



**DIRECCIÓN GENERAL
DE SANIDAD MILITAR**

Avance Ejecución **Tercer Trimestre**



Plan de Acción
2025



Tabla de Contenido

1	Mejoramiento en la rectoría y gobernabilidad del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, para el fortalecimiento de la gestión, su gerenciamiento y administración.....	12
1.1	Grupo Gestión Financiera (GRUFI)	12
1.1.1	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
1.2	Área de Sistemas Integrados de Gestión (ARSIG)	13
1.2.1	Actividad: Monitorear el desarrollo de la primera y segunda líneas de defensa al Plan de Trabajo de las Políticas Institucionales establecidas bajo el MIPG.	13
1.3	Grupo de Talento Humano (GRUTH).....	15
1.3.1	Actividad: Establecer y desarrollar estrategias en el ciclo de vida de los servidores públicos (ingreso, permanencia y retiro) en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	15
2	Reingeniería del modelo de gerenciamiento y administración del Sistema.	18
2.1	Grupo de Contratación (GRUCO)	18
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.	18
2.2	Área de Sistemas Integrados (ARSIG)	20
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	20
3	Mejoramiento de la atención integral en salud y la prestación de servicios de salud.....	22
3.1	Grupo Gestión del Riesgo (GRERI)	22
3.1.1	Actividad: Realizar seguimiento y control a la ejecución de las diferentes actividades inmersas dentro de la Rutas de Obligatorio Cumplimiento.	22
3.1.2	Actividad: Monitorear la implementación de los lineamientos emitidos en cumplimiento a la política de discapacidad SSMP.	27
3.1.3	Actividad: Realizar seguimiento al programa de atención integral en salud con enfoque Psicosocial a víctimas del conflicto armado.	28
3.1.4	Tarea: Análisis respectivo mediante tablero de control con seguimiento por departamento y municipio de coberturas afiliados - Vacunación SSFM.	29
3.2	Grupo Prestación y Operación de Servicios de Salud (GROSD)	30



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.....	30
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.	32
3.2.3	Actividad: Analizar los servicios y tecnologías incluidos medicamentos, no contemplados en los acuerdos del SSFM.	33
3.2.4	Actividad: Seguimiento y monitoreo a la gestión de medicamentos y posconsumo en el SSFM.	36
3.2.5	Actividad: Monitorear el proceso de auditoría de cuentas médicas a nivel nacional	38
3.2.6	Actividad: Actualizar el lineamiento que regule el ordenamiento de las redes integrales e integradas de servicios de salud de acuerdo con las capacidades en salud del territorio, según normatividad legal vigente.	40
3.2.7	Actividad: Realizar seguimiento a la implementación de la Circular No. 0121013778502 del 28DIC2021 Parámetros para la oferta de servicios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.....	41
3.3	Grupo Aseguramiento en Salud (GRUAS).....	42
3.3.1	Actividad: Realizar seguimiento y monitoreo a la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS) Acuerdo 070/2019 expedido por el CSSMP al interior del SSFM	42
3.3.2	Actividad: Desarrollar e implementar estrategias de seguimiento para las PQRS que permita registrar, analizar y dar seguimiento a las recomendaciones emitidas.	43
3.3.3	Actividad: Monitorear el cumplimiento de Comités de Obligatorio Cumplimiento en Salud por Fuerza.	45
3.3.4	Actividad: Monitorear la implementación del Programa de Seguridad del Paciente por Fuerza.	46
3.3.5	Actividad: Realizar seguimiento al comportamiento de los indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud del SSFM.	48
3.3.6	Actividad: Monitorear la prestación de los servicios de salud del SSFM de la red externa contratada.	49
3.3.7	Actividad: Monitorear la prestación de los servicios de salud de la red propia del SSFM mediante el seguimiento a la implementación del Sistema de Calidad en salud. 50	
3.3.8	Actividad: Fortalecer la capacidad tecnológica y científica de la red propia del SSFM.....	51
3.3.9	Actividad: Monitorear la implementación del Programa de Tecnovigilancia del SSFM.....	52



3.3.10	Actividad: Monitorear la implementación de la administración y gestión de tecnología biomédica del SSFM.	54
3.3.11	Actividad: Actualización de la Directiva Permanente AMEC del SSFM y sus formatos.....	55
3.3.12	Actividad: Realizar seguimiento al cumplimiento del AMEC por Fuerza.....	55
3.4	Grupo de Salud Operacional (GRUSO)	56
3.4.1	Actividad: Efectuar el análisis del riesgo operacional dentro y fuera de combate	56
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).	56
3.5	Grupo Talento Humano (GRUTH)	58
3.5.1	Actividad: Implementar las diferentes actividades del Plan Institucional de Capacitación 2025.	58
3.6	Grupo Atención al Usuario y Participación Social (GRAPS).....	60
3.6.1	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)	60
3.6.2	Actividad: Sensibilizar a los usuarios del SSFM en sus deberes y derechos.	62
3.6.3	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.	63
3.6.4	Actividad: Promover el derecho a la participación social fomentando espacios de comunicación y diálogo para los grupos de valor y de interés del SSFM.	65
3.6.5	Actividad: Fomentar la cultura institucional de humanización, a través de Estrategia para la implementación de la política de humanización de los servicios de salud de las Fuerzas Militares DIGSA.....	66
3.7	Grupo Gestión de Afiliaciones (GRUGA)	67
3.7.1	Actividad: Afiliar y validar los derechos para acceder a la prestación de los servicios de salud del SSFM.....	67
3.8	Área de Comunicaciones Estratégicas y Gestión del Cambio (ARCOM)	68
3.8.1	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.....	68



3.8.2	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.....	71
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.	72
4.1	Área de Desarrollo Institucional (ARDEI)	72
4.1.1	Actividad: Monitorear la ejecución del proyecto de inversión vigencia 2025.	72
4.2	Grupo de Aseguramiento en Salud (GRUAS)	73
4.2.1	Actividad: Fortalecer la capacidad tecnológica y científica de la red propia del SSFM.....	73
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.....	74
5.1	Grupo de Talento Humano (GRUTH).....	74
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.	74
5.1.2	Actividad: Caracterizar la planta de personal del SSFM	75
6	Diseño, implementación y desarrollo el sistema de costos y la estructuración del estudio técnico de suficiencia de recursos en cada Subsistema de Salud.	79
6.1	Grupo Sistema Integral de Información — Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (SISAM).....	79
6.1.1	Actividad: Monitorear la implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI, Gobierno de Datos, Transformación Digital.	79
6.1.2	Actividad: Aplicar la metodología para la reformulación y/o actualización del proyecto de inversión del sistema de información para el SSFM.	85
6.1.3	Actividad: Realizar la gestión para establecer el estado actual de la aplicación y sus bases de datos.	86
6.1.4	Actividad: Fortalecer la infraestructura de la plataforma tecnológica garantizando el respaldo de la custodia de la información y sus componentes.....	89
6.2	Grupo Gestión de la Información (GRUGI)	90
6.2.1	Actividad: Monitorear la implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI, Gobierno de Datos, Transformación Digital.	90
7	Diseño, implementación y desarrollo el sistema de costos y la estructuración del estudio técnico de suficiencia de recursos en cada Subsistema de Salud.	95
7.1	Área de Costos y Estadística (ARCYE)	95
7.1.1	Actividad: Determinar el costo real CUPS.....	95



7.1.2	Actividad: Procesar los RIPS de la red externa del SSFM.	96
8	Actualización del marco normativo del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares. ..	97
8.1.1	Actividad: Realizar el control de legalidad frente a los proyectos de actualización del marco normativo para el SSFM	97
9	Acrónimos.....	99
10	Definiciones	100



Contenido de Tablas

Tabla 1. % Ejecución presupuestal trimestral	13
Tabla 2. Porcentaje de Cumplimiento Sistema Integrado Gestión MIPG.....	14
Tabla 3. Porcentaje de cumplimiento Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo.....	17
Tabla 4. Porcentaje del avance de las actividades de catalogación	19
Tabla 5. Porcentaje de cumplimiento del seguimiento a la administración de los riesgos	21
Tabla 6. Población que no registra atenciones de valoración integral 2020-2024	22
Tabla 7. Usuarios atendidos en consulta de valoración integral por primera vez para ingreso a la RIAS para promoción y mantenimiento de la salud 2020-2025.....	22
Tabla 8. Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.	24
Tabla 9. Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal	25
Tabla 10. Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica	26
Tabla 11. Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM.	28
Tabla 12. Cobertura de la atención integral en salud de la población víctimas del conflicto.	29
Tabla 13. Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.	31
Tabla 14. Oportunidad de la autorización de Servicios.	31
Tabla 15. Porcentaje demanda insatisfecha	33
Tabla 16. Población por fuerza	34
Tabla 17. Adherencia al programa de farmacovigilancia.....	37
Tabla 18. Cobertura de Auditoria concurrente en la IPS de la Red Externa Contratada...38	
Tabla 19. Facturas Auditadas de cuentas médicas de la red externa contratada y no contratada.....	38
Tabla 20. Glosas por Pertinencia Médica.....	39
Tabla 21. Glosa por Soportes.	39
Tabla 22. Porcentaje Glosa definitiva.....	39
Tabla 23. Porcentaje de disponibilidad oferta de servicios por nivel de complejidad de acuerdo con normatividad vigente.	41
Tabla 24. Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud.	43
Tabla 25. Porcentaje de comités gestionados para el subsistema de salud de las fuerzas militares	46
Tabla 26. Proporción de vigilancia de acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.....	47
Tabla 27. Indicadores Calidad en Salud.....	48
Tabla 28. Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de los Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud.	49
Tabla 29. Porcentaje de cumplimiento al programa de auditoria red externa del SSFM...50	
Tabla 30. Porcentaje de auditorías	51
Tabla 31. Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza.	52
Tabla 32. Gestión de eventos e incidentes serios y no serios asociados a dispositivos médicos	53



Tabla 33. Porcentaje de Mantenimiento para fortalecimiento de la dotación biomédica en el SSFM.....	54
Tabla 34. Porcentaje de cumplimiento implementación AMEC	56
Tabla 35. Analisis Especifico por tipo de evento en heridos.....	57
Tabla 36. Analisis Especifico por tipo de evento en Muertos.....	58
Tabla 37. Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitación.	59
Tabla 38. Reporte Tipología PQRS.....	60
Tabla 39. Tasa de PQRS.....	61
Tabla 40. Variables del Indicador de Tasa.	61
Tabla 41. Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días.....	62
Tabla 42. Variables del Indicador Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días.....	62
Tabla 43. Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos.	63
Tabla 44. Variables del Indicador de usuarios que conocen sus deberes y derechos.....	63
Tabla 45. Tasa de satisfacción global del SSFM.....	64
Tabla 46. Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar	64
Tabla 47. Variables del indicador Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar	64
Tabla 48. Seguimiento a los compromisos en los espacios de participación social por territorio.	65
Tabla 49. Percepción de los usuarios respecto a la humanización del servicio de salud en los ESM	66
Tabla 50. Usuarios inactivados en Base Datos SSFM por causales de extinción de derechos.....	67
Tabla 51. Estadística de publicaciones generadas de acuerdo a solicitudes de la entidad	69
Tabla 52. Relacionamiento de los usuarios con los canales digitales vigentes en la entidad.....	70
Tabla 53. Impacto de las publicaciones de las redes sociales	70
Tabla 54. Percepciones generadas de las actividades de Gestión del Cambio.....	71
Tabla 55. Ejecución de los recursos de inversión	73
Tabla 56. Planta Efectiva a corte 30 de septiembre.	74
Tabla 57. Porcentaje de ejecución del Plan de Previsión de Recursos Humanos.	75
Tabla 58. Cuadro de relación personal registrado por centros de costos y distribuido por Clase de Procesos de enero a julio 2025*	76
Tabla 59. Personal caracterizado en el VISOR.....	79
Tabla 60. Comportamiento de Vistas y Descargas	84
Tabla 61. Avance implementación Modelo Gobierno de Datos	94
Tabla 62. Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS.	95
Tabla 63. Porcentaje de gasto de la red externa sustentado en RIPS.	96
Tabla 64. Total, conceptos de viabilidad jurídico.....	97
Tabla 65. Conceptos de Viabilidad Jurídica.	98



Contenido de Ilustraciones

Ilustración 1. Avance Iniciativas Estratégicas al III Trimestre 2025	11
Ilustración 2. Ejecución presupuestal a cierre 30 de Septiembre de 2025.....	12
Ilustración 3. CTC Según Concepto III Trimestre 2025.	34
Ilustración 4. Gasto CTC III Trimestre 2025	35
Ilustración 5. CTC Según Concepto III Trimestre de 2025	35
Ilustración 6. Gasto CTC de Odontología III Trimestre de 2025	36
Ilustración 7. Cumplimiento por Fuerza.....	42
Ilustración 8. Reporte Acciones Inseguras por Fuerza.	47
Ilustración 9. Ejecución Presupuestal de los Proyectos de Inversión.	72
Ilustración 10. Participación de la Vinculación	77
Ilustración 11. Gráfico de distribución por Direcciones y Jefatura de Salud	77
Ilustración 12. Diagrama de Estructura de Servicios del CRH-BASAN	78



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, mediante el Acuerdo 086 del 26 de enero de 2024.

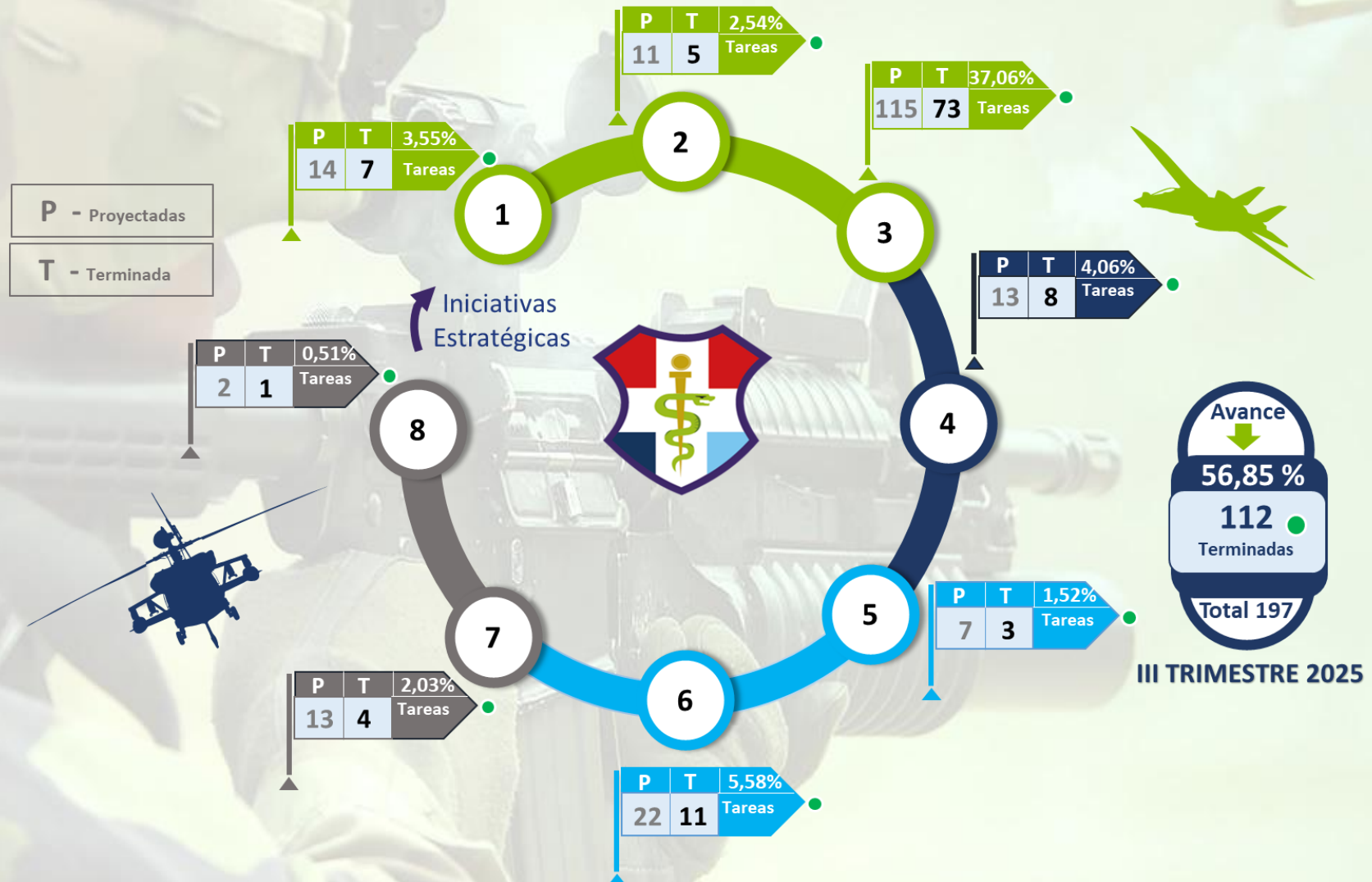
A continuación, se presentan los resultados obtenidos, así como el comportamiento de sus indicadores, de acuerdo con la periodicidad establecida y el cumplimiento de las metas proyectadas al tercer trimestre de 2025.

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

Plan de Acción

01 de enero al 30 de septiembre 2025

Ilustración 1. Avance Iniciativas Estratégicas al III Trimestre 2025



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional



Iniciativa 1.

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

3.55%

Esta iniciativa presentó un avance del **2.03%** del **7.11%** proyectado en la vigencia, con una proyección de siete (7) tareas al tercer trimestre y con un cumplimiento del **87.50%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos del tercer periodo:

1.1 Grupo Gestión Financiera (GRUFI)

- 1.1.1 **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.

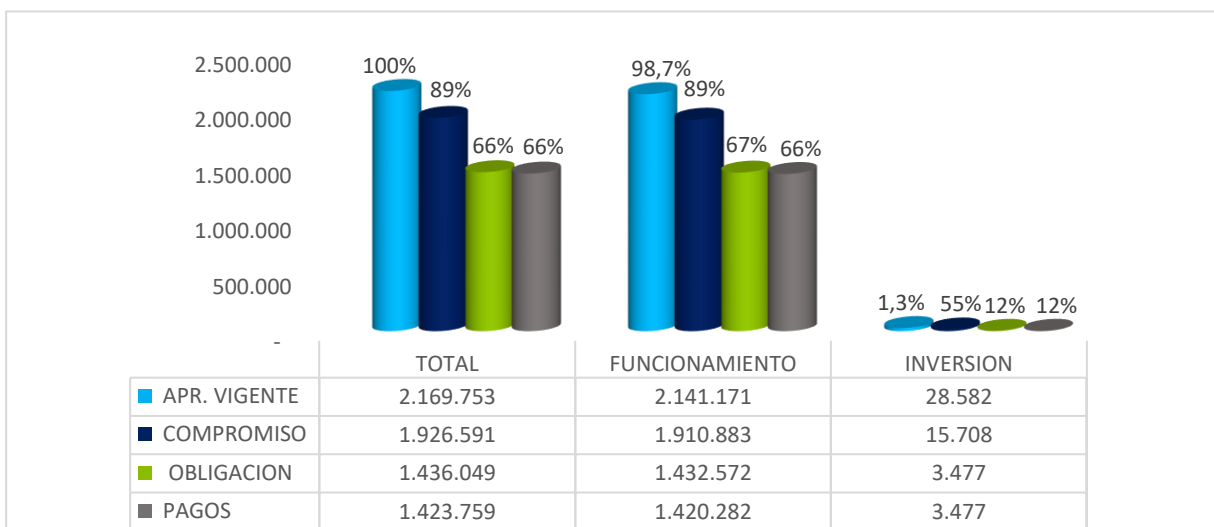
Tarea: Informe de ejecución presupuestal recursos aprobados para vigencia.

Análisis de la tarea

La ejecución presupuestal del Subsistema de Salud de las Fuerzas alcanzó un porcentaje de ejecución superior al 89% de los recursos asignados para funcionamiento e inversión, según el siguiente detalle:

- Apropiación Vigente \$ 2.206.351.040.169
- Apropiación bloqueada \$ 36.598.000.000
- Apropiación Disponible \$ 2.169.753.040.169
- Compromisos por valor de \$ 1.926.590.913.863 los cuales representan el **89%**.
- Obligaciones por valor de \$ 1.436.048.695.138 los cuales representan el **66%**.
- Pagos por valor de \$ 1.423.758.993.755 los cuales representan el **66%**.

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



Fuente: Elaboración Propia Grupo Gestión Financiera



Logros de la gestión.

De los recursos asignados y disponibles para el Gasto, en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en la Vigencia 2025 se han comprometido la suma de \$ 1.926.590.913.863 lo que representa el 89% 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 las Fuerzas Militares.

Medición del Indicador

Tabla 1. % Ejecución presupuestal trimestral



Indicador: % Ejecución presupuestal trimestral						
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim
V1	Total, de compromisos Acumulados					
V2	Apropiación total Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares	Eficacia	90%	56% ●	69% ●	89% ●

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

Al cierre de septiembre de la vigencia 2025, se logra una ejecución del 89% 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.

1.2 Área de Sistemas Integrados de Gestión (ARSIG)

1.2.1 Actividad: Monitorear el desarrollo de la primera y segunda líneas de defensa al Plan de Trabajo de las Políticas Institucionales establecidas bajo el MIPG.

Tarea: Informe de avance Plan de trabajo MIPG para el período evaluado.

Análisis de la tarea

Mediante asesorías y desarrollo de mesas de trabajo se planifica la mejora del SIG en el marco de MIPG, cada líder de política planifica sus actividades y Planeación Estratégica - ARSIG, aprueba, envía los planes y parametriza la SVE del MDN para desarrollo de la primera línea de defensa (líderes de política y coordinadores) y monitoreo, seguimiento y reporte de los productos de acuerdo a lo planificado desde la segunda línea de defensa - (Sistema Integrado de Gestión) previa parametrización en la suite visión empresarial desde ARSIG del MDN.



Logros de la gestión.

A la fecha de evaluación, se han desarrollado con corte a septiembre 38 productos, ejecutando el 45.7% del total del Plan de Trabajo. Se ha realizado y evaluado la rendición de cuentas, se ha puesto a disposición de la ciudadanía el informe de seguimiento del Sistema de Control Interno (SCI) así como el de la ejecución presupuestal, se establecieron las oportunidades de mejora de acuerdo a las recomendaciones del Comité de Control Interno (CCI), se ha fortalecido la política de transparencia de acuerdo al cumplimiento de la índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública (ITA), se han difundido las lecciones aprendidas desde la integridad pública, se realizó el autodiagnóstico de Seguridad y privacidad de la Información. a rendición de cuenta, con estos productos se ha que corresponden a las políticas de seguimiento y evaluación de desempeño institucional, gestión con valores para resultados, control interno, direccionamiento estratégico, información y comunicación.

Estas acciones fortalecen el Sistema de Gestión y Desempeño Institucional y nuestra participación en la mejora del índice de Gestión y Desempeño Institucional en el Sector Defensa.

