



**DIRECCIÓN GENERAL
DE SANIDAD MILITAR**

Avance Ejecución **Primer Trimestre**

Plan de Acción 2026



Tabla de Contenido

1	Mejoramiento en la rectoría y gobernabilidad del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, para el fortalecimiento de la gestión, su gerenciamiento y administración.....	8
1.1	Grupo de Contratos (GRUCO).....	8
1.1.1	Actividad: Establecer y formalizar los lineamientos para la contratación en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, que optimicen la adquisición de servicios y recursos necesarios para la atención en salud.....	8
1.2	Grupo de Seguimiento y Evaluación (GRSYE)	9
1.2.1	Actividad: Diseñar e implementar el Plan Anual de Auditorías Basadas en Riesgo. 9	
1.3	Grupo de Talento Humano (GRUTH).....	10
1.3.1	Actividad: Establecer y desarrollar estrategias en el ciclo de vida de los servidores públicos (ingreso, permanencia y retiro) en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.....	10
2	Reingeniería del modelo de gerenciamiento y administración del Sistema.	12
2.1	Grupo de Contratación (GRUCO)	12
2.1.1	Actividad: Establecer lineamientos técnicos, económicos y jurídicos para la contratación de servicios en salud en los procesos contractuales de conformidad al Decreto 441 del 2022 y sus actualizaciones	12
3	Mejoramiento de la atención integral en salud y la prestación de servicios de salud.....	12
3.1	Grupo Gestión del Riesgo (GRERI)	12
3.1.1	Actividad: Realizar el seguimiento integral a las Rutas de Obligatorio Cumplimiento del SSFM.	12
3.1.2	Actividad: Monitorear la implementación de los lineamientos emitidos en cumplimiento a la política de discapacidad SSMP	15
3.1.3	Actividad: Implementar un seguimiento integral y sistemático de las Rutas de Obligatorio Cumplimiento del SSFM, con el objetivo de evaluar y optimizar continuamente la ejecución de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud. 16	
3.1.4	Actividad: Desarrollar y Optimizar la Ruta de Atención Integrales Salud para Víctimas de Agresiones, Accidentes y Traumas en el SSFM.	18
3.2	Grupo Prestación y Operación de Servicios de Salud (GROSD)	19
3.2.1	Actividad: Optimizar el proceso de referencia dentro del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares enfocado en la cobertura de servicios en la red propia y su capacidad de resolución bajo el enfoque de RISS.....	19

3.2.2	Actividad: Evaluar el proceso de autorizaciones al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares relacionada con la cobertura de servicios en la red propia y su resolutivez en el enfoque de RISS.....	20
3.2.3	Actividad: Examinar la demanda insatisfecha de los servicios de salud priorizados, para informar la toma de decisiones en las acciones de mejora requeridas.....	21
3.2.4	Actividad: Evaluar los servicios y tecnologías incluidos medicamentos, no contemplados en los acuerdos del SSFM.	23
3.2.5	Actividad: Examinar los servicios y tecnologías, incluidos los medicamentos, excluidos de los acuerdos del SSFM.	24
3.3	Grupo Aseguramiento en Salud (GRUAS).....	27
3.3.1	Actividad: Identificar las causas recurrentes que afectan la calidad en la prestación de los servicios de salud, desde las PQR recepcionadas en el SSFM.....	27
3.4	Grupo de Salud Operacional (GRUSO)	28
3.4.1	Actividad: Efectuar el análisis del riesgo operacional dentro y fuera de combate	28
3.5	Grupo Atención al Usuario y Participación Social (GRAPS).....	31
3.5.1	Actividad: Monitorear y analizar el comportamiento de las causalidades de PQRS relacionadas con la prestación de los servicios de salud del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, con el fin de identificar tendencias y oportunidades de mejora. 31	
3.5.2	Actividad: Impulsar el conocimiento sobre deberes y derechos, garantizando que los usuarios entiendan sus responsabilidades y beneficios en el sistema, fomentando la transparencia y la participación.	33
3.5.3	Actividad: Ejecutar la encuesta de satisfacción del usuario del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, enfocada en quienes hayan recibido atención en los servicios de salud de los Establecimientos de Sanidad Militar.	35
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. 36	
4.1	Área de Desarrollo Institucional (ARDEI)	36
4.1.1	Actividad: Controlar la ejecución del proyecto de inversión vigencia 2026..	36
4.2	Grupo de Aseguramiento en Salud (GRUAS)	38
4.2.1	Actividad: Impulsar y monitorear el desarrollo de la capacidad tecnológica y científica en los Establecimientos de Sanidad Militar.	38
5	Acrónimos.....	41
6	Definiciones	42

Contenido de Ilustraciones

Ilustración 1. Avance Iniciativas Estratégicas al I Trimestre 2026	7
Ilustración 2. Porcentaje gestantes captadas Ruta Materno Perinatal.....	13
Ilustración 3. Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica.	14
Ilustración 4. Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM.....	16
Ilustración 5. Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.....	17
Ilustración 6. Cobertura atención integral en salud población víctimas del conflicto.....	19
Ilustración 7. Oportunidad de la referencia del usuario	20
Ilustración 8. Oportunidad Autorizaciones al usuario.....	21
Ilustración 9. Porcentaje de Demanda Insatisfecha por Especialidad en el SSFM.	22
Ilustración 10. Conceptos CTC I Trimestre 2026.....	25
Ilustración 11. Gasto CTC I Trimestre 2026	25
Ilustración 12. Solicitudes Comité EIPSA Odontología.....	26
Ilustración 13. Gastos Conceptos Comité EIPSA Odontología.....	26
Ilustración 14. Tasa de heridos dentro y fuera de combate.....	29
Ilustración 15. Tasa de Muertos dentro y fuera de combate.....	30
Ilustración 16. Tasa de PQRS.....	32
Ilustración 17. Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días.	33
Ilustración 18. Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos.....	34
Ilustración 19. Porcentaje de Satisfacción Global Sanidad Militar PEM 2030.....	35
Ilustración 20. Ejecución Proyectos de Inversión ESM - I trimestre 2026	36
Ilustración 21. Ejecución Proyecto SALUD.SIS I Trimestre 2026	37
Ilustración 16. Porcentaje de Ejecución de los Recursos de Inversión SSFM	37

Tabla de ilustraciones

Tabla 1. Análisis realizado sobre el número de solicitudes EIPSA recibidas en la Jefatura de Salud, se presenta el siguiente cálculo de tasa ajustado por población.24

Tabla 2. Costo EIPSA aprobados y dispensados por el OPL.24

Tabla 3. Tipología PQRS31

Tabla 4. Tasa Global Encuesta de Satisfacción.35

Tabla 5. Resultados periodos primer trimestre 2025 - 2026.35

Tabla 6. ESM Priorizados 2025 Estándar de Infraestructura38

Introducción

El presente documento expone la ejecución del Plan de Acción 2026 del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), aprobado mediante el Acuerdo N.º 094 del 30 de diciembre de 2025, *“Por el cual se define y adopta el Plan de Acción para la vigencia 2026 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.

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.

