DIRECCIÓN GENERAL
DE SANIDAD MILITAR

Avance Ejecución
Cuarto Trimestre

Plan de Acción
2025

Contenido de Tablas

Tabla 1. Cumplimiento de la ISO 14001 - SGA 8
Tabla 2. Porcentaje de Ejecución presupuestal trimestral 10
Tabla 3. Porcentaje de Cumplimiento Sistema Integrado Gestión MIPG 11
Tabla 4. Porcentaje de Cumplimiento Sistema Integrado Gestión SIG 12
Tabla 5. Porcentaje del avance de las actividades de catalogación 14
Tabla 6. Porcentaje de cumplimiento del seguimiento a la administración de los riesgos 15
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 16
Tabla 8. Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento. 17
Tabla 9. Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal 18
Tabla 10. Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica 19
Tabla 11. Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM. 21
Tabla 12. Cobertura atención integral en salud de la población víctimas del conflicto. 23
Tabla 13. Avance de la implementación de la RIAS 25
Tabla 14. Cobertura vacunación en niños menores de cinco años del SSFM 25
Tabla 15. Oportunidad de referencia del usuario a una institución mayor complejidad. 28
Tabla 16. Oportunidad de la autorización de Servicios. 29
Tabla 17. Porcentaje Demanda Insatisfecha 30
Tabla 18. Población por fuerza 31
Tabla 19. Porcentaje de disponibilidad oferta de servicios por nivel de complejidad de acuerdo con normatividad vigente. 35
Tabla 20. Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud. 36
Tabla 21. Porcentaje de comités gestionados para el SSFM 39
Tabla 22. Proporción vigilancia acciones inseguras prestación de servicios de salud. 41
Tabla 23. Indicadores Calidad en Salud 42
Tabla 24. Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de los Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud. 42
Tabla 25. Porcentaje de cumplimiento al programa de auditoria red externa del SSFM 43
Tabla 26. Desarrollo de Auditorias. 44
Tabla 27. Auditorias de Salud de Calidad en Salud Red Propia - 2025 45
Tabla 28. Porcentaje de auditorías 45
Tabla 29. Seguimiento III Trimestre y Cierre 2024 - 2025 por Fuerza 47
Tabla 30. Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza. 47
Tabla 31. Gestión de eventos e incidentes serios y no serios asociados a dispositivos médicos 48
Tabla 32. Porcentaje Mantenimiento fortalecimiento de la dotación biomédica SSFM. 50
Tabla 33. Análisis Especifico por tipo de evento en heridos. 51
Tabla 34. Análisis Especifico por tipo de evento de muertos. 52
Tabla 35. Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitación. 56
Tabla 36. Reporte Tipología PQRS 57
Tabla 37. Tasa de PQRS. 58
Tabla 38. Variables del Indicador de Tasa. 58
Tabla 39. Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días 59
Tabla 40. Variables del Indicador Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días 59
Tabla 41. Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos. 60

Tabla 42. Variables del Indicador de usuarios que conocen sus deberes y derechos 60
Tabla 43. Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar 61
Tabla 44. Seguimiento compromisos en espacios de participación social por territorio....62
Tabla 45. Percepción usuarios respecto humanización del servicio de salud en los ESM63
Tabla 46. Usuarios inactivados Base Datos SSFM causales de extinción de derechos ...64
Tabla 47. Estadística publicaciones generadas de acuerdo a solicitudes de la entidad ...66
Tabla 48. Relacionamiento usuarios con los canales digitales vigentes en la entidad.....66
Tabla 49. Impacto de las publicaciones de las redes sociales 67
Tabla 50. Percepciones generadas de las actividades de Gestión del Cambio.....69
Tabla 51. Ejecución de los recursos de inversión 70
Tabla 52. Fortalecimiento del Estándar de Infraestructura 2025 71
Tabla 53. Planta Efectiva a corte 16 de diciembre de 2025.....74
Tabla 54. Porcentaje de ejecución del Plan de Previsión de Recursos Humanos. 74
Tabla 55. Personal caracterizado en el VISOR 78
Tabla 56. Avance implementación Modelo Gobierno de Datos 92
Tabla 57. Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS. 94
Tabla 58. CUPS caracterizados a Costo estándar 95
Tabla 59. Historia de usuario para el módulo CEC 96
Tabla 60. Porcentaje de gasto de la red externa sustentado en RIPS. 98
Tabla 61. Total, conceptos de viabilidad jurídico 99
Tabla 62. Conceptos de Viabilidad Jurídica. 100

Contenido de Ilustraciones

Ilustración 1. Avance Iniciativas Estratégicas al IV Trimestre 2025 6
Ilustración 2. Ejecución presupuestal a cierre 11 de diciembre de 2025 9
Ilustración 3. índice de Gestión y Desempeño Institucional.....12
Ilustración 4. CTC Según Concepto IV Trimestre 2025.....31
Ilustración 5. Gasto CTC - IV Trimestre 2025 32
Ilustración 6. CTC Según Concepto - IV Trimestre de 2025.....32
Ilustración 7. Gasto CTC Concepto Odontología - IV Trimestre de 2025 32
Ilustración 8. Reporte Acciones Inseguras por Fuerza. 40
Ilustración 9. Ejecución Presupuestal de los Proyectos de Inversión. 70
Ilustración 11. Pareto Actividades más contratadas.....76
Ilustración 12. Estimación de la Formalización 5 Años.....77

Introducción

El presente documento expone 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 la ejecución 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, cabe resaltar que dos tareas de la iniciativa siete (7) se cerraron extemporáneamente de la fecha final y los valores de ejecución del plan de Acción de la herramienta es menor con la ejecución real extemporánea.

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.

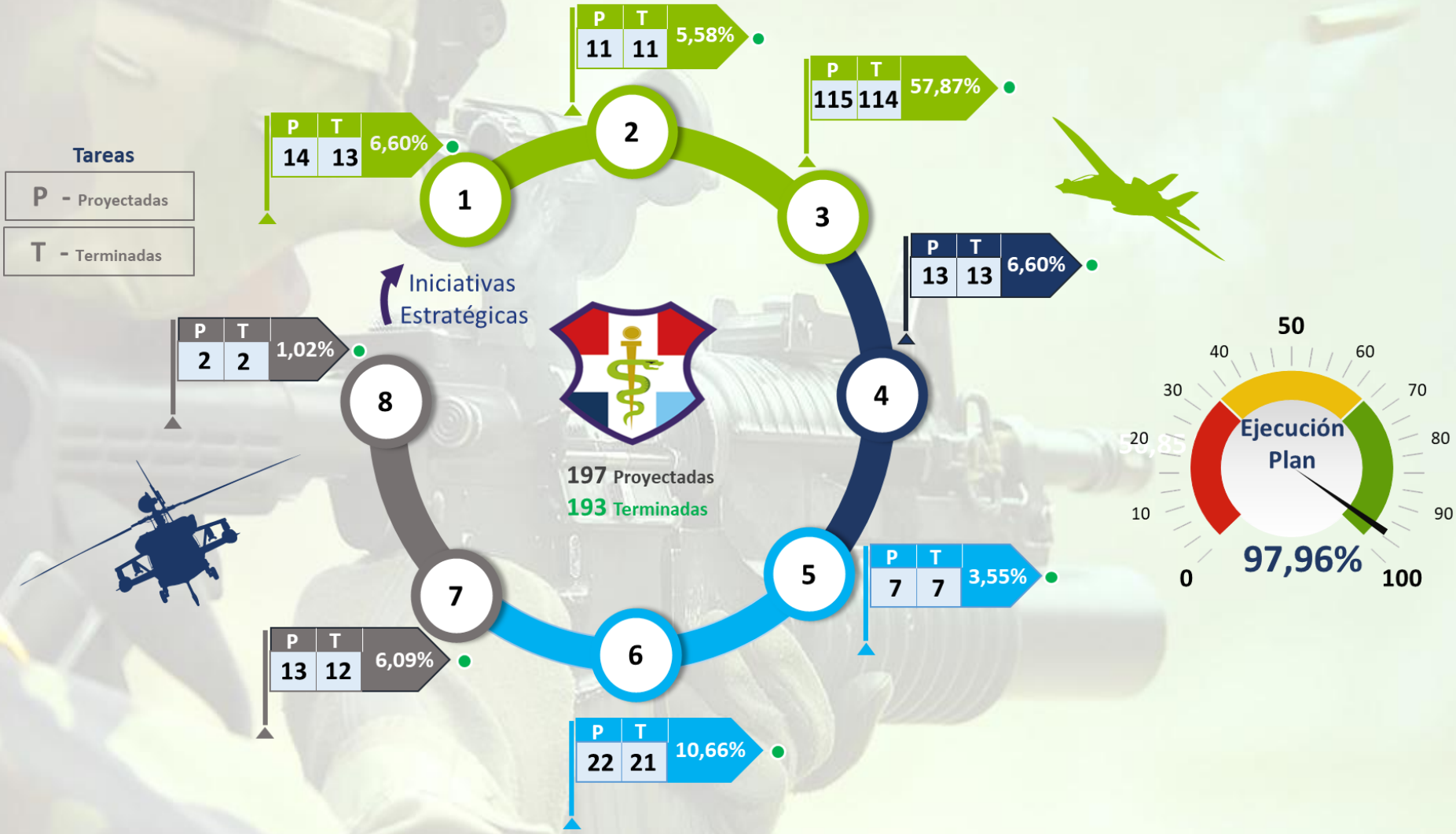
A continuación, se presentan los resultados obtenidos, así como el comportamiento de sus indicadores, de acuerdo con la periodicidad establecida y el cumplimiento de las metas proyectadas durante la vigencia 2025.

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

Plan de Acción

01 de enero al 31 de diciembre 2025

Ilustración 1. Avance Iniciativas Estratégicas al IV 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.

6.60%

Esta iniciativa presentó una participación en la ejecución del 6.60% del 7.11% planeado, con una proyección de catorce (14) tareas en la vigencia 2025 y con un cumplimiento del 92.86% en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos del cuarto trimestre:

1.1 Grupo Aseguramiento en Salud (GRUAS)

1.1.1 **Actividad:** Actualización del Acuerdo 054 de 2013 "Por el cual se fijan políticas en materia de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico, en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"

Tarea: Propuesta de Actualización del Acuerdo 054 de 2013.

Análisis de la tarea

- Tarea sin finalizar: Se realizan avances en la obtención de información técnica y normativa por parte del Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación (Minciencias) y JEMCO que sirva como insumo para la futura actualización del Acuerdo de Investigación en Salud, con el fin de alinearlo con las políticas nacionales de ciencia, tecnología e innovación, sin embargo, el proceso para la actualización se pretende fortalecer en la vigencia 2026, por lo anterior la tarea será programada en el Plan de Acción de la Vigencia 2026.

Logros de la gestión.

Contar con insumos estratégicos provenientes del Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación (Minciencias) y JEMCO que permitan fundamentar la actualización del acuerdo, garantizando coherencia con estándares nacionales y fortaleciendo la capacidad investigativa del SSFM.

1.1.2 **Actividad:** Alcance al Acuerdo 002 de 2001 " Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial " para la prestación de servicios y provisión de tecnologías en salud por parte del SSFM.

Tarea: Lineamientos actualizados relacionados con las disposiciones generales para la adopción y uso de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud- CUPS y las exclusiones aplicables al Acuerdo 002 de 2001.

Análisis de la tarea

Emisión de la Directiva Transitoria con asunto Establecer y actualizar las disposiciones generales para la adopción y uso de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud-CUPS para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares establecida en la Resolución 2641 del 23 diciembre de 2024. Así mismo se realiza un trabajo articulado entre el SSMP para lograr la actualización del Acuerdo de Plan de Servicios y Tecnologías en Salud.

Logros de la gestión.

Actualización del Acuerdo N° 093 de 2025 "Por el cual se establece el Plan de Servicios y Tecnologías en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional" del 08 octubre de 2025.

1.2 Grupo Gestión del Riesgo (GRERI)

1.2.1 **Actividad:** Planificar y monitorear la mejora en la gestión por procesos del Sistema Integrado de Gestión SIG y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

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

Análisis de la tarea

Con relación al porcentaje anual de cumplimiento, el Sistema de Gestión Ambiental concreto un 90% enmarcado en la formulación de directrices y ejecución de lineamientos en actividades de gestión de residuos sólidos, consumo de energía y agua, capacitaciones, consumo de papel y emisiones atmosféricas. Así mismo, se realizó la verificación de los aspectos e impactos ambientales generados en los ESM y el cumplimiento de la implementación del SGA en los ESM priorizados.

Logros de la gestión.

Se realizaron los lineamientos del Sistema de Gestión Ambiental y el manual del sistema de gestión ambiental las cuales, se adelantó con las Direcciones de Sanidad, los ESM y la propia Dirección General la línea base de consumos de energía, agua, combustible y papel. Así mismo, se realizaron actividades para el manejo de residuos, el ahorro del agua, la energía y los recursos en todas las sedes. Se han generado ahorros significativos en agua y energía de las sedes priorizadas.

Tabla 1. Cumplimiento de la ISO 14001 - SGA

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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

Se realizó un impacto significativo en el avance a la implementación y planificación del SGA, debido a que se logró identificar una línea base para los indicadores de gestión ambiental, así mismo, identificar la importancia de las partes interesadas en el SGA de cada uno de los ESM priorizados y de las amenazas, fortalezas, debilidades y oportunidades que puede brindar el SGA a la organización en cada una de sus instalaciones. Se diseño la matriz de cumplimiento del SGA, con el fin de establecer el porcentaje real de avance en la implementación de este, en todos los ESM y las Direcciones de Sanidad y JEFSA.

1.3 Grupo Gestión Financiera (GRUFI)

1.3.1 **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.

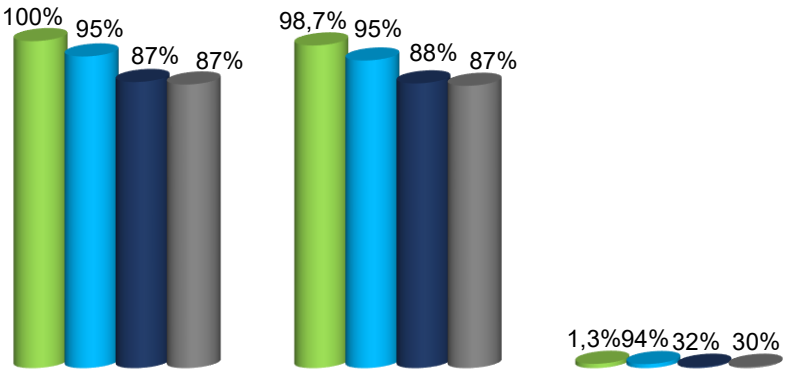
Tarea: Ejecución presupuestal recursos aprobados para vigencia.

Análisis de la tarea

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

- Apropiación Vigente $ 2.206.351.040.169,00
- Apropiación bloqueada $ 28.478.000.000,00
- Apropiación Disponible $ 2.177.873.040.169,00
- Compromisos por valor de $ 2.075.868.283.604,92 los cuales representan el **95%.**
- Obligaciones por valor de $1.905.555.650.323,11 los cuales representan el **87**%.
- Pagos por valor de $ 1.889.119.399.949,56 los cuales representan el **87%.**

Ilustración 2. Ejecución presupuestal a cierre 11 de diciembre de 2025



	TOTAL	FUNCIONAMIENTO	INVERSION
APR. VIGENTE	2.177.873	2.149.291	28.582
COMPROMISO	2.075.868	2.048.989	26.879
OBLIGACION	1.905.556	1.896.533	9.022
PAGOS	1.889.119	1.880.460	8.659

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 $ 2.075.868.283.604,92 lo que representa el 95% 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 2. Porcentaje de Ejecución presupuestal trimestral

Indicador: % Ejecución Presupuestal							
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Trim**	**II Trim**	**III Trim**	**11/12/25**
V1	Total, de compromisos Acumulados	Eficacia	**90%**	**56%**	**69%**	**89%**	**99.95%**
V2	Apropiación total Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

Al cierre de la vigencia 2025, se logra una ejecución del 99.95% de los recursos asignados al Subsistema de Salud 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 a los informes de avance de ejecución que se envía a cada Dirección de Sanidad Milita y Jefatura de Salud.

1.4 Área de Sistemas Integrados de Gestión (ARSIG)

1.4.1 **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

Se formularon para la vigencia 85 actividades con sus productos, 44 para el IV trimestre, de las cuales se han ejecutado con corte 18-12-2025 35, logrando ejecución del 80% para el periodo y el 89% del total planificado, aportando a las Dimensiones 3. Gestión con Valores para Resultados, 1. Talento Humano, 5. Información y Comunicación, 6. Gestión del conocimiento y la Innovación, 7. Control Interno, y 2. Direccionamiento Estratégico y Planeación.

Se evidenció el avance en la Implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI, la gestión a través de la matriz de responsabilidades Índice de Transparencia y Acceso a la

Información - ITA, el avance en planes de acción de autodiagnóstico de rendición de cuentas, estrategia de participación ciudadana y autodiagnóstico de la Gestión Estratégica del Talento Humano del SSFM fortaleciendo el autocontrol 2025.

Medición del Indicador

Tabla 3. Porcentaje de Cumplimiento Sistema Integrado Gestión MIPG

Indicador: Porcentaje de Cumplimiento MIPG							
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Trim**	**II Trim**	**III Trim**	**IV Trim**
V1	Actividades realizadas MIPG periodo	Eficacia	90%	100%	100%	100%	89%
V2	Total, actividades de la hoja de ruta MIPG						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

Dado que se formularon para la vigencia 85 actividades y de las 44 programadas para el IV trimestre se han ejecutado con corte 18-12-2025 35, es decir el 80% para el periodo y el 89% del total planificado. El indicador muestra consistencia total en el cumplimiento de las actividades MIPG durante los cuatro trimestres evaluados, superando la meta establecida por un margen del 10%. Su comportamiento refleja un compromiso por parte de todas las áreas y grupos de la Dirección General de Sanidad Militar en la implementación del Sistema Integrado de Gestión en el componente de MIPG.

1.4.2 **Actividad:** Monitorear el desarrollo de la primera y segunda líneas de defensa al Plan de Trabajo SIG.

Tarea: Informe de avance Plan de trabajo SIG.

Análisis de la tarea

En el Plan de Trabajo se formularon 17 actividades para la evaluación de la gestión y el desempeño de los procesos, que integraron actividades de asesoría y acompañamiento a la primera línea de defensa en su operación, seguimiento en el monitoreo y gestión de riesgos, indicadores y mejora articulando los aportes del SIG en la gestión del conocimiento general mediante el desarrollo de los Comités Operativos de Calidad, así como para el MATIS, MIPG y el Sistema de Administración de Riesgos del Asegurador y Prestador de Servicios de Salud SAR, en cumplimiento a la normativa vigente, los interesados y grupos de valor.

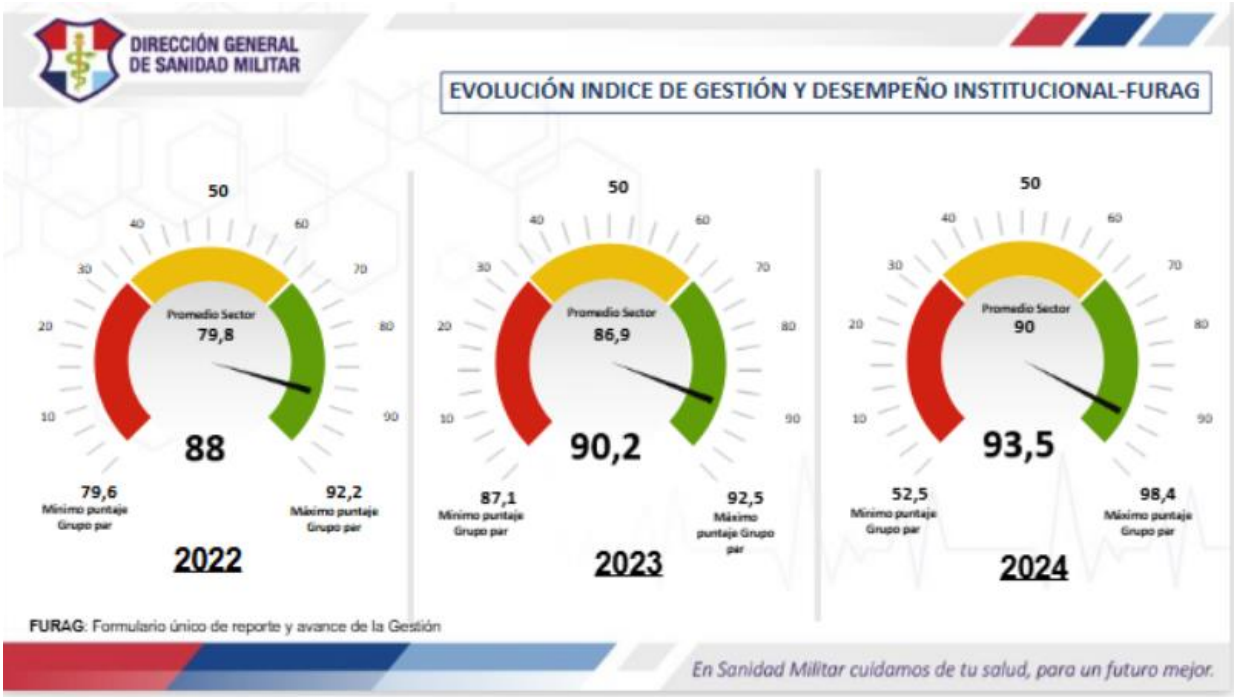
A la fecha se evidenció el cumplimiento del 100% de lo planificado, se presentaron múltiples fallas en la SVE del COGFM con dificultades para el registro y carga de soportes; con respecto a los permisos, se continúan presentando novedades que han impactado el seguimiento a riesgos.

Logros de la gestión.

Todas las acciones del SIG han logrado fortalecer la gestión y el desempeño Institucional, el incremento en 3.3 puntos de 90.2 a 93.5 puntos en la calificación del Índice de Gestión y Desempeño Institucional de acuerdo con la evaluación presentada por la DIGSA en el

FURAG 2024 realizada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, alcanzando el puesto 8 entre las 25 entidades del Sector Defensa.

Ilustración 3. índice de Gestión y Desempeño Institucional



Fuente: Primer Comité de Gestión y Desempeño Sectorial. Dirección de Planeación y Presupuestación. Grupo de Gestión y Valor Público - Viceministerio para la Estrategia y Planeación.

Medición del Indicador

Tabla 4. Porcentaje de Cumplimiento Sistema Integrado Gestión SIG

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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

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

Iniciativa 2.

2 Reingeniería del modelo de gerenciamiento y administración del Sistema.

5.58%

Esta iniciativa presentó una participación en la ejecución del **5.58%**, con una proyección de once (11) tareas en la vigencia 2025 y con un cumplimiento del **100%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos del cuarto trimestre:

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 este último cuatrimestre de 2025, el Grupo de Contratación (GRUCO) consolidó las actividades de catalogación en cumplimiento de la Directiva Permanente 34 de 2018. Se validó la designación del personal mediante radicados oficiales, incluyendo ajustes por traslados y reemplazos. Se realizaron sesiones de trabajo con las DISANES y la JEFSA, abordando la revisión de reactivos de laboratorio, la catalogación de 35 materiales, la activación de usuarios y la capacitación sobre el Sistema OTAN de Catalogación. Además, se presentó la funcionalidad del registro de dispositivos médicos en RP-SALUD (SAP) y se definió la migración de ingenieros biomédicos al Grupo Catálogo para unificar especificaciones técnicas. Estas acciones fortalecieron la interoperabilidad y la estandarización de datos en el SSFM.

Logros de la gestión.

