



**DIRECCIÓN GENERAL
DE SANIDAD MILITAR**

Indicadores

Plan de Acción

2025



Tabla de contenido

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.....	12
1.1	Área de Sistemas Integrados (ARSIG)	12
1.1.1	Porcentaje de Ejecución del Plan de Trabajo SIG	12
1.1.2	Porcentaje de Ejecución del Plan de Trabajo MIPG.....	12
1.2	Área de Gestión Documental (AREDO)	13
1.2.1	Porcentaje de Ejecución del Plan de Gestión Documental.....	13
1.3	Grupo Gestión del riesgo (GRERI)	14
1.3.1	Cumplimiento de la ISO 14001 – SGA.....	14
1.4	Grupo de Talento Humano (GRUTH).....	14
1.4.1	Plan Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo.	14
1.5	Grupo Gestión Financiera (GRUFI)	17
1.5.1	Porcentaje Ejecución Presupuestal	17
2	Reingeniería del Modelo de Gerenciamiento y Administración del Sistema.	19
2.1	Grupo de Contratación (GRUCO)	19
2.1.1	Porcentaje del avance de las actividades de catalogación.....	19
2.2	Área de Sistemas Integrados (ARSIG)	20
2.2.1	Porcentaje de cumplimiento del seguimiento a la administración de los riesgos	20
3	Mejoramiento de la Atención Integral en Salud y la Prestación de Servicios de Salud.	21
3.1	Grupo Gestión del riesgo (GRERI)	21
3.1.1	Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.....	21
3.1.2	Cobertura vacunación en niños menores de cinco años del SSFM.	22
3.1.3	Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal.	22
3.1.4	Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica	23
3.1.5	Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM.....	23
3.1.6	Cobertura de la atención integral en salud de la población víctimas del conflicto.24	
3.1.7	Avances en la Implementación de la RIA para la población con Riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente SSFM- DIGSA.....	24
3.2	Grupo Aseguramiento en Salud (GRUAS).....	25
3.2.1	Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud	25



3.2.2	Porcentaje de comités gestionados para el subsistema de salud de las fuerzas militares.....	26
3.2.3	Proporción de vigilancia de acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.....	26
3.2.4	Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de los Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud.	27
3.2.5	Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza.	29
3.2.6	Gestión de eventos e incidentes serios y no serios asociados a dispositivos médicos	30
3.2.7	Porcentaje de cumplimiento al programa de auditoria red externa del SSFM.	31
3.2.8	Porcentaje de cumplimiento implementación AMEC.....	32
3.3	Grupo Prestación y Operación de Servicios de Salud (GROSD)	33
3.3.1	Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.	33
3.3.2	Oportunidad Autorizaciones al usuario a una institución de mayor complejidad.	33
3.3.3	Porcentaje Demanda insatisfecha	34
3.3.4	Porcentaje de disponibilidad oferta de servicios por nivel de complejidad de acuerdo con normatividad vigente.	35
3.3.5	Consumo de medicamentos	35
3.3.6	Adherencia al programa de farmacovigilancia	36
3.4	Grupo de Salud Operacional (GRUSO)	36
3.4.1	Tasa heridos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM	36
3.4.2	Tasa de muertos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM. ...	37
3.5	Grupo Atención al Usuario y Participación Social (GRAPS).....	38
3.5.1	Tasa de PQRS	38
3.5.2	Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días.	39
3.5.3	Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos.	39
3.5.4	Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar	40
3.5.5	Seguimiento a los compromisos en los espacios de participación social por territorio.	41
3.5.6	Percepción de los usuarios respecto a la humanización del servicio de salud en los ESM.	42
3.6	Grupo Gestión de Afiliaciones (GRUGA)	43
3.6.1	Usuarios Inactivados en Base Datos SSFM por Causales de Extinción de Derechos	43
3.7	Área de Comunicaciones Estratégicas y Gestión del Cambio (ARCOM)	44



3.7.1	Estadística de publicaciones generadas de acuerdo con solicitudes de la entidad	44
3.7.2	Relacionamiento de los usuarios con los canales digitales vigentes en la entidad	46
3.7.3	Impacto de las publicaciones de las redes sociales	47
3.7.4	Percepciones generadas de las actividades de Gestión del Cambio	48
3.8	Grupo de Talento Humano (GRUTH)	48
3.8.1	Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitación	48
3.8.2	Porcentaje de ejecución del Plan de Gestión de Integridad	49
3.8.3	Porcentaje de ejecución del Plan de gestión de Conocimiento e innovación	49
3.8.4	Porcentaje Trabajadores Certificados Curso de Integridad, Transparencia y Lucha Contra la Corrupción DIGSA	50
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	50
4.1	Área de Desarrollo Institucional (ARDEI)	50
4.1.1	Ejecución de los recursos de inversión	50
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	52
5.1	Grupo de Talento Humano (GRUTH)	52
5.1.1	Porcentaje de ejecución del Plan de Previsión de Recursos Humanos	52
5.1.2	Personal caracterizado en el VISOR	53
6	Diseño, Implementación y Desarrollo el Sistema de Costos y la Estructuración del Estudio Técnico de Suficiencia de Recursos en Cada Subsistema de Salud	54
6.1	Grupo Sistema Integral de Información — Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (SISAM)	54
6.1.1	Estabilidad de la Operación de la Plataforma Tecnológica	54
6.1.2	Nivel de Avance Implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI	55
6.1.3	Nivel de Avance Actividades Plan de Transformación Digital	55
6.1.4	Usabilidad del Sistema de Información SALUD.SIS	56
6.2	Grupo Gestión de la Información (GRUGI)	56
6.2.1	Avance Implementación Modelo Gobierno de Datos	56
7	Diseño, Implementación y Desarrollo el Sistema de Costos y la Estructuración del Estudio Técnico de Suficiencia de Recursos en Cada Subsistema de Salud	57
7.1	Área de Costos y Estadística (ARCYE)	57
7.1.1	Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS	57
7.1.2	Porcentaje de gasto de la red externa sustentado en RIPS	58
7.1.3	Historia de usuario para el módulo CEC	58



7.1.4	Cups Caracterizada Costo estándar	59
7.2	Área de Presupuesto (ARPRE).....	59
7.2.1	Gastos administrativos.	59
7.2.2	Gasto de Medicamentos del Plan de Servicios de Salud	60
7.2.3	Gasto de Medicamentos no Incluidos en el Plan de Servicios de Salud	61
7.2.4	Patologías de alto costo	62
8	Diseño, Implementación y Desarrollo el Sistema de Costos y la Estructuración del Estudio Técnico de Suficiencia de Recursos en cada Subsistema de Salud.....	63
8.1	Grupo Asuntos Legales (GRULE).....	63
8.1.1	Total, conceptos de viabilidad jurídico	63
9	Acrónimos.....	64
10	Definiciones	65



Ilustración de Tablas

Tabla 1. Porcentaje de ejecución del Plan de Trabajo SIG.	12
Tabla 2. Porcentaje de ejecución del Plan de Trabajo MIPG.	12
Tabla 3. Porcentaje de ejecución del Plan de Trabajo de Gestión Documental.....	13
Tabla 4. Cumplimiento de la ISO 14001 - SGA.....	14
Tabla 5. Plan Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo.	14
Tabla 6. Medición y Análisis Cumplimiento de Objetivos	16
Tabla 7. Porcentaje de ejecución presupuestal trimestral	17
Tabla 8. Porcentaje del avance de las actividades de catalogación.	19
Tabla 9. Porcentaje de cumplimiento del seguimiento a la administración de los riesgos	20
Tabla 10. Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.	21
Tabla 11. Cobertura vacunación en niños menores de cinco años del SSFM.....	22
Tabla 12. Porcentaje gestantes captadas semana 10 por la Ruta Materno Perinatal.....	22
Tabla 13. Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica	23
Tabla 14. Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM.	23
Tabla 15. Cobertura de la atención integral en salud de la población víctimas conflicto...	24
Tabla 16. Avances en la Implementación de la RIA.....	24
Tabla 17. Porcentaje de cumplimiento en la implementación del MATIS.	25
Tabla 18. Porcentaje de comités gestionados para el SSFM.	26
Tabla 19. Proporción vigilancia acciones inseguras la prestación de servicios de salud..	26
Tabla 20. Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de los Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud.	27
Tabla 21. Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza.	29
Tabla 22. Gestión eventos e incidentes serios y no serios a dispositivos médicos.....	30
Tabla 23. Porcentaje Mantenimiento fortalecimiento de la dotación biomédica SSFM.	30
Tabla 24. Porcentaje de auditorías	31
Tabla 25. Porcentaje de cumplimiento al programa de auditoria red externa del SSFM...	31
Tabla 26. Porcentaje de cumplimiento implementación AMEC	32
Tabla 27. Oportunidad referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.	33
Tabla 28. Oportunidad de la autorización de Servicios.	34
Tabla 29. Porcentaje Demanda insatisfecha.....	34
Tabla 30. Porcentaje de disponibilidad oferta de servicios por nivel de complejidad de acuerdo con normatividad vigente.	35
Tabla 31. Consumo de medicamentos.....	35
Tabla 32. Adherencia al programa de farmacovigilancia	36
Tabla 33. Tasa de heridos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM	36
Tabla 34. Tasa de muertos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM.....	37
Tabla 35. Tasa de PQRS.....	38
Tabla 36. Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días.....	39
Tabla 37. Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos.	39
Tabla 38. Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar.....	40
Tabla 39. Seguimiento compromisos espacios de participación social por territorio.	41
Tabla 40. Percepción usuarios respecto a la humanización del servicio de salud ESM ...	42
Tabla 41. Usuarios inactivados Base Datos SSFM por causales extinción de derechos..	43
Tabla 42. Estadística de publicaciones generadas de acuerdo con solicitudes de la entidad.....	44



Tabla 43. Relacionamiento usuarios con los canales digitales vigentes en la entidad.....	46
Tabla 44. Impacto de las publicaciones de las redes sociales	47
Tabla 45. Percepciones generadas de las actividades de Gestión del Cambio.....	48
Tabla 46. Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitación.	48
Tabla 47. Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Gestión de Integridad.	49
Tabla 48. Porcentaje de ejecución del Plan de gestión de Conocimiento e innovación....	49
Tabla 49. Porcentaje Trabajadores Certificados Curso de Integridad, Transparencia y Lucha Contra la Corrupción DIGSA	50
Tabla 50. Ejecución de los recursos de inversión	50
Tabla 51. Porcentaje de ejecución del Plan de Previsión de Recursos Humanos.	52
Tabla 52. Planta Efectiva a corte 16 de diciembre de 2025.....	52
Tabla 53. Personal caracterizado en el VISOR.....	53
<i>Tabla 54. Tabla resumen de carpeta de entregas en GRUTH</i>	<i>53</i>
Tabla 55. Meta de Caracterización	54
Tabla 56. Estabilidad de la operación de la plataforma tecnológica	54
Tabla 57. Nivel de Avance implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI.....	55
Tabla 58. Nivel de Avance Actividades Plan de Transformación Digital.....	55
Tabla 59. Usabilidad del sistema de Información SALUD.SIS.....	56
Tabla 60. Avance implementación Modelo Gobierno de Datos	56
Tabla 61 Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS.....	57
Tabla 62. Porcentaje de gasto de la red externa sustentado en RIPS.	58
Tabla 63. Historia de usuario para el módulo CEC	58
Tabla 64.. Historia de usuario para el módulo CEC	59
Tabla 65. Gastos administrativos.....	59
Tabla 66. Gasto de medicamentos del plan de servicios de salud	61
Tabla 67. Gasto de medicamentos no incluidos en el plan de servicios de salud.....	61
Tabla 68. Patologías de alto costo	62
Tabla 69. Total, conceptos de viabilidad jurídico.....	63
Tabla 70. Definiciones	65



Contenido de Ilustraciones

Ilustración 1. Ejecución presupuestal a cierre IV trimestre de 2025	18
Ilustración 2. Ejecución Presupuestal de los Proyectos de Inversión.	51



Introducción

El presente documento expone el monitoreo de indicadores de Plan de Acción 2025 del SSFM, 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 en la vigencia 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.

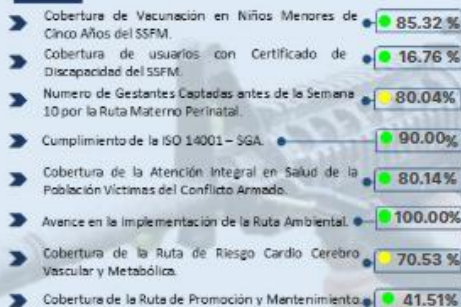


Tablero de Control Plan de Acción SSFM e Indicadores 2024 - 2026

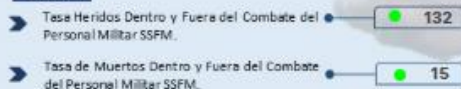
GRUAS



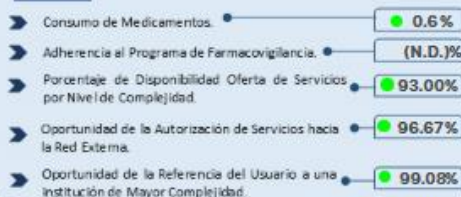
GRERI



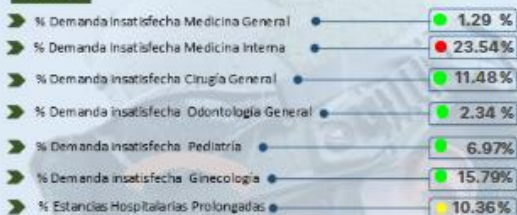
GRUSO



GROSD



GROSD



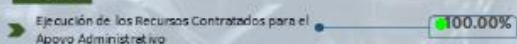
GRUFI



GRUCO



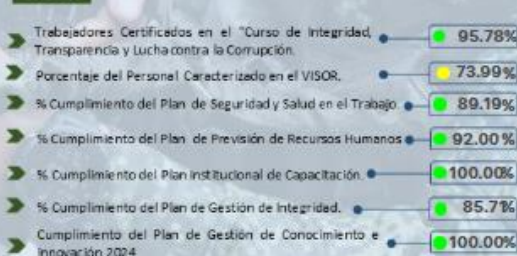
GRUAA



AREDO



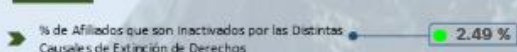
GRUTH



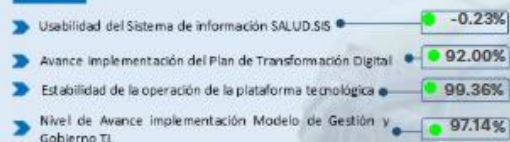
GRUGI



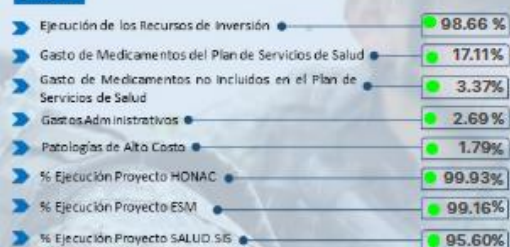
GRUGA



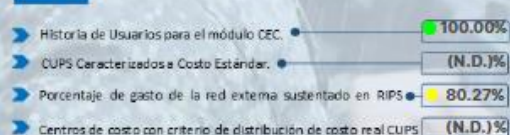
SISAM



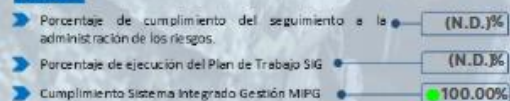
ARDEI



ARCYE



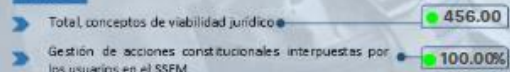
ARSIG



GRAPS



GRULE



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.

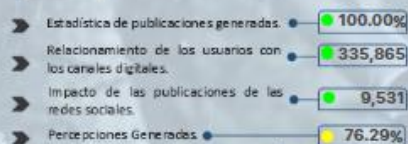


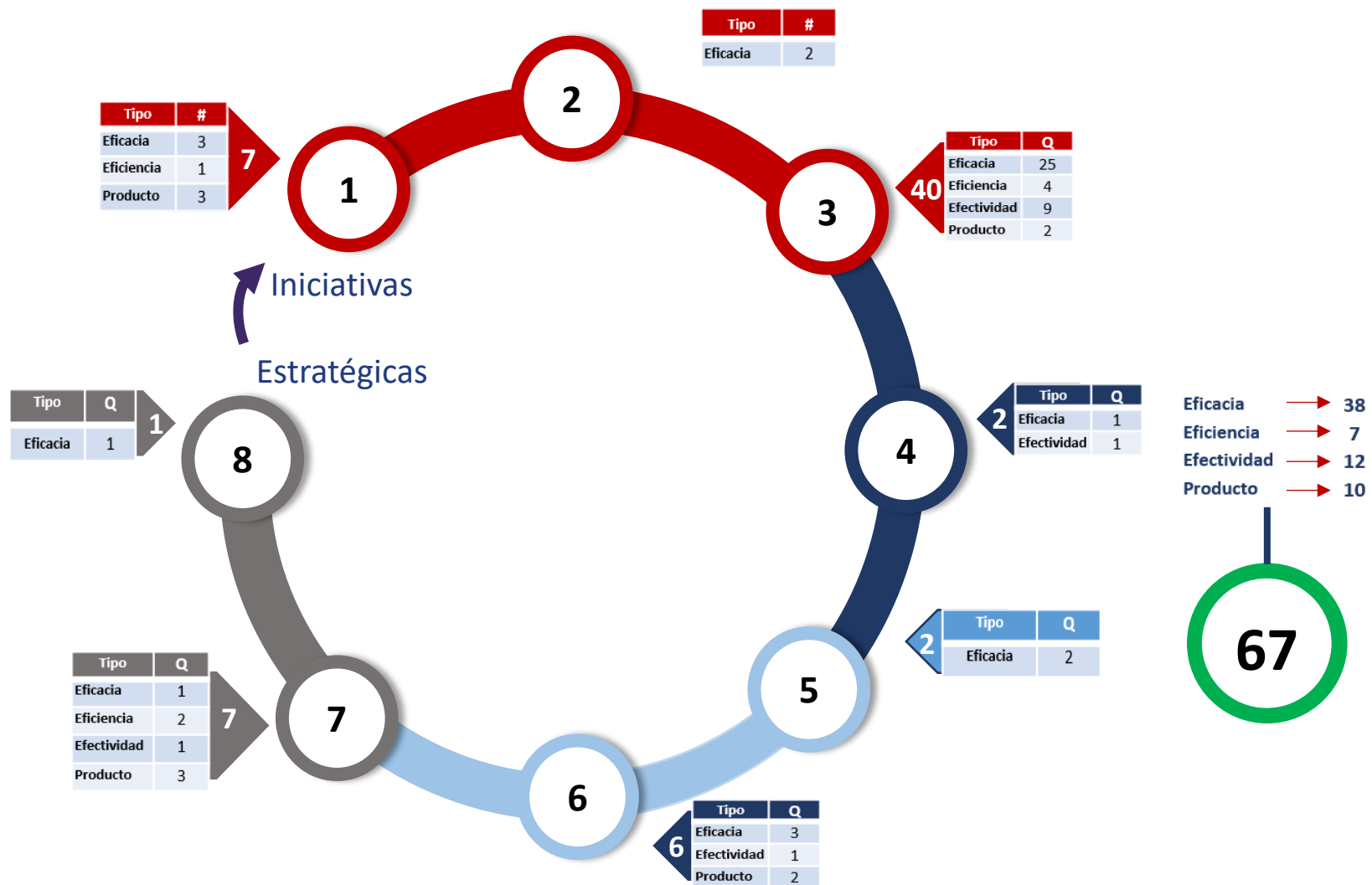
ESCANÉAME

Estado	Criterio
	Cumple
	Alerta
	No cumple



ARCOM







Iniciativa 1.

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

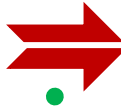
Esta iniciativa, establece 7 indicadores de los cuales tres (3) son de eficacia, 3 de producto y uno de eficiencia, todos ellos en referencia a cada uno de los productos proyectados y en alineación a la iniciativa estratégica, con el fin de monitorear y controlar la medición de su gestión.

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	II Sem
V1	Número de Actividades proyectadas	Eficacia	100%	50%	100%
V2	Total, Actividades desarrolladas Plan de trabajo SIG)				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

El Plan de Trabajo para la vigencia se cumplió al 100%. El indicador muestra consistencia total en el cumplimiento de las actividades planificadas en el SIG - MIPG durante los cuatro trimestres evaluados, superando la meta establecida por un margen del 10%. Su comportamiento refleja un compromiso por parte de todas las áreas y grupos de la Dirección General de Sanidad Militar en la implementación y mejora del Sistema Integrado de Gestión.

1.1.2 Porcentaje de Ejecución del Plan de Trabajo MIPG

Medición del Indicador

Tabla 2. Porcentaje de ejecución del Plan de Trabajo MIPG.



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

Dado que se formularon para la vigencia 85 actividades con cumplimiento del 100% y de las 44 programadas para el IV trimestre se ejecutó el 100%. El indicador



muestra consistencia total en el cumplimiento de las actividades MIPG durante los cuatro trimestres evaluados, superando la meta establecida por un margen del 10%. Su comportamiento refleja un compromiso por parte de todas las áreas y grupos de la Dirección General de Sanidad Militar en la implementación del Sistema Integrado de Gestión en el componente de MIPG.

1.2 Área de Gestión Documental (AREDO)

1.2.1 Porcentaje de Ejecución del Plan de Gestión Documental

Medición del Indicador

Tabla 3. Porcentaje de ejecución del Plan de Trabajo de Gestión Documental



Indicador: Porcentaje de ejecución del Plan de Trabajo de Gestión Documental				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	2025
V1	Número de Actividades proyectadas	Eficacia	50%	50%
V2	Total, Actividades desarrolladas Plan de trabajo de Gestión documental)			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

El proceso de gestión documental durante la vigencia 2025, logró la ejecución de del 50% de las actividades programadas para el cuatrienio en desarrollo del Programa de Gestión Documental PGD.

Actividades desarrolladas:

- Desarrollo plan de conservación documental.
- Actualización Inventario General Archivo Central.
- Actualización permanente Inventario Archivo de Gestión.
- Ejecución Plan anual de Transferencias Primarias.
- Ejecución Cronograma de transferencias Primarias.
- Ejecución Cronograma Seguimiento al Proceso de Organización Documental.
- Capacitación de Procesos y Procedimientos en Gestión Documental.

Efectos del indicador

- Cumplimiento a la normatividad archivística legal vigente.
- Disminución en las probabilidades que se materialice los riesgos asociados al proceso.
- Eficiencia en los servicios de acceso a la información generada, procesada y conservada en la Entidad.
- Contribución en el aprovechamiento y reducción de los recursos destinados para el procesamiento de la información.
- Contribución a la consecución de los objetivos y metas estratégicas propuestas por la Entidad.



1.3 Grupo Gestión del riesgo (GRERI)

1.3.1 Cumplimiento de la ISO 14001 – SGA

Medición del Indicador

Tabla 4. Cumplimiento de la ISO 14001 - SGA



Indicador: Cumplimiento de la ISO 14001 – SGA					
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Sem	II Sem
V1	Valor alcanzado de cumplimiento	Eficacia	100%	83%	90%
V2	Valor total de cumplimiento del SGA				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

En relación con el porcentaje anual de cumplimiento, el Sistema de Gestión Ambiental alcanzó un 90 %, resultado de la implementación de la política ambiental, las directrices institucionales y la ejecución de los lineamientos asociados a la gestión integral de residuos, el uso eficiente de energía y agua, y el desarrollo de actividades de capacitación. Asimismo, se evaluaron los aspectos e impactos ambientales derivados de las actividades ejecutadas por la DIGSA, las DISAN y los ESM, mediante la matriz de identificación de aspectos e impactos ambientales. De igual manera, se definieron los objetivos y metas de gestión ambiental, las acciones requeridas para su cumplimiento y la verificación de los requisitos legales aplicables.

1.4 Grupo de Talento Humano (GRUTH)

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

Medición del Indicador

Tabla 5. 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	II Cuatrim	III 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%	91%	92%	88%
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

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 2.2.4.6.8 del Decreto 1072 de 2015 y los Estándares Mínimos definidos en la Resolución 0312 de 2019, se presenta el seguimiento al cumplimiento del Plan de Trabajo Anual del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) correspondiente al tercer cuatrimestre del 2025.



Durante el periodo evaluado, el SG-SST alcanzó un 88% de cumplimiento, superando la meta establecida del 85%, sin embargo, también es importante informar que se evidencia una disminución en el porcentaje alcanzado respecto al mismo periodo de la vigencia 2024, cuando se registró un cumplimiento del 96%, esta variación permite identificar tanto fortalezas en la gestión como oportunidades de mejora para la siguiente vigencia.

Actividades estratégicas en el marco de la mejora continua del SGSST:

- Riesgo Psicosocial – Componente Comité de Convivencia Laboral: El área de SST conforme a la expedición de la Resolución 3461 de 2025 del 01 de septiembre de 2025 del Ministerio del Trabajo, modificó y derogó la Resolución 1082 del 15 de agosto de 2025, expidiendo y socializando a nivel nacional la Resolución 1384 del 10 de octubre de 2025, mediante la cual se establecen los lineamientos para la conformación de los Comités de Convivencia Laboral, así como el procedimiento para la prevención, atención y sanción del acoso laboral en la Dirección General de Sanidad Militar, Direcciones de Sanidad, Jefatura de Salud y Establecimientos de Sanidad Militar.
- El área de SST DIGSA nivel central estructuró, expidió y socializó a nivel nacional el Programa de Vigilancia Epidemiológica de Factores de Riesgo Psicosociales DIGSA con los formatos que lo conforman codificados por el Sistema de Gestión de la Calidad DIGSA para su implementación:
 - 🇵🇪 Matriz de monitoreo del Programa de Vigilancia Epidemiológica de Factores de Riesgo Psicosocial DIGSA
 - 🇵🇪 Formato Reporte casos de interés psicosocial DIGSA
 - 🇵🇪 Formato Acuerdo de confidencialidad, reserva y conservación de la información PVE-FRP DIGSA
 - 🇵🇪 Formato Consentimiento informado seguimiento psicosocial DIGSA
 - 🇵🇪 Formato Certificado de asistencia seguimiento psicosocial DIGSA
- Este programa fue estructurado en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 2646 de 2008 y Resolución 2764 de 2022, con el objetivo de adoptar los referentes técnicos mínimos obligatorios para la identificación, evaluación, monitoreo permanente e intervención de los factores de riesgo psicosocial.
- En atención a lo cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, el Decreto 0728 de 2025 y las Resoluciones 2646 de 2008, 2404 de 2019 y 2764 de 2022, el área SST de la DIGSA y las áreas homologas de la DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSA solicitaron en el Plan de necesidades el presupuesto para la vigencia 2026 con el fin de aplicar nuevamente el instrumento: Batería de evaluación de factores de riesgo psicosocial a todos los trabajadores de planta y contratistas con más de seis meses de antigüedad en la institución; el objetivo es identificar factores de riesgo psicosocial presentes y definir estrategias de intervención en aquellos aspectos que presenten niveles altos, de acuerdo con los resultados obtenidos en la medición.
- Medicina Preventiva del Trabajo – Evaluaciones Médicas Ocupacionales: el 25 de abril de 2025 el Ministerio del Trabajo emitió la Resolución 1843 de 2025, por



medio de la cual se derogan los lineamientos anteriores en materia de evaluaciones médicas ocupacionales y se regulan nuevos parámetros que impactan directamente el presupuesto de las instituciones, el área SST nivel central solicitó mediante oficio al Grupo de Talento Humano que a partir de octubre 2025 a través del área responsable del procedimiento de ausentismos y el procedimiento de incapacidades, así como, el área que tramita las licencias no remuneradas, se reporte al área de Seguridad y Salud en el Trabajo las siguientes novedades de personal planta DIGSA del nivel central:

- Reportar dentro de los siguientes tres (3) días al reintegro, los trabajadores que hayan presentado incapacidades médicas iguales o superiores a 30 días, con el propósito de programar y realizar la evaluación post incapacidad médica, teniendo en cuenta que la normatividad exige que esta evaluación se realice de forma inmediata al reintegro.
- Reportar al área SST toda licencia no remunerada igual o superior a 90 días (incluye licencia especial), en estos casos la normatividad exige que el trabajador realice la evaluación médica antes del reintegro laboral.

Medición y análisis cumplimiento de objetivos, metas e indicadores SGSST 2025

El área SST DIGSA conforme con el seguimiento al desarrollo del SGSST a nivel nacional, realizó la medición y análisis de los objetivos propuestos para la vigencia 2025, determinando los siguientes resultados:

Tabla 6. Medición y Análisis Cumplimiento de Objetivos

NOMBRE INDICADOR	I CUAT	II CUAT	III CUAT	PROMEDIO CUMPLIMIENTO ANUAL	ANÁLISIS DEL RESULTADO OBTENIDO
1.1. Cumplimiento Plan de Trabajo SGSST	90%	92%	88%	90%	El porcentaje promedio de cumplimiento estuvo por encima de la meta establecida del 85%.
1.2. Cumplimiento Programa de Capacitación SGSST	86%	86%	94%	89%	El porcentaje promedio de cumplimiento estuvo por encima de la meta establecida del 85%.
2.1 Actualización de Matrices de riesgo (Medición Anual)	83			83%	De los 178 ESM a nivel nacional se identificó la actualización de la matriz de identificación de peligros y valoración de los riesgos de 148 ESM, aunque se haya cumplido la meta propuesta del 80%, se solicitó a los ESM de la DISAN EJC y DISAN ARC que no realizaron la actividad, priorizar la identificación de los peligros y valoración de los riesgos. Lo anterior teniendo en cuenta que este es un componente e insumo fundamental para una adecuada gestión del SGSST.



NOMBRE INDICADOR	I CUAT	II CUAT	III CUAT	PROMEDIO CUMPLIMIENTO ANUAL	ANÁLISIS DEL RESULTADO OBTENIDO
2.2. Conceptos de aptitud laboral de las evaluaciones periódicas personal con actividades de alto riesgo. (Medición Anual)		72		72%	De los 18 trabajadores planta ocupacionalmente expuestos a actividades de alto riesgo y actividades de conducción se realizaron 13 evaluaciones médicas ocupacionales periódicas (esta evaluación es anual), se evidencia que no se dio cumplimiento con la meta establecida. INCUMPLIMIENTOS: DISAN EJC: 4 Evaluaciones DISNA ARC: 1 Evaluación
3.1. Incidencia de accidentes laborales 2025. (Medición semestral)	1		1	1%	La tasa de incidencia es de un (1) caso por semestre por cada 100 trabajadores expuestos ocupacionalmente. En la vigencia 2025 se presentaron 114 AT en comparación con la accidentalidad de la vigencia 2024 – 157AT reportados, se evidencia una disminución del 38% en la accidentalidad.
1.1. Cumpli miento Planes de acción de AT reportados. (Medición anual hasta noviembre)		93		93%	El porcentaje promedio de cumplimiento estuvo por encima de la meta establecida del 90%. En la vigencia 2025 se presentaron 114 accidentes de trabajo, sin embargo, se realiza la medición del indicador conforme a los accidentes reportados de enero a noviembre 2025, de acuerdo con la revisión y análisis de los planes de mejoramiento (acción) enviados por las DISAN/JEFSA a esta DIGSA. En este sentido se identifica cumplimiento del 93% - 100 de los planes de mejora establecidos en las investigaciones de los 107 accidentes de trabajo reportados de enero a noviembre de 2025.

Fuente: Elaboración Propia Área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST).

1.5 Grupo Gestión Financiera (GRUFI)

1.5.1 Porcentaje Ejecución Presupuestal

Medición del Indicador

Tabla 7. Porcentaje de ejecución presupuestal trimestral

Indicador: Porcentaje Ejecución presupuestal							
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
V1	Total, de compromisos Acumulados	Eficiencia	90%	56%	69%	89%	99,95%
V2	Apropiación total Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

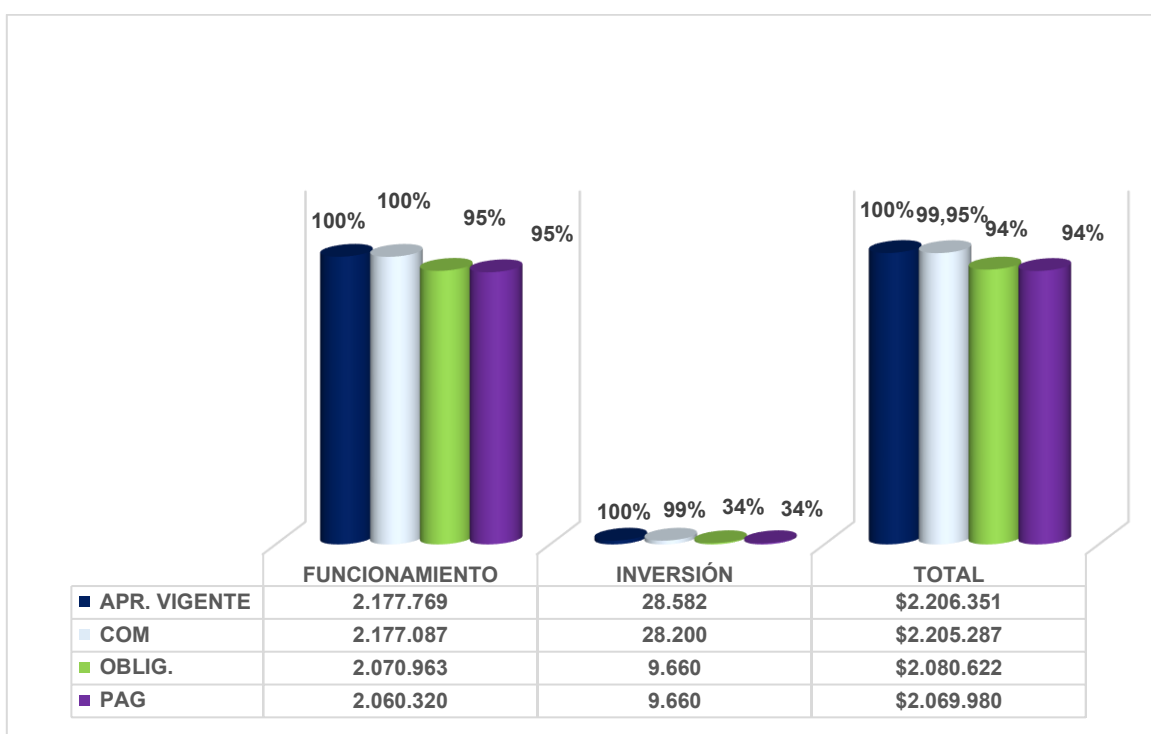


Análisis del Indicador

La ejecución presupuestal del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares alcanzó un porcentaje de ejecución superior al 99,95% de los recursos asignados para funcionamiento e inversión, según el siguiente detalle:

- Apropiación vigente: \$2.206.351.040.169
- Compromiso: \$2.205.286.977.553 los cuales representan el 99,95%.
- Obligación: \$2.080.622.083.037 los cuales representan el 94%.
- Pagos: \$2.069.979.628.239 los cuales representan el 94%.

Ilustración 1. Ejecución presupuestal a cierre IV trimestre 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.

El informe presenta las actividades desarrolladas durante 2025 por el personal designado para las tareas de Catalogación OTAN de elementos de sanidad, en representación de DIGSA, DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSA, ante la Dirección General de Sanidad Militar (DGSM) y la Oficina de Catalogación del Ministerio de Defensa.

Medición del Indicador

Tabla 8. Porcentaje del avance de las actividades de catalogación.



Indicador: Porcentaje del avance de las actividades de catalogación						
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Cuatrim	II Cuatrim	III Cuatrim
V1	Número de actividades ejecutadas del cuatrimestre	Eficacia	100%	11,7 %	52.9%	100 %
V2	Número de actividades programadas del cuatrimestre					

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

El proceso de catalogación 2025 avanzó satisfactoriamente, logrando:

- Consolidación de equipos de trabajo interinstitucionales.
- Avances significativos en la catalogación de reactivos y repuestos biomédicos.
- Fortalecimiento del proceso de codificación OTAN en el SSFM.
- Actualización del personal y mejora en la gestión administrativa del sistema de catalogación.

Se deja como tarea pendiente para 2026 la confirmación de personal y la entrega del Plan de Trabajo anual.



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 9. 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 Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
V1	N° monitoreos ejecutados oportunamente por la segunda línea de defensa	Eficacia	100%	100%	100%	100%	100%
V2	Total, de monitoreos programados por la segunda línea de defensa						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

En cumplimiento con la Política de Administración del Riesgo y lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo SSFM DIGSA 2024 en v3, código MDN-COGFM-PROPLAES-DIGSA-GI.95.1-2, vigente, se identificaron, monitorearon y evaluaron 55 riesgos institucionales, de los cuales 9 son de corrupción (antigua clasificación), 7 fiscales, 3 de seguridad de la información y los otros por ejecución y administración de procesos; con periodicidad de monitoreo trimestral y mensual para los de corrupción, con evidencia documentada por cada proceso a través de la suite visión empresarial.

No se registró desde la primera línea de defensa la materialización de ningún riesgo a la fecha. Los informes están disponibles en <https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-publica/4-planeacion-presupuesto-e-informes>.

En atención a la actualización de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – Versión 7 emitida por el DAFP, DAPRE, SUPERSALUD, MINSALUD y MINTIC, se requiere ajustar para la siguiente vigencia la metodología **hacia la gestión integral del riesgo, e incluir los riesgos en articulación con la supervisión basada en riesgos definida por la Superintendencia Nacional de Salud**, y otras de acuerdo a las orientaciones del Sector Defensa que incluyen los riesgos relacionados con el Programa de Transparencia y Ética Pública <https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-publica/4-planeacion-presupuesto-e-informes/4-11-planes-institucionales/planes-estrategicos-sectoriales-e-institucionales/programa-transparencia-etica-publica/2026-1>.

“Esta articulación resulta esencial para fortalecer el sistema de control interno, asegurar la eficiencia institucional y garantizar el cumplimiento normativo, a partir de la definición de un lenguaje común, criterios técnicos homogéneos y mecanismos efectivos de prevención y promueve el desarrollo de capacidades que le permiten a la entidad identificar, prever y enfrentar los desafíos de su entorno, para adaptarse al cambio y estar en mejores condiciones de mejorar continuamente su gestión”.(Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP. (2025). Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas V7, p. 155).



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 10. 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	III Trim	IV Trim
V1	Número de personas que ingresan a la ruta de promoción y mantenimiento con valoración integral por primera vez	Eficacia	40%	31%	34%	40%	44%
V2	Total, de población objeto según la frecuencia de las intervenciones SSFM						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

Al cierre del año 2025, se evidencia una cobertura acumulada del 44%, superando la meta anual establecida del 40%, lo que refleja un desempeño favorable del indicador en términos globales. No obstante, el análisis desagregado por curso de vida permite identificar diferencias significativas en la distribución de la cobertura, observándose mayor participación en los grupos de primera infancia e infancia, y menor alcance en juventud y adultez.

Si bien el resultado general es positivo, estas variaciones ponen de manifiesto la persistencia de brechas en determinados grupos poblacionales, lo que sugiere la necesidad de fortalecer estrategias focalizadas que permitan mejorar el acceso y la captación en los cursos de vida con menor cobertura.



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

Medición del Indicador

Tabla 11. 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	II Sem
V1	Número de niños menores de cinco años con esquema completo	Eficacia	85%	● 43.8%	● 85%
V2	Total, de niños menores de cinco años adscritos al SSFM)				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El indicador de menores de 5 años con esquema de vacunación completo presenta un cumplimiento del 85%, según el reporte del tablero de control emitido por DISAN EJC, ARC y JEFSA, verificado mediante seguimiento nominal a nivel nacional. Es importante resaltar la necesidad de continuar intensificando las acciones de búsqueda de susceptibles, garantizar la disponibilidad permanente de biológicos y fortalecer el seguimiento operativo, con el fin de continuar con el cumplimiento de la meta establecida para esta población prioritaria.

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

Medición del Indicador

Tabla 12. 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	III Trim	IV Trim
V1	Numero de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal	Eficacia	90%	71.4%	74.5%	77%	80%
V2	Total, de gestantes de la vigencia 2025 del SSFM						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El porcentaje alcanzado de captación oportuna para la vigencia del IV trimestre del 2025 es del 80%, comparado con el trimestre anterior, se presenta un aumento del 30%, lo que indica que los ESM, están realizando búsqueda activa de las gonadotropinas ordenas en cada consulta y tomadas en laboratorio de manera semanal ha generado un impacto positivo en la captación oportuna para la Ruta Materno Perinatal, evaluado los posibles riesgos a esta población de manera oportuna.



Sumado a esto, se crea una herramienta ofimática unificada, con el fin de ser un tablero control basado desde el nominal reportado por cada Fuerza, visualizando la traza de las actividades ordenadas por la normatividad vigente, generando alertas para la gestión del riesgo individual, así mismo, se observa un mejor registro en calidad del dato, suministrada por los líderes de la RMPN y ESM.

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

Medición del Indicador

Tabla 13. 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	2024	2025
V1	(Número de usuarios con patología diagnosticada (Diabetes e hipertensión) cubiertos por la ruta de riesgo cardiovascular y Metabólica.	Eficacia	80%	68.22%	70.53
V2	Total, de usuarios con patologías (Diabetes e Hipertensión) del SSFM).				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El indicador de Cobertura de la Ruta de Riesgo Cardio-Cerebrovascular y Metabólico alcanzó un 70,53% al cierre de 2025, evidenciando un desempeño sólido en la atención integral de los pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 dentro del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Este resultado demuestra el fortalecimiento sostenido de las estrategias institucionales orientadas a ampliar el acceso, optimizar la detección temprana y consolidar el seguimiento clínico continuo. Aunque la meta anual establecida corresponde al 80%, el porcentaje alcanzado refleja un avance consistente y una gestión efectiva en la implementación de la ruta, manteniendo una tendencia positiva en la cobertura.

El comportamiento del indicador permite proyectar de manera favorable el cumplimiento de la meta en los próximos periodos, respaldado por las acciones de mejora en captación, articulación entre niveles de atención y monitoreo permanente, consolidando así un modelo de atención integral y resolutivo para esta población priorizada.

3.1.5 Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM.

Medición del Indicador

Tabla 14. 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	III Trim	IV Trim
V1	Número de personas con certificado de discapacidad	Eficacia	18%	2 %	6.5 %	11.6%	16.8%
V2	Total, de personas con discapacidad del SSFM						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.



Análisis del Indicador:

A corte de diciembre de 2025, el SSFM alcanzó una cobertura del 16.8% en certificación de discapacidad, frente a la meta del 18%. Aunque la meta no se logró en su totalidad, el avance obtenido evidencia un progreso sostenido y refuerza la consolidación del proceso de certificación en los Establecimientos y Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud. Este resultado resalta la importancia de continuar fortaleciendo las estrategias de sensibilización, capacitación y acompañamiento, con el propósito de promover la participación de la población, facilitar el acceso al proceso de certificación y asegurar una inclusión efectiva en los servicios y beneficios que ofrece el SSFM y las entidades territoriales.

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

Medición del Indicador

Tabla 15. 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	III Trim	IV Trim
V1	víctimas del conflicto armado atendidas dentro del programa	Eficacia	80%	24,65%	26,75%	65,84%	80,14%
V2	Total, de víctimas del conflicto armado						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El programa de atención integral en salud de la población víctimas del conflicto armado busca promover la atención y rehabilitación integral en salud física y mental con enfoque psicosocial a las víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

Durante el año 2025, el SSFM alcanzó una cobertura total del 80.14% en la atención a víctimas del conflicto armado en los Establecimiento de Sanidad Militar. Este resultado resalta la gestión de los equipos interdisciplinarios de atención en la Ruta de agresiones, accidentes y traumas, teniendo en cuenta que la canalización de los usuarios se realiza por demanda inducida y que muchos de los usuarios no aceptan las valoraciones establecidas dentro del programa. La cobertura registrada fue medida a través de las valoraciones de medicina, enfermería, salud mental y trabajo social registradas en los RIPS.

3.1.7 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 16. Avances en la Implementación de la RIA



Indicador: Avances en la Implementación de la RIA				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	2025
V1	Número de actividades realizadas según cronograma de implementación de la RIA.	Eficacia	90%	100%
V2	Número total de actividades planificadas para la implementación de la RIA.			

Fuente: Cronograma de implementación de la RIA de ambiente DIGSA



Análisis del Indicador:

La implementación de la RIAS para población en riesgo por factores ambientales se ejecutó conforme al cronograma institucional definido por fases (planeación, socialización e implementación), alcanzando un cumplimiento del 100% de la meta programada.

En la fase de planeación se estructuraron los lineamientos técnicos a partir de revisión documental y análisis estadístico institucional, garantizando soporte metodológico y estandarización del proceso. La fase de socialización permitió la alineación operativa con las DISAN-JEFSA y el fortalecimiento de competencias técnicas.

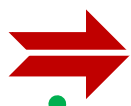
En la fase de implementación se avanzó en la medición de indicadores ambientales y de salud pública necesarios para la operativización de la ruta.

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 17. 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	III Trim	IV Trim
V1	Actividades implementadas en cumplimiento del acuerdo 070	Efectividad	93%	90%	90.84%	91.54%	N/A
V2	Total, actividades acuerdo 070						

Fuente: Elaboración Propia Grupo Aseguramiento en Salud.

Análisis del Indicador:

Durante el tercer trimestre de 2025, el porcentaje de cumplimiento en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS) registró un avance del **91,5 %**, acercándose de manera significativa a la meta institucional del cuarto trimestre de 2025, establecida en **93 %**.

Es importante precisar que aún no se dispone de la información consolidada correspondiente al cuarto trimestre de 2025, dado que el reporte del plan de acción se realiza con trimestre vencido. Esta medida se estableció debido a que varios de los grupos no cuentan con la información del trimestre vigente, lo que impide alimentar oportunamente la matriz con los datos requeridos. En consecuencia, el resultado del cuarto trimestre estará disponible hacia finales de abril de 2026.

Los avances obtenidos evidencian el compromiso institucional con la implementación efectiva del Modelo de Atención, a través de acciones encaminadas al fortalecimiento de la red de servicios, la optimización de los procesos administrativos y asistenciales, y el



fortalecimiento permanente de las competencias del talento humano en salud. Dar continuidad a esta dinámica permitirá alcanzar las metas establecidas y, a su vez, mejorar la calidad, oportunidad y continuidad en la prestación de los servicios a los afiliados, favoreciendo la sostenibilidad del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM).

En este contexto, las actividades programadas para el cuarto trimestre se ejecutan conforme al cronograma establecido en el Plan de Acción 2025, manteniendo coherencia con los objetivos estratégicos definidos y garantizando el cumplimiento progresivo de los compromisos institucionales.

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

Medición del Indicador

Tabla 18. Porcentaje de comités gestionados para el SSFM.



Indicador: Porcentaje de comités gestionados para el SSFM							
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
V1	Número de comités ejecutados	Eficacia	80%	79.68%	88.77%	98.22%	100%
V2	Número de comités proyectados						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Se realiza el seguimiento al cumplimiento de la realización de los comités en el marco normativo donde se evidencio el siguiente comportamiento por parte de DISAN EJC, ARC y JEFSA desarrollan los comités durante el IV periodo.

Durante la revisión de las acciones de mejora derivadas del cuarto trimestre encontramos que JEFSA informa la realización del 100 % de las acciones derivadas de los comités razón por la cual no se generan acciones de mejora; Ejército identifica 1452 acciones de mejora de las cuales adelanta el 97% que corresponde a 1410, DISAN ARC refiere identificar a acciones de mejora de dos establecimientos los cuales son cerrados.

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

Medición del Indicador

Tabla 19. 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	III Trim	IV Trim
V1	Número total de acciones inseguras gestionadas	Eficiencia	80%	82.1%	87.86%	87.0%	100%
V2	Número total de acciones inseguras detectadas						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.



Análisis del Indicador:

Durante el Trimestre IV de 2025 se identificaron 90 acciones inseguras, las cuales fueron gestionadas en su totalidad por las DISANES, alcanzando un cumplimiento del 100 % del indicador.

Este resultado evidencia una gestión oportuna y efectiva del riesgo, con seguimiento adecuado desde la detección hasta el cierre de las acciones, sin generar pendientes al finalizar el periodo. Asimismo, refleja un adecuado funcionamiento del sistema de reporte y un compromiso institucional con la prevención de eventos adversos y la mejora continua de la atención en salud.

Aunque el volumen de acciones inseguras detectadas es relevante, la gestión total de las mismas disminuye el impacto potencial sobre la atención y contribuye a la mejora continua de los procesos asistenciales.

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 20. 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	III Trim	IV 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%	100%	85%
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:

Para el cuarto trimestre se fortaleció el seguimiento del comportamiento de los indicadores de tiempo de atención y se finaliza el 2025 con el siguiente comportamiento.

COD	INDICADOR	I TRIM			II TRIM			III TRIM			IV TRIM			ANUAL		
		Numerador	Denominador	Indicador	Numerador	Denominador	Indicador	Numerador	Denominador	Indicador	Numerador	Denominador	Indicador	Numerador	Denominador	Indicador
P.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina General	347156	129933	3	333206	145611	2	384325	138936	3	157323	109408	1	1222010	523888	2
P.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	311671	94221	3	321985	97062	3	369780	94744	4	210776	71306	3	1214212	357333	3
P.3.3	Tiempo promedio de Espera para la asignación de cita de Medicina Interna	64939	8092	8	106041	15894	7	132499	12335	11	97243	11199	9	400722	47520	8
P.3.4	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	57826	9932	6	81108	13601	6	83273	12633	7	62570	12249	5	284777	48415	6
P.3.5	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	27682	4894	6	39724	5840	7	43989	6097	7	38341	5204	7	149736	22035	7
P.3.6	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	2504	1028	2	2731	1102	2	4184	1386	3	4051	1320	3	13470	4836	3
P.3.7	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	14106	2718	5	16687	3305	5	20770	3582	6	21024	4044	5	72587	13649	5



Donde se encuentran los indicadores con cumplimiento a las metas establecidas, sin embargo, al realizar el análisis por ESM se encontraron desviaciones frente al cumplimiento encontrando el siguiente cumplimiento por cada una de las fuerzas:

DISAN EJC

INDICADOR	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE METAS DE INDICADORES
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina General	83%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	76%
Tiempo promedio de Espera para la asignación de cita de Medicina Interna	98%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	78%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	91%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	84%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	96%

DISAN ARC

INDICADOR	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE METAS DE INDICADORES
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina General	89%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	95%
Tiempo promedio de Espera para la asignación de cita de Medicina Interna	100%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	86%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	87%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	85%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	100%

JEFSA

INDICADOR	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE METAS DE INDICADORES
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta medicina general global	85%
Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de odontología general	93%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina General	89%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	95%
Tiempo promedio de Espera para la asignación de cita de Medicina Interna	100%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	94%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	91%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	96%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	100%



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

Medición del Indicador

Tabla 21. 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	III Trim	IV Trim Cierre
V1	Número de actividades cerradas del Plan de Mejoramiento Institucional de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza	EJÉRCITO	90%	● 0%	● 18%	● 33%	● 12%
		ARMADA	90%	● 17%	● 25%	● 16%	● 42%
V2	Número total de actividades formuladas en el Plan de Mejoramiento Institucional de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza	JEFSA	90%	● 0%	● 13%	● 6,5%	● 55,5%

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Se evidencia que el indicador “Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica” alcanzó un 100% de cumplimiento por parte de la DISAN ARC, reflejando una ejecución integral y oportuna de las actividades programadas para la vigencia.

En contraste, los resultados obtenidos por DISAN EJC con el 63% de cumplimiento y del 75% para JEFSA, se evidencia que no lograron cumplir la meta establecida. La causa principal del incumplimiento corresponde a la no ejecución de determinadas actividades priorizadas, atribuida a limitaciones en la disponibilidad de recursos para la adquisición de insumos esenciales, lo que afectó el cierre oportuno de las acciones formuladas en sus respectivos planes de mejoramiento.

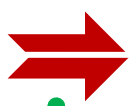
No obstante que no lograron el cierre y cumplimiento son reformuladas en los planes de mejoramiento institucional de Capacidad Tecnológica y Científica en la vigencia 2026.



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

Medición del Indicador

Tabla 22. 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	III Trim	IV Trim
V1	Número total de eventos e incidentes serios y no serios gestionados.	Eficiencia	80%	75%	86%	78%	81%
V2	Número total de eventos e incidentes serios y no serios detectados.						

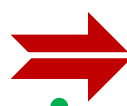
Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El resultado del indicador se presenta de acuerdo con el consolidado de los eventos e incidentes reportados y las acciones subsiguientes desarrolladas en los ESM, en relación con los eventos e incidentes pendientes de cierre de trimestres anteriores, se continúa realizando el seguimiento mediante la revisión de los soportes que acrediten el cierre del caso o, en su defecto, de la documentación que permita verificar su desarrollo y estado actual. Porcentaje de Mantenimiento para fortalecimiento de la dotación biomédica en el SSFM.

Medición del Indicador

Tabla 23. 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	II Sem
V1	Número visitas de mantenimiento ejecutadas	Eficiencia	85%	80%	82%
V2	Número visitas de mantenimiento programados				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El análisis correspondiente al segundo semestre se fundamenta en las acciones implementadas por cada una de las Fuerzas, tomando como referencia el seguimiento realizado durante el segundo semestre del 2025 a los mantenimientos preventivos programados y a los indicadores definidos en la Directiva Permanente para la Gestión y Control de la Tecnología Biomédica.



3.2.8 Porcentaje de auditorías

Medición del Indicador

Tabla 24. Porcentaje de auditorías



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El Programa de Auditoría de Calidad en Salud de la red propia del SSFM alcanzó un cumplimiento del 100%, evidenciando la ejecución íntegra del plan anual conforme con la metodología establecida. Las auditorías se realizaron en los Establecimientos de Sanidad Militar, evaluando componentes esenciales del Sistema de Calidad en Salud, tales como: Capacidad Tecnológica y Científica, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (en los ESM que aplica), líneas transversales de Seguridad del Paciente, Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud, Comités en Salud, Auditoría de la Red Externa, seguimiento PRQS, procedimientos asistenciales y administrativos asociados a la prestación de servicios, gestión del riesgo en salud y Salud Operacional.

Este resultado refleja una capacidad institucional fortalecida para el control, vigilancia y seguimiento de la calidad de los servicios de salud al interior del Subsistema. No obstante, con el fin de garantizar la efectividad e impacto de las auditorías, se estableció la formulación de planes de mejoramiento específicos para cada ESM auditado, basados en los hallazgos documentados en los informes de auditoría.

Actualmente, estos planes se encuentran en proceso de formulación, revisión, aprobación y ejecución, lo que permitirá cerrar las brechas identificadas, optimizar los procesos institucionales y robustecer la calidad y seguridad en la prestación de los servicios de salud.

3.2.7 Porcentaje de cumplimiento al programa de auditoria red externa del SSFM.

Medición del Indicador

Tabla 25. Porcentaje de cumplimiento al programa de auditoria red externa del SSFM



Indicador: Porcentaje de auditorías RED EXTERNA							
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
V1	Numero de auditorías realizadas a la red externa contratada	Efectividad	75%	100%	100%	100%	100%
V2	Total, de auditorías proyectas para la red externa contratada.						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.



Análisis del Indicador:

La DIGSA a través del Área de Calidad en Salud, realiza el cumplimiento a lo establecido en el Decreto 441 de 2022, el cual tiene como objetivo regular los modelos de contratación en el Sistema de Salud, buscando garantizar atención integral y de calidad, así como la protección de los usuarios del Sistema de Salud, lo anterior se realiza a través de la auditoría al SOGCS a la red externa contratada por el SSFM en coordinación con las Direcciones de Sanidad de Ejército (DISAN-EJC), Dirección de Sanidad Naval (DISAN-NAVAL) y la Jefatura de Salud de la Fuerza Aeroespacial (JEFSa).

Dentro de los inconvenientes más reiterativos que se evalúan para el desarrollo de las auditorías del SOGCS a la red externa contratada se evidencia la suscripción de contratos por parte de los Dispensarios Centralizadores o CENAC responsables de estos.

3.2.8 Porcentaje de cumplimiento implementación AMEC

Medición del Indicador

Tabla 26. Porcentaje de cumplimiento implementación AMEC



Indicador: Porcentaje de cumplimiento implementación AMEC					
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Sem	II Sem
V1	Número de actividades resueltas de AMEC.	Efectividad	85%	98%	100%
V2	Número total de actividades formuladas AMEC.				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El cierre de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – AMEC, con un cumplimiento del 100%, evidencia la consolidación de una cultura institucional orientada a la seguridad del paciente y al mejoramiento continuo. La implementación de las acciones definidas permitió fortalecer los procesos asistenciales y administrativos, reducir brechas de riesgo, estandarizar prácticas seguras y asegurar la toma de decisiones basada en evidencia.

El logro de este resultado refleja el compromiso y liderazgo, de los equipos de trabajo de cada una de las Fuerzas y los Establecimientos de Sanidad Militar seleccionados, en garantizar una atención segura, oportuna y centrada en el paciente. Así mismo, confirma que los mecanismos de seguimiento, análisis y control fueron eficaces para mitigar las causas identificadas y asegurar la sostenibilidad de las mejoras implementadas.

Con este cierre satisfactorio, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, reafirma su alineación con los lineamientos del Sistema de Calidad en Salud y fortalece su capacidad para anticipar, gestionar y prevenir eventos que puedan comprometer la seguridad del paciente.

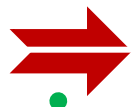


3.3 Grupo Prestación y Operación de Servicios de Salud (GROSD)

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

Medición del Indicador

Tabla 27. 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	III Trim	IV Trim
V1	Número de referencias realizadas dentro del tiempo establecido	Eficacia	90%	98%	83.62%	98.26%	99.08%
V2	Número Total de Referencias realizadas						

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

Análisis del Indicador:

Durante el trimestre se realizaron los traslados de los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares dentro de los tiempos establecidos con un cumplimiento del 99.08% en la normatividad legal vigente brindando una atención de salud oportuna a nivel nacional con la red primaria y complementaria.

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

Análisis de la tarea de Oportunidad de Autorizaciones

Se evidencio una mejora en el cumplimiento de la oportunidad en la generación de las autorizaciones dentro de los siguientes cinco días a la solicitud de la autorización de los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares para la red propia y la red externa contratada.

Logros de la gestión.

Se ha venido trabajando de manera articulada con los procedimientos involucrados por cada una de las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud en aras de la mejora continua para la gestión oportuna de la autorización, enmarcada en la normatividad vigente dando respuesta en los tiempos establecidos; conforme a lo anterior los esfuerzos se encaminan a fortalecer la adherencia a la normatividad vigente capacitando al personal de los ESM responsables del proceso autorizador sobre la oportunidad, tramite y gestión de las autorizaciones de Servicios de salud.



Medición del Indicador

Tabla 28. 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	III Trim	IV Trim
V1	Número de autorizaciones generadas dentro del tiempo establecido	Eficacia	90%	97 %	97 %	96%	97%
V2	Número Total de autorizaciones generadas						

Fuente: Reporte Solicitudes y Autorizaciones Modulo SALUD.SIS I-IV Trimestre 2025

Análisis del Indicador:

Se evidencio que en la vigencia 2025 el indicador de tiempo de respuesta promedio fue de 97,0% para la oportunidad de la autorización de servicios, por lo que se continúa trabajando con las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud para el mejoramiento y cumplimiento a los tiempos establecidos acorde a la normatividad vigente.

3.3.3 Porcentaje Demanda insatisfecha

Medición del Indicador

Tabla 29. Porcentaje Demanda insatisfecha

Tipo	Meta	Unidad de medida	Especialidad	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
Efectividad	10%	Porcentaje	Medicina general	5.7%	1,5%	0.99%	1.29%
Efectividad	10%	Porcentaje	Odontología	4.7%	2,4%	1.80%	2.34%
Efectividad	10%	Porcentaje	Medicina interna	43.4%	26,5%	21.36%	23.54%
Efectividad	10%	Porcentaje	Ginecobstetricia	33.3%	16,09%	11.94%	15.74%
Efectividad	10%	Porcentaje	Ginecobstetricia (embarazo)	1.9%	0,5%	4.25%	5.03%
Efectividad	10%	Porcentaje	Cirugía general	19.8%	6,2%	9.86%	11.48%
Efectividad	10%	Porcentaje	Pediatría	26.4%	4,1%	3.22%	6.97%

Fuente: Elaboración Propia GROSD.

Análisis del Indicador

Las especialidades de medicina interna, ginecobstetricia y cirugía general son las que mejor cumplen la meta, destacándose medicina interna de forma consistente. Medicina general, odontología y ginecobstetricia (embarazo) presentan resultados persistentemente, sin cumplimiento de la meta en ningún trimestre.

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 Y 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 30. 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	II Sem
V1	Total, de servicios ofertados por ESM /	Eficacia	100%	95 %	93%
V2	Total, servicios que debe ofertar de acuerdo con el componente de atención				

Fuente: Elaboración Propia Grupo Prestación de Servicios de Salud.

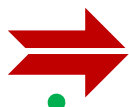
Análisis del Indicador

Actualmente el indicador se mide semestre vencido, en lo que corresponde al segundo semestre del año 2025; se identificó un porcentaje de cumplimiento del 93 % es de aclarar que este porcentaje es del consolidado de todos los ESM y UASO. Para la vigencia 2025 el indicador tiene un promedio del 94% de disponibilidad de oferta de servicios de Salud.

3.3.5 Consumo de medicamentos

Medición del Indicador

Tabla 31. Consumo de medicamentos



Indicador: Consumo de medicamentos					
Variables	Descripción	Tipo	Meta	2024	2025
V1	Medicamentos dispensados	Eficacia	2%	● 0.92%	● 0.6%
V2	Medicamentos solicitados				

Fuente: Consorcio interventor SAMA

Análisis del Indicador:

El aumento del gasto farmacéutico asociado a la dispensación de medicamentos en el SSFM es evidente. Sin embargo, asociado al mismo, se encuentra el aumento de precios, la monopolización de la fabricación de medicamentos esenciales, y las novedades de abastecimiento en líneas iniciales de tratamientos crónicos, lo que conlleva a instaurar terapias más avanzadas en pacientes con estadios iniciales de una patología, entre otras causas. Todas estas situaciones, de manera directa o transversal, impactan el costo asociado a la dispensación de medicamentos, dadas las peculiaridades del país en tema regulatorio de medicamentos y las necesidades específicas del SSFM. Para la vigencia 2025 se ubicó en 0.6% de medicamentos no dispensados que conlleva a una cobertura del 99.4%.



3.3.6 Adherencia al programa de farmacovigilancia

Medición del Indicador

Tabla 32. Adherencia al programa de farmacovigilancia



Indicador: Adherencia al programa de farmacovigilancia					
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Sem	II Sem
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:

Aun no se tiene disponibilidad de la información para realizar el reporte del indicador en el segundo semestre por parte del Grupo de Prestación de los Servicios de Salud.

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 33. Tasa de 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	II Sem
V1	Número de heridos dentro y fuera de combate	Eficacia	Tasa Variable	 69	 132
V2	Numero promedio de militares periodo				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Durante la vigencia del 2025, se presentó 2.941 casos de heridos (dentro y fuera de combate) con cierre al segundo semestre; lo que corresponde a una tasa de 312,4 heridos, es decir que, por cada 10.000 militares, se presentó 312 casos de heridos en las Fuerzas Militares. Lo anterior, permite evidenciar que la tasa de heridos aumenta entre la vigencia del 2024 (111,2) y 2025 (132,4).

Con relación al análisis comparativo entre el primer y segundo semestre del 2025, se presentó 1.539 casos de heridos (dentro y fuera de combate) en el primer semestre; lo que corresponde a una tasa de 69,0 heridos, es decir que, por cada 10.000 militares, se presentaron 69 casos de heridos en las Fuerzas Militares. Mientras que en el segundo semestre del 2025 se presentó 1.402 casos de heridos, lo que corresponde una tasa de 63,2; es decir que, por cada 10.000 militares, se presentaron 63 heridos.

En lo que respecta al análisis comparativo por tipo de evento en heridos en los periodos analizados, permite evidenciar que la tendencia disminuye en la tasa de heridos fuera de combate; ya que, para el primer semestre la tasa fue de 57,0, lo que representa que por



cada 10.000 militares se presentó 57 heridos fuera de combate; mientras que en el segundo semestre la tasa fue de 52,2, lo que representa que por cada 10.000 militares se presentó 52 heridos fuera de combate.

Por otro lado, con relación al análisis comparativo entre el primer y segundo semestre del 2025 permite evidenciar que la tendencia disminuye en la tasa de heridos en combate; ya que, durante el primer semestre la tasa fue de 12,0; lo que representa que, por cada 10.000 militares, se presentaron 12 heridos en combate en las Fuerzas Militares; mientras que en el segundo semestre la tasa fue 11,0; lo que representa que por cada 10.000 militares se presentó 11 heridos en combate.

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

Medición del Indicador

Tabla 34. 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	II Sem
V1	Número de Muertos dentro y fuera de combate	Eficacia	Variable	● 7,6	● 15,0
V2	Numero promedio de militares periodo				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Durante la vigencia del 2025, se presentó 334 casos de mortalidad (dentro y fuera de combate); lo que corresponde a una tasa de 15,0. Esto indica que, por cada 10.000 militares, se presentaron 15 casos de mortalidad en las Fuerzas Militares. Lo anterior, permite evidenciar que la tasa de mortalidad aumenta entre la vigencia del 2024 (14,5) y 2025 (15,0).

Con relación al análisis comparativo entre el primer y segundo semestre del 2025, se presentó 169 casos de mortalidad (dentro y fuera de combate) en el primer semestre; lo que corresponde a una tasa de 7,6. Esto indica que, por cada 10.000 militares, se presentaron 7 casos de mortalidad en las Fuerzas Militares. En el segundo semestre del 2025, se presentó 165 fallecidos, equivalente a una tasa de 7,4; es decir que, por cada 10.000 militares, se presentaron 7 muertos.

El análisis comparativo entre ambos semestres en el 2025 permite evidenciar que la tasa de mortalidad dentro y fuera de combate se mantiene.

Respecto al análisis comparativo por tipo de evento, se observa que la tasa de mortalidad fuera de combate se mantiene; ya que, para el primer semestre la tasa fue de 5,2, lo que representa que por cada 10.000 militares se presentó 5 muertos fuera de combate; y en el segundo semestre la tasa fue de 5,5, lo que representa que por cada 10.000 militares se presentó 5 muertos fuera de combate.

Por otro lado, con la mortalidad en combate, permite evidenciar que la tendencia disminuye en la tasa; ya que, durante el primer semestre la tasa fue de 2,4; lo que representa que, por



cada 10.000 militares, se presentaron 2 muertos en combate en las Fuerzas Militares; mientras que en el segundo semestre la tasa fue 1,9; lo que representa que por cada 10.000 militares se presentó 2 muertos en combate.

3.5 Grupo Atención al Usuario y Participación Social (GRAPS)

3.5.1 Tasa de PQRS

Medición del Indicador

Tabla 35. Tasa de PQRS.



Indicador: Tasa de PQRS.							
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
V1	Número de PQRS de prestación de servicios de salud a nivel Nacional	Eficacia	17	● 17	● 16	● 18	● 15
V2	Total, de usuarios adscritos a nivel Nacional						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Durante el III y IV trimestre de la vigencia 2025, el comportamiento del indicador de requerimientos por cada 1.000 afiliados evidenció cumplimiento de la meta establecida la cual fue 18.

En el III trimestre de 2025, se recibieron 11.633 requerimientos en total, de los cuales 11.343 correspondieron a peticiones, quejas y reclamos (PQR) y 290 a felicitaciones, sugerencias y denuncias en el SSFM. Frente a un censo poblacional de 630.156 afiliados, el resultado del indicador fue: $(11.343/630.156) \times 1000=18$

Lo anterior indica que 18 de cada 1.000 afiliados interpusieron un requerimiento, evidenciando un incremento frente al III trimestre de la vigencia 2024, donde se registraban 15 por cada 1.000 afiliados. No obstante, el resultado se mantiene dentro de la meta establecida, al ser igual a 18.

Por otro lado, en el IV trimestre de 2025, se recibieron 9.487 requerimientos en total, de los cuales 8.924 correspondieron a PQR, mientras que 169 fueron clasificados como felicitaciones, sugerencias y denuncias. Con un censo poblacional de 631.713 afiliados, el cálculo del indicador fue: $(8.924/631.713) \times 1000=15$

Esto indica que 15 de cada 1.000 afiliados interpusieron un requerimiento, manteniendo un comportamiento estable frente al IV trimestre de la vigencia 2024, el cual también cerró con 15 por cada 1.000 afiliados. Este resultado se ubica por debajo de la meta establecida que fue 18, lo que permite evidenciar cumplimiento.



3.5.2 Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días.

Medición del Indicador

Tabla 36. Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días



Indicador: Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días							
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
V1	Requerimientos (Peticiónes, quejas y reclamos) resueltos antes de 15 días	Eficacia	92%	85%	77%	88%	91%
V2	Requerimientos (Peticiónes, quejas y reclamos) recibidos en el trimestre						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Los resultados del tercer y cuarto trimestre de la vigencia 2025 evidencian una mejora progresiva en el indicador de oportunidad en el cierre de Peticiónes, Quejas y Reclamos (PQR) dentro de los términos de ley.

En el tercer trimestre de 2025, de un total de 6.671 PQR recibidas, 5.867 fueron cerradas dentro de los términos legales, alcanzando un porcentaje de gestión del 88%. Este resultado representó un incremento de 11 puntos porcentuales frente al trimestre inmediatamente anterior, evidenciando un fortalecimiento en la gestión y seguimiento de los requerimientos.

En el cuarto trimestre de 2025, de 5.049 PQR recibidas, 4.604 fueron cerradas dentro de los términos de ley, lo que corresponde a un 91% de gestión. Este resultado muestra un aumento de 3 puntos porcentuales frente al tercer trimestre, consolidando una tendencia positiva en la oportunidad de respuesta institucional.

En términos generales, se observa una mejora sostenida en el cumplimiento de los tiempos de respuesta durante el segundo semestre de la vigencia 2025.

3.5.3 Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos.

Medición del Indicador

Tabla 37. Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos.



Indicador: Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos							
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
V1	Usuarios que conocen sus deberes y derechos	Efectividad	90%	95,80%	97,33%	96,67%	95,95%
V2	Total, de usuarios encuestados						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.



Análisis del Indicador:

En el tercer y cuarto trimestre de la vigencia 2025, el indicador de gestión evidenció un comportamiento estable, manteniéndose en niveles superiores al 95%.

En el tercer trimestre de 2025, el porcentaje de gestión fue de 96,67%, lo que representa un incremento de 1,23 puntos porcentuales frente al mismo trimestre de la vigencia 2024 (95,44%). No obstante, al compararse con el segundo trimestre de la vigencia 2025, se observa una leve disminución, pasando de 97,33% a 96,67%.

Por otra parte, en el cuarto trimestre de 2025, el porcentaje de gestión fue de 95,95%. En comparación con el cuarto trimestre de la vigencia anterior (96,67%), se evidencia una disminución de 0,72 puntos porcentuales. Asimismo, frente al segundo trimestre de la vigencia 2025 (97,33%), se presenta una reducción de 1,38 puntos porcentuales.

En términos generales, aunque se observa una ligera tendencia a la disminución en los últimos trimestres frente al segundo trimestre de la actual vigencia, el indicador se mantiene en niveles altos de cumplimiento, reflejando estabilidad en la gestión institucional.

3.5.4 Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar

Medición del Indicador

Tabla 38. Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar

Indicador: Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar							
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
V1	Número de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios de salud recibidos.	Efectividad	88%	95%	97%	97%	98%
V2	Número total de encuestados.						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

En el tercer y cuarto trimestre de la vigencia 2025, el indicador de satisfacción global de los usuarios del Subsistema de Salud de las FFMM evidenció niveles altos y estables.

En el tercer trimestre de 2025, se mantuvo un porcentaje de satisfacción global del 97%, igual al registrado en el segundo trimestre de la misma vigencia. Para este periodo, la muestra proyectada fue de 6.039 afiliados, mientras que la participación efectiva alcanzó 6.417 usuarios, superando la muestra estimada.

Al comparar la participación con el tercer trimestre de la vigencia 2024, se evidencia que en ese periodo se presentó una mayor participación, debido a que fue necesario prolongar la aplicación de la encuesta por actualizaciones en PortalSIS que afectaron la ejecución inicial, lo que permitió que un mayor número de afiliados participara.



Mientras que, en el cuarto trimestre de 2025, el porcentaje de satisfacción global aumentó a 98%, lo que representa un incremento de un punto porcentual frente al tercer trimestre del mismo año. En este periodo, la muestra fue de 6.106 afiliados, con una participación efectiva de 5.553 usuarios.

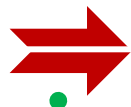
Al compararse con el cuarto trimestre de la vigencia 2024, se observa que en dicha vigencia la muestra fue de 2.483 afiliados y la participación alcanzó 2.746 usuarios, evidenciando una menor cobertura frente a la vigencia 2025.

En términos generales, los resultados reflejan un alto nivel de satisfacción de los usuarios y una adecuada participación en el proceso de medición durante la vigencia 2025.

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 Sem	II Sem
V1	Número de reuniones realizadas con asociaciones y veedurías en el seguimiento a los espacios de participación social.	Efectividad	95%	100%	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:

Durante el segundo semestre de la vigencia 2025, se programaron y ejecutaron espacios de participación ciudadana en las Direcciones de Sanidad Ejército, Sanidad Naval y Jefatura de Salud, cumpliendo al 100% con la programación establecida.

En el tercer trimestre, se programaron 29 espacios de participación ciudadana, distribuidos así: la Dirección de Sanidad Ejército convocó un espacio trimestral por cada una de sus regionales, para un total de 24 espacios; la Sanidad Naval realizó 2 espacios (uno por trimestre); y la Jefatura de Salud convocó 3 espacios durante el periodo. La ejecución alcanzó el 100% de cumplimiento frente a lo programado.

Para el cuarto trimestre, se programaron 32 espacios de participación ciudadana. La Dirección de Sanidad Ejército mantuvo la realización de 24 espacios (uno por cada regional), la Sanidad Naval desarrolló 2 espacios, y la Jefatura de Salud convocó 6 espacios. Al igual que en el trimestre anterior, se logró un cumplimiento del 100% de los espacios programados.

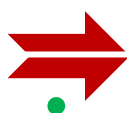


En términos generales, se evidencia fortalecimiento en la estrategia de participación ciudadana, garantizando la realización oportuna y completa de los espacios definidos en la planeación institucional.

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 Sem	II Sem
V1	Número de usuarios satisfechos con la atención humanizada en el servicio de salud	Efectividad	90%	97,43%	97,24%
V2	Total, de usuarios encuestados en percepción de la humanización del servicio de salud				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Con base en los resultados de la encuesta de percepción respecto a la humanización del servicio, durante la vigencia 2025 se evidencian niveles altos y sostenidos de satisfacción por parte de los afiliados.

En el primer semestre de 2025, se obtuvo un 97,43% de satisfacción, superando ampliamente los resultados de los dos semestres de la vigencia 2024 (90,90% en el primer semestre y 91,01% en el segundo semestre). En este periodo participaron 1.011 afiliados, de los cuales 985 manifestaron sentirse satisfechos, equivalente al 97,43%.

Por su parte, en el segundo semestre de 2025, el indicador alcanzó un 97,24% de satisfacción, manteniéndose igualmente por encima de los resultados registrados en 2024. En este semestre participaron 3.296 afiliados, de los cuales 3.205 expresaron satisfacción, correspondientes al 97,24%.

Si bien en el segundo semestre se presentó un aumento significativo en el número de participantes (de 1.011 a 3.296 encuestados), el porcentaje de satisfacción mostró una leve disminución de 0,19 puntos porcentuales frente al primer semestre de 2025 (97,43% pasando a 97,24%). No obstante, el indicador se mantiene en niveles sobresalientes, reflejando una percepción favorable 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 Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
V1	Número de Afiliados Inactivados en el Periodo	Eficacia	93%	5,34%	0,76%	2,56%	2,49%
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 Sistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) a través del proceso de afiliación, desarrolló durante la vigencia 2025 las acciones de control sobre los afiliados y beneficiarios cuya permanencia en el sistema debía finalizarse conforme a las causales previstas en la Ley 352 de 1997 y la Resolución 1651 de 2019 DIGSA.

Para el año 2025, el indicador de gestión estableció una meta del 20% con tendencia decreciente. Es así como en todos los trimestres se ubican muy por debajo de la meta (20%), lo que confirma control y estabilidad del proceso de inactivaciones por extinción de derechos. Se observa un pico inicial en I Trimestre (5,34%), seguido de una caída pronunciada en II Trimestre (0,76%), luego una recuperación moderada en III Trimestre (2,56%) y un ajuste leve a la baja en IV Trimestre (2,49%). La tendencia lineal para el año es descendente, con una pendiente aproximada de -0,68 puntos porcentuales por trimestre, lo que sugiere un mejoramiento del indicador a lo largo del periodo.

Lo anterior, evidencia que el indicador mantiene valores consistentemente bajos frente a la meta, señalando eficiencia del control de inactivaciones y estabilidad del aseguramiento que sugiere una mejora continua del proceso.



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

3.7.1 Estadística de publicaciones generadas de acuerdo con solicitudes de la entidad

Medición del Indicador

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



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

1. Comportamiento general del indicador

Durante los cuatro trimestres de 2025, el indicador presentó un **cumplimiento del 100 %**, evidenciado en la correspondencia exacta entre:

- Usuarios vinculados a los canales digitales
- Solicitudes generadas y atendidas

Esto significa que la capacidad instalada en los canales digitales fue suficiente para responder de manera oportuna y efectiva a la totalidad de las solicitudes recibidas, sin generar rezagos ni sobrecarga operativa.

2. Análisis cuantitativo por trimestre

Trimestre	Usuarios vinculados	Solicitudes generadas	Cumplimiento
I	157	157	100 %
II	250	250	100 %
III	121	121	100 %
IV	148	148	100 %

Primer Trimestre

- Se registraron 157 usuarios y 157 solicitudes.
- Refleja un inicio de año con comportamiento estable y equilibrio entre demanda y capacidad de respuesta.

Segundo Trimestre

- Se evidencia el punto más alto del año: 250 usuarios y 250 solicitudes.
- Esto representa un incremento significativo frente al primer trimestre (aprox. 59 %).



- La gestión fue eficiente al absorber el aumento sin afectar el cumplimiento.

Tercer Trimestre

- Disminución a 121 usuarios y solicitudes.
- Posible comportamiento estacional o reducción temporal en la demanda.
- A pesar de la disminución, se mantiene el 100 % de cumplimiento.

Cuarto Trimestre

- Incremento moderado a 148 usuarios y solicitudes.
- Se estabiliza la demanda respecto al trimestre anterior.
- Se consolida el cumplimiento sostenido durante todo el año.

3. Tendencias y variaciones

- Mayor pico de demanda: Segundo trimestre.
- Menor demanda: Tercer trimestre.
- Comportamiento fluctuante pero controlado, sin afectar la eficiencia.
- Promedio trimestral de usuarios y solicitudes: 169 por trimestre.

La variación entre el trimestre con mayor y menor demanda fue de 129 registros (250 vs. 121), lo que indica que el sistema tiene capacidad de adaptación ante cambios significativos en el volumen de interacción.

4. Análisis cualitativo

El cumplimiento sostenido del 100 % durante todo el año permite concluir que:

- Existe una adecuada planeación y dimensionamiento de los canales digitales.
- La gestión operativa es eficiente y proporcional al volumen de solicitudes.
- Se garantiza oportunidad en la atención, fortaleciendo la percepción institucional.
- Los canales digitales mantienen una relación directa y equilibrada entre usuarios activos y solicitudes tramitadas.

Además, el comportamiento del indicador demuestra:

- Capacidad de respuesta inmediata.
- Cobertura suficiente.
- Administración efectiva de recursos digitales.
- Consolidación de confianza por parte de los públicos internos y externos.

5. Conclusión estratégica

El indicador refleja un desempeño óptimo, sostenido y alineado con los objetivos institucionales durante 2025.

La correspondencia exacta entre usuarios vinculados y solicitudes generadas evidencia:

- Eficiencia operativa.



- Equilibrio entre oferta y demanda.
- Gestión digital fortalecida.
- Comunicación efectiva y accesible.

Para próximos periodos, se recomienda:

- Analizar las causas del pico del segundo trimestre para identificar buenas prácticas replicables.
- Evaluar los factores asociados a la disminución del tercer trimestre.
- Mantener la capacidad instalada que garantizó el 100 % de cumplimiento.

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	I	IV Trim
V1+V2+V3	(suscritos + visitantes + seguidores) de acuerdo con el canal.	Eficacia	Variable	17.178	17.310	380.087	335.865

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El indicador mide la capacidad de la entidad para consolidar y ampliar el relacionamiento con los usuarios a través de sus canales digitales oficiales, integrando redes sociales y página web.

I Trimestre: Se registraron 187.219 usuarios, resultado que evidencia un cumplimiento cercano al 100 % de la meta, reflejando un buen nivel de posicionamiento y apropiación inicial de los canales digitales por parte de los usuarios.

II Trimestre: La gestión se mantuvo estable, sirviendo como periodo de consolidación del relacionamiento alcanzado en el primer trimestre y preparando el crecimiento observado posteriormente.

III Trimestre: Se alcanzaron 380.087 usuarios relacionados, lo que representa un incremento significativo y un sobrecumplimiento amplio de la meta establecida. Este resultado demuestra la alta efectividad de las estrategias de comunicación digital, el fortalecimiento del alcance orgánico y el aumento sostenido de la interacción y consulta de contenidos institucionales.

IV Trimestre: Con un registro preliminar de 335.865 usuarios, se evidencia una baja en los resultados, teniendo en cuenta que la sumatoria de los últimos tres meses no se realiza hasta finales de diciembre, lo que indica que, si se terminara el mes, el indicador estaría por encima del trimestre anterior.



En términos generales, el comportamiento del indicador refleja una tendencia positiva y creciente, especialmente impulsada por el desempeño del III trimestre. El aumento en usuarios suscritos, seguidores y visitantes evidencia que los canales digitales vigentes:

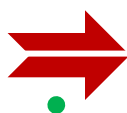
- ➔ Son reconocidos como fuentes confiables de información institucional.
- ➔ Generan interacción constante y sostenida con la ciudadanía y públicos de interés.
- ➔ Contribuyen de manera efectiva al cumplimiento y superación de la meta de eficacia definida.

El indicador de Relacionamiento de los usuarios con los canales digitales vigentes en la entidad presenta un cumplimiento satisfactorio y superior a lo esperado, destacándose el III trimestre como un hito clave en la gestión, lo que valida la pertinencia de las estrategias implementadas y el impacto positivo de la comunicación digital institucional.

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 Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
V1+V2+V3	(comentarios + reacciones compartidas + clics)	Eficacia	Variable	6304	9006	5.514	9.531

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

I Trimestre: Durante el primer trimestre se registraron 6.304 interacciones, correspondientes a comentarios, reacciones, contenidos compartidos y clics. Este resultado constituye la línea base del indicador, evidenciando un nivel inicial de interacción moderado y una presencia constante en redes sociales, con oportunidades de fortalecimiento en alcance y participación.

II Trimestre: En el segundo trimestre, el indicador aumentó a 9.006 interacciones, reflejando un crecimiento significativo frente al trimestre anterior. Este incremento sugiere una mejora en la estrategia de comunicación digital, asociada posiblemente a contenidos más relevantes, mayor frecuencia de publicación o mejor segmentación del público objetivo.

III Trimestre: Para el tercer trimestre, el impacto alcanzó 15.514 interacciones, consolidando una tendencia creciente sostenida. Este comportamiento evidencia un mayor nivel de participación de la audiencia, así como una mayor efectividad en la gestión de los contenidos institucionales, fortaleciendo la visibilidad y posicionamiento de la Dirección General de Sanidad Militar en redes sociales.

IV Trimestre: En el cuarto trimestre se registraron 9.531 interacciones, presentando una disminución frente al trimestre anterior, aunque manteniéndose por encima de los resultados del I trimestre y en un nivel similar al II trimestre. Esta variación puede estar relacionada con el reporte del mes de diciembre, El indicador de impacto de las publicaciones en redes sociales evidencia una evolución positiva a lo largo del año, con un crecimiento sostenido desde el primer hasta el tercer trimestre, seguido de un ajuste en el cuarto trimestre. En términos generales, los resultados reflejan una gestión eficaz de las



redes sociales institucionales, logrando incrementar el nivel de interacción y participación de la audiencia frente al inicio del periodo.

El comportamiento del indicador permite concluir que las redes sociales se consolidan como un canal estratégico de comunicación institucional, recomendándose analizar las acciones implementadas durante el tercer trimestre para replicar sus buenas prácticas, así como fortalecer la planificación de contenidos para mantener la estabilidad del impacto en los periodos finales de la vigencia.

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	III Trim	IV Trim
V1	Percepciones positivas	Eficacia	100%	73.4%	61%	75.2	76.2
V2	Participantes						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Se evidencia un aumento en el porcentaje de la percepción positiva del personal respecto a las estrategias implementadas para el 2025; en el último trimestre del año fue posible aumentar el número de participantes en las estrategias implementadas, con la integración de la DIGSA, DISANES y JEFSa, a través de la ejecución del contrato de gestión del cambio de la vigencia 2025.

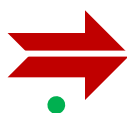
Sin embargo, es evidente la resistencia del personal para responder las encuestas de percepción que se realizan de manera trimestral, lo cual indica que el proceso aún se encuentra en proceso de madurez y que se debe continuar trabajando en la adaptación del personal frente a los procesos de transformación.

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	II Sem
V1	Número de actividades ejecutadas del Plan Institucional de Capacitación.	Eficacia	100%	100 %	100
V2	Número total de actividades programadas en el Plan Institucional de Capacitación.				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.



Análisis del Indicador

Durante el periodo evaluado, se logró el cumplimiento total de las metas establecidas, alcanzando un 100% de ejecución (9 de 9 actividades completadas). Este resultado evidencia una gestión eficiente y alineada con los objetivos propuestos, lo cual contribuye positivamente al avance del plan estratégico.

3.8.2 Porcentaje de ejecución del Plan de Gestión de Integridad.

Medición del Indicador

Tabla 47. Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Gestión de Integridad.



Indicador: Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Gestión de Integridad.					
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Sem	II Sem
V1	Número de actividades ejecutadas del Plan de Gestión de Integridad.	Eficacia	100%	100 %	85.71%
V2	Número total de actividades programadas en el Plan de Gestión de Integridad.				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

Durante el segundo semestre de 2025, se ejecutaron seis (6) de las siete (7) actividades programadas en el Plan de Gestión de Integridad DIGSA, alcanzando un nivel de eficacia del 86% para el periodo. Durante el periodo evaluado, se logró avanzar en la consolidación de una cultura organizacional basada en la integridad, la transparencia y el compromiso institucional, a través del monitoreo constante de los riesgos de corrupción, la conmemoración del Día del Servidor Público resaltando los valores del Código de Integridad DIGSA, y la capacitación en temas clave como la gestión de conflictos de intereses y el trámite de impedimentos y recusaciones, se fortalecieron las capacidades del talento humano para actuar con ética y responsabilidad.

3.8.3 Porcentaje de ejecución del Plan de gestión de Conocimiento e innovación.

Medición del Indicador

Tabla 48. Porcentaje de ejecución del Plan de gestión de Conocimiento e innovación.



Indicador: Porcentaje de ejecución del Plan de gestión de Conocimiento e innovación.					
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Sem	II Sem
V1	Número de actividades ejecutadas del Plan de gestión de Conocimiento e innovación.	Eficacia	100%	100 %	100 %
V2	Número total de actividades programadas Plan de gestión de Conocimiento e innovación.				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

Durante el periodo evaluado para el primer y segundo semestre, se logró el cumplimiento total de las metas establecidas, alcanzando un 100% de ejecución (13 de 13 actividades



completadas). Este resultado evidencia una gestión eficiente y alineada con los objetivos propuestos, lo cual contribuye positivamente al avance del plan estratégico.

3.8.4 Porcentaje Trabajadores Certificados Curso de Integridad, Transparencia y Lucha Contra la Corrupción DIGSA

Medición del Indicador

Tabla 49. Porcentaje Trabajadores Certificados Curso de Integridad, Transparencia y Lucha Contra la Corrupción DIGSA

Indicador: Porcentaje Trabajadores Certificados Curso de Integridad, Transparencia y Lucha Contra la Corrupción DIGSA

Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Sem	II Sem
V1	Total, de Trabajadores Certificados	Eficacia	100%	100 %	95.78%
V2	Total, Trabajadores DIGSA (Planta y OPS)				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

Al cierre de la vigencia 2025 con corte al 29 de diciembre, se encuentra que el personal certificado llegó al 96% correspondiente a 1.588 trabajadores de un total de 1.658, por lo que se evidencia que están pendientes de certificarse, 70 trabajadores en el curso de "Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción", correspondiente a un 4%.

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 50. Ejecución de los recursos de inversión

Indicador: Ejecución de los recursos de inversión

Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
V1	Recursos ejecutados por proyecto	Efectividad	100%	15.14%	26.85%	54.96%	98.66%
V2	Recursos asignados por proyecto						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.



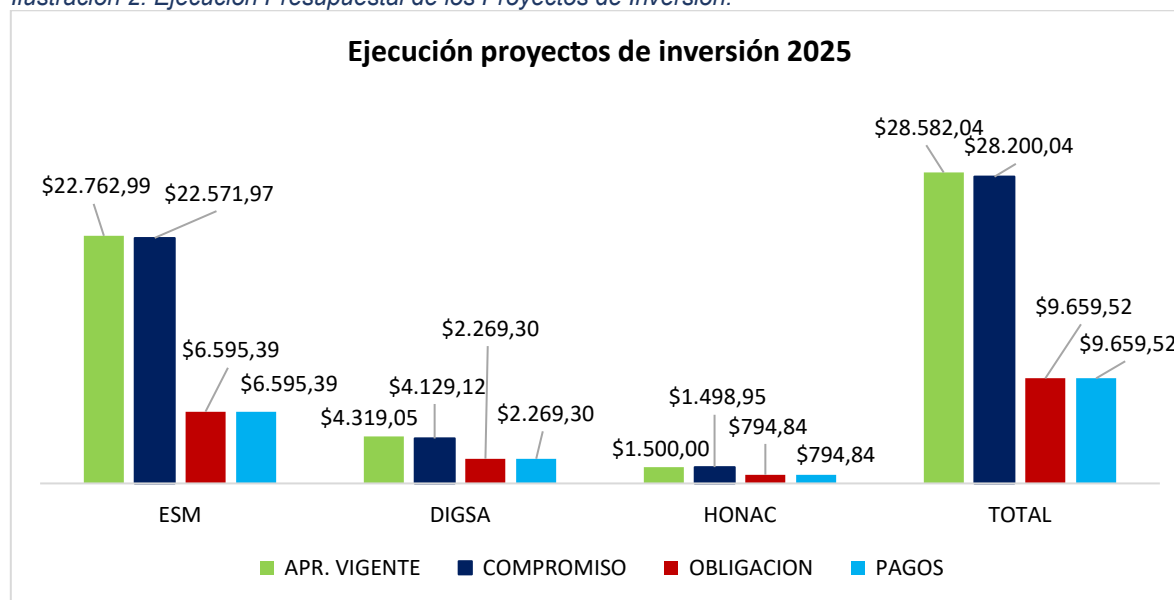
Análisis del Indicador:

En la vigencia 2025 se obtuvo una apropiación de 98.66% sobre los compromisos.

A nivel agregado:

- Apropiación vigente: \$28.582,04
- Compromisos: \$28.200,04 → 98,7 % de compromiso
- Obligaciones: \$9.659,52 → 33,8 % del compromiso
- Pagos: \$9.659,52 → 100 % de las obligaciones, pero solo 33,8 % de la apropiación vigente

Ilustración 2. 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 51. 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	III Trim	IV Trim
V1	Número de nombramientos efectuados	Eficacia	95%	95.71%	90.63%	91.30%	92%
V2	Número total de vacantes						

Fuente: Elaboración Propia Grupo Talento Humano.

Análisis del Indicador:

De acuerdo con el plan de previsión de recursos humanos de 2025, se estableció los requisitos para el procedimiento de nombramientos en la Planta de Personal de la Dirección General de Sanidad Militar para la vigencia 2025.

A la fecha se realizaron: 475 nombramientos, nuevos nombramientos y encargos de carrera administrativa así: 133 nombramientos, 205 nuevos nombramientos, 137 encargos de carrera administrativa; distribuidos por fuerzas así: DISAN EJC 197, en total representa el 42% de la ejecución del plan de previsión de recursos humanos; para la DISAN ARC 102, que representa el 22% del total de ejecución del plan de previsión de recursos humanos, para la JEFSA 68, que representa el 14% de ejecución del plan de previsión de recursos humanos, para DIGSA 108, que representa el 22% del total de ejecución del plan de previsión de recursos humanos 2025.

Tabla 52. Planta Efectiva a corte 16 de diciembre de 2025.

Empleos	Total	Provistos	Vacantes
Servidores Misionales	710	657	53
Profesionales Defensa	95	84	11
Técnicos Servicios	358	353	5
Técnicos Apoyo Seguridad y Defensa	128	122	6
Auxiliar Servicios	167	165	2
Auxiliar para Apoyo Seguridad y Defensa	115	64	51
Director, Subdirector, Jefe Unidad Seguridad	5	5	0
Total	1.578	1.450	128

Fuente: Elaboración Propia Grupo de Talento Humano -DIGSA



Logros de la gestión.

Con la gestión de los nombramientos del personal de Planta de la Dirección General de Sanidad Militar, se impactó al 33% del personal del SSFM, lo que representa un incentivo salarial a los funcionarios de la DIGSA y sus familias.

Los nombramientos se realizaron teniendo en cuenta la Política de Talento Humano en Salud, en la cual se establece que la DIGSA, proveerá el personal de planta talento humano en salud, idóneo y competente, de acuerdo con las necesidades del servicio de los Establecimientos de Sanidad Militar, población de usuarios y beneficiarios, capacidad instalada de los Establecimientos de Sanidad Militar y la demanda insatisfecha, producto de la prestación del servicio esencial de salud.

5.1.2 Personal caracterizado en el VISOR

Medición del Indicador

Tabla 53. Personal caracterizado en el VISOR



Indicador: Personal caracterizado en el VISOR				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	2025
V1	Numero de reportes caracterizados	Eficacia	90%	74%
V2	Total, Planta de Personal del SSFM			

Fuente: Elaboración Propia Grupo Talento Humano.

Análisis del Indicador:

Tabla 54. Tabla resumen de carpeta de entregas en GRUTH

Etiquetas de fila	Recuento de Archivo
ARC	1787
DATO	452
DIGSA	374
DISAN	112
EJC	4779
FAC	485
Total general	7989

Fuente: Elaboración Propia Grupo Talento Humano.

Recolectados en físico, entregados en la carpeta	7989
Sin Identificar, No diligenciaron Fuerza, ID, duplicados.	452
Meta para Evaluar	7537
Datos Inconsistentes, Faltan Frecuencias, tiempos mínimos, máximos	527
Meta de caracterización	7010



Tabla 55. Meta de Caracterización

Fuerza	Recibidos	Leídos tiempos lógicos	Validos, reales	leídos tiempos reales	inválidos no
EJC	4690		3519		1171
ARC	1610		1120		490
FAC	323		284		39
DISAN	133		122		11
DIGSA	254		142		112
Total	7010		5187		1823
			73,99%		26,01%

Fuente: Elaboración Propia Grupo Talento Humano.

Del total de datos entregados por la recolección y trabajo en DIGSA las DISAN EJC, ARC y JEFSA, se encontraron en repositorios 7.989 archivos que se entregan en físico en la carpeta de entrega de esta la herramienta no lee por falta de datos de ubicación como la fuerza, regional, Establecimiento o ID, y en algunos casos duplicados por el manejo de repositorios diferentes en cada fuerza y regional. Quedando para análisis 7.010 registros, como meta a caracterizar y congruentes con los datos de Planeación, de estos se encontraron validos en tiempos de hasta 29 días mes con hasta 9 horas promedio día de 5187, aunque su estructura de procesos procedimientos y actividades no este alineada en común y sea dispersa, lo que llevo a direccionar la formalización desde los centros de costos que identifican de mejor manera los productos y perfiles de actividades hacia la misión según su aplicación del costo registrado en los sistemas SAP ERP de la DIGSA, quedando un cumplimiento de 74% con un restante no aprobado por incoherencias en la lectura de tiempos de ejecución de las actividades de 1.823

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 56. 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	III Trim	II Trim
V1	Número de horas en operación en el periodo	Efectividad	Variable	99.53%	98.64%	98.96%	99.36%
V2	Número de horas del periodo						

Fuente: Elaboración Propia Grupo Aseguramiento en Salud.



Análisis del Indicador:

Durante la vigencia evaluada se alcanzó un promedio de estabilidad operativa del 99,01%, lo que evidencia que la plataforma tecnológica mantuvo los criterios de disponibilidad establecidos. Los incidentes de mayor relevancia se presentaron en los servicios de Internet, Canales y DNS; no obstante, de acuerdo con los reportes de soporte técnico, estos fueron atendidos y restablecidos dentro de los tiempos definidos, minimizando el impacto sobre la continuidad del negocio.

6.1.2 Nivel de Avance Implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI.

Medición del Indicador

Tabla 57. 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	III Trim	IV Trim
V1	Número de actividades ejecutadas de la hoja de ruta	Eficacia	100%	20%	42.86%	65.71	97.14
V2	Número total de actividades programadas						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Durante la vigencia 2025 se formularon 35 actividades, de las cuales se ejecutaron 34, alcanzando un nivel de cumplimiento del 97,14%.

Las actividades pendientes se reprogramaron para la vigencia 2026 y corresponden principalmente al levantamiento de los manuales de usuario, técnico y de operación de los sistemas de información, cuya ejecución depende del contrato de Fábrica de Software. El traslado de esta actividad obedece a la ampliación del plazo contractual, extendido hasta el 28 de febrero de 2026.

Adicionalmente, en el componente de Accesibilidad se logró un avance del 80%. Queda pendiente para la vigencia 2026 el desarrollo del WEB SERVICE requerido para la integración del trámite DIGSA con el portal Carpetita Ciudadana, actividad que será priorizada una vez se defina el contrato de Fábrica de Software para el primer semestre de 2026.

6.1.3 Nivel de Avance Actividades Plan de Transformación Digital.

Medición del Indicador

Tabla 58. Nivel de Avance Actividades Plan de Transformación Digital.



Indicador: Nivel de Avance Actividades Plan de Transformación Digital							
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
V1	Número actividades ejecutadas	Eficacia	100%	12%	44%	64%	92%
V2	Número total de actividades programadas						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.



Análisis del Indicador:

Durante la vigencia 2025, el Plan de Transformación Digital contempló 25 actividades, de las cuales se ejecutaron 23, alcanzando un nivel de cumplimiento del 92%.

Las actividades no ejecutadas fueron reprogramadas para la siguiente vigencia y corresponden al diagnóstico del MSPI y a la incorporación del trámite de Afiliación al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en el Portal Carpeta Ciudadana. Asimismo, se resalta la actividad relacionada con la actualización del proyecto de inversión “Diseño e Implementación del Sistema de Información para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares a nivel nacional”, la cual fue formulada y presentada; sin embargo, debido a que no se contó oportunamente con la Ficha BPIN, impactando en el Plan de Acción, razón por la cual se incorpora nuevamente para la vigencia 2026.

6.1.4 Usabilidad del Sistema de Información SALUD.SIS.

Medición del Indicador

Tabla 59. Usabilidad del sistema de Información SALUD.SIS.



Indicador: Usabilidad del sistema de Información SALUD.SIS							
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
V1	Cantidad de Transacciones periodo actual	Eficacia	-1	0.16	-0.06	0.44	-0.23
V2	Cantidad de Transacciones periodo anterior						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

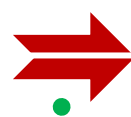
El comportamiento del indicador de usabilidad refleja a lo largo de los periodos verificados, que la plataforma tecnológica es empleada de manera constante en los diferentes niveles que conforman el subsistema de salud de las Fuerzas Militares, conservando una regularidad en el número de sus transacciones de ingreso, se aprecia una disminución de estas en el último trimestre, sin embargo, dicha variación no se considera representativa y se enmarca en el rango establecido para el indicador.

6.2 Grupo Gestión de la Información (GRUGI)

6.2.1 Avance Implementación Modelo Gobierno de Datos

Medición del Indicador

Tabla 60. Avance implementación Modelo Gobierno de Datos



Indicador: Avance implementación Modelo Gobierno de Datos							
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim
V1	Número actividades ejecutadas	Eficacia	55%	25.26%	30.53	80%	85%
V2	Número de actividades programadas						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.



Análisis del Indicador:

Para el cierre de la vigencia 2025, correspondiente al mes de diciembre, el Grupo Gestión de la Información presenta el siguiente detalle: Se ejecutó un acumulado de 72 actividades proyectadas en la Hoja de Ruta, lo que representa el 85% de avance al IV trimestre.

Así mismo es importante indicar que, para el año 2025 el avance del II al III trimestre pasó del 30.53% al 80% considerando que, en coherencia con el alcance real del modelo, la capacidad institucional y la orientación estratégica de las acciones, se solicitó ajustar la meta del cuatrienio a 85 actividades establecidas.

Dicho ajuste responde a una planificación adaptativa, centrada en la sostenibilidad y efectividad del proceso, priorizando acciones estratégicas de alto impacto que contribuyan de manera tangible a la consolidación del modelo y a la madurez institucional en materia de gobierno de datos.

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.

Esta iniciativa, establece seis (7) indicadores de las 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 61 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	III Trim	IV Trim
V1	Número de centros de costo con criterio de distribución	Eficiencia	100%	100%	100%	100%	100%
V2	Total, centros de costo						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Para la vigencia 2025 el indicador reportó 100% de avance en los informes del SSFM anual 2024 y trimestral 2025, como resultado de aplicar el criterio de distribución “UVT ponderado” obteniendo un costo real por CUPS del SSFM. Este proceso permitió calcular desviaciones con respecto a la tarifa de referencia SOAT UVT que son objeto de monitoreo del costo real de la “producción interna”. De igual manera se evidenciaron oportunidades de mejora en el reporte del RIPS que fueron comunicadas a DIGSA y DISAN, evidenciando la necesidad de fortalecer los mecanismos de Auditoría a la red interna, que contribuyan a la gestión del riesgo institucional de calidad y oportunidad de información para la toma de decisiones.



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

Medición del Indicador

Tabla 62. 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	III Trim	IV Trim
V1	valor total de los RIPS de red externa reportados en el periodo	Efectividad	90%	73.35%	65.16%	81.06%	N/D
V2	Valor reportado en traza de facturación en el periodo						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

La facturación radicada durante cada trimestre evaluado, por lo anterior responde exclusivamente al periodo de mención, los reportes de facturación no son acumulables en periodos. El resultado del indicador indica que el porcentaje de sustento de RIPS respecto a facturación para el tercer trimestre de 2025 es de 81,06%. Se considera positivo este ascenso respecto a los dos trimestres anteriores, debido a las dificultades presentadas en la transición a la nueva normatividad de RIPS que requirió la conversión de archivos en formato JSON para la lectura y procesamiento de archivos provenientes de las IPS de la red externa.

Para el cuarto trimestre 2025 el proceso Costos y Estadística reporta que no tiene la información del ultimo trimestre para actualizarla en la herramienta SUITE VISIÓN EMPRESARIAL.

7.1.3 Historia de usuario para el módulo CEC.

Medición del Indicador

Tabla 63. Historia de usuario para el módulo CEC



Indicador: Historia de usuario para el módulo CEC				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	Año 2025
V1	Requerimientos con historia de usuario	Eficiencia	100%	100%
V2	Total, de requerimientos			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

En la vigencia 2025, se realizaron pruebas del 100% de 5 desarrollos entregados por la Fábrica de Software obteniendo como resultado el paso al ambiente productivo de 5 de los 28 tickets evolutivos oficializados en la mesa de soporte de SALUD.SIS. Quedan pendientes 23 requerimientos a desarrollar por la Fábrica de Software, con los cuales se busca complementar las funcionalidades del Módulo CEC, para la caracterización del costo estándar (óptimo), determinación del costo real (incurrido) por CUPS y reporte del Estado de cuenta del paciente.



Paralelo a los 5 desarrollos del Módulo CEC, en la vigencia 2025 el Área de Costos y Estadística lideró y participó en las pruebas de desarrollos de RIPS y Auditoría respectivamente, los cuales fueron priorizados en cumplimiento de la normatividad del Ministerio de Salud, de conformidad con lo establecido para el régimen de excepción del SSFM y para los prestadores de la red complementaria.

7.1.4 Cups Caracterizada Costo estándar

Medición del Indicador

Tabla 64.. Historia de usuario para el módulo CEC



Indicador: CUPS Caracterizada Costo estándar				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	Año 2025
V1	CUPS caracterizados	Eficiencia	30%	2,8%
V2	Total, CUPS realizados en la red propia			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Para la vigencia 2025, el indicador registró el 2,8% de avance correspondiente a 56 CUPS caracterizados a Costo estándar. Este mínimo porcentaje se obtuvo por el diligenciamiento del Formato Costo Estándar CUPS diseñado en hoja de excel, en razón a que no se han entregado por parte de la Fábrica de Software los desarrollos para ajustes de la funcionalidad del Módulo CEC de SALUD.SIS. Con base en la prueba piloto de estos 56 CUPS el formato de excel se mejoró incluyendo bases de datos relacionadas con MACROS, para ser desplegado a los ESM en la vigencia 2026.

7.2 Área de Presupuesto (ARPRE)

7.2.1 Gastos administrativos.

Medición del Indicador

Tabla 65. Gastos administrativos.



Indicador: Gastos administrativos.				
Periodicidad	Tipo	Meta	Unidad de medida	II Sem 2025
Semestral	Eficiencia	4%	Porcentaje	2.69 %

Fuente: Elaboración Propia GRUPL- Presupuestación Institucional.

Análisis del Indicador

El indicador de Gastos Administrativos tiene como propósito principal respaldar el desarrollo de iniciativas, acciones, planes y proyectos estratégicos orientados a garantizar la prestación de los servicios de salud a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Así mismo, busca optimizar la experiencia de atención en salud y asegurar la sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.



Al cierre del segundo semestre de la vigencia 2025, los gastos administrativos del Subsistema de Salud de la Fuerza Militar (SSFM) registraron una variación del 27% en comparación con el mismo periodo de la vigencia 2024. Esta reducción responde a una dinámica de fortalecimiento operativo y actualización de servicios esenciales, destacándose los siguientes componentes:

Principales rubros de gasto:

- Gastos de personal: Comprende la remuneración de servidores públicos vinculados legalmente, incluyendo sueldos y factores salariales establecidos por ley.es, representan el componente más significativo del presupuesto.
- Bienes y servicios, entre los que se incluyen: Servicios profesionales, científicos y técnicos (Contratación personal por prestación de servicios como apoyo a la gestión).
- Servicios inmobiliarios y de soporte
- Servicios de mantenimiento, reparación e instalación (excepto construcción)
- Servicios jurídicos, contables y financieros. (Contratación personal por prestación de servicios como apoyo a la gestión).
- Servicios financieros y conexos (Pólizas de seguros que protegen el patrimonio físico institucional)
- Servicios de telecomunicaciones, transmisión y suministro de información.
- Distribución de electricidad, gas y agua (por cuenta propia)
- Equipos de radio, televisión y comunicaciones
- Productos de caucho y plástico

Gastos esenciales para el cumplimiento de la misión del SSFM:

- Contratación de servicios profesionales que apoyan la gestión institucional
- Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos médicos y administrativos
- Arrendamiento de oficinas y sedes del ESM en Girardot y Cúcuta
- Servicios de vigilancia y seguridad privada
- Servicios generales como aseo, fotocopiado, papelería y servicios públicos

Gastos que tienen un impacto directo sobre el funcionamiento eficiente del sistema y en la mejora continua de la calidad de atención ofrecida a los usuarios afiliados al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

7.2.2 Gasto de Medicamentos del Plan de Servicios de Salud

Los medicamentos constituyen un componente crítico del presupuesto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), en la medida en que impactan directamente la atención médica que se brinda a los usuarios adscritos. Su gestión se encuentra definida de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 080 de 2022, mediante el cual se fijan las políticas y los lineamientos generales para la gestión farmacéutica, así como el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del sistema.

En este contexto, el indicador “Gasto de medicamentos del plan de servicios de salud” permite medir la eficiencia en la utilización de los recursos financieros destinados a la adquisición de medicamentos incluidos en el Plan de Servicios del SSFM, en relación con



el presupuesto disponible para gasto durante las vigencias 2024 y 2025. Este indicador se constituye en una herramienta clave para el seguimiento del comportamiento del gasto farmacéutico y su incidencia en la sostenibilidad financiera del sistema.



Tabla 66. Gasto de medicamentos del plan de servicios de salud

Indicador: Gasto de Medicamentos del Plan de Servicios de Salud					
Periodicidad	Tipo	Meta	Unidad de medida	2024	2025
Semestral	Eficiencia	Nuevo	Porcentaje	22%	17%

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

De acuerdo con los resultados reportados, en las vigencias 2024 y 2025 el gasto en medicamentos incluidos en el plan representó una proporción significativa del presupuesto total, evidenciando el peso estructural que tiene el componente farmacéutico dentro del gasto sanitario del SSFM.

7.2.3 Gasto de Medicamentos no Incluidos en el Plan de Servicios de Salud

El indicador “Gasto de medicamentos no incluidos en el Plan de Servicios de Salud” tiene como propósito medir la proporción del presupuesto asignado al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) destinada a la adquisición de medicamentos que no se encuentran contemplados dentro del Plan de Servicios vigente, pero que resultan necesarios para garantizar la continuidad y oportunidad de los tratamientos prescritos a los usuarios del sistema.



Tabla 67. Gasto de medicamentos no incluidos en el plan de servicios de salud

Indicador: Gasto de medicamentos no incluidos en el plan de servicios de salud					
Periodicidad	Tipo	Meta	Unidad de medida	2024	2025
Semestral	Eficiencia	Nuevo	Porcentaje	5%	3%

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

De acuerdo con los resultados obtenidos, del presupuesto total asignado al SSFM, el 3 % en la vigencia 2024 y el 3 % en la vigencia 2025 correspondieron a gastos en medicamentos no incluidos. Este comportamiento evidencia un nivel de gasto controlado y estable en este componente, lo cual refleja una gestión orientada a priorizar la cobertura a partir del Plan de Servicios, sin desconocer la necesidad de atender requerimientos terapéuticos específicos que no se encuentran explícitamente incluidos.

Es importante precisar que la utilización de medicamentos en el SSFM se clasifica en dos tipologías: medicamentos incluidos y medicamentos no incluidos. Los medicamentos incluidos corresponden a aquellos definidos dentro de la cobertura establecida en el Acuerdo 080 de 2022, “Por el cual se dictan políticas y lineamientos generales para la Gestión Farmacéutica y se determina el Manual Único de Medicamentos y Terapéutica para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional”, actualmente vigente. Por su parte, los medicamentos no incluidos corresponden a aquellos que no hacen parte del manual definido o que presentan características particulares, tales como medicamentos UNIRS, medicamentos vitales no disponibles y productos de soporte nutricional ambulatorio.



La utilización de medicamentos no incluidos está sujeta a un proceso de validación técnica, el cual es realizado por un Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud, garantizando que su prescripción y suministro responda a criterios clínicos, científicos y de pertinencia terapéutica.

7.2.4 Patologías de alto costo

El indicador tiene como propósito medir la proporción del presupuesto de funcionamiento disponible para la prestación de los servicios de salud, destinados costos asociados a las enfermedades como VIH, enfermedades renales crónica, hemofilia y cáncer, que requieren una atención especial.

Tabla 68. Patologías de alto costo

Indicador: Patologías de alto costo.					
Periodicidad	Tipo	Meta	Unidad de medida	2024	2025
Semestral	Eficiencia	Nuevo	Porcentaje	1.38%	1,79%

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

El indicador refleja un comportamiento con un mayor peso relativo del gasto asociado a patologías de alto costo dentro del presupuesto disponible, lo cual puede atribuirse a factores como el aumento en la demanda de servicios, la complejidad de los tratamientos, la continuidad terapéutica de los pacientes crónicos o el incremento en los costos de medicamentos e insumos especializados, lo que indica que una proporción creciente de los recursos de funcionamiento está siendo absorbida por este grupo de patologías, lo que representa un reto estructural para la sostenibilidad financiera del sistema, dado que dichos costos son, en gran medida, inelásticos y no sustituibles.

No obstante, también evidencia el cumplimiento de la obligación institucional de garantizar la atención integral y continua de los usuarios con enfermedades de alto impacto, conforme al modelo de atención en salud.



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 69. Total, conceptos de viabilidad jurídico



Indicador: Total, conceptos de viabilidad jurídico					
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Sem	II Sem
V1	Sumatorios emitidos conceptos	Eficacia	100%	424	456

Fuente: Elaboración Propia Grupo Asuntos Legales.

Análisis del Indicador:

El volumen total de productos jurídicos revisados por el Grupo de Asuntos Legales aumentó de 424 en el primer semestre a 456 en el segundo semestre, lo que representa un crecimiento del 7,55%.

Este incremento se explica principalmente por las categorías:

- Normogramas: pasaron de 2 a 19, siendo el mayor aporte al crecimiento. Este incremento notable muestra un esfuerzo institucional por organizar, actualizar y estructurar el marco normativo aplicable a los grupos internos de la DIGSA.
- Conceptos jurídicos: aumentaron de 6 a 15, lo que equivale a un incremento del 150%. Este crecimiento indica una mayor demanda de soporte jurídico especializado, lo que sugiere que las unidades internas requirieron mayor acompañamiento para decisiones administrativa.
- Los actos administrativos se mantuvieron estables con un crecimiento leve de 409 a 414. Se evidencia un incremento leve (1,2%) en el segundo semestre, probablemente asociado a la dinámica administrativa típica del cierre del año.
- Los lineamientos aumentaron ligeramente de 7 a 8. El aumento refleja ajustes institucionales y la necesidad de fortalecer la regulación interna en el segundo semestre.

En términos de participación, el segundo semestre concentró la mayor parte del trabajo jurídico anual en las categorías más técnicas: 71% de los conceptos y 90% de los normogramas se generaron en esta fase del año.



9 Acrónimos

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



10 Definiciones

Tabla 70. Definiciones

ítem	Descripción
Comité Técnico Científico	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.
Dotación Biomédica	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.
Estrategias	conjunto de acciones determinadas para alcanzar un objetivo específico.
Farmacovigilancia	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.
Malla de Pertinencia	Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.
Modelo Integrado De Planeación Y Gestión	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.
Objetivo	Meta o fin último hacia el cual se dirigen las acciones o las operaciones de algún proyecto específico.
Perfil Demográfico	Medida demográfica para expresar la relación de la población, en términos de edad, entre las personas potencialmente activas y las personas potencialmente dependientes.
Perfil Epidemiológico	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.
Plan de Acción	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.
Plan Estratégico	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.
Plan Nacional De Desarrollo	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
Política	Directriz o lineamiento general que sirve fundamentalmente para orientar la acción institucional y facilitar el proceso de toma de decisiones.
Programa	Plan o proyecto organizado de las distintas actividades que se irá a realizar.
Tablero De Control	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.