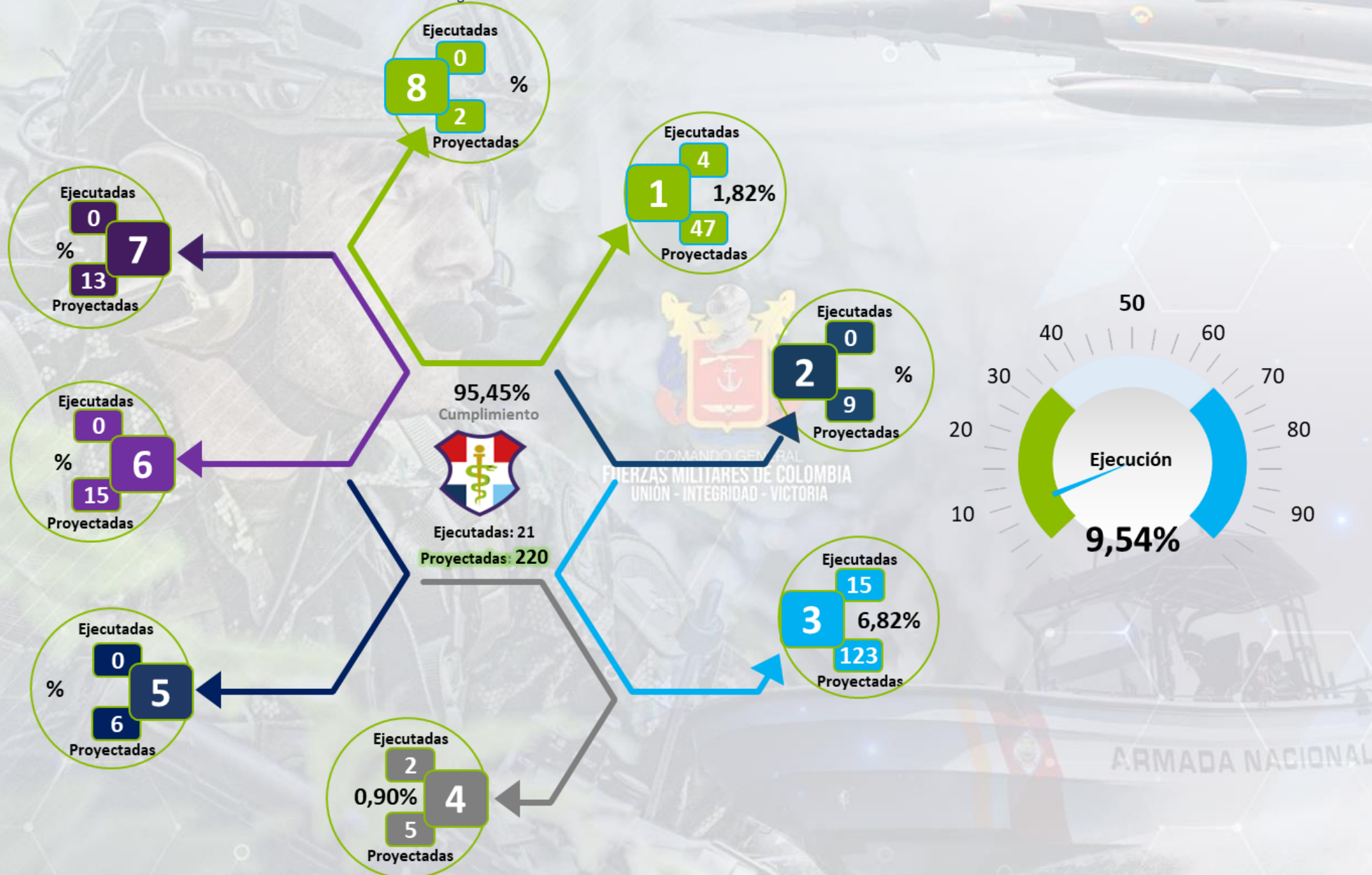
A continuación, se presentan los resultados obtenidos, así como el comportamiento de sus indicadores, de acuerdo con la periodicidad establecida y el cumplimiento de las metas proyectadas durante la vigencia 2026.

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

Plan de Acción

01 de enero al 31 de marzo de 2026

Ilustración 1. Avance Iniciativas Estratégicas al I Trimestre 2026





Iniciativa 1

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

1.82%

Esta iniciativa presentó un avance del 1.82%, con una proyección de (4) tareas al primer trimestre y con un cumplimiento del 100% en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:

1.1 Grupo de Contratos (GRUCO)

1.1.1 Actividad: Establecer y formalizar los lineamientos para la contratación en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, que optimicen la adquisición de servicios y recursos necesarios para la atención en salud.

Tarea: Lineamientos para la contratación del SSFM e informe de capacitación.

La actividad orientada a establecer y formalizar los lineamientos para la contratación en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares se constituyó en una acción estratégica para fortalecer la gestión contractual institucional. Su desarrollo respondió a la necesidad de corregir debilidades estructurales evidenciadas en vigencias anteriores, particularmente aquellas identificadas por los entes de control, mediante el fortalecimiento de la planeación, el control y la transparencia en los procesos contractuales.

La implementación de estos lineamientos permitió unificar criterios técnicos, jurídicos y administrativos para la contratación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, asegurando el cumplimiento de la normatividad vigente, la adecuada ejecución de los recursos públicos y la continuidad en la prestación de los servicios de salud del SSFM.

Logros de la gestión.

Como resultado de la gestión desarrollada, se expidieron y socializaron con los líderes de contratación de cada fuerza los lineamientos oficiales que regulan la contratación para la vigencia 2026, incorporando medidas correctivas orientadas al cumplimiento normativo, la validación de perfiles, la correcta publicación en SECOP II, el control de aportes a seguridad social y el fortalecimiento de la supervisión contractual. Estos lineamientos contribuyeron a mejorar la trazabilidad de la información, la responsabilidad de las áreas solicitantes y la eficiencia en la adquisición de servicios y recursos necesarios para la atención en salud, mitigando riesgos disciplinarios, fiscales y administrativos para la entidad.



1.2 Grupo de Seguimiento y Evaluación (GRSYE)

1.2.1 Actividad: Diseñar e implementar el Plan Anual de Auditorías Basadas en Riesgo.

Tarea: Cronograma de auditorías a realizar durante la vigencia.

En cumplimiento de las responsabilidades asignadas a la Oficina de Control Interno y al Grupo de Seguimiento y Evaluación (GRSYE), se adelantó la formulación y ejecución del Plan Anual de Auditorías Basadas en Riesgo, como instrumento estratégico para evaluar de manera independiente la gestión institucional, el cumplimiento normativo y la efectividad del Sistema de Control Interno de la entidad.

El cronograma de auditorías fue estructurado a partir del análisis del universo auditable, considerando criterios de criticidad, materialidad, exposición al riesgo, resultados de auditorías anteriores, hallazgos reiterativos y requerimientos de los entes de control, en concordancia con los lineamientos de la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas – Función Pública, el MECI, y su articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Adicionalmente, el cronograma fue presentado y aprobado por el Subcomité Institucional de Coordinación de Control Interno, garantizando la alineación con los objetivos institucionales, la planeación estratégica de la entidad y las obligaciones legales vigentes.

La ejecución de la tarea fue soportada mediante la elaboración de informes periódicos de auditoría, informes de seguimiento a planes de mejoramiento y reportes al Subcomité, integrando el enfoque de mejora continua bajo el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), lo cual fortalece la gestión del riesgo y la toma de decisiones informadas por la alta Dirección

Logros de la gestión.

Como resultado del desarrollo de esta tarea, se destacan los siguientes logros relevantes:

- Formulación, aprobación y ejecución del cronograma anual de auditorías, asegurando la cobertura de los procesos críticos y de mayor impacto institucional durante la vigencia, conforme a un enfoque basado en riesgos.
- Cumplimiento integral del Plan Anual de Auditorías Basadas en Riesgo, evidenciado mediante la ejecución oportuna de las auditorías programadas y la presentación de informes ante el Subcomité Institucional de Coordinación de Control Interno, alcanzando niveles de cumplimiento del 100 %, de acuerdo con los indicadores institucionales definidos.
- Fortalecimiento del Sistema de Control Interno, a través de la identificación de oportunidades de mejora, seguimiento a hallazgos de auditorías internas y externas, y verificación del avance de los planes de mejoramiento suscritos con



los entes de control, contribuyendo a la mitigación de riesgos y al mejoramiento continuo de la gestión institucional.