Medición del Indicador

Tabla 2. Porcentaje de Cumplimiento Sistema Integrado Gestión MIPG

Indicador: Porcentaje de Cumplimiento Sistema Integrado Gestión MIPG						
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim
V1	Actividades realizadas MIPG periodo	Eficacia	90%	● 100%	● 100%	● 100%
V2	Total, actividades de la hoja de ruta MIPG					

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

El Plan de Trabajo del Sistema de Integrado Gestión MIPG, consta de 83 actividades de cumplimiento para las 19 políticas de gestión y desempeño institucional.

El indicador muestra consistencia total en el cumplimiento de las actividades MIPG durante los tres trimestres evaluados, superando la meta establecida por un margen del 10%. Lo que indica que no hay variabilidad en los datos y el comportamiento refleja un compromiso por parte de todas las áreas y grupos de la Dirección General de Sanidad Militar en la implementación del Sistema Integrado de Gestión MIPG.



1.3 Grupo de Talento Humano (GRUTH)

1.3.1 Actividad: Establecer y desarrollar estrategias en el ciclo de vida de los servidores públicos (ingreso, permanencia y retiro) en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

1.3.1.1 Tarea: Plan de Trabajo Seguridad y Salud en el Trabajo.

Análisis de la tarea

Durante el primer y segundo cuatrimestre de 2025, se desarrollaron diferentes actividades orientadas a fortalecer la gestión en SST a nivel nacional, estas acciones se enfocaron en el abordaje de riesgos específicos, enmarcados en los programas de vigilancia epidemiológica en riesgo biológico, biomecánico, psicosocial, por radiaciones ionizantes y agentes químicos.

Asimismo, se trabajó en el fortalecimiento de los grupos de interés y de los componentes clave del SG-SST, entre las iniciativas implementadas se incluyeron capacitaciones y estrategias dirigidas al COPASST, Comité de Convivencia Laboral, programas de inducción y reintroducción, brigadas de emergencia, entre otros.

Dado que se realizó la verificación de las evidencias aportadas en el marco del plan de trabajo, el área de SST de DIGSA también revisó la documentación que respalda la ejecución de las capacitaciones programadas para en los dos periodos cuatrimestrales del 2025 de la misma muestra de los ESM con mayor representación de trabajadores para el SGSST, correspondientes a los ESM.

Cumplimiento Programa de Capacitación Anual

Durante el primer y segundo cuatrimestre de 2025, se desarrollaron diferentes actividades orientadas a fortalecer la gestión en SST a nivel nacional, estas acciones se enfocaron en el abordaje de riesgos específicos, enmarcados en los programas de vigilancia epidemiológica en riesgo biológico, biomecánico, psicosocial, por radiaciones ionizantes y agentes químicos.

Asimismo, se trabajó en el fortalecimiento de los grupos de interés y de los componentes clave del SG-SST, entre las iniciativas implementadas se incluyeron capacitaciones y estrategias dirigidas al COPASST, Comité de Convivencia Laboral, programas de inducción y reintroducción, brigadas de emergencia, entre otros.

Dado que se realizó la verificación de las evidencias aportadas en el marco del plan de trabajo, el área de SST de DIGSA también revisó la documentación que respalda la ejecución de las capacitaciones programadas para en los dos periodos cuatrimestrales del 2025 de la misma muestra de los ESM con mayor representación de trabajadores para el SGSST, correspondientes a los ESM mencionados anteriormente, como resultado de esta verificación, se obtuvo un cumplimiento promedio nacional del:

I Cuatrimestre	II Cuatrimestre
86%	80%



Logros de la gestión.

- Programa de vigilancia en la Prevención de Desórdenes musculoesqueléticos: el área SST DIGSA nivel central diseñó una campaña denominada “MUÉVETE MÁS MINUTOS” cuyo objetivo es promover que los trabajadores de las áreas asistenciales a nivel nacional realicen una pausa activa entre la atención de un paciente y otro; sin que esto implique un espacio de tiempo determinado que afecte el agendamiento, pero si la sensibilización de una cultura del autocuidado.
- Medicina Preventiva del Trabajo – Evaluaciones Medicas Ocupacionales: El área SST nivel central solicitó mediante oficio a las DISAN/JEFSA que desde las áreas SST se incluya en el plan de necesidades 2026, el presupuesto para la realización de las evaluaciones médicas ocupacionales, teniendo en cuenta que los nuevos lineamientos tienen cambios importantes en torno a las evaluaciones medicas por reintegro laboral post incapacidad de 30 días en cumplimiento a la Resolución 1843 de 2025 emitida por el Ministerio del Trabajo.
- Sistema de información Digital: el área SST DIGSA nivel central continúa realizando la parametrización del Sistema de Información del SG-SST; esta actividad implica la realización de tres (3) reuniones semanales con el proveedor, ejecución de pruebas de los diferentes módulos que lo componen, así como, la estructuración y el envío de la documentación implementada en el SG-SST, con el fin de estandarizarla dentro del sistema.
- Intervención Psicosocial Grupo de Gestión de la Información : Derivado de múltiples quejas y solicitudes recibidas de diferentes actores del Grupo Gestión de la Información, involucrados en la situación de convivencia laboral y relaciones interpersonales que se presentaron al interior de ese equipo de trabajo, el área de Seguridad y Salud en el Trabajo en el marco del Sistema de Gestión y del “Programa de Vigilancia Epidemiológica en Factores de Riesgo Psicosocial” estructuró y se encuentra realizando una intervención por fases con todos los integrantes del grupo, con el acompañamiento de la Dra. Natalia Sierra Psicóloga Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, asesora de ARL Positiva.

Esta intervención tiene como propósito generar estructuración de límites, estrategias de afrontamiento ante estas situaciones, así como establecer espacios que promuevan el mejoramiento del clima laboral, manejo de rumores y ética profesional, fortalecimiento de habilidades de relacionamiento interpersonal, bienestar laboral y social de los trabajadores.

Con el propósito de realizar una intervención en la que prevalezca el compromiso organizacional de fomentar entornos basados en la comunicación, respeto, empatía y colaboración, en la primera etapa se contó con la participación de los Subdirector Administrativo y Financiero y Subdirector

Técnico y de Gestión, quienes representan una parte estratégica y esencial para el cumplimiento del objetivo de esta importante y necesaria gestión.



A la fecha, se han realizado tres (3) sesiones de intervención con ese equipo de trabajo, cada una con una duración de dos (2) horas, en estas sesiones se contó con la participación de todos los integrantes, incluido el nuevo Coordinador, el personal de planta de DIGSA, contratistas y personal militar que conforma el grupo de trabajo.

Al final de esta intervención se entregará un informe al Director General analizando toda la intervención y los logros al final de esta.

Medición del Indicador

Tabla 3. Porcentaje de cumplimiento Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Indicador: Porcentaje de cumplimiento Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo					
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Cuatrim	II Cuatrim
V1	Actividades ejecutadas del plan de trabajo anual del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo_PROTH	Eficacia	85%	● 90%	● 92%
V2	Actividades programadas en el plan de trabajo anual del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo_PROTH				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

El área de SST DIGSA, revisa las evidencias documentales adjuntas a los informes de gestión emitidas por las DISAN/JEFSA, con el propósito de verificar a nivel nacional el cumplimiento de las actividades establecidas para cada cuatrimestre, así como para



identificar desviaciones y establecer planes de mejora, los cuales se plasman en los informes presentados al Director General de Sanidad Militar, en el seguimiento realizado al Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo se establece un promedio nacional de cumplimiento del 90% en las actividades programadas en el primer cuatrimestre y en el segundo cuatrimestre del 92% de cumplimiento cumpliendo con la meta establecida de cumplimiento del 85%.

Iniciativa 2.

2.54%

2 Reingeniería del modelo de gerenciamiento y administración del Sistema.

Esta iniciativa presentó un avance del **2.54%** del **5.58%** proyectado en la vigencia, con una proyección al tercer trimestre de cinco (5) tareas y con un cumplimiento del **100%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos del tercer periodo:

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

Durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2025, el personal designado por DIGSA, DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSa ha mantenido la continuidad en las actividades de catalogación OTAN. Estas acciones se desarrollaron conforme a la hoja de ruta interinstitucional, permitiendo avanzar en la estandarización de especificaciones técnicas de dispositivos médicos y en la revisión de los movimientos logísticos en el sistema ERP SALUD - SAP.

Se realizaron múltiples mesas técnicas entre abril y septiembre, incluyendo sesiones reprogramadas por motivos operativos. Las actividades incluyeron validación de usuarios, activación de accesos, revisión de reactivos de laboratorio, catalogación de 35 materiales, y coordinación de capacitaciones con el Grupo de Catalogación del Ministerio de Defensa.

Logros de la gestión.

- **Estandarización de especificaciones técnicas** de dispositivos médicos, con miras a la actualización del catálogo en SAP.
- **Articulación efectiva entre las DISANES y DIGSA**, fortaleciendo la trazabilidad y eficiencia logística.



- ➔ **Integración de ingenieros biomédicos al Grupo de Catálogo**, para definir especificaciones técnicas y actualizar el sistema RP-SALUD.
- ➔ **Revisión de repuestos biomédicos**, identificando equipos en desuso para su bloqueo.
- ➔ **Socialización del borrador del nuevo marco regulatorio OTAN**, en proceso de revisión.
- ➔ **Elaboración del plan de trabajo 2025–2026**, pendiente de envío por el Grupo de Catalogación MDN.

Estos avances reflejan el compromiso institucional con la mejora continua del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, asegurando la disponibilidad oportuna de materiales médico-quirúrgicos y fortaleciendo la gestión logística.

Medición del Indicador

Tabla 4. Porcentaje del avance de las actividades de catalogación



Indicador: Porcentaje del avance de las actividades de catalogación						
Variables	Descripción		Tipo	Meta	I Cuatrim	II Cuatrim
V1	Número de actividades	ejecutadas del	Eficacia	100%	● 11,76 %	● 52,94 %
V2	Número de actividades	programadas del				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

El indicador muestra un avance acumulado del **64.70%** en las actividades de catalogación OTAN, evidenciando un cumplimiento progresivo y sostenido. La ejecución total de las tareas proyectadas en el segundo cuatrimestre refleja una planificación adecuada, articulación interinstitucional efectiva y compromiso del personal designado.

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

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

Análisis de la tarea

Se identificaron 29 riesgos de operación, fiscales y seguridad, con ejecución de controles en curso evitar la afectación económica y reputacional, el daño en los recursos públicos y los efectos por incumplimientos.

El seguimiento evidencia gestión de la primera línea de defensa, reporte y la evaluación desde la segunda línea de defensa por el Sistema Integrado de Gestión, sin materialización a la fecha.

Tarea: Informe de seguimiento Sistema de Administración de Riesgos (SAR)

Análisis de la tarea

En concordancia con la Circular 2022151000000050-5 “Instrucciones Generales relativas al Sistema de Administración de Riesgos y a sus Subsistemas para entidades pertenecientes al Régimen Especial y de Excepción REE”, se identificaron 7 riesgos que se vienen gestionando.

Para su mitigación, se establecieron roles y responsabilidades en la línea estratégica, primera, segunda y tercera líneas de defensa y actualmente se ha establecido y actualizado la Matriz de Priorización y control del SAR para su mitigación, dadas sus características y particularidades en la metodología que a la fecha no han sido parametrizables en la SVE.

Logros de la gestión.

Se han logrado mitigar los 7 riesgos asociados al Aseguramiento y la Prestación de Servicios de Salud.

Con el propósito de orientar el ejercicio de gestión integral de riesgos en entidades vigiladas del Sector Salud, que lidera el Ministerio de Salud y Protección Social, en la articulación con la supervisión basada en riesgos definida por la SUPERSALUD, el DAFP emitirá el anexo técnico con Lineamientos para la Articulación en la Gestión Integral del Riesgo para Entidades Públicas pertenecientes al Sistema de Seguridad Social en Salud, estableciendo lineamientos comunes a las metodologías específicas que dichas entidades han instituido, con el fin de incorporar elementos de análisis que serán complementarios a aquellos exigibles por dichos entes de control y vigilancia.

En este sentido, y de acuerdo al Lanzamiento de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas – Versión 7 el pasado 15-09-2025, estamos a la espera de la emisión del anexo que busca integrar además lo regulado por la SUPERSALUD en la Circular Externa 2022151000000053-5 de 2025 que define el Sistema Integral de Administración de Riesgos de Cumplimiento (SIARC), la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) y la Circular Externa 2022151000000053-5 de 2022 relacionada con el Programa de Transparencia y Ética Empresarial (PTEE, PTEP para el SSFM).

Del mismo modo, y de acuerdo a la Comunicado RS20250626129132 de 26-06-2025 emitido por el Ministerio de Defensa Nacional, “A más tardar el 31 de diciembre de 2025, las entidades del orden nacional obligadas deben haber realizado los diagnósticos necesarios para formular las acciones estratégicas...”; así como “En relación con los elementos, procedimientos y controles mínimos para la gestión del riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LA/FT/FP), estos tendrán una implementación progresiva de conformidad con los lineamientos que se impartirán en la Guía para la Gestión Integral de Riesgos , versión 7.

Por lo tanto, se adoptarán los lineamientos de la Guía y sus anexos a partir de la fecha de lanzamiento, se realizará la revisión, actualización y publicación de los riesgos, en concordancia con los plazos establecidos por la Secretaria de Transparencia de Presidencia de la República (31-01-2026 y 14-09-2026) y se solicitarán los apoyos para dar cumplimiento a lo requerido, dado el déficit de personal del área.

Medición del Indicador

Tabla 5. Porcentaje de cumplimiento del seguimiento a la administración de los riesgos

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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

Se logró ejecutar todos los monitoreos programados, lo que indica una eficacia óptima en el seguimiento a la administración de riesgos, este resultado refleja una adecuada implementación de controles internos y una gestión proactiva de los riesgos institucionales, se mantiene el nivel de cumplimiento del 100% con el fin de garantizar la mejora continua y minimizar la probabilidad de ocurrencia del riesgo en la entidad.



Iniciativa 3.

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

37.06%

Esta iniciativa presentó un avance del **37.06%** del **58.38%** proyectado en la vigencia, con una proyección al tercer trimestre de 73 tareas y con un cumplimiento del **93.59%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos del tercer periodo:

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

- ➔ Las acciones implementadas han permitido mejorar la captación de la población objetivo.
- ➔ Se evidencia una gestión activa en la implementación de las Rutas Integrales de Atención.

Tabla 6. Población que no registra atenciones de valoración integral 2020-2024

FUERZA	PRIMERA INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	TOTAL
EJERCITO	4608	21667	38682	118656	158165	29234	371012
ARMADA	1128	3907	5867	17192	23781	9000	60875
FUERZA AÉREA	332	781	1035	3192	6746	3702	15788
SSFM	6068	26355	45584	139040	188692	41936	447675

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 447.675 usuarios con corte 31 de diciembre 2024; a la fecha se ha reducido esta cifra a 382.956.

Tabla 7. Usuarios atendidos en consulta de valoración integral por primera vez para ingreso a la RIAS para promoción y mantenimiento de la salud 2020-2025

ACUMULADO DESDE 2020 - 2025	EJC	ARC	FAC	Total, general
PRIMERA INFANCIA	25974	2920	1895	30789
INFANCIA	33253	3857	2453	39563
ADOLESCENCIA	26173	3059	2043	31275
JUVENTUD	27451	3486	6113	37050
ADULTEZ	58149	5905	10950	75004
VEJEZ	23096	2834	10980	36910
TOTAL, GENERAL	194096	22061	34434	250591

Fuente: Planilla de seguimiento Grupo GRERI - DIGSA

Desde el año 2020, se ha venido realizando un seguimiento sistemático a la población que ingresa a la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, con el propósito de alcanzar el 100% de enrutamiento. Cada vigencia ha representado una oportunidad para evaluar los avances, identificar las causas que han limitado una mayor cobertura y definir estrategias y actividades orientadas a mejorar el comportamiento del indicador. A pesar de los desafíos enfrentados —como barreras de acceso, dificultades operativas y variaciones en la demanda— se han mantenido esfuerzos constantes y articulados entre los actores del sistema, reafirmando el compromiso institucional con la salud de la población y la consolidación de la ruta como eje fundamental de atención integral.

Ilustración 4. Porcentaje de cobertura por momento de curso de vida III TRIMESTRE 2025



Fuente: RIPS DIGSA-SUBSA-GRERI 2025

Alta cobertura en etapas tempranas: La primera infancia e infancia presentan los niveles más altos de cobertura, lo que muestra un compromiso sostenido con esta etapa del curso de vida.

Caída progresiva en etapas intermedias: Se observa una disminución significativa en adolescencia (44%) y juventud (22%), que puede estar relacionado con menor percepción de riesgo, falta de estrategias específicas o baja articulación con espacios juveniles.

Recuperación parcial en adultez y vejez: Aunque la adultez tiene una cobertura baja (31%), puesto que esta población suele acudir a servicios por demanda espontánea más que por acciones de promoción, la vejez muestra una recuperación (54%), posiblemente por el aumento de necesidades en salud en esta etapa y mayor contacto con servicios.



Logros de la gestión.

Meta Establecida anual: 40%

Esta es la cobertura que se propuso alcanzar al finalizar el año para considerar que se está cumpliendo con los objetivos del programa.

- Se observa un incremento de 6 puntos porcentuales entre el primer y segundo trimestre (de 34% a 40%).
- 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, II y III 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, lo que puede generar un incremento en los valores reportados inicialmente.

Medición del Indicador

Tabla 8. Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

Al cierre del tercer trimestre, se observa una cobertura acumulada del 40%, lo que representa un avance significativo respecto a la meta anual del 40%.

Sin embargo, el análisis por curso de vida muestra desigualdades en la cobertura, con mayor participación en primera infancia (86%) e infancia (69%), y menor en juventud (22%) y adultez (31%). Esto indica que, aunque el indicador general avanza, persisten brechas importantes en ciertos grupos poblacionales.

Recomendaciones específicas para el cuarto trimestre:

- Priorizar acciones en juventud y adultez, donde la cobertura es más baja.
- Monitorear el avance del indicador, para ajustar estrategias a corto plazo.



- Difundir los resultados positivos del avance en cobertura para motivar a los equipos de trabajo en los ESM.
- Preparar el cierre del año con enfoque en sostenibilidad, asegurando que las acciones puedan mantenerse en el próximo ciclo operativo.

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

Análisis de la tarea

Desde la Ruta Materno Perinatal ha generado un impacto de manera positiva, garantizando una atención integral y oportuna, desde los aspectos clínicos y sociales como gestión del riesgo que influyen en la salud materna y perinatal.

Logros de la gestión.

- Campaña de gestar con amor.
- Plan choque de consulta preconcepcional.
- Campaña y conmemoración de la semana lactancia materna.
- Seguimiento a las gonadotropinas.
- Intensificación de IEC en medios de comunicación.
- Demanda inducida a partir del censo de mujeres en edad fértil sin MPF.

Medición del Indicador

Tabla 9. Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal

Indicador: Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal.						
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim
V1	Numero de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal	Eficacia	90%	● 71.4%	● 74.5%	● 77%
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 para el tercer trimestre del 2025 en el SSF es del 77%, comparado con el trimestre anterior se presenta un aumento del 2.5%, lo que indica que los ESM, están realizando búsqueda activa de las gonadotropinas ordenas en cada consulta y tomadas en laboratorio de manera semanal y las campañas y estrategias que implementan al interior de cada ESM; 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, pero los movimientos de las usuarias entre las ciudades y cambios de EPS ha afectado este indicador.



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:

El análisis 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 para enfermedades Cardio Cerebrovasculares y Metabólicas (CCVM) en los Establecimientos de Sanidad Militar, evidencia la necesidad de garantizar el acceso efectivo al diagnóstico oportuno, la definición de planes de manejo integrales y ajustados a las guías clínicas, la continuidad en los tratamientos y el suministro de medicamentos, así como un seguimiento clínico periódico que permita monitorear los indicadores de control y adherencia. Estos elementos son fundamentales para asegurar una atención integral y oportuna a esta población priorizada, reduciendo las brechas existentes y fortaleciendo la calidad del cuidado en salud.

Logros de la gestión.

Durante el primer semestre del 2025, se alcanzó un avance de la cobertura del 64% en la Ruta de Riesgo Cardio Cerebrovascular y Metabólico, lo que representa un avance significativo en la atención de pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 dentro del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Este resultado refleja los esfuerzos realizados para garantizar el acceso a la atención integral de esta población priorizada, a través de la ejecución de estrategias institucionales orientadas a mejorar la identificación, diagnóstico y seguimiento de los casos.

Medición del Indicador

Tabla 10. 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% 🟡	64% 🟢
V2	Total, de usuarios con patologías (Diabetes e Hipertensión) del SSFM).				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El indicador de Cobertura de la Ruta de Riesgo Cardio Cerebrovascular y Metabólico alcanzó un 64% al cierre del primer semestre 2025, lo que refleja un progreso significativo en la atención de pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 dentro del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Si bien la meta anual establecida es del 80%, el resultado obtenido en este punto del año evidencia un ritmo favorable de avance, gracias a las estrategias institucionales orientadas a ampliar el acceso, mejorar la detección temprana y fortalecer el seguimiento clínico. Estos logros,



permiten proyectar con optimismo el cumplimiento de la meta en los periodos subsiguientes, consolidando la atención integral 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.

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) definió como meta para el año 2025 la certificación del 18% de los 10.920 usuarios previamente identificados y caracterizados por los Equipos de Rehabilitación de los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM), lo que equivale a 1.966 personas certificadas.

Cabe destacar que este proceso es voluntario, por lo que el cumplimiento de la meta depende directamente del interés y la decisión autónoma de cada persona para participar en la valoración.

Análisis de la tarea

Al cierre del III trimestre 2025, los equipos multidisciplinarios de certificación de discapacidad de los ESM valoraron 1.265 usuarios, de estos el 99% (1.253 usuarios) presentan alguna condición de discapacidad y el 1% (12 usuarios), no cumplen con los criterios establecidos por la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud-CIF.

De los 1.265 usuarios certificados el 76% (960 usuarios) corresponden a DISAN EJC, el 17% (209 usuarios) a DISAN ARC y el 8% (94 usuarios) a JEFSa. Según la modalidad de valoración el 96.2% (1217 usuarios) se realizó en el consultorio, el 3.7% (47 usuarios) por telemedicina y 01 usuario a domicilio.

De acuerdo con el sexo biológico reportado en el RLCPD, el 74% (931 usuarios) corresponden a hombres, el 26% (334 usuarios) a mujeres.

Según la categoría de discapacidad de los 1265 usuarios certificados, el 39.5% (500 usuarios) presentan una discapacidad múltiple, el 30.4% (384 usuarios) discapacidad física, el 10% (126 usuarios) discapacidad psicosocial (mental), el 9.7% (123 usuarios) discapacidad intelectual (cognitiva), el 6.2% (78 usuarios), auditiva y con un 3.3% (42 usuarios) visual.

Logros de la gestión.

Durante el tercer trimestre, las Direcciones de Sanidad de EJC, ARC y JEFSa FAC, en coordinación con los ESM, ejecutaron un plan de choque para ampliar la cobertura y facilitar el acceso al proceso de certificación. Así mismo, se llevaron a cabo campañas de sensibilización en redes sociales, con el objetivo de incentivar la participación voluntaria en el proceso y promover el acceso a los beneficios establecidos en cada territorio.



Medición del Indicador

Tabla 11. Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM.



Indicador: Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM						
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim
V1	Número de personas con certificado de discapacidad	Eficacia	18%	2 % ●	6.5 % ●	11.58% ●
V2	Total, de personas con discapacidad del SSFM					

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Durante el tercer trimestre de 2025, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) alcanzó una cobertura del 11.58% de personas con certificado de discapacidad, en relación con la meta establecida del 18%.

Este resultado refleja un avance significativo, aunque el indicador se encuentra en alerta amarilla, lo que evidencia que aún no se ha alcanzado el nivel esperado para este periodo.

Dado que el proceso de certificación es voluntario, el cumplimiento de la meta depende del interés y la decisión autónoma de las personas. Por esta razón, se hace necesario reforzar las estrategias de identificación, certificación y acompañamiento, con el propósito de garantizar una inclusión efectiva y el acceso oportuno a los servicios y beneficios ofrecidos por el SSFM y los diferentes entes territoriales.

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

Durante la vigencia 2025, el Programa de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial dirigido a víctimas del conflicto armado ha evidenciado avances significativos en su implementación. La meta anual establecida fue del 80% de cobertura, distribuida equitativamente en un 20% por trimestre. Aunque en el tercer trimestre se alcanzó una cobertura del 14,5%, inferior a lo planeado, el acumulado de los tres primeros trimestres llegó al 65,9%, superando el objetivo esperado para ese periodo. Este resultado refleja una gestión eficiente en los trimestres anteriores, que permitió compensar la desviación reciente.

Para cumplir con la meta anual, se ha proyectado una cobertura del 14,1% en el cuarto trimestre, lo que evidencia una planificación ajustada y orientada al logro. Estos avances demuestran el compromiso institucional con la atención diferencial y la canalización



efectiva de la población víctima hacia los servicios de salud, fortaleciendo el enfoque psicosocial del programa.

Logros de la gestión.

- Aunque el tercer trimestre presentó una cobertura del 14,5%, inferior al 20% planeado, el acumulado de los tres primeros trimestres alcanzó el 65,9%, superando el objetivo esperado de 60% para ese periodo.
- Se ha logrado canalizar a una proporción significativa de población víctima del conflicto armado hacia servicios de salud, fortaleciendo el enfoque psicosocial y el acceso equitativo.

Medición del Indicador

Tabla 12. Cobertura de la atención integral en salud de la población víctimas del conflicto.



Indicador: Cobertura de la atención integral en salud de la población víctimas del conflicto						
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim
V1	víctimas del conflicto armado atendidas dentro del programa	Eficacia	80%	24,65%	26,75%	14,5%
V2	Total, de víctimas del conflicto armado					

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Durante la vigencia 2025, el porcentaje de cobertura trimestral es del 20% para un porcentaje total del 80% anual. Para el tercer trimestre 2025, la cobertura de la población víctima del conflicto armado canalizada a los servicios de salud es del 14,5% que, aunque es inferior al porcentaje planeado, el acumulado de los tres trimestres evidencia una cobertura del 65,9%, superando el planeamiento esperado en el periodo. Con el fin de dar cumplimiento a la meta anual se espera que, para el cuarto trimestre, la cobertura de la población víctima del conflicto canalizada alcance el 14,1%.

3.1.4 Tarea: Análisis respectivo mediante tablero de control con seguimiento por departamento y municipio de coberturas afiliados - Vacunación SSFM.

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

Medición del Indicador

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



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.



Análisis del Indicador:

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

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: 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

Durante el tercer trimestre del presente año, se elaboraron los informes de retroalimentación correspondientes al proceso de referencia, con base en el comportamiento evidenciado durante el segundo trimestre. Estos informes detallan las novedades identificadas en cada Establecimiento, con el objetivo de promover la implementación de acciones de mejora al interior de los procesos.

Esta iniciativa busca fortalecer la gestión interna y contribuir a una mejora continua en la calidad del servicio, garantizando así una atención oportuna y eficiente a los usuarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM).

Logros de la gestión.

- Durante el segundo trimestre del presente año, se logró realizar el seguimiento oportuno a los traslados, cumpliendo con los tiempos establecidos en la normatividad vigente.
- Garantizar la prestación de los servicios de salud a los usuarios, asegurando la atención en el nivel de complejidad requerido según el estado clínico de cada paciente.

Este cumplimiento refleja el compromiso institucional con la calidad y oportunidad en la atención dentro del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM).

Medición del Indicador

Tabla 13. 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 propia 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 e informes de seguimiento y retroalimentación con las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud para el mejoramiento continuo del procedimiento.

Medición del Indicador

Tabla 14. Oportunidad de la autorización de Servicios.



Indicador: Oportunidad Autorizaciones al usuario a una institución de mayor complejidad.						
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim
V1	Número de autorizaciones generadas dentro del tiempo establecido	Eficacia	90%	97 % ●	97 % ●	96,3 % ●
V2	Número Total de autorizaciones generadas					

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



Análisis del Indicador:

Durante el tercer trimestre de 2025, se mantuvo un desempeño positivo en la oportunidad de respuesta para la generación de autorizaciones. Se alcanzó un cumplimiento del **96,3%**, lo que evidencia que las autorizaciones fueron emitidas dentro de los tiempos establecidos por la normatividad legal vigente.

Este comportamiento sostenido a lo largo de los tres trimestres refleja una gestión eficaz del proceso, contribuyendo directamente a la garantía de acceso oportuno a servicios de salud especializados para los usuarios del SSFM. La consistencia en los resultados demuestra el compromiso institucional con la mejora continua y la calidad en la atención.

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

Durante el tercer trimestre, esta Dirección llevó a cabo mesas de trabajo mensuales con los líderes del proceso de cada una de las Direcciones de Sanidad y la Jefatura de Salud de la Fuerza Aérea Colombiana (FAC). El propósito de estos espacios fue realizar seguimiento detallado a los resultados obtenidos, tanto de manera fuerza como a nivel de Subsistema.

En el desarrollo de estas mesas se identificaron oportunidades de mejora y se reiteró la importancia del cumplimiento en la administración de las agendas, conforme a la normatividad vigente emitida por esta Dirección y los entes de control correspondientes. Estas acciones fortalecen la articulación interinstitucional y promueven la mejora continua en la prestación de los servicios de salud dentro del SSFM.

Logros de la gestión.

Disminución significativa en la demanda insatisfecha, manteniéndose dentro de las metas establecidas para las siguientes especialidades: Medicina General, Odontología, Ginecobstetricia (embarazo), Pediatría y Cirugía General. Este resultado refleja una mejora en la capacidad de respuesta del sistema y en la oportunidad de atención a los usuarios del SSFM.

Implementación de acciones de mejora por parte de los Establecimientos de Sanidad Militar, bajo el seguimiento de las Direcciones de Sanidad y la Jefatura de Salud de la Fuerza Aérea Colombiana, con el fin de fortalecer la capacidad resolutive y garantizar una atención oportuna y de calidad en estas áreas críticas.



Medición del Indicador

Tabla 15. Porcentaje demanda insatisfecha



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

Fuente: Elaboración Propia GROSD.

Análisis del Indicador:

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

Acciones implementadas durante el periodo:

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

3.2.3 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 pertinencia de los medicamentos no Incluidos en el acuerdo 080/2022 registrados en la matriz de reporte trimestral EIPSA, tomando una muestra del 20%, sobre el total de registros enviados que cumplen al 100% con la pertinencia de la especialidad prescriptora para EJC, ARC y Jefatura de Salud.

Se halla 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 16. Población por fuerza

FUERZAS	EJC	ARC	JEFSa
POBLACIÓN	508,065	87611	34,981
No. SOLICITUDES EIPSA	1528	482	284
TASA X 10,000 HAB.	30,07	55	81.18

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

Se analiza los momentos cursos de vida que más se prescriben en las fuerzas.

Logros de la gestión EIPSA.

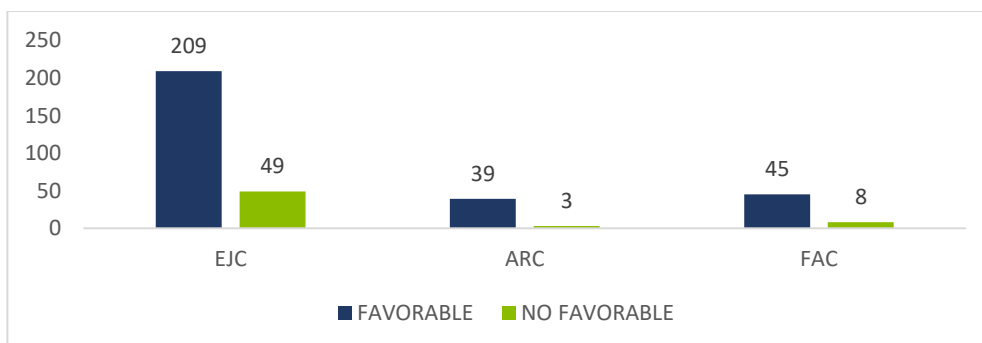
- Mejorar la accesibilidad a las tecnologías de medicamentos, suplementos dietarios conforme a la prescripción profesional realizada, validando requisitos para suministro.
- Optimizar los recursos del subsistema, al evaluar la pertinencia de las solicitudes por parte de los especialistas integrantes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

Análisis de la tarea CTC procedimientos, dispositivos e insumos

Durante el III Trimestre del 2025 se realizaron 371 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 18 solicitudes no cumplieron con los criterios tecnocientíficos, 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 353 con cumplimiento de criterios administrativos, de las cuales 293 solicitudes se clasificaron con concepto favorable y 60 no favorable, debido a no cumplimiento de criterios.

Ilustración 3. CTC Según Concepto III Trimestre 2025.



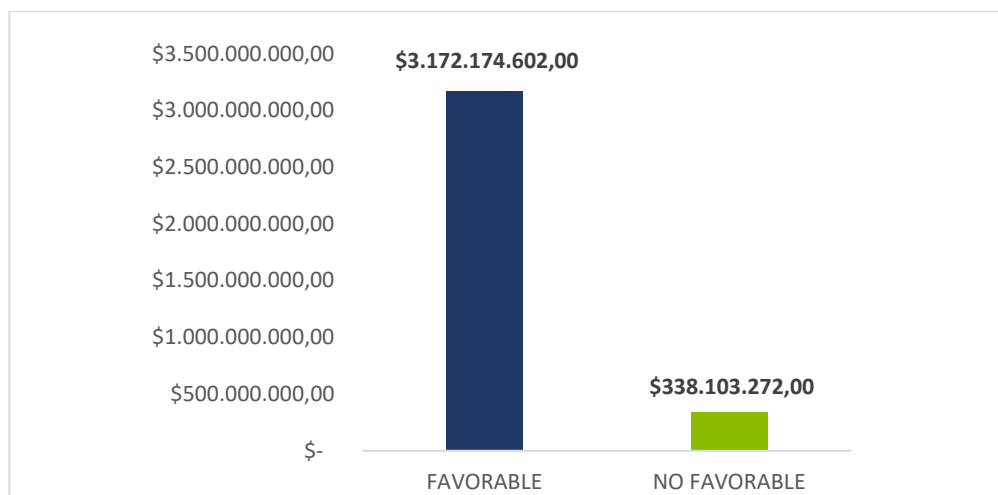
Fuente: Base de datos CTC III Trimestre 2025 DIGSA



Logros de la gestión CTC procedimientos, dispositivos e insumos.

Durante el trimestre analizado, se evaluaron 353 solicitudes, lo que generó un gasto aproximado de \$ 3.510.277.874 De estas, 60 solicitudes fueron NO FAVORABLES por incumplir los criterios de la normatividad vigente. Esto representa un ahorro de \$338.103.272, lo que demuestra que la gestión del CTC se centra en aprobar solo los casos que realmente lo requieren.

Ilustración 4. Gasto CTC III Trimestre 2025

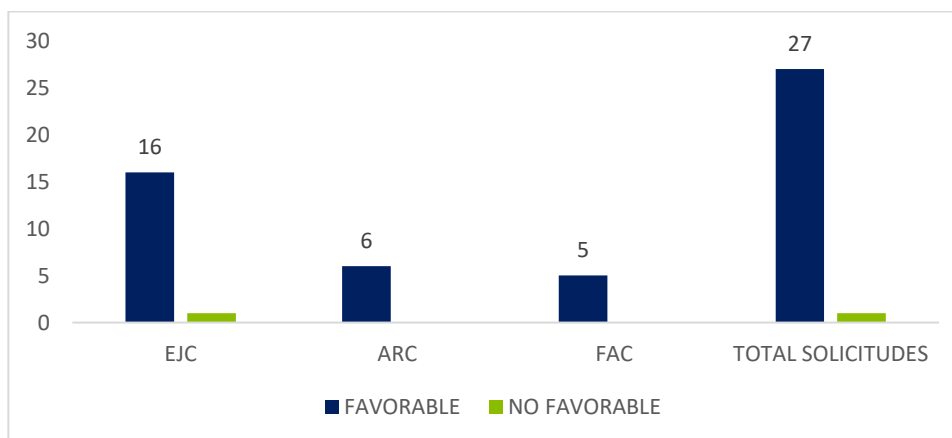


Fuente: Base de datos CTC III Trimestre 2025 DIGSA

Análisis de la tarea CTC Odontología

En el III Trimestre del 2025 se realizaron 27 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 1 solicitud no cumplió con los criterios tecnocientíficos.

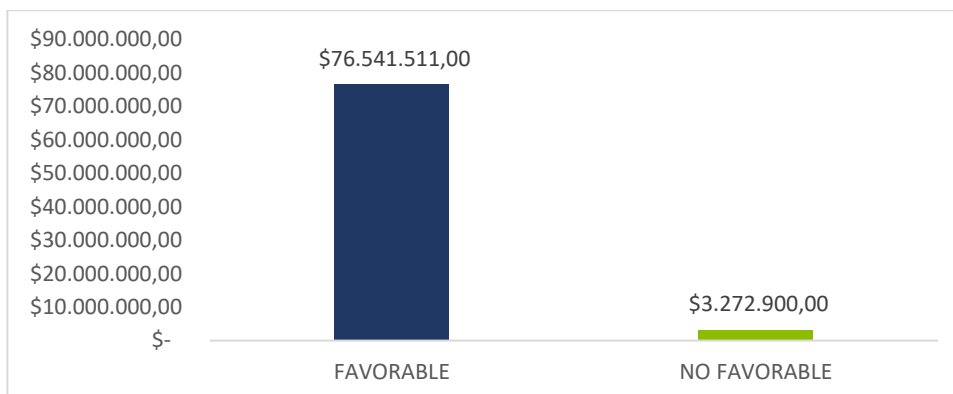
Ilustración 5. CTC Según Concepto III Trimestre de 2025



Fuente: Base de datos CTC III Trimestre 2025 DIGSA



Ilustración 6. Gasto CTC de Odontología III Trimestre de 2025



Fuente: Base de datos CTC III Trimestre 2025 DIGSA

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

3.2.4.1 Tarea: Perfil de farmacovigilancia.

Análisis de la tarea

Las actividades de farmacovigilancia que se desarrollan en el SSFM están fundamentadas en el análisis de reportes que permiten el seguimiento a la seguridad de los medicamentos, conocer los principales problemas relacionados con el uso y análisis particular de casos colectivos que se puedan presentar; por tanto, se viene trabajando en el fortalecimiento de reportes que permitan la identificación oportuna de los riesgos asociados al post consumo de medicamentos.

Logros de la gestión.

- ➔ Identificación y estructura de la caracterización de eventos adversos del primer semestre 2025 presentados y reportados por los usuarios adscritos al SSFM, encontrando que el mayor reporte de casos se centra en las personas catalogadas en curso de vida vejez y adultez con una participación consolidada del 91,58%, esto debido a una combinación de factores fisiológicos, clínicos y sociales que los hacen más vulnerables, como lo es cambios fisiológicos relacionados con la edad que conllevan a que los órganos donde se metabolizan y eliminan los medicamentos principalmente, pierdan eficacia funcional, lo que ocasiona posible acumulación y aumento de la concentración de fármacos libres y activos en sangre, derivando así riesgo de toxicidad y mayor posibilidad de presentar Reacciones Adversas a medicamentos; por otro lado las personas en estos rangos de edad suelen tener múltiples enfermedades crónicas (comorbilidades), lo que traduce en el uso simultáneo de varios medicamentos. Esto aumenta el riesgo de interacciones medicamentosas y efectos adversos.
- ➔ Se observa que la distribución por género es literalmente equitativa, lo que puede explicarse por el hecho de que tanto hombres como mujeres están expuestos a esquemas terapéuticos similares en contexto de tratamientos y los



errores de medicación, omisiones o interacciones no previstas, afectan por igual a ambos géneros cuando no se ajustan adecuadamente a las características individuales del paciente. Aunque en la bibliografía han reportado mayor frecuencia de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) en mujeres, esto suele atribuirse a factores como mayor consumo de medicamentos o diferencias fisiológicas.

- Los grupos farmacológicos tienen relación con tratamientos de enfermedades crónicas prevalentes, por ejemplo, en los primeros lugares hipertensión, diabetes y dislipidemia, por lo que a su vez se asocia con el comportamiento de consumo y utilización de medicamentos antihipertensivos y antidiabéticos, los cuales representan mayor participación del costo total de dispensación en el SSFM.

Medición del Indicador

Tabla 17. Adherencia al programa de farmacovigilancia



Indicador: Adherencia al programa de farmacovigilancia				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Sem
V1	Total, de usuarios reportados	Eficacia	20%	0.69% ●
V2	Total, de usuarios atendidos por farmacovigilancia			

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

Análisis del Indicador:

Del total de casos captados, se encuentra que el Ejército cuenta con una participación del 79% con una asociación de 3.233 reportes, seguido de Fuerza Aeroespacial con 13% y 529 casos, dando continuidad a la Armada con una representación de 8% con 349 casos relacionados; para un total de 4.111 casos reportados en el semestre, asociados a 595.132 atenciones efectuadas en el servicio farmacéutico, con una asociación de aproximadamente dos fórmulas por atención.

El 53,7% de los casos captados, se relacionan con causalidad posible, lo que indica que la relación no es completamente clara o establecida; induciendo a que el evento pudo haber sido causado por el fármaco, aunque también puede haber sido provocado por otros factores como enfermedades concurrentes o el uso de otros fármacos.

Así mismo, el 32,4% corresponde a causalidad probable, lo que indica que existe una alta probabilidad de que un evento adverso (EA) haya sido causado por el medicamento, aunque no se pueda probar con certeza absoluta debido a la imposibilidad de reexposición.

El 13,8% de los casos reportados no permiten la clasificación dentro de las categorías de causalidad.



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

Durante el primer semestre de 2025, se realizó el seguimiento al proceso de auditoría de cuentas médicas en la red externa, evaluando la adherencia a los lineamientos establecidos en el Manual de Auditoría de Cuentas Médicas y Concurrencia MDN-COGFM-PROARED-DIGSA-MA-33-12, versión 1 del 27 de noviembre de 2020, emitido por la Dirección General de Sanidad Militar. El informe evidencia el grado de cumplimiento por parte de las entidades DISAN EJC, ARC y JEFSa en sus Establecimientos de Sanidad Militar (ESM), así como del Convenio interadministrativo DIGSA-HOMIL. Este análisis permitió identificar fortalezas y oportunidades de mejora en la aplicación de los criterios técnicos y normativos, contribuyendo al fortalecimiento del control institucional y la calidad del proceso auditor en el ámbito nacional., así:

Tabla 18. Cobertura de Auditoría concurrente en la IPS de la Red Externa Contratada.

FUERZA	No VISITAS REPORTADAS	TOTAL, DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	% CUMPLIMIENTO
EJC	5.968	7.200	82,89
ARC	233	263	88,59
FAC	169	258	65,50
HOMIL	6.925	11.054	62,65
TOTAL	13.295	18.775	70,81

Fuente: Reporte I semestre 2025 enviado por las DISAN EJC, ARC, JEFSa y HOMIL

La cobertura promedio de auditoría concurrente en las instituciones evaluadas fue del 70,81%, lo que representa un cumplimiento aceptable, aunque inferior al estándar del 100% recomendado para entidades de alta complejidad.

Tabla 19. Facturas Auditadas de cuentas médicas de la red externa contratada y no contratada.

FUERZA	No. FACTURAS AUDITADAS	No. DE FACTURAS RADICADAS	% CUMPLIMIENTO
EJC	264.114	264.114	100,00
ARC	27.656	27.656	100,00
FAC	6.422	6.596	97,36
HOMIL	211.623	211.623	100,00
TOTAL	509.815	509.989	99,97

Fuente: Reporte I Semestre 2025 enviado por las DISAN EJC, ARC, JEFSa y HOMIL.

El Ejército, la Armada Nacional y el Hospital Militar Central han alcanzado un cumplimiento del 100% en la auditoría de facturas, lo que refleja una gestión sobresaliente en sus procesos de control y verificación, garantizando la transparencia y el uso adecuado de los recursos en salud conforme a la normatividad vigente.



La Fuerza Aeroespacial, con un cumplimiento del 97,36%, también demuestra un alto nivel de auditoría; sin embargo, se identificaron 174 facturas no auditadas, lo que requiere una revisión detallada para determinar las causas.

Tabla 20. Glosas por Pertinencia Médica.

FUERZA	No GLOSA PERTINENCIA MEDICA	No. FACTURAS AUDITADAS	% CUMPLIMIENTO
EJC	26.208	264.114	9,92
ARC	434	27.656	1,57
FAC	139	6.596	2,11
HOMIL	8.256	211.623	3,90
TOTAL	35.037	509.989	6,87

Fuente: reporte I semestre 2025 enviado por las DISAN EJC, ARC, JEFSa y HOMIL

El Ejército presenta el porcentaje más alto de glosas por pertinencia médica, con un 9,92%, lo que evidencia una significativa proporción de servicios no pertinentes, identificados a través de los procesos de Auditoría en Salud. En contraste, la Armada Nacional, la Fuerza Aeroespacial y el Hospital Militar Central reportan porcentajes considerablemente más bajos, lo que refleja una mayor alineación entre los servicios facturados, las patologías de los pacientes y los planes de tratamiento establecidos.

Las glosas por pertinencia médica pueden reflejar la falta de adherencia a guías clínicas, aspectos que impactan directamente la calidad y eficiencia de la atención en salud.

Tabla 21. Glosa por Soportes.

FUERZA	No GLOSA POR SOPORTES	No. FACTURAS AUDITADAS	% CUMPLIMIENTO
EJC	8.796	264.114	3,33
ARC	104	27.656	0,38
FAC	300	6.596	4,55
HOMIL	13.891	211.623	6,56
TOTAL	23.091	509.989	4,53

Fuente: reporte I semestre 2025 enviado por las DISAN EJC, ARC, JEFSa y HOMIL

El informe interno de la Fuerza Aeroespacial evidenció que el mayor porcentaje de glosas se origina en deficiencias relacionadas con los soportes de facturación, especialmente en la JEFSa y HOMIL.

