



**DIRECCIÓN GENERAL
DE SANIDAD MILITAR**

Plan de Acción

Ejecución II Trimestre



Tabla de Contenido

1	Mejoramiento en la rectoría y gobernabilidad del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares..	10
1.1	Grupo Gestión del riesgo (GRERI)	10
1.1.1	Actividad: Planificar y monitorear la mejora en la gestión por procesos del Sistema Integrado de Gestión SIG.	10
1.2	Grupo Gestión Financiera (GRUFI)	12
1.2.1	Actividad: Monitorear la ejecución presupuestal de los recursos del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de conformidad con el Acuerdo de Gestión de distribución aprobado.	12
2	Reingeniería del modelo de gerenciamiento y administración del Sistema.	14
2.1	Grupo de Contratación (GRUCO)	14
2.1.1	Actividad: Coordinar las actividades que permitan la implementación de las directrices relacionadas con la Catalogación en las unidades ejecutoras del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de acuerdo con lo establecido por la Directiva MDN permanente 34 de 2018.	14
2.2	Área de Sistemas Integrados (ARSIG)	16
2.2.1	Actividad: Realizar seguimiento del Sistema de Administración de Riesgos asociados al aseguramiento y a la prestación de los servicios de salud en las actividades de Salud SAR	16
3	Mejoramiento atención integral en salud y prestación de servicios de salud.	17
3.1	Grupo Gestión del riesgo (GRERI)	17
3.1.1	Actividad: Realizar seguimiento y control a la ejecución de las diferentes actividades inmersas dentro de la Rutas de Obligatorio Cumplimiento.	17
3.1.2	Actividad: Monitorear la implementación de los lineamientos emitidos en cumplimiento a la política de discapacidad SSMP.	21
3.1.3	Actividad: Realizar seguimiento al programa de atención integral en salud con enfoque Psicosocial a víctimas del conflicto armado.	22
3.1.4	Actividad: Formular e implementar la RIA (Ruta Integral de Atención) para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente para el SSFM.	24
3.2	Grupo Prestación y Operación de Servicios de Salud (GROSD)	25
3.2.1	Actividad: Evaluar el proceso de referencia al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares relacionada con la cobertura de servicios en la red propia y su resolutivez en el enfoque de RISS.	25
3.2.2	Actividad: Evaluar la demanda insatisfecha de los servicios de salud priorizados, para disponer la toma de decisiones en las acciones de mejora correspondientes.	27
3.2.3	Actividad: Analizar los servicios y tecnologías incluidos medicamentos, no contemplados en los acuerdos del SSFM.	28
3.2.4	Actividad: Seguimiento y monitoreo a la gestión de medicamentos y posconsumo en el SSFM.	31
3.2.5	Actividad: Monitorear el proceso de auditoría de cuentas médicas a nivel nacional	35
3.3	Grupo Aseguramiento en Salud (GRUAS)	37
3.3.1	Actividad: Desarrollar e implementar estrategias de seguimiento para las PQRS que permita registrar, analizar y dar seguimiento a las recomendaciones emitidas.	37

3.3.2	Actividad: Monitorear el cumplimiento de Comités de Obligatorio Cumplimiento en Salud por Fuerza.	38
3.3.3	Actividad: Monitorear la implementación del Programa de Seguridad del Paciente por Fuerza.	39
3.3.4	Actividad: Realizar seguimiento al comportamiento de los indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud del SSFM.	41
3.3.5	Actividad: Fortalecer la capacidad tecnológica y científica de la red propia del SSFM	43
3.3.6	Actividad: Monitorear la implementación del Programa de Tecnovigilancia del SSFM.	45
3.4	Grupo de Salud Operacional (GRUSO)	46
3.4.1	Actividad: Efectuar el análisis del riesgo operacional dentro y fuera de combate	46
3.4.2	Tarea: Informe de análisis heridos y muertos dentro y fuera de combate del personal militar del SSFM. (ACUERDO 051 DEL 2009- PEI FF.MM). I Semestre 2025.	46
3.5	Grupo Atención al Usuario y Participación Social (GRAPS)	48
3.5.1	Actividad: Hacer seguimiento al comportamiento de las causalidades de PQRS relacionadas con la prestación de los servicios de salud del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (Red propia y red externa)	48
3.5.2	Actividad: Sensibilizar a los usuarios del SSFM en sus deberes y derechos. ..	51
3.5.3	Actividad: Implementar la encuesta de satisfacción del usuario del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, dirigida a quienes hayan recibido atención en la prestación de servicios de salud en los Establecimientos de Sanidad Militar.	52
3.6	Grupo Gestión de Afiliaciones (GRUGA)	53
3.6.1	Actividad: Afiliar y validar los derechos para acceder a la prestación de los servicios de salud del SSFM	53
3.7	Área de Comunicaciones Estratégicas y Gestión del Cambio (ARCOM)	55
3.7.1	Actividad: Generar estrategias y campañas comunicativas para publicación a través de redes sociales habilitadas, canales digitales autorizados para el SSFM y externos cuando se requiera y autorice, para la optimización del procesos informativo y de doble vía con los usuarios en general del SSFM.	55
3.7.2	Actividad: Desarrollo de estrategias integrales de adaptación transicional al cambio tanto internas como externas, que fortalezcan el proceso de fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud.....	57
4	Fortalecimiento y modernización de la capacidad tecnológica y científica de la red propia de la Sanidad Militar	58
4.1	Área de Desarrollo Institucional (ARDEI)	58
4.1.1	Actividad: Monitorear la ejecución del proyecto de inversión vigencia 2025. ...	58
5	Desarrollo del estudio y propuesta de reestructuración de la planta de personal de Sanidad Militar.	59
5.1	Grupo de Talento Humano (GRUTH)	59
5.1.1	Actividad: Gestionar los nombramientos del personal de planta global del SSFM para la vigencia 2025 de conformidad al plan anual de vacante y previsión de recursos humanos.	59

6	Diseño, implementación y desarrollo el sistema de costos y la estructuración del estudio técnico de suficiencia de recursos en cada Subsistema de Salud.	61
6.1	Grupo Sistema Integral de Información — Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (SISAM)	61
6.1.1	Actividad: Monitorear la implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI, Gobierno de Datos, Transformación Digital.	61
6.2	Grupo Gestión de la Información (GRUGI)	65
6.2.1	Actividad: Monitorear la implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI, Gobierno de Datos, Transformación Digital.	65
7	Diseño, implementación y desarrollo el sistema de costos y la estructuración del estudio técnico de suficiencia de recursos en cada Subsistema de Salud.	66
7.1	Área de Costos y Estadística (ARCYE)	66
7.1.1	Actividad: Determinar el costo real CUPS	66
7.1.2	Actividad: Procesar los RIPS de la red externa del SSFM.	68
8	Acrónimos	70
9	Definiciones	71

Contenido de Tablas

Tabla 2. Cumplimiento de la ISO 14001 - SGA.....	11
Tabla 3. % Ejecución presupuestal trimestral	13
Tabla 4. Porcentaje del avance de las actividades de catalogación	15
Tabla 5. Porcentaje de cumplimiento del seguimiento a la administración de los riesgos	16
Tabla 6. Población que no registra atenciones de valoración integral 2020-2024	17
Tabla 7. Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.	18
Tabla 8. Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal	19
Tabla 9. Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica	20
Tabla 10. Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM.	22
Tabla 11. Cobertura de la atención integral en salud de la población víctimas del conflicto.	23
Tabla 12. Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.	25
Tabla 13. Oportunidad de la autorización de Servicios.	26
Tabla 14. Porcentaje demanda insatisfecha	27
Tabla 15. EIPSA por Fuerzas.	28
Tabla 16. Consumo de medicamentos.....	32
Tabla 17. Adherencia al programa de farmacovigilancia.....	34
Tabla 18. Porcentaje de comités gestionados para el subsistema de salud de las fuerzas militares	39
Tabla 19. Proporción de vigilancia de acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.....	40
Tabla 20. Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de los Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud.	42
Tabla 21. Cumplimiento Indicadores de Calidad en Salud DISAN EJC.....	42
Tabla 22. Cumplimiento Indicadores de Calidad en Salud DISAN ARC.....	43
Tabla 23. Cumplimiento Indicadores de Calidad en Salud DISAN JEFSa.	43
Tabla 24. Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza.	44
Tabla 25. Gestión de eventos e incidentes serios y no serios asociados a dispositivos médicos	45
Tabla 26. Reporte Tipología PQRS.....	48
Tabla 27. Tasa de PQRS.....	49
Tabla 28. Variables del Indicador de Tasa.	49
Tabla 29. Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días.....	50
Tabla 30. Variables del Indicador Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días.....	50
Tabla 31. Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos.	51
Tabla 32. Variables del Indicador de usuarios que conocen sus deberes y derechos.....	52
Tabla 33. Tasa de satisfacción global del SSFM.....	52
Tabla 34. Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar	53
Tabla 35. Variables del indicador Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar	53
Tabla 36. Usuarios inactivados en Base Datos SSFM por causales de extinción de derechos.....	54

Tabla 37. Estadística de publicaciones generadas de acuerdo a solicitudes de la entidad	55
Tabla 38. Relacionamiento de los usuarios con los canales digitales vigentes en la entidad.....	56
Tabla 39. Impacto de las publicaciones de las redes sociales	56
Tabla 40. Percepciones generadas de las actividades de Gestión del Cambio.....	57
Tabla 41. Ejecución Presupuestal de los Proyectos de Inversión.....	58
Tabla 42. Ejecución de los recursos de inversión	59
Tabla 43. Planta Efectiva a corte 30 de junio.	60
Tabla 44. Porcentaje de ejecución del Plan de Previsión de Recursos Humanos.	61
Tabla 45. Nivel de Avance implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI.....	63
Tabla 46. Nivel de Avance Actividades Plan de Transformación Digital.	64
Tabla 47. Actividades Desarrolladas II Trimestre 2025.	65
Tabla 48. Avance implementación Modelo Gobierno de Datos	66
Tabla 49. Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS.	67
Tabla 50. Porcentaje de gasto de la red externa sustentado en RIPS.	69



Contenido de Ilustraciones

Ilustración 1. Avance Iniciativas Estratégicas al II Trimestre 2025	9
Ilustración 2. Ejecución presupuestal a cierre 30 de Junio de 2025	12
Ilustración 3. CTC Según Concepto II Trimestre 2025.	29
Ilustración 4. Gasto CTC II Trimestre 2025	30
Ilustración 5. CTC Según Concepto II Trimestre 2025	30
Ilustración 6. Gasto CTC de Odontología II Semestre de 2025.....	31
Ilustración 7. Eventos Adversos a los Medicamentos.....	33
Ilustración 8. Sintomatología asociada al evento	34
Ilustración 9. Facturas Auditadas de cuentas médicas de la red externa contratada y no contratada.....	35
Ilustración 10. Glosas por Pertinencia Médica	35
Ilustración 11. Glosas por Soportes	35
Ilustración 12. Porcentaje Glosa definitiva.	35
Ilustración 13. Acciones Inseguras del SSFM - I Trimestre	40



Introducción

El presente documento expone el avance en la ejecución del Plan de Acción 2025 del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), aprobado mediante el Acuerdo N.º 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”*.

Este documento presenta el avance de cada iniciativa estratégica, detallando el desarrollo de sus actividades y tareas, los logros alcanzados, el impacto estratégico generado y el nivel de cumplimiento de los indicadores establecidos.

El análisis se realiza a través del seguimiento, monitoreo y control de los planes, proyectos e indicadores mediante la herramienta Suite Visión Empresarial (SVE), implementada para tal fin. Esta labor se enmarca en el compromiso con la mejora continua y el cumplimiento de los objetivos definidos en el Plan Estratégico Institucional SSMP 2023–2026, aprobado por el CSSMP.

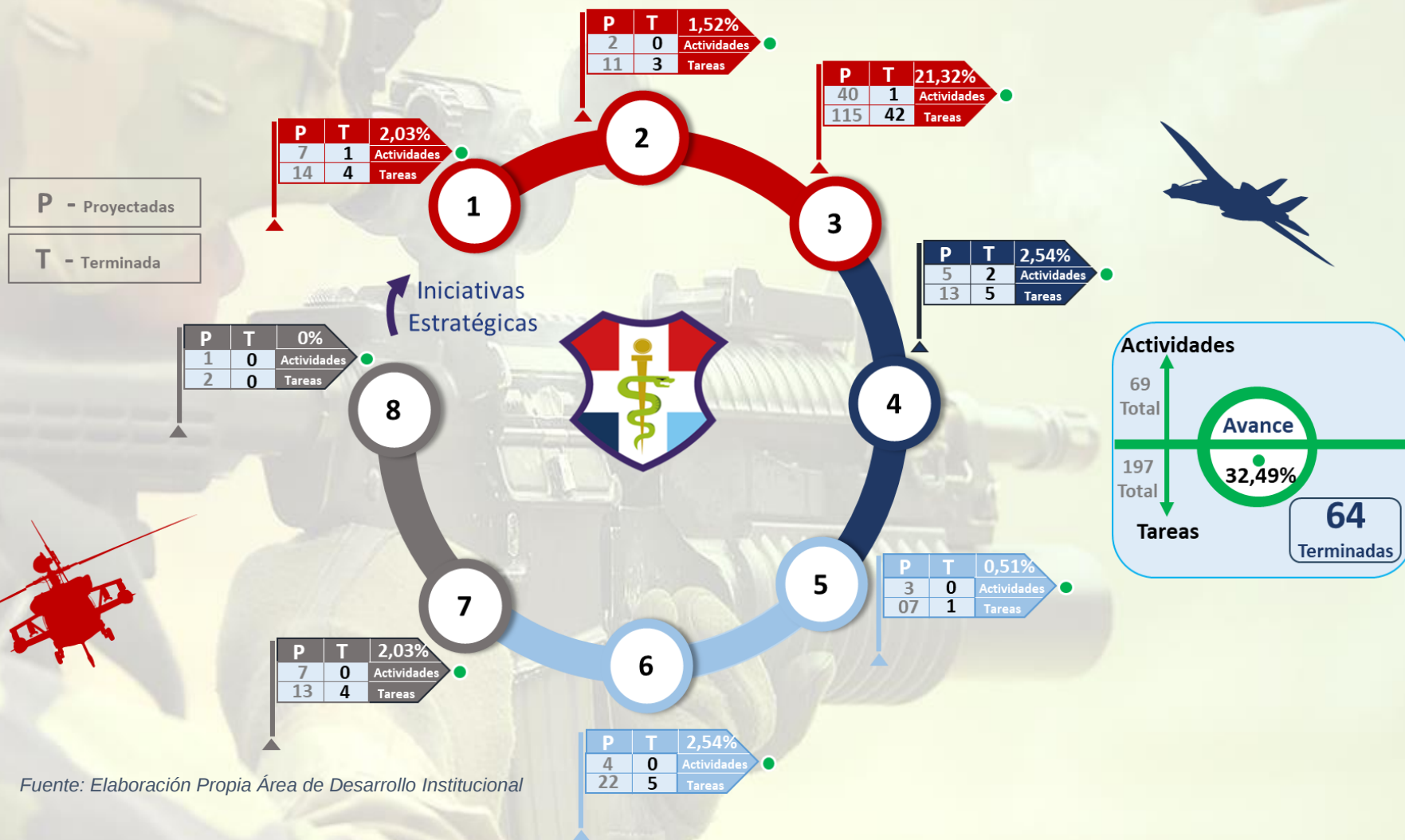
A continuación, se presentan los resultados obtenidos, así como el comportamiento de sus indicadores, de acuerdo con la periodicidad establecida y el cumplimiento de las metas proyectadas para el segundo trimestre de 2025.