- ➔ Contribución efectiva a la transparencia, legalidad y eficiencia administrativa, mediante la emisión de informes confiables y oportunos que respaldan la rendición de cuentas y la toma de decisiones estratégica de auditoría.

1.3 Grupo de Talento Humano (GRUTH)

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

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

El SG-SST se desarrolla mediante un Plan de Trabajo anual, socializado con todas las Direcciones y Establecimientos de Sanidad Militar. Este plan se construye con base en las evaluaciones periódicas de la vigencia anterior, integrando oportunidades de mejora, acciones correctivas e indicadores relacionados con accidentalidad, enfermedad laboral, ausentismo y planes de mejoramiento. Está conformado por un conjunto de programas, procedimientos y actividades orientadas a la identificación, evaluación, intervención y control de los riesgos laborales, con el fin de proteger la salud, la integridad física y el bienestar de todos los trabajadores.

El Plan de trabajo y el programa de capacitación están conformados por 253 actividades programadas e integran los siguientes componentes:

El SG-SST integra los siguientes componentes:

- ➔ Políticas del SGSS
- ➔ Programas de Vigilancia Epidemiológica: dirigidos al monitoreo continuo de factores de riesgo prioritarios en la organización, entre los cuales se incluyen.
- ➔ Programas de Gestión Específica: diseñados para la prevención, detección temprana y control de afecciones y condiciones relacionadas con el trabajo.
- ➔ Componentes técnicos y operativos del SG-SST: complementan las actividades preventivas y de control con un enfoque integral.

Estos elementos, articulados entre sí, permiten fortalecer la prevención de incidentes y enfermedades laborales, consolidar entornos de trabajo seguros y dar cumplimiento a la normativa vigente aplicable en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Por anterior la Dirección General de Sanidad Militar envió el 31 de diciembre 2026 a las DISAN/JEFSa el plan de trabajo del SGSST con sus respectivos anexos, con el propósito que sean socializados con los ESM a nivel nacional, para su desarrollo y seguimiento.



En este sentido las DISAN/JEFSA enviaron a los ESM a nivel nacional mediante oficio remitatorio los lineamientos establecidos por la Dirección General de Sanidad Militar para el fortalecimiento y mejora continua del SGSST durante la vigencia 2026.

Logros de la gestión.

- Se proporciona asesoría técnica, acompañamiento y retroalimentación permanente a los responsables de las áreas homologas de Seguridad y Salud en el Trabajo de las DISAN, JEFSA y ESM, el objetivo principal es abordar de manera integral todos los requerimientos asociados a los componentes del Sistema de Gestión, emitidos por los trabajadores a nivel nacional, organismos de control y las diferentes áreas de la organización.
- Se realizó Mesa Laboral con la Gerencia Médica de ARL Positiva para revisar el Programa de Rehabilitación Integral, los procesos ocupacionales y formas de reintegro en casos agudos. Forma de actualización, periodicidad y cartas de recomendaciones para casos crónicos. En este espacio también se validó el responsable de definir en qué casos de enfermedad laboral o accidente de trabajo se debe realizar una valoración ocupacional, una prueba de trabajo o un análisis de exigencia, por parte del área de Rehabilitación de ARL Positiva.
- Se analizaron (19) casos de trabajadores con enfermedades de origen común o laboral, como resultado de esta revisión, se emitieron recomendaciones dirigidas a dieciséis (16) trabajadores con el propósito de estabilizar su condición de salud o mitigar la sintomatología presentada. Estas recomendaciones deben ser acogidas y verificadas en cada establecimiento de sanidad por el trabajador, su jefe inmediato y el responsable de SST.
- Seguimiento a los casos de enfermedades laborales de la DISAN EJC, DISAN ARC y JEFSA, en colaboración con la ARL Positiva, este seguimiento tiene como objetivo verificar el cumplimiento del trabajador con respecto a su proceso de rehabilitación, así como, asegurar el cumplimiento de las obligaciones correspondientes por parte de la ARL.
- Capacitación en el Programa de Vigilancia Epidemiológica en Factores de Riesgo Psicosocial dirigido a los responsables de Seguridad y Salud en el Trabajo de las DISAN, JEFSA y ESM a nivel nacional, con el propósito de fortalecer la gestión del SGSST, brindar herramientas necesarias para la aplicación efectiva del PVE-FRP, la interpretación de los resultados y la ejecución de acciones preventivas y correctivas.



Iniciativa 2

Reingeniería del modelo de gerenciamiento y administración del Sistema.

0%

2.1 Grupo de Contratación (GRUCO)

2.1.1 Actividad: Establecer lineamientos técnicos, económicos y jurídicos para la contratación de servicios en salud en los procesos contractuales de conformidad al Decreto 441 del 2022 y sus actualizaciones

Tarea no Desarrollada: Documento de lineamientos sobre modalidades de pago, cargado en la plataforma SVE.

El Grupo de Contratos se encuentra desarrollando la tarea proyectada para el primer trimestre 2026 y realizó las observaciones, documentos transversales y desafíos presentados en la herramienta Suite Visión Empresarial, el proceso continúa trabajando con el fin de cargar los soportes correspondientes al cumplimiento del producto.

Iniciativa 3

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

6.82%

Esta iniciativa presentó un avance del 6.82%, con una proyección de (15) tareas al primer trimestre y con un cumplimiento del 100% en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:

3.1 Grupo Gestión del Riesgo (GRERI)

3.1.1 Actividad: Realizar el seguimiento integral a las Rutas de Obligatorio Cumplimiento del SSFM.

Tarea: Informe del estado y progreso a la ejecución de las actividades de la Ruta Materno Perinatal. IV Trimestre 2025

La ruta tiene un cumplimiento del 80.04% en la captación oportuna de gestantes, reflejando avances significativos en la implementación de las acciones orientadas a la atención materna integral. Este resultado permite identificar progresos en los procesos de identificación y vinculación temprana al control prenatal, así como oportunidades de fortalecimiento en la detección precoz del embarazo, orientando el refuerzo de las estrategias de demanda inducida, seguimiento nominal y articulación intersectorial, con el fin de mejorar la oportunidad de ingreso a la ruta y avanzar hacia el cumplimiento óptimo del indicador en los siguientes periodos.

Logros de la gestión.

- Capacitación del talento humano en salud: Se realizar procesos de capacitación y actualización continua al talento humano responsable de la atención del control prenatal en los ESM, con énfasis en la normatividad vigente, lineamientos



técnicos de la Ruta Materno Perinatal, criterios de captación oportuna y adecuada prestación de servicios, fortaleciendo las competencias técnicas y operativas del personal asistencial, mediante cronogramas de trabajo.

- ➔ Seguimiento al PAREMM: Se ejecuta el seguimiento semanal al Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna (PAREMM), permitiendo el monitoreo de compromisos, la identificación de brechas en la atención y la formulación de acciones de mejora orientadas a la reducción de riesgos maternos y el fortalecimiento de la gestión institucional de acuerdo con las necesidades de cada territorio.
- ➔ Implementación de herramienta ofimática para seguimiento poblacional materno perinatal: Se implementó una herramienta ofimática estandarizada que permite el seguimiento unificado y sistemático de la población gestante a nivel nacional, mejorando la trazabilidad de la información, la consolidación de datos, el análisis de indicadores y la toma de decisiones oportunas.
- ➔ Realización de asistencias técnicas a los ESM: Se desarrolla asistencias técnicas en los Establecimientos de Sanidad Militar orientadas a evaluar la adherencia y el cumplimiento de la norma desde la prestación de los servicios, verificando la correcta implementación de la Ruta Materno Perinatal y promoviendo acciones de mejora continua en la calidad y oportunidad de la atención.