Tabla 22. Porcentaje Glosa definitiva.

FUERZA	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR ACEPTADO IPS	% CUMPLIMIENTO
EJC	\$ 258.855.99.870,27	\$ 3.098.318.542,82	1,20
ARC	\$ 17.330.032.646,52	\$ 571.679.304,52	3,30
FAC	\$ 9.003.393.631,24	\$ 129.377.538,00	1,44
HOMIL	\$ 320.115.403.976,00	\$ 2.338.537.198,00	0,73
TOTAL	\$ 605.304.829.124,03	\$ 6.137.912.583,34	1,01

Fuente: reporte I semestre 2025 enviado por las DISAN EJC, ARC, JEFSa y HOMIL

El análisis del porcentaje de glosas definidas en las Fuerzas Militares evidencia una gestión eficiente en los procesos de auditoría de cuentas médicas y en la pertinencia de la facturación. En particular, el Ejército presenta un porcentaje de glosa bajo y



controlado, en línea con los estándares nacionales de auditoría. Por su parte, la Armada Nacional reporta un porcentaje de glosa del 3,30%, equivalente a \$571.679.304,52, atribuible principalmente a motivos administrativos y criterios de pertinencia médica en las diferentes regionales, tanto de la red externa contratada como no contratada. Asimismo, la Fuerza Aeroespacial registra un porcentaje de glosa definitiva de 1,44%, concentrándose mayoritariamente en aspectos administrativos más que clínicos, según lo señalado en su informe interno.

Logros de la gestión.

- ➔ Cumplimiento en Auditoría de Cuentas Médicas: Ejército, Armada y HOMIL alcanzan un 100% de cumplimiento en la auditoría de facturas, lo que demuestra una gestión efectiva y una cobertura de auditoría sólida.

3.2.6 Actividad: Actualizar el lineamiento que regule el ordenamiento de las redes integrales e integradas de servicios de salud de acuerdo con las capacidades en salud del territorio, según normatividad legal vigente.

3.2.6.1 **Tarea:** Lineamiento actualizado que regule el ordenamiento de las redes integrales e integradas de servicios de salud donde se enfatiza la oferta de servicios en los componentes primarios y complementarios.

Análisis de la tarea

Se realiza mesas de trabajo para la fase construcción del lineamiento que indica las actividades a realizar para la conformación, organización, operación, articulación, seguimiento y evaluación de las RIITS en los diferentes territorios a nivel nacional de acuerdo con la normativa vigente.

Actualmente el lineamiento se encuentra en revisión por las áreas correspondientes en la DIGSA.

Logros de la gestión.

- ➔ **Articulación interinstitucional:** Promover la participación activa de actores clave en los territorios, facilitando la organización y articulación de las RIITS para mejorar la gestión en salud pública desde los diferentes actores del SSFM.
- ➔ **Impacto en la planificación estratégica territorial:** La actividad permitió establecer directrices claras para la implementación de redes funcionales en salud, mejorando la eficiencia operativa y la toma de decisiones en los territorios.
- ➔ **Cumplimiento normativo y técnico:** Garantizar que los lineamientos construidos respondieran a los requerimientos legales y técnicos establecidos, fortaleciendo la institucionalidad y la capacidad de respuesta territorial.



3.2.7 **Actividad:** Realizar seguimiento a la implementación de la Circular No. 0121013778502 del 28DIC2021 Parámetros para la oferta de servicios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares

3.2.7.1 **Tarea:** Informe de análisis de la oferta de servicios en los ESM de conformidad con la normatividad vigente para la alta Dirección con el fin de ser insumo para toma de decisiones.

Análisis de la tarea

De acuerdo con lo establecido en la Directiva de Tipificación No. 0122010481302, se llevó a cabo el seguimiento a la organización de la red de servicios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), en sus componentes primarios y complementarios, correspondiente al primer semestre del año 2025. Para este análisis, se tomó como insumo la estructura de las regionales administrativas definidas por la Dirección, en relación con la oferta de servicios de salud de la red propia.

Logros de la gestión.

Esta labor permitió identificar los centros de referencia tanto de la red interna como de la red contratada, lo cual fortalece la capacidad operativa del sistema de salud en los distintos territorios. El proceso se fundamentó en la disponibilidad de oferta reportada mediante los formatos de portafolio de servicios de salud y la tipificación en el SSFM, lo que facilitó una adecuada articulación de los servicios, optimizó la atención en salud y contribuyó al cumplimiento de los estándares normativos vigentes.

Medición del Indicador

Tabla 23. Porcentaje de disponibilidad oferta de servicios por nivel de complejidad de acuerdo con normatividad vigente.



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

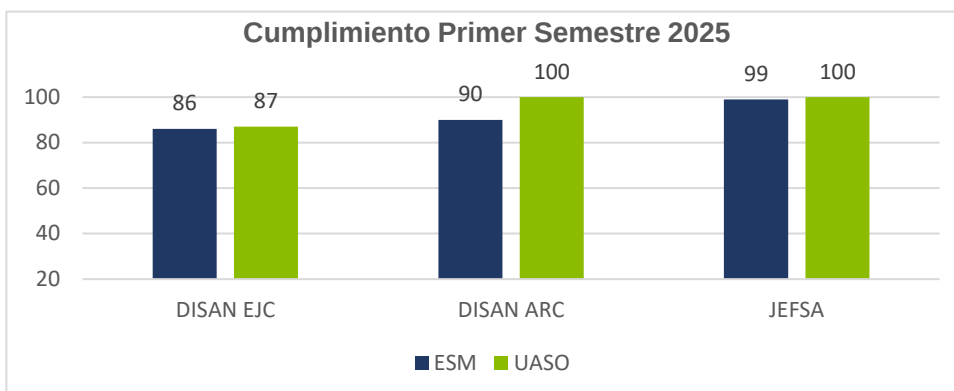
Fuente: Elaboración Propia Grupo Prestación de Servicios de Salud.

Análisis del Indicador:

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



Ilustración 7. Cumplimiento por Fuerza.



Fuente: Elaboración Propia Grupo Prestación de Servicios de Salud.

3.3 Grupo Aseguramiento en Salud (GRUAS)

3.3.1 Actividad: Realizar seguimiento y monitoreo a la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS) Acuerdo 070/2019 expedido por el CSSMP al interior del SSFM

3.3.1.1 Tarea: Informe del Seguimiento y Monitoreo a la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS) Acuerdo 070/2019 expedido por el CSSMP al interior del SSFM.

Análisis de la tarea

El seguimiento al Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS) tiene como propósito evaluar el nivel de avance en el cumplimiento de las tareas establecidas en la Guía del Modelo, Versión 1. La gestión liderada por el Grupo de Aseguramiento contempla la recolección periódica de información como parte del proceso de monitoreo continuo del desarrollo del modelo.

Para tal fin, se ha realizado retroalimentación con los diferentes grupos de la Dirección General de Sanidad Militar, con base en la información remitida, con el propósito de fortalecer la articulación y mejorar la ejecución de las acciones establecidas en el marco del modelo. Estas acciones contribuyen a consolidar una implementación más eficiente y coherente en todo el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM).

Logros de la gestión.

- ➡ Aunque el avance en este trimestre fue leve, se mantienen los esfuerzos y acciones de mejora orientadas a consolidar un progreso sostenido que garantice la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios para los afiliados, fortaleciendo los procesos internos y asegurando la sostenibilidad del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM). En este sentido, se continúa trabajando de manera articulada con los diferentes actores del Modelo



de Atención Integral en Salud (MATIS) para garantizar la disponibilidad oportuna de los datos y la implementación de estrategias que permitan alcanzar las metas propuestas en la vigencia actual.

Medición del Indicador

Tabla 24. Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud.



Indicador: Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud.						
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	
V1	Actividades implementadas en cumplimiento del acuerdo 070	Efectividad	93%	● 90%	● 90,8%	
V2	Total, actividades acuerdo 070					

Fuente: Elaboración Propia Grupo Aseguramiento en Salud.

Análisis del Indicador:

Durante el segundo trimestre de 2025, el porcentaje de cumplimiento en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS) alcanzó un 90,8 %, acercándose progresivamente a la meta institucional del 93% fijada para mediados de mayo de 2026.

Es importante precisar que aún no se dispone de la información consolidada correspondiente al tercer trimestre de 2025, dado que el reporte del plan de acción se realiza con trimestre vencido; por tanto, los resultados de dicho período se conocerán a inicios del mes de diciembre.

Este resultado refleja el compromiso institucional con la implementación del Modelo de Atención, mediante estrategias enfocadas en el fortalecimiento de la red de servicios, la optimización de los procesos administrativos y asistenciales, y la capacitación continua del talento humano en salud. Aunque el avance en este trimestre fue leve, se mantienen los esfuerzos y acciones de mejora orientadas a consolidar un progreso sostenido que garantice la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios para los afiliados, asegurando la sostenibilidad del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM).

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

3.3.2.1 Tarea: Recomendaciones a las causalidades de las PQRS.

Análisis de la tarea

Posterior al análisis de la información remitida a través los informes del Grupo de Atención al Usuario y Participación Social y el Grupo de Asuntos Legales de la DIGSA, referente a las PQRSR y acciones constitucionales del segundo trimestre de la vigencia de 2025. Se emiten las siguientes recomendaciones:



Recomendaciones en común para las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud

- Realizar seguimiento continuo y velar por el cumplimiento de los indicadores de oportunidad en las autorizaciones.
- Fortalecer articulación entre prestadores internos y externos con el propósito de garantizar la remisión y autorización que permitan darle continuidad a los tratamientos.
- Realizar seguimiento al proceso de contratación con más requerimientos de PQRSR como son imágenes diagnósticas, citas medicina especializada de ortopedia y traumatología, oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos no quirúrgicos.
- Ampliar oferta de agendas disponibles, que incluyan horarios extendidos o realización de jornadas para servicios de alta demanda, como son la toma de imágenes diagnósticas, procedimientos no quirúrgicos, citas de medicina general o medicina especializada de ortopedia y traumatología, oftalmología, otorrinolaringología.
- Realizar análisis de capacidad instalada vs demanda real con el fin de identificar brechas y definir estrategias.
- Seguimiento a las respuestas remitidas a los usuarios con oportunidad y de calidad que permitan la disminución en derechos de petición.

Recomendaciones adicionales para Dirección de Sanidad Ejército

- Establecer lazos, alianzas o realizar jornadas con Medicina Laboral Ejército que permitan establecer estrategias que minimicen los requerimientos por temas de junta médico laboral, las cuales se encuentran presentes en acciones constitucionales y PQRSR.
- Establecer canales directos para el acceso oportuno a la copia de historia clínica, cumpliendo con los parámetros que exige la normatividad legal vigente.

Recomendación adicional para Dirección de Sanidad Naval:

- Establecer lazos, alianzas o realizar jornadas con Medicina Laboral Ejército que permitan establecer estrategias que minimicen los requerimientos por temas de junta médico laboral, las cuales se encuentran presentes en acciones constitucionales y PQRSR.
- Establecer canales directos para el acceso oportuno a la copia de historia clínica, cumpliendo con los parámetros que exige la normatividad legal vigente.
- Fortalecer los canales de comunicación con los usuarios que les permita conocer trámites y servicios, pasajes y viáticos, copia de historia clínica y portafolio de servicios.



- Contar en los puntos de atención presencial con personal capacitado y visible, que brinde orientación clara, oportuna y respetuosa.
- Verificar periódicamente que la información publicada sobre trámites y servicios, pasajes y viáticos, copia de historia clínica y portafolio de servicios esté actualizada, completa y en lenguaje claro.
- Capacitación continua al talento humano, en especial a todos los que tiene contacto con los usuarios.

Recomendación adicional para la Jefatura de Salud

- Garantizar que la atención en consulta externa cumpla con estándares técnicos y normativos de calidad, al tiempo que se brinde un trato respetuoso, empático y humanizado que fortalezca la confianza del usuario.

Logros de la gestión.

- Se logró una disminución del 7% en el número PQRSR en comparación con el primer trimestre. Este resultado refleja una mejora en la gestión institucional del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

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

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

Análisis de la tarea

La Directiva Permanente N°012 Rad. 23112 de 2017, emitida por la Dirección General de Sanidad Militar (DIGSA), que establece los lineamientos para la conformación, funcionamiento y seguimiento de los Comités de Obligatorio Cumplimiento en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), la cual tiene como objetivo verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Directiva Permanente, evaluar la operatividad de los comités en Establecimientos de Sanidad Militar e identificar oportunidades de mejora en la gestión de calidad en salud, teniendo en cuenta las acciones de mejora formuladas para cada Comité en Salud.

Logros de la gestión.

- Implementación del Formato seguimiento comités de obligatorio cumplimiento DGSM, observándose cumplimiento del 100% (ver tabla).

FUERZA	INFORME TRIMESTRAL DE ANÁLISIS	FORMATO SEGUIMIENTO COMITÉS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DGSM
DISAN EJC	100%	100%
DISAN ARC	100%	100%
JEFSa	100%	100%



Para cada una de las Fuerzas, se realiza el seguimiento a la sesión de los Comités en Salud y la Seguimiento cierre Acciones de Mejora.

Medición del Indicador

Tabla 25. Porcentaje de comités gestionados para el subsistema de salud de las fuerzas militares

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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Teniendo en cuenta el Indicador establecido para el seguimiento de comités gestionados para el subsistema de salud de las fuerzas militares para el II trimestre de 2025, se da cumplimiento del 95%, lo que refleja que los Comités en Salud, por la normativa del SSFM, están funcionando correctamente en el Subsistema de Salud de las Fuerzas militares.

Es importante precisar que aún no se dispone de la información consolidada correspondiente al tercer trimestre de 2025, dado que el reporte del plan de acción se realiza con trimestre vencido; por tanto, los resultados de dicho período se conocerán a inicios de diciembre 2025.

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

3.3.4.1 **Tarea:** Consolidación, análisis y retroalimentación a DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSa sobre la implementación del Programa de Seguridad del Paciente.

Análisis de la tarea

Mediante los informes de retroalimentación, se realizó el análisis de las acciones inseguras identificadas, reportadas y gestionadas durante el II Trimestre de la vigencia 2025 por los ESM de DISAN Ejército, DISAN Naval y la JEFSa de 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, como resultado se implementan barreras efectivas para evitar la materialización de los riesgos.

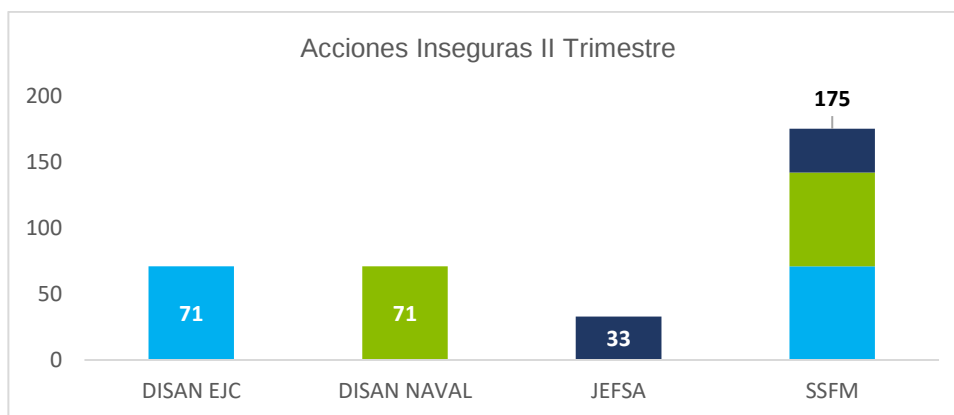
Adicionalmente se realiza el seguimiento a la implementación de las acciones de mejora y correctivas propuestas para minimizar el riesgo de reincidencia de las acciones inseguras en los ESM de la DISAN EJC, DISAN NAVAL y JEFSa.

Como acción articulada en la implementación del Programa de Seguridad del Paciente, se debe incentivar la cultura de reporte y estimular los servicios de salud para que



realicen la búsqueda e identificación activa de los riesgos y realicen los reportes correspondientes, lo cual contribuye al mejoramiento de los procesos en salud. En el II trimestre 2025 se realizaron un total de 175 reportes de acciones inseguras en el SSFM y la Red externa contratada, diferenciados por fuerzas.

Ilustración 8. Reporte Acciones Inseguras por Fuerza.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Logros de la gestión.

- Búsqueda activa de los posibles riesgos en salud y de acciones inseguras durante la prestación de los servicios de salud.
- Se evidencia la cultura del reporte por medio de la identificación de reportes efectuados desde las diferentes áreas o servicios de los Establecimientos de Sanidad Militar.
- Planteamiento de actividades de mejora o correctivas que buscan impactar en el mejoramiento de la prestación de los servicios, minimizando el riesgo de reincidencia de las acciones inseguras.
- Se evidencia la participación de DISAN EJC, DISAN NAVAL y JEFSa en la consolidación verificación y seguimiento de las acciones inseguras durante el II Trimestre de la vigencia 2025.

Medición del Indicador

Tabla 26. Proporción de vigilancia de acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.

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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.



Análisis del Indicador:

Se evidencia una mejora significativa en la gestión de las acciones inseguras que se reportaron y consolidaron durante el II trimestre de la vigencia 2025, adicionalmente es debido mencionar que la ejecución de las tareas pendientes del I Trimestre se reportó por medio del informe del II Trimestre del Programa de Seguridad del Paciente, en cumplimiento a la Directiva Permanente “Metodología para la implementación del Programa de Seguridad del Paciente del SSFM-DIGSA”, con Radicado N° 0122010958302 del 10 de noviembre de 2022.

Nota: La Información del III Trimestre de la vigencia actual se tiene programada para entrega desde DISAN EJC, DISAN NAVAL y JEFSA para el día 25 de octubre de 2025, por lo anterior la información registrada pertenece al II Trimestre de 2025.

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

3.3.5.1 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, realizó el seguimiento al comportamiento de los Indicadores de Calidad en Salud propios de la Red Interna para el II trimestre 2025 así:

Tabla 27. Indicadores Calidad en Salud.

Código Indicador	Indicador	Meta	II Trim 2025
P.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	3 Días	3
P.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	3 Días	4
P.3.3	Tiempo promedio de Espera para la asignación de cita de Medicina Interna	30 Días	11
P.3.4	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	8 Días	7
P.3.5	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	15 Días	7
P.3.6	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	5 Días	3
P.3.7	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	20 Días	6

Fuente: Reporte Área de Estadística DIGSA

Logros de la gestión.

El conocer el comportamiento de los indicadores de Calidad en Salud de la Red Interna del SSFM, permite que la Dirección de Sanidad (EJC-NAVAL) y la JEFSA planteen actividades que mitiguen las brechas en la prestación de los servicios de salud, propendiendo así servicios con oportunidad, accesibilidad, continuidad y de calidad a través de la proyección de los Planes de Mejoramiento Institucionales.



Medición del Indicador

Tabla 28. Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de los Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud.



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Acorte I Semestre 2025, las Direcciones de Sanidad EJC- ARC y la JEFSA proyectaron 62 actividades reflejadas en los Planes de Mejoramiento Institucionales con un cumplimiento del 100% en las actividades desarrolladas.

DISAN EJC:

- I Trimestre: Se proyectaron 20 actividades
- II Trimestre: Se proyectaron 13 actividades

DISAN ARC:

- I Trimestre: 10 actividades
- II Trimestre: 15 actividades

JEFATURA DE SALUD:

- I Trimestre: 2 actividades
- II Trimestre: 2 actividades

3.3.6 Actividad: Monitorear la prestación de los servicios de salud del SSFM de la red externa contratada.

3.3.6.1 **Tarea:** Informe de seguimiento de las auditorías realizadas a red externa contratada por DISAN (EJC, NAVAL) o JEFSA I Semestre 2025

Análisis de la tarea

Realizar la Auditoría del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud-SOGCS en la red externa contratada por el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares-SSFM, aplicables a los Prestadores de Servicios de Salud-PSS y Proveedores de Tecnologías en Salud-PTS con quienes existan acuerdos de voluntades, con el propósito de verificar el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención en



salud brindada a los usuarios del SSFM, conforme a lo dispuesto en la normatividad legal vigente.

Logros de la gestión.

- Auditorías del SOGCS a la red Externa Contratada del SSFM.
- Evidenciar las brechas en la atención de la Red Externa contratada del SSFM.
- Verificación del cumplimiento de la normatividad legal vigente.

Medición del Indicador

Tabla 29. Porcentaje de cumplimiento al programa de auditoria red externa del SSFM



Indicador: Porcentaje de cumplimiento al programa de auditoria red externa del SSFM				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Sem
V1	Numero de auditorías realizadas a la red externa contratada	Efectividad	75%	●100%
V2	Total, de auditorías proyectas para la red externa contratada.			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

3.3.7 Actividad: Monitorear la prestación de los servicios de salud de la red propia del SSFM mediante el seguimiento a la implementación del Sistema de Calidad en salud.

3.3.7.1 Tarea: Informes de auditoría de calidad en salud de la red propia del SSFM, de cada ESM auditado.

Análisis de la tarea

Realizar la verificación y seguimiento a la implementación del Sistema de Calidad en Salud del SSFM a los Establecimientos de Sanidad Militar seleccionados, con el fin de realizar monitoreo y evaluación de la calidad en la prestación de los servicios ofertados a los usuarios de SSFM.

Logros de la gestión.

- Optimización y control de los recursos dentro de la prestación de servicios de salud con eficiencia y seguridad.



Medición del Indicador

Tabla 30. Porcentaje de auditorías



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

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

3.3.8.1 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

En cumplimiento al Anexo N°3 de la Directiva Permanente Radicado 0124006440602/MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUAS-ARCAS 23.1 del 26 junio 2024 "Actualización Directrices Componente de Capacidad Tecnológica y Científica del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares", se realiza desde ARCAS- GRUAS-DIGSA, el seguimiento del II Trimestre 2025 de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica de DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSa.

Como parte de este proceso, se revisaron **67 soportes documentales** remitidos, los cuales respaldan el cumplimiento de los planes establecidos. A partir de esta revisión, se llevó a cabo la verificación del avance, así como la retroalimentación técnica sobre los aspectos identificados en el desarrollo de las actividades programadas.

Logros de la gestión.

Durante el segundo trimestre de 2025 (abril, mayo y junio), el avance de los Planes de Mejoramiento Institucional en Capacidad Tecnológica y Científica se comportó así:

- ➡ DISAN EJC, con un avance del cumplimiento del 15% alcanzando, un acumulado del 33% en su ejecución.

- ➔ DISAN ARC presenta un avance del 16% en el cumplimiento de sus actividades, alcanzando un acumulado del 58% en la ejecución total del plan.
- ➔ JEFSa registra un avance del 6,5% en el cumplimiento de sus actividades durante el periodo evaluado, lo que representa un acumulado del 19% en la ejecución total del plan.

Medición del Indicador

Tabla 31. Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza.



Indicador: Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza.					
Variables	Descripción	Fuerza	Meta Anual	I Trim	II Trim
V1	Número de actividades cerradas del Plan de Mejoramiento Institucional de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza	EJÉRCITO	90%	● 18%	● 33%
		ARMADA	90%	● 42%	● 58%
V2	Número total de actividades formuladas en el Plan de Mejoramiento Institucional de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza	JEFSa	90%	● 13%	● 19%

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Los indicadores evidencian que las Direcciones de Sanidad y JEFSa han mostrado un avance progresivo en el cumplimiento de los planes de mejoramiento institucionales. Estos planes incluyen actividades orientadas al fortalecimiento continuo de los estándares en Talento Humano, Dotación y Procesos Prioritarios, contribuyendo así al desarrollo sostenido de la Capacidad Tecnológica y Científica del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y en proporcionar a los usuarios una prestación de servicios de salud segura.

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

3.3.9.1 Tarea: Informe de gestión del programa de Tecnovigilancia

Análisis de la tarea

En cumplimiento de la Directiva Permanente Radicado N° 0124006047902 /MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUAS-ARCAS-23.1, correspondiente a los lineamientos para la implementación del Programa Institucional de Tecnovigilancia del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), se realiza desde ARCAS-GRUAS-DIGSA el seguimiento a la implementación del programa, el desarrollo de las actividades planteadas y el reporte de eventos e incidentes asociados a dispositivos médicos.



En este marco, se llevó a cabo un proceso de retroalimentación técnica conforme a la clasificación de acciones de mejora, así como la consolidación de los avances y hallazgos del Programa de Tecnovigilancia implementado en los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) del SSFM durante el segundo trimestre de 2025, en concordancia con las fechas establecidas en el Plan de Acción institucional para la vigencia.

Logros de la gestión.

- Presentación los referentes de Tecnovigilancia de cada fuerza.
- Implantación y difusión de boletines informativos sobre el programa en el SSFM.
- Definición de acciones para el reconocimiento de dispositivos médicos.
- Verificación y socialización de alertas sanitarias asociados a Dispositivos médicos.
- Ejecución de actividades programadas para el fortalecimiento del programa.
- 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 32. Gestión de eventos e incidentes serios y no serios asociados a dispositivos médicos



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El resultado del indicador se presenta acorde al consolidado de los eventos e incidentes en el SSFM de la siguiente manera:

- Incidentes/Eventos Adversos cerrados: **85.71%**
- Incidentes Eventos Adversos en desarrollo: **14.29%**

Es importante precisar que aún no se dispone de la información consolidada correspondiente al tercer trimestre de 2025, dado que el reporte del plan de acción se realiza con trimestre vencido.



3.3.10 Actividad: Monitorear la implementación de la administración y gestión de tecnología biomédica del SSFM.

3.3.10.1 Tarea: Informe de gestión dotación biomédica del SSFM.

Análisis de la tarea

Se abordan los alcances, metas e indicadores definidos, con el propósito de evidenciar el impacto generado en la administración y control de la tecnología biomédica dentro del SSFM.

Con el objetivo de identificar y reducir las falencias y necesidades técnicas desde las áreas biomédicas, se ha venido trabajando de manera articulada entre DIGSA, DISAN (EJC, ARC), JEFSA y los ESM, en la implementación de estrategias y metodologías unificadas. Estas acciones se fundamentan en los lineamientos establecidos en la Directiva Permanente para la Gestión y Control de la Tecnología Biomédica de los Subsistemas de Salud de las Fuerzas Militares (Radicado N.º0122010140002 /MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUAS-ARCAS.23.1).

Logros de la gestión.

- ➡ Cumplimiento del programa de mantenimiento.
- ➡ Alistamiento de equipos biomédicos.
- ➡ Adquisición de dotación biomédica.
- ➡ Identificación de falencias y necesidades en la ejecución de programas de gestión biomédica.

Medición del Indicador

Tabla 33. Porcentaje de Mantenimiento para fortalecimiento de la dotación biomédica en el SSFM.



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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



fechas estipuladas dentro del consolidado de plan de acción corresponde a septiembre del 2025.

3.3.11 Actividad: Actualización de la Directiva Permanente AMEC del SSFM y sus formatos.

3.3.11.1 Tarea: Directiva Permanente AMEC del SSFM y sus formatos actualizados. Anual

Análisis de la tarea

Como mejoramiento continuo para la prestación de los servicios de salud, desde el Área de Calidad en Salud de DIGSA se busca implementar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), estandarizando lineamientos por medio de la Directiva Permanente.

Logros de la gestión.

- La Directiva Permanente del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC), cuenta con soporte documental de Acta N°0125010681602 del 22 de septiembre de 2025 con asunto: Socialización y retroalimentación de Lineamientos del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC), en la que se relacionan los avances y trabajo en conjunto con las Fuerzas para la actualización de la Directiva Permanente.

3.3.12 Actividad: Realizar seguimiento al cumplimiento del AMEC por Fuerza.

3.3.12.1 Tarea: Informe de cierre de la ruta crítica AMEC 2024 por Fuerza. Anual

Análisis de la tarea

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (AMEC) es una herramienta de gestión que permite a las instituciones prestadoras de servicios de salud evaluar, mejorar y garantizar la calidad de la atención. La ruta crítica del AMEC, implementado en la vigencia 2023 – 2024, es la secuencia lógica de actividades que deben cumplirse para lograr mejoras sostenibles.

Logros de la gestión.

La implementación del AMEC en la vigencia 2023 – 2024, permite a los Establecimientos de Sanidad Militar que lo aplican, una participación activa a favor del fortalecimiento a la Seguridad del Paciente y mejora continua en la prestación de los servicios de salud ofertados por el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.



Medición del Indicador

Tabla 34. Porcentaje de cumplimiento implementación AMEC



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

3.4 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).

Análisis de la tarea

El análisis comparativo entre el tercer trimestre (enero a septiembre) correspondiente a la vigencia del 2024 y 2025 permite evidenciar que:

En la tasa de heridos dentro y fuera de combate, la tendencia aumenta en el tercer trimestre del 2025 (1 enero al 30 de septiembre) con respecto al tercer trimestre del 2024; ya que para el periodo evaluado del 2024 esta fue de 83,5, mientras que en el 2025 fue de 90,7. Es decir que por cada 10.000 militares se presentaron 83 heridos en las FF.MM durante el tercer trimestre del 2024, mientras que en el 2025 se presentaron 90 heridos.

En la tasa de muertos dentro y fuera de combate, la tendencia se mantiene para ambos periodos evaluados en el 2024 y 2025 (1 enero al 30 de septiembre); ya que en el tercer trimestre del 2024 esta fue de 11,0, y en el 2025 fue de 10,9. Es decir que por cada 10.000 militares se presentaron 11 muertos en las FF.MM, en cada periodo evaluado en cada vigencia.



Logros de la gestión.

La Salud Operacional ha contribuido al 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 él 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 2024	I Sem 2025
V1	Número de heridos dentro y fuera de combate	Eficacia	Tasa Variable	● 49,8	● 63,6
V2	Numero promedio de militares periodo				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Durante el III trimestre del 2025 (1 enero al 30 de septiembre), se presentó un total de 2.021 casos de heridos; lo que corresponde a una tasa de 90,7 (por cada 10.000 militares se presentaron 90 heridos dentro y fuera de combate).

Tabla 35. Analisis Especifico por tipo de evento en heridos

Análisis Especifico por tipo de evento en heridos						
Descripción	L / BASE	I Semestre (ENE - JUN) 2024		I Semestre (ENE - JUN) 2025		TENDENCIA
		# casos	Tasa	# casos	Tasa	
Tasa de heridos fuera de combate ocurridos en un período de tiempo sobre la población militar FF.MM	95	1562	74,2	1629	73,1	BAJA
Tasa de heridos en combate ocurridos en un período de tiempo sobre la población militar FF.MM	13	196	9,3	392	17,6	SUBE

Fuente: Elaboración Propia Grupo Salud Operacional.

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:

Durante el III trimestre del 2025 (1 enero al 30 de septiembre), se presentó un total de 244 casos de mortalidad, lo que corresponde a una tasa de 10,9 (por cada 10.000 militares se presentaron 11 muertos dentro y fuera de combate).

Tabla 36. Analisis Especifico por tipo de evento en Muertos.

Análisis Especifico por tipo de evento de muertos						
Descripción	L / BASE	III TRIM (ENE-SEP) 2024		III TRIM (ENE-SEP) 2025		TENDENCIA
		# casos	Tasa	# casos	Tasa	
Tasa de muertos fuera de combate ocurridos en un período de tiempo sobre la población militar FF.MM	11	183	8,7	166	7,4	BAJA
Tasa de muertos en combate ocurridos en un período de tiempo sobre la población militar FF.MM	3	48	2,3	78	3,5	SUBE

Fuente: Elaboración Propia Grupo Salud Operacional.

Con relación al comportamiento específico por tipo de evento de mortalidad, se tiene en el 2025 una tasa de 7,4 muertos fuera de combate; lo que representa que, por cada 10.000 militares, se presentaron 7 casos de muertos fuera de combate en las Fuerzas Militares. Así mismo, en lo que respecta al análisis comparativo entre el tercer trimestre 2024 y 2025, permite evidenciar que la tendencia disminuye en la tasa de muertos fuera de combate (MFC), ya que para el 2024 fue del 8,7 y para el 2025 del 7,4.

Durante el tercer trimestre del 2025, la tasa de muertos en combate fue de 3,5; lo que representa que, por cada 10.000 militares, se presentaron 3 casos de muertos en combate en las Fuerzas Militares. Así mismo, para el análisis comparativo entre el tercer trimestre del 2024 y 2025, permite evidenciar que la tendencia aumenta en la tasa de muertos en combate (MC), ya que para el 2024 fue del 2,3 y para el 2025 del 3,5.

3.5 Grupo Talento Humano (GRUTH)

3.5.1 Actividad: Implementar las diferentes actividades del Plan Institucional de Capacitación 2025.

3.5.1.1 Tarea: Avance de la implementación del Plan Institucional de Capacitación 2025.

Análisis de la tarea

Durante el tercer trimestre se ejecutaron el 100% de las cinco (05) actividades programadas, evidenciando una gestión eficiente y alineada con los objetivos estratégicos institucionales. La tarea contribuyó al fortalecimiento de la Iniciativa 3 - Acción 3.1 mediante el cumplimiento del producto 'Plan de educación continua', orientado a mejorar las competencias técnicas del talento humano del SSFM en Atención Primaria en Salud y Gestión del Riesgo. La articulación con la Subdirección de Salud permitió una implementación efectiva, desarrollando capacitaciones clave sobre contratación de servicios de salud, uso de herramientas tecnológicas como



SALUD.SIS y SAP, gestión clínica y administrativa, y manejo del talento humano incluyendo prevención del acoso laboral. Estas actividades estuvieron dirigidas a Directores y Jefes de los Establecimientos de Sanidad Militar, con el objetivo de fortalecer su liderazgo y capacidades de gestión, generando un impacto positivo en la eficiencia operativa y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Logros de la gestión.

- ⇒ Ejecutar el 100% de las cinco actividades programadas durante el tercer trimestre, fortaleciendo las competencias técnicas del talento humano del SSFM en Atención Primaria en Salud y Gestión del Riesgo, mediante un plan de educación continua articulado con la Subdirección de Salud, y dirigido a líderes institucionales para mejorar su gestión y liderazgo.

Este logro refleja eficiencia operativa, alineación estratégica y un impacto directo en el fortalecimiento institucional.

Medición del Indicador

Tabla 37. Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitación.



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

Se logró desarrollar las cinco (05) actividades programadas con un cumplimiento del 100%, reflejando una ejecución eficiente y alineada con los objetivos estratégicos. Este desempeño evidencia una planificación adecuada y una implementación efectiva, contribuyendo significativamente al avance de los objetivos institucionales

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

- ⇒ Definición de mhGAP (Programa de atención para superar las brechas en Salud Mental).
- ⇒ Estructuración técnica Plan de Compras y justificación de las necesidades para contratación año 2026.
- ⇒ Estrategias prácticas para realizar seguimiento a los tiempos de oportunidad para las pruebas de tamización acceso a diagnóstico y tratamiento.

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



3.6 Grupo Atención al Usuario y Participación Social (GRAPS)

3.6.1 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)

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

Análisis de la tarea

En el tercer trimestre de la vigencia 2025, se recepcionaron un total de 11.633 PQRSR a través de los diferentes canales de atención establecidos, siendo los reclamos y las peticiones las tipologías más representativas con 7.291 (63%) y 3.913 (34%) requerimientos respectivamente. (Ver tabla)

De la misma manera, se evidencia que la tipología con menor representatividad fue “Denuncia por posibles actos de corrupción” con 17 requerimientos; asimismo, se evidencia que 17 % de las *peticiones* corresponde a la subcategoría de “orientación e información”.

Tabla 38. Reporte Tipología PQRS

Tipología		III Trimestre	%
Reclamo		7.291	63%
Felicitación		249	2%
Queja		139	1%
Sugerencia		24	0,21%
Denuncia por posibles actos de corrupción		17	0,15%
Peticiones 3.913	Orientación e Información	1.986	17%
	Aseguramiento	1164	10%
	Junta médico laboral	763	7%
Total		11.633	100%

Fuente: Reporte Módulo PQRSR página web DIGSA.

Logros de la gestión.

Teniendo en cuenta el mejoramiento continuo en la gestión de las PQRSR, se envía de manera trimestral un informe del comportamiento de los requerimientos a la Subdirección de Salud de la DIGSA, para que puedan tener mayor claridad de los procesos a mejorar en la prestación de los servicios de salud en los ESM.

Desde la vigencia anterior se solicitaron ajustes al módulo de PQRSR teniendo en cuenta la necesidad de mejorar la calidad de la información para los reportes y los correspondientes informes, así:

Se realizaron 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. Adicionalmente, se incluyeron los códigos de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

En los asuntos y subasuntos para el reporte que se descarga del módulo, se ajustaron de acuerdo con el anexo técnico de la Supersalud.

Desde la vigencia 2024, se inició el cargue de los requerimientos registrados en el formato de buzón de sugerencias y los recibidos mediante el chat institucional.

Medición del Indicador

Tabla 39. Tasa de PQRS.



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Tabla 40. 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
III Trimestre	11.343	630.156	18

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

Análisis del Indicador:

Para el III trimestre de la vigencia 2025 se recibieron 11.633 requerimientos en total; donde 11.343 fueron peticiones, quejas, reclamos y 290 fueron felicitación, sugerencia y denuncia en el SSFM y frente al censo poblacional del III trimestre de la vigencia 2025 donde se registran 630.156 afiliados; se evidencia que por cada 1.000 afiliados 18 interponen un requerimiento. Teniendo en cuenta el tercer trimestre de la vigencia anterior 2024, pasó de 15 a 18 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). $(PQRS\ 11.344 / 630.156) * 1000 = 18$

Medición del Indicador

Tabla 41. Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Tabla 42. Variables del Indicador Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días

Peticiónes, 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%
III Trimestre	5.867	6.671	88%

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

Análisis del Indicador:

Los resultados del tercer trimestre de la vigencia 2025, evidencian que de un total de 6.671 Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR), se cerraron en términos de ley 5.867 para un porcentaje de gestión del 88%, aumentando 11 puntos porcentuales respecto al trimestre anterior.

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

3.6.2.1 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 95% 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 43. Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos.



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Tabla 44. 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%
III Trimestre	6.203	6.417	96,67%

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

Análisis del Indicador:

El tercer trimestre de la vigencia 2025 se cerró con un porcentaje de 96,67%, que comparado con el tercer trimestre de la vigencia anterior 2024 aumentó 1,23 puntos básicos ya que el porcentaje fue de 95,44%. En comparación con el segundo trimestre de la actual vigencia, disminuyó el porcentaje, pasando de 97,33% a 96,67%.

3.6.3 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.

3.6.3.1 Tarea: Resultados encuesta de satisfacción.

Análisis de la tarea:

La tasa de satisfacción global del SSFM se ubicó en 97,34%; el Indicador de Experiencia 97,41%, el de Trámites 97,79% y el de Oportunidad 95,61%. Es importante



mencionar que la DISAN EJC presentó una tasa superior a la del SSFM, en el trimestre anterior se había presentado este dato con la Jefatura de Salud FAC. Realizando la comparación con el tercer trimestre de la vigencia 2024, se presenta lo siguiente:

Tabla 45. Tasa de satisfacción global del SSFM

Indicadores	I Trim 2024	I Trim 2025	II Trim 2024	II Trim 2025	III Trim 2024	III Trim 2025
Promedio Tasa global	94%	95%	95%	97%	95%	97%
Ind_Experiencia	95%	96%	95%	98%	96%	97%
Ind_Trámites	95%	96%	96%	97%	96%	98%
Ind_Oportunidad	92%	92%	92%	95%	92%	96%

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 46. Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar



Indicador: Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar						
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim
V1	Número de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios de salud recibidos.	Efectividad	88%	95% ●	97% ●	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 que se mantiene el mismo porcentaje de satisfacción del segundo trimestre 2025 del 97%. De igual manera, es importante mencionar que la muestra para el tercer trimestre de la vigencia 2025 fue de 6.039 afiliados y el total de afiliados que participaron en la encuesta fue de 6.417.

Comparando el número de participantes del tercer trimestre de la vigencia 2024 con el del 2025, se evidencia una mayor participación en la vigencia 2024 debido a que se tuvo que prolongar la aplicación de la encuesta en su momento, por actualizaciones en Portal.SIS que afectaron la ejecución inicial de dicho periodo, lo que dio pie para que más afiliados participaran.

Tabla 47. 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%



Periodo	N° de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios de salud recibidos	Número total de encuestados	%
II Trim 2024	2.074	2.183	95%
III Trim 2024	6.973	7.340	95%
III Trim 2025	6.246	6.417	97%

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

3.6.4 **Actividad:** Promover el derecho a la participación social fomentando espacios de comunicación y diálogo para los grupos de valor y de interés del SSFM.

3.6.4.1 **Tarea:** Seguimiento a los compromisos en los espacios de participación social por territorio.

Análisis de la tarea:

Teniendo en cuenta el Plan Estratégico Institucional 2023 – 2026, se da cumplimiento a la Iniciativa estratégica No. 3, específicamente a la Acción 3.6. Fortalecer el sistema de atención al usuario y participación social del SSMP - (Acuerdo 075/2020).

Durante la vigencia 2025 de acuerdo con el cronograma de actividades, las Direcciones de Sanidad, Jefatura de Salud y Establecimientos de Sanidad Militar han llevado a cabo las jornadas trimestrales con los representantes de las asociaciones, veedurías y comunidad usuaria en general.

Logros de la gestión.

Se han generado espacios participativos de relacionamiento con el ciudadano donde los asistentes pueden socializar las fortalezas y debilidades que evidencian en la prestación de los servicios de salud en las diferentes regionales. Esto con el fin de que los compromisos que generen en dichos espacios se cumplan y puedan aportar al mejoramiento del servicio y fortalecimiento del SSFM.

Medición del Indicador

Tabla 48. Seguimiento a los compromisos en los espacios de participación social por territorio.

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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Se programaron 29 espacios de participación ciudadana en las Direcciones de Sanidad Ejército, Naval y Jefatura de Salud; donde la Dirección de Sanidad Ejército convocó por cada una de sus regionales de manera trimestral un espacio de participación, para un



total de 24 espacios, Sanidad Naval convocó 2, uno en cada trimestre y de igual manera, la Jefatura Salud convocó de manera trimestral 2 y una adicional, para un total de 3 en el semestre. Se cumplió la programación de los espacios participativos al 100%.

3.6.5 **Actividad:** Fomentar la cultura institucional de humanización, a través de Estrategia para la implementación de la política de humanización de los servicios de salud de las Fuerzas Militares DIGSA.

3.6.5.1 **Tarea:** Gestión con medición de impacto respecto a la ejecución de la Estrategia para la Implementación de la Política de Humanización de los Servicios de Salud de las Fuerzas Militares DIGSA.

Análisis de la tarea:

En la búsqueda de promover la cultura de humanización en la prestación de los servicios de salud del SSFM, se realizaron diferentes actividades que tienen como fin mejorar el trato que se da a los afiliados en la prestación del servicio. Es por esto por lo que se realiza la encuesta de percepción respecto a la humanización del servicio.

Logros de la gestión.

Desde la anterior vigencia se ha procurado fortalecer la humanización del servicio, permitiendo visualizar la importancia de interiorizar los valores institucionales a nivel de los trabajadores, socializar los deberes y derechos a los afiliados del SSFM y teniendo en cuenta esto, desde el Grupo Atención al Usuario y Participación Social se actualizó el Manual de Atención al Usuario finalizando la anterior vigencia, el cual incluye los protocolos de servicio al ciudadano y lineamientos de enfoque diferencial elaborados desde la Subdirección de Salud de la DIGSA.

Medición del Indicador

Tabla 49. Percepción de los usuarios respecto a la humanización del servicio de salud en los ESM



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Con base en los resultados de la encuesta de percepción respecto a la humanización del servicio, se puede observar que para el primer semestre de la vigencia 2025 sus resultados evidencian un 97,43% de satisfacción, mejorando los resultados respecto a los dos semestres anteriores: primer semestre 2024 que fue de 90,90% y segundo semestre 2024 91.01%.



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

3.7 Grupo Gestión de Afiliaciones (GRUGA)

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

3.7.1.1 **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 septiembre de 2025, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares contaba con 630.156 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 III trimestre de 2025 muestra un alto nivel de eficiencia y cumplimiento normativo. La baja tasa de extinción de derechos (2.56%) 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.

Medición del Indicador

Tabla 50. Usuarios inactivados en Base Datos SSFM por causales de extinción de derechos



Indicador: Usuarios inactivados en Base Datos SSFM por causales de extinción de derechos						
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim
V1	Número de Afiliados Inactivados en el Periodo	Eficacia	20%	● 5,34%	● 0,76%	● 2.56%
V2	Número Total de Afiliados al Final del Periodo					

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.



Análisis del Indicador:

El Grupo Gestión de la Afiliación, como garante del acceso a los servicios de salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) mediante el proceso de afiliación, ejecutó durante el III Trimestre de 2025 el control de afiliados y beneficiarios cuya permanencia en el sistema fue extinguida conforme a las causales establecidas en la Ley 352 de 1997 y la Resolución 1651 de 2019 DIGSA.

El indicador de gestión estableció una meta del 20% con tendencia decreciente. En el periodo se realizó la extinción del derecho para 16.156 usuarios, lo que representa el 2,56% del total de afiliados, en comparación con el periodo anterior. Este resultado se encuentra muy por debajo de la meta, lo que evidencia un adecuado control y estabilidad en la afiliación.

Lo anterior refleja una efectiva permanencia de los usuarios en el SSFM, cumpliendo con la normativa vigente y garantizando la continuidad del acceso a los servicios de salud. La baja proporción de extinciones (2,56%) frente a la meta (20%) constituye un indicador positivo de eficiencia y sostenibilidad del sistema, sugiriendo que la mayoría de los afiliados mantienen su derecho conforme a los criterios legales establecidos.

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

3.8.1 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.

3.8.1.1 Tarea: 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

El informe solicitado busca consolidar la gestión comunicativa de la entidad a partir de tres ejes clave: producción, alcance e impacto. En primer lugar, se debe recopilar la cantidad de publicaciones generadas, clasificándolas según su tipo o necesidad institucional (informativas, conmemorativas, pedagógicas, de gestión interna, etc.), lo cual permitirá evidenciar la planeación y respuesta estratégica ante las prioridades de comunicación.

En segundo lugar, se debe registrar la cantidad de usuarios suscritos o enlazados a los diferentes canales oficiales (intranet, redes sociales, boletines, correo interno), como indicador de crecimiento y fidelización de la audiencia.

Finalmente, el análisis del impacto de las publicaciones debe centrarse en métricas como alcance, interacciones, clics, reproducciones y comentarios, identificando tendencias y temas con mejor recepción. Este componente permitirá valorar la efectividad de las acciones de comunicación y orientar futuras estrategias de contenido hacia una mayor visibilidad y conexión con el público objetivo.



Logros de la gestión.

El informe permitió evidenciar avances significativos en la gestión comunicativa de la entidad. En primer lugar, se logró una amplia producción de contenidos alineados con las necesidades institucionales y las directrices estratégicas, fortaleciendo la difusión de mensajes clave y el posicionamiento de la organización.

Asimismo, se consolidó una mayor vinculación de usuarios a los diferentes canales informativos, reflejando un crecimiento sostenido en la comunidad digital y un interés creciente por los contenidos emitidos.

Finalmente, el análisis de métricas mostró un impacto positivo de las publicaciones, con altos niveles de alcance, interacción y participación, lo que demuestra la efectividad de las estrategias implementadas y el fortalecimiento del vínculo comunicativo con los públicos internos y externos.

Medición del Indicador

Tabla 51. Estadística de publicaciones generadas de acuerdo a solicitudes de la entidad



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El indicador evalúa la capacidad del área de Comunicaciones Estratégicas para responder de manera oportuna y efectiva a las solicitudes institucionales, asegurando la difusión de información alineada con los objetivos misionales de la entidad.

La Variable 1 (V1), que mide la *cantidad de usuarios relacionados con los canales digitales habilitados*, refleja un desempeño constante y óptimo, alcanzando el 100% en todos los trimestres. Esto evidencia una gestión sostenida en la cobertura y mantenimiento de la audiencia, así como una comunicación efectiva con los diferentes públicos vinculados.

La Variable 2 (V2), correspondiente a las *solicitudes generadas*, permite identificar el nivel de demanda interna de apoyo comunicativo. Su análisis contribuye a valorar la capacidad de respuesta del equipo frente al volumen de requerimientos y la eficiencia en la ejecución de piezas o contenidos solicitados.

En conjunto, el indicador muestra una gestión comunicativa estable, eficaz y alineada con las necesidades institucionales, destacando la capacidad de respuesta y la articulación con las diferentes áreas que solicitan apoyo en comunicación.

Medición del Indicador

Tabla 52. 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 Trim	II Trim	III Trim
V1+V2+V3	(suscritos + visitantes + seguidores) de acuerdo con el canal.	Eficacia	Variable	● 188.339	● 187.219	● 380.087

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

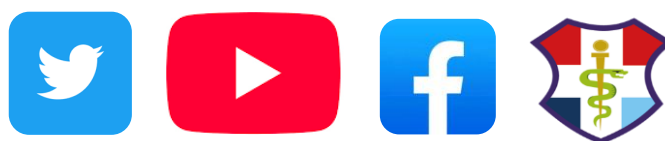
Análisis del Indicador:

Este indicador evalúa el nivel de interacción, alcance y fidelización de los públicos con los diferentes canales digitales institucionales, reflejando el grado de posicionamiento y efectividad de las estrategias comunicacionales.

Durante el primer (188.339) y segundo trimestre (187.219), se observó una tendencia estable, que evidencia la consolidación de una audiencia constante y una gestión sostenida en los canales digitales.

En el tercer trimestre, el número de usuarios (suscritos, visitantes y seguidores) aumentó significativamente a 380.087, lo que representa un crecimiento notable en el relacionamiento digital. Este incremento puede asociarse a un mayor dinamismo en la generación de contenidos, al desarrollo de campañas de alto impacto o al fortalecimiento del posicionamiento institucional en medios digitales.

En conjunto, el indicador refleja un alto nivel de eficacia en la gestión digital, con resultados que demuestran ampliación del alcance, fortalecimiento de la visibilidad institucional y mayor interacción con los públicos objetivo. Se recomienda mantener las estrategias que impulsaron este crecimiento y seguir innovando en formatos y mensajes para sostener la tendencia positiva.



Medición del Indicador

Tabla 53. Impacto de las publicaciones de las redes sociales

Indicador: Impacto de las publicaciones de las redes sociales						
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim
V1+V2+V3	(comentarios + reacciones compartidas + clics)	Eficacia	Variable	● 6.304	● 9.006	● 15.514

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.



Análisis del Indicador:

Durante el primer trimestre, se registraron 6.304 interacciones, cifra que muestra un desempeño positivo y un nivel aceptable de visibilidad. En el segundo trimestre, el impacto aumentó a 9.006, evidenciando un crecimiento sostenido en la interacción con los contenidos en el tercer trimestre alcanzó un total de 15.514 interacciones, lo que representa un incremento significativo respecto a los periodos anteriores y demuestra una mejor conexión emocional y comunicativa con la audiencia. Este resultado sugiere una optimización en la calidad de los contenidos, el uso adecuado de formatos atractivos y una estrategia más efectiva de difusión, con una tendencia ascendente y altamente positiva, que confirma el fortalecimiento del impacto institucional en redes sociales y el éxito de las acciones de comunicación digital implementadas durante el periodo analizado.

3.8.2 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.

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

Análisis de la tarea

Las estrategias adelantadas en el III trimestre del año en curso, tuvo una aceptación positiva por parte del personal del nivel central, se implementaron boletines informativos, protectores de pantalla, con mensajes alusivos a gestión del cambio, se logró difundir información por la intranet y página web, con relación a información de gestión del cambio.

Logros de la gestión.

Fortalecimiento en la implementación de las estrategias con alcance a los establecimientos de sanidad militar.

Medición del Indicador

Tabla 54. Percepciones generadas de las actividades de Gestión del Cambio



Indicador: Percepciones generadas de las actividades de Gestión del Cambio						
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim
V1	Percepciones positivas	Eficacia	100%	● 73.4%	● 61%	● 77%
V2	Participantes					

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El indicador se obtuvo de la encuesta aplicada a la totalidad del personal del nivel central, respondieron 96 personas, de las cuales la mayor participación tiene percepciones positivas de las estrategias adelantadas en gestión del cambio, lo cual indica un nivel de satisfacción superior con respecto al trimestre anterior. Sin embargo, se observa que el personal continuo resistente a responder la encuesta de satisfacción.



Iniciativa 4.

- 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.

4.06%

Esta iniciativa presentó un avance del **4.06%** del **6.60%** proyectado en la vigencia, con una proyección al tercer trimestre de ocho (8) tareas y con un cumplimiento del **88.89%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos del tercer periodo:

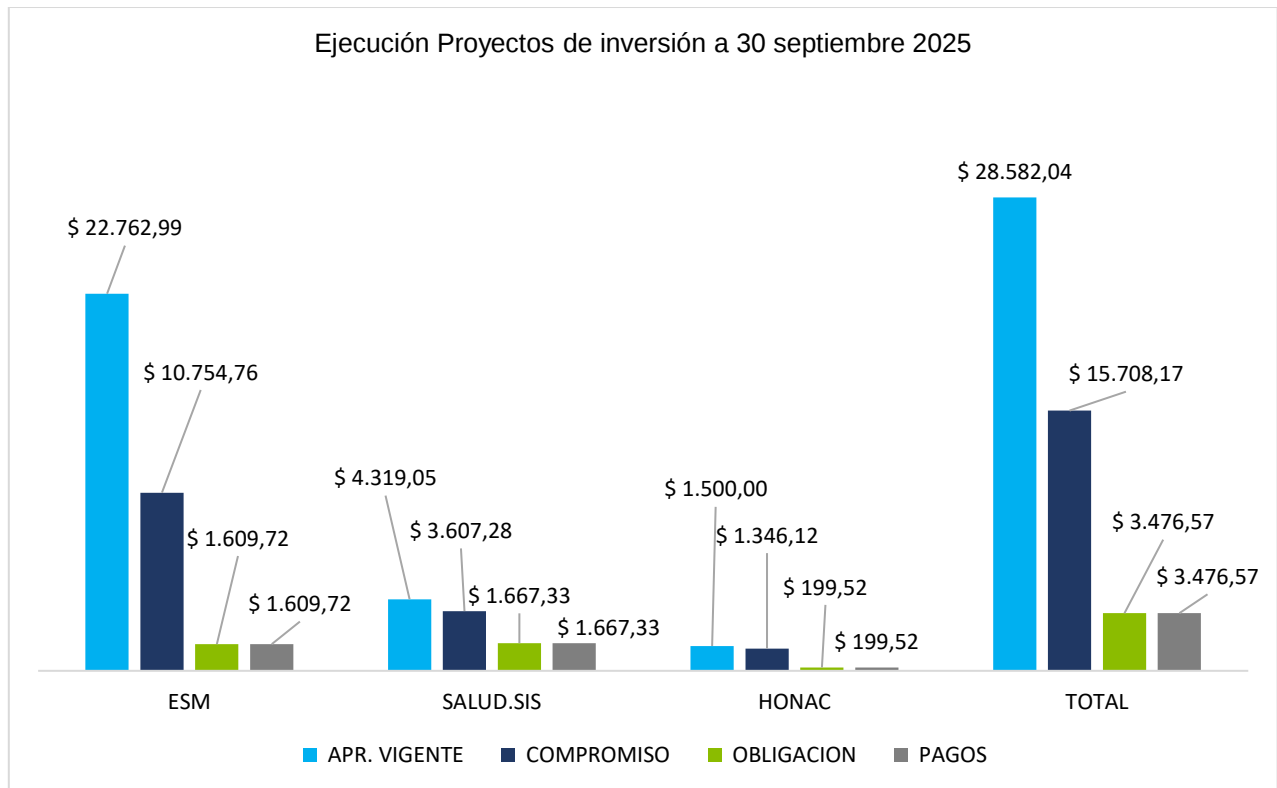
4.1 Área de Desarrollo Institucional (ARDEI)

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:

Ilustración 9. Ejecución Presupuestal de los Proyectos de Inversión.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Compromisos del 55% de la apropiación vigente al cierre del 30 de septiembre de 2025.



Medición del Indicador

Tabla 55. Ejecución de los recursos de inversión



Indicador: Ejecución de los recursos de inversión						
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim
V1	Recursos ejecutados por proyecto	Efectividad	100%	● 15.14%	● 26.85%	● 55%
V2	Recursos asignados por proyecto					

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

A corte 30 de septiembre se tiene una ejecución de los compromisos del 55% de la apropiación vigente.

4.2 Grupo de Aseguramiento en Salud (GRUAS)

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

4.2.1.1 Tarea: Informe de avances de la Hoja de Ruta para el fortalecimiento de la capacidad tecnológica y científica para los estándares de Infraestructura y Dotación de la red propia del SSFM.

Análisis de la tarea:

En cumplimiento de la Directiva Permanente “Actualización de las Directrices del Componente de Capacidad Tecnológica y Científica del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares”, Radicado No. 0124006440602 / MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUAS-ARCAS 23.1 del 26 de junio de 2024, se llevó a cabo el análisis del cumplimiento de los criterios mínimos establecidos para la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Materno Perinatal, mediante informe Radicado N° 0125008287002 / MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUAS-ARCAS del 31 julio 2025, se presenta el análisis que incluyó la evaluación de los estándares de Infraestructura y Dotación, con el objetivo de identificar las necesidades que puedan afectar o condicionar el cumplimiento efectivo de estas Rutas de Atención en Salud, las cuales son de obligatorio cumplimiento al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Logros de la gestión.

Se concluye que la implementación de procesos de autoevaluación y mejora continua permiten identificar oportunidades de fortalecimiento en la prestación de los servicios de salud, lo cual contribuye a la reducción de riesgos y al aumento de la seguridad del paciente. Además, facilita la implementación efectiva de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), asegurando que los servicios estén alineados con el Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS) del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.



Iniciativa 5.

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.

1.52%

Esta iniciativa presentó un avance del **1.52%** del **3.55%** proyectado en la vigencia, con una proyección en al tercer trimestre de tres (3) tarea y con un cumplimiento del **100%** en el desarrollo de esta, a continuación, los resultados estratégicos del tercer periodo:

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

Para el III trimestre 2025, de acuerdo con el Plan de Previsión de Recursos Humanos y Plan de necesidades de las Direcciones de Sanidad Ejército Nacional, Armada Nacional, Jefatura de Salud Fuerza Aérea Colombiana y DIGSA - Nivel Central, se realizaron 24 nombramientos, 3 nuevos nombramientos (reclasificaciones) y 137 encargos de carrera administrativa. La planta efectiva para el III trimestre 2025, tiene provistos 1426 empleos, que representa el 90,4% de la planta total.

De las 152 vacantes, actualmente la DIGSA se encuentra adelantando el proceso de nombramientos ante el Ministerio de Defensa Nacional para la publicación de las hojas de vida del personal de libre nombramiento y remoción y para las vacantes de carrera administrativa se encuentran reportadas en el aplicativo SIMO - OPEC (Oferta Pública de Empleos), para ser provistos a través del concurso público de méritos en la vigencia 2026, de acuerdo con lo informado por la Comisión Nacional del Servicio Civil.

Tabla 56. Planta Efectiva a corte 30 de septiembre.

Empleos	Total	Provistos	Vacantes
Servidores Misionales	710	645	65
Profesionales Defensa	95	85	10
Técnicos Servicios	358	347	11
Técnicos Apoyo Seguridad y Defensa	128	122	6
Auxiliar Servicios	167	160	7
Auxiliar para Apoyo Seguridad y Defensa	115	63	52
Director, Subdirector, Jefe Unidad Seguridad	5	4	1
Total	1.578	1.426	152

Fuente: Elaboración Propia Grupo de Talento Humano -DIGSA



Logros de la gestión.

Se realizaron 137 encargos de carrera administrativa que fue lo más representativo en este periodo, lo que significa que, de los 230 funcionarios de carrera administrativa, el 60% del personal con derechos de carrera se benefició de un encargo de carrera administrativa, dando cumplimiento a la Ley 909 de 2004 derecho preferencial al encargo, como incentivo a este personal. Además, se realizaron 24 nombramientos a nivel nacional, para cubrir las necesidades de personal en los Establecimientos de Sanidad Militar.

Medición del Indicador

Tabla 57. Porcentaje de ejecución del Plan de Previsión de Recursos Humanos.



Indicador: Porcentaje de ejecución del Plan de Previsión de Recursos Humanos						
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim
V1	Número de nombramientos efectuados	Eficacia	100%	● 87.95%	● 89.9%	● 90.4%
V2	Número total de vacantes					

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Para el III trimestre 2025, la planta efectiva actual se encuentra al 90,4%, respecto al trimestre anterior subió el 0,5%, teniendo en cuenta que la planta efectiva a junio de 2025 se encontraba al 89.9%; lo que significa un incremento en la planta total.

5.1.2 Actividad: Caracterizar la planta de personal del SSFM

5.1.2.1 Tarea: Informe análisis cargas laborales ARC-JEFSA y 25% EJC. Anual

Análisis de la tarea

Se realizó el reporte directamente desde tres estructuras planteadas como modelo de generación del estudio de cargas laborales como son la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional como estructura administrativa y en la estructura Misional el Establecimiento de Sanidad Militar CRH correspondiente al Batallón de Sanidad del Ejército Nacional y el establecimiento DMGEM con establecimiento “Gilberto Echeverry”, por los cuales se definió dos modelos de estudio y medición definitiva con el objetivo de caracterizar la planta de personal del SSFM.

La estructura planteada para generar la caracterización del personal se toma desde el siguiente cuadro:



Tabla 58. Cuadro de relación personal registrado por centros de costos y distribuido por Clase de Procesos de enero a julio 2025*

OPERADORES	VINCULACIÓN		
FUERZA	PLANTA	OPS	MILITARES
DIGSA			
ADMINISTRATIVO			
APOYO ADMINISTRATIVO	85	41	18
DIRECCIÓN	29	26	5
EVALUACIÓN	8	24	2
TOTAL ADMINISTRATIVO	122	91	25
MISIONAL	63	49	26
Total, DIGSA	185	140	51
EJC			
ADMINISTRATIVO			
APOYO ADMINISTRATIVO	55	180	268
DIRECCIÓN	32	78	252
EVALUACIÓN	9	68	21
TOTAL, ADMINISTRATIVO	96	326	541
MISIONAL	991	2580	336
TOTAL, EJC	1087	2906	877
ARC			
ADMINISTRATIVO			
APOYO ADMINISTRATIVO	46	74	220
DIRECCIÓN	22	23	77
EVALUACIÓN	10	20	1
TOTAL, ADMINISTRATIVO	78	117	298
MISIONAL	431	391	466
TOTAL, ARC	509	508	764
FAC			
ADMINISTRATIVO			
APOYO ADMINISTRATIVO	27	11	144
DIRECCIÓN	10	9	70
EVALUACIÓN	1	9	7
TOTAL, ADMINISTRATIVO	38	29	221
MISIONAL	223	130	346
TOTAL, FAC	261	159	567
TOTAL, GENERAL	2042	3713	2259

Fuente: Departamento de Costos DIGSA

Gráfico de distribución, por Clase de Proceso a medir en la caracterización:

El número de operadores vinculados como contratistas presenta variaciones por la naturaleza de la contratación, el valor se confirma con la relación evaluada por el mes objetivo de valoración de cargas en estudio.

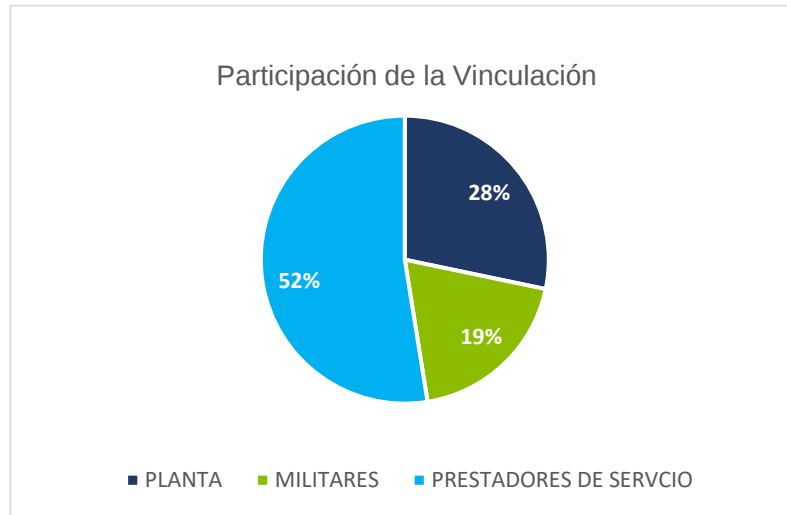
Logros de la gestión.

En el resumen objetivo de la actividad se identifica que el número de prestadores de servicios a todo nivel del SSFM es el mayor grupo de vinculaciones con un promedio estimado por contrato del 52%, lo que orienta la necesidad de valoración de las actividades de los contratistas ante la caracterización de personal que se requiere para la atención de la misión del SSFM, situación que obliga a ampliar la cobertura de la



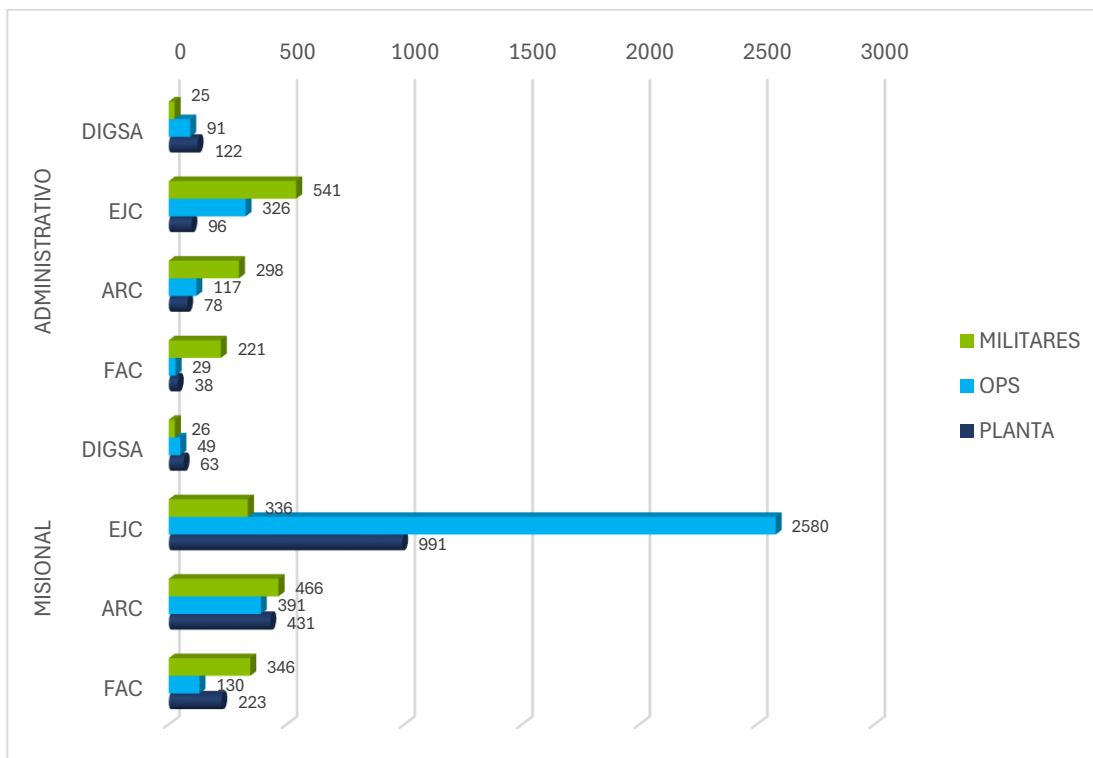
encuesta de cargas laborales como registro de actividades generales y resumen de acciones a caracterizar.

Ilustración 10. Participación de la Vinculación



Fuente: Departamento de Costos DIGSA

Ilustración 11. Gráfico de distribución por Direcciones y Jefatura de Salud



Fuente: Departamento de Costos DIGSA



En la clase administrativo y misional, se identifica una participación más definida en lo administrativo de parte de la DISAN EJC, tanto en OPS como en militares, lo que soporta ante los costos representativos de generar las evaluaciones y caracterización sobre las actividades y su medición estratégica fuera de la categoría de vinculación como planta elaborar un reporte de actividades más extenso que el reporte propio de carga laboral de personal de planta.

En resumen, la elaboración periódica de cargas laborales en los rediseños y formulaciones de distribución del personal en las actividades propias de la DIGSA ante el SSFM requiere ser ampliado, como lo recomienda la guía de Fortalecimiento Institucional del Departamento Administrativo de la Función Pública, a las actividades contratadas con los prestadores de servicios y adicionalmente las ejecutadas por el personal militar.

En esta gestión, se propuso, crear un procedimiento de medición en un modelo austero según lo propone la ley de austeridad del gasto, a través de la realización de una encuesta (relacionada en un archivo Excel con ayudas ofimáticas) para la realización del registro de actividades y tiempos (ejecutándose desde el año 2024), y su posterior consolidación y valoración para los efectos de creación del modelo y herramientas para establecer el balanceo y medición.

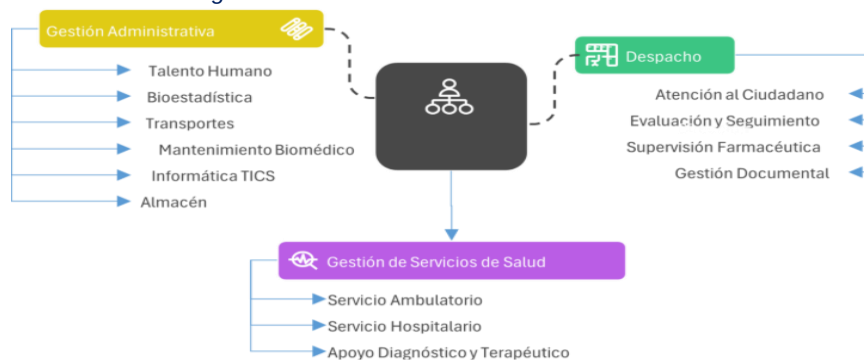
En la ejecución inicial de este proyecto, por el cual se reconoce los procedimientos y ajustes que soporta las necesidades del personal, se procedió a ejecutar las primeras consultas, obteniendo hasta el reporte:

FUERZAS	LEÍDOS
DISAN EJEC	345
DISAN ARC	2867
JEFSA	300
DIGSA	85

El área de costos de la DIGSA a través de los centros de costos por lo cual se establece la distribución presupuestal se reconoce la asignación de operador en estos grupos de operación reconocidos como centro de costo.

CRH-BASAN

Ilustración 12. Diagrama de Estructura de Servicios del CRH-BASAN



Fuente: Servicios del CRH-BASAN



Medición del Indicador

Tabla 59. Personal caracterizado en el VISOR



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

Fuente: Elaboración Propia Grupo Talento Humano.

Análisis del Indicador:

Este resultado propone que las cargas a medir presentaran una oportunidad para la entrega de la documentación requerida ante la mesa Técnica de formalización laboral para este año 2025 eliminando el pendiente para el año 2026 y generando las estructuras de medición de cargas desde los dos modelos propuestos de adecuación de volumen y esbeltez de los procesos y Procedimientos de la DIGSA, entregando una valoración inicial del sistema y su soporte ante la formalización laboral.

La definición de los modelos y la estructuración de la medición orientada a los procesos de medición de los centros de costo genera una meta más próxima a los interés y manejo presupuestal de la entidad, identificando las oportunidades de mejora que se requieren a nivel de la DIGSA ante la actividad que se genera en cumplimiento de lo Misional.

Iniciativa 6.

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

4.06%

Esta iniciativa presentó un avance del **5.58%** del **11.17%** proyectado en la vigencia, con una proyección al tercer trimestre de once (11) tareas y con un cumplimiento del **100%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos del tercer periodo:

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

De acuerdo con los lineamientos establecidos en el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial, guía del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, el Grupo Sistema Integral de Información — Tecnologías de la



Información y las Comunicaciones realizó la priorización de 35 actividades dentro del Modelo de Gestión y Gobierno TI. Durante el tercer trimestre de 2025, se desarrollaron 8 de estas actividades, correspondientes a los siguientes dominios:

➤ **Dominio de Estrategia de TI**

Actualización y seguimiento de la matriz de recursos financieros establecidos en el Plan Anual de Adquisiciones DIGSA 2025, así como con la disposición de vigencias futuras. Esta labor permite fortalecer el control y la gestión de los recursos disponibles, garantizando la continuidad de los servicios y la operación de la infraestructura de Tecnologías de la Información (TI).

➤ **Dominio de Gobierno de TI**

-Se realizó la actualización de las funciones del Grupo de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) SISAM, en concordancia con la estructuración de sus necesidades, su estructura organizacional y los roles definidos.

-Revisión y actualización de catorce procedimientos conforme a los lineamientos establecidos en el Sistema Integral de Gestión.

➤ **Dominio de Gestión de Información**

Mediante con Oficio Radicado No. 0125011264802 del 09/10/2025 se informó el avance de los resultados de la implementación del Modelo de Gobierno de Datos en el tercer trimestre del 2025, este avance se encuentra el ítem 6.2 Grupo Gestión de la Información (GRUGI) del presente documento, en este se describen las actividades proyectadas en la Hoja de Ruta 2025 dentro del Modelo de Gestión y Gobierno TI.

➤ **Dominio de Gestión de Sistemas de Información**

-Actualización del procedimiento Desarrollo y mantenimiento de Software dentro del lineamiento Metodología para el desarrollo de sistemas de información, del MGGTI.

-Se realiza las acciones de supervisión a los procesos contractuales garantizando la gestión y seguimiento al cumplimiento de calidad y cantidad de los servicios y bienes contratados.

-Actualización catálogo de sistema de Información acorde a los lineamientos establecidos por la Política de Gobierno digital para la construcción del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

➤ **Dominio de Gestión de Servicios de TI**

-Actualización del catálogo de servicios tecnológicos, en cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Política de Gobierno Digital. Esta actividad se enmarca en el proceso de construcción del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.



-Se garantiza la continuidad de la infraestructura tecnológica y de los servicios mediante la ejecución de procesos contractuales, así como el seguimiento y control de las actividades de supervisión. Estas acciones aseguran la disponibilidad operativa y la sostenibilidad de los servicios prestados.

-Avance del Plan de Respaldo y Recuperación ante Desastres, desarrollando procedimientos específicos para el respaldo de sistemas de bases de datos, máquinas virtuales, y ambientes de pruebas y productivos. Estos procesos son gestionados mediante herramientas automatizadas y sistemas de almacenamiento que cumplen con criterios de conservación, disponibilidad y recuperación de la información.

➤ Dominio de Gestión de Seguridad

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. Estos activos incluyen: Sistemas de información, Infraestructura tecnológica, Datos e información crítica, Procesos institucionales, Factor humano.

La matriz permitió clasificar los riesgos según su probabilidad de ocurrencia y nivel de impacto, lo que facilitó su priorización para el tratamiento correspondiente. Este enfoque sistemático contribuye a fortalecer la gestión de riesgos y a garantizar la protección de los activos críticos de la organización.

Logros de la gestión.

La ejecución de estas actividades ha facilitado la implementación del Modelo de Gobierno y Gestión de Tecnologías de la Información (TI), conforme a los criterios establecidos en el Marco de Arquitectura Empresarial. Esto ha permitido:

- La organización, planificación y gestión eficiente de la infraestructura TI.
- El fortalecimiento de la seguridad de la información.
- Cumplimiento de los criterios y lineamientos definidos por la Política de Gobierno Digital.

Medición del Indicador

Tabla 50. Nivel de Avance implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI.



Indicador: Nivel de Avance implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI.						
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim
V1	Número de actividades ejecutadas de la hoja de ruta	Eficacia	100%	● 20%	● 42.86%	● 68.57%
V2	Número total de actividades programadas					

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Durante el III trimestre de la vigencia 2025, se ejecutaron las 8 actividades programadas en la hoja de ruta, alcanzando un cumplimiento del 100% en este periodo. Con esta



ejecución, se acumula un total de 24 actividades completadas de las 35 proyectadas para el año, lo que representa un avance general del 68.57%. Este resultado incluye el ajuste correspondiente al plan de mejora, que contempla una actividad pendiente del II trimestre. En resumen, se ha logrado cumplir en su totalidad con las metas proyectadas para el trimestre, manteniendo el ritmo de avance esperado en el plan anual.

6.1.1.2 Tarea: Resultado Implementación Plan de Transformación Digital.

Análisis de la tarea

En el marco de la implementación del Plan de Transformación Digital, se estableció una Hoja de Ruta que contempla un total de 25 actividades para la vigencia actual, Para el tercer trimestre se proyectaron cuatro (4) actividades claves, orientadas a fortalecer los siguientes componentes de la estrategia digital, en lo referente a Arquitectura Empresarial, Gobierno de Datos, Seguridad Digital, Datos Abiertos DIGSA para el Sector Salud, a continuación, se describe las actividades realizadas en cada estrategia:

➤ Arquitectura Empresarial

Durante el tercer trimestre se logró el cumplimiento de 24 actividades proyectadas, lo que representa un avance significativo en la ejecución del modelo. Estas actividades han sido desarrolladas conforme a los dominios priorizados en la Hoja de Ruta del Plan de Transformación Digital 2025. El cumplimiento de las actividades proyectadas ha permitido consolidar la implementación del componente de Gestión y Gobierno TI, fortaleciendo los procesos institucionales y alineando las acciones con los objetivos estratégicos definidos.

➤ Gobierno de Datos

En el marco de la estrategia institucional de Gobernanza de Datos, durante el tercer trimestre se avanzó en la implementación de políticas específicas orientadas al fortalecimiento de este componente. Como parte de este proceso, se realizó la actualización del documento del Modelo de Gestión de Datos, lo cual constituye un elemento clave para consolidar la gestión institucional en esta materia. Estas acciones contribuyen directamente al fortalecimiento de la gobernanza de datos, promoviendo una administración más eficiente, segura y alineada con los lineamientos estratégicos definidos en la Hoja de Ruta.

➤ Seguridad Digital

Durante el tercer trimestre de 2025, el área de Seguridad de la Información de DIGSA logró avances significativos en la implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI), en alineación con el Programa de Transformación Digital. Como parte de este proceso, se completó el diligenciamiento técnico de los ítems correspondientes al autodiagnóstico, abarcando controles clave tales como: Gestión de accesos, Criptografía, Seguridad física, Operaciones, Comunicaciones, Desarrollo de sistemas.



Adicionalmente, se llevó a cabo el diligenciamiento del instrumento de identificación de la línea base de seguridad administrativa y técnica, lo cual permitió evaluar el estado actual de los controles implementados. Este conjunto de acciones garantiza la continuidad en el fortalecimiento de los instrumentos y controles existentes, y establece las bases necesarias para proponer e implementar mejoras con un enfoque centrado en la ciberseguridad.

Se realiza análisis periódicos de los controles implementados para mitigar riesgos tecnológicos, consolidando esta gestión en informes trimestrales. Durante el tercer trimestre de 2025, se documentaron medidas específicas frente a riesgos como:

- ➔ Fallas técnicas en servidores
- ➔ Ataques cibernéticos
- ➔ Pérdida de integridad en sistemas
- ➔ Gestión de accesos

Para el monitoreo, detección y respuesta ante estos riesgos, se utilizaron herramientas especializadas como FortiSIEM, Cortex XDR, Zendesk y respaldos en NAS FORTALEZA.

Entre los principales resultados obtenidos se destacan:

- ➔ Procesamiento de más de 8.6 millones de eventos
- ➔ Bloqueo de accesos maliciosos
- ➔ Aplicación de parches de seguridad
- ➔ Gestión de 724 tickets, con un indicador de resolución del 98.05%.

Asimismo, se coordinó con las áreas de Infraestructura y Operaciones para la remediación de vulnerabilidades detectadas, y se mantuvo la trazabilidad de usuarios mediante la implementación de MFA (Autenticación Multifactor) y controles de acceso.

Se realizó la publicación de conjuntos de datos abiertos en el portal DATOS.GOV.CO, conforme a los lineamientos de transparencia y acceso a la información pública.

Conjuntos de Datos Abiertos Publicados

Obligatorios:

- ➔ Registro de activos de información DIGSA
- ➔ Esquema de publicación de la información DIGSA
- ➔ Índice de información pública clasificada y reservada

Sector Salud:

- ➔ Códigos NO REPS de los Establecimientos del SSFFMM
- ➔ Oficinas de Atención al Usuario Sanidad Militar
- ➔ Comportamiento de Vistas y Descargas

Datos Abiertos DIGSA para el Sector Salud: Se realizó la publicación de conjuntos de datos abiertos en el portal DATOS.GOV.CO, conforme a los lineamientos de transparencia y acceso a la información pública.



Conjuntos de Datos Abiertos Publicados

Obligatorios:

- ➔ Registro de activos de información DIGSA
- ➔ Esquema de publicación de la información DIGSA
- ➔ Índice de información pública clasificada y reservada

Sector Salud:

- ➔ Códigos NO REPS de los Establecimientos del SSFM
- ➔ Oficinas de Atención al Usuario Sanidad Militar

Tabla 60. Comportamiento de Vistas y Descargas

Conjunto de Datos	Vistas	Descargas
Registro de activos de información DIGSA	366	111
Esquema de publicación de la información DIGSA	193	129
Índice de información pública clasificada y reservada	263	70
Códigos NO REPS de los Establecimientos del SSFMM	841	355
Oficinas de Atención al Usuario Sanidad Militar	2122	486

Fuente: Oficina Grupo Gestión de la Información GRUGI

Logros de la gestión.

- ➔ Avance en los criterios del Modelo de Gestión y Gobierno TI, en cumplimiento de los lineamientos del Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial, fortaleciendo los procedimientos y organización del Proceso.
- ➔ Se fortalecieron los criterios de Seguridad y Privacidad de la Información, así como la Ciberseguridad, mediante la gestión de riesgos, la implementación de controles y el monitoreo continuo de incidencias. Estas acciones permitieron identificar eventos que podrían afectar la continuidad del negocio e implementar medidas oportunas para su mitigación.
- ➔ Consolidación de una hoja de ruta para la implementación del Modelo de Gobierno de Datos, mediante la unificación de los entregables definidos por MinTIC en el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial (MRAE), lo que permitirá una planificación más eficiente y alineada con la normatividad vigente.

Medición del Indicador

Tabla 51. Nivel de Avance Actividades Plan de Transformación Digital.



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.



Análisis del Indicador:

Durante el III trimestre de la vigencia 2025, se ejecutaron las 4 actividades programadas en la hoja de ruta, alcanzando un cumplimiento del 100% en este periodo. Con esta ejecución, se acumula un total de 16 actividades completadas de las 25 proyectadas para el año, lo que representa un avance general del 64%. Este resultado incluye el ajuste correspondiente al plan de mejora, que contempla una actividad pendiente del II trimestre, quedando dos actividades del I y II Trimestre pendiente en plan de mejora. En resumen, se ha logrado avanzar en las metas proyectadas para el trimestre, manteniendo un incremento en el avance esperado en el plan anual.

6.1.2 Actividad: Aplicar la metodología para la reformulación y/o actualización del proyecto de inversión del sistema de información para el SSFM.

6.1.2.1 Tarea: Ficha BPIN-proyecto formulado y/o actualizado.

Análisis de la tarea

Se realiza la actualización del documento proyecto de inversión Fortalecimiento a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en la Gestión Asistencial y Administrativa del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares 2027 - 2030, proyectando los siguientes objetivos dentro del horizonte del proyecto.

Mejorar la Integridad e Interoperabilidad de los Sistemas de Información: El objetivo específico se centra en la implementación de un sistema integral que permita la gestión eficiente y unificada de la información en toda la institución. Este objetivo busca superar la fragmentación y la falta de cohesión entre los sistemas de información existentes, facilitando así la toma de decisiones informadas y la mejora de los procesos operativos y administrativos.

Fortalecer la implementación del Modelo Arquitectura empresarial y MSPI: Este objetivo directo centra en la mejora de la calidad y eficiencia de los servicios tecnológicos ofrecidos por la Entidad, con el fin de brindar una experiencia superior a los usuarios internos y externos, igualmente garantizar los pilares de la Seguridad de la Información en lo referente a los criterios de Confidencialidad, Integridad y Disponibilidad.

Actualizar la Tecnología informática y Comunicaciones: Este objetivo se enfoca en garantizar que los servicios tecnológicos proporcionados por la Entidad estén alineados con los últimos avances y mejores prácticas en el campo de la tecnología de la información y la comunicación. Este objetivo busca mejorar la infraestructura tecnológica de la DIGSA y optimizar la entrega de servicios digitales a los usuarios internos y externos.

El documento fue presentado a la Oficina de Planeación, actualmente se encuentra en proceso de verificación y revisión técnica.



Logros de la gestión.

- Proyectar las necesidades de tecnológicas de la información y las comunicaciones que garanticen la continuidad en la prestación de los servicios acorde a la misionalidad institucional.
- Identificar nuevas tecnologías que contribuyan a la mejora de la gestión en los procesos internos.
- Establecer criterios técnicos para la actualización, mejora continua del Sistema de Información SALUD.SIS

6.1.3 **Actividad:** Realizar la gestión para establecer el estado actual de la aplicación y sus bases de datos.

6.1.3.1 **Tarea:** Estudio técnico y funcional del estado actual de SALUD.SIS.

Análisis de la tarea

Durante el periodo supervisado del 12 de julio al 11 de septiembre de 2025, se ejecutaron actividades en el marco del servicio de administración remota de la infraestructura tecnológica que soporta el sistema SALUD.SIS, garantizando su disponibilidad, estabilidad, seguridad y desempeño de la plataforma. Estas acciones fueron ejecutadas sobre los ambientes de Producción, Preproducción, Desarrollo y Pruebas.

Las actividades realizadas fueron:

➤ Diagnóstico general

Durante el periodo se realizó una revisión integral de la infraestructura tecnológica que soportaba SALUD.SIS en los ambientes de Producción, Preproducción, Desarrollo y Pruebas. Se identificaron incidencias de desempeño en Producción, principalmente por limitaciones de IOPS de disco, lo que afectó los tiempos de respuesta de las aplicaciones. El diagnóstico evidenció que la arquitectura balanceaba la carga, pero existían puntos únicos de falla en servicios críticos como Jasper, ETL y Redis, así como en el firewall y la conectividad externa. Se recomendó implementar balanceo interno y duplicidad de instancias en estos servicios, además de coordinar con el proveedor de infraestructura para mitigar las restricciones de rendimiento. Estas acciones buscaron mejorar la disponibilidad, resiliencia y desempeño de la plataforma, asegurando la continuidad operativa y la eficiencia en la gestión de los recursos tecnológicos.

➤ Levantamiento de ficha técnica

Se continuó con la recopilación y organización de la información técnica de los servidores que conforman la infraestructura de SALUD.SIS, abarcando los ambientes de Producción y Pruebas. Para cada servidor se documentaron aspectos como nombre del host, sistema operativo, arquitectura, capacidades, almacenamiento y parámetros



de red, así como su función dentro de la solución. Se consolidaron 16 fichas técnicas en Producción y 12 en Pruebas, facilitando la identificación rápida de recursos y su propósito. Este levantamiento se realizó a partir del inventario existente y de información obtenida en las consolas de administración y sistemas operativos. El objetivo fue mantener una base única y actualizada que agilice diagnósticos, soporte, auditorías y planificación de capacidad, además de servir como insumo para la gestión de cambios y respaldos en todos los ambientes.

➤ **Levantamiento de configuración**

Se ejecutó el levantamiento de la configuración de cada componente de la infraestructura, abarcando parámetros de sistema operativo, servicios, aplicaciones y seguridad. Se documentaron topologías de red, reglas de firewall, esquemas de balanceo y políticas de respaldo. El trabajo consistió en recopilar la configuración vigente directamente de las plataformas y compararla con información previa para detectar desviaciones.

➤ **Verificación de esquema de alta disponibilidad**

Se completó el inventario inicial y la verificación de duplicidad en los componentes de la infraestructura. La arquitectura mantuvo la operación y el balanceo de carga en NGINX, aunque se identificó puntos de falla en servicio y en el firewall perimetral a lo que se brindó recomendación.

➤ **Validación de usuarios**

Se realizó la validación de usuarios en conjunto con la Entidad y su delegado, revisando cuentas administrativas y de sistema operativo para asegurar el mínimo privilegio y la trazabilidad. Se identificaron cuentas inactivas, membresías innecesarias y claves sin rotación, y se propusieron acciones correctivas como la deshabilitación, el ajuste de grupos y la rotación de credenciales. Estas medidas fortalecieron la seguridad y el cumplimiento de las políticas vigentes, sin afectar la operación del sistema.

Revisión y depuración de espacio en disco

Se realizó la depuración de espacio en los entornos preproductivos para resolver alertas por disco lleno, mediante la limpieza de archivos temporales, cachés, logs antiguos y duplicados, así como ajustes puntuales de volúmenes cuando fue necesario. Todas las acciones se coordinaron con los responsables para evitar impactos y se verificó la existencia de respaldos.

➤ **Copias de respaldo**

Se ejecutaron copias de seguridad de manera sistemática antes de cada intervención en las ventanas de gestión de cambios de SALUD.SIS, en coordinación con el grupo SISAM de la Entidad. Cada respaldo fue verificado y se dejó evidencia en la bitácora de cambios. Además, se validaron los procesos de automatización para garantizar la integridad y rápida restauración de las copias.



➤ Soporte a incidencias

Se gestionaron once incidencias, todas fueron asignadas y resueltas oportunamente. Las alertas provinieron principalmente del centro de monitoreo, donde se destacaron casos de alta severidad y un incidente por intentos de inicio de sesión. Cada caso fue atendido siguiendo el ciclo de recepción, diagnóstico, mitigación y cierre, lo que aseguró la trazabilidad y la respuesta efectiva ante eventos críticos.

ID	Usuario	Fecha envío a Asesor	Asesor asignado	Fecha primera respuesta	Fecha primera respuesta	Prioridad	Estado	Tipo	Asunto	Atendido	Fe
4	68096	11/08/2025 9:25	Daniela Bernal	11/08/2025	9:25:00 a. m.	Alta	Resuelto	Incidencias	Plug Monitor	SOC-NOC-EYC	
5	68018	2/09/2025 11:34	Daniela Bernal	2/09/2025	11:34:00 a. m.	Alta	Resuelto	Incidencias	NOTIFICACIÓN ALARMA ALTAI CENTRO DE MONITOREO NOC (DSSA)	SOC-NOC-EYC	
11	68063	25/08/2025 17:48	Daniela Bernal	25/08/2025	3:10:00 p. m.	Alta	Resuelto	Incidencias	Intentos de inicio de sesión	SOC-NOC-EYC	
12	68017	25/08/2025 17:48	Daniela Bernal	25/08/2025	3:08:00 p. m.	Alta	Resuelto	Incidencias	NOTIFICACIÓN ALARMA ALTAI CENTRO DE MONITOREO NOC (DSSA)	SOC-NOC-EYC	
13	68075	25/08/2025 17:48	Daniela Bernal	25/08/2025	3:08:00 p. m.	Alta	Resuelto	Incidencias	Alerta High DSSA	SOC-NOC-EYC	
16	68072	25/08/2025 18:08	Daniela Bernal	25/08/2025	9:31:00 a. m.	Alta	Resuelto	Incidencias	NOTIFICACIÓN ALARMA ALTAI CENTRO DE MONITOREO NOC (DSSA)	SOC-NOC-EYC	
17	68034	26/08/2025 13:03	Daniela Bernal	26/08/2025	9:00:00 a. m.	Alta	Resuelto	Incidencias	NOTIFICACIÓN ALARMA ALTAI CENTRO DE MONITOREO NOC (DSSA)	SOC-NOC-EYC	
18	68754	19/08/2025 13:43	Daniela Bernal	19/08/2025	11:40:00 a. m.	Alta	Resuelto	Incidencias	NOTIFICACIÓN ALARMA ALTAI CENTRO DE MONITOREO NOC (DSSA)	SOC-NOC-EYC	
19	68688	14/08/2025 18:23	Daniela Bernal	14/08/2025	5:36:00 p. m.	Alta	Resuelto	Incidencias	NOTIFICACIÓN ALARMA ALTAI CENTRO DE MONITOREO NOC (DSSA)	SOC-NOC-EYC	
21	68053	13/08/2025 9:33	Daniela Bernal	13/08/2025	9:44:00 a. m.	Alta	Resuelto	Incidencias	NOTIFICACIÓN ALARMA ALTAI CENTRO DE MONITOREO NOC (DSSA)	SOC-NOC-EYC	
22	68005	12/08/2025 11:17	Daniela Bernal	12/08/2025	9:12:00 a. m.	Alta	Resuelto	Incidencias	Alerta High DSSA	SOC-NOC-EYC	

➤ Optimización de arquitectura de solución

Se realizó análisis sobre la optimización de la arquitectura de la plataforma tecnológica, destacando el estado actual, los principales hallazgos y las oportunidades de mejora identificadas. Este abordó aspectos de disponibilidad, desempeño, seguridad y eficiencia operativa, así como las acciones recomendadas para fortalecer la infraestructura de SALUD.SIS.

➤ Reuniones técnicas y coordinación

Se atendieron múltiples sesiones técnicas para revisión de ambientes, conectividad, backups y entrega formal de entornos.

Así mismo se gestionaron ventanas de mantenimiento y transferencia de conocimiento.

- Se documentaron evidencias de cada reunión.
- Se fortaleció la articulación con el grupo SISAM.
- Se garantizó la trazabilidad de cada intervención.

Logros de la gestión.

Ejecución de actividades clave orientadas al análisis, refinamiento y gestión de requerimientos, así como a la planeación y desarrollo de sprints bajo la metodología Scrum. De igual forma, se detalló el estado de las historias de usuario, la ejecución de pruebas, la documentación generada y la transferencia de conocimiento realizada tras el paso a producción de estas. Además, se incluyeron las evidencias de cumplimiento y los mecanismos implementados para garantizar la trazabilidad y calidad del servicio.

Durante el periodo reportado, se logró la entrega en producción de tres requerimientos que fueron definidos para el desarrollo dentro del Sprint 1:

- Productos resultantes de atención migren a correo electrónico (Radicado 66795)



- Ampliación del tamaño del nombre del medicamento en la fórmula médica (Radicado 66989)
- Adecuación de ETL para alimentar bodegas y garantizar ejecución diaria (Radicado 66982)

6.1.4 Actividad: Fortalecer la infraestructura de la plataforma tecnológica garantizando el respaldo de la custodia de la información y sus componentes.

6.1.4.1 Tarea: Informe seguimiento mantenimiento y administración de los componentes del sistema de información (infraestructura, aplicación, bases de datos, sistema de recuperación, etc).

Análisis de la tarea

Durante el tercer trimestre de 2025, la plataforma SALUD.SIS presentó un comportamiento estable, con mejoras operativas orientadas a optimizar la gestión de consultas, fortalecer la interoperabilidad con terceros y realizar ajustes técnicos en la capa de aplicación.

Se llevaron a cabo intervenciones puntuales que incluyeron:

1. Reinicios controlados de servicios.
2. Ajustes en la capacidad de almacenamiento.
3. Validaciones de rendimiento del sistema.

Estas acciones permitieron mantener la continuidad operativa tanto en el entorno de producción como en el de pruebas, los cuales se encuentran alojados en la infraestructura tecnológica ubicada en el Datacenter de FORTALEZA. Específicamente, los aplicativos residen en la máquina PCC (Aplicación) y las bases de datos en la máquina Exxadata 9.

Estas intervenciones contribuyeron a garantizar la disponibilidad, estabilidad y eficiencia del sistema SALUD.SIS, en línea con los objetivos de calidad del servicio y sostenibilidad tecnológica.

Logros de la gestión.

Durante el tercer trimestre de 2025, se llevaron a cabo actividades orientadas a la atención, gestión y seguimiento de incidencias reportadas en el sistema de información SALUD.SIS, a través de la mesa de servicio Zendesk.

Las acciones ejecutadas comprendieron las siguientes etapas del ciclo de gestión de incidencias:

4. Análisis y clasificación de los reportes recibidos.
5. Registro y asignación a los equipos técnicos responsables.
6. Investigación y diagnóstico, incluyendo la identificación de causas raíz.
7. Resolución, mediante la aplicación de correcciones o soluciones técnicas.
8. Validación y documentación del cierre de los casos.



9. Seguimiento a los tickets en proceso o pendientes de insumos.

Este proceso permitió registrar y documentar múltiples tickets. Varios de ellos fueron resueltos satisfactoriamente, mientras que otros permanecen en proceso de validación o en espera de insumos técnicos para su adecuada gestión y cierre.

El presente informe consolida los resultados obtenidos en la atención de incidencias, evidenciando el estado actual de los casos, la capacidad de respuesta técnica y las oportunidades de mejora en la operación del sistema SALUD.SIS.

Medición del Indicador

Tabla 52. Estabilidad de la operación de la plataforma tecnológica



Indicador: Estabilidad de la operación de la plataforma tecnológica						
Variables	Descripción	Tipo	Meta	I Trim	II Trim	III Trim
V1	Número de horas en operación en el periodo	Efectividad	Variable	● 99.53%	● 98.64%	● 98.96%
V2	Número de horas del periodo					

Fuente: Elaboración Propia Grupo Aseguramiento en Salud.

Análisis del Indicador:

Durante el trimestre evaluado, se registraron un total de nueve (9) incidentes relacionados con el Sistema de Información gestionado por el Área de Infraestructura y Operaciones. Estos incidentes corresponden a las siguientes categorías:

- Base de Datos
- Reportes Jasper
- Servicio de Internet

El tiempo total de no disponibilidad asociado a estos incidentes fue de 22,45 horas. De acuerdo con el indicador de Estabilidad de la operación de la plataforma tecnológica, se mantuvo un nivel de operación del 98,96% durante el periodo analizado.

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 establecida para el año 2025 es alcanzar un 55% de ejecución de las actividades contempladas en la Hoja de Ruta para la Implementación del Modelo de Gobierno de Datos en la DIGSA. A la fecha, se cuenta con un acumulado de 68 actividades ejecutadas, distribuidas de la siguiente manera:



- ➔ **Primer trimestre:** Se ejecutaron 48 actividades
- ➔ **Segundo trimestre:** Se sumaron 10 actividades, alcanzando un total de 58 actividades ejecutadas.
- ➔ **Tercer trimestre:** Se realizaron otras 10 actividades, elevando el avance total de implementación a 68 actividades.

Tabla 53. Actividades Desarrolladas III Trimestre 2025.

SEGUIMIENTO III TRIMESTRE 2025				
ITEM	ACTIVIDAD			
GOBERNANZA DE DATOS				
1	Elaborar Glosario de Negocio			
2	Glosario de Negocios DIGSA - Publicación en Gestión de la Información			
3	Glosario de Negocios DIGSA - Publicación en página web			
4	Organización de GD			
5	Elaboración de Circular para definir Equipo de Táctico Operativo para el Gobierno de Datos DIGSA.			
6	Definir funciones del Administrador de Datos			
7	Definir funciones del Custodio de Datos			
8	Elaborar y formalizar acto administrativo del nombramiento del Administrador de Datos			
9	Elaborar y legalizar acto administrativo para formalizar Custodio de Datos			
10	Elaborar estrategia de socialización y difusión			
11	Implementar la estrategia de socialización y difusión: Socialización Gobierno del Dato	Boletines, capsulas, videos, protectores de pantalla	Boletín Información GRUGI semanal	
12			Boletín Información GRUGI mensual	
13			Gobierno de Datos DIGSA mensual	
14			Videos Gobierno de Datos DIGSA mensual	
15			Protectores de pantalla Gobierno de datos	
16			Retroalimentación bloques temáticos difusión Gobierno de datos - Charla personal DIGSA	
17			Elaborar juego interactivo Gobierno de datos	
18			Modelo Gobierno de Datos al Equipo de Táctico Operativo para el Gobierno de Datos DIGSA.	
19			Modelo Gobierno de Datos a Coordinadores y Gestores de calidad DIGSA.	
20	Elaborar Estrategia de Gestión del Cambio			
21	Ejecutar Estrategia de Gestión del Cambio			
22	Elaborar Plan de Capacitación Gobierno de Datos DIGSA 2025			
23	Realizar cronograma de capacitaciones Gobierno de Datos según programación para la vigencia 2025			
24	Presentar Informe ejecución de actividades Plan de Capacitación Gobierno de Datos DIGSA			
25	Realizar seguimiento trimestral a la implementación de la Hoja de Ruta del Modelo de Gobierno de Datos DIGSA, vigencia 2024			
26	Establecer la gobernanza de los datos producidos para soportar los datos abiertos, la interoperabilidad y la analítica institucional de la DIGSA			
CALIDAD DE LOS DATOS				
27	Elaborar Guía de Calidad de Datos DIGSA, versión 1			



SEGUIMIENTO III TRIMESTRE 2025	
ITEM	ACTIVIDAD
28	Definir características de medición de Calidad de Datos inherente
29	Definir características de medición de Calidad de Datos inherente como dependiente del sistema
30	Definir características de medición de Calidad de Datos dependiente del sistema
31	Definir otras características de Calidad de Datos (Registro, captura entre otras)
32	Actualizar Inventario Activos de Información DIGSA
33	Seguimiento trimestral a elaboración de Fichas Técnicas formatos DIGSA
MIGRACIÓN DE DATOS	
33	Flujo de Información: Revisión a la Circular No. 0121009891902 del 23 de septiembre del 2021, Asunto: Formulación Lineamientos para la Gestión de la Información.
34	Flujo de Información: Revisión a la Circular No. 0122004010602 del 6 de abril del 2022, Asunto: Formulación Lineamientos para la Gestión de la Información DIGSA, DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSa
35	Elaborar documento borrador: Guía de cargue y actualización Dispositivos Médicos en SALUD.SIS
36	Elaborar documento borrador: Guía de cargue y actualización Dispositivos Médicos en la ERP - SALUD
37	Proyección de propuesta de Macroprocesos para impactar el Gobierno de Datos
CICLO DE VIDA DE LOS DATOS	
38	Definir características que se deben incluir en la elaboración de procesos de la Entidad para el Flujo de Información dentro del Ciclo de Vida de los Datos en la DIGSA.
ADMINISTRACIÓN DE DATOS MAESTROS	
39	Actualizar Inventario de Datos Maestros DIGSA
40	Elaborar el inventario de necesidades de información
41	Elaborar inventario de necesidades tecnologías para transformar información de entrada DIGSA
42	Elaborar el inventario de uso de información
43	Elaborar el ecosistema de datos DIGSA
44	Elaborar Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y la Comunicaciones (PETI)
45	Realizar seguimiento trimestral a los indicadores del PETI 2024
46	Elaborar Plan Estadístico Anual DIGSA
47	Documentar el Procedimiento de Datos Abiertos DIGSA
48	Elaborar el Plan de Apertura de Datos Abiertos
49	Identificar datos abiertos DIGSA para el sector salud
50	Publicar y/o Actualizar datos abiertos en el portal Datos.gov
51	Elaborar del Catálogo de Dispositivos Médicos
55	Elaborar acto administrativo para formalizar el catálogo de dispositivos médicos de la DIGSA
53	Elaborar el plan de capacitación del Catálogo de Dispositivos Médicos
54	Elaborar el cronograma de capacitación del Catálogo de Dispositivos Médicos
55	Depurar los datos registrados en los sistemas de información referente a los equipos biomédicos
56	Depurar los datos registrados en los sistemas de información referente a los repuestos de los equipos biomédicos
57	Elaborar propuesta de unificación de los procedimientos de los sistemas de información de la DIGSA, para el cargue de los dispositivos médicos en los módulos del SILOG-SAP de Plan de Compras, Contratos y Almacén.
58	Realizar seguimiento trimestral a la Calendarización, según Flujo de Información DIGSA 2024 - 2025
59	Realizar seguimiento trimestral a la Calendarización, según Flujo de Información DIGSA 2025
60	Realizar el seguimiento semanal a la Calendarización DIGSA 2024 - 2025
61	Realizar el seguimiento semanal a la Calendarización DIGSA 2025
62	Elaborar documento para actualizar el Flujo de Información DIGSA
63	Indicadores PROGI
64	Revisar y documentar el procedimiento para Uso del Código Postal Colombiano en la DIGSA.
65	Elaboración de la Guía para la Formulación y Análisis de Indicadores DIGSA 2025



SEGUIMIENTO III TRIMESTRE 2025	
ITEM	ACTIVIDAD
SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	
66	Actualizar el Sistema Gestión de Seguridad de la Información
67	Revisar y actualizar el procedimiento de clasificación de activos de información
GOBIERNO Y GESTIÓN DE TI	
68	Implementación de Procesos de Fabrica de Software para la Gestión de los Sistemas de Información de la DIGSA

Fuente: Elaboración Propia Grupo Gestión de la Información.

Logros de la gestión.

En cumplimiento de los plazos sectoriales establecidos mediante el Memorando M20250813009958 del 13 de agosto de 2025, el 27 de agosto se llevó a cabo la actualización de cinco conjuntos de datos abiertos en el portal oficial Datos.gov, consolidando un importante avance en materia de transparencia y acceso a la información pública:

- Registros de activos de información DIGSA.
- Esquema de publicación de la información DIGSA.
- Índice de información pública clasificada y reservada.
- Códigos No REPS de los establecimientos del SSFM.
- Oficinas de atención al usuario – Sanidad Militar.

Como parte de este proceso, se destaca especialmente la publicación por primera vez de los conjuntos de datos No. 4 y No. 5, lo cual representa un hito estratégico en la implementación de la Hoja de Ruta del Modelo de Gobierno de Datos en la DIGSA. Esta acción fortalece los pilares de la gestión pública moderna: transparencia, rendición de cuentas y participación ciudadana.

Este logro no solo evidencia el compromiso institucional con el cumplimiento de las metas trazadas, sino que también aporta insumos clave para la Matriz ITA, promoviendo una cultura organizacional orientada a la confianza ciudadana y al mejoramiento continuo de la gestión.

Como parte de los esfuerzos para fortalecer la gestión institucional de datos, se encuentra en desarrollo la unificación de los entregables definidos por MinTIC en el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial (MRAE). Este proceso tiene como objetivo consolidar una hoja de ruta única para la implementación del Modelo de Gobierno de Datos en la DIGSA, permitiendo una planificación más eficiente, coherente y alineada con los estándares establecidos, según la normatividad.

Medición del Indicador

Tabla 61. Avance implementación Modelo Gobierno de Datos



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Se cuenta con un acumulado de 68 actividades, lo que representa el 80% de avance al III trimestre.

El avance del II a III trimestre del 2025 paso del 30.53% al 80% considerando que, en coherencia con el alcance real del modelo, la capacidad institucional y la orientación estratégica de las acciones, se solicitó ajustar la meta del cuatrienio a 85 actividades establecidas.

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





Iniciativa 7.

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 **6.60%** proyectado en la vigencia, con una proyección al tercer trimestre de cuatro (4) tareas y con un cumplimiento del **66.67%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos del tercer periodo:

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

Se construyó la matriz base correspondiente al primer semestre de 2025 a partir del reporte de costos reales por centro de costo y reporte de valores estadísticos que se obtiene del módulo Controlling de SAP. A partir de esta información se realizó la distribución de gastos administrativos de los procesos gerencial, misional, apoyo y evaluación. Para determinar el costo real por procedimiento médico (CUPS) realizado en los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM), se utilizó la metodología de Costeo ABC entendiéndose como la distribución de costos indirectos a las especialidades prestadas asignando los costos totales por especialidad a los CUPS realizados teniendo como criterio de distribución el Valor de la Unidad de Valor Tributario (UVT).

Logros de la gestión.

Análisis de costos por tipo de proceso, la desagregación de elementos del costo, el análisis de costos por cada servicio activo en el Portafolio de la regional o ESM y costo global por paciente atendido. Como producto de estas sesiones de socialización los ESM presentaron acciones y compromisos encaminados al mejoramiento de la calidad del dato y del seguimiento y control del costo en la red interna.

Medición del Indicador

Tabla 62. Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS.



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.



Análisis del Indicador:

Para 67 centros de costo se cumplió con el criterio de distribución de UVT en un 100%. Una vez realizado el proceso de distribución de costos hacia CUPS se encontraron: Datos atípicos en algunas especialidades, CUPS que no se encuentran en la Resolución vigente, CUPS sin inductores para asignar un costo (se facturan a tarifa institucional o no se facturan), y desviaciones que se continúan en análisis para determinar las causas y acciones de mejora en los futuros reportes.

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

En cumplimiento al periodo de transición establecido para la implementación del Mecanismo único de validación RIPS-FEV por parte de las IPS de la red externa, se han recibido archivos de RIPS en formato txt establecido en el anexo técnico de la Resolución 3374 de 2000 y a su vez archivos JSON bajo los parámetros del anexo técnico de la Resolución 2275 de 2023, por parte de las DISAN EJC. ARC y JEFSA FAC.

Para dar cumplimiento a la Actividad, se participó en las pruebas de cargue del archivo RIPS en formato JSON de las cuales surgieron requerimientos adicionales al desarrollo de Auditoria en SALUD.SIS.

Logros de la gestión.

La gestión realizada permitió evidenciar la importancia de contar con el habilitador tecnológico para la implementación de la normatividad relacionada y la conversión de archivos a formato de Excel, que una vez auditados y confirmados estén disponibles para la lectura, procesamiento y análisis por parte del Grupo Planeación Estratégica - Área Costos y Estadística dado su impacto en los procesos de construcción del Perfil epidemiológico, la Gestión del Riesgo, el procesamiento de indicadores de calidad en salud, la elaboración de Notas técnicas y la construcción de la Herramienta del gasto en salud Minhacienda para la vigencia 2025.

Medición del Indicador

Tabla 63. Porcentaje de gasto de la red externa sustentado en RIPS.



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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador: Aún no se cuenta con información procesada correspondiente al II trimestre de 2025, por lo cual no se reporta resultado para este indicador.



0.51%

8 Actualización del marco normativo del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Esta iniciativa presentó un avance del **0.51%** del **1.02%** proyectado en la vigencia, con una proyección al tercer trimestre de una (1) tarea y con un cumplimiento del **100%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos del tercer periodo:

8.1.1 Actividad: Realizar el control de legalidad frente a los proyectos de actualización del marco normativo para el SSFM

8.1.1.1 Tarea: Conceptos de viabilidad jurídica.

Análisis de la tarea

La tarea de realizar el control de legalidad frente a los proyectos de actualización del marco normativo para el SSFM consiste en revisar que las propuestas de modificación o creación de normas se ajusten al marco jurídico vigente, verificando que sean compatibles con leyes superiores, que la autoridad proponente tenga competencia legal, que no se generen contradicciones normativas ni riesgos jurídicos, y que se respete el debido proceso legislativo o reglamentario; como resultado, se emite un concepto de viabilidad jurídica que determina si el proyecto puede avanzar, requiere ajustes o debe ser descartado por falta de sustento legal.

Logros de la gestión.

Esta actividad genera varios logros concretos dentro de la gestión institucional, entre ellos: fortalece la seguridad jurídica de los procesos normativos, garantiza la legalidad y transparencia en la toma de decisiones, previene riesgos legales que puedan afectar la implementación de políticas públicas, mejora la calidad normativa al asegurar coherencia y compatibilidad con el marco legal vigente, y optimiza la gobernanza al proporcionar conceptos técnicos que respaldan la viabilidad jurídica de los proyectos, lo que contribuye directamente al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la DIGSA.

Medición del Indicador

Tabla 64. Total, conceptos de viabilidad jurídico

Indicador: Total, conceptos de viabilidad jurídico				
Variables	Descripción	Tipo	Meta	Avance al III Trim
V1	Sumatorios conceptos emitidos	Eficacia	100%	270

Fuente: Elaboración Propia Grupo Asuntos Legales.

Análisis del Indicador:



El control de legalidad se concentra principalmente en actos administrativos, que representan más del 90% de los documentos revisados, lo que implica una alta exposición a riesgos operativos si no se realiza una revisión jurídica rigurosa. Aunque los lineamientos y conceptos jurídicos son menos frecuentes, su impacto normativo es alto, por lo que requieren especial atención en cuanto a su legalidad y coherencia. Los normogramas, aunque representan una proporción moderada, son clave para la organización normativa interna y deben mantenerse actualizados para evitar errores estructurales.

Tabla 65. Conceptos de Viabilidad Jurídica.

Categoría	Registros	Porcentaje (%)
Actos Administrativos	246	91.11%
Lineamientos	2	0.74%
Conceptos Jurídicos	3	1.11%
Normogramas	19	7.04%
Total	272	100%

Fuente: Elaboración Propia Grupo Asuntos Legales.

El control de legalidad en estos cuatro ámbitos permite garantizar que la gestión institucional se realice dentro del marco jurídico, previniendo errores, fortaleciendo la gobernanza, y asegurando la transparencia. Cada tipo de documento revisado cumple una función distinta, pero todos convergen en el objetivo de asegurar que las decisiones y normas sean legítimas, válidas y aplicables.



9 Acrónimos

ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
AMEC	Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud
ARC	Armada Nacional
ARCAS	Área de Calidad en Salud
ARSIG	Área de Sistemas Integrados de Gestión
ATEUS	Atención al Usuario
ASIS	Análisis de Situación de Salud
CACOM	Comando Aéreo de Combate
CCI	Comité de Control Interno
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
ITA	Índice de Transparencia y Acceso a la Información Pública
JEFSa	Jefatura Sanidad Fuerza Aérea
MATIS	Modelo de Atención Integral en Salud.
MDN	Ministerio de Defensa Nacional.
mhGAP	Programa de atención para superar las brechas en Salud Mental
MIPG	Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
PETI	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información
PGD	Programa de Gestión Documental
PQRS	Peticiones, Quejas y Recomendaciones
RCCVM	Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica
RIAS	Rutas Integrales de Atención
SCI	Sistema de Control Interno
SGA	Sistema de Gestión Ambiental
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SG-SST	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
SIRECI	Sistema de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes
SISPRO	Sistema Integrado de Información de la Protección Social
SOGCS	Sistema Obligatorio garantía de la Calidad en Salud
SSFM	Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares
SSMP	Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional
UASO	Unidades de Apoyo a la Salud Operacional
UPC	Unidad de pago por capitación
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



10 Definiciones

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



ítem	Descripción
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.