- Catalogación y adición de **141 artículos** en RP-SALUD (SAP), distribuidos entre FAC (43), EJC (39), ARC (33) y DIGSA (26).
- Elaboración del cronograma de sesiones para la vigencia 2026.
- Observaciones enviadas al borrador del nuevo marco regulatorio OTAN para el Sector Defensa.
- Coordinación de capacitación sobre el Sistema OTAN de Catalogación y socialización del impacto de la codificación en dispositivos médicos.
- Definición de lineamientos para la unificación de especificaciones técnicas y bloqueo de repuestos sin uso.
- Preparación del plan de trabajo 2026 para continuar con la estandarización y optimización del proceso de catalogación.

Medición del Indicador

Tabla 5. Porcentaje del avance de las actividades de catalogación

Indicador: Porcentaje del avance de las actividades de catalogación						
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Cuatrim**	**II Cuatrim**	**IV Cuatrim**
V1	Número de actividades ejecutadas del cuatrimestre	Eficacia	100%	11,76 %	52,94%	88.24 %
V2	Número de actividades programadas del cuatrimestre					

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

El indicador muestra un avance significativo desde el arranque (11,76% → 52,94%), seguido de un ajuste en el IV cuatrimestre (35,30%) por causas organizativas y de transición técnica. Con confirmación oportuna del personal, cumplimiento del cronograma 2026, y diferenciación de métricas de productividad frente a normalización, el indicador puede recuperar su trayectoria hacia la meta de eficacia (100%) y consolidar la calidad del catálogo del SSFM.

Estos avances reflejan un **proceso en evolución**, que, si bien presentó retos asociados a la confirmación de personal y ajustes técnicos, sentó las bases para la interoperabilidad, la calidad del dato y la sostenibilidad del sistema. La preparación del **Plan de trabajo 2026** y el cronograma de sesiones proyectado consolidan la continuidad del proceso, orientando los esfuerzos hacia el cumplimiento de la meta del 100% en la ejecución de actividades y la optimización integral del catálogo institucional.

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

De acuerdo a la Circular 20221510000000050-5 “Instrucciones Generales relativas al Sistema de Administración de Riesgos y a sus Subsistemas para entidades pertenecientes al Régimen Especial y de Excepción REE”, mediante el desarrollo de mesas técnicas con los procesos y bajo el liderazgo de Planeación Estratégica, se identificaron 8 riesgos, 2 de salud, 1 actuarial, 2 operacionales, 2 de liquidez y 1 por fallas de mercado, que afectan el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, con controles propios de la operación en los procesos y permanente seguimiento de acuerdo al registro en la Matriz de Control del SAR, dado su impacto en la salud de nuestros usuarios.

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 será ajustada de acuerdo a los requerimientos que establezca el anexo (a la fecha en construcción) del capítulo VII (para entidades vigiladas por la SUPERSALUD) de la Guía Integral del Riesgo en Entidades Públicas construida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

Medición del Indicador

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

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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Se logró realizar el monitoreo de todos los riegos identificados en la Dirección General de Sanidad Militar en ambos semestres; el plan de monitoreos se ejecutó sin retrasos reportados. Esto indica alto cumplimiento y planeación de la segunda línea respecto al cronograma.

Iniciativa 3.

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

57.87%

Esta iniciativa presentó una participación en la ejecución del 57.87% del 58.38% planeado, con una proyección de ciento quince (115) tareas en la vigencia 2025 y con un cumplimiento del 99.13% en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos del cuarto trimestre:

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

El seguimiento realizado evidencia avances significativos en la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, orientados a lograr el 100% de enrutamiento de la población objeto. Se continuará con el seguimiento para garantizar la sostenibilidad del logro y avanzar hacia la cobertura total.

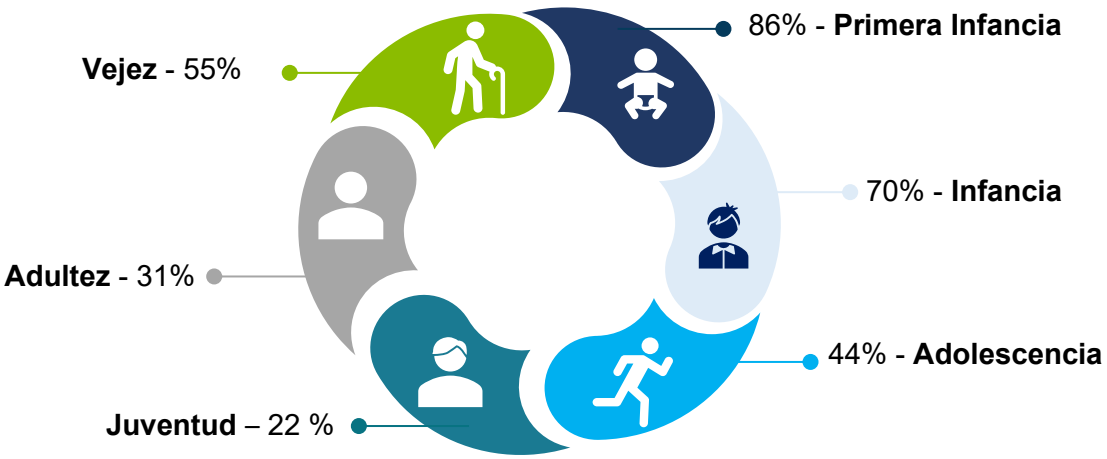
La anterior tabla, expone el valor desagregado por fuerza y el total de la población que no registra atenciones de valoración integral con un total de 447.675 usuarios con corte 31 de diciembre 2024; a la fecha se ha reducido esta cifra a 382.232

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	3163	1895	31032
INFANCIA	33253	4134	2453	39840
ADOLESCENCIA	26173	3227	2043	31443
JUVENTUD	27451	3491	6113	37055
ADULTEZ	58149	5925	10950	75024
VEJEZ	23096	2845	10980	36921
TOTAL, GENERAL	194096	22785	34434	251315

Fuente: Planilla de seguimiento Grupo GRERI – DIGSA

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



Fuente: RIPS DIGSA-SUBSA-GRERI 2025

- Priorización de grupos con menor cobertura: Juventud y adultez podrían requerir refuerzo en estrategias de captación.
- Vejez y adolescencia: Mantienen una cobertura media que requiere estrategias de captación y aumento.
- Primera infancia, infancia: Estos grupos tienen una atención relativamente alta, lo que puede orientar intervenciones específicas.

Logros de la gestión.

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.

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, el indicador alcanzó y superó la meta establecida para la vigencia, evidenciando avances significativos en la cobertura y efectividad de las acciones implementadas. No obstante, el análisis es preliminar, dado que los datos del cuarto trimestre aún se encuentran en proceso de consolidación. Este comportamiento anticipado refleja el impacto positivo de las estrategias desarrolladas, y se continuará con el seguimiento para asegurar la sostenibilidad del logro y mantener la cobertura en el 100% de la población objetivo.

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

Análisis de la tarea

A partir de intervenciones de valoración integral, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y educación para la salud, han contribuido al mejoramiento de la calidad de la atención, el logro de los resultados esperados, la seguridad y aumento de la satisfacción de las usuarias y la optimización del uso de los recursos.

Logros de la gestión.

Creación de una herramienta ofimática unificada, con el fin de ser un tablero control basado desde el nominal reportado por cada Fuerza, visualizando la traza de las actividades ordenadas por la normatividad vigente, generando alertas para la gestión del riesgo individual, así mismo, se observa un mejor registro en calidad del dato, suministrada por los lideres de la RMPN y ESM, así mismo este tablero se elabora en Power Bi para la visualización de los datos e indicadores de forma gerencial.

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**	**IV Trim 15 DIC**
V1	Numero de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal	Eficacia	90%	71.4%	74.5%	**77%**	80%
V2	Total, de gestantes de la vigencia 2025 del SSFM						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El porcentaje alcanzado de captación oportuna para el IV trimestre a corte 15 de diciembre del 2025 es del 80%, se presenta un aumento del 3% con el trimestre anterior, lo que indica que los ESM, están realizando búsqueda activa de las gonadotropinas ordenas en cada consulta y tomadas en laboratorio de manera semanal ha generado un impacto positivo en la captación oportuna para la Ruta Materno Perinatal, evaluado los posibles riesgos a esta población de manera oportuna.

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 la 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 fortalecer el acceso efectivo al diagnóstico oportuno, la formulación de planes de manejo integrales y alineados con las guías clínicas vigentes, la continuidad de los tratamientos y el suministro adecuado de medicamentos. Asimismo, resalta la importancia de garantizar un seguimiento clínico periódico que permita el monitoreo de los indicadores de control y la adherencia terapéutica. Estos aspectos resultan fundamentales para asegurar una atención integral, continua y oportuna a esta población priorizada, contribuyendo a la reducción de brechas en la atención y al fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud.

Logros de la gestión.

A corte del tercer trimestre de 2025, se alcanzó un avance de cobertura del 65 % en la Ruta de Riesgo Cardio-Cerebrovascular y Metabólico, evidenciando un progreso significativo en la atención de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 dentro del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Este resultado refleja el compromiso institucional por garantizar una atención integral, mediante la implementación de estrategias orientadas al fortalecimiento de la identificación oportuna, el diagnóstico adecuado y el seguimiento continuo de los casos. Cabe destacar que este avance se ha logrado en un contexto de crecimiento progresivo de la población objetivo, lo que supone un reto adicional para la sostenibilidad de la cobertura y refuerza la necesidad de continuar consolidando las acciones de atención, control y adherencia terapéutica.

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**	**Avance 2025**
V1	(Número de usuarios con patología diagnosticada (Diabetes e hipertensión) cubiertos por la ruta de riesgo cardiovascular y Metabólica.	Eficacia	80%	**65%** ●
V2	Total, de usuarios con patologías (Diabetes e Hipertensión) del SSFM).			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Al cierre del III trimestre de 2025, el indicador de Cobertura de la Ruta de Riesgo Cardio-Cerebrovascular y Metabólico alcanzó un 65 %, evidenciando avances relevantes en la atención de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 dentro del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Este comportamiento favorable responde al fortalecimiento de las acciones institucionales orientadas a mejorar el acceso a los servicios, optimizar la identificación de casos y garantizar la continuidad del

seguimiento clínico. Cabe destacar que estos resultados se han obtenido en un contexto de crecimiento sostenido de la cohorte poblacional, lo que incrementa la demanda asistencial y refuerza la necesidad de consolidar estrategias que aseguren una atención integral y continua para 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

En cumplimiento de la Resolución 1556 de 2023 de la Dirección General de Sanidad Militar, que establece disposiciones para el procedimiento de certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), acumulado a Noviembre 2025, los equipos multidisciplinarios de certificación de discapacidad de los ESM valoraron 1.265 usuarios, de estos el 99% (1.676 usuarios) presentan alguna condición de discapacidad y el 1% (14 usuarios), no cumplen con los criterios establecidos por la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud-CIF.

De los 1.690 usuarios certificados el 75% (1262) corresponden a DISAN EJC, el 18% (304) a DISAN ARC y el 7% (124 usuarios) a JEFSA. Según la modalidad de valoración el 96% (1628 usuarios) se realizó en el consultorio, el 3.6% (61 usuarios) por telemedicina y 01 usuario a domicilio.

De acuerdo con el sexo biológico reportado en el RLCPD, el 73% (1227 usuarios) corresponden a hombres, el 27% (463 usuarios) a mujeres.

Según la categoría de discapacidad de los 1690 usuarios certificados, el 40,0% (676) presenta discapacidad múltiple, seguido de un 29,8% (503) con discapacidad física. Las discapacidades intelectuales (cognitiva) y psicosocial (mental) representan el 10,2% (172) y el 9,9% (168), respectivamente. Las discapacidades auditiva y visual corresponden al 6,1% (103) y al 3,2% (54). Además, 14 usuarios (0,8%) no presentan discapacidad

Logros de la gestión.

Consolidación del proceso de certificación y registro en el RLCPD en el SSFM.

En cumplimiento de la Resolución 1556 de 2023, se implementó de manera efectiva el procedimiento de certificación de discapacidad y registro en el RLCPD, alcanzando la

valoración y certificación de 1.690 usuarios a noviembre de 2025. Este avance representa un hito significativo en la caracterización de la población con discapacidad, consolidando un impacto positivo para miles de personas que ahora cuentan con el reconocimiento oficial que les permite ejercer sus derechos y acceder a beneficios en salud, educación, empleo y protección social.

A pesar de las intermitencias en el servicio de internet en los ESM y las fallas en la plataforma SISPRO, se ejecutaron acciones de mitigación para garantizar la continuidad del proceso. Las Direcciones de Sanidad EJC, ARC y JEFSA FAC, en coordinación con los ESM, desarrollaron un plan de choque para ampliar la cobertura y facilitar el acceso, complementado con campañas de sensibilización en redes sociales que promovieron la participación voluntaria y el acceso a los beneficios establecidos en cada territorio.

Este logro reafirma el compromiso del SSFM con la inclusión, la equidad y la garantía de derechos, posicionando la certificación como un pilar fundamental para la atención integral y la prestación de servicios bajo un enfoque diferencial e interseccional, promoviendo la participación de las personas con discapacidad en la sociedad.

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**	**IV Trim**
V1	Número de personas con certificado de discapacidad	Eficacia	18%	**2 %**	**6.5 %**	**11.58%**	**15.5%**
V2	Total, de personas con discapacidad del SSFM						

*Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional. * OCT –NOV/2025*

Análisis del Indicador:

A corte noviembre de 2025, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) alcanzó una cobertura del 15.5% de personas con certificado de discapacidad, en relación con la meta establecida del 18%.

Este resultado evidencia un avance significativo, aunque persiste una brecha para cumplir el objetivo anual. Por ello, se requiere fortalecer las estrategias de sensibilización, capacitación y acompañamiento, con el fin de garantizar una inclusión efectiva y el acceso oportuno a los servicios y beneficios ofrecidos por el SSFM y las entidades territoriales.

3.1.3 **Actividad:** Analisis de la Situación en Salud ASIS SSFM 2024

3.1.3.1 **Tarea:** Tableros de Control ASIS SSFM 2024.

Análisis de la tarea

En el año 2024, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 100 de 2024, la cual deroga la Resolución 1536 de 2015 y establece nuevas disposiciones para la Planeación Integral para la Salud. Esta planeación se estructura en tres componentes del Plan Territorial de Salud:

- Análisis de la Situación de Salud (ASIS) en el territorio.
- Priorización de problemas y necesidades sociales en salud.
- Componente estratégico y de inversión plurianual

El ASIS busca caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo las necesidades y problemas de salud, así como sus determinantes.

En el año 2025, se implementaron cambios normativos significativos en el desarrollo de la caracterización poblacional, a partir de la expedición de la Resolución 100 de 2024 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta resolución establece nuevas disposiciones para la Planeación Integral para la Salud, derogando la Resolución 1536 de 2015, y define los contenidos que deben desarrollarse en cada territorio para el análisis de situación de salud (ASIS), incluyendo enfoques diferenciales, territoriales y de determinantes sociales

Logros de la gestión.

Dentro de las disposiciones de la Res.100 de 2024 para la vigencia 2025, en el mes de abril, se entregaron al ministerio de salud y la protección social, 44 documentos en PDF con el análisis de la información para la identificación de la situación, priorización de los problemas y la planeación integral en salud del SSFM_2024; desagregada por departamento y por distritos. Estructuralmente, compuesto por 4 conceptos básicos; el 1. Configuración del territorio desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y el enfoque diferencial, 2. Situación de calidad de vida y salud en el territorio: morbilidad, mortalidad, problemáticas y necesidades sociales y ambientales que afectan la salud de la población afiliada en el territorio, 3. Priorización de las necesidades y problemáticas en salud de los afiliados y 4. Acciones que la entidad encargada del aseguramiento en salud realiza a partir del análisis.

Posteriormente, de acuerdo con nuevas directrices de Ministerio de Salud, en octubre, se entregaron al ministerio 112 matrices en Excel, desagregada por departamento, distrito y municipios donde están ubicados los ESM. El objetivo fue identificar, describir y comprender las problemáticas y necesidades de la población afiliada en el territorio, en el marco del análisis de la situación de salud participativa territorial, mediante la integración de elementos, experiencias adquiridas y el cálculo de los siguientes indicadores: Demográficos y Poblacionales, salud mental y emocional, salud Sexual y reproductiva en mujeres, Salud de niños, niñas y adolescentes, salud del joven, adulto y persona mayor: enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades infecciosas y transmisibles.

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

3.1.4.1 **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

La implementación del programa de atención integral en salud a víctimas del conflicto armado logró visibilizar el PAPSIVI, estandarizando las acciones de coordinación, identificación, formación y atención que se requieren al interior de los Establecimientos de Sanidad Militar para garantizar las atenciones que requiere esta población.

Logros de la gestión.

Dentro de los logros, cabe destacar que se conformó un equipo de atención interdisciplinario (medicina, psicología, trabajo social y enfermería) en salud en cada Establecimiento de Sanidad Militar, con formación y certificación del SENA en atención en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto. Adicionalmente se logró un proceso de articulación con la Unidad de reparación a víctimas quienes actualizan la caracterización de la población afiliada al SSFM que tienen registro único de víctimas, permitiendo la identificación de los usuarios a quienes se les oferta los servicios de atención en salud del programa.

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**	**IV Trim**
V1	víctimas del conflicto armado atendidas dentro del programa	Eficacia	80%	24,65%	51,4%	65.9%	**80.14%**
V2	Total, de víctimas del conflicto armado						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

En la vigencia 2025, el 80.14% de la población víctima del conflicto armado ha accedido a los servicios de salud. En el primer trimestre se valoró al 24,65% de la población, en segundo trimestre al 26,75%, en tercer trimestre al 14,5% y en lo corrido del último trimestre, se ha valorado al 14,24% de la población.

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

3.1.5.1 Tarea: Avance de la implementación de la RIAS para la población en riesgo relacionada con el medio ambiente de acuerdo con la Progresividad en la implementación establecida en la RIA.

Análisis de la tarea

La ruta Integral de atención (RIA) para la población en riesgo o con enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente en el SSFM busca reducir la morbilidad mediante la aplicación de lineamientos técnicos del modelo de atención en salud (MATIS), su implementación promueve estrategias de prevención, promoción, inspección y vigilancia, fomentando prácticas de cuidado y protección ambiental.

El avance en la implementación de la RIAS para la población en riesgo asociada a factores ambientales se desarrolló de forma estructurada conforme a las fases establecidas. La etapa de planeación permitió construir los fundamentos técnicos de la ruta mediante la revisión de literatura especializada, la síntesis de la información recolectada y el análisis de datos estadísticos institucionales, culminando en la adopción de lineamientos y la elaboración del documento orientador. En la fase de socialización y capacitación se garantizó la articulación institucional al orientar a las DISAN–JEFSA, producir material educativo y fortalecer las competencias de los actores responsables. La fase de implementación avanzó en la medición de indicadores ambientales y de salud pública necesarios para operativizar las acciones de la ruta.

Logros de la gestión.

Entre los principales logros de la gestión se destaca la consolidación de un documento técnico robusto que integra evidencia científica, análisis institucional y lineamientos actualizados para la atención de riesgos ambientales, lo que permitió fortalecer la base conceptual y operativa de la RIAS. Asimismo, la socialización estratégica con las DISAN–JEFSA facilitó la alineación interinstitucional y la comprensión unificada de los componentes de la ruta. La producción de material educativo y la capacitación a los actores involucrados fortalecieron las capacidades operativas y técnicas para la puesta en marcha de la estrategia. Durante la implementación, la medición sistemática de indicadores ambientales y de salud pública permitió establecer una línea de referencia confiable para la toma de decisiones.

Medición del Indicador

Tabla 13. Avance de la implementación de la RIAS

Indicador: Avance de la implementación de la RIAS				
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**Anual**
V1	Número de actividades realizadas según cronograma de implementación de la RIA	Eficacia	80%	% 100
V2	Número Total de actividades planificadas para la implementación de la RIA.			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Las actividades programadas han sido ejecutadas en su totalidad, evidenciando un nivel de cumplimiento del 100% del cronograma de implementación. La fase de planeación permitió estructurar el contenido técnico de la RIA, mientras que la fase de socialización fortaleció la participación de actores clave y la apropiación del proceso.

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

La cobertura de vacunación del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), acumulada a corte al 30 de noviembre de 2025, en relación con la gestión realizada desde los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) en la población menor de cinco (5) años, de conformidad con el informe y el tablero de control remitidos por las Direcciones de Sanidad del Ejército, la Armada, Jefatura de Salud y seguimiento nominal DIGSA, tiene como propósito medir el impacto de las acciones desarrolladas al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM).

Medición del Indicador

Tabla 14. Cobertura vacunación en niños menores de cinco años del SSFM

Indicador: Cobertura vacunación en niños menores de cinco años del SSFM					
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Sem**	**II Sem**
V1	Número de niños menores de cinco años con esquema completo	Eficacia	85%	43.8%	85.3%
V2	Total, de niños menores de cinco años adscritos al SSFM)				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Al 30 de noviembre 2025, el indicador de menores de 5 años con refuerzo de DPT presenta un cumplimiento del 85,3%, según el reporte del tablero de control emitido por DISAN EJC, ARC y JEFSA, verificado mediante seguimiento nominal a nivel nacional.

Para el mes de diciembre, se proyecta alcanzar un cumplimiento superior al 95%, con el fin de dar cierre satisfactorio a la vigencia. Este objetivo requiere intensificar las acciones en las áreas con mayor rezago, garantizar la disponibilidad de biológicos y fortalecer el seguimiento operativo para lograr la meta establecida.

Logros de la gestión.

- Se logra el cumplimiento del indicador de cobertura útil, establecido para el mes de noviembre 2025, correspondiente a la vacunación con esquema completo en la población objetivo de cinco años, conforme a los parámetros definidos en el periodo evaluado.
- Avance en la articulación intersectorial para dar cumplimiento a las coberturas de vacunación PAI.

3.1.7 **Actividad:** Análisis de las características sociodemográficas de la población afiliada al SSFM vigencia 2024.

3.1.7.1 **Tarea:** Perfil Demográfico 2024

Análisis de la tarea

Este documento, presenta el análisis exhaustivo de la demografía de los afiliados al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, explorando no solo sus cifras y tendencias actuales, sino también las proyecciones futuras y las implicaciones que estas tienen en diversos aspectos socioeconómicos y culturales. Al examinar detenidamente los datos demográficos, podremos identificar patrones, desafíos y oportunidades que guiarán la formulación de políticas y estrategias orientadas hacia un desarrollo sostenible e inclusivo.

Logros de la gestión.

Este documento permite la caracterización de los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, se prioriza establecer la distribución poblacional tanto general como por fuerza, posición geográfica, tipo de aseguramiento, morbimortalidad, desegregación poblacional, permitiendo evaluar los servicios de salud, con el fin de proporcionar elementos para mejorarlos y promover el diseño de nuevos servicios con un enfoque diferencial y prioritario.

Utilizando el criterio de inclusión de los derechos y afiliaciones activas hasta el 31 de diciembre del 2024 y las adscripciones de los Establecimientos de Sanidad Militar EJC, ARC y FAC, con una cobertura a nivel nacional, se tiene una población total de 633.547 afiliados en donde se encuentra una distribución poblacional mayoritaria de sexo masculino con un porcentaje de 66,16% y con un restante de 33,84% de sexo femenino distribuido en las tres Fuerzas

3.1.8 **Actividad:** Análisis de la prestación de servicios de salud prestados en la red interna y externa a la población afiliada al SSFM vigencia 2024.

3.1.8.1 **Tarea:** Perfil Epidemiológico 2024

Análisis de la tarea

Este documento, pretende identificar claramente la morbilidad en los diferentes ámbitos de atención permite enfocar los esfuerzos de prevención, control y tratamiento de ciertas patologías, al igual que orientar los espacios de capacitación y educación continua del recurso humano. Además, identificar el comportamiento, las tendencias e incidencias de

las patologías permite una adecuada planeación de servicios en ciertos periodos y promueve la implementación de estrategias en un marco de control del riesgo en salud, con el fin de neutralizar, mitigar y reducir el impacto que pueden sufrir la sociedad y el individuo cuando se enfrentan a diversas condiciones que pueden afectar su bienestar, como son la enfermedad, la vejez, la invalidez.

Logros de la gestión.

El documento muestra el análisis del comportamiento de la morbilidad, tendencias, frecuencias e intensidades de uso, para cada uno de los ámbitos de la prestación: ambulatorio, urgencias, hospitalario, alto costo y atención domiciliaria. Igualmente se registran las primeras 20 causas de diagnósticos CIE-10 por servicio, edad y sexo.

El análisis de la prestación de los servicios de salud se convierte en una herramienta que permite conocer a los tomadores de decisiones en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares el comportamiento dinámico de la población con los diferentes servicios de salud que se prestan.

Se hace necesario para hacer una adecuada la planeación de la prestación de los servicios, conocer la demanda de estos por parte de la población afiliada al sistema, haciendo necesario conocer el comportamiento de la prestación según el momento de curso de vida y los servicios prestados, permitiendo de esta manera organizar la atención por los diferentes servicios.

Identificar claramente la morbilidad atendida, permite enfocar los esfuerzos de prevención, control y tratamiento de ciertas patologías, al igual que orientar los espacios de capacitación y educación continua del recurso humano.

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 resolutividad 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 periodo se realizaron los informes de retroalimentación al proceso de referencia del comportamiento que se tuvo en el trimestre describiendo las novedades evidenciadas, con el fin que se realice acciones de mejora al interior del proceso de cada Establecimiento y de esta manera tener una mejora continua para la prestación oportuna de los usuarios del SSFM.

Logros de la gestión.

- Seguimiento de los traslados dentro del tiempo establecido en la normatividad vigente del trimestre, la información del trimestre es enviada por las Direcciones de Sanidad y la Jefatura de Salud de la FAC 15 días después del trimestre vencido.

- Garantizar la prestación de los servicios de salud a los usuarios en el nivel de complejidad que requería de acuerdo con su estado de salud con la red primaria y complementaria.

Medición del Indicador

Tabla 15. Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.

Indicador: Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.						
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Trim**	**II Trim**	**III Trim**
V1	Número de referencias realizadas dentro del tiempo establecido	Eficacia	90%	97.94%	83.62%	**98%**
V2	Número Total de Referencias realizadas					

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

Análisis del Indicador:

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

Análisis de la tarea de Oportunidad de Autorizaciones

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

Logros de la gestión.

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

Medición del Indicador

Tabla 16. 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%**
V2	Número Total de autorizaciones generadas					

Fuente: Reporte Solicitudes y Autorizaciones Modulo SALUD.SIS octubre –noviembre 2025

Análisis del Indicador:

Los tiempos de respuesta se mantienen oportunamente durante el trimestre, generando las autorizaciones dentro de los tiempos establecidos por la normatividad legal vigente, con una oportunidad del 96%.

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

Esta Dirección realizó mesas de trabajo mensuales de enero a diciembre de 2025, con los líderes del proceso de cada una de las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud FAC, con el fin de hacer seguimiento a los resultados obtenidos de manera individual y como Subsistema en las que se evidencian las oportunidades de mejora y se reitera el cumplimiento de la administración de las agendas de conformidad con la normatividad emitida por esta Dirección y demás entes de control.

Logros de la gestión.

Los resultados permiten evidenciar una disminución en la demanda insatisfecha en el tercer trimestre 2025, lo cual se mantuvo dentro de la meta Medicina General, Odontología, Ginecobstetricia Embarazo, pediatría y cirugía General.

La especialidad de Medicina Interna y Ginecología se tiene en observación a través de las Direcciones de Sanidad y la Jefatura de Salud de la Fuerza Aérea, por lo que los que se establecen planes de mejora por parte de los Establecimientos de Sanidad Militar, ya que en ninguno de los trimestres se da cumplimiento a la meta establecida durante la vigencia.

Medición del Indicador

Tabla 17. Porcentaje Demanda Insatisfecha

Periodicidad	Tipo	Meta	Unidad de medida	Especialidad	I Trim	II Trim	III Trim
Trimestral	Efectividad	10%	*Porcentaje*	Medicina general	5.7%	*1,5%*	1.0%
Trimestral	Efectividad	10%	*Porcentaje*	Odontología	4.7%	*2,4%*	1.8%
Trimestral	Efectividad	10%	*Porcentaje*	Medicina interna	43.4%	*26,5%*	21.3%
Trimestral	Efectividad	10%	*Porcentaje*	Ginecobstetricia	33.3%	*16,09%*	11.9%
Trimestral	Efectividad	10%	*Porcentaje*	Ginecobstetricia (embarazo)	1.9%	*0,5%*	*0,7%*
Trimestral	Efectividad	10%	*Porcentaje*	Cirugía general	19.8%	6,2%	10%
Trimestral	Efectividad	10%	*Porcentaje*	Pediatría	26.4%	*4,1%*	3.2%

Fuente: Elaboración Propia GROSD.

Análisis del Indicador:

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

Acciones implementadas durante el periodo:

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

3.2.3 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

En la tabla siguiente permite dimensionar la demanda relativa en función del tamaño poblacional, facilitando la comparación entre diferentes territorios. La tasa obtenida sugiere que, por cada 10.000 usuarios, la fuerza que mayor impacto tiene en la cantidad de solicitudes en medicamentos no incluidos en el acuerdo 080/2022 presentadas es FAC con un número de 88 solicitudes, seguido de ARC con un total de 56, seguido de EJC con 33 solicitudes. Lo cual puede orientar la planificación de recursos y la toma de decisiones estratégicas.

Tabla 18.Población por fuerza

FUERZAS	EJC	ARC	JEFSA
POBLACIÓN	516763	88419	35003
No. SOLICITUDES EIPSA	1724	497	308
TASA X 10,000 HAB.	33	56	88

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

Logros de la gestión EIPSA.

- Se cumplió con disminuir la carga administrativa a los usuarios desde la implementación de la validación de las solicitudes EIPSA desde la herramienta tecnológica SALUD.SIS generando mejora en la oportunidad de respuesta y estrega efectiva de los tratamientos a los usuarios del SSFM.

- Con la capacitación masiva a la planta médica red interna, se logró disminuir las negaciones en las solicitudes de medicamentos no incluidos en el acuerdo 080/2022 agotando las alternativas como primera opción.

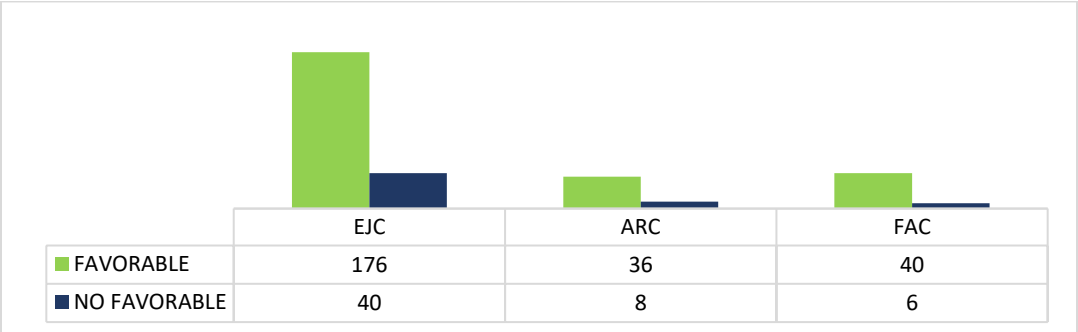
- Se logró llevar trazabilidad desde la prescripción, transcripción de medicamentos EIPSA a través de la herramienta SALUD.SIS permitiendo realizar los respectivos análisis trimestrales, aportando mejoras en el proceso de validación hasta la entrega efectiva de tratamiento al usuario.

Análisis de la tarea CTC procedimientos, dispositivos e insumos

Durante el IV Trimestre del 2025 se realizaron 386 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 42 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 344 con cumplimiento de criterios administrativos, de las cuales 252 solicitudes se clasificaron con concepto favorable y 54 no favorable, debido a no cumplimiento de criterios.

Ilustración 4. CTC Según Concepto IV Trimestre 2025

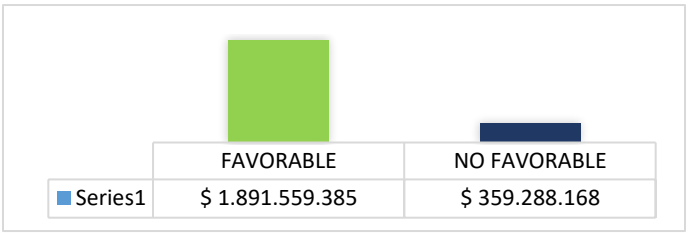


Fuente: Base de datos CTC IV Trimestre 2025 DIGSA

Logros de la gestión CTC procedimientos, dispositivos e insumos.

Durante el trimestre analizado, se evaluaron 344 solicitudes, lo que generó un gasto aproximado de $ 2.559.733.107 De estas, 54 solicitudes fueron NO FAVORABLES por incumplir los criterios de la normatividad vigente. Esto representa un ahorro de $359.288.168, lo que demuestra que la gestión del CTC se centra en aprobar solo los casos que realmente lo requieren.

Ilustración 5. Gasto CTC - IV Trimestre 2025

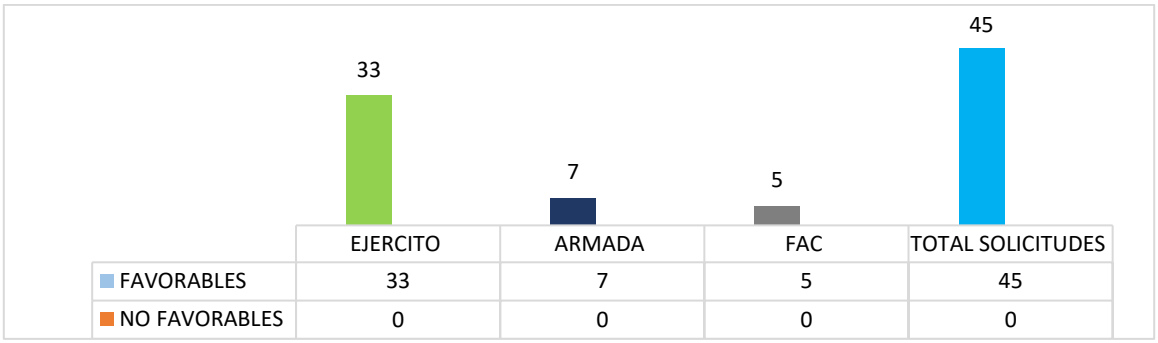


Fuente: Base de datos CTC IV Trimestre 2025 DIGSA

Análisis de la tarea CTC Odontología

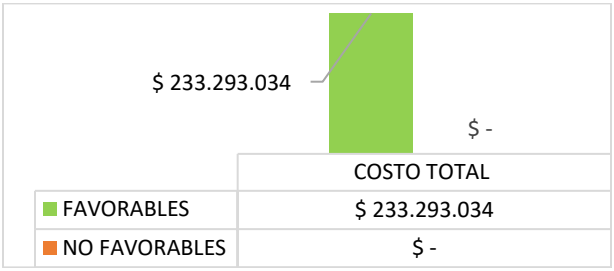
El Comité Técnico-Científico de Odontología tiene como objetivo garantizar que los procedimientos solicitados por los pacientes estén debidamente justificados y cumplan con los criterios clínicos, normativos y técnicos establecidos para su aprobación. De esta manera, se evita la autorización de tratamientos que persigan fines meramente cosméticos, estéticos o suntuosos, asegurando que las intervenciones respondan a necesidades funcionales y terapéuticas, conforme a los lineamientos del plan de servicios de las Fuerzas Militares.

Ilustración 6. CTC Según Concepto - IV Trimestre de 2025



Fuente: Base de datos CTC IV Trimestre 2025 DIGSA

Ilustración 7. Gasto CTC Concepto Odontología - IV Trimestre de 2025



Fuente: Base de datos CTC IV Trimestre 2025 DIGSA

Logros de la gestión.

Fortalecimiento del control técnico y normativo fortaleciendo los criterios estandarizados para la evaluación de procedimientos odontológicos no contemplados en el plan de servicios, garantizando transparencia y rigor científico en la toma de decisiones.

Se logró disminuir significativamente la aprobación de procedimientos con fines cosméticos, estéticos o suntuosos, priorizando intervenciones funcionales y terapéuticas ajustadas al actual plan de servicios de las fuerzas militares.

Se evitó el gasto innecesario en tecnologías y tratamientos no esenciales, contribuyendo a la sostenibilidad financiera del sistema de salud de las Fuerzas Militares.

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

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

Análisis de la tarea

El análisis de auditoría de cuentas médicas y concurrencia es garantizar la transparencia, eficiencia y calidad en la gestión del gasto en salud dentro del Sistema de Sanidad Militar. Este análisis permite:

- Verificar la adherencia a la normatividad vigente (Manual de Auditoría y Resolución 2284 de 2023), asegurando que los procesos de facturación y atención cumplan con los estándares establecidos.
- Controlar el uso adecuado de los recursos financieros, evitando fraudes, errores y sobreutilización de servicios.
- Detectar oportunamente fallas clínicas y administrativas mediante la auditoría concurrente, lo que contribuye a la seguridad del paciente y a la mejora continua en la calidad de atención.
- Identificar brechas y áreas críticas (como baja cobertura o altos porcentajes de glosas) para implementar planes de mejora, capacitaciones y estandarización de procesos.
- Optimizar la trazabilidad y la toma de decisiones con base en indicadores claros, reduciendo riesgos y fortaleciendo la gestión institucional.

Logros de la gestión.

El informe resalta avances significativos, como el cumplimiento del 99,97% en la auditoría de facturas, con Ejército, Armada y Hospital Militar alcanzando el 100%, y la Fuerza Aeroespacial con 97,36%, lo que garantiza transparencia y control del gasto en salud. Además, la Armada y el Ejército lograron coberturas concurrentes superiores al 80%, reflejando una adecuada implementación de procesos de vigilancia en la atención.

El porcentaje de glosa definitiva se mantiene bajo (1,01%), lo que indica una gestión eficiente en la facturación y auditoría. También se destaca que algunas unidades de la Fuerza Aeroespacial, como CACOM 2, EMAVI, GAAMA y GACAR, alcanzaron el 100% de cobertura concurrente, demostrando que es posible lograr altos estándares cuando se aplican correctamente los procesos.

3.2.5 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.

3.2.5.1 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

- Tarea sin finalizar: El documento se encuentra en fase revisión técnica, con avances significativos en la metodología y desarrollo del lineamiento. Para la elaboración de este documento se han realizado mesas de trabajo con los Grupos de la Subdirección de Salud y los demás grupos de la DIGSA, ajustando el contenido conforme a los requerimientos normativos vigentes.

Durante la elaboración de este documento se revisaron e incluyeron las siguientes normatividades:

- Decreto 351 (27 de marzo del 2025)
- Decreto 858 (30 de julio del 2025)
- Resolución 1789 (4 de septiembre del 2025)

Estas normas incluyeron lineamientos aplicables al SSFM, lo que permitió verificar e estudiar la viabilidad de la territorialización de las RISS mediante el lineamiento presente.

Logros de la gestión.

Revisión técnica por la DIGSA, asegurando trazabilidad y cumplimiento normativo mientras se define el nuevo marco regulatorio.

Se han llevado a cabo mesas de trabajo con las diferentes áreas de la DIGSA, en las cuales se realizó la retroalimentación sobre las correcciones aplicadas a los parámetros de conformación, organización y seguimiento de las RISS. Como resultado, se emitieron las actas correspondientes, identificadas con los siguientes radicados:

- Radicado N 0125012819702 MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GROSD-AREIN
- Radicado N 0125010563502 MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GROSD-AREIN
- Radicado N 0125010407602 MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GROSD-AREIN
- Radicado N 0125012819702 MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GROSD-AREIN

Considerando la necesidad de incorporar la normativa reciente y garantizar la calidad del lineamiento, se solicita que esta tarea continúe en el plan de acción correspondiente al año 2026, con el propósito de garantizar la emisión del lineamiento, el cual establece la organización, operación, articulación y seguimiento de las Redes Integrales de Servicios de Salud.

Así mismo, desde la Subdirección de Salud se acordó presentar el lineamiento ante el Comité de Implementación y Control del Modelo de Atención Integral en Salud (CIMCO), con el propósito de obtener el aval para la propuesta de territorialización de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), dando cumplimiento al Acuerdo 070 de 2019 y su guía metodológica.

3.2.6 **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

3.2.6.1 **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

Durante la vigencia del 2025 se elaboraron los informes del II semestre 2024 y primer semestre 2025 sobre la oferta y demanda de servicios en los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM), con el fin de verificar el cumplimiento de los parámetros establecidos en la Circular No. 0121013778502 del 28DIC2021.

Se reviso la estructura actual de oferta de servicios, para contrastarla con la normatividad vigente y analizar su coherencia con las necesidades reales de la población usuaria. Se integraron los estudios de oferta y demanda previamente desarrollados, lo que permitió identificar brechas entre la capacidad disponible y la demanda atendida, así como variaciones entre los ESM respecto al cumplimiento de los estándares definidos.

Este análisis permitió determinar el nivel de implementación de la Circular, evaluar la pertinencia de la oferta por grupos de servicios y establecer oportunidades de mejora relacionadas con la distribución de talento humano, los horarios ofertados, la suficiencia de infraestructura y la alineación de los servicios con el perfil epidemiológico de la población adscrita.

Logros de la gestión.

Se realizó un análisis de la oferta de servicios de los ESM, incorporando los resultados de los estudios de oferta y demanda efectuados, lo que permitió un diagnóstico más preciso de la capacidad instalada y las necesidades en talento humano para consulta externa.

Se generaron los informes del II semestre 2024 y primer semestre 2025 de oferta y demanda de los servicios en salud para consulta externa dirigido a las Direcciones de Sanidad Ejército nacional, Armada Nacional y Jefatura de Salud Fuerza Aeroespacial con conclusiones y recomendaciones estratégicas para la optimización de la oferta de servicios en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Medición del Indicador

Tabla 19. Porcentaje de disponibilidad oferta de servicios por nivel de complejidad de acuerdo con normatividad vigente.

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:

Actualmente el indicador se mide semestre vencido, en lo que corresponde al primer semestre del año 2025; se identifco un porcentaje de cumplimiento del 95 % es de aclarar que este porcentaje es del consolidado de todos los ESM y UASO.

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

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.

Durante el tercer trimestre se consolidaron acciones que fortalecieron la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS), alcanzando un avance del 91,5 % en el cumplimiento del Acuerdo 070 de 2019. Se mantienen los esfuerzos orientados a garantizar la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios para los afiliados, mediante la actualización normativa, la estandarización de procesos, la depuración documental y la consolidación de bases de datos RIPS. De igual manera, se continúa trabajando de manera articulada con los diferentes actores del SSFM para asegurar la disponibilidad oportuna de la información y la implementación de estrategias que permitan alcanzar las metas propuestas en la vigencia actual.

Medición del Indicador

Tabla 20. Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud.

Indicador: Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud.						
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Trim**	**II Trim**	**III Trim**
V1	Actividades implementadas en cumplimiento del acuerdo 070	Efectividad	93%	90%	**90,8%**	**91,5%**
V2	Total, actividades acuerdo 070					

Fuente: Elaboración Propia Grupo Aseguramiento en Salud.

Análisis del Indicador:

Durante el tercer trimestre de 2025, el porcentaje de cumplimiento en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS) alcanzó un 91,5%, 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 cuarto 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 mayo del 2026.

El avance de este trimestre refleja el compromiso institucional con la implementación del Modelo de Atención, mediante avances en la estandarización de procesos, la depuración normativa y la implementación de rutas integrales, así como en la atención primaria con enfoque diferencial y la participación social, lo que contribuye a una gestión más ordenada y centrada en el usuario. No obstante, persisten retos en la programación presupuestal y en indicadores críticos como vacunación y certificación de discapacidad, que requieren acciones focalizadas para garantizar el cumplimiento de metas.

En términos generales, el comportamiento del periodo confirma una tendencia positiva hacia la consolidación del MATIS como eje articulador del SSFM, promoviendo eficiencia, sostenibilidad y atención integral, humanizada y centrada en el usuario

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

De acuerdo con los resultados de las PQRSR y acciones, se realizaron las siguientes recomendaciones:

- Realizar seguimiento continuo y auditorias que permitan identificar los puntos críticos en el proceso de autorizaciones y aplicar acciones correctivas.
- Realizar retroalimentaciones continuas al personal de autorizaciones con el propósito de minimizar errores que generen reprocesos.
- Establecer comunicación en doble vía con los usuarios que permitan dar a conocer los requisitos previos a la autorización y prestación en los servicios de salud.
- Establecer articulación y seguimiento a la contratación con la red externa que permita brindar continuidad en los tratamientos y que permita caracterizar la demanda.
- Revisión periódica de cupos, agendas y oferta real de servicios que permita realizar la contratación y minimizar los requerimientos por demora en los tratamientos o por agendamiento de citas de medicina especializada para DISAN EJC de ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, dermatología, urología, neurología, psicología oftalmología, neuropsicología y optometría y procedimientos no quirúrgicos. Para DISAN ARC ortopedia y traumatología,

otorrinolaringología, medicina interna y para JEFSA urología, oftalmología, anestesiología, ortopedia y traumatología, los cuales son recurrentes en los informes que anteceden a esta comunicación.

- Ampliar la disponibilidad de citas y horarios, incorporando jornadas extendidas o adicionales para los servicios con mayor congestión, como imágenes diagnósticas, consultas de medicina general o medicina especializada para DISAN EJC de ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, dermatología, urología, neurología, psicología oftalmología, neuropsicología y optometría y procedimientos no quirúrgicos. Para DISAN ARC ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, medicina interna y para JEFSA urología, oftalmología, anestesiología, ortopedia y traumatología.
- Hacer monitoreo permanente a las respuestas emitidas frente a los requerimientos, evaluando que sean completas, oportunas y con estándares de calidad.
- Fortalecer articulación y cooperación con la Fuerza y Medicina Laboral Ejército, Armada y Fuerza Aeroespacial mediante alianzas o jornadas de trabajo definiendo estrategias que permitan la disminución por temas de incorporaciones, juntas medico laborales programación, conceptos y copias con el propósito de disminuir estos requerimientos que impactan la estadística del SSFM.
- Implementar estrategias de mejora continua con la red externa que permita el fortalecimiento en la calidad del servicio, oportunidad en la atención, trato humanizado, mediante capacitación, auditoria y retroalimentación sistemática.
- Establecer mecanismos de información que permitan al usuario acceder y consultar su historia clínica de manera oportuna y segura.
- Establecer mecanismos de información que permitan al usuario acceder y consultar trámites y servicios, portafolio de servicios, pasajes y viáticos, así como su historia clínica de manera oportuna y segura.
- Implementar estrategias de mejora continua con la red externa que permita el fortalecimiento en la calidad del servicio, oportunidad en la atención, trato humanizado, mediante capacitación, auditoria y retroalimentación sistemática.
- Establecer mecanismos de información que permitan al usuario acceder y consultar información referente a pasajes y viáticos, así como su historia clínica de manera oportuna y segura.

Logros de la gestión.

Se genera retroalimentación de las principales causales de PQRSR a las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud, con el propósito de fortalecer la gestión institucional y optimizar los procesos al interior del SSFM, que permitan dar cumplimiento al Acuerdo 075/2020 y Acuerdo 070/2019, con un enfoque hacia los usuarios, que permite reducir las reincidencias en las PQRS y acciones constitucionales presentadas ante el SSFM, evitando sanciones legales y promoviendo una mejor protección de los derechos de los afiliados al SSFM.

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

3.3.3.1 Informe seguimiento a la Implementación de la Directiva Permanente de Comités de Obligatorio Cumplimiento en Salud del SSFM.

Análisis de la tarea

El análisis de los comités en salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) es fundamental para garantizar la calidad, eficiencia y pertinencia de la atención sanitaria. Estos comités permiten evaluar de manera integral los procesos asistenciales, identificar riesgos, proponer mejoras y asegurar el cumplimiento de protocolos y normativas vigentes. Además, facilitan la toma de decisiones basadas en evidencia, fortaleciendo la gestión clínica y administrativa, lo que contribuye a la optimización de recursos y a la protección del bienestar del personal militar y sus familias. En conclusión, su labor es clave para mantener altos estándares de seguridad y calidad en el servicio de salud.

Logros de la gestión.

La puesta en marcha de los comités en salud ha generado avances significativos en la gestión y control de los procesos asistenciales por el periodo evaluado de la vigencia 2025, lo que evidencia una adecuada estructuración inicial y la consolidación de lineamientos básicos, reflejando la efectividad de las acciones correctivas y la mejora en la articulación entre las áreas involucradas. Lo anterior demuestra que la implementación de los comités ha fortalecido la toma de decisiones basadas en evidencia, optimizado recursos y garantizado mayor calidad y seguridad en la atención de salud para el personal militar y beneficiarios.

Medición del Indicador

Tabla 21. 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**	**III Trim**
V1	Número de comités ejecutados	Eficacia	80%	80%	95%	**98%**
V2	Número de comités proyectados					

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El indicador presenta una evolución positiva y sostenida durante los trimestres evaluados.

Al tercer trimestre se logra un 98%, consolidando el éxito del proceso y superando ampliamente la meta proyectada. Este comportamiento confirma el compromiso institucional y la correcta aplicación de estrategias orientadas a la mejora continua.

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 del III Trimestre de la vigencia 2025, se efectuó el análisis de las acciones inseguras identificadas, reportadas y gestionadas en los ESM. Así mismo, se documentaron las novedades encontradas en los reportes, con el propósito de fortalecer la mejora continua de los procesos para el siguiente periodo.

El análisis permitió evidenciar:

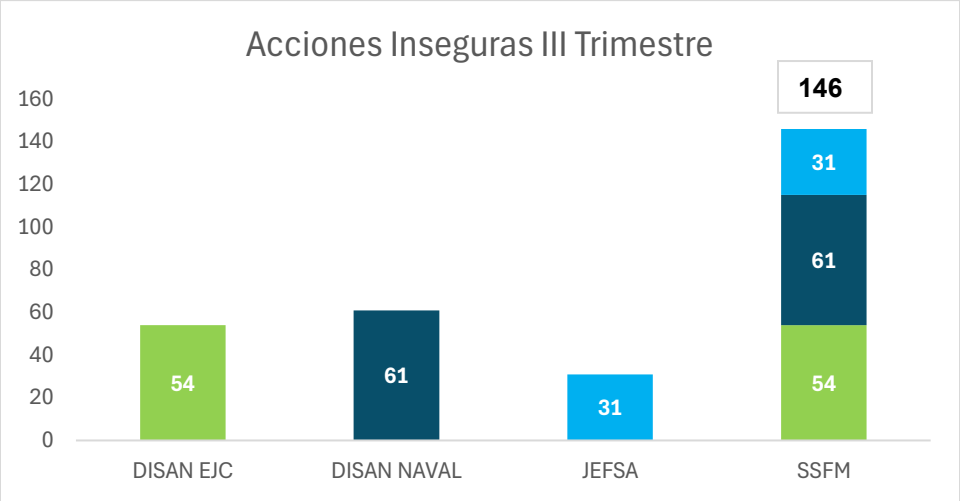
- La adherencia al Programa de Seguridad del Paciente.
- La búsqueda activa de riesgos en salud que podrían afectar a los usuarios del SSFM durante la prestación de servicios.
- La implementación de barreras efectivas para prevenir la materialización de dichos riesgos.

De manera complementaria, se realizó el seguimiento a la implementación de las acciones de mejora y correctivas propuestas, con el objetivo de minimizar el riesgo de ocurrencia y de reincidencia de acciones inseguras, así:

Como parte de la implementación del Programa de Seguridad del Paciente, se promueve la cultura de reporte y se incentiva a los servicios de salud para realizar la búsqueda e identificación activa de riesgos, generando los reportes correspondientes. Esta práctica contribuye directamente al mejoramiento continuo de los procesos en salud.

Durante el III Trimestre de 2025, se registraron 146 reportes de acciones inseguras en el SSFM y la Red externa contratada, discriminados por fuerzas de la siguiente manera:

Ilustración 8. Reporte Acciones Inseguras por Fuerza.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional

Logros de la gestión.

Durante el III Trimestre de 2025, la gestión permitió consolidar la adherencia al Programa de Seguridad del Paciente, fortalecer la cultura de reporte e incentivar la búsqueda activa de riesgos en salud en los ESM y la Red externa contratada, lo que se tradujo en la identificación y documentación de novedades, la implementación de barreras efectivas para prevenir la materialización de riesgos, y el seguimiento a las acciones de mejora y correctivas orientadas a minimizar la ocurrencia y reincidencia de acciones inseguras; como resultado, se registraron 146 reportes de acciones inseguras, evidenciando el compromiso institucional con la mejora continua de los procesos en salud y la protección de los usuarios del SSFM.

Medición del Indicador

Tabla 22. Proporción de vigilancia de acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.

Indicador: Proporción de vigilancia de acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.						
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Trim**	**II Trim**	**III Trim**
V1	Número total de acciones inseguras gestionadas	Eficiencia	80%	82.1%	87.86	84.24%
V2	Número total de acciones inseguras detectadas					

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El indicador refleja una gestión eficiente y superior a la meta establecida (80%) durante los tres trimestres evaluados, evidenciando que la proporción de acciones inseguras gestionadas frente a las detectadas se mantiene en niveles adecuados.

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

Frente al comportamiento de los Indicadores de Calidad en Salud del periodo reportado, es indispensable garantizar la continuidad de los procesos de monitoreo permanente a la red prestadora de servicios de salud (ESM).

Como pilares fundamentales se destacan el control y la supervisión de las agendas médicas, así como la validación previa de los datos desde su procesamiento hasta el reporte final. Todo ello tiene como propósito asegurar que la información sea confiable y pertinente, facilitando la toma de decisiones dentro de la entidad.

Tabla 23. Indicadores Calidad en Salud.

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

Fuente: Reporte Área de Estadística DIGSA

Logros de la gestión.

Actualmente, las desviaciones en estos tiempos continúan siendo objeto de seguimiento y observación por parte de los entes reguladores, lo que subraya la necesidad de fortalecer los procesos internos de control y seguimiento para garantizar la calidad y oportunidad en la prestación del servicio.

Medición del Indicador

Tabla 24. Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de los Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud.

Indicador: Cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de los Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud.						
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Trim**	**II Trim**	**III Trim**
V1	Número de actividades cumplidas de Planes de Mejoramiento Institucionales de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud.	Eficacia	85%	100%	100%	**100%**
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:

Del análisis de los resultados obtenidos en la auditoría, se evaluaron siete (7) indicadores de monitoreo relacionados con la oportunidad en la atención de consultas. De estos, cuatro (4) cumplieron con el estándar establecido por la entidad, lo que evidencia avances significativos en la mejora de los procesos evaluados. No obstante, persisten oportunidades de mejora, ya que los indicadores correspondientes a la oportunidad en consulta para Medicina General, Odontología General y Pediatría no alcanzaron los estándares requeridos. Esta situación subraya la necesidad de fortalecer las acciones correctivas y mantener el monitoreo permanente, con el fin de garantizar el cumplimiento de los niveles de calidad en la prestación de los servicios de salud.

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.

Análisis de la tarea

Para el IV trimestre 2025 se realizó la Auditoría del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud-SOGCS a 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.

- Realización 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 25. 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**	**II Sem**
V1	Numero de auditorías realizadas a la red externa contratada	Efectividad	75%	100%	**100%**
V2	Total, de auditorías proyectas para la red externa contratada.				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

Para este II semestre se reportó un cumplimiento a los programas auditoría de la Red Externa contratada para el SSFM así:

Porcentaje de ejecución de Auditorias del SOGCS de la Red contratada para el SSFM	DIGSA	DISAN EJC	DISAN NAVAL	JEFSA	% del SSFM
	100%	25%	60%	60%	61%

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

Tabla 26. Desarrollo de Auditorias.

Desarrollo de Auditorias.						
No	**Fecha de Realización**	**Servicio o Proceso**	**Hallazgos**	**Recomendación**	**Observación**	**Fortalezas**
1	28-marzo-2025	Gestión de la Calidad HOMIL	**0**	**2**	**2**	**3**
2	13-junio-2025	Salas de enfermedad Respiratoria Aguda ERA de los servicios de urgencias y consulta externa. -Indicadores de la resolución 256 de 2016 Dominio seguridad. -Seguimiento eventos adversos 2025 -Servicio de referencia, contrarreferencia y autorizaciones de salas ERA.	**3**	**8**	**-**	**2**
3	26-septiembre-2025	•Servicio de Ginecología y Obstetricia -Hospitalización obstétrica (Atención del parto, recién nacido y postparto) -Salas de Parto •Servicio de Neonatología o Recién nacido •Unidad de Cuidado Intensivos Neonatales - Implementación de Ruta Integral de atención en Salud para la población Materno Perinatal, por lo cual se verificarán los siguientes servicios y/o programas: -Programa de Planificación Familiar -Referencia / Contrarreferencia -Registro e Historias clínicas.	**12**	**5**	**13**	**3**
5	12 DE diciembre - 2025	-Gestión de la Calidad HOMIL: Indicadores de Calidad en Salud, Seguridad del Paciente, Seguimiento Planes de Mejoramiento.	-	3	-	1

Fuente: Elaboración Propia Área de Garantia de la Calidad

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

Se da cumplimiento con el 100% del Programa de Auditoria de Calidad en Salud 2025, y se realizan las auditorias presenciales y virtuales de los ESM seleccionados para la vigencia, la cual tiene como objetivo, realizar seguimiento y monitoreo del Sistema de Calidad en Salud, así como, la verificación de la calidad en la prestación de los servicios de salud ofertados a los usuarios del SSFM.

Logros de la gestión.

- **JEFSA**

Fortalezas: 3 | Hallazgos: 2 | Oportunidades: 5

- **DISAN ARC**

Fortalezas: 2 | Hallazgos: 10 | Oportunidades: 22

- **DISAN EJC**

Fortalezas: 6 | Hallazgos: 86 | Oportunidades: 59

Tabla 27. Auditorias de Salud de Calidad en Salud Red Propia - 2025

Auditorias de Salud de Calidad en Salud Red Propia - 2025					
FUERZA	**ESM**	**Localidad**	**Fortalezas**	**Hallazgos**	**Oportunidades de Mejora**
DISAN EJC	ESCUELA MILITAR DE SUBOFICIALES SARGENTO SEGUNDO INOCENCIO CHINCA (Presencial)	Nilo	0	7	0
DISAN EJC	CENTRO DE ALISTAMIENTO PARA EL COMBATE Y SEGURIDAD AEREA No 01 (Presencial)	Nilo	0	3	0
DISAN EJC	DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA (Presencial)	Nilo	1	3	17
DISAN EJC	BATALLON DE ASPC No 01 CACIQUE TUNDAMA (Presencial)	Tunja	0	34	16
DISAN EJC	GRUPO DE CABALLERIA MECANIZADO No 01 GENERAL MIGUEL SILVA PLAZAS (Presencial)	Duitama	5	24	9
DISAN EJC	BATALLÓN DE ASPC No 26 SARGENTO SEGUNDO NESTOR OSPINA MELO (Virtual)	Leticia	0	15	17
DISAN ARC	UNIDAD DE ATENCIÓN BASICA MILITAR LETICIA (Virtual)	Leticia	0	3	6
JEFSA	GRUPO AEREO DEL AMAZONAS (Virtual)	Leticia	1	2	5
DISAN ARC	UNIDAD FUNCIONAL BATALLON 070 (Presencial)	Bogotá DC	1	4	10
DISAN ARC	UNIDAD FUNCIONAL NORTE (Presencial)	Bogotá	1	3	6
JEFSA	CENTRO DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD FAC NICOLAS DE FEDERMAN (Presencial)	Bogotá	2	0	0

Fuente: Elaboración Propia Área de Garantia de la Calidad.

Medición del Indicador

Tabla 28. Porcentaje de auditorías

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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El Programa de Auditoría de Calidad en Salud de la red propia del SSFM alcanzó un cumplimiento del 100%, lo que evidencia la ejecución completa del plan conforme con la metodología establecida. Las auditorías se realizaron sobre la prestación de los servicios en los ESM, verificando componentes clave como: Capacidad Tecnológica y Científica, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (en los ESM que aplica), Líneas transversales de Seguridad del Paciente, Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en Salud, Comités en Salud, Auditoría de Calidad en Salud de la Red Externa, Seguimiento PRQS, Procedimientos relacionados con la prestación y operación de servicios en salud, Gestión del riesgo en salud y Salud Operacional.

Este resultado refleja una adecuada capacidad de control y seguimiento del sistema. No obstante, para garantizar el impacto real de las auditorias, se estableció la formulación de planes de mejoramiento específicos para cada ESM auditado, con base en los hallazgos reportados en los informes de auditoría.

Actualmente, dichos planes se encuentran en proceso de formulación, aprobación y ejecución, lo que permitirá cerrar brechas identificadas y fortalecer la calidad en la prestación de los servicios de salud.

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 con el Anexo N.º 3 de la Directiva Permanente Radicado 0124006440602/ MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUAS-ARCAS 23.1 del 26 de junio de 2024, “Actualización de Directrices del Componente de Capacidad Tecnológica y Científica del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares”, se realizó desde el Área de Calidad en Salud del Grupo Aseguramiento en Salud de la Dirección General de Sanidad Militar, el seguimiento correspondiente al III Trimestre y el cierre del Plan de Mejoramiento Institucional de Capacidad Tecnológica y Científica (2024-2025) de DISAN (EJC, ARC) y JEFSA.

Logros de la gestión.

El avance total del Plan de Mejoramiento Institucional de Capacidad Tecnológica y Científica correspondiente al III trimestre y cierre de 2025, alcanza un acumulado por fuerza frente a la meta establecida por la Dirección General de Sanidad Militar, del 90% para el indicador “*Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza*”, así:

Tabla 29. Seguimiento III Trimestre y Cierre 2024 - 2025 por Fuerza

Seguimiento III Trimestre y Cierre 2024 - 2025 por Fuerza						
DISAN/ JEFSA	Total, de actividades formuladas	Total, de soportes enviados	Actividades cerradas	Actividades en desarrollo	Actividades para reformular en Plan de Mejoramiento CTC 2026	Porcentaje de cumplimento
EJC	10	207	6	4	4	63%
ARC	6	246	6	0	0	100%
JEFSA	4	46	3	1	1	**75%**

Fuente Formato Plan de mejoramiento y seguimiento Sistema de Calidad en Salud- DIGSA

Medición del Indicador

Tabla 30. Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza.

Indicador: Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza.						
Variables	**Descripción**	**Fuerza**	**Meta Anual**	**I Trim**	**II Trim**	**III Trim y CIERRE**
V1	Número de actividades cerradas del Plan de Mejoramiento Institucional de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza	EJÉRCITO	90%	18%	**33%**	63%
		ARMADA	90%	42%	**58%**	100%
V2	Número total de actividades formuladas en el Plan de Mejoramiento Institucional de Capacidad Tecnológica y Científica por Fuerza	JEFSA	90%	13%	**19%**	75%

Fuente: Elaboración Propia Área de Garantia de la Calidad.

Análisis del Indicador:

Se evidencia que el indicador de "*Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento Institucionales de Capacidad Tecnológica y Científica*", fue alcanzado al 100% por la DISAN ARC. En contraste, los indicadores correspondientes a DISAN EJC y JEFSA no lograron cumplir la meta, debido a que algunas actividades no se ejecutaron por falta de recursos para la adquisición de insumos.

Adicionalmente, otras actividades no se llevaron a cabo ya que su ejecución depende de los lineamientos emitidos por la Dirección General de Sanidad Militar, necesarios para su socialización e implementación en los ESM del SSFM.

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 "Lineamientos para la implementación del Programa Institucional de Tecnovigilancia del SSFM", se realizó el seguimiento a la implementación del programa, a las actividades planificadas y al correspondiente reporte de eventos e incidentes asociados a los dispositivos médicos.

En este marco, se efectuó la retroalimentación 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 del SSFM durante el III trimestre de 2025, de acuerdo con las fechas establecidas en el Plan de Acción 2025.

Logros de la gestión.

- Fortalecimiento conceptual del programa, mediante la revisión y retroalimentación de sus generalidades, garantizando una comprensión homogénea entre los referentes y responsables.

- Validación del alcance institucional, asegurando que las acciones desarrolladas se ajusten a los lineamientos y responsabilidades definidas para cada nivel organizacional.

- Reafirmación de la misión general del programa, consolidando su propósito estratégico dentro del Subsistema de Salud.

- Precisión de funciones y responsabilidades de los referentes y responsables, optimizando la articulación operativa y la claridad en la ejecución de actividades.

- Articulación con programa de seguridad del paciente, promoviendo acciones coordinadas para fortalecer la gestión integral y evitar duplicidad de esfuerzos.

- Revisión de metas, indicadores y cronogramas, garantizando el cumplimiento de las fechas establecidas para la entrega de informes y el seguimiento oportuno de los compromisos.

- Gestión oportuna de reportes de casos ante INVIMA y SSFM, asegurando el cumplimiento de los requisitos regulatorios.

- Verificación y socialización de alertas sanitarias de Dispositivos Médicos (DM), fortaleciendo la vigilancia y la respuesta institucional.
- Gestión integral de reportes asociados a Dispositivos Médicos, mejorando la trazabilidad y la toma de decisiones.

- Socializaciones internas, promoviendo la difusión de información clave y la estandarización de procesos y actividades dentro del SSFM.

Medición del Indicador

Tabla 31. Gestión de eventos e incidentes serios y no serios asociados a dispositivos médicos

Indicador: Gestión de eventos e incidentes serios y no serios asociados a dispositivos médicos.						
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Trim**	**II Trim**	**III Trim**
V1	Número total de eventos e incidentes serios y no serios gestionados.	Eficiencia	80%	75%	86%	78%
V2	Número total de eventos e incidentes serios y no serios detectados.					

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El resultado del indicador se presenta de acuerdo con el consolidado de los eventos e incidentes reportados y las acciones subsiguientes desarrolladas en los ESM, en relación con el informe de retroalimentación con radicado No. 01255013342102 del 09 de diciembre del 2025 obteniéndose los siguientes porcentajes:

- Incidentes/Eventos Adversos cerrados: 78%
- Incidentes/Eventos Adversos en desarrollo: 22%

En relación con los eventos e incidentes pendientes de cierre de trimestres anteriores, se continúa realizando el seguimiento mediante la revisión de los soportes que acrediten el cierre del caso o, en su defecto, de la documentación que permita verificar su desarrollo y estado actual. Esta información se reporta de manera consolidada en el informe trimestral.

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

El enfoque del informe de gestión de dotación biomédica tiene como principal alcance la revisión del cumplimiento de los objetivos y metas establecidas, con la finalidad de demostrar los avances y efectos alcanzados en los procesos de gestión y supervisión de la tecnología biomédica dentro del SSFM.

Con el propósito de detectar y mitigar las deficiencias y requerimientos técnicos identificados en las áreas biomédicas, se ha desarrollado un trabajo coordinado entre DIGSA, DISAN (EJC y ARC), JEFSA y los ESM, orientado a la adopción de metodologías y lineamientos homogéneos. Todas estas acciones se ejecutan conforme a lo dispuesto en la Directiva Permanente para la Gestión y Control de la Tecnología Biomédica de los Subsistemas de Salud de las Fuerzas Militares (Radicado N° 0122010140002 / MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUAS-ARCAS.23.1).

Logros de la gestión.

- Monitoreo del Programa de Mantenimiento, garantizando el cumplimiento de las actividades programadas y el fortalecimiento de los procesos de conservación de la tecnología biomédica.

- Actualización del alistamiento de equipos biomédicos, permitiendo contar con información precisa y vigente sobre el estado operativo y la disponibilidad tecnológica en los ESM.

- Identificación de la adquisición de dotación biomédica, facilitando la priorización de inversiones y la planificación de recursos para mejorar la capacidad instalada.

- Detección de falencias y necesidades en la ejecución de los programas de gestión biomédica, contribuyendo a la formulación de acciones de mejora y al fortalecimiento de los procesos institucionales.

Medición del Indicador

Tabla 32. 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%	**38%**
V2	Número visitas de mantenimiento programados			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El análisis correspondiente al segundo semestre se fundamenta en las acciones implementadas por cada una de las Fuerzas, tomando como referencia el seguimiento realizado durante el primer semestre de 2025 a los mantenimientos preventivos programados y a los indicadores definidos en la Directiva Permanente para la Gestión y Control de la Tecnología Biomédica. Si bien DISAN ARC presentó un avance verificable del 80 % gracias a la disponibilidad de soportes técnicos, en el caso de DISAN EJC y JEFSA aún se encuentra en proceso la consolidación de la información requerida acorde a lo reportado en el primer semestre 2025, situación que mantiene el informe en etapa de integración para su posterior remisión como retroalimentación institucional en el segundo semestre del cual se espera el aumento significativo del porcentaje de la meta de eficiencia.

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 periodo comprendido de enero a noviembre correspondiente a la vigencia del 2024 y 2025 permite evidenciar que:

En la tasa de heridos dentro y fuera de combate, la tendencia aumenta para el periodo analizado (1 enero al 30 de noviembre) con respecto al 2024; ya que para el periodo evaluado del 2025 esta fue de 106,9, mientras que en el 2024 fue de 100,7. Es decir que por cada 10.000 militares se presentaron 107 heridos en las FF.MM para el periodo del 2025, mientras que en el 2024 se presentaron 101 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 noviembre); ya que en el 2024 esta fue de 13,2, y en el 2025 fue de 12,7. Es decir que por cada 10.000 militares se presentaron 13 muertos en las FF.MM, en cada periodo evaluado en cada vigencia.

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

Logros de la gestión.

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 2025**	**Jul - Nov**
V1	Número de heridos dentro y fuera de combate	Eficacia	Tasa Variable	**49,8**	106.9
V2	Numero promedio de militares periodo				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Durante el periodo analizado del 2025 (1 enero al 30 de noviembre), se presentó un total de 2.378 casos de heridos; lo que corresponde a una tasa de 106,9 (por cada 10.000 militares se presentaron 107 heridos dentro y fuera de combate).

Tabla 33. Análisis Especifico por tipo de evento en heridos.

Análisis Especifico por tipo de evento en heridos						
Descripción	**L / BASE 2024**	**2024 (ENE - NOVI)**		**2025 (ENE -NOV)**		**TENDENCIA**
		# casos	**Tasa**	**# casos**	**Tasa**	
Tasa de heridos fuera de combate ocurridos en un período de tiempo sobre la población militar FF.MM	95	1880	88,6	1921	86,3	BAJA
Tasa de heridos en combate ocurridos en un período de tiempo sobre la población militar FF.MM	13	256	12,1	457	20,6	**SUBE**

Fuente: Elaboración Propia Grupo Salud Operacional.

Con relación al comportamiento especifico por tipo de evento de heridos, se tiene una tasa de 86,3 heridos fuera de combate (HFC) para el periodo analizado en el 2025; lo que representa que, por cada 10.000 militares, se presentaron 86 casos de heridos fuera de combate en las Fuerzas Militares. Así mismo, en lo que respecta al análisis comparativo entre el periodo del 2024 y 2025, permite evidenciar que la tendencia disminuye con relación a la tasa de heridos fuera de combate, ya que para el 2024 fue del 88,6 y para el 2025 del 86,3.

Por otro lado, en relación con el comportamiento específico de los heridos en combate (HC) durante el año 2025, la tasa fue de 20,6, lo que significa que por cada 10.000 militares se registraron 21 casos de (HC) en las Fuerzas Militares. El análisis comparativo entre los

periodos 2024 y 2025 evidencia un incremento significativo en esta tasa, pasando de 12,1 en 2024 a 20,6 en 2025. Es decir, por cada 10.000 militares se presentaron 12 heridos en combate en 2024, mientras que en 2025 la cifra prácticamente se duplicó, alcanzando 21 casos.

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 2025**	**II Sem 2025**
V1	Número de Muertos dentro y fuera de combate	Eficacia	Variable	**13.2**	**12.7**
V2	Numero promedio de militares periodo				

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Durante el periodo 2025 (1 enero al 30 de noviembre), se presentó un total de 283 casos de mortalidad, lo que corresponde a una tasa de 12,7 (por cada 10.000 militares se presentaron 13 muertos dentro y fuera de combate).

Tabla 34. Análisis Especifico por tipo de evento de muertos.

Análisis Especifico por tipo de evento de muertos						
Descripción	**L / BASE 2024**	**2024 (ENE-SEP)**		**2025 (ENE-SEP)**		**TENDENCIA**
		# casos	**Tasa**	**# casos**	**Tasa**	
Tasa de muertos fuera de combate ocurridos en un período de tiempo sobre la población militar FF.MM	11	215	10,1	199	8,9	BAJA
Tasa de muertos en combate ocurridos en un período de tiempo sobre la población militar FF.MM	3	64	3,0	84	3,8	**SUBE**

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Con relación al comportamiento especifico por tipo de evento de mortalidad, se tiene en el 2025 una tasa de 8,9 muertos fuera de combate; lo que representa que, por cada 10.000 militares, se presentaron 9 casos de muertos fuera de combate en las Fuerzas Militares. Así mismo, en lo que respecta al análisis comparativo entre el periodo analizado del 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 10,1 y para el 2025 del 8,9.

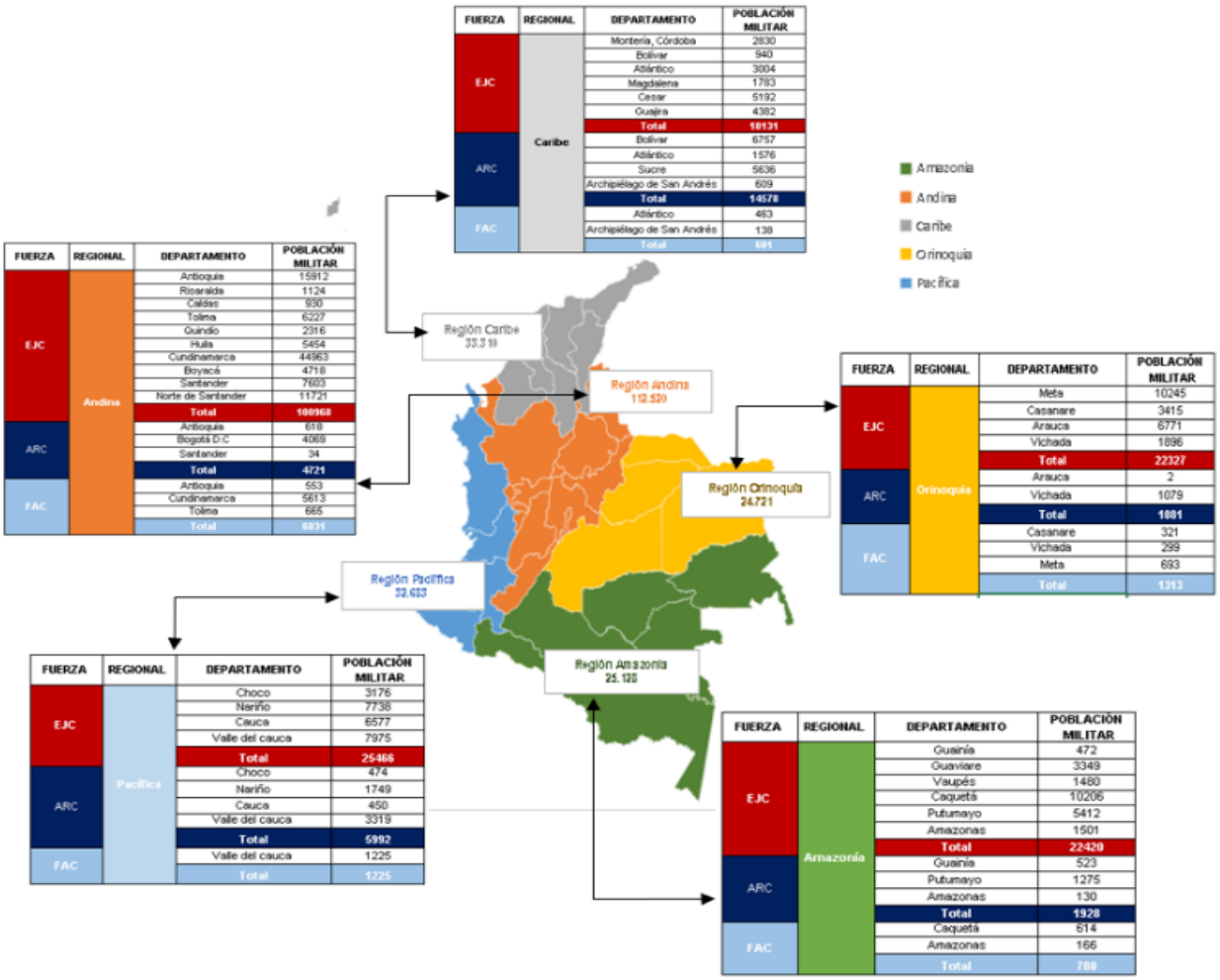
Con relación a la tasa de muertos en combate (MC), esta fue de 3,8 para el 2025; lo que representa que, por cada 10.000 militares, se presentaron 4 casos de muertos en combate en las Fuerzas Militares. Así mismo, para el análisis comparativo entre el periodo del 2024 y 2025, permite evidenciar que la tendencia aumenta en la tasa de muertos en combate (MC), ya que para el 2024 fue del 3,0 y para el 2025 del 3,8.

3.4.3 **Actividad:** Caracterización población militar activa a partir de la Inteligencia Médica Militar.

3.4.3.1 **Tarea:** Documento Perfil Epidemiológico en el Teatro de Operacional 2024 (Acuerdo 060 del 2015).

Análisis de la tarea

Con base en el Censo de población militar activa a corte diciembre de 2024, se identificó una población total de 228.362 efectivos, distribuida en diferentes rangos militares. El grupo más representativo corresponde a los soldados profesionales, con 87.617 efectivos (38,4%), seguido por el personal en servicio militar obligatorio, que alcanza 76.578 efectivos (33,5%). Los suboficiales representan 18,1% del total, mientras que los oficiales constituyen el menor porcentaje con 6,9%. Finalmente, los alumnos de escuelas de formación suman 6.990 efectivos (3,1%).



FUERZA	REGIONAL	DEPARTAMENTO	POBLACIÓN MILITAR
EJC	Caribe	Montería, Córdoba	2830
		Bolívar	940
		Atlántico	3004
		Magdalena	1783
		Cesar	5192
		Guajira	4382
		Total	18131
ARC		Bolívar	6757
		Atlántico	1576
		Sucre	5636
		Archipiélago de San Andrés	609
		Total	14578
FAC		Atlántico	463
		Archipiélago de San Andrés	139
		Total	601

FUERZA	REGIONAL	DEPARTAMENTO	POBLACIÓN MILITAR
EJC	Andina	Antioquia	15912
		Risaralda	1124
		Caldas	930
		Tolima	6227
		Quindío	2316
		Huila	5454
		Cundinamarca	44963
		Boyacá	4718
		Santander	7603
		Norte de Santander	11721
		Total	100968
ARC		Antioquia	618
		Bogotá D.C	4069
		Santander	34
		Total	4721
FAC		Antioquia	553
		Cundinamarca	5613
		Tolima	665
		Total	6831

FUERZA	REGIONAL	DEPARTAMENTO	POBLACIÓN MILITAR
EJC	Orinoquia	Meta	10245
		Casanare	3415
		Arauca	6771
		Vichada	1896
		Total	22327
ARC		Arauca	2
		Vichada	1079
		Total	1081
FAC		Casanare	321
		Vichada	299
		Meta	693
		Total	1313

FUERZA	REGIONAL	DEPARTAMENTO	POBLACIÓN MILITAR
EJC	Pacífica	Choco	3176
		Nariño	7738
		Cauca	6577
		Valle del cauca	7975
		Total	25466
ARC		Choco	474
		Nariño	1749
		Cauca	450
		Valle del cauca	3319
		Total	5992
FAC		Valle del cauca	1225
		Total	1225

FUERZA	REGIONAL	DEPARTAMENTO	POBLACIÓN MILITAR
EJC	Amazonia	Guainía	472
		Guaviare	3349
		Vaupés	1480
		Caquetá	10206
		Putumayo	5412
		Amazonas	1501
		Total	22420
ARC		Guainía	523
		Putumayo	1275
		Amazonas	130
		Total	1928
FAC		Caquetá	614
		Amazonas	166
		Total	780

Los resultados del Perfil Epidemiológico Operacional 2024 presentan un diagnóstico integral de la salud del personal militar activo en contexto operacional, identificando las enfermedades más prevalentes por región y los factores de riesgo asociados.; para

Amazonia se reportaron 740 eventos en la población Militar, y los factores de riesgo asociados para esta región se encuentran la malaria y el dengue, seguidos de la leishmaniasis cutánea y Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia. Para la región Andina reportaron 3.532 eventos los más prevalentes fueron leishmaniasis cutánea, dengue, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, y malaria. Los departamentos de mayor impacto en la región fueron Antioquia, Cundinamarca y Boyacá. Región Caribe, reportaron 1.093 eventos, en general, aunque algunos departamentos presentan altos números en casos de enfermedades transmisibles. Este panorama exige priorizar acciones de control vectorial, vigilancia epidemiológica y medidas de saneamiento básico para reducir riesgos asociados a ETA, sin dejar de considerar otros eventos presentes en la región que requieren atención complementaria para proteger la salud del personal militar activo. Región Orinoquia, se reportaron 484eventos, las enfermedades transmitidas por vectores, como el Dengue y la Malaria, son particularmente comunes en esta región, con un alto número de casos en Leishmaniasis cutánea, dengue y malaria se destacada, especialmente en Meta es el departamento con mayor carga epidemiológica, lo que refleja condiciones ambientales favorables para la transmisión vectorial, esta información permite conocer y priorizar intervenciones en salud, así como, gestionar riesgos que ocurren antes, durante y después de las operaciones militares.

Logros de la gestión.

El Perfil Epidemiológico Operacional 2024, se consolidó como herramienta estratégica para la salud operacional, logrando un diagnóstico integral del personal militar activo y la identificación de enfermedades prevalentes y factores de riesgo por región. Este avance permitió priorizar intervenciones en área como Amazonia, Andina, Caribe y Orinoquia, donde se registraron 740, 3.532, 1.093 y 484 eventos respectivamente, asociados principalmente a malaria, dengue, leishmaniasis cutánea y agresiones por animales transmisores de rabia. La información obtenida fortaleció la toma de decisiones basadas en evidencia, orientando acciones de control vectorial, vigilancia epidemiológica y saneamiento básico, así como la formulación de estrategias para gestionar riesgos antes, durante y después de las operaciones militares, contribuyendo a la protección integral del personal militar.

De manera complementaria, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, bajo el liderazgo de la Dirección General de Sanidad Militar, fortaleció las capacidades operativas mediante el programa Socorrista Militar, el cual concentra sus capacidades para brindar apoyo en atención inmediata y mitigación de riesgos en escenarios operacionales, optimizando la respuesta inmediata de salud en el terreno.

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 cuarto trimestre se ejecutaron el 100% de las cuatro (04) 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 las diferente Subdirección permitió una implementación efectiva, desarrollando capacitaciones clave sobre fortalecimiento en temas de archivo y gestión documental, temáticas de enfoque diferencial y mujeres, 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 cuatro actividades programadas durante el IV 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 35. Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitación.

Indicador: Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitación.					
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Sem**	**II Sem**
V1	Número de actividades ejecutadas del Plan Institucional de Capacitación.	Eficacia	85%	100 %	**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 cuatro (04) 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:

- Acuerdo Plan de Servicios y Tecnologías del SSMP
- Definición y abordaje desde la salud en Colombia sobre el ATEP y cómo aplicarlo en las Fuerzas Armadas.

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 cuarto trimestre de la vigencia 2025 se recepcionaron un total de 9.487 PQRSR a través de los diferentes canales de atención establecidos. Las tipologías más representativas corresponden a reclamos y peticiones, con 5.772 (59%) y 3.045 (32%) requerimientos, respectivamente (ver *Tabla 36*).

Asimismo, se observa que la tipología con menor representatividad es “Denuncia por posibles actos de corrupción”, con solo 6 requerimientos. De igual manera, se destaca que el 17 % de las peticiones pertenece a la subcategoría “orientación e información”.

Tabla 36. Reporte Tipología PQRS

Tipología		IV Trimestre	%
Reclamo		5.772	63.47%
Felicitación		148	1.63%
Queja		107	1.18%
Sugerencia		15	0.16%
Denuncia por posibles actos de corrupción		6	0.07%
Peticiones 3.045	Orientación e Información	1.631	17.93%
	Aseguramiento	777	8.54%
	Junta médico laboral	638	7.02%
Total		9.094	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 semanal el reporte 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.

En los asuntos y sub-asuntos 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.

Se gestionan PQRSR enviadas por el MDN y el COGFM a través de sus correos electrónicos o aplicativos, cargándolas al módulo de PQRSR de la DIGSA.

Medición del Indicador

Tabla 37. Tasa de PQRS.

Indicador: Tasa de PQRS. – 15 de Diciembre							
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Trim**	**II Trim**	**III Trim**	**IV Trim**
V1	Número de PQRS de prestación de servicios de salud a nivel Nacional	Eficacia	17	17	16	18	**11**
V2	Total, de usuarios adscritos a nivel Nacional						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Tabla 38. Variables del Indicador de Tasa.

Vigencia 2025 – 15 de Diciembre			
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**
IV Trimestre	9.487	631.713	**15**

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

Análisis del Indicador:

Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025, se han recibieron 9.487 requerimientos en total, de los cuales 8.924 corresponden a peticiones, quejas y reclamos (PQR), mientras que 169 se clasifican como felicitaciones, sugerencias y denuncias en el SSFM.

En relación con el censo poblacional del mismo periodo, que registra 631.713 afiliados, se evidencia que, por cada 1.000 afiliados, 15 han interpuesto un requerimiento. Al comparar este comportamiento con el cuarto trimestre de la vigencia anterior (2024), se observa que esta cifra es estable ya que ambas vigencias finalizaron con 15 afiliados por cada 1.000, lo que se ubica por debajo de la meta establecida, ya que es inferior 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 9.487/ 631.713) * 1000 = 15

Medición del Indicador

Tabla 39. Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días

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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Tabla 40. Variables del Indicador Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días

Peticiones, quejas y reclamos vigencia 2025 DIGSA, DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSA			
Periodo	**Requerimientos (peticiones, quejas y reclamos) resueltos antes de 15 días**	**Requerimientos (peticiones, quejas y reclamos) recibidos en el trimestre**	**Porcentaje**
I Trimestre	5.805	6.793	**85%**
II Trimestre	4.548	5.930	**77%**
III Trimestre	5.867	6.671	**88%**
IV Trimestre	4.604	5049	**91%**

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

Análisis del Indicador:

Los resultados correspondientes al cuarto trimestre de la vigencia 2025; evidencian que, de un total 5.049 Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR), se han cerrado en términos de ley 4.604, lo que representa un 91% de gestión, aumentando tres 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 41. Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos.

Indicador: Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos – 15 de Diciembre							
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Trim**	**II Trim**	**III Trim**	**IV Trim**
V1	Usuarios que conocen sus deberes y derechos	Efectividad	90%	95,80%	97,33%	96,67%	**95.95%**
V2	Total, de usuarios encuestados						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Tabla 42. 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%**
IV Trimestre	5.303	5.527	**95.95%**

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

Análisis del Indicador:

En el cuarto trimestre de la vigencia 2025, se presentó un porcentaje de gestión del 95,95 %, lo que, al compararse con el tercer trimestre de la vigencia anterior 2024, refleja una disminución de 0,44 puntos básicos, dado que en ese periodo el porcentaje fue de 96,67 %. En comparación con el segundo trimestre de la actual vigencia, disminuyó el porcentaje, pasando de 97,33% a 95.95%.

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.

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 43. Porcentaje de satisfacción global Sanidad Militar

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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025, se logró obtener un porcentaje alto de satisfacción global en los usuarios encuestados del Subsistema de Salud de las FFMM, aumentando a 98%, teniendo en cuenta que para el tercer trimestre de 2025 se obtuvo un 97%.

La muestra aplicada en el cuarto trimestre de 2025 fue de 6.106 afiliados, con una participación total de 5.553 usuarios. Al comparar la participación con el cuarto trimestre de la vigencia 2024, se evidencia una mayor participación en dicho periodo, ya que la muestra fue 2.483 y la participación que se obtuvo fue de 2.746.

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 activades, 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 44. Seguimiento a los compromisos en los espacios de participación social por territorio.

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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Se programaron 32 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 la cual convocó 6 espacios. 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 45. Percepción de los usuarios respecto a la humanización del servicio de salud en los ESM

Indicador: Percepción de los usuarios respecto a la humanización del servicio de salud en los ESM					
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Sem**	**II Sem**
V1	Número de usuarios satisfechos con la atención humanizada en el servicio de salud	Efectividad	90%	**97,43%**	**91.98%**
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 segundo semestre de la vigencia 2025 sus resultados evidencian un 91.98% de satisfacción, mejorando los resultados respecto a los dos semestres de la vigencia anterior: primer semestre 2024 que fue de 90,90% y segundo semestre 2024 91.01%.

Para este segundo semestre de la vigencia 2025, se evidencia que de 2.247 afiliados que participaron en la encuesta, aproximadamente 2,067 (91.98%) se sienten satisfechos respecto a la humanización del servicio.

En el segundo semestre, aunque el número de participantes aumentó significativamente de 1,011 a 2,247, el porcentaje de satisfacción disminuyó a 91.98%, lo que indica una ligera reducción en la percepción positiva ya que en el primer semestre fue 97.43%.

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

La tarea busca asegurar que cada usuario del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) esté correctamente afiliado y que sus derechos en salud estén validados para acceder sin barreras a la prestación de servicios. A corte 30 de noviembre de 2025, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares contaba con 636.537 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.

La población objetivo como se indica, son los cotizantes, beneficiarios y no cotizantes (alumnos de escuelas de formación militar y personal en servicio militar obligatorio), como se describen en la Ley 352 de 1997 norma que rige al régimen exceptuado y el rol del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

La gestión de afiliación se realiza en forma presencial en el Grupo Gestión de la Afiliación en el nivel central y en las oficinas regionales CERAF así como en forma virtual a través del PORTAL.SIS.

Logros de la gestión.

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares fortaleció su amplitud y cobertura, utilizando el censo poblacional como base para evaluar de manera sistemática la relación entre extinciones y nuevas afiliaciones. Este enfoque asegura la actualización continua de la base de datos institucional y la transparencia en el manejo de la información de los usuarios.

Durante el IV trimestre de 2025, la gestión de afiliaciones demostró eficiencia y cumplimiento normativo: la tasa de extinción de derechos (2,49%) se mantuvo muy por debajo de una meta con tendencia a la baja del 20%, reflejando estabilidad en la afiliación y una depuración oportuna del sistema. Asimismo, el reporte puntual de novedades y la actualización permanente del registro de usuarios reforzaron la calidad del servicio, la integridad del dato y la trazabilidad de los procesos.

Medición del Indicador

Tabla 46. Usuarios inactivados en Base Datos SSFM por causales de extinción de derechos

Indicador: Usuarios inactivados en Base Datos SSFM por causales de extinción de derechos							
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Trim**	**II Trim**	**III Trim**	**IV Trim**
V1	Número de. Afiliados Inactivados en el Periodo	Eficacia	20%	**5,34%**	**0,76%**	**2.56%**	**2.49%**
V2	Número Total de Afiliados al Final del Periodo						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

El Grupo Gestión de la Afiliación, como garante del acceso a los servicios de salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) mediante el proceso de afiliación, ha ejecutado en lo corrido del IV 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 15.858 usuarios, lo que representa el 2,49% del total de afiliados, en comparación con el periodo anterior. Este resultado se encuentra muy por debajo de la meta y, evidencia eficiencia del control de afiliación y sostenibilidad del aseguramiento en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, al encontrarse muy por debajo de la meta vigente.

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 (2,49%) 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.

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

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

3.8 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

Durante el IV trimestre se logró el cumplimiento del 100 % de la tarea de Comunicaciones Estratégicas. Se generaron las publicaciones de acuerdo con los requerimientos institucionales, garantizando oportunidad y coherencia con los objetivos de comunicación.

Se mantuvo y fortaleció la vinculación de usuarios a los canales oficiales, asegurando un alcance constante de la información. Asimismo, las publicaciones generaron un impacto positivo en términos de alcance e interacción, contribuyendo al posicionamiento y visibilidad institucional.

La gestión realizada permitió cumplir plenamente la tarea, con resultados efectivos en producción de contenidos, alcance de usuarios e impacto comunicacional durante el IV trimestre.

Logros de la gestión.

Durante el IV trimestre, la gestión en Comunicaciones Estratégicas alcanzó logros significativos, evidenciando el cumplimiento del 100 % de las actividades programadas. Se consolidó una producción constante y pertinente de contenidos, alineada con las necesidades institucionales y los objetivos estratégicos.

Se fortaleció el alcance de los canales de comunicación mediante la vinculación y fidelización de usuarios, lo que permitió ampliar la difusión de los mensajes institucionales. Asimismo, las publicaciones generaron un impacto positivo, reflejado en mayores niveles de visibilidad, alcance e interacción, contribuyendo al posicionamiento y fortalecimiento de la imagen institucional.

Conclusión:

Los logros obtenidos evidencian una gestión efectiva, estratégica y orientada a resultados, que aportó de manera directa al fortalecimiento de la comunicación institucional durante el IV trimestre.

Medición del Indicador

Tabla 47. 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**	**IV Trim**
V1	Cantidad de usuarios relacionados con los canales digitales habilitados.	Eficacia	100%	100%	**100%**	**100%**	100%
V2	Solicitudes generadas						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Según las dos variables que hace referencia a la cantidad de usuarios relacionados con los canales digitales habilitados vs. solicitudes generadas

Durante el IV trimestre y a lo largo del año 2025, el indicador “Cantidad de usuarios relacionados con los canales digitales habilitados vs. solicitudes generadas” presentó un cumplimiento del 100 %, evidenciando una gestión eficiente de los canales digitales institucionales.

La cantidad de usuarios vinculados a los canales digitales fue suficiente y adecuada para atender oportunamente la totalidad de las solicitudes generadas, garantizando una comunicación efectiva, accesible y alineada con las necesidades de los públicos internos y externos. La correcta administración de estos canales permitió mantener un flujo constante de información y respuesta, fortaleciendo la interacción y la confianza de los usuarios.

El comportamiento del indicador refleja una adecuada capacidad de gestión y cobertura de los canales digitales, asegurando atención oportuna a las solicitudes y demostrando un desempeño óptimo y sostenido tanto en el IV trimestre como durante todo el 2025.

Medición del Indicador

Tabla 48. 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**	**IV Trim**
V1+V2+V3	(suscritos + visitantes + seguidores) de acuerdo con el canal.	Eficacia	Variable	188.339	187.219	380.087	**335.865**

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

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

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

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

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

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

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

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

Medición del Indicador

Tabla 49. Impacto de las publicaciones de las redes sociales

Indicador: Impacto de las publicaciones de las redes sociales							
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Trim**	**II Trim**	**III Trim**	**IV Trim**
V1+V2+V3	(comentarios + reacciones compartidas + clics)	Eficacia	Variable	6.304	**9.006**	**15.514**	**9.531**

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

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

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

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

IV Trimestre: En el cuarto trimestre se registraron 9.531 interacciones, presentando una disminución frente al trimestre anterior, aunque manteniéndose por encima de los resultados del I trimestre y en un nivel similar al II trimestre. Esta variación puede estar relacionada con el reporte del mes de diciembre, es decir, se está entregando una cifra parcial correspondiente a los 15 días del mes de la vigencia, por lo cual se podría intuir un aumento estadístico al cierre de diciembre.

El indicador de impacto de las publicaciones en redes sociales evidencia una evolución positiva a lo largo del año, con un crecimiento sostenido desde el primer hasta el tercer trimestre, seguido de un ajuste en el cuarto trimestre. En términos generales, los resultados reflejan una gestión eficaz de las redes sociales institucionales, logrando incrementar el nivel de interacción y participación de la audiencia frente al inicio del periodo.

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

3.8.2 **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

En este trimestre se logró realizar un número importante de estrategias que permitieron reforzar el proceso de gestión del cambio, con la posibilidad de ejecutar las actividades tanto en el nivel central como en las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud de la Fuerza Aéreo espacial Colombiana, logrando continuar con el proceso de formación tanto con personal asistencial, operativo y administrativo, no dejando de lado a los lideres, quienes son los que facilitan al interior de sus equipos de trabajo los procesos transformacionales. El cierre de la campaña 2025 se realizó a través de un juego lúdico que permitió afianzar los conocimientos adquiridos durante todas las actividades implementadas.

Logros de la gestión.

A través de la realización de las estrategias implementada durante el IV trimestre, fue posible visualizar que en la DIGSA no hay una línea de cultura definida, esta falta de alineación dificulta la sostenibilidad del proceso de cambio; sin embargo, este escenario representa una oportunidad para unificar y fortalecer la cultura institucional, elemento fundamental para avanzar y consolidar dicho proceso.

A través de las mencionadas estrategias se logró la formación de personal administrativo y directivo, incluyendo personal de los Establecimientos de Sanidad Militar a nivel nacional quienes recibieron de manera positiva la formación virtual, todos los encuentros se desarrollaron desde el enfoque de coaching. Otro logro importante fue el aumento de los participantes en las encuestas de percepción, en donde se tuvo la oportunidad de conocer todas las impresiones y opiniones de todos los colaboradores tanto de DIGSA como de la Jefatura. Se logró un aumento importante en los resultados de las encuestas de percepción con respecto a trimestres anteriores, debido a que las encuestas se aplicaron una vez finalizadas las actividades, recogiendo el mayor número de respuestas.

Medición del Indicador

Tabla 50. Percepciones generadas de las actividades de Gestión del Cambio

Indicador: Percepciones generadas de las actividades de Gestión del Cambio							
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Trim**	**II Trim**	**III Trim**	**IV Trim**
V1	Percepciones positivas	Eficacia	100%	73.4%	**61%**	**76%**	**76%**
V2	Participantes						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Para el cuarto trimestre el porcentaje de participantes en las encuestas se mantuvo, obteniéndose el 76.29%; así mismo el porcentaje de satisfacción, cabe resaltar que en este se encuentran incluido personal de las DISANES y JEFSA, lo cual corresponde a los resultados de las encuestas de satisfacción de las estrategias implementadas en el proceso, debido a que, para la fecha de corte de este informe, aun no se cuenta con los resultados de percepción de DIGSA solamente correspondientes al IV trimestre.

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.

6.60%

Esta iniciativa presentó una participación en la ejecución del 6.60%, con una proyección de trece (13) tareas en la vigencia 2025 y con un cumplimiento del 100% en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos del cuarto trimestre:

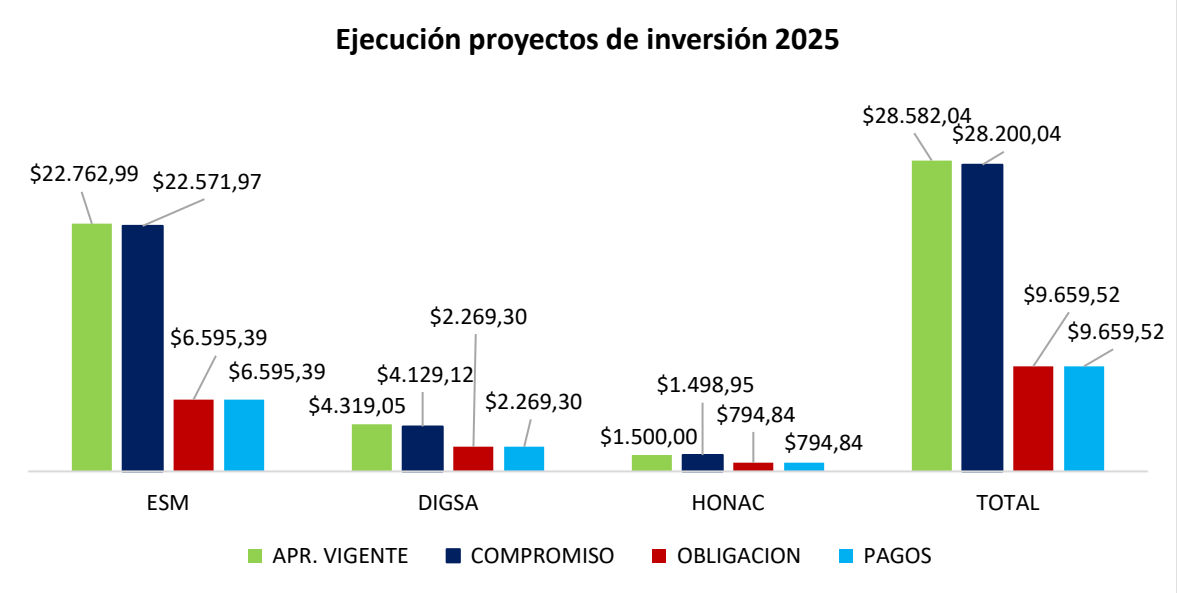
4.1 Área de Desarrollo Institucional (ARDEI)

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.

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

Medición del Indicador

Tabla 51. Ejecución de los recursos de inversión

Indicador: Ejecución de los recursos de inversión							
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Trim**	**II Trim**	**III Trim**	**IV Trim**
V1	Recursos ejecutados por proyecto	Efectividad	100%	15.14%	26.85%	54.96%	98.66%
V2	Recursos asignados por proyecto						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional

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: 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:

Se realiza el análisis comparativo del cumplimiento de los estándares de infraestructura y dotación al interior del SSFM, para la vigencia (2024-2025), en cumplimiento al Plan Estratégico Institucional PEI 2023 – 2026, elaborado con base en la información proporcionada por el Grupo de Planeación de DIGSA, relativo a la asignación y ejecución de recursos de inversión, complementado con los resultados del seguimiento a los planes de mejoramiento de la Capacidad Tecnológica y Científica. Dichos planes corresponden a los ESM priorizados para la presente vigencia, y su seguimiento fue gestionado por las Direcciones de Sanidad del Ejército, la Armada y la Jefatura de Salud.

Logros de la gestión.

Tabla 52. Fortalecimiento del Estándar de Infraestructura 2025

AVANCE DEL FORTALECIMIENTO DEL ESTANDAR DE INFRAESTRUCTURA 2025								
Fuerza	**ESM**	**Ciudad**	**Porcentaje**	**Rubro asignado**	**Fecha programada**	**Plan de mejora CTC 2024-2025**	**Estado acciones**	**Estado**
EJC	BAS02	Barranquilla	**4.1%**	$ 952.990.000	30-nov-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 12 feb 2025, con (8) actividades generales.	Cerrado	**100%**
EJC	DMBUG	Bucaramanga	**2%**	$ 500.000.000	30-nov-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 19 feb 2025, con (15) actividades generales.	Sin avances	
EJC	BIREY	Cimitarra	**35%**	$ 1.090.300.000	30-nov-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 19 feb 2025, con (3) actividades generales.	Sin avances	
EJC	GMCAB	Ipiales	**3%**	$ 650.000.000	30-nov-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 12 feb 2025, con (7) actividades	Sin avances	
EJC	BICAM	Calamar	**0%**	$ 1.100.000.000	30-nov-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 24 feb 2025, con (2) actividades	Sin avances	
EJC	BITER06	Piedras	**8%**	$ 1.100.000.000	15-dic-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 14 feb 2025, con (6) actividades generales.	Sin avances	
EJC	BISOL	Pto Lequizamo	**7%**	$ 700.000.000	30-nov-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 25 feb 2025, con (5) actividades generales.		

AVANCE DEL FORTALECIMIENTO DEL ESTANDAR DE INFRAESTRUCTURA 2025								
Fuerza	ESM	Ciudad	Porcentaje	Rubro asignado	Fecha programada	Plan de mejora CTC 2024-2025	Estado acciones	Estado
EJC	BIROR	Villa Garzón	**5%**	$ 500.000.000	30-nov-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 25 feb 2025, con (5) actividades generales.	Sin avances	
EJC	BICAS	Pto Asís	**1%**	$ 400.000.000	30-nov-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 25 feb 2025, con (3) actividades generales.		
EJC	BIPEB	Medellín	**33%**	$ 383.860.000	30-nov-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 21 feb 2025, con (12) actividades generales.		
EJC	BINUT	Andes	**8%**	$ 451.720.000	30-nov-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 21 feb 2025, con (4) actividades generales.	Sin avances	
EJC	BIVEL	San Pedro de Urabá	**36%**	$ 850.000.000	30-nov-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 24 feb 2025, con (12) actividades generales.	Sin avances	
EJC	BAEEV	Urabá	**6%**	$ 350.000.000	01-sep-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 19 feb 2025, con (07) actividades generales.	Sin avances	
EJC	ESLOG	Bogotá	**13%**	$ 150.000.000	30-nov-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 19 feb 2025, con (8) actividades generales.	Sin avances	
EJC	BAS26	Leticia	**22%**	$ 800.000.000	30-nov-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 19 feb 2025, con (38) actividades generales.	Sin avances	
EJC	BAMUR	Génova	**13%**	$ 1.100.000.000	30-nov-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 14 feb 2025, con (4) actividades generales.	Sin avances	
EJC	DMSOC	Bogotá	**18%**	$ 189.460.000	30-nov-25	Aprobado por GARCA DISAN EJC 19 feb 2025, con (13) actividades generales.	Sin avances	
ARC	UBACR	Pto. Carreño	**9%**	$ 700.000.000	15-dic-25	Aprobado por GARCA DISAN ARC 17 Sep. 2024, con (17) actividades generales.	En desarrollo	
ARC	DMBOG	Bogotá	**2,0%**	$ 900.000.000	10-dic-25	Aprobado por GARCA DISAN ARC Sep. 6 2024, con (68) actividades generales.	En desarrollo	
ARC	DMBUN	Buenaventura	**0,9%**	$ 400.000.000	30-nov-25	Aprobado por GARCA DISAN ARC Sep. 17 2024, con	En desarrollo	

AVANCE DEL FORTALECIMIENTO DEL ESTANDAR DE INFRAESTRUCTURA 2025								
Fuerza	ESM	Ciudad	Porcentaje	Rubro asignado	Fecha programada	Plan de mejora CTC 2024-2025	Estado acciones	Estado
						(15) actividades generales.		
ARC	DMBAQ	Barranquilla	**4.6%**	$ 500.000.000	15-dic-25	Aprobado por GARCA DISAN ARC Sep. 24 2024, con (31) actividades generales.	En desarrollo	
ARC	DMCOV	Coveñas	**1,5%**	$ 300.000.000	10-dic-25	Aprobado por GARCA DISAN ARC Sep. 17 2024, con (35) actividades generales.	En desarrollo	
ARC	CENTRO DE SALUD ORAL	Cartagena	**12%**	$ 200.000.000	10-dic-25	Aprobado por GARCA DISAN ARC Sep. 25 2024, con (73) actividades generales.	En desarrollo	
ARC	HONAC	Cartagena	**5.5%**	$ 1.300.000.000				
JEFSA	GACAR	San Andrés	**3.1%**	$ 700.100.000	01-sep-25	Aprobado por GARCA JEFSA 27 Sep. 2024, con (16) actividades generales.	En desarrollo con novedad	
JEFSA	EMAVI	Cali	**7%**	$ 417.240.000	31-dic-25	Aprobado por GARCA JEFSA 27 Sep. 2024, con (79) actividades generales.	En desarrollo	

Fuente: Elaboración Propia Grupo Aseguramiento en Salud.

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.

3.55%

Esta iniciativa presentó una participación en la ejecución del 3.55%, con una proyección de siete (7) tareas en la vigencia 2025 y con un cumplimiento del 100% en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos del cuarto trimestre:

5.1 Grupo de Talento Humano (GRUTH)

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

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

Análisis de la tarea

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

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

Tabla 53. Planta Efectiva a corte 16 de diciembre de 2025.

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

Fuente: Elaboración Propia Grupo de Talento Humano -DIGSA

Logros de la gestión.

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

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

Medición del Indicador

Tabla 54. Porcentaje de ejecución del Plan de Previsión de Recursos Humanos.

Indicador: Porcentaje de ejecución del Plan de Previsión de Recursos Humanos							
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**I Trim**	**II Trim**	**III Trim**	**IV Trim**
V1	Número de nombramientos efectuados	Eficacia	100%	**87.95%**	**89.9%**	**90.4%**	**92%**
V2	Número total de vacantes						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

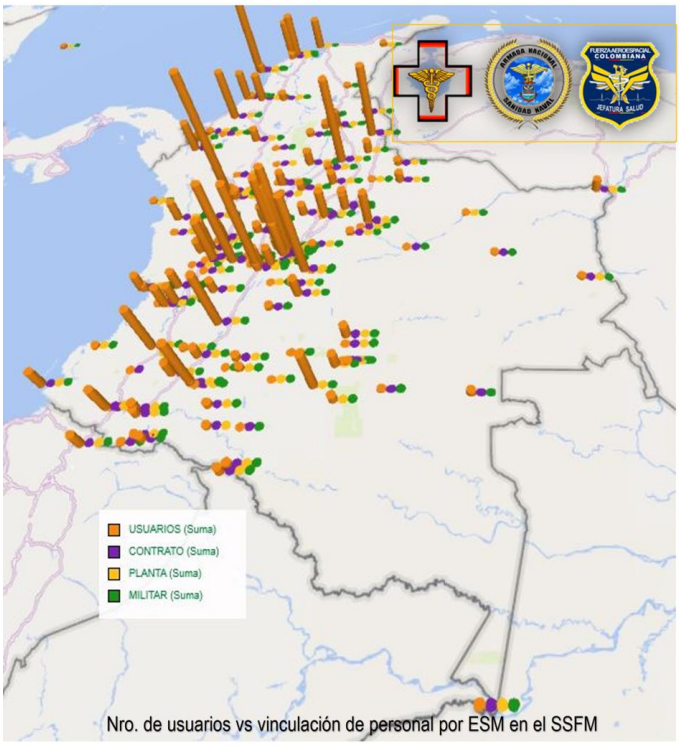
La planta efectiva actual se encuentra al 92%, respecto al trimestre anterior subió el 1%, teniendo en cuenta que la planta efectiva a octubre de 2025 se encontraba al 91%. Lo que representa un impacto positivo, ya que la provisión de los empleos se ve reflejado en la prestación de los servicios y la oportunidad de mejora en los servicios de salud.

5.1.2 **Actividad:** Caracterizar la planta de personal del SSFM

5.1.2.1 **Tarea:** Informe final análisis cargas laborales del SSFM.

Análisis de la tarea

El análisis integral de cargas laborales evidencia una organización con un alto nivel de heterogeneidad en la forma como ejecuta, registra y distribuye sus actividades misionales y administrativas. La variabilidad identificada en los mapas de procesos, la dispersión en la declaración de actividades y la inconsistencia en los tiempos reportados demuestra que el SSFM opera bajo esquemas de trabajo diferenciados entre Fuerzas, donde las prácticas institucionales dependen más de la experiencia del personal que de procesos estandarizados y formalizados.



Nro. de usuarios vs vinculación de personal por ESM en el SSFM

Mapa de distribución de la estructura de vinculación vs Número de usuarios por establecimiento

Esta situación genera tres hallazgos estructurales:

(1) la ausencia de un lenguaje común para definir y clasificar las actividades;
(2) una dependencia excesiva de contratistas para funciones misionales esenciales.

(3) una débil alineación entre las cargas reales y la disponibilidad de personal de planta.

Fuerza Regional	entrevistas	Suma de dias mes	Suma de Carga	Necesidad	dif
⊟ARC					
DISAN	45	5564,5	272,28	34,78	- 10,22
DMBAQ	90	2016,4	94,73	12,60	- 77,40
RENOR	664	114612,9	5351,01	716,33	52,33
REPAC	157	3207,9	150,75	20,05	- 136,95
⊟DIGSA				-	
CENTRAL	14	752,0	37,60	4,70	- 9,30
⊟EJC				-	
REGIONAL 10 - TOLEMAIDA	22	10548,5	463,22	65,93	43,93
REGIONAL 11 - ARMENIA	3	99,1	4,45	0,62	- 2,38
REGIONAL 5 - IBAGUÉ	40	3703,0	183,94	23,14	- 16,86
REGIONAL 9 - BOGOTÁ	217	32341,4	1617,07	202,13	- 14,87
⊟FAC				-	
CACOM-1	6	148,2	7,41	0,93	- 5,07
CACOM-2	1	58,0	2,90	0,36	- 0,64
CACOM-3	16	887,0	44,35	5,54	- 10,46
CACOM-4	36	3554,8	177,74	22,22	- 13,78
CACOM-5	25	6567,7	328,39	41,05	16,05
CATAM	4	0,0	0,00	-	- 4,00
DMEFA	12	998,3	49,92	6,24	- 5,76
JEFSA	141	35360,9	1759,64	221,01	80,01
Total general	**1493**	**220420,6**	**10545,40**	1.377,63	- 115,37

* existen datos nulos que pasan cero, actvidades sin reporte de tiempo claro y 940 entrevistas en proceso de control

Tabla de control generada en el visor de Cargas laborales

La evidencia muestra que el enfoque tradicional basado en medición de tiempos no es suficiente ni adecuado para soportar decisiones de dimensionamiento, debido a la ausencia de objetivos claros por producto, la dispersión de actividades no normalizadas y el sesgo inherente a la autopercepción del entrevistado. Por lo tanto, el resultado más valioso del ejercicio no radica en el tiempo promedio reportado, sino en la identificación precisa de las actividades que deben ser formalizadas, la definición de su naturaleza misional o administrativa y el reconocimiento de los procesos que requieren estandarización y ordenamiento institucional.

Ilustración 10. Pareto Actividades más contratadas

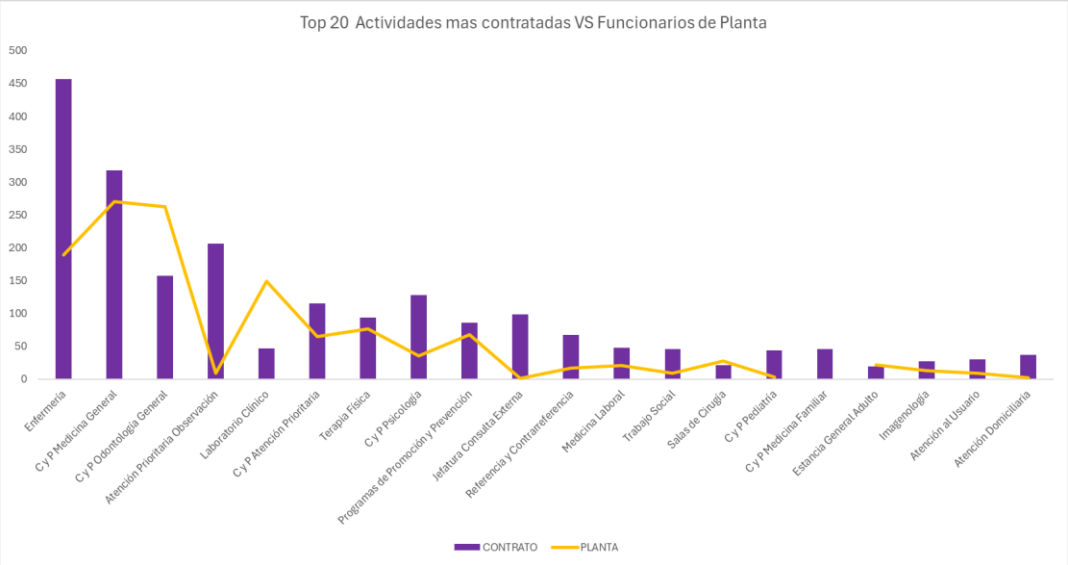


Grafico de distribución Pareto de las actividades (por centro de costos) mas contratadas

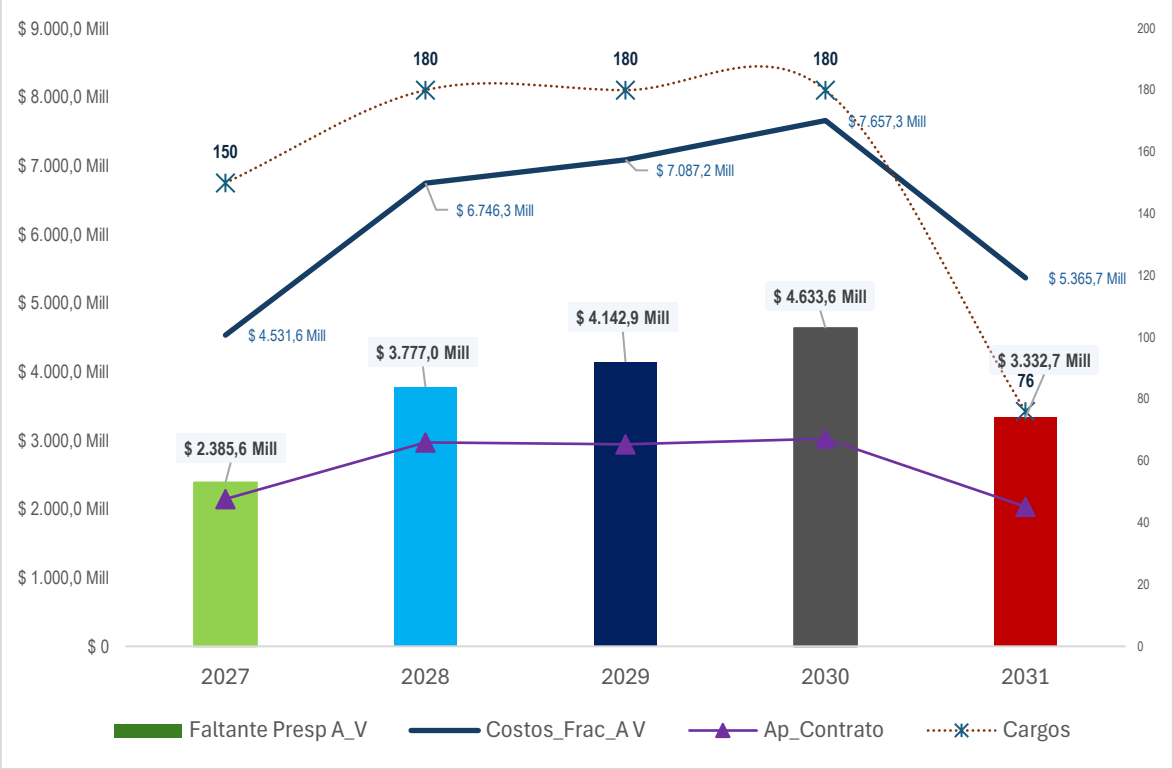
En conjunto, estos hallazgos confirman que el SSFM necesita avanzar hacia un modelo de formalización laboral que dé estabilidad a las actividades recurrentes, reduzca el riesgo jurídico asociado al “contrato realidad” y permita consolidar una estructura que responda a la misión sanitaria y no a la coyuntura contractual. La formalización se convierte así en un paso previo e indispensable para el rediseño institucional, permitiendo definir con claridad los roles, las funciones y los perfiles necesarios para garantizar la continuidad operativa.

Logros de la gestión.

El estudio de estimación de costos de nómina desarrollado constituye un insumo técnico fundamental para el proceso de formalización laboral, en la medida en que permite dimensionar, de manera estructurada y verificable, el impacto financiero de incorporar a la planta institucional actividades que históricamente han sido atendidas mediante contratación.

Uno de los principales aportes del ejercicio realizado radica en que posibilita integrar al control organizacional un conjunto significativo de actividades recurrentes, las cuales, de acuerdo con su frecuencia y permanencia, se concentran en determinados centros de costo de la entidad. Esta integración facilita su visibilidad dentro de la estructura administrativa y permite avanzar hacia una gestión más coherente de los recursos humanos, alineada con los objetivos misionales.

Ilustración 11. Estimación de la Formalización 5 Años



Grafica generada por el simulador para la estimación de la formalización a 5 años

El estudio de cargas laborales evidenció un alto porcentaje de actividades contratadas que no se encuentran plenamente reconocidas como productos formales de la entidad, lo cual deriva en un bajo nivel de valoración productiva y en la ausencia de mediciones sistemáticas de eficiencia, tiempos y resultados asociados a dichas actividades. Esta situación limita la capacidad institucional para evaluar el desempeño real, comparar alternativas de asignación de recursos y realizar una planeación objetiva de las necesidades de personal. La falta de reconocimiento formal de estos productos y de indicadores asociados dificulta, además, el balanceo adecuado de cargas de trabajo, generando ineficiencias en la distribución del talento humano y restricciones para establecer modelos óptimos de dotación de personal. En este contexto, la estimación de costos y el análisis de cargas laborales se convierten en herramientas complementarias que permiten identificar brechas estructurales entre las funciones ejecutadas y la organización formal vigente.

Se presenta como resumen un mapa de índice del proyecto de formalización laboral y su objetivo de cubrir aquellas actividades en el centro de costos más contratadas y que representan la primera herramienta para la captación de actividades en los modelos de cargas laborales, identificándolas a través de la vinculación directa asumiendo el control registro, proceso y medición

Medición del Indicador

Tabla 55. Personal caracterizado en el VISOR

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

Fuente: Elaboración Propia Grupo Talento Humano.

Análisis del Indicador:

A pesar de que la medición de tiempos aporta una aproximación inicial, los resultados evidencian que los tiempos reportados no reflejan de manera objetiva la capacidad productiva real, principalmente por la ausencia de metas por producto y por la alta heterogeneidad en la operación. Por ello, el principal insumo técnico del análisis no fue el tiempo estimado, sino la identificación precisa y detallada de las actividades que deben formalizarse y de los procesos que requieren ordenamiento y alineación con los propósitos institucionales.

5.1.2.2 **Tarea:** Balanceo de la planta de personal

Análisis de la tarea

El estudio de cargas laborales evidenció un alto porcentaje de actividades contratadas que no se encuentran plenamente reconocidas como productos formales de la entidad, lo cual deriva en un bajo nivel de valoración productiva y en la ausencia de mediciones sistemáticas de eficiencia, tiempos y resultados asociados a dichas actividades. Esta situación limita la

capacidad institucional para evaluar el desempeño real, comparar alternativas de asignación de recursos y realizar una planeación objetiva de las necesidades de personal. La falta de reconocimiento formal de estos productos y de indicadores asociados dificulta, además, el balanceo adecuado de cargas de trabajo, generando ineficiencias en la distribución del talento humano y restricciones para establecer modelos óptimos de dotación de personal. En este contexto, la estimación de costos y el análisis de cargas laborales se convierten en herramientas complementarias que permiten identificar brechas estructurales entre las funciones ejecutadas y la organización formal vigente.

En consecuencia, se concluye que resulta estratégico incorporar estas actividades dentro de los cuadros organizacionales, reconociéndolas como parte integral de los procesos y productos institucionales, lo cual constituye un paso previo y necesario para el rediseño funcional y estructural de las áreas. Este rediseño debe sustentarse en una base de actividades claramente identificadas, medidas y controladas por la entidad, fortaleciendo así la gobernanza del recurso humano y la sostenibilidad del proceso de formalización laboral.

Logros de la gestión.

El presente estudio demuestra que el Servicio de Sanidad Militar enfrenta un desafío estructural en la organización, distribución y sostenibilidad de sus actividades misionales. La alta variabilidad en procesos, la dispersión en la declaración de actividades, la falta de estandarización funcional y la dependencia crítica de contratistas configuran un escenario donde la continuidad, la trazabilidad y la eficiencia operativa están permanentemente expuestas a riesgos.

El estudio concluye que la formalización laboral no solo es necesaria para disminuir el riesgo jurídico por contrato realidad o por la continuidad operativa, sino que constituye un paso indispensable para avanzar hacia un rediseño institucional. La propuesta de 837 cargos —cuya selección se basa en evidencia, recurrencia contractual y análisis de costo-beneficio— representa un primer movimiento estratégico para equilibrar la estructura misional, asegurar la estabilidad de las funciones esenciales y mejorar la capacidad del SSFM para cumplir su mandato sanitario.

Este estudio sienta, por tanto, las bases técnicas para que la entidad avance hacia una eventual reestructuración de planta, con una visión de largo plazo que garantice sostenibilidad, eficiencia y mayor alineación entre el talento humano y la misión sanitaria de las Fuerzas Militares.

La entidad debe avanzar en la estandarización y documentación de procesos para evitar duplicidades, vacíos y sobrecarga de tareas. Se recomienda fortalecer los mecanismos de asignación de funciones y responsabilidades, especialmente en áreas donde la rotación contractual ha generado fragmentación del conocimiento institucional.

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. **10.66%**

Esta iniciativa presentó una participación en la ejecución del 10.66% del 11.17% planeado, con una proyección de veintidós (22) tareas en la vigencia 2025 y con un cumplimiento del 95.45% en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos del cuarto trimestre:

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

Durante el cuarto trimestre de 2025 se desarrollaron 11 de estas actividades. A continuación, se presenta el avance de las actividades con corte al 15 de diciembre de 2025, conforme a lo solicitado por la Oficina de Planeación Estratégica de la DIGSA.

Dominio de Estrategia de TI

- Seguimiento de la matriz de recursos financieros establecidos en el Plan Anual de Adquisiciones DIGSA 2025, de acuerdo con el indicador de cumplimiento presupuestal para el funcionamiento de TI, se un 76,56 % ejecutado, quedando 26,31 % pendiente por obligar. El plazo para el cumplimiento de los pagos correspondientes a la vigencia es el 21 de diciembre de 2025, en atención a lo dispuesto por la Ley de Garantías.

- Se elaboró el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, conforme a la Guía para la Formulación y Seguimiento de Planes Institucionales DIGSA MDN-COGFM-PROPLAES-DIGSA-GI.95.1-3, versión 3 del 26 de mayo de 2025; el documento fue validado por el Área Sistemas Integrados de Gestión (ARSIG) y el Área Desarrollo Institucional (ARDEI), presentado ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño DIGSA y aprobado mediante el Acta No. 0124014880202 del 11 de diciembre de 2025, con la participación y aprobación de la totalidad de los integrantes del comité.

Dominio de Gobierno de TI

- Se realizo revisión y actualización de catorce procedimientos. Desde el Área de Gobierno TI, se efectuó el ajuste conforme a los lineamientos establecidos por el Área de Sistemas Integrados, de acuerdo con el último formato actualizado en la SUITE VISION (septiembre de 2025). Actualmente, está pendiente la revisión por

parte del Área de Gobierno TI y el envío al Área de Sistemas Integrados (ARSIG) y Planeación Estratégica para su revisión y aprobación.

Dominio de Gestión de Información

- Se dio cumplimiento a la implementación de la adopción del código postal en las comunicaciones de la Dirección General de Sanidad Militar, lo anterior mediante la Circular Dispositiva con Radicado N.º 0125012428002 / MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-AREDO, fechada el 7 de noviembre de 2025.

- Mediante Oficio con Radicado N.º 0125013658702 / MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-GRUPL-ARCYE del 9 de diciembre de 2025, el Área de Costos y Estadística expuso la Estrategia de Analítica Institucional para la toma de decisiones, utilizada en el Informe Técnico: Herramienta de Seguimiento al Gasto en Salud (SSFM). La estrategia, propuesta por el CSSMP y desarrollada conjuntamente con MINHACIENDA, orienta el aprovechamiento de los datos para fortalecer la toma de decisiones técnicas y operativas en salud.

- Su implementación comprendió la recolección y articulación de diversas fuentes —RIPS internos y externos, bases valorizadas por ABC y censos poblacionales—, más una depuración, homologación y validación estadística que consolidó 61 bases en una matriz de 32 variables y más de 23 millones de registros. Con esta base, se integró y modeló la información en Power BI, generando indicadores como frecuencia, severidad y gasto per cápita, y tableros interactivos que visualizan el gasto por fuerza, servicio, territorio y demografía, conformando una herramienta robusta para análisis técnico, detección de patrones y desviaciones, monitoreo financiero y toma de decisiones estratégicas en el SSMP.

Dominio Sistemas de Información

- Durante el cuarto trimestre de 2025 se avanzó en la actualización y mejora de procesos relacionados con el desarrollo y gestión de software en la DIGSA. Se actualizó el procedimiento de desarrollo de software, actualmente en revisión por el grupo SISAM y pendiente de aprobación por Planeación, y se actualizó el catálogo de sistemas de información plasmado en el PETI, continuando con el proceso de mejora continua. Asimismo, se ejecutaron actividades del contrato 160-DIGSA-2025, que incluye servicios de software y administración de infraestructura tecnológica, validando la operatividad de ambientes (Pruebas, QA, Preproducción y Producción) y garantizando la independencia entre entornos productivos y no productivos. El informe de control de cambios reportó un cumplimiento del 100 % en las solicitudes priorizadas, con proyección de cubrir todos los tickets en 2026.

- Por otra parte, se desarrollaron acciones estratégicas como la revisión de historias de usuario con la Agencia Nacional Digital y la gestión de requerimientos normativos en el proyecto SALUD.SIS, reprogramando para 2026 la integración del trámite de afiliación en Carpeta Ciudadana para asegurar calidad e interoperabilidad. Se avanzó en la elaboración y actualización de manuales técnicos y de usuario final, cuyo cumplimiento está en proceso de validación, y se mantiene el inventario de sistemas de información con proyección de actualización para el cuarto trimestre de

2026. Estas acciones consolidan la gestión tecnológica y fortalecen la toma de decisiones técnicas y operativas en la entidad.

Dominio de Gestión de Seguridad

- Se realizó un seguimiento y análisis de la infraestructura de DIGSA para identificar incidentes de seguridad y optimizar el rendimiento; durante el periodo, FortiSIEM procesó 4.668.321 eventos con 78 dispositivos activos enviando registros, destacando 498.665.408 eventos de baja criticidad en firewalls y 72.600.381 en servidores e infraestructura. Entre las amenazas detectadas se incluyen vulnerabilidades críticas como Confluence Server OGNL Injection (260 eventos), Realtek Jungle SDK Remote Code (101), Cisco ISE Remote Code (requiere parche inmediato) y Bash Remote Code Execution (54). En seguridad web se bloquearon accesos a sitios de alto riesgo, con más de 350 intentos de phishing y alrededor de 2.800 eventos relacionados con descargas de malware, evidenciando una alta actividad en la red, una gestión eficiente de los eventos y una respuesta oportuna que contribuye a mantener la infraestructura segura y operativa.

Dominio de Uso y Apropiación de TI

- Durante 2025 se realizaron capacitaciones en ciberseguridad y seguridad de la información en tres trimestres: en el primero, mediante videoconferencia (Acta N.º 0125004392902, 24 de abril), se instruyó a funcionarios y directivos de Sanidad de Armada, Ejército y Fuerza Aérea sobre respuesta a ataques, privacidad, contraseñas y autenticación de doble factor; en el segundo (Acta N.º 0125006534902, 13-20 de junio), se capacitó presencialmente a 226 funcionarios de DIGSA en cultura de ciberseguridad, tipos de ataques e incidentes; y en el tercero, según cronograma del área de Seguridad de la Información, se abordaron temas de fraude electrónico (Acta N.º 0125007758802, 10 de julio) y ley de transparencia y acceso a la información (Acta N.º 0125001861302, 17 de septiembre).

Logros de la gestión.

- La actualización del Sistema de Gestión refuerza el componente de control y estandarización, asegurando que los procesos se ajusten a lineamientos institucionales y mejores prácticas. Se mejora la transparencia y la trazabilidad en la toma de decisiones, reduciendo riesgos operativos y garantizando la gobernanza efectiva.

- La implementación de la estrategia de analítica institucional fortalece el pilar de gestión de datos y analítica, clave para la toma de decisiones basada en evidencia.

- El monitoreo proactivo y la mitigación de vulnerabilidades críticas consolidan el componente de seguridad y continuidad, esencial para la resiliencia tecnológica. Se reduce la exposición a ciberamenazas, se garantiza la disponibilidad de servicios y se refuerza la confianza en la infraestructura TI.

- Las capacitaciones en ciberseguridad impulsan el pilar de cultura organizacional y gestión del cambio, promoviendo la apropiación segura y responsable de la tecnología. Se disminuye el riesgo humano en incidentes de seguridad y se fomenta una cultura digital alineada con los objetivos del modelo.

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**	**IV Trim**
V1	Número de actividades ejecutadas de la hoja de ruta	Eficacia	100%	20%	42.86%	68.57%	97.14%
V2	Número total de actividades programadas						

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Para el cuarto trimestre se formularon 11 actividades distribuidas en los dominios de Estrategia de TI, Gobierno de TI, Gestión de Información, Sistemas de Información, Gestión de Seguridad y Uso y Apropiación de TI, de las cuales se completaron 10 actividades. La actividad pendiente corresponde al levantamiento de los manuales de usuario, técnico y de operación de los sistemas de información, soportada en el contrato de Fábrica de Software, vigente hasta el 31 de diciembre de 2025. El corte del presente informe es al 15 de diciembre de 2025, registrando esta actividad un avance del 50 %. Con lo anterior, de las 35 actividades proyectadas para la vigencia, se cumplieron 34 actividades en la implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI. Teniendo un cumplimiento del 97,14% de ejecución de las actividades proyectadas.

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 Cuarto se proyectaron Siete (7) 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 realizas en cada estrategia.

Arquitectura Empresarial

Durante el cuarto trimestre se formularon 11 actividades distribuidas en los dominios de Estrategia de TI, Gobierno de TI, Gestión de Información, Sistemas de Información, Gestión de Seguridad y Uso y Apropiación de TI, de las cuales se completaron 10. La actividad pendiente corresponde al levantamiento de los manuales de usuario, técnico y de operación de los sistemas de información, soportada en el contrato de Fábrica de Software, vigente hasta el 31 de diciembre de 2025. El corte del presente informe es al 15 de diciembre de 2025, registrando esta actividad un avance del 50 %. En total, de las 35 actividades

proyectadas para la vigencia, se cumplieron 34, alcanzando un 97,14 % de ejecución en la implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI

Gobierno de Datos

La meta proyectada para 2025 era alcanzar un 55 % de ejecución de las actividades definidas en la Hoja de Ruta para la Implementación del Modelo de Gobierno de Datos en la DIGSA; sin embargo, se logró un avance del 85 %, con un total acumulado de 72 actividades ejecutadas. Este progreso se distribuyó así: 48 actividades en el primer trimestre, 10 en el segundo (total 58), 10 en el tercero (total 68) y 4 en el cuarto trimestre (total 72). Entre los logros del cuarto trimestre destacan: la elaboración de la primera versión del Catálogo del Flujo de la Información, reportado al Ministerio de Defensa en cumplimiento de la Hoja de Ruta Sectorial; la primera versión del Catálogo de Dispositivos Médicos del SSFM, que avanza en la estandarización de especificaciones técnicas para apoyar procesos logísticos y administrativos y facilitar la futura interoperabilidad; y la organización alfabética del Glosario del Negocio en la página web institucional, contribuyendo a la unificación de la terminología y al acceso público a la información.

Seguridad Digital

Se realizó seguimiento y análisis de la infraestructura tecnológica de DIGSA para identificar incidentes de seguridad y optimizar el rendimiento. Durante el periodo, FortiSIEM procesó 4.668.321 eventos provenientes de 78 dispositivos activos, destacando 498 millones de eventos en firewalls y 72 millones en servidores. Se detectaron vulnerabilidades críticas como Confluence Server OGNL Injection, Realtek Jungle SDK Remote Code, Cisco ISE Remote Code (requiere parche inmediato) y Bash Remote Code Execution. En seguridad web se bloquearon accesos a sitios de alto riesgo, con más de 350 intentos de phishing y 2.800 eventos de descargas de malware, evidenciando una gestión eficiente y respuesta oportuna que garantiza la protección y operatividad de la infraestructura.

Datos para la toma de decisiones informadas

Se implementó una estrategia de analítica institucional en el SSMP mediante un proceso integral que articuló múltiples fuentes (RIPS internos y externos, bases valorizadas por ABC y censos poblacionales), seguido de depuración, homologación y validación estadística que consolidó 61 bases en una matriz estandarizada de 32 variables con más de 23 millones de registros. La información se integró y modeló en Power BI para generar indicadores clave (frecuencia, severidad y gasto per cápita) y tableros interactivos que visualizan dinámicamente el gasto por fuerza, tipo de servicio, territorio y características demográficas, constituyendo una herramienta robusta y segura que facilita el análisis técnico, la identificación de patrones y desviaciones, el monitoreo financiero y la toma de decisiones estratégicas en la gestión del gasto en salud del Subsistema de las Fuerzas Militares.

Servicios DIGSA de Ciudadanos Digitales

Se realizó una mesa de trabajo con la Agencia Nacional Digital (Acta N.º 0125012656902), en la que se revisaron historias de usuario y se enviaron documentos conforme a sus lineamientos, recibiendo observaciones que dieron lugar a solicitudes de desarrollo bajo el

contrato de Fábrica de Software. Tras evaluar el backlog y los desarrollos en curso, la gerencia del proyecto SALUD.SIS determinó que no era posible ejecutar en 2025 la integración del trámite de afiliación al subsistema de salud en el portal Carpeta Ciudadana, debido a la prioridad de funcionalidades críticas y requerimientos normativos priorizadas para el Sistema de Información S. Para garantizar calidad e interoperabilidad, esta actividad se reprogramó para el primer semestre de 2026, asegurando los recursos y tiempo necesarios para diseñar, implementar y validar el webservice requerido.

Transformación de SALUD.SIS

El informe funcional y técnico del sistema SALUD.SIS presenta un balance actualizado del backlog y avances en 2025, con 265 requerimientos iniciales y 24 entregas en producción distribuidas en cuatro sprints bajo metodología Scrum. Se realizaron 20 mejoras en módulos clave como historia clínica, medicamentos y autenticación, además de actualizaciones normativas (Resolución 866 de 2021) e integraciones con sistemas externos, migración de órdenes médicas a correo electrónico y adecuación a RIPS y ADRES. A nivel técnico, se ejecutó la documentación de infraestructura, políticas de respaldo, depuración de entornos, gestión de 11 incidencias críticas y reuniones de control de cambios, asegurando continuidad operativa. Estas acciones reflejan avances en desarrollo, soporte y seguridad, fortaleciendo la plataforma y garantizando trazabilidad y calidad del servicio.

Se elaboró un documento conforme a la guía para la formulación de proyectos de inversión suministrada por la Oficina de Planeación Estratégica de la DIGSA. El alcance del proyecto es la modernización tecnológica de la Dirección General de Sanidad Militar (DIGSA), con el objetivo de optimizar la gestión asistencial y administrativa del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en Colombia. El proyecto enfatiza la actualización de la infraestructura tecnológica, la integración e interoperabilidad de los sistemas, y la implementación de un Modelo de Arquitectura Empresarial que garantice eficiencia, seguridad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

- Se propone modernizar SALUD.SIS mediante un programa en tres etapas que incluye estabilización, interoperabilidad, analítica avanzada e inteligencia artificial, con un costo estimado de $24.407.236.084,38 millones.

- Renovación de infraestructura tecnológica y conectividad con un presupuesto aproximado de $42.504.502.535,20, incluyendo equipos de cómputo, servidores y redes.

- Fortalecimiento del Modelo de Arquitectura Empresarial con un costo de $3.143.060.543,22, integrando mejores prácticas y desarrollo de capacidades internas.

Logros de la gestión.

- Gestión eficiente en los dominios de Estrategia, Gobierno, Seguridad y Uso de TI. Este avance incluye la formulación y ejecución de actividades clave orientadas a fortalecer la arquitectura empresarial y garantizar la alineación con los lineamientos institucionales.

- Se fortaleció la seguridad digital mediante el monitoreo de más de 4,6 millones de eventos en la infraestructura, bloqueando intentos de phishing y descargas maliciosas, y mitigando vulnerabilidades críticas para garantizar la continuidad operativa

- Creación del Catálogo del Flujo de Información, el Catálogo de Dispositivos Médicos del SSFM y la organización del Glosario del Negocio, contribuyendo a la estandarización y gestión de datos.

Medición del Indicador

Tabla 51. Avance Implementación Plan de Transformación Digital.

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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

- Durante el IV trimestre de la vigencia 2025, se ejecutaron 7 actividades programadas en la hoja de ruta, alcanzando un cumplimiento del 95% en este periodo. Con esta ejecución, se acumula un total de 23 actividades completadas de las 25 proyectadas para el año, lo que representa un avance general del 92%. Quedando pendiente para continuar para la vigencia 2026 con las actividades referente al diagnóstico del MSPI acorde a los nuevos lineamientos establecidos por Min Tic y la integración del Tramite DIGSA al portal Carpeta Ciudadana.

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

- Tarea sin finalizar: Se elaboró un documento conforme a la guía para la formulación de proyectos de inversión suministrada por la Oficina de Planeación Estratégica de la DIGSA. El alcance del proyecto es la modernización tecnológica de la Dirección General de Sanidad Militar (DIGSA), con el objetivo de optimizar la gestión asistencial y administrativa del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en Colombia. El proyecto enfatiza la actualización de la infraestructura tecnológica, la integración e interoperabilidad de los sistemas, y la implementación de un Modelo de Arquitectura Empresarial que garantice eficiencia, seguridad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

A continuación, se presenta la estructura que conforma el documento y el costo del Proyecto de Inversión de acuerdo con sus objetivos.

Marco Normativo y Justificación

El proyecto se alinea con el eje temático "Seguridad Humana y Justicia Social" del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, buscando mejorar el acceso y calidad de los servicios de salud para el personal militar y sus familias.
DIGSA enfrenta obsolescencia tecnológica en infraestructura y sistemas, afectando la integridad, interoperabilidad y eficiencia del sistema SALUD.SIS, lo que justifica la necesidad de modernización integral.

Problemas Identificados

- Falta de integración y baja interoperabilidad entre sistemas de información, ausencia de un marco de arquitectura empresarial y obsolescencia tecnológica en hardware y servidores.

- Bajo nivel de madurez digital de DIGSA, con un 25% de capacidad en transformación digital y solo 1.3% en madurez del Modelo de Arquitectura Empresarial, limitando la gobernanza tecnológica y gestión de proyectos.

Población Afectada y Cobertura

- El proyecto impacta a más de 630,000 usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, incluyendo personal activo, retirado, pensionado y sus beneficiarios, con cobertura nacional en zonas urbanas y rurales.

- Se considera la diversidad de usuarios, desde personal médico y administrativo hasta beneficiarios, con necesidades tecnológicas diferenciadas.

Objetivos del Proyecto

- Mejorar la integridad e interoperabilidad de los sistemas de información para facilitar la toma de decisiones basadas en datos y optimizar la gestión asistencial.

- Fortalecer la implementación del Modelo de Arquitectura Empresarial para alinear procesos, estandarizar y mejorar la gobernanza tecnológica.

- Actualizar la infraestructura tecnológica, arquitectura de aplicaciones, datos y comunicaciones para soportar el crecimiento de información y garantizar continuidad operativa.

Alternativas y Presupuesto

- Se propone modernizar SALUD.SIS mediante un programa en tres etapas que incluye estabilización, interoperabilidad, analítica avanzada e inteligencia artificial, con un costo estimado de $24.407.236.084,38 millones.

- Renovación de infraestructura tecnológica y conectividad con un presupuesto aproximado de $42.504.502.535,20, incluyendo equipos de cómputo, servidores y redes.

- Fortalecimiento del Modelo de Arquitectura Empresarial con un costo de $3.143.060.543,22, integrando mejores prácticas y desarrollo de capacidades internas.

Cadena de Valor y Cronograma.

El proyecto se desarrolla entre 2027 y 2030, con actividades específicas para cada objetivo directo, incluyendo modernización tecnológica, implementación de sistemas de gestión y mantenimiento continuo, con un presupuesto total de $70.054.799.162,80.

Para el desarrollo del presente proyecto se llevaron a cabo mesas de trabajo con los responsables de TI de las Direcciones de Sanidad del Ejército, la Jefatura de Salud y la Armada, en las cuales se identificaron necesidades en materia tecnológica, de comunicaciones y de sistemas de información.

Asimismo, el componente técnico está siendo revisado por la Subdirección Técnica y de Gestión, junto con la Gerencia del Proyecto SALUD.SIS, el cual fue remitido por el Grupo SISAM en el mes de noviembre de 2025 para su revisión y gestión ante la oficina de Planeación.

Logros de la gestión.

- Se proyectaron 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.

- Se identificaron nuevas tecnologías que contribuyan a la mejora de la gestión en los procesos internos.

- Se Establecieron 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

El informe funcional del sistema de información SALUD.SIS presenta un balance actualizado de los requerimientos gestionados y en backlog para la vigencia 2025, destacando la evolución y mejoras en la plataforma bajo la Dirección General de Sanidad Militar.

Estado del backlog y avances

Se cuenta con un backlog inicial de 265 requerimientos para el año 2025, de los cuales se han realizado 20 mejoras en funcionalidades clave como historia clínica, formulación de medicamentos y doble factor de autenticación.

Los requerimientos se distribuyen en módulos como Historia Clínica Electrónica (56), Salud Operacional (44), Costos y Estados de Cuenta (28), y Afiliaciones (25), entre otros.

- Actualizaciones normativas y funcionales

Se han realizado parametrizaciones y actualizaciones conforme a la Resolución 866 de 2021 en aspectos como finalidad de consulta, causa de atención, modalidad de tecnología en salud y clasificación diagnóstica.

Implementaciones incluyen migración de órdenes médicas a correo electrónico, extensión de firmas digitales, doble factor de autenticación, integración con sistemas externos (Hospital Militar, Éticos) y adecuación a normativas RIPS y ADRES.

Aspectos Técnicos

A nivel técnico, se destaca la gestión de infraestructura tecnológica, soporte operativo y desarrollo de software bajo metodología ágil.

Gestión de Infraestructura Tecnológica

- Se realizó el levantamiento y documentación de la configuración de la infraestructura, incluyendo parámetros de sistema operativo, servicios, aplicaciones, seguridad, topologías de red y políticas de respaldo para garantizar estabilidad y seguridad.

- Se ejecutó la depuración de espacio en disco en entornos no productivos y la realización sistemática de copias de respaldo verificadas antes de cada intervención, asegurando la continuidad operativa.

Soporte y Coordinación Operativa

- Se gestionaron once incidencias, todas resueltas oportunamente, incluyendo alertas de alta severidad y un incidente por intentos de inicio de sesión, siguiendo procesos de diagnóstico y mitigación con trazabilidad completa.

- Se llevaron a cabo múltiples reuniones técnicas para seguimiento de incidencias, control de cambios, transferencia de conocimiento y coordinación con el grupo SISAM, fortaleciendo la articulación y documentación de evidencias.

Desarrollo y Entregas de Software

- Durante el periodo se presentaron resultados en análisis, refinamiento y gestión de requerimientos, planificación y desarrollo de sprints bajo metodología Scrum, con pruebas funcionales y documentación técnica entregada.

- Se entregaron en producción un total de 24 requerimientos distribuidos en cuatro sprints: 3 en Sprint 1, 7 en Sprint 2, 6 en Sprint 3 y 8 en Sprint 4, asegurando la trazabilidad y calidad del servicio.

Logros de la gestión.

- Incremento de la usabilidad y autonomía operativa del sistema, complementadas con un esquema robusto de roles y permisos que refuerza la seguridad y el control en la gestión de datos.

- Seguridad y control en la gestión de información mediante un esquema de roles y permisos, fortaleciendo la gestión de datos en SALUD.SIS

- Las mejoras han permitido una actualización integral ajustada a lineamientos funcionales y normativos vigentes, mejorando la usabilidad y autonomía operativa del sistema.

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

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

Para la actividad de seguimiento del mantenimiento y administración del sistema de información SALUD.SIS durante el cuarto trimestre de 2025, se destacan mejoras en infraestructura, continuidad operativa y fortalecimiento estratégico para optimizar la eficiencia y confiabilidad del sistema.

Mejoras en Infraestructura

- La plataforma SALUD.SIS mostró un comportamiento estable con avances significativos como el incremento del ancho de banda por cambio de operador en Internet y canales dedicados desde el 10 de diciembre de 2025.

- Se optimizó la gestión de consultas, se fortalecieron procesos de interoperabilidad con sistemas externos y se realizaron ajustes técnicos en la capa de aplicación para mejorar la eficiencia y confiabilidad.

Continuidad Operativa y Capacidad de Respuesta

- Se efectuaron ajustes en la capacidad de almacenamiento y validaciones de rendimiento para garantizar la operación en entornos de producción y pruebas alojados en el Datacenter FORTALEZA.

- Se instalaron módulos de cobre en el Switch CORE Allied Telesis durante la ventana de mantenimiento del 19 de noviembre de 2025, asegurando la estabilidad y disponibilidad del sistema.

Logros de la gestión.

- Se avanzó en la implementación del Modelo de Arquitectura Empresarial (MAE) para alinear procesos y recursos tecnológicos con los objetivos misionales,

buscando mayor interoperabilidad, optimización de recursos y mejor toma de decisiones.

- Se actualizaron los procedimientos de monitoreo de infraestructura en el proceso PROGTIC versión diciembre 2025, con el objetivo de garantizar continuidad operativa, calidad del servicio y seguridad conforme al SGSI.

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**	**IV Trim**
V1	Número de horas en operación en el periodo	Efectividad	Variable	99.53%	**98.64%**	**98.96%**	**99,3%**
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 (6) incidentes relacionados con el Sistema de Información gestionado por el Área de Infraestructura y Operaciones. Estos incidentes corresponden a las siguientes categorías:

- Servicios de Internet
- Servicios de Canales
- Servicio DNS

El tiempo total de no disponibilidad asociado a estos incidentes fue de 13,76 horas.

De acuerdo con el indicador de Estabilidad de la operación de la plataforma tecnológica, se mantuvo un nivel de operación del 99,3% 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 72 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.

- Cuarto trimestre: Se realizaron 4 actividades adicionales, elevando el avance total de implementación a 72 actividades.

Logros de la gestión.

- Elaboración primera versión del Catalogo del Flujo de la información, el cual fue reportado al Ministerio de Defensa, cumpliendo así la Hoja de Ruta Sectorial, avanzando en la implementación del Gobierno de Datos.

- Elaboración primera versión del Catálogo de Dispositivos Médicos del SSFM, con el cual se avanza en la estandarización de especificaciones técnicas a fin de apoyar los procesos logísticos y administrativos de las Direcciones de Sanidad y JEFSA, siendo este un primer paso que facilite en el futuro la interoperabilidad de sistemas de información.

- Organización alfabética del Glosario del Negocio en la página web de la entidad, lo cual aporta a la unificación de terminología institucional y permite a los usuarios externos tener acceso a dicha información.

Medición del Indicador

Tabla 56.Avance implementación Modelo Gobierno de Datos

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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

Se cuenta con un acumulado de 72 actividades, lo que representa el 85% de avance al IV trimestre.

El aumento en la realización de actividades corresponde a una planificación adaptativa, centrada en la sostenibilidad y efectividad del proceso, priorizando acciones estratégicas de alto impacto que contribuyen 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. 6.09%

Esta iniciativa presentó una participación en la ejecución del 6.09% del 6.60% planeado, con una proyección de trece (13) tareas en la vigencia 2025 y con un cumplimiento del 76.92% en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos del cuarto trimestre:

7.1 Área de Costos y Estadística (ARCYE)

7.1.1 Actividad: Determinar el costo real CUPS

7.1.1.1 Tarea: Socialización 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

Para la actividad Determinar el costo real CUPS durante el cuarto trimestre de 2025, se realizó el procesamiento del reporte de centros de costo correspondiente al III trimestre de la vigencia 2025 mediante el cual se obtuvo el informe por tipo de proceso Gerencial, Misional, de Apoyo y Evaluación en el SSFM con enfoque en el costo global por paciente atendido en cada ESM. A partir de este se construyó la matriz base actualizada y clasificada por elemento del costo con criterios de distribución hacia CUPS.

Logros de la gestión.

La presentación del informe de costos realizada por cada ESM del EJC, ARC Y FAC, y su análisis comparativo en relación con la productividad (pacientes atendidos), y con el costo reportado en el primer trimestre y primer semestre, permitieron evidenciar las desviaciones; en algunos casos el balance fue positivo, mientras que en otros se requiere fortalecer las acciones y compromisos adquiridos para mejorar la calidad de la información y la optimización de los recursos por servicio, según novedades observadas.

Se destaca el análisis del costo global paciente en la Regional BAS06 de Ibagué, que permitió identificar el caso de la especialidad Alergología pediátrica que fue contratada a pesar de tener concepto no favorable de la DISAN EJC y DIGSA y que presentó baja productividad en el RIPS lo cual llevó al Ordenador del Gasto a realizar un análisis detallado del cumplimiento del objeto contractual fortaleciendo el proceso de contratación para que se realice basado en las necesidades reales dando cumplimiento a los lineamientos emitidos en la Directiva de tipificación de los ESM. Esta novedad permitió concluir que la productividad de cada profesional soportada en el RIPS es fundamental para el pago de los servicios contratados en modalidad de OPS para profesionales de la salud.

Medición del Indicador

Tabla 57. Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS.

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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

En la vigencia 2025 se dio cumplimiento al 100% en el indicador Centros de costo con criterio de distribución de costo real CUPS propuesto para esta tarea, cuya evidencia en cada trimestre es la matriz cargada a la plataforma SVE y Calendarización y consiste en tomar el costo real reportado por cada centro de costo de Tipo misional Servicio (Especialidad) y asignar el criterio de distribución por UVT para cada CUPS. Esta asignación permite ponderar la cantidad de CUPS realizados por el SSFM para determinar el valor unitario y la desviación frente a la tarifa de mercado.

Este ejercicio de costeo real realizado manualmente en hoja de cálculo de Excel vinculando recursos (costo real incurrido) con nivel de actividad (CUPS) reportado en el RIPS de la red interna, que permitió evidenciar:

- Centros de costo con baja productividad en CUPS que elevan el costo real
- CUPS reportados que no están vigentes en la normatividad de Minsalud
- CUPS que no tienen una tarifa de referencia
- CUPS reportados que no tienen relación con la especialidad
- Actividades de salud operacional que no se homologan al CUPS

Esto es relevante al implementar el Estado de cuenta del paciente, teniendo en cuenta que todas las prestaciones realizadas deberían ser registradas como producción interna y valorizadas en el RIPS, para que éste sirva como sustento de los recursos asignados a la prestación.

7.1.2 Actividad: Caracterizar el costo estándar CUPS

7.1.2.1 Tarea: Caracterización del costo estándar CUPS de referencia para la red interna.

Análisis de la tarea

- Tarea sin finalizar: Para la vigencia 2024 no se registra porcentaje de avance en el desarrollo de la actividad de Caracterización del Costo Estándar para el indicador Porcentaje de Cups Costeados por los ESM de la red interna, en razón a que el levantamiento de esta información requiere una etapa de alistamiento de las bases de datos que serán evaluadas como factores de producción del Cups en los componentes de mano de obra, insumos e infraestructura requerida. Estás variables a su vez deben ser parametrizadas y disponibles en la funcionalidad caracterización del costo estándar de Salud.sis por lo cual hacen parte de los tickets evolutivos del

Módulo Costos y Estado de Cuenta asignados a la Fábrica de Software y se encuentran en el tercer lugar de prioridad, posterior a los desarrollos de RIPS y Auditoría.

Con el objetivo de avanzar en el trabajo de campo que requiere está actividad el Área de costos y estadística en la vigencia 2025 unifico las bases de datos y variables en un instrumento de levantamiento de información diseñado en Hoja electrónica Excel denominado Formato Costo Estándar CUPS que fue aprobado por el Sistema de Gestión para ser implementado en la vigencia 2026, de manera que al tener disponibilidad de software se cuente con información validada por las Direcciones de Sanidad para ser registrada en la plataforma.

DISAN-ESM Actividad: Generar el reporte de la caracterización costo estándar para el 30% de los CUPS realizados en el ESM Piloto. Producto: "Tabla de tecnologías en Salud a costo estándar para el 30% de los CUPS realizados en el ESM Piloto".

En razón a que la generación de este producto es dependiente de la disponibilidad de las funcionalidades del Módulo CEC, se solicitó a la Subdirección Técnica y de Gestión, dar celeridad a la solución de los citados tickets y compartir la responsabilidad en el cumplimiento de las actividades con el Grupo que tiene a su cargo la administración del Sistema SALUD.SIS, la ejecución del contrato de desarrollo de Software y la gestión del Proyecto, en razón a que el avance reportado obedeció a variables que se encontraban fuera del alcance del Área de Costos y Estadística.

Logros de la gestión.

Oficialización del formato a utilizar para el levantamiento de información del costo estándar CUPS definido como Hito en la Hoja de ruta para la implementación del Sistema de Costos en el SSFM establecida en el PEI 2023-2026.

Socialización a las DISAN - ESM y distribución especialidades por regional del Formato para determinar el costo estándar de los servicios (CUPS) ofertados por la red interna con percepción positiva ante la necesidad de tener un costo de referencia de los servicios que se prestan en la red propia generando el compromiso de designación de los representantes en las mesas de trabajo que se convoquen para tal fin.

Medición del Indicador

Tabla 58. CUPS caracterizados a Costo estándar

Indicador: CUPS caracterizados a Costo estándar				
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**Año 2025**
V1	CUPS caracterizados	Eficiencia	100%	4%
V2	Total CUPS realizados en la red propia			

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

La gestión realizada en la vigencia 2025 se centró en identificar los recursos de mano de obra, material directo y costos indirectos necesarios para proveer el CUPS. Estos factores

del costo se llevaron a la herramienta diseñada en Hoja de Cálculo de Excel denominada Formato Costeo Estándar CUPS DIGSA que requirió del análisis y unificación de las bases de datos mencionadas en el Análisis de la tarea. El 4% presentado como resultado del indicador corresponde a 90 CUPS caracterizados que contribuyen a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud del MATIS.

7.1.3 **Actividad:** Entregar las historias de usuario y tablas paramétricas para el desarrollo del Módulo de Costos y Estado de cuenta de SALUD.SIS.

7.1.3.1 Tarea: Historias de usuarios - tablas paramétricas. Anua

Análisis de la tarea

Las historias de usuario y tablas paramétricas (anexos fueron registradas mediante tickets en la mesa de soporte del Proyecto fábrica de Software de SALUD.SIS en la vigencia 2024. En la vigencia 2025 no se registraron requerimientos adicionales.

Logros de la gestión.

Dada la prioridad que estableció la Gerencia de Proyecto de SALUD.SIS a los desarrollos de software en las funcionalidades de RIPS y Auditoria, para el Módulo de Costos y Estado de cuenta del paciente en la presente vigencia no se generaron nuevas historias de usuario.

Medición del Indicador

Tabla 59. Historia de usuario para el módulo CEC

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

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador:

La medición del indicador Historias de usuario para el Módulo CEC no aplica para la vigencia 2025 por las razones expuestas en el Análisis de la tarea.

7.1.4 **Actividad: Desarrollar la nota técnica de gasto del SSFM vigencia 2024**

7.1.4.1 Tarea: Nota técnica de gasto del SSFM vigencia 2024. Anual

Análisis de la tarea

- Tarea cargada extemporáneamente: Sin datos

Logros de la gestión.

Sin datos

7.1.5 **Actividad:** Realizar el estudio de suficiencia de UPC para el SSFM

7.1.5.1 Tarea: Estudio de suficiencia de UPC – SSFM

Análisis de la tarea

- Tarea cargada extemporáneamente: Dando cumplimiento al Acuerdo 086 de 2024 del CSSMP que en su iniciativa estratégica No. 7 establece “Evaluar la situación financiera y presupuestal del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares”, se desarrolló el estudio de suficiencia de la UPC para el SSFM tomando como insumo la información de la vigencia 2024.

El propósito del informe presentado como entregable del Plan de Acción es servir como referencia para iniciar el análisis de suficiencia.

Logros de la gestión.

La estimación presentada corresponde a una aproximación inicial basada exclusivamente en la información consolidada del año 2024. El cálculo no incorpora ajustes por IBNR (siniestros incurridos y no reportados), inflación, variaciones en frecuencias de uso, ni proyecciones poblacionales futuras. Así mismo, no se han considerado cargas administrativas ni márgenes de solvencia. El valor obtenido representa únicamente un primer momento técnico, sujeto a la aplicación de estos ajustes y a la validación mediante escenarios prospectivos. Esta condición debe ser tenida en cuenta al interpretar los resultados y al utilizarlos como insumo para la toma de decisiones estratégicas.

7.1.6 **Actividad:** Desarrollar el Informe técnico de criterios para la distribución presupuestal vigencia 2026.

7.1.6.1 Tarea: Analisis técnico de criterios para la distribución presupuestal vigencia 2026

Análisis de la tarea

- Tarea cargada extemporáneamente: El informe del análisis realizado presenta la metodología técnica utilizada para la distribución presupuestal del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares correspondiente a la vigencia 2026, a partir de la consolidación de los censos poblacionales a los cuales se les aplicaron los componentes de la Unidad de Pago por Capitación establecidos en la Resolución 2717 de 2024, incluyendo ajustes por ubicación geográfica, dispersión, estructura etaria y ponderador de riesgo para mayores de cincuenta años diferenciado por Fuerza.

Se desarrolló un ejercicio integral de análisis poblacional, normativo y financiero, fundamentado en los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y en las metodologías específicas aplicables a los esquemas de UPC, para la construcción de un modelo de asignación coherente con los requerimientos operativos y asistenciales del SSFM, asegurando que los recursos proyectados reconocieran las heterogeneidades en la distribución territorial, los perfiles epidemiológicos y las particularidades institucionales de las tres Fuerzas.

Logros de la gestión.

Como resultado de la tarea se obtuvo una estimación presupuestal robusta y sustentada técnica y normativamente, que constituye un insumo fundamental para la planeación financiera de la vigencia 2026, fortalece la sostenibilidad del modelo de atención y respalda la toma de decisiones estratégicas orientadas a garantizar la continuidad, oportunidad y calidad de los servicios de salud.

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

7.1.7.1 **Tarea:** Informe RIPS red externa

Análisis de la tarea

El Informe del RIPS red externa del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares se elabora con base en diversas fuentes de información, teniendo como eje fundamental los Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud (RIPS) y las Trazas de facturación, presentadas por las Direcciones de Sanidad EJC, ARC y la Jefatura de Salud (FAC), detallando la Distribución general del gasto en cada Fuerza en los items de Procedimientos, Consultas, Medicamentos y Otros servicios.

Logros de la gestión.

A través del desarrollo de las operaciones estadísticas; particularmente la gestión de los Registros Individuales de prestación de Servicios – RIPS del SSFM, se logró contar con esta información que es considerada como una de las principales fuentes para la trazabilidad de la facturación como soporte del análisis del comportamiento del gasto en salud y base fundamental para la construcción del perfil epidemiológico, la nota técnica y el estudio de Suficiencia de recursos en el SSFM.

Medición del Indicador

Tabla 60. 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**	**II Trim**
V1	valor total de los RIPS de red externa reportados en el periodo	Eficiencia	90%	**73.35%**	**65.16%**	**81.06%**
V2	Valor reportado en traza de facturación en el periodo					

Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional.

Análisis del Indicador

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

Iniciativa 8.

8 Actualización del marco normativo del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares. 1.02%

Esta iniciativa presentó una participación en la ejecución del **1.02%**, con una proyección de dos (2) tareas en la vigencia 2025 y con un cumplimiento del **100%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos del cuarto trimestre:

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

Bajo el entendido de que el marco normativo para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares está constituido por normas internas tales como lineamientos, guías, protocolos, etc., así como por los Acuerdos que emite el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, tenemos que durante el cuarto trimestre se emitieron conceptos de viabilidad jurídica frente a un Acuerdo del CSSMP y 4 lineamientos a solicitud de los procesos emisores.

Logros de la gestión.

Durante el cuarto trimestre se logró la aprobación y publicación del Acuerdo N° 093 del 08 de octubre de 2025 “Por el cual se establece el Plan de Servicios y Tecnologías en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional"

Se participó en las mesas de trabajo convocadas por parte de la Dirección Sectorial de Bienestar y Salud del Ministerio de Defensa Nacional, encaminadas a la estructuración del Acuerdo de Administración y Gerenciamiento del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Medición del Indicador

Tabla 61. Total, conceptos de viabilidad jurídico

Indicador: Total, conceptos de viabilidad jurídico				
Variables	**Descripción**	**Tipo**	**Meta**	**Total 2025**
V1	Sumatorios conceptos emitidos	Eficacia	100%	439

Fuente: Elaboración Propia Grupo Asuntos Legales.

Análisis del Indicador:

Durante el segundo período se dio viabilidad jurídica a un total de 169 documentos de los cuales el mayor peso corresponde a actos administrativos con un 83,4%

Tabla 62. Conceptos de Viabilidad Jurídica.

Categoría	Registros	Porcentaje (%)
Actos Administrativos	141	83,4
Lineamientos	4	2,4
Conceptos Jurídicos	5	3,0
Normogramas	19	11,2
Total	**169**	**100**

Fuente: Elaboración Propia Grupo Asuntos Legales.

Del total de documentos recibidos para conceptuar se realizó control de legalidad al 100% de lo solicitado.

9 Acrónimos

ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
AMEC	Auditoria 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 Socia
HOMIL	Hospital Militar Central
ITA	indicé de Transparencia y Acceso a la Información Pública
JEFSA	Jefatura Sanidad Fuerza Aérea
JEMCO	Jefe de Estado Mayor Conjunto de las Fuerzas Militares
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.
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.

ítem	Descripción
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.