Analisis del Indicador

Ilustración 2. Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional – Herramienta Suite Visión Empresarial.

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

Sumado a esto, se crea una herramienta ofimática unificada, con el fin de ser un tablero control basado desde el nominal reportado por cada Fuerza, visualizando la traza de



las actividades ordenadas por la normatividad vigente, generando alertas para la gestión del riesgo individual, así mismo, se observa un mejor registro en calidad del dato, suministrada por los líderes de la RMPN y ESM.

Tarea: Informe del estado y progreso a la ejecución de las actividades de la Ruta de Riesgo Cardio Cerebro Vascular y Metabólica. IV Trimestre 2025

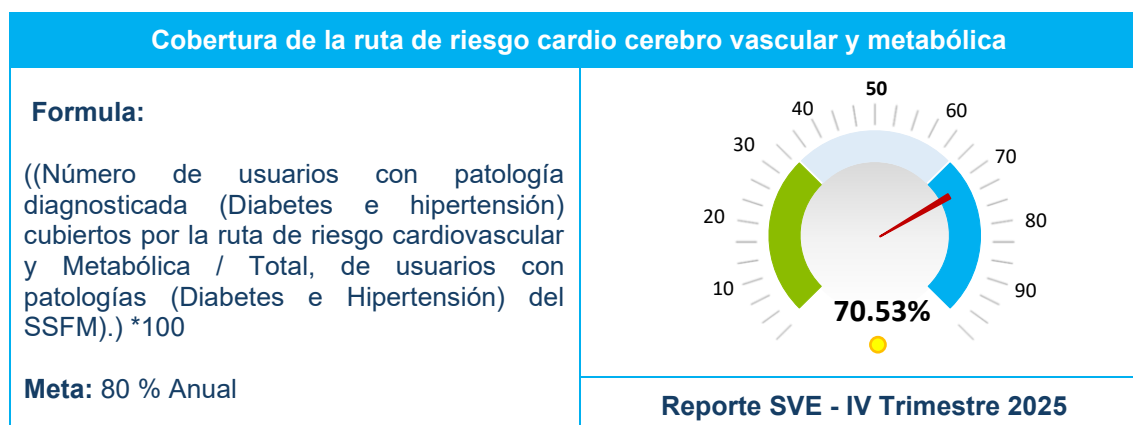
El análisis de la cobertura de atención a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2, en el marco de la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para enfermedades Cardio-Cerebrovasculares y Metabólicas (CCVM) en los Establecimientos de Sanidad Militar, evidencia la necesidad de fortalecer varios componentes clave del proceso asistencial. Entre ellos se destacan el acceso efectivo al diagnóstico oportuno, la formulación de planes de manejo integrales y alineados con las guías clínicas vigentes, la continuidad en los tratamientos y el suministro adecuado de medicamentos, así como la realización de un seguimiento clínico periódico que permita monitorear los indicadores de control y adherencia terapéutica. Estos aspectos resultan fundamentales para garantizar una atención integral, continua y de calidad a esta población priorizada, contribuyendo a la reducción de brechas en la atención y al fortalecimiento de los resultados en salud.

Logros de la gestión.

Se alcanzó una cobertura del 70,5 % en la Ruta de Riesgo Cardio-Cerebrovascular y Metabólico, lo que evidencia un incremento frente al año 2024, en el cual la cobertura fue del 68,22 %. Este avance representa un progreso significativo en la atención de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2 dentro del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Este resultado refleja los esfuerzos institucionales orientados a garantizar el acceso a una atención integral para esta población priorizada, mediante la implementación de estrategias dirigidas a fortalecer la identificación oportuna de los pacientes, el diagnóstico adecuado y el seguimiento clínico continuo de los casos.

Analisis del Indicador

Ilustración 3. Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional – Herramienta Suite Visión Empresarial.



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

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

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

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

Tarea: Informe de avance en la cobertura de la política para la atención en salud de las personas con discapacidad afiliados y beneficiarios. IV Trimestre 2025

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 diciembre 2025, los equipos multidisciplinarios de certificación de discapacidad de los ESM valoraron 1.830 usuarios, de estos el 99% (1.814 usuarios) presentan alguna condición de discapacidad y el 1% (16 usuarios), no cumplen con los criterios establecidos por la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud-CIF.

De los 1.830 usuarios certificados el 74% (1353) corresponden a DISAN EJC, el 19% (348) a DISAN ARC y el 7% (129 usuarios) a JEFSA. Según la modalidad de valoración el 96.3% (1763 usuarios) se realizó en el consultorio, el 3.6% (66 usuarios) por telemedicina y 1 usuario a domicilio.

De acuerdo con el sexo biológico reportado en el RLCPD, el 73% (1333 usuarios) corresponden a hombres, el 27% (497 usuarios) a mujeres.

Según la categoría de discapacidad de los 1830 usuarios certificados, el 40,5% (742) presenta discapacidad múltiple, el 29,6% (541) física, el 10,1% (184) psicosocial y el 9,7%(178) intelectuales (cognitiva). Las discapacidades auditiva y visual corresponden al 6,1% (111) y al 3,2% (58). Además, 16 usuarios (0,9%) no presentan discapacidad.

Logros de la gestión.

El SSFM alcanzó una cobertura del 16.8% en certificación de discapacidad, frente a la meta del 18%. Aunque la meta no se logró en su totalidad, el avance obtenido evidencia un progreso sostenido y refuerza la consolidación del proceso de certificación en las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud. Este resultado resalta la importancia de



continuar fortaleciendo las estrategias de sensibilización, capacitación y acompañamiento para ampliar la cobertura y garantizar una inclusión efectiva.

Análisis del Indicador:

Ilustración 4. Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional – Herramienta Suite Visión Empresarial.

Este resultado corresponde a 344 certificados de discapacidad vigentes, derivados de la valoración de 346 usuarios, de los cuales el 99% cumplió los criterios establecidos por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Si bien el avance evidencia un progreso inicial frente a la meta anual del 18%, se hace necesario continuar fortaleciendo las estrategias de identificación, certificación y acompañamiento, con énfasis en la sensibilización de los usuarios, dada la naturaleza voluntaria del proceso, y en la consolidación operativa de los equipos certificadores en los Establecimientos de Sanidad Militar.

3.1.3 Actividad: Implementar un seguimiento integral y sistemático de las Rutas de Obligatorio Cumplimiento del SSFM, con el objetivo de evaluar y optimizar continuamente la ejecución de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud.

Tarea: Informe del estado y progreso a la ejecución de las actividades de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. IV Trimestre 2025.

Se realizó seguimiento a través de la consolidación, depuración y análisis de la información reportada por los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM), con el fin de evaluar el comportamiento del indicador de cobertura y verificar el avance frente a la meta anual establecida. Este ejercicio permitió identificar el desempeño global de la ruta, así como realizar un análisis desagregado por curso de vida, generando insumos para la toma de decisiones y la formulación de acciones de mejora.

Los resultados evidencian una ejecución favorable de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud, reflejada en el cumplimiento y superación de la meta anual. No obstante, el análisis detallado permitió identificar brechas en la captación y



participación de determinados cursos de vida, particularmente en juventud y adultez, lo cual señala la necesidad de fortalecer las estrategias de demanda inducida, seguimiento nominal y acciones focalizadas que respondan a las particularidades de estos grupos poblacionales.

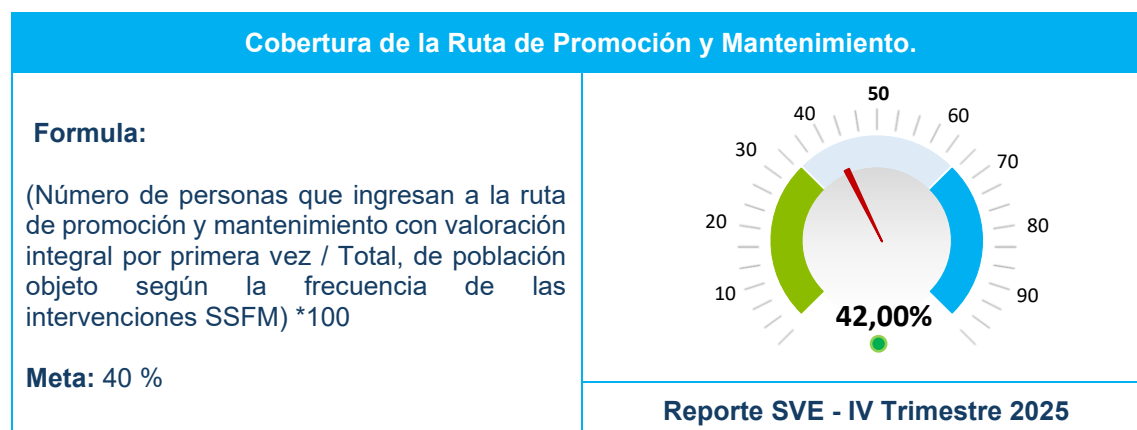
Este seguimiento sistemático contribuye al fortalecimiento de la gestión del riesgo en salud, al permitir la identificación temprana de brechas, orientar el ajuste de las estrategias operativas y promover la mejora continua de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, en coherencia con los lineamientos institucionales y el enfoque de atención integral.

Logros de la gestión.

- Se alcanzó una cobertura acumulada del 42% en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, superando la meta anual establecida del 40 %, lo que evidencia un desempeño favorable del indicador y la efectividad de las acciones desarrolladas a nivel nacional.
- Consolidación del seguimiento integral a la ejecución de la ruta, permitiendo contar con información oportuna, consistente y desagregada por curso de vida para el análisis del comportamiento del indicador y la toma de decisiones.
- Identificación de diferencias en la distribución de la cobertura por curso de vida, con mayor participación en los grupos de primera infancia e infancia, y menor alcance en juventud y adultez, lo cual permitió visibilizar brechas específicas en el acceso y la captación de estos grupos poblacionales.
- Generación de insumos técnicos para la definición y fortalecimiento de estrategias focalizadas orientadas a mejorar la cobertura en los cursos de vida con menor desempeño, promoviendo el enfoque diferencial y la priorización de acciones de promoción y mantenimiento de la salud.

Análisis del Indicador:

Ilustración 5. Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional – Herramienta Suite Visión Empresarial.



Se evidencia una cobertura acumulada del 42%, superando la meta anual establecida del 40%, lo que refleja un desempeño favorable del indicador en términos globales. No obstante, el análisis desagregado por curso de vida permite identificar diferencias significativas en la distribución de la cobertura, observándose mayor participación en los grupos de primera infancia e infancia, y menor alcance en juventud y adultez.

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

3.1.4 Actividad: Desarrollar y Optimizar la Ruta de Atención Integrales Salud para Víctimas de Agresiones, Accidentes y Traumas en el SSFM.

Tarea: Informe de avances en la implementación del programa de atención integral en salud con enfoque Psicosocial a víctimas del conflicto armado. IV Trimestre 2025.

Se realizó la implementación del programa de atención integral en salud con enfoque Psicosocial a víctimas del conflicto armado, con el fin de restablecer el derecho a la salud de toda la población que ha sido víctima de graves violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario. Para ello, se estandarizaron acciones intra e intersectoriales que involucraron diferentes ámbitos para la atención de los usuarios víctimas del conflicto armado, se realizó seguimiento a la implementación y cumplimiento del Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas del Conflicto Armado emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social y se orientó y capacitó al talento humano en salud para la atención integral en salud con enfoque psicosocial y diferencial como medida de asistencia y rehabilitación a víctimas del conflicto armado.

Logros de la gestión.

Se conformaron 141 equipos interdisciplinarios de atención integral en salud para la atención con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado, conformados por 601 profesionales, entre los que se encuentran 142 médicos, 130 enfermeros, 147 psicólogos, 116 auxiliares de enfermería y 62 trabajadores sociales y 4 de otras profesiones. Se certificaron 331 profesionales de la salud, en el curso de “ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO” dirigido por el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y se generó proceso de atención en salud al 80.5% de las víctimas del conflicto armado afiliadas al SSFM.



Análisis del Indicador:

Ilustración 6. Cobertura de la atención integral en salud de la población víctimas del conflicto.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional – Herramienta Suite Visión Empresarial.

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

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

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

3.2.1 Actividad: Optimizar el proceso de referencia dentro del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares enfocado en la cobertura de servicios en la red propia y su capacidad de resolución bajo el enfoque de RISS.

Tarea: Proceso de referencia para la red interna y externa con el seguimiento a las mismas a nivel nacional de conformidad con la normatividad vigente. IV Trimestre 2025.

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, a continuación, se relaciona los radicados:

Logros de la gestión.

- Seguimiento oportuno de los traslados dentro del tiempo establecido en la normatividad vigente del trimestre, la información del trimestre es enviada por

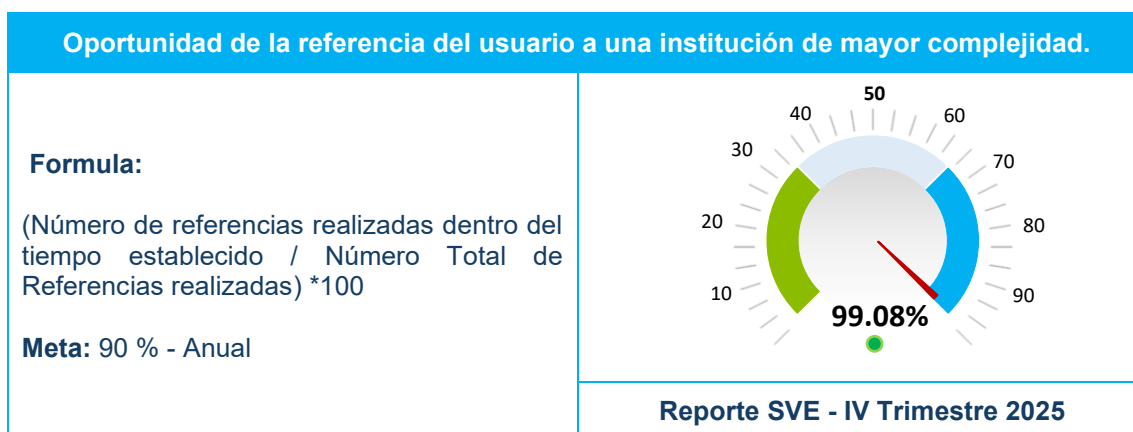


las Direcciones de Sanidad y la Jefatura de Salud de la FAC 15 días después del trimestre vencido.

- ➔ 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.
- ➔ Disponibilidad de respuesta inmediata las 24 horas a los requerimientos solicitados por las entidades prestadoras de servicio para la referencia de pacientes a nivel nacional.
- ➔ Gestión eficiente (central de referencia DISAN- JEFSA- ESM) el direccionamiento del flujo de usuarios dentro de la red propia y de quienes requirieron valoración en la red contratada, teniendo en cuenta que inicialmente se deben garantizar dentro del territorio en que se encuentra el usuario o el ESM de adscripción.

Análisis del Indicador:

Ilustración 7. Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional – Herramienta Suite Visión Empresarial.

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.

3.2.2 Actividad: Evaluar el proceso de autorizaciones 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.

Tarea: Seguimiento a las autorizaciones realizadas en la red interna y externa a nivel nacional de conformidad con la normatividad vigente. IV Trimestre 2025.

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.

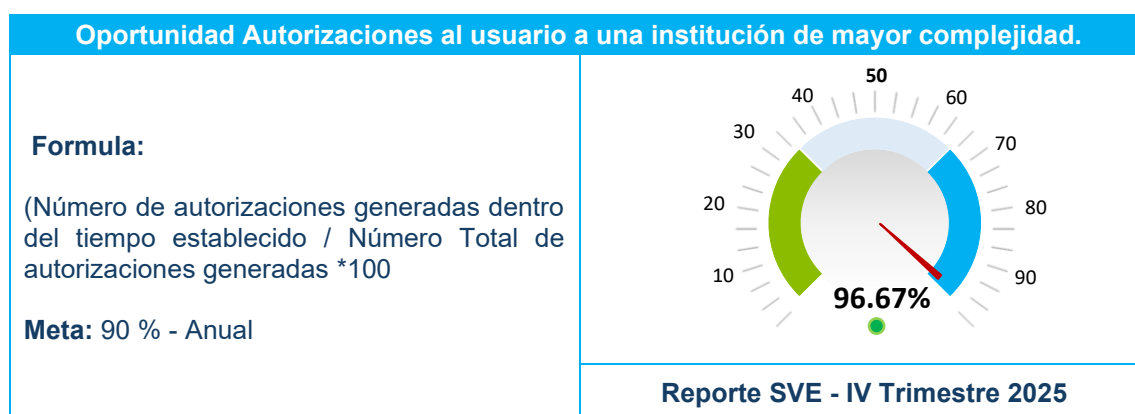


Logros de la gestión.

- ➔ Disminución en los tiempos de respuesta para las autorizaciones en cumplimiento a la normatividad vigente.
- ➔ Seguimiento oportuno a las autorizaciones, verificando la pertinencia y correcto direccionamiento por georreferenciación mediante mesas de trabajo e informes de seguimiento y retroalimentación con las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud para el mejoramiento continuo del procedimiento.

Análisis del Indicador:

Ilustración 8. Oportunidad Autorizaciones al usuario a una institución de mayor complejidad.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional – Herramienta Suite Visión Empresarial.

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

3.2.3 Actividad: Examinar la demanda insatisfecha de los servicios de salud priorizados, para informar la toma de decisiones en las acciones de mejora requeridas.

Tarea: Demanda insatisfecha en relación con el acceso a citas médicas en la red propia del SSFM solicitando acciones de mejora a los prestadores. IV Trimestre 2025.

Se realizaron mesas de trabajo mensuales, 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. Durante el periodo evaluado se aumenta el indicador de demanda insatisfecha producto de la terminación de los contratos del personal asistencial en los Establecimientos de Sanidad Militar.

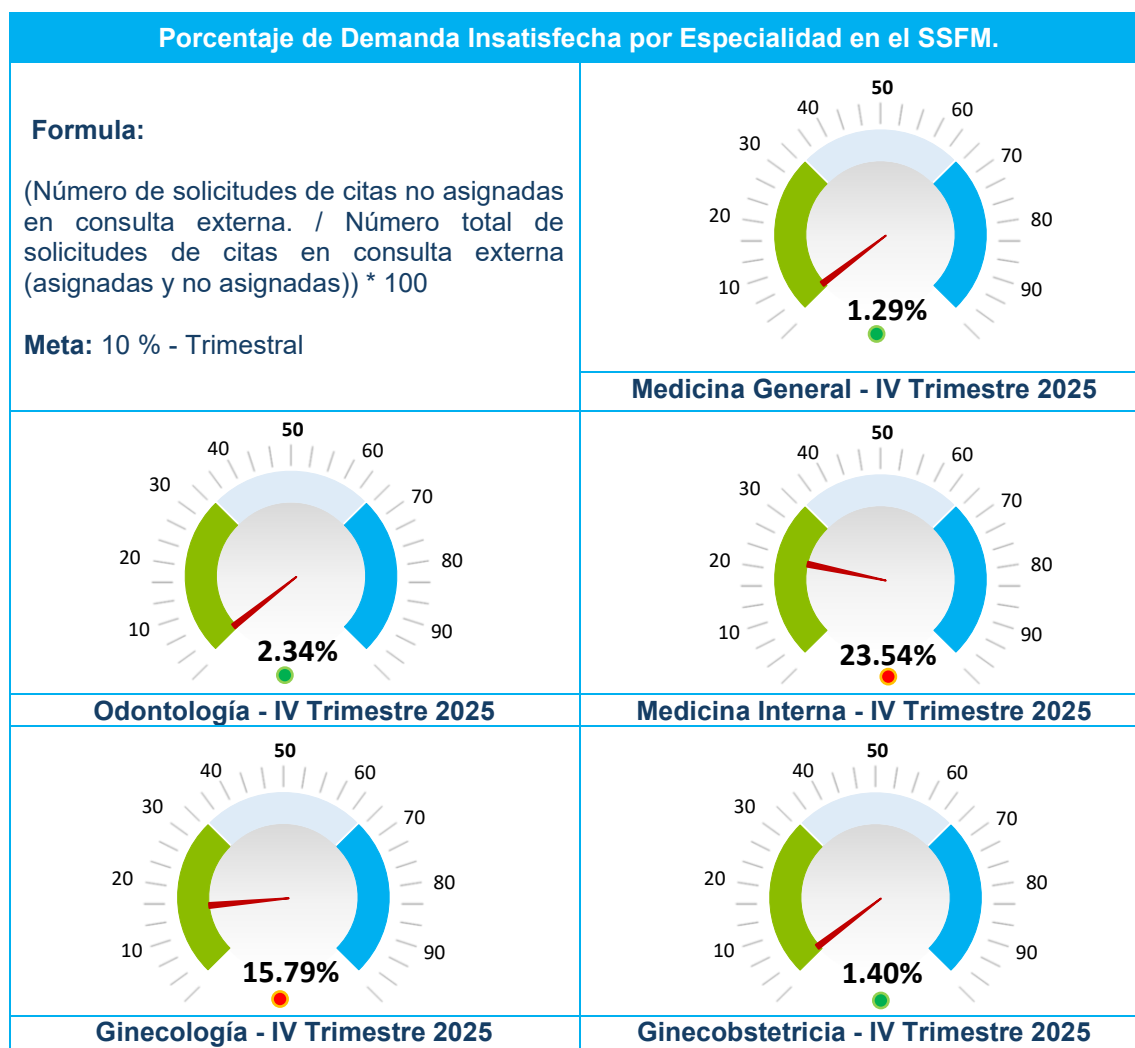


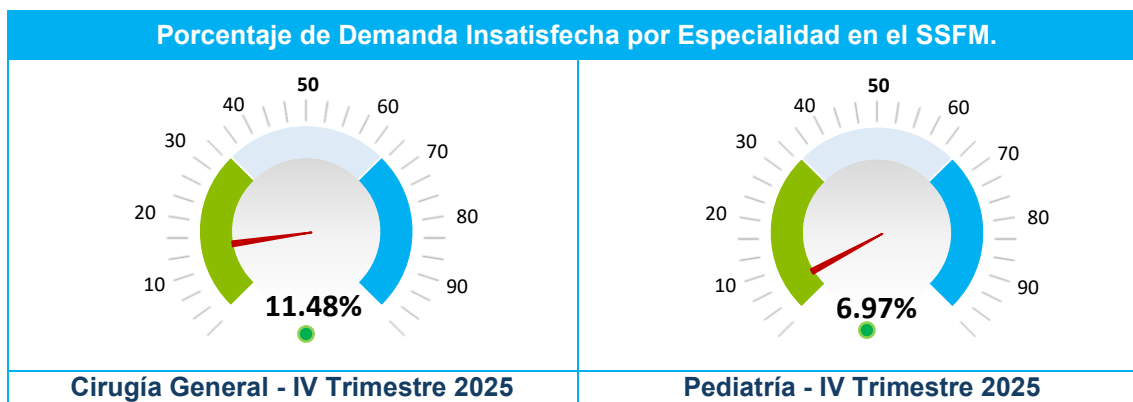
Logros de la gestión.

Se evidencio un aumento en la demanda insatisfecha en el cuarto trimestre 2025, sin embargo, se mantuvieron dentro de la meta las especialidades: Medicina General, Odontología, Ginecobstetricia y Pediatría.

La especialidad de Medicina Interna, Ginecología y Cirugía General están 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.

Ilustración 9. Porcentaje de Demanda Insatisfecha por Especialidad en el SSFM.





Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional – Herramienta Suite Visión Empresarial.

Se cumple con la meta establecida y se mejora en el indicador de demanda insatisfecha en: Medicina General, Odontología, Ginecobstetricia 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, de manera semanal.
- ➔ 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.

3.2.4 **Actividad:** Evaluar los servicios y tecnologías incluidos medicamentos, no contemplados en los acuerdos del SSFM.

Tarea: Análisis multivariado del Equipo Interdisciplinario del Profesionales de Salud (EIPSA). IV Trimestre 2025.

Se analiza la pertinencia en la formulación de los medicamentos no incluidos en el acuerdo 080/2022, causas de no aprobación, criterios de validación por parte del EIPSA a tener en cuenta con cada una de las solicitudes, hallazgos encontrados, trazabilidad desde la formulación hasta su aprobación con cargue en el sistema de información SALUD.SIS, cantidad de solicitudes sesionadas de red interna y externa tomando una muestra del 20% sobre el total de cada fuerza, adherencia a los algoritmos; se calculó la tasa ajustada por población en EJC por cada 10.000 usuarios se presentan 26 solicitudes, por ARC se presentan 50 solicitudes y por FAC presentan 68 solicitudes, se analiza la distribución de las solicitudes según curso momento de vida las que más prevalecen son vejez y adultez y se presenta el costo total de los EIPSA por fuerza, así mismo se envían recomendaciones a tener en cuenta para mejorar la prestación del servicio, mejorar la calidad del dato, desarrollar estrategias que conlleven al equilibrio financiero en el uso de nuevas tecnologías en medicamentos enfatizando en la gestión del riesgo.



Tabla 1. Análisis realizado sobre el número de solicitudes EIPSA recibidas en la Jefatura de Salud, se presenta el siguiente cálculo de tasa ajustado por población.

FUERZA	POBLACIÓN	No. SOLICITUDES	TASA X 10,000
EJC	508817	1317	25
ARC	86892	436	50
FAC	34819	238	68

Fuente: Matriz EIPSA– SUBSA-GROSD IV TRIM. 2025

Esta información permite dimensionar la demanda relativa en función del tamaño poblacional, facilitando la comparación entre las fuerzas. La tasa obtenida sugiere que, por cada 10.000 usuarios se han presentado aproximadamente para FAC 68 solicitudes con un impacto del 3.4% sobre el total de las solicitudes en las fuerzas (11991), seguido de ARC con el 2.5% sobre el total de las solicitudes, por último, EJC con el 1.2% equivalentes a 25 solicitudes por cada 10.000 usuarios. lo cual puede orientar la planificación de recursos y la toma de decisiones estratégicas para las DISANES y JEFSa.

Logros de la gestión

Se logró la unificación de criterios para las validaciones de las solicitudes cuyas decisiones emitidas por el EIPSA fueron negadas, garantizando que cada caso contara con su respectiva justificación. Adicionalmente, se validó la pertinencia médica mediante la auditoría del 20 % de las solicitudes, enfocándose en el adecuado cargue de la información en la herramienta tecnológica SALUD.SIS y en la revisión de las historias clínicas. Asimismo, se realizó la verificación del costo total de las solicitudes aprobadas por fuerza, durante el IV Trimestre 2025.

Tabla 2. Costo EIPSA aprobados y dispensados por el OPL.

FUERZA	APROBADOS	PORCENTAJE	COSTO
EJC	1006	94%	\$ 9,640,645,580,38
ARC	401	97%	\$ 2.849.404.207,39
FAC	261	98%	\$ 1.399.938.589,89

Fuente: Bases de datos EIPSA– SUBSA-GROSD- OPL ETICOS – IV TRIMESTRE

La Tabla, muestra el costo total de los medicamentos no incluidos en el acuerdo 080/2022 que fueron aprobados y dispensados por el OPL, cumpliendo con los criterios técnicos, clínicos y normativos de la DIGSA, evidenciando el impacto económico para cada una de las Fuerzas.

3.2.5 Actividad: Examinar los servicios y tecnologías, incluidos los medicamentos, excluidos de los acuerdos del SSFM.

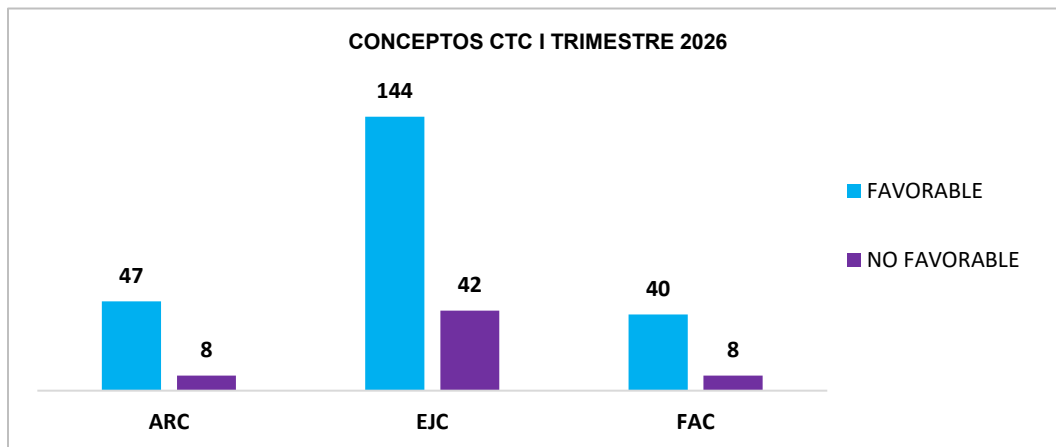
Tarea: Análisis multivariado del Comité Técnico Científico. I Trimestre 2026

Se realizaron 313 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 24 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 289 con cumplimiento de criterios administrativos, de las cuales 231 solicitudes se clasificaron con concepto favorable y 58 no favorable, debido a no cumplimiento de criterios.

Ilustración 10. Conceptos CTC I Trimestre 2026

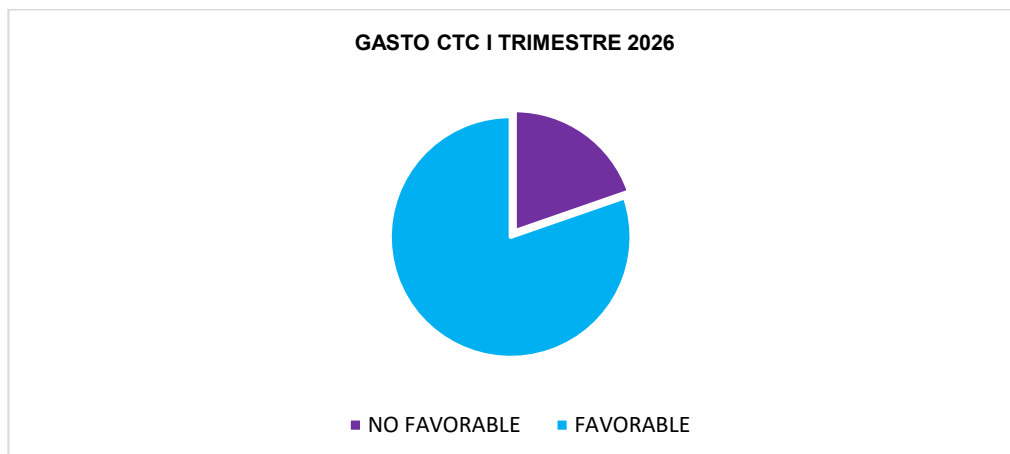


Fuente: Base de datos CTC I Trimestre 2026 DIGSA

Logros de la gestión CTC procedimientos, dispositivos e insumos.

Se evaluaron 313 solicitudes, lo que generó un gasto aproximado de \$ 1.917.134.619 de estas, 58 solicitudes fueron NO FAVORABLES por incumplir los criterios de la normatividad vigente. Esto representa un ahorro de \$377.436.674, lo que demuestra que la gestión del CTC se centra en aprobar solo los casos que realmente lo requieren.

Ilustración 11. Gasto CTC I Trimestre 2026



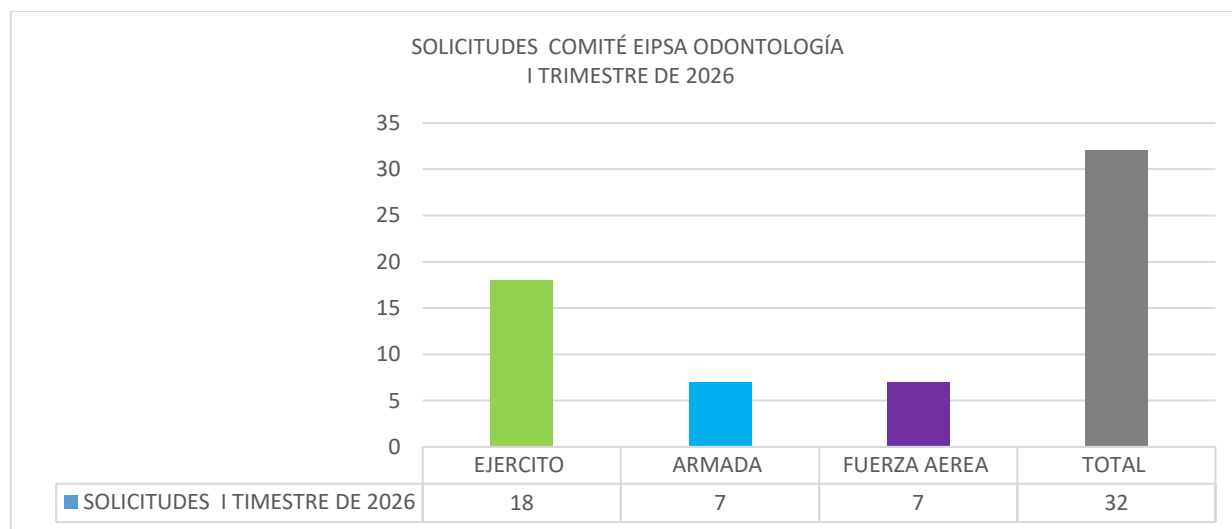
Fuente: Base de datos CTC I Trimestre 2026 DIGSA



Análisis multivariado del Comité Técnico Científico Odontología. I Trimestre 2026

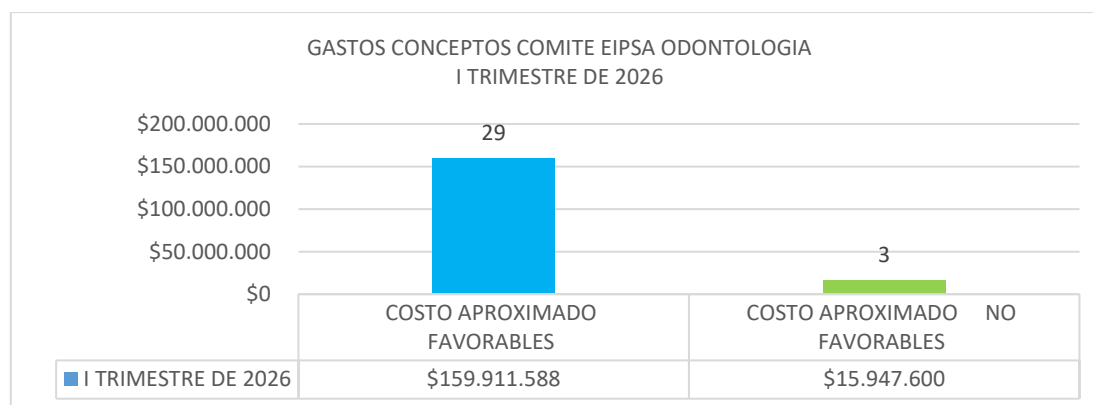
El Comité EIPSA de Odontología recibió un total de 32 solicitudes, con una marcada concentración en el DISAN Ejército con 18 solicitudes, mientras que la DISAN Naval y la JEFSa registraron cifras similares 7 solicitudes cada una. El volumen trimestral es moderado, pero requiere seguimiento continuo para identificar los posibles aumentos por la implementación del acuerdo 093 de 2025.

Ilustración 12. Solicitudes Comité EIPSA Odontología



Fuente: Matriz de Comites Eipsa Odontología 2026 - GROSD

Ilustración 13. GASTOS CONCEPTOS COMITE EIPSA ODONTOLOGIA



Fuente: Matriz de Comites Eipsa Odontología 2026 GROSD

Los conceptos favorables corresponden al 91% de las solicitudes, y solo el 9% fueron conceptuados no favorables. Esto denota que la pertinencia de los casos están bien enfocados y las comités no favores corresponden a usuarios que al momento del Comité ya se encontraban inactivos no pertinentes.



Logros de la gestión Comité Eipsa de Odontología

Se ha realizado capacitación de los profesionales de la salud involucrados en las solicitudes, así mismo se ha realizado una capacitación para el grupo de autorizaciones. Esto ha hecho que los casos que se alleguen al comité sean pertinentes, además que la mayoría de los casos sean tratados por la fuerza de adscripción de los pacientes.

Se realizaron 313 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 24 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 289 con cumplimiento de criterios administrativos, de las cuales 231 solicitudes se clasificaron con concepto favorable y 58 no favorable, debido a no cumplimiento de criterios.

Logros de la gestión.

Se evaluaron 313 solicitudes, lo que generó un gasto aproximado de \$ 1.917.134.619 de estas, 58 solicitudes fueron NO FAVORABLES por incumplir los criterios de la normatividad vigente. Esto representa un ahorro de \$377.436.674, lo que demuestra que la gestión del CTC se centra en aprobar solo los casos que realmente lo requieren.

3.3 Grupo Aseguramiento en Salud (GRUAS)

3.3.1 Actividad: Identificar las causas recurrentes que afectan la calidad en la prestación de los servicios de salud, desde las PQR recepcionadas en el SSFM.

Tarea: Recomendaciones a las causalidades de las PQRS. IV Trimestre 2025

- Se realizó análisis de la información remitida a través los informes del Grupo de Atención al Usuario y Participación Social de la DIGSA, referente a las PQRSR y acciones constitucionales del cuarto trimestre de la vigencia de 2026. Se emiten las siguientes recomendaciones:
- Fortalecimiento en el seguimiento a los procesos de autorización de servicios médicos, mediante el uso de indicadores de oportunidad y mecanismos de control que permitan identificar demoras recurrentes y corregir reprocesos administrativos.
- Optimizