadores, planes, estrategias, iniciativas) de la gestión.                                                                                                  |