Lo anterior con fines de gestión y de transparencia de la información

Plan de Acción

II Trimestre 2025

Ilustración 1. Avance Iniciativas Estratégicas al II Trimestre 2025



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional

Iniciativa 1.

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

2.03%

Esta iniciativa presentó un avance del **2.03%** del **32.49%** al segundo trimestre, con una proyección de tres (3) tareas en el trimestre y con un cumplimiento del **100%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:

1.1 Grupo Gestión del riesgo (GRERI)

1.1.1 Actividad: Planificar y monitorear la mejora en la gestión por procesos del Sistema Integrado de Gestión SIG.

1.1.1.1 Tarea: Informe de avance y el porcentaje de cumplimiento de los requisitos estipulados para la implementación de un SGA.

Análisis de la tarea

Con el propósito de avanzar en la implementación del Sistema de Gestión Ambiental (SGA) del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), se priorizaron 24 Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) a nivel nacional. A través del formato de diagnóstico de cumplimiento del SGA y las actividades definidas en el plan de trabajo, se evaluó su desempeño ambiental.

Estas acciones se alinearon con los lineamientos establecidos para la vigencia 2025. El proceso permitió identificar brechas, fortalecer capacidades institucionales y orientar la gestión ambiental en cada ESM. Se promovió el cumplimiento normativo y la mejora continua. La articulación entre niveles de gestión fue clave para alcanzar los objetivos propuestos. Este avance representa un paso significativo hacia la sostenibilidad ambiental del SSFM.

Logros de la gestión.

-  Se logró la formulación y aprobación del Manual del Sistema de Gestión ambiental para el SSFM, así como la formulación y aprobación del Plan de gestión integral de residuos generados en atención en salud y otras actividades, la implementación de actividades de gestión ambiental en (Residuos sólidos no peligrosos, residuos peligrosos, consumo de papel, consumo de agua y energía, educación ambiental y consumo de combustibles.

- Se realizó la implementación del contexto organizacional ambiental de 12 ESM priorizados para la vigencia 2025, la identificación de partes interesadas, riesgos y oportunidades en la gestión ambiental de cada ESM priorizado y se estableció, difundió la política del Sistema de Gestión ambiental para el SSFM.
- Se identificaron los aspectos e impactos ambientales de la DIGSA, Direcciones de Sanidad y los ESM priorizados, así como la matriz de roles y responsabilidades frente al SGA en la institución y el desarrollo de la matriz de requisitos legales y la evaluación de objetivos y metas ambientales en los ESM priorizados.

Medición del Indicador

Tabla 1. Cumplimiento de la ISO 14001 - SGA



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

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

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

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

1.2 Grupo Gestión Financiera (GRUFI)

1.2.1 Actividad: Monitorear la ejecución presupuestal de los recursos del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de conformidad con el Acuerdo de Gestión de distribución aprobado.

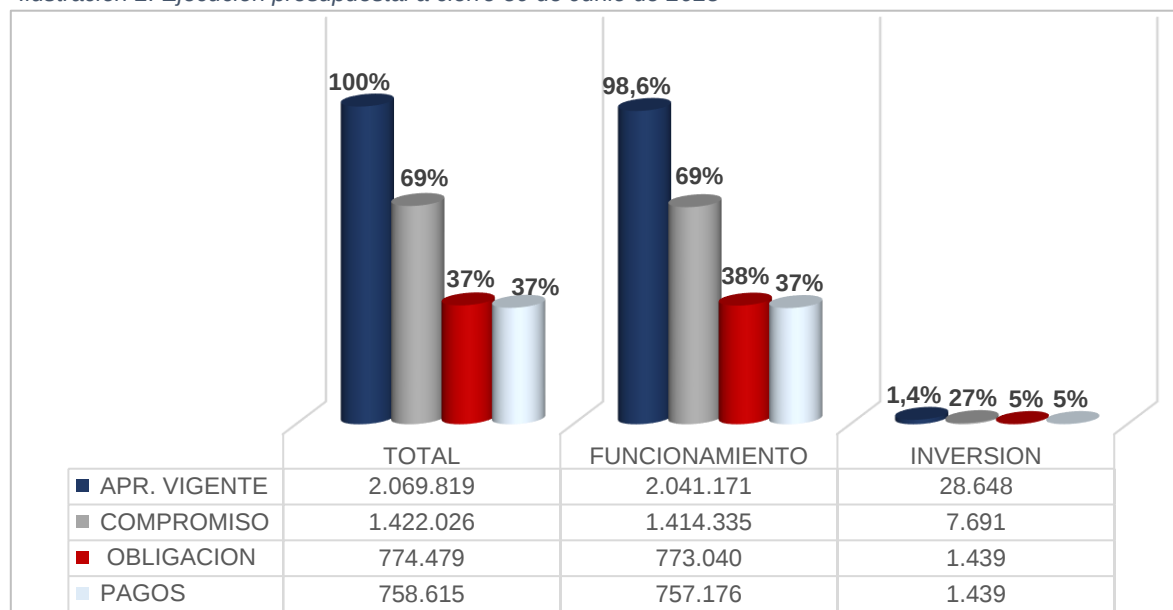
Tarea: Informe de ejecución presupuestal recursos aprobados para vigencia.

Análisis de la tarea

La ejecución presupuestal del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares alcanzó un porcentaje de ejecución superior al 69% de los recursos asignados para funcionamiento e inversión, según el siguiente detalle:

- ⇒ Apropiación Vigente \$ 2.069.819.040.169,00.
- ⇒ Apropiación bloqueada \$ 136.598.000.000,00.
- ⇒ Compromisos por valor de \$ 1.422.025.739.590,11 representan el 69%.
- ⇒ Obligaciones por valor de \$ 774.478.959.829,84 representan el 37%.
- ⇒ Pagos por valor de \$ 758.615.031.769,13 representan el 37%.

Ilustración 2. Ejecución presupuestal a cierre 30 de Junio de 2025



Fuente: Elaboración Propia Grupo Gestión Financiera.

Logros de la gestión.

- De los recursos asignados y disponibles para gasto, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, en la vigencia 2025 se han comprometido la suma de \$1.422.025.739.590,11, lo que representa el 69%, siendo la Dirección General de Sanidad Militar una de las unidades ejecutoras del Ministerio de Defensa Nacional con una tendencia positiva de ejecución, redundando dicho porcentaje en la asignación de gasto para medicamentos y servicios de salud con la red propia y la red externa del Subsistema de Salud de Fuerzas Militares.

Medición del Indicador

Tabla 2. % Ejecución presupuestal trimestral



Indicador: % Ejecución presupuestal trimestral					
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trimestre	II Trimestre
V1	Total, de compromisos Acumulados	Eficacia	90%	56% ●	69% ●
V2	Apropiación total Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

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

Iniciativa 2.

Reingeniería del modelo de gerenciamiento y administración del Sistema.

1.52%

Esta iniciativa presentó un avance del **1.52%** del **32.49%** al segundo trimestre, con una proyección en el trimestre de tres (3) tareas y con un cumplimiento del **100%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:

2.1 Grupo de Contratación (GRUCO)

2.1.1 Actividad: Coordinar las actividades que permitan la implementación de las directrices relacionadas con la Catalogación en las unidades ejecutoras del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de acuerdo con lo establecido por la Directiva MDN permanente 34 de 2018.

2.1.1.1 **Tarea:** Informe de avance de las actividades de catalogación de los elementos pertenecientes al universo de sanidad militar por parte de las DISANES - JEFSa (Directiva permanente 34 de 2018).

Análisis de la tarea

El personal designado por DIGSA, DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSa ha mantenido la continuidad en las actividades de catalogación OTAN de elementos de sanidad militar, conforme a lo establecido en la Directiva Permanente No. 34 de 2018. Estas acciones se han desarrollado en el marco de la programación establecida en la Circular No. 0125003161502 del 26 de marzo de 2025, la cual definió la hoja de ruta para las reuniones del grupo de trabajo interinstitucional.

Como parte del proceso, se llevaron a cabo nueve mesas de trabajo durante el primer semestre, en las cuales se avanzó en la estandarización de las especificaciones técnicas de dispositivos médicos. Asimismo, se inició la estructuración técnica y la revisión de los movimientos logísticos en el sistema ERP SALUD - SAP, con el objetivo de garantizar la trazabilidad y coherencia de la información registrada en el sistema, fortaleciendo así la gestión logística del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Logros de la gestión.

- 🏆 Los avances alcanzados en el proceso de catalogación reflejan un compromiso sostenido por parte del personal de las DISANES y la JEFSa, quienes han dado continuidad a las actividades programadas, cumpliendo con el 100% del indicador establecido para el primer cuatrimestre.
- 🏆 La realización periódica de mesas de trabajo permitió avanzar en la estandarización de especificaciones técnicas de dispositivos médicos y en la revisión de los movimientos logísticos en el sistema ERP SALUD - SAP, fortaleciendo así la trazabilidad y eficiencia del proceso.

- La implementación de un sistema de catalogación eficiente ha contribuido a una gestión más transparente, responsable y alineada con los objetivos institucionales. El progreso evidenciado en los informes cuatrimestrales demuestra el compromiso de la Dirección General de Sanidad Militar con la mejora continua en la calidad y cobertura de la atención sanitaria. Las actividades desarrolladas sientan las bases para una implementación más sólida y estandarizada del proceso de catalogación en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Medición del Indicador

Tabla 3. Porcentaje del avance de las actividades de catalogación



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

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

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

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

2.2 Área de Sistemas Integrados (ARSIG)

2.2.1 Actividad: Realizar seguimiento del Sistema de Administración de Riesgos asociados al aseguramiento y a la prestación de los servicios de salud en las actividades de Salud SAR

2.2.1.1 **Tarea:** Informe de seguimiento a la Administración Integral de los riesgos del SSFM bajo el marco de MIPG.

Análisis de la tarea

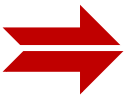
Los riesgos continúan con los resultados establecidos previamente de impacto y probabilidad residual, es decir en su gran mayoría se localizan en una zona extrema como lo demuestra el mapa de calor de la matriz de riesgos de la Dirección, excepto para el riesgo de “Posibilidad de efecto dañoso sobre bienes públicos por pérdida de inventario por mal uso y/o disposición, a causa de la omisión en la aplicación de los lineamientos del Manual de Bienes del Ministerio de Defensa Nacional”, el cual se ubica en una zona extrema, por el cual es necesario la planificación de un plan de contingencia teniendo en cuenta que, al momento de aplicar los controles, se evidencia que no han sido eficaces para prevenir la posibilidad de ocurrencia de la materialización del riesgo. Así lo sucedido se hace necesario reformular la valoración de los controles establecidos.

Logros de la gestión.

- Como resultado del Índice de gestión y desempeño la entidad de forma general obtuvo 93.6 puntos, 3.4 puntos de forma ascendente y favorable en comparación con la evaluación del año anteriormente evaluado. Con relación a la dimensión de seguimiento y evaluación la cual enmarca la misma política, entre otras herramientas de monitoreo a los procesos, el seguimiento a los riesgos institucionales y el análisis de controles asociados la dimensión obtuvo un puntaje del 94.9 puntos mientras que la política obtuvo 88.3 puntos sobre 94.9 promedio del sector defensa.

Medición del Indicador

Tabla 4. Porcentaje de cumplimiento del seguimiento a la administración de los riesgos



Indicador: Porcentaje de cumplimiento del seguimiento a la administración de los riesgos				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Sem
V1	Nº monitoreos ejecutados oportunamente por la segunda línea de defensa	Eficacia	100%	100% ●
V2	Total, de monitoreos programados por la segunda línea de defensa			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Analisis del Indicador

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

Iniciativa 3.

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

21.32%

Esta iniciativa presentó un avance del **21.32%** del **32.49%** al segundo trimestre, con una proyección en el trimestre de 27 tareas y con un cumplimiento del **100%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:

3.1 Grupo Gestión del riesgo (GRERI)

3.1.1 Actividad: Realizar seguimiento y control a la ejecución de las diferentes actividades inmersas dentro de la Rutas de Obligatorio Cumplimiento.

3.1.1.1 **Tarea:** Informe de seguimiento a la ejecución de las actividades de las Rutas Integrales de atención.

Análisis de la tarea

Se determinó como línea de base para priorización, la población que entre 2020 a 2024 que no registra atenciones de valoración integral.

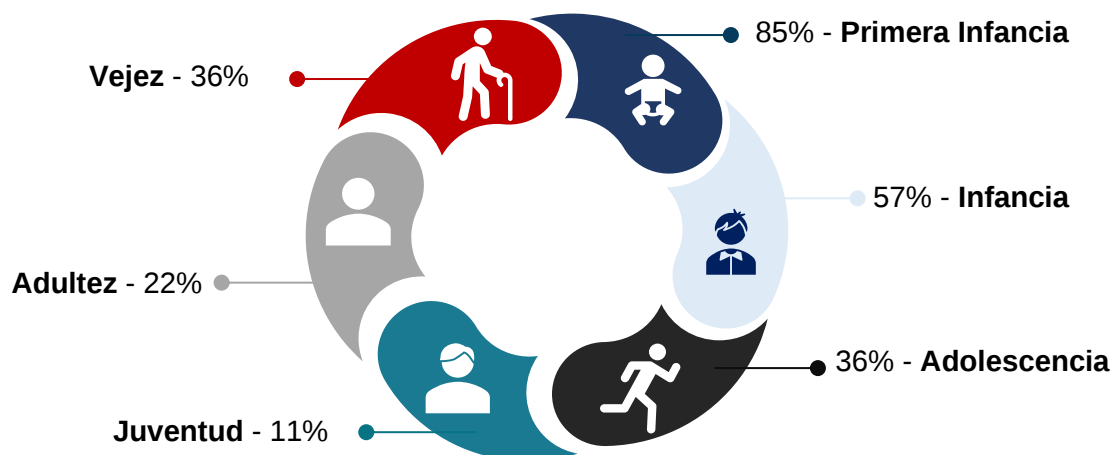
Tabla 5. Población que no registra atenciones de valoración integral 2020-2024

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

Fuente: Planilla de seguimiento Grupo GRERI - DIGSA

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

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



Fuente: RIPS DIGSA-SUBSA-GRERI 2025

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

Logros de la gestión.

- Se ha realizado un monitoreo trimestral para lograr un seguimiento efectivo del avance en la cobertura de la ruta, contando con datos actualizados del I y II trimestre. Es importante aclarar que la información utilizada para esta fecha proviene de la fuente institucional SALUD.SIS, la cual permite una consulta oportuna del avance de las atenciones. No obstante, esta información es preliminar y está sujeta a ajustes, ya que posteriormente se coteja con los datos consolidados que entrega el área de estadística, aproximadamente dos meses después del cierre de cada trimestre. Esta validación incluye otras fuentes como los RIPS manuales.

Medición del Indicador

Tabla 6. Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.

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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

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

3.1.1.2 Tarea: Seguimiento a la ejecución de las actividades de la Ruta Materno Perinatal.

Análisis de la tarea

La atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades, a partir de intervenciones de valoración integral, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y educación para la salud, mejora la calidad de la atención, el logro de los resultados esperados, la seguridad y aumento de la satisfacción de las usuarias y la optimización del uso de los recursos.

Logros de la gestión.

- Se crea una campaña “gestar con amor” que busca realizar IEC en toda la población para búsqueda de un embarazo saludable, sumado a esto, se cuenta con 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.

Medición del Indicador

Tabla 7. Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El porcentaje alcanzado de captación oportuna es del 74.5%, comparado con el mes anterior se presenta un aumento del 3.1%, lo que indica que los ESM, están realizando

búsqueda activa de las gonadotropinas ordenas en cada consulta y tomadas en laboratorio de manera semanal; esto ha generado un impacto positivo en la captación oportuna para la Ruta Materno Perinatal, evaluado los posibles riesgos a esta población de manera oportuna.

3.1.1.3 Tarea: Estado y progreso a la ejecución de las actividades de la Ruta de Riesgo Cardio Cerebro Vascular y Metabólica.

Análisis de la tarea:

Durante el primer trimestre, se llevó a cabo la gestión de la cobertura de atención brindada a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2, en el marco de la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para personas con riesgo o presencia de enfermedades Cardio Cerebrovasculares y Metabólicas (CCVM) en los Establecimientos de Sanidad Militar. El análisis realizado abarcó aspectos clave como el acceso efectivo al diagnóstico, la definición del plan de manejo, la continuidad del tratamiento y el seguimiento clínico, con el objetivo de garantizar una atención integral, continua y oportuna a esta población priorizada.

Logros de la gestión.

Durante el primer trimestre, se alcanzó una cobertura del 26% en la Ruta de Riesgo Cardio Cerebrovascular y Metabólico, cumpliendo con la meta establecida para este periodo dentro del marco del indicador anual, cuyo objetivo es lograr una cobertura acumulada del 80%. Este resultado representa un avance significativo en la atención de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, reflejando el compromiso institucional con la atención integral de esta población priorizada. Para alcanzar la meta anual, se fortalecerán las estrategias de búsqueda activa, seguimiento clínico, agendamiento oportuno y articulación con los equipos multidisciplinarios en los Establecimientos de Sanidad Militar, garantizando así la continuidad y calidad del cuidado en salud.

Medición del Indicador

Tabla 8. Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

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

3.1.2 Actividad: Monitorear la implementación de los lineamientos emitidos en cumplimiento a la política de discapacidad SSMP.

3.1.2.1 Tarea: Avance en la cobertura de la política para la atención en salud de las personas con discapacidad afiliados y beneficiarios. II Trimestre 2025.

El SSFM estableció como meta certificar al 18% de la población con discapacidad previamente identificada y caracterizada por los Equipos de Rehabilitación de los ESM. Es fundamental resaltar que este proceso de certificación es de carácter voluntario, por lo que el cumplimiento de la meta depende del interés y la decisión autónoma de las personas para participar.

Análisis de la tarea

Los equipos multidisciplinares de certificación de discapacidad de los ESM valoraron 718 usuarios, de los cuales el 99% (713 usuarios) tienen alguna condición de discapacidad y el 1% (7 usuarios), no cumplen con los parámetros establecidos por la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud-CIF.

De los 718 usuarios certificados el 75% (540 usuarios) corresponden a DISAN EJC, el 16% (113 usuarios) a DISAN ARC y el 9% (65 usuarios) a JEFSA. Según la modalidad de valoración el 97% (694 usuarios) se realizó en el consultorio y el 3% (24 usuarios) a través de telemedicina.

De acuerdo con el sexo biológico reportado en el RLCPD, el 75% (535 usuarios) corresponden a hombres, el 25% (183 usuarios) a mujeres.

Según la categoría de discapacidad de los 718 usuarios certificados, el 40% (289 usuarios) presentan una discapacidad múltiple, el 31% (225 usuarios) discapacidad física, el 11% (77 usuarios) discapacidad intelectual (cognitiva) y el 4% (28 usuarios) discapacidad psicosocial (mental).

Logros de la gestión.

- En articulación con el grupo de discapacidad del MSPS, se dio inicio al proceso de capacitación de profesionales del SSFM para integrarse al Directorio de Certificadores de Discapacidad. Este avance permitió habilitar los equipos de los ESM para la emisión de certificados de discapacidad.
- De manera paralela, se fortalecieron las campañas de sensibilización y capacitación dirigidas a usuarios con y sin discapacidad, así como al personal administrativo y asistencial. Estas acciones buscan ampliar la cobertura del proceso y facilitar el acceso de las personas certificadas a los beneficios establecidos en cada territorio.

Medición del Indicador

Tabla 9. Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM.



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

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

3.1.3 Actividad: Realizar seguimiento al programa de atención integral en salud con enfoque Psicosocial a víctimas del conflicto armado.

3.1.3.1 **Tarea:** Informe de avances en la implementación del programa de atención integral en salud con enfoque Psicosocial a víctimas del conflicto armado.

Análisis de la tarea

Los equipos interdisciplinarios y del talento humano en salud, realizaron atención en diferentes áreas de la salud a 20.942 usuarios afiliados al SSFM, que a su vez son reconocidos por la Unidad de Víctimas del Gobierno Nacional, ampliando la cobertura y garantizando la atención 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.

Logros de la gestión.

- 🇨🇴 Estandarización de acciones intra e intersectoriales que involucran diferentes ámbitos para la atención de los usuarios víctimas del conflicto armado.
- 🇨🇴 Seguimiento a la implementación y cumplimiento del Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas del Conflicto Armado emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 🇨🇴 Orientación al talento humano en salud para la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial como medida de asistencia y rehabilitación a víctimas del conflicto armado.

Medición del Indicador

Tabla 10. 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 Trimestre	II Trimestre
V1	víctimas del conflicto armado atendidas dentro del programa	Eficacia	80%	24,65% ●	26,75% ●
V2	Total, de víctimas del conflicto armado				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

3.1.4 Actividad: Formular e implementar la RIA (Ruta Integral de Atención) para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente para el SSFM

3.1.4.1 Tarea: Documento detallado de la RIAS para la población con riesgos o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente para el SSFM.

Análisis de la tarea

Las RIAS son un conjunto de lineamientos técnicos y operativos que buscan garantizar la atención integral en salud a través de intervenciones individuales y colectivas, con enfoque diferencial, centradas en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

La RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente, está dirigida a personas expuestas a factores ambientales como contaminación del aire, agua, suelo, exposición a sustancias químicas, radiación, entre otros. Su propósito es identificar, intervenir y mitigar los riesgos ambientales que afectan la salud.

Este documento, surge de la necesidad de contribuir a la reducción de la morbilidad para la población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente del SSFM, a través de la operativización de los lineamientos técnicos, orientados a dar cumplimiento al modelo de atención en salud – MATIS, con el fin de coadyuvar al mejoramiento de la salud mediante la implementación de estrategias de prevención, promoción, inspección y vigilancia; incentivando prácticas de cuidado y protección del ambiente.

Logros de la gestión.

-  Se culminó la elaboración técnica del documento RIAS, el cual fue debidamente adaptado al contexto operativo del SSFM y obtuvo la validación institucional correspondiente. Además, su desarrollo avanza conforme a los tiempos establecidos en el cronograma de implementación.

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

3.2.1 Actividad: Evaluar el proceso de referencia al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares relacionada con la cobertura de servicios en la red propia y su resolutivez en el enfoque de RISS.

3.2.1.1 Tarea: Informe del proceso de referencia y autorizaciones para la red interna y externa con el seguimiento a las mismas en relación con la malla de pertinencia nivel nacional de conformidad con la normatividad vigente.

Análisis de la tarea de Oportunidad de Referencia

La oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad fue en promedio 96% de efectividad en la referencia realizando el traslado con los vehículos propios de los Establecimientos de Sanidad Militar y los contratos realizados donde no se cuenta con propios, evidenciando cumplimiento en el tiempo estipulado en la normatividad vigente, logrando garantizar la prestación de servicios de salud a los usuarios.

Logros de la gestión.

- Se logro el seguimiento de los traslados dentro del tiempo establecido en la normatividad vigente.
- Se logro garantizar la prestación de los servicios de salud a los usuarios en el nivel de complejidad que requería de acuerdo con su estado de salud.

Medición del Indicador

Tabla 11. Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.



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

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

Análisis del Indicador:

Se realizó el análisis mediante informes de retroalimentación a cada Fuerza, donde se verifica el cumplimiento de la meta y el objetivo de la referencia de los usuarios en el tiempo estipulado por la normatividad vigente a un nivel de mayor complejidad, la cual

se evidencia un resultado para el trimestre del 96% en el indicador, evidenciando una mejora como resultado a la resolutiveidad en las referencias realizadas a los usuarios del SSFM.

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 interna y la red externa contratada.

Logros de la gestión.

- Se continúa trabajando en disminuir los tiempos de respuesta para las autorizaciones para dar cumplimiento a la normatividad vigente.
- Se realizo el seguimiento a las autorizaciones generadas durante el trimestre 2025 verificando la pertinencia y correcto direccionamiento por georreferenciación mediante mesas de trabajo con las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud para el mejoramiento continuo del proceso.

Medición del Indicador

Tabla 12. Oportunidad de la autorización de Servicios.



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

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

Análisis del Indicador:

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

3.2.2 Actividad: Evaluar la demanda insatisfecha de los servicios de salud priorizados, para disponer la toma de decisiones en las acciones de mejora correspondientes.

3.2.2.1 **Tarea:** Demanda insatisfecha en relación con el acceso a citas médicas en la red propia del SSFM solicitando acciones de mejora a los prestadores.

Análisis de la tarea

Se realizó el análisis de la demanda insatisfecha del I trimestre 2025, la oferta de citas médicas en los Establecimientos de Sanidad, a través de la herramienta tecnológica SALUD.SIS, presentó una disminución lo cual se refleja en el aumento de los indicadores de demanda insatisfecha, esta disminución es producto de la falta de previsión de la contratación del talento humano con vigencia futura y las demoras en la contratación en la vigencia 2025 la cual se prolongó en muchos casos hasta el mes de abril.

Logros de la gestión.

La Dirección General de Sanidad realiza seguimiento semanal a la disponibilidad de citas a través de la herramienta SALUD.SIS, esta información se envía a todos los Jefes de ESM, y DISAN o JEFSA, el primer día hábil de cada semana, con el fin de que se analice con los Establecimientos de Sanidad y se establezcan las estrategias de mejora continua; en este reporte se evidencia la oferta de servicios para los usuarios en cada uno de los Establecimientos de acuerdo con su portafolio y talento humano. Lo que se traduce en el mejoramiento continuo de la oferta de servicios y la búsqueda de estrategias que permitan disminuir la demanda insatisfecha de los servicios de salud del SSFM.

Medición del Indicador

Tabla 13. Porcentaje demanda insatisfecha



Periodicidad	Tipo	Meta	Unidad de medida	Especialidad	I Trimestre
Trimestral	Efectividad	10%	Porcentaje	Medicina general	● 5.7%
Trimestral	Efectividad	10%	Porcentaje	Odontología	● 4.7%
Trimestral	Efectividad	10%	Porcentaje	Medicina interna	● 43.4%
Trimestral	Efectividad	10%	Porcentaje	Ginecobstetricia	● 33.3%
Trimestral	Efectividad	10%	Porcentaje	Ginecobstetricia (embarazo)	● 1.9%
Trimestral	Efectividad	10%	Porcentaje	Cirugía general	● 19.8%
Trimestral	Efectividad	10%	Porcentaje	Pediatría	● 26.4%

Fuente: Elaboración Propia GROSD.

Análisis del Indicador:

Se implementan acciones de mejora en búsqueda de estrategias que permitan disminuir la demanda insatisfecha de los servicios de salud del SSFM, en relación con el seguimiento a la disponibilidad de citas en el SSFM y se implementan planes de contingencia en cada ESM para garantizar el acceso de manera oportuna a los servicios de salud ofertados.

3.2.3 Actividad: Analizar los servicios y tecnologías incluidos medicamentos, no contemplados en los acuerdos del SSFM.

3.2.3.1 **Tarea:** Informe del análisis multivariado del Equipo Interdisciplinario del Profesionales de la Salud (EIPSA) y del Comité Técnico Científico.

Análisis de la tarea EIPSA

Se tuvieron en cuenta unas variables que nos permiten analizar la diferencia en la cantidad de solicitudes en medicamentos no incluidos en el acuerdo 080/2022, sesionadas por el Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud (EIPSA) de EJC, ARC, y JEFATURA DE SALUD, se observa una disminución en las tres fuerzas que corresponde al 38%, aunado a esto se haya la tasa en número de solicitudes por cada 10.000 usuarios teniendo en cuenta la población por fuerza, se observó que Jefatura de Salud es quien tiene el mayor número de solicitudes por cada 10.000 habitantes, seguido de Armada y finaliza con Ejército, que es inversamente proporcional a la población adscrita a cada fuerza.

Tabla 14. EIPSA por Fuerzas.

FUERZAS	EJC	ARC	JEFSa
Población	511,81	88,454	34,898
No. Solicitudes EIPSA	891	374	149
Tasa X 10,000 HAB.	174	423	427

Fuente: Bases de datos EIPSA– SUBSA-GROSD – I Trimestre 2025

Durante el I trimestre del 2025, se evidencia una disminución en la cantidad de solicitudes sesionadas ante del EIPSA con respecto a lo sesionado en el Trimestre anterior, que corresponden al 46.1 % EJC, 14.1% ARC, JEFSa 27.9%, lo anterior asociado a la capacitación y socialización del acuerdo 080 de 2022, donde se cuenta con una amplia gama de opciones terapéuticas para la población del subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Logros de la gestión EIPSA.

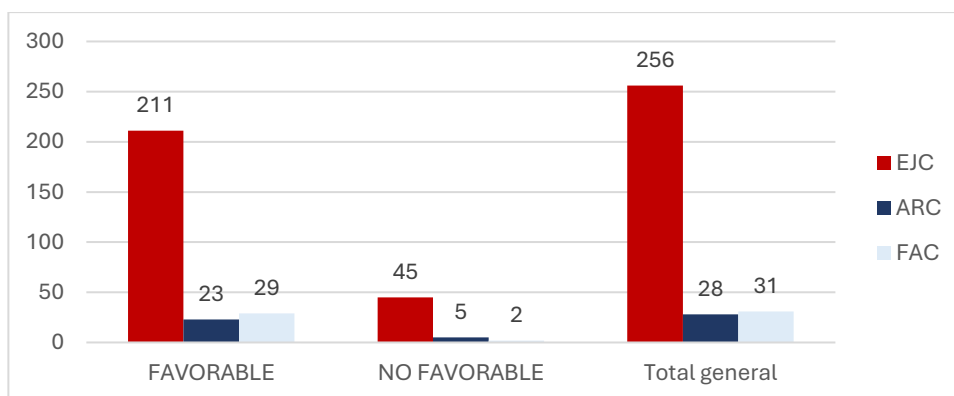
- Mejorar la accesibilidad a las tecnologías de medicamentos, suplementos dietarios conforme a la prescripción profesional realizada, validando requisitos para suministro.
- Optimizar los recursos del subsistema, al evaluar la pertinencia de las solicitudes por parte de los especialistas integrantes del Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la salud de la DISAN EJC, DISAN ARC, Y Jefatura de Salud de la Fuerza Aérea.

B. Análisis de la tarea CTC procedimientos, dispositivos e insumos

Se realizaron 328 solicitudes que fueron generadas desde la prestación de servicios de salud en los diferentes Establecimientos de Sanidad Militar y referencias generadas por la red complementaria, de las cuales 13 solicitudes no cumplieron con los criterios técnico-científicos, por lo cual se realizó devolución a las DISAN y JEFSA con el fin de subsanar y presentar nuevamente.

Del total de solicitudes presentadas por las Fuerzas durante el trimestre, fueron evaluadas por el comité 315 con cumplimiento de criterios administrativos, de las cuales 263 solicitudes se clasificaron con concepto favorable y 52 no favorable, debido a no cumplimiento de criterios.

Ilustración 3. CTC Según Concepto II Trimestre 2025.



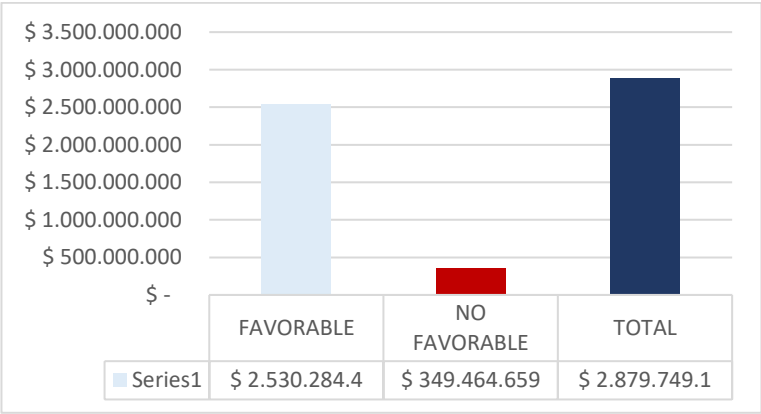
Fuente: Base de datos CTC II Trimestre 2025 DIGSA

Logros de la gestión CTC procedimientos, dispositivos e insumos.

Durante el trimestre analizado, se evaluaron 315 solicitudes, lo que generó un gasto aproximado de \$ 2.879.749.113 De estas, 52 solicitudes fueron NO FAVORABLES por incumplir los criterios de la normatividad vigente. Esto representa un ahorro del 12,14%

de los recursos (\$349.464.659), lo que demuestra que la gestión del CTC se centra en aprobar solo los casos que realmente lo requieren.

Ilustración 4. Gasto CTC II Trimestre 2025

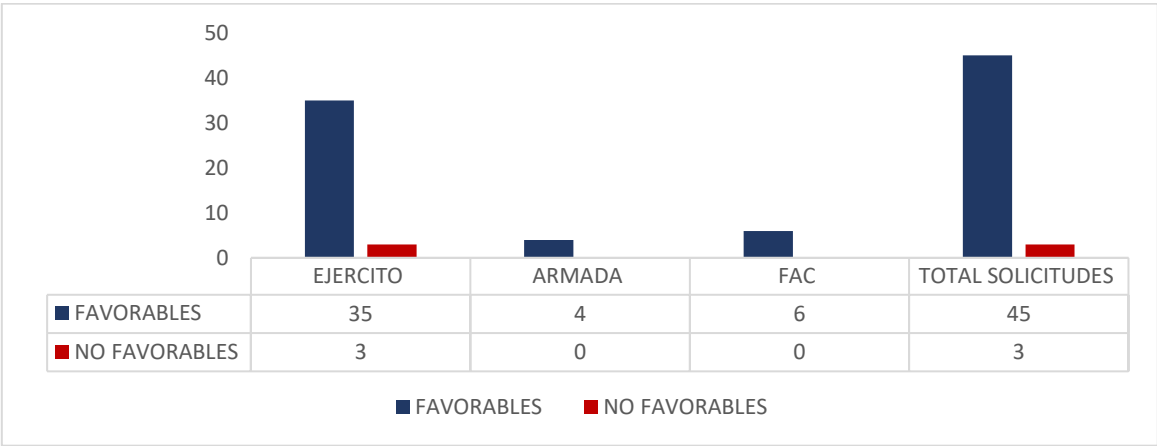


Fuente: Base de datos CTC II Trimestre 2025 DIGSA

C. Análisis de la tarea CTC Odontología

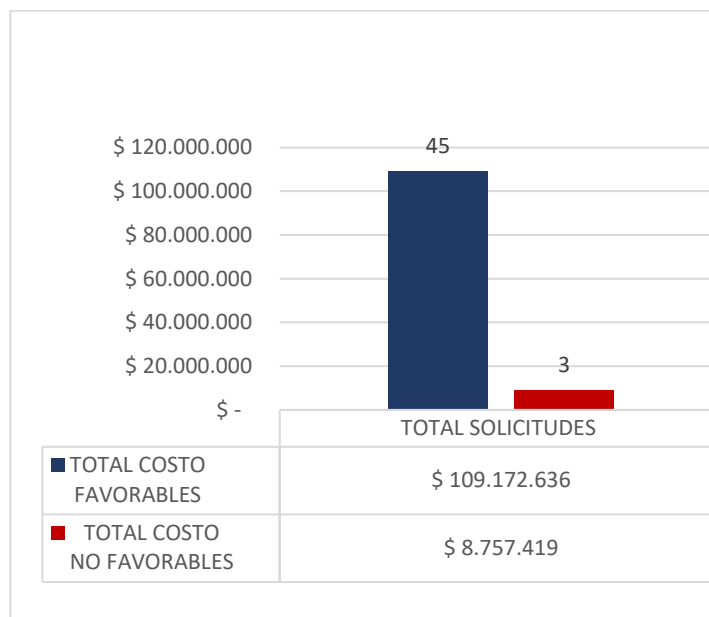
En el transcurso del II trimestre de 2025, el área de odontología recibió un total de 48 solicitudes provenientes de la Dirección de Sanidad del Ejército, la Dirección de Sanidad Naval y la Jefatura de Salud. De estas, el 93.8% (45 solicitudes) fueron aprobadas con concepto favorable, mientras que el 6.2% restante (3 solicitudes) fueron consideradas no favorables.

Ilustración 5. CTC Según Concepto II Trimestre 2025



Fuente: Base de Datos CTC de odontología II Trimestre DIGSA.

Ilustración 6. Gasto CTC de Odontología II Semestre de 2025



Fuente: Base de Datos CTC Odontología II Trimestre 2025

Logros de la gestión CTC Odontología

Los Comités Técnico-Científicos (CTC) de odontología reportaron un valor total de \$ **109.172.636** para las solicitudes favorables. Las solicitudes no favorables no cumplieron los criterios necesarios para su aprobación, teniendo en cuenta que se ha fortalecido la aplicación rigurosa de los criterios establecidos en el Acuerdo 002 de 2001, lo que ha permitido una evaluación más precisa de las solicitudes. Así mismo, se ha promovido la uniformidad en la información suministrada a las Direcciones de Sanidad y la JEFSA, optimizando así el proceso de filtro, análisis y decisión que lleve al bienestar del paciente y a la optimización de los recursos para tecnologías que no se encuentran en el acuerdo.

3.2.4 Actividad: Seguimiento y monitoreo a la gestión de medicamentos y posconsumo en el SSFM.

3.2.4.1 **Tarea:** Informe perfil fármaco-económico 2024.

Análisis de la tarea

Se precisa que el costo total asociado a la dispensación de medicamentos, en la vigencia 2024 fue de \$372.745.595.422 para el contrato centralizado de medicamentos, seguido por red externa \$138.055.545.409 para un costo total dispensado de \$ 510.801.140.827.

Para el caso del consumo de medicamentos en el género masculino, se tiene una participación del 50,76%. Sin embargo, en el análisis de utilización de medicamentos, se evidencia una mayor prevalencia en el género femenino. Este fenómeno es particularmente relevante al considerar la distribución demográfica, donde la proporción es de 1,8 hombres por cada mujer. A pesar de la distribución poblacional, el costo de dispensación de medicamentos asociado al género femenino tiene una participación porcentual del 49,24% sobre el costo total.

Logros de la gestión.

- Se logra la identificación de los factores asociados a la caracterización del consumo y al aumento del gasto farmacéutico asociado a la dispensación de medicamentos en el SSFM siendo evidente pero esperado dado la tendencia comparativa de a los anteriores.
- El suministro de medicamentos, bajo parámetros y políticas institucionales, garantiza que los usuarios tengan acceso oportuno a los mismos, lo que traduce en adherencia farmacoterapéutica, siendo ésta crucial en el tratamiento instaurado, dado que su ausencia es una de las principales causas de falla terapéutica, lo que se traduce en recaídas, hospitalizaciones frecuentes, complicaciones de la enfermedad y la necesidad de tratamientos más avanzados y costosos. Lo que, para el SSFM, podría representar un sobre costo considerable, que se puede mitigar contrarrestando las causales que conllevan a deficiencia en la prestación de los servicios y suministro de medicamentos.

Medición del Indicador

Tabla 15. Consumo de medicamentos



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

Fuente: Consorcio interventor SAMA

Análisis del Indicador:

Se precisa que el consumo de medicamentos se ubicó en 99,08%, con un porcentaje asociado a medicamentos pendiente del 0.92%, se exalta que el mayor consumo de medicamentos a nivel país, está asociado al tipo de vinculación Cotizante con una participación del 57,91%; seguido de Beneficiarios con 41,02% del consumo y el restante 1,07% corresponde a No Cotizante, que es el personal que se encuentra prestando servicio militar obligatorio y/o de escuelas.

Así mismo, según el comportamiento se evidencia que del total del consumo asociada a la vinculación como Cotizantes, se tiene un costo de \$ 37.327.558.068 para militares en servicio activo, el cual tiene una participación dentro del 57,5% del 7,73%.

3.2.4.2 Tarea: Perfil de farmacovigilancia.

Análisis de la tarea

A través de la farmacovigilancia se busca garantizar la seguridad en el uso correcto de los medicamentos y del monitoreo a los reportes depende la optimización del uso de la información resultante de los eventos presentados durante un periodo de tiempo, pudiendo determinar e identificar los factores y causas asociados al mismo y si son de cara a las prácticas en la atención en salud o de cara a educación sanitaria dirigida a pacientes y cuidadores o si simplemente obedece a problemas relacionados con la calidad del medicamento.

Logros de la gestión.

- Identificación y clasificación de las reacciones adversas a medicamentos, descritas a continuación: En la distribución porcentual se precisa que tipo A (Augmented), corresponden a un 8% y se atribuyen a reacciones cuyos efectos están relacionados con el mecanismo de acción del fármaco y por lo tanto son predecibles; seguido por tipo F con una participación de 6% son aquellas reacciones originadas por agentes ajenos al principio activo del medicamento (excipientes, impurezas o contaminantes), ocupándose en el mismo lugar que las no clasificadas: así mismo se evidencia casos de los reportados sin información.

A continuación, se relaciona el porcentaje de los eventos adversos a medicamentos por género, evidenciando mayor incidencia en mujeres, se reportaron 32 eventos correspondientes a el 63%, seguido por los hombres con 19 eventos equivalentes al 37%.

Ilustración 7. Eventos Adversos a los Medicamentos

GENERO	EVENTOS PRESENTADOS	DISTRIBUCION PORCENTUAL
FEMENINO	32	63%
MASCULINO	19	37%

Fuente: Elaboración Propia GROSD.

Con relación a los eventos adversos a medicamentos reportados en el SSFM; los pacientes presentan los siguientes síntomas:

Ilustración 8. Sintomatología asociada al evento

SINTOMATOLOGIA	N° PACIENTES	DIAS
ANSIEDAD	4	3 a 5
CEFALEA, EMPEORAMIENTO	2	1 a 3
ERUPCION MEDICAMENTOSA	2	0 a 31
TEMBLOR	1	60
MIALGIA	1	184
EDEMA EN TOBILLO	1	81

Fuente: Elaboración Propia GROSD.

Se evidencia el desconocimiento de los usuarios en cuanto a los diferentes eventos que pueden llegar a presentar durante y después de la administración de los medicamentos; ya que como se refleja en la base de datos, esperan hasta la siguiente consulta con el médico tratante para informar la sintomatología que presentan por lo que por decisión propia suspenden los tratamientos ocasionando la NO adherencia al mismo, se extrae que en la población la aparición de una reacción adversa no es relevante para ellos por lo que por lo general se asocia al curso de la patología y no al medicamento, así mismo y en cuanto al reporte se puede asegurar que las reacciones adversas presentadas son las esperadas de acuerdo a lo reportado en fichas de medicamentos según análisis individual de casos.

Medición del Indicador

Tabla 16. Adherencia al programa de farmacovigilancia



Indicador: Adherencia al programa de farmacovigilancia				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	II Sem 2024
V1	Total, de usuarios reportados			
V2	Total, de usuarios atendidos por farmacovigilancia	Eficacia	20%	0.0074%

Fuente: Matriz traslados reportada por las Direcciones de Sanidad EJC-ARC y Jefatura de Salud FAC.

Análisis del Indicador:

Se precisa que de la caracterización de los tipos de RAM presentadas, según reporte de usuarios adscritos al SSFM el cual corresponde a 0.0074%, se evidencia mayor presencia de eventos adversos entre los pacientes de 18 a 59 años, con causalidad posible indicando que el acontecimiento clínico, o alteraciones en las pruebas de laboratorio, que se manifiesta con una secuencia temporal razonable en relación con la administración de medicamento, pero que puede ser explicado también por el curso de la enfermedad, o por otros fármacos o sustancias empleados de manera concomitante con el tratamiento instaurado previamente

3.2.5 Actividad: Monitorear el proceso de auditoría de cuentas médicas a nivel nacional

3.2.5.1 Tarea: Informe de seguimiento del estado del proceso de auditoría de la red externa

Análisis de la tarea

El monitoreo al proceso de Auditoría de Cuentas Médicas a la Red Externa se realiza semestralmente; durante el segundo semestre de 2024, se evidencia un compromiso con la mejora continua, la reducción de glosas y la optimización de procesos en el sistema de salud de las Fuerzas Militares.

Ilustración 9. Facturas Auditadas de cuentas médicas de la red externa contratada y no contratada.

FUERZA	No. FACTURAS AUDITADAS	No. DE FACTURAS RADICADAS	% CUMPLIMIENTO
EJC	361.869	361.869	100
ARC	39.957	39.957	100
FAC	12.186	12.186	100
HOMIL	182.962	182.962	100
TOTAL	596.974	596.974	100

Fuente: Reporte II semestre enviado por las DISAN EJC, ARC, JEFSa y HOMIL

Ilustración 10. Glosas por Pertinencia Médica

FUERZA	No GLOSA PERTINENCIA MEDICA	No. FACTURAS AUDITADAS	% CUMPLIMIENTO
EJC	10.615	361.869	2,93
ARC	257	39.957	0,64
FAC	219	12.186	1,80
HOMIL	10.912	182.962	5,96
TOTAL	22.003	596.974	3.68

Fuente: reporte II semestre enviado por las DISAN EJC, ARC, JEFSa y HOMIL.

Ilustración 11. Glosas por Soportes

FUERZA	No GLOSA POR SOPORTES	No. FACTURAS AUDITADAS	% CUMPLIMIENTO
EJC	14.715	361.869	4,07
ARC	305	39.957	0,76
FAC	569	12.186	4,67
HOMIL	25.886	182.962	14,15
TOTAL	41.475	596.974	6.94

Fuente: reporte II semestre enviado por las DISAN EJC, ARC, JEFSa y HOMIL

Ilustración 12. Porcentaje Glosa definitiva.

FUERZA	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR ACEPTADO IPS	% CUMPLIMIENTO
EJC	\$ 250.025.570.271,55	\$ 2.958.200.788,78	1,18
ARC	\$ 29.819.380.643,36	\$ 920.877.092,36	3,09
FAC	\$ 14.081.043.131	\$ 235.961.305	1,68
HOMIL	\$ 260.200.238.923	\$ 3.532.900.054	1,36
TOTAL	\$ 554.126.232.969	\$ 7.647.939.240	1,38

Fuente: reporte II semestre enviado por las DISAN EJC, ARC, JEFSa y HOMIL

Las acciones implementadas han permitido avanzar en la transparencia y eficiencia en la gestión de la salud evidenciado en las acciones de mejora allegados por parte de las fuerzas.

Logros de la gestión.

Mejora en la Gestión de Glosas

ESM Comando Aéreo de Combate No 1 (CACOM 1):

Auditoría Completa: Se finalizó la auditoría de la deuda sin respaldo presupuestal con el Hospital de Alta Complejidad del Magdalena Centro, abarcando toda la documentación radicada en 2024.

Visitas de Acompañamiento: Se realizaron visitas al Hospital del Magdalena para abordar el incumplimiento en los procesos de referencia y contrarreferencia, identificando las causas de las glosas.

ESM Comando Aéreo de Combate No 3 (CACOM 3):

Reducción de Glosas: Se observó una disminución significativa en el porcentaje de glosas por falta de soportes y pertinencia médica.

Acciones Correctivas: Se socializaron recomendaciones con las IPS, resultando en solo una glosa por soporte en el primer trimestre de 2025, la cual fue subsanada de inmediato.

Fortalecimiento de la Auditoría Concurrente

Seguimiento Estricto: Se implementó un seguimiento riguroso a las estancias prolongadas y barreras de calidad en la prestación de servicios, permitiendo intervenciones tempranas en posibles causales de glosas.

Capacitación y Formación Continua

Capacitación de Personal: Se solicitó capacitación para el personal de la OPS encargado del proceso de auditoría, asegurando la emisión de lineamientos claros y procedimientos adecuados para la auditoría de cuentas médicas.

Coordinación y Comunicación Efectiva

Comunicación Constante con IPS: Se establecieron mecanismos de comunicación continua con las IPS para garantizar respuestas rápidas a las glosas, facilitando la conciliación de cuentas y mejorando los tiempos de auditoría.

Visitas Presenciales para Conciliación: Se coordinaron visitas presenciales a las IPS ante demoras en las respuestas a las glosas, asegurando una resolución más ágil de los conflictos.

Resultados de la Auditoría y Conciliación en EJC:

En el primer trimestre del 2025 el Ejército, generó glosas a 14,201 facturas, con un valor total inicial de \$12,393,597,012.00, reflejando un esfuerzo significativo en la gestión de cuentas médicas, a comparación a la vigencia 2024.

Conciliaciones Efectivas: Se logró un valor aceptado por el prestador de \$4,757,029,283.74, representando un 4% del total facturado, lo que indica un avance en la conciliación de glosas a favor de la institución teniendo en cuenta que el promedio de glosa aceptada en la vigencia del segundo semestre correspondió al 1.18 %

Acompañamientos y Retroalimentación Continua.

Acompañamientos Permanentes: La Jefatura Salud FAC realizó acompañamientos constantes a los Establecimientos de Sanidad Militar para implementar ajustes correctivos y brindar retroalimentación sobre los procesos administrativos y de auditoría.

3.3 Grupo Aseguramiento en Salud (GRUAS)

3.3.1 Actividad: Desarrollar e implementar estrategias de seguimiento para las PQRS que permita registrar, analizar y dar seguimiento a las recomendaciones emitidas.

3.3.1.1 Tarea: Recomendaciones a las causalidades de las PQRS.

Análisis de la tarea

Con el propósito de fortalecer la gestión y reducir las PQRSR al interior del SSFM se emitieron las siguientes recomendaciones, orientadas a mejorar la eficiencia operativa atención al usuario y la calidad del servicio, así:

-  Entre las principales medidas se destaca el uso adecuado del módulo del SSFM para una clasificación precisa de las PQRSR, el fortalecimiento de la orientación al usuario sobre los procedimientos de autorización y el cumplimiento estricto de los tiempos de respuesta establecidos por la normativa vigente, estableciendo objetivos específicos, indicadores y metas para reducir las PQRSR recurrentes por concepto de autorizaciones, optimizando el recurso humano y los procesos de atención.

- 🇨🇷 Seguimiento a la ejecución contractual en conformidad con los lineamientos y metas establecidos por la DIGSA, identificar obstáculos en la atención que permita reducir el tiempo de espera para la continuidad de los tratamientos a los pacientes y fomentar una atención humanizada.
- 🇨🇷 Seguimiento a las respuestas emitidas a través de las oficinas de atención al usuario con el objetivo de fortalecer la confianza, evitar la duplicidad en los requerimientos y reducir la necesidad de acudir a entes de control para resolver inquietudes o necesidades que pueden ser gestionadas internamente y realizar articulación con las oficinas de medicina laboral y con la Fuerza para establecer acciones frente a la comunicación con los usuarios en temas de incorporaciones, programación de juntas médico laborales, copias de juntas médico-laborales entre otros; minimizando los requerimientos derivados por esas causales.

Logros de la gestión.

Se Fortaleció el trabajo conjunto entre los diferentes grupos del SSFM y se establece la articulación con el Grupo de Atención al Usuario y Participación Social, orientada a los esfuerzos para la generación de resultados en salud que impacten positivamente en la calidad de la prestación del servicio.

Esta articulación busca promover el intercambio de información, la identificación de necesidades de la población usuaria y el impulso de estrategias participativas que contribuyan al mejoramiento continuo en el modelo de Atención Integral en Salud.

3.3.2 Actividad: Monitorear el cumplimiento de Comités de Obligatorio Cumplimiento en Salud por Fuerza.

3.3.2.1 Tarea: Seguimiento a la Implementación de la Directiva Permanente de Comités de Obligatorio Cumplimiento en Salud del SSFM.

Análisis de la tarea

Los Comités de Obligatorio Cumplimiento en Salud son el medio para la identificación de debilidades de los ESM, mediante el cual se toman decisiones y se realizan acciones específicas para gestionar y mejorar la calidad en la atención.

En el SSFM los Comités varían en su cantidad de sesiones según su nivel de complejidad y la prestación de servicios de salud ofertados, identificándose la importancia de fortalecer la cultura de desarrollo y sesión de los Comités en Salud en el SSFM.

Logros de la gestión.

Se trabajo en el desarrollo de los Comités según la prestación de servicios en cada ESM, con el fin de estandarizar la sesión de estos en el SSFM.

Medición del Indicador

Tabla 17. Porcentaje de comités gestionados para el subsistema de salud de las fuerzas militares



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Con los cambios efectuados y reportados por las Fuerzas para la estandarización y sesión de los comités de obligatorio cumplimiento para cada ESM según su tipificación y nivel de prestación, se espera fortalecer los resultados de adherencia para las próximas vigencias.

3.3.3 Actividad: Monitorear la implementación del Programa de Seguridad del Paciente por Fuerza.

3.3.3.1 Tarea: Consolidación, análisis y retroalimentación a DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSA sobre la implementación del Programa de Seguridad del Paciente. IV Trimestre 2024.

Análisis de la tarea

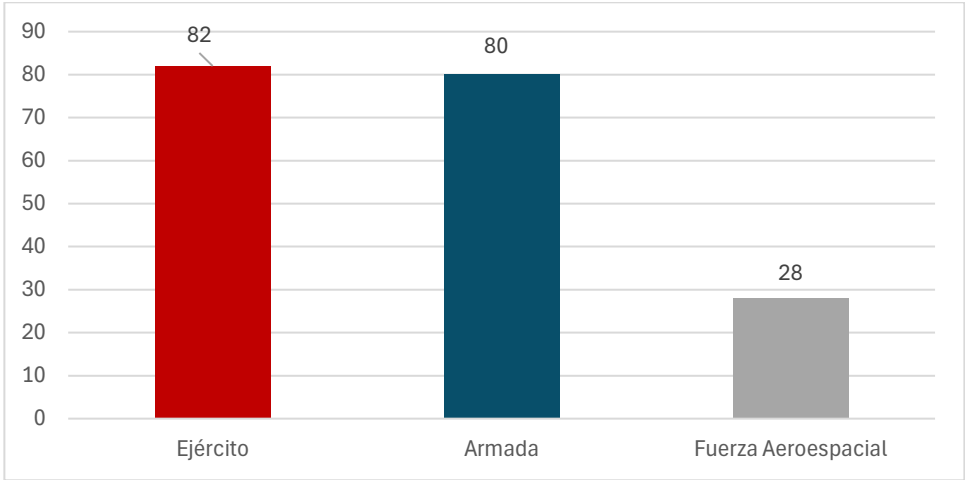
Mediante la retroalimentación, se realizó el análisis de las acciones inseguras identificadas, reportadas y gestionadas durante el I Trimestre de la vigencia 2025 por los ESM de Ejército, Armada y la Fuerza Aeroespacial, se observa la adherencia al Programa de Seguridad del Paciente y se evidencia la búsqueda activa de los riesgos en salud a los cuales podrían estar expuestos los usuarios del SSFM durante la prestación de servicios de salud y como resultado se implementan barreras efectivas para evitar la materialización de los riesgos.

Se realizan seguimientos sobre los avances de las actividades gestionadas en el Programa de Seguridad del Paciente por parte de los ESM a la DISAN (EJC – NAVAL) y JEFSA:

Como acción articulada en la implementación del Programa de Seguridad del Paciente, se prioriza la búsqueda activa de los riesgos en salud y de las acciones inseguras evidenciadas en los servicios, logrando el reporte oportuno y acertado. Lo que contribuye con el mejoramiento de las atenciones en salud para los usuarios del SSFM.

En el I Trimestre 2025 se realizaron un total de 190 reportes de acciones inseguras en el SSFM y la Red externa contratada, diferenciados por fuerzas así:

Ilustración 13. Acciones Inseguras del SSFM - I Trimestre



Fuente: Anexo # 3 Formato de consolidación de acciones inseguras en salud SSFM.

Logros de la gestión.

- 🇨🇴 Búsqueda activa de acciones inseguras, en los Establecimientos de Sanidad Militar, cultura del reporte, planteamiento de acciones de mejora y correctivas que eviten la reincidencia y generen atenciones más seguras para los usuarios.
- 🇨🇴 Implementación de barreras de seguridad efectivas en los servicios por medio de la disminución de las acciones inseguras y la reincidencia de estas.

Medición del Indicador

Tabla 18. 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
V1	Número total de acciones inseguras gestionadas	Eficiencia	80%	● 82.1%
V2	Número total de acciones inseguras detectadas			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Se evidencia una mejora significativa en la gestión de las acciones de mejora y correctivas implementadas por las acciones inseguras, que se reportaron y consolidaron durante el I Trimestre de la vigencia 2025.

Reporte y análisis del II Trimestre de la vigencia actual se tiene proyectada para el día 25 de julio de 2025.

3.3.4 Actividad: Realizar seguimiento al comportamiento de los indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud del SSFM.

3.3.4.1 Tarea: Informe del análisis y resultados del monitoreo de los Indicadores de Calidad en Salud en el SSFM.

Análisis de la tarea

El área de Calidad en Salud de la DIGSA realiza seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional de Indicadores de Calidad en Salud formulados por cada una de las Fuerzas a partir de los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud que presentaron tendencia negativa para el I trimestre de 2025, este seguimiento se realiza con el fin de identificar brechas en la prestación de servicios de salud y de esta manera generar acciones de mejora para mejorar la oportunidad y accesibilidad a los servicios de salud

Logros de la gestión.

El área de Calidad en Salud de la DIGSA realiza seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional de Indicadores de Calidad en Salud formulados por cada una de las Fuerzas a partir de los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud que presentaron tendencia progresiva para el I trimestre de 2025, este seguimiento se realiza con el fin de identificar brechas en la prestación de servicios de salud y de esta manera generar acciones de mejora para mejorar la oportunidad y accesibilidad a los servicios de salud.

Para el I trimestre 2025 las Direcciones de Sanidad Ejército – Naval y la Jefatura de Salud presentaron proyección de planes de mejoramiento, mediante formato Plan de Mejoramiento Institucional de Indicadores de Calidad en Salud DISAN – DIGSA con código MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-37 así:

- ✓ DISAN EJC: 14 Acciones proyectadas
- ✓ DISAN ARC. 9 Acciones proyectadas
- ✓ JEFSa: 2 Acciones proyectadas

Medición del Indicador

Tabla 19. 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
V1	Número total de acciones inseguras gestionadas	Eficiencia	80%	● 100%
V2	Número total de acciones inseguras detectadas			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Acorte II trimestre 2025, la Direcciones de Sanidad EJC- ARC y la JEFSa se encuentran en una ejecución del 100% de los Planes de Mejoramiento Institucionales proyectados para el I Trimestre 2025 con la finalidad de buscar estrategias que minimicen la tendencia negativa de los Indicadores de Calidad en Salud del SSFM para el I Trimestre 2025, período que por fechas institucionales se reporta de la siguiente manera:

DISAN EJC: Esta DISAN proyecto 14 actividades así:

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

Nombre del Indicador	I Trimestre 2025	Actividades proyectadas	Actividades realizadas	Cumplimiento
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general global	5,47	2	2	● 100%
Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de odontología general	7,19	2	2	● 100%
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	13,51	1	1	● 100%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	21%	1	1	● 100%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	114,44	1	1	● 100%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	5,6	1	1	● 100%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	10,32	1	1	● 100%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	7,15	2	2	● 100%
Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como (Triage II)	93,44	1	1	● 100%
Oportunidad de entrega de medicamentos pendientes Acuerdo 080 de 2022 (Moléculas)	28,3%	1	1	● 100%
Tasa de satisfacción global	73,5%	1	1	● 100%

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

Como se evidencia en el seguimiento a la fecha DISAN EJC ejecuto el 100% de las actividades programadas para los Indicadores de Calidad en Salud que estuvieron fuera de meta para el I trimestre 2025.

DISAN ARC: Para el I trimestre la DISAN ARC proyecto 9 actividades así:

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

Nombre del Indicador	I Trimestre	Actividades proyectadas	Actividades realizadas	Cumplimiento
Oportunidad en la asignación de citas de Medicina General	8	1	1	● 100%
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General.	6	1	1	● 100%
Oportunidad en la asignación de citas de Medicina General	4	1	1	● 100%
Oportunidad en la asignación de citas de Medicina General	4	1	1	● 100%
Oportunidad en la asignación de citas de Medicina General	4	1	1	● 100%
Oportunidad en la asignación de citas de Odontología general	4	1	1	● 100%
Oportunidad en la asignación de citas de Odontología general	4	1	1	● 100%
Oportunidad en la asignación de citas de Odontología general	5	1	1	● 100%
Oportunidad en la asignación de citas de Odontología general	4	1	1	● 100%

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

JEFATURA DE SALUD: Para este trimestre la Jefatura de Salud Aeroespacial proyecto 2 actividades para el incumplimiento del Indicador “Tiempo de espera en consulta medicina especializada de pediatría” con una ejecución del 100% para este trimestre.

Tabla 22. Cumplimiento Indicadores de Calidad en Salud DISAN JEFSa.

Nombre del Indicador	I Trimestre	Actividades proyectadas	Actividades realizadas	Cumplimiento
Tiempo de espera en consulta medicina especializada de pediatría	10.8	2	2	● 100%

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

3.3.5 Actividad: Fortalecer la capacidad tecnológica y científica de la red propia del SSFM

3.3.5.1 **Tarea:** Formato plan de mejoramiento y seguimiento Sistema de Calidad en Salud SSFM-DIGSA, por Fuerza, con la retroalimentación del cumplimiento de Planes de Mejoramiento Institucional de capacidad tecnológica y científica.

Análisis de la tarea

Se realiza la verificación y análisis documental de los soportes enviados por las áreas de Garantía de la Calidad en Salud de DISAN (Ejército, Armada) y Jefatura de Salud, donde se evidencio el cumplimiento de los Planes de Mejoramiento y se realiza la

retroalimentación con las observaciones pertinentes de los soportes emitidos para el cumplimiento de las acciones propuestas.

Del mismo modo, se informa sobre el porcentaje de avance y la programación del siguiente seguimiento del Plan de Mejoramiento Institucional de Capacidad Tecnológica y Científica (2024-2025), mediante el formato Plan de mejoramiento y seguimiento Sistema de Calidad en Salud- DIGSA (DISAN/JEFSA) MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU.95.1-65.

Medición del Indicador

Tabla 23. 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
V1	Número de actividades cerradas del Plan de Mejoramiento Institucional de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza	EJÉRCITO	90%	● 18%
		ARMADA	90%	● 42%
V2	Número total de actividades formuladas en el Plan de Mejoramiento Institucional de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza	JEFSA	90%	● 13%

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

3.3.6 Actividad: Monitorear la implementación del Programa de Tecnovigilancia del SSFM.

3.3.6.1 Tarea: Informe de gestión del programa de Tecnovigilancia

Análisis de la tarea

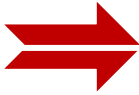
Se realiza desde ARCAS- GRUAS-DIGSA, el seguimiento de la implementación del programa, las actividades planteadas y los reportes de eventos e incidentes asociados a los dispositivos médicos, en relación a ello se realizó retroalimentación de acuerdo a la clasificación de acciones de mejora y la consolidación de los avances y hallazgos del Programa de Tecnovigilancia implementado en los Establecimientos de Sanidad Militar del SSFM durante el I trimestre de 2025.

Logros de la gestión.

- 🇨🇺 Presentación los referentes de Tecnovigilancia de cada fuerza.
- 🇨🇺 Mejoras en el reporte de eventos adversos en los ESM.
- 🇨🇺 Definición de acciones para el reconocimiento de dispositivos médico.
- 🇨🇺 Inició la medición de indicadores de gestión, además de dar seguimiento a la clasificación y cierre de acciones de mejora derivadas de reportes de acciones inseguras, reafirmando el compromiso con la Política Institucional de seguridad del paciente.

Medición del Indicador

Tabla 24. 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
V1	Número total de eventos e incidentes serios y no serios gestionados.	Eficiencia	80%	● 75%
V2	Número total de eventos e incidentes serios y no serios detectados.			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

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

3.4 Grupo de Salud Operacional (GRUSO)

3.4.1 Actividad: Efectuar el análisis del riesgo operacional dentro y fuera de combate

3.4.2 Tarea: Informe de análisis heridos y muertos dentro y fuera de combate del personal militar del SSFM. (ACUERDO 051 DEL 2009- PEI FF.MM). I Semestre 2025.

Análisis de la tarea

En la tasa de heridos dentro y fuera de combate, la tendencia aumenta; ya que para el primer semestre del 2024 esta fue de 49,8, mientras que en el 2025 fue de 55,8. Es decir que por cada 10.000 militares se presentaron 50 heridos en las FF.MM durante el primer semestre del 2024, mientras que en el 2025 se presentaron 56 heridos.

En la tasa de muertos dentro y fuera de combate, la tendencia se mantiene; ya que para el primer semestre del 2024 esta fue de 7,2, y en el 2025 fue de 7,4. Es decir que por cada 10.000 militares se presentaron 7 muertos en las FF.MM, en cada semestre.

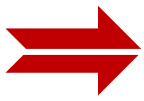
Así mismo, el análisis de la tarea permite concluir que se recomienda no establecer una meta; se debe realizar análisis comparativos partiendo de la línea base, la cual se toma de la tasa anual del periodo anterior de la vigencia estudiada.

Logros de la gestión.

Fortalecimiento de las acciones conjuntas del SSFM y las FF.MM, para el mantenimiento de la aptitud psicofísica del personal militar comprometido en operaciones militares, como parte esencial en la conservación del pie de fuerza en las fuerzas militares y como parte de excepción en el SSFM. Este enfoque integral y colaborativa en la Fuerza y el SSFM, demuestran un compromiso sólido con la salud y el bienestar de los militares, para el desempeño efectivo de las operaciones militares.

Medición del Indicador

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



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

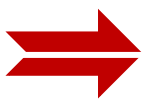
Durante el I semestre del 2025, se presentó un total de 1.245 casos de heridos; lo que corresponde a una tasa de 55,8 (por cada 10.000 militares se presentaron 56 heridos dentro y fuera de combate).

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

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

Medición del Indicador

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



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

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

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

3.5 Grupo Atención al Usuario y Participación Social (GRAPS)

3.5.1 Actividad: Hacer seguimiento al comportamiento de las causalidades de PQRS relacionadas con la prestación de los servicios de salud del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (Red propia y red externa)

3.5.1.1 **Tarea:** Análisis del comportamiento de las PQRS Grupo Atención al Usuario y Participación Social.

Análisis de la tarea

En el segundo trimestre de la vigencia 2025, se recibieron un total de 10.182 PQRSR a través de los diferentes canales de atención establecidos, siendo los reclamos y las peticiones las tipologías más representativas con 6.664 (65,45%) y 3.169 (31,12%) requerimientos respectivamente.

En la siguiente tabla se evidencia que la tipología con menor representatividad fue “Petición entre autoridades” con 1 requerimiento; asimismo, se evidencia que 16,96 % de las *peticiones* corresponde a la subcategoría de “orientación e información”.

Tabla 25. Reporte Tipología PQRS

TIPOLOGÍA	II TRIMESTRE 2025	%
Reclamo	6.664	65,45%
Felicitación	173	1,70%
Queja	152	1,49%
Sugerencia	17	0,17%
Denuncia por posibles actos de corrupción	6	0,06%

TIPOLOGÍA		II TRIMESTRE 2025	%
Petición entre autoridades		1	0,01%
Peticiónes 3.169	Orientación e Información	1.727	16,96%
	Aseguramiento	884	8,68%
	Junta médica laboral	558	5,48%
TOTAL		10.182	100%

Fuente: Reporte Módulo PQRSR página web DIGSA.

Logros de la gestión.

- 
 Modificaciones en la tipología que está conformada por la petición, queja, reclamo, sugerencia, denuncias por posibles actos de corrupción, reconocimientos y multicausalidad, eliminando esta última opción por no dar claridad a lo que requería el usuario.
- 
 Se inició el cargue de los requerimientos registrados en el formato de buzón de sugerencias y los recibidos mediante el chat institucional.
- 
 Se gestionan PQRSR enviadas por el MDN y el COGFM a través de sus correos electrónicos o aplicativos, cargándolas al módulo de PQRSR de la DIGSA.

Medición del Indicador

Tabla 26. Tasa de PQRS.



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Tabla 27. Variables del Indicador de Tasa.

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

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

Análisis del Indicador:

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

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

Medición del Indicador

Tabla 28. Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Tabla 29. Variables del Indicador Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días

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

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

Análisis del Indicador:

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

3.5.2 Actividad: Sensibilizar a los usuarios del SSFM en sus deberes y derechos.

3.5.2.1 Tarea: Actividades de orientación e información en derechos y deberes a los usuarios de las oficinas de ATEUS a nivel nacional.

Análisis de la tarea:

Se socializan los derechos y deberes de los usuarios de manera periódica, conforme a las piezas digitales que se envían desde la línea de orientación e información del Grupo de Atención al Usuario y Participación Social de la DIGSA a la Dirección de Sanidad Ejército, Dirección de Sanidad Naval y Jefatura Salud, para ser publicadas en las carteleras físicas y digitales ubicadas en los Establecimientos de Sanidad Militar.

Con el objetivo de evaluar si los afiliados que recibieron atención en el SSFM conocen sus deberes y derechos, se planteó la pregunta No. 14 en la encuesta de satisfacción de los usuarios, que expresamente visualizaron como: ¿Conoce usted sus deberes y derechos como usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares?

Por lo anterior, la socialización de los derechos y deberes de los usuarios ha tenido un impacto positivo, el cual se ha evidenciado en los resultados de la encuesta de satisfacción de los usuarios, como se relaciona a continuación.

Logros de la gestión.

Desde las anteriores vigencias, se ha mantenido un promedio superior al 90% en cuanto al conocimiento de los deberes y derechos por parte de los afiliados, evidenciado en los resultados de la encuesta de satisfacción y gracias a la divulgación de estos a través de capacitaciones en sala, medios visuales en las salas de espera como los televisores, formatos del buzón de sugerencias, publicación en la página web o carteleras informativas.

Medición del Indicador

Tabla 30. Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos.



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Tabla 31. Variables del Indicador de usuarios que conocen sus deberes y derechos

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

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

Análisis del Indicador:

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

3.5.3 **Actividad:** Implementar la encuesta de satisfacción del usuario del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, dirigida a quienes hayan recibido atención en la prestación de servicios de salud en los Establecimientos de Sanidad Militar.

3.5.3.1 Tarea: Resultados encuesta de satisfacción.

Análisis de la tarea:

La tasa de satisfacción global del SSFM se ubicó en 97,12%; el Indicador de Experiencia 97,63%, el de Trámites 97,40% y el de Oportunidad 95,19%. Es importante mencionar que la Jefatura de Salud presentó una tasa superior a la del SSFM, en el trimestre anterior se había presentado este dato con la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional. Realizando la comparación con el segundo trimestre de la vigencia 2024, se presenta lo siguiente:

Tabla 32. Tasa de satisfacción global del SSFM

Indicadores	I Trim 2024	I Trim 2025	II Trim 2024	II Trim 2025
Promedio Tasa global	94%	95%	95%	97%
Ind_ Experiencia	95%	96%	95%	98%
Ind_ Trámites	95%	96%	96%	97%
Ind_ Oportunidad	92%	92%	92%	95%

Fuente: Área Costos y Estadística de la DIGSA.

Logros de la gestión.

Teniendo en cuenta las acciones realizadas por las áreas de salud del SSFM frente a las oportunidades de mejora; se ha impactado positivamente en aspectos puntuales que han permitido mejorar la percepción de la prestación del servicio de salud.

Medición del Indicador

Tabla 33. Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

Tabla 34. Variables del indicador Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar

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

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

3.6 Grupo Gestión de Afiliaciones (GRUGA)

3.6.1 Actividad: Afiliar y validar los derechos para acceder a la prestación de los servicios de salud del SSFM

3.6.1.1 Tarea: Afiliar y validar los derechos para acceder a la prestación de los servicios de salud del SSFM.

Análisis de la tarea

A corte 30 de junio de 2025, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares contaba con 630.048 afiliados entre cotizantes, beneficiarios y no cotizantes (alumnos de escuela de formación militar y personas que se encuentran prestando servicio militar obligatorio), incluidas la afiliación y registros de usuarios nuevos entre cotizantes,

beneficiarios y no cotizantes (alumnos de escuela de formación militar y personal en servicio militar obligatorio) y de novedades de afiliación por distintas causales que fueron reportadas oportunamente al Ministerio de Salud y a la ADRES esto en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES.

Logros de la gestión.

Amplitud y cobertura del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, cuyo censo poblacional sirve como base para evaluar la proporción de extinciones y nuevas afiliaciones, garantizando la actualización constante de la base de datos y la transparencia en el manejo de la información de los usuarios.

La gestión de afiliaciones en el II trimestre de 2025 muestra un alto nivel de eficiencia y cumplimiento normativo. La baja tasa de extinción de derechos (0,76%) frente a una meta con tendencia hacia abajo del 20% indica una estabilidad en la afiliación y una adecuada depuración del sistema. Además, el cumplimiento en el reporte de novedades y la actualización de la base de datos refuerzan la transparencia y calidad del servicio.

Medición del Indicador

Tabla 35. Usuarios inactivados en Base Datos SSFM por causales de extinción de derechos



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

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

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

3.7.1 **Actividad:** Generar estrategias y campañas comunicativas para publicación a través de redes sociales habilitadas, canales digitales autorizados para el SSFM y externos cuando se requiera y autorice, para la optimización del proceso informativo y de doble vía con los usuarios en general del SSFM.

3.7.1.1 **Tarea:** Informe de comunicaciones estratégicas que contenga cantidad de publicaciones generadas de acuerdo con necesidad, cantidad de usuarios suscritos o enlazados y el impacto de las publicaciones generadas.

Análisis de la tarea

Se realizó seguimiento a los comportamientos de los usuarios frente a las publicaciones realizadas por la entidad, atendiendo a la variación correspondiente por cada uno de los canales autorizados, lo que se consolida como una oportunidad de análisis para hacer ajuste en el desarrollo de estrategias, tipo de publicaciones, horarios y demás líneas de análisis para mejorar o lograr mayor impacto con estas.

Logros de la gestión.

Fortalecimiento de los procesos de acercamiento de los usuarios a la información de la entidad a través de los canales oficiales, evidenciando un incremento progresivo conforme avanza la vigencia. El indicador se consolida como una de las fuentes para la toma de decisiones que marca una línea de acción, trimestre tras trimestre.

Medición del Indicador

Tabla 36. Estadística de publicaciones generadas de acuerdo a solicitudes de la entidad



Indicador: Estadística de publicaciones generadas de acuerdo a solicitudes de la entidad					
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim
V1	Cantidad de usuarios relacionados con los canales digitales habilitados.	Eficacia	100%	● 100%	● 100%
V2	Solicitudes generadas				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Este indicador permite evidenciar el volumen de solicitudes generadas al área y el nivel de respuesta evidenciando el flujo de necesidades que se va presentando para el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud en SSFM, para los dos primeros trimestres del año están en 100% dentro del comparativo, evidenciando un incremento entre los 48 requerimientos del primer trimestre y los 62 del segundo de

acuerdo a los picos de solicitudes ocasionados por épocas específicas que requieren más atención frente a recomendaciones, o situaciones epidemiológicas de impacto, o actividades propias del ejercicio de la salud.

Medición del Indicador

Tabla 37. Relacionamiento de los usuarios con los canales digitales vigentes en la entidad



Indicador: Relacionamiento de los usuarios con los canales digitales vigentes en la entidad					
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trimestre	II Trimestre
V1+V2+V3	(suscritos + visitantes + seguidores) de acuerdo con el canal.	Eficacia	Variable	● 188.339	● 187.219

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Se evidencia una mínima cantidad de usuarios que dejaron de seguir los canales digitales habilitados de la Dirección General de Sanidad Militar, sin embargo, se mantiene la tendencia de aumento a seguidores como estrategia de sostenimiento y fortalecimiento de los canales digitales, para el caso de los canales que permiten seguir como es el caso de Facebook y Twitter.



Medición del Indicador

Tabla 38. Impacto de las publicaciones de las redes sociales



Indicador: Impacto de las publicaciones de las redes sociales					
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trimestre	II Trimestre
V1+V2+V3	(comentarios + reacciones compartidas + clics)	Eficacia	Variable	● 6.304	● 9.006

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

3.7.2 **Actividad:** Desarrollo de estrategias integrales de adaptación transicional al cambio tanto internas como externas, que fortalezcan el proceso de fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud.

3.7.2.1 **Tarea:** Informe de estrategias integrales de fortalecimiento interno y externo para el cambio, de acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud

Análisis de la tarea

Se realizó el rastreo de las estrategias que se realizan para mantener al personal interno y externo enterado de los cambios o nuevas oportunidades que se van creando en la entidad de acuerdo con pertinencia, permitiendo evidenciar escenarios de avances en los procesos de cambio, o la resistencia o desconocimiento o malestar ante ciertas situaciones de la entidad.

Logros de la gestión.

Se logró establecer unos bloques informativos y de trabajo que obedecen a pequeños cambios que requieren de una adaptación del personal, de sus formas de hacer o de concebir las cosas, por lo que apoyar el ejercicio de cambio con el apoyo de las comunicaciones estratégicas ha sido la mejor vía para mantener al personal enterado.

Medición del Indicador

Tabla 39. Percepciones generadas de las actividades de Gestión del Cambio



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

En cuanto al indicador de percepción de Gestión del Cambio para el 1er trimestre de la vigencia 2025 se observó que este se ubicó en un 73.04%, logrando una participación significativa de personal en las encuestas realizadas, las cuales reportaron sentirse a gusto con las estrategias ejecutadas en el proceso de Gestión del Cambio en el 1er trimestre del año; para el II trimestre se observó una disminución del personal que participó en las mencionadas encuestas lo cual afectó el porcentaje del indicador; sin embargo el personal indicó que están de acuerdo con las estrategias implementadas y sugieren continuar con estas actividades complementadas con más actividades presenciales. Uno de los análisis realizados es que la aplicación de la encuesta del II trimestre dentro de las fechas de los turnos de mitad de año, lo que genera una disminución en la cantidad de personas que reciben la información y que la diligencian por estar en su periodo de descanso.

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.

2.54%

Esta iniciativa presentó un avance del **2.54%** del **32.49%** al segundo trimestre, con una proyección en el trimestre de dos (2) tareas y con un cumplimiento del **100%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:

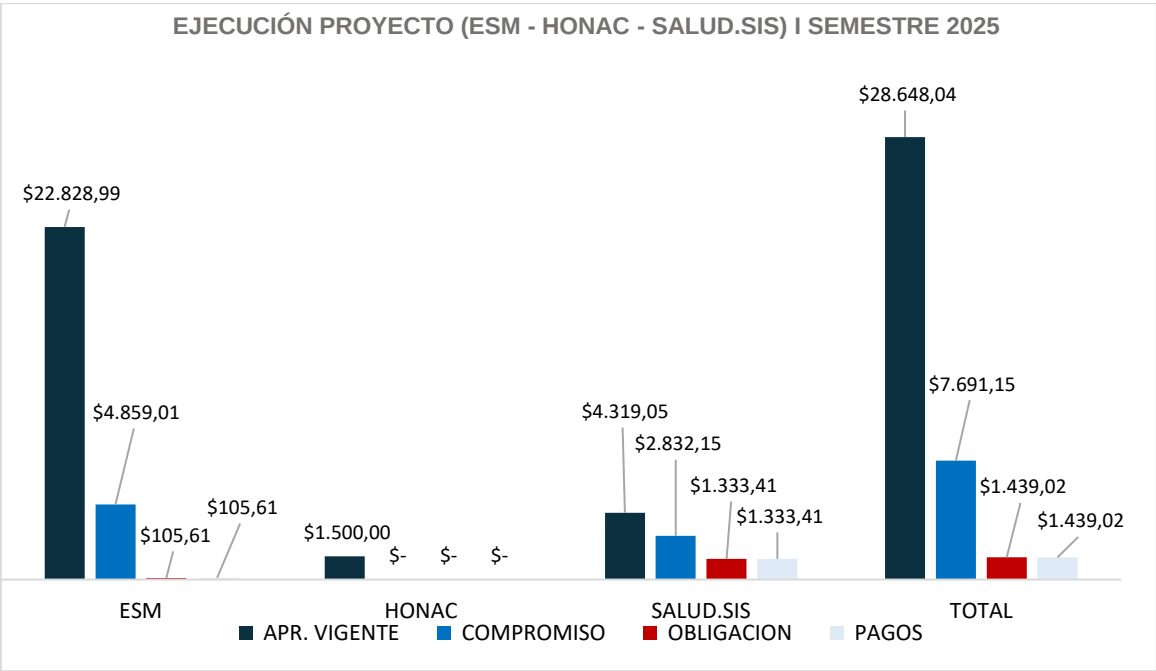
4.1 Área de Desarrollo Institucional (ARDEI)

4.1.1 Actividad: Monitorear la ejecución del proyecto de inversión vigencia 2025.

4.1.1.1 Tarea: Ejecución presupuestal de los proyectos de inversión.

Análisis de la tarea:

Tabla 40. Ejecución Presupuestal de los Proyectos de Inversión.

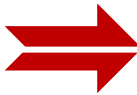


Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

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

Medición del Indicador

Tabla 41. Ejecución de los recursos de inversión



Indicador: Ejecución de los recursos de inversión							
Variables	Descripción			Tipo	Meta	I Trim	II Trim
V1	Recursos proyecto	ejecutados	por	Efectividad	100%	● 15.14%	● 26.85%
V2	Recursos proyecto	asignados	por				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

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.

0.51%

Esta iniciativa presentó un avance del **0.51%** del **32.49%** al segundo trimestre, con una proyección en el trimestre de una (1) tarea y con un cumplimiento del **100%** en el desarrollo de esta, a continuación, los resultados estratégicos:

5.1 Grupo de Talento Humano (GRUTH)

5.1.1 Actividad: Gestionar los nombramientos del personal de planta global del SSFM para la vigencia 2025 de conformidad al plan anual de vacante y previsión de recursos humanos.

5.1.1.1 Tarea: Informe de seguimiento a la implementación del plan anual de vacante y previsión de recursos humanos.

Análisis de la tarea

De acuerdo al Plan de vacantes y Plan de Previsión de Recursos Humanos, para el II trimestre 2025; se realiza el seguimiento a los planes, teniendo en cuenta las propuestas presentadas por las Dirección de Sanidad Ejército Nacional, Armada Nacional y Jefatura de Salud de la Fuerza Aeroespacial Colombiana, se realiza el comité de aprobación del plan de previsión con la alta dirección DIGSA, una vez aprobados los candidatos para nombramiento se adelantan los trámites administrativos

ante el Departamento de Función Pública, Ministerio de Defensa y Presidencia de la República, se verifica que se cumpla con los requisitos y normatividad establecida en el procedimiento de nombramientos y la Guía Estratégica de Talento Humano.

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

Tabla 42. Planta Efectiva a corte 30 de junio.

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

Fuente: Elaboración Propia Grupo de Talento Humano -DIGSA

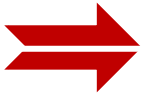
Logros de la gestión.

La Dirección General de Sanidad Militar para el II trimestre 2025, de acuerdo al plan de vacantes, se realizaron 63 nombramientos y 109 nuevos nombramientos en la Planta de Personal de la Dirección General de Sanidad Militar en las diferentes Fuerzas al servicio de los Establecimientos de Sanidad Militar, los 172 nombramientos y nuevos nombramientos que se realizaron fueron en la modalidad de libre nombramiento y remoción, lo cual representa el 38% de las vacantes cubiertas ; 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.

Para el segundo trimestre de 2025, se realizaron 172 nombramientos así: 63 nombramientos y 109 nuevos nombramientos, 110 nombramientos para la DISAN EJC, que representa el 64% del total de nombramientos, 43 nombramientos para la DISAN ARC, que representa el 25% de los nombramientos, 17 nombramientos para JEFSa, que representa el 10% y 2 nombramientos en DIGSA que representa el 1% del total de nombramientos del primer semestre de 2025.

Medición del Indicador

Tabla 43. Porcentaje de ejecución del Plan de Previsión de Recursos Humanos.



Indicador: Porcentaje de ejecución del Plan de Previsión de Recursos Humanos					
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim
V1	Número de nombramientos efectuados	Eficacia	100%	● 87.95%	● 90%
V2	Número total de vacantes				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

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.

2.54%

Esta iniciativa presentó un avance del **2.54%** del **32.49%** al segundo trimestre, con una proyección en el trimestre de cinco (5) tareas y con un cumplimiento del **50%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:

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

6.1.1 Actividad: Monitorear la implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI, Gobierno de Datos, Transformación Digital.

6.1.1.1 **Tarea:** Resultado Implementación Modelo de Gestión y Gobierno TI.

Análisis de la tarea

Para la vigencia del 2025 en la implantación del modelo de Gestión y Gobierno TI, se lleva a cabo el seguimiento a la implementación de la hoja de ruta donde se programaron 35 actividades para desarrollar durante el en este segundo trimestre se programaron 9 actividades:

-  Se desarrolló una matriz detallada para el seguimiento de la planeación de recursos financieros, con un enfoque en apropiación, compromiso, pago y saldos. Este tablero está alineado con el Plan Anual de Adquisiciones y la disposición de vigencias futuras, lo que permite un control efectivo sobre los recursos disponibles y las adquisiciones necesarias.
-  Se realiza seguimiento y control al Catálogo de servicios de TI actualizado, con los Acuerdos de Nivel de Servicio (ANS).
-  Gestión Supervisión: cada uno de los supervisores realiza seguimiento a los contratos suscritos para el grupo SISAM.
-  Catálogo de servicios de Tecnología: se ha actualizado en un 90% el catálogo de servicios.
-  Avance del 65% de actualización del modelo de seguridad de la información conforme a las salidas y evidencias que definió el Modelo MSPI de MinTIC.
-  Implementación de medidas orientadas a la identificación, tratamiento, control y monitoreo de los riesgos de seguridad de la información. A continuación, se presenta un resumen consolidado de las actividades desarrolladas.
-  Seguimiento continuo a la matriz de riesgos de seguridad de la información, en la cual se identificaron y evaluaron los riesgos asociados a los principales activos de la entidad, incluyendo sistemas de información, infraestructura tecnológica, datos e información crítica, procesos institucionales y el factor humano. Esta matriz permitió clasificar los riesgos según su probabilidad e impacto, facilitando su priorización para el tratamiento correspondiente.
-  Seguimiento al plan de tratamiento de riesgos, que contempla acciones específicas de mitigación, responsables asignados, cronogramas de ejecución y recursos necesarios. Este plan se encuentra en ejecución y es objeto de seguimiento continuo para garantizar su efectividad.
-  Seguimiento a los controles de seguridad alineada con los riesgos identificados, la cual incluye controles técnicos (como firewalls, cifrado, autenticación multifactor), controles administrativos (políticas, procedimientos, capacitaciones) y controles físicos (acceso restringido). La implementación de estos controles ha sido debidamente documentada mediante registros, configuraciones de sistemas, informes de auditoría y reportes de pruebas de seguridad.

Logros de la gestión.

El Modelo de Gestión y Gobierno TI busca establecer una estructura sólida para la gestión eficaz de las tecnologías de la información dentro de la entidad. Durante el segundo trimestre, se han llevado a cabo una serie de actividades clave para implementar el modelo, enfocándose en la planificación financiera, la gestión de riesgos, la seguridad de la información y la optimización de procesos contractuales. Este informe resume las acciones realizadas, los logros alcanzados y las áreas de mejora identificadas.

Medición del Indicador

Tabla 44. Nivel de Avance implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI..



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Durante el período evaluado, se programaron un total de 9 actividades en la hoja de ruta, en relación con la gestión y desarrollo del Implementación Modelo de Gestión y Gobierno TI. Dando un avance del 35 % de avance.

6.1.1.2 Tarea: Resultado Implementación Plan de Transformación Digital.

Análisis de la tarea

Para la vigencia 2025 en la implementación y seguimiento del Plan de Transformación digital, se lleva a cabo el seguimiento a la hoja de ruta con un total de 25 actividades programadas para desarrollar durante esta vigencia. Para este segundo trimestre se programaron 10 actividades de las cuales se realizaron 8.

-  Se está realizando la propuesta del plan de cultura y apropiación con un componente de alfabetización digital.
-  Seguimiento al Nivel de Avance Dominios Modelo de Gestión y Gobierno de TI.
-  Avance del 65 % del autodiagnóstico MSPI.

- Formalización del procedimiento de Gestión de Incidentes de seguridad de la información se realizó la actualización del procedimiento de gestión de incidentes de la DIGSA.
- Seguimiento Trimestral Riesgos Seguridad de la Información.
- Se actualizo Inventario Activos de Información Infraestructura Critica.

Logros de la gestión.

Avances significativos en tres frentes clave: el progreso en el autodiagnóstico MSPI, la gestión activa de riesgos tecnológicos con soporte contractual, y la capacitación del personal en temas críticos de seguridad informática. Estas acciones no solo fortalecen la madurez digital institucional, sino que también contribuyen directamente a la sostenibilidad de los servicios digitales y la prevención de vulnerabilidades que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Medición del Indicador

Tabla 45. Nivel de Avance Actividades Plan de Transformación Digital.



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

6.2 Grupo Gestión de la Información (GRUGI)

6.2.1 Actividad: Monitorear la implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI, Gobierno de Datos, Transformación Digital.

6.2.1.1 Tarea: Resultados implementación del Modelo de Gobierno de Datos.

Análisis de la tarea

La meta para la vigencia 2025 es llegar al 55% de actividades ejecutadas de la Hoja de Ruta para la Implementación del Modelo de Gobierno de Datos en la DIGSA, al primer trimestre se ejecutaron uno total de 48 actividades llegando al 26,25% y para el segundo trimestre se ejecutaron 10 actividades para un total de 58 actividades, obteniendo un avance de implementación del 30.53%.

Tabla 46. Actividades Desarrolladas II Trimestre 2025.

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

Fuente: Elaboración Propia Grupo Gestión de la Información.

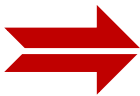
Logros de la gestión.

Continuidad a la operación del Equipo Táctico Operativo para el Gobierno de Datos y Gobierno de Tecnologías de la Información en la Dirección General de Sanidad Militar, como una instancia de coordinación interinstitucional de los niveles táctico y operativo, en cumplimiento del propósito de documentar e implementar la metodología para la formulación del Gobierno de Datos de la DIGSA, el acompañamiento técnico a los Administradores de Datos, realizando seguimiento a la correcta gestión del Ciclo de Vida de los Datos y la Administración de las Tecnologías de la Información.

Seguimiento a ochocientos tres (803) productos del Flujo de Información - la Calendarización de la DIGSA 2025, que corresponden a los 19 procesos con que cuenta la entidad a 31/06/2025.

Medición del Indicador

Tabla 47. Avance implementación Modelo Gobierno de Datos



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

58 actividades desarrolladas al corte 31 de junio de 2025 que corresponden al 30,53%, lo que representa 10 actividades más, ejecutadas durante el II trimestre de 2025.

Iniciativa 7.

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

2.03%

Esta iniciativa presentó un avance del **2.03%** del **32.49%** al segundo trimestre, con una proyección en el trimestre de tres (3) tareas y con un cumplimiento del **75%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:

7.1 Área de Costos y Estadística (ARCYE)

7.1.1 Actividad: Determinar el costo real CUPS

7.1.1.1 Tarea: Acta socialización de la presentación informe de costos por parte de la DISANES, JEFSA y matriz base actualizada y clasificada por elemento del costo con criterios de distribución hacia CUPS.

Análisis de la tarea

El informe de costos se realizó con base en los reportes del Módulo de costos del ERP SALUD (plataforma SAP), identificando los saldos de clases de costo primarias (cuentas contables) y secundarias (estadísticas) y registros de PACATE (Pacientes atendidos) y CITINC (Citas incumplidas) que se imputaron en la estructura de centros de costo de la Sociedad CO Sistema de Información de Sanidad Militar. Los valores reflejan el

consumo de recursos en cada Sociedad, incluyendo los traspasos de gastos centralizados en DIGSA como son Nómina y prestaciones sociales, Operador logístico y Hospital Militar Central.

Se realizó exposición del Informe a la alta Dirección, Direcciones de Sanidad y Establecimientos de Sanidad que ejecutan presupuesto del SSFM, presentando a su vez el ejercicio de valoración de CUPS de la red interna en el centro de costo de cada especialidad que entrega su valor acumulado a los CUPS realizados, con base en los parámetros de frecuencia y factor UVT (Ponderación).

Logros de la gestión.

La actividad desarrollada aporta de manera significativa a obtener una metodología acertada para la asignación de costos reales hacia los CUPS de la red interna. Esta información constituye una herramienta clave para la toma de decisiones del nivel prestador y el control de la gestión por parte del asegurador, permitiendo identificar el costo de la producción interna como insumo la valoración del RIPS en la red propia requerido para la elaboración de la Nota técnica del SSFM.

Medición del Indicador

Tabla 48. 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
V1	Número de centros de costo con criterio de distribución	Eficiencia	100%	● 100%
V2	Total, centros de costo			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El Número de centros de costo con criterio de distribución, permitió identificar para los centros de costo de 96 especialidades que reportaron producción en CUPS para la vigencia 2024, un criterio de distribución acertado utilizando la ponderación del factor utilizado en el Manual Tarifario SOAT (UVT). De igual manera para los CUPS que no tienen homologación con este manual de referencia, se calculó el factor UVT para el CUPS con valor de referencia en la Nota técnica del SGSSS o tarifa institucional (red externa).

Este ejercicio permitió a su vez identificar oportunidades de mejora en la información generada en las fuentes del dato como son estructuras de centros de costos del ERP SALUD (SAP) y reportes del RIPS a nivel nacional, requiriendo fortalecer la cultura del registro por parte de los usuarios finales (personal asistencial y administrativo) y la

revisión de paramétricas que afectan los reportes, aspectos que se encuentran en revisión con el Grupo SISAM, en cumplimiento a los criterios y directrices del Modelo de Costos y a la normatividad del RIPS emitida por Minsalud.

7.1.2 **Actividad:** Procesar los RIPS de la red externa del SSFM.

7.1.2.1 **Tarea:** Informe RIPS red externa

Análisis de la tarea

El resultado del procesamiento de los RIPS reportados por las Direcciones de Sanidad del Ejército Nacional, la Armada Nacional y la Jefatura de Salud de la Fuerza Aeroespacial es el seguimiento trimestral tanto al gasto reportado, las Trazas de Facturación y los porcentajes de sustento de gasto de cada una de las Fuerzas.

Se evidencia en el seguimiento una concentración significativa de consultas por afectaciones del sistema gastrointestinal, trastornos relacionados con el desarrollo cerebral, infecciones del sistema respiratorio, cerebral, médula espinal e infecciones por transmisión sexual (VIH) y enfermedad renal, lo que refleja patrones recurrentes de morbilidad y problemas de salud pública en la población militar y beneficiarios atendidos fuera de la red propia.

Además, una fragmentación en los procesos de referencia, contrarreferencia y seguimiento clínico que limita una atención integral y continua para los usuarios con patologías prevalentes. Teniendo esto en cuenta, se identifican oportunidades de mejora en la integración de la información entre las Direcciones de Sanidad, la Jefatura de Salud y la DIGSA, especialmente en lo relacionado con la sistematización, trazabilidad de los servicios y seguimiento clínico.

Logros de la gestión.

-  Se logro sustentar un **73.35%** en el primer trimestre de 2025, con un valor total reportado en el gasto por medio de RIPS de la Red Externa del SSFM que asciende a \$ 100,400,641,328 pesos, por otra parte, el total reportado en Facturación fue de \$ 136,877,181,936 pesos.
-  Este resultado es coherente con el contexto normativo y técnico actual. Si bien representa una caída porcentual respecto a la vigencia anterior, también señala una evolución del sistema hacia una mayor estandarización y automatización en el futuro en lo relacionado con los procesamientos de RIPS, lo que puede representar una mejora en la calidad de la información.
-  A fin de mejorar la Trazabilidad y calidad de la información, se han iniciado mesas de trabajo conjuntas con las que se busca consolidar una gobernanza clínica unificada que permita el aprovechamiento del recurso físico y humano

con el que cuentan los Establecimientos de Sanidad Militar y así garantizar la toma de decisiones conjuntas basadas en datos reales de morbilidad, oportunidad en la atención y utilización de servicios externos, además de realizar auditorías clínicas periódicas para evaluar la calidad del manejo médico y la adherencia a las Guías de Práctica Clínica en la atención brindada por la red externa, con el fin de retroalimentar los procesos y mejorar el desenlace en salud.

Medición del Indicador

Tabla 49. 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 Trimestre
V1	valor total de los RIPS de red externa reportados en el periodo	Eficiencia	90%	● 73.35%
V2	Valor reportado en traza de facturación en el periodo			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Se soportó mediante RIPS el 73.35% del gasto en el SSFM. Aunque el resultado del indicador bajó respecto a lo reportado en el año 2024, es un comportamiento acorde a los problemas presentados en la transición a la normatividad contenida en la resolución 2275 de 2023 y a la resolución 1884 de 2024, las cuales establecen los RIPS como soporte de facturación y fijan el nuevo formato de entrega de RIPS en el formato JSON.

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



8 Acrónimos

ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social
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

9 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

ítem	Descripción
	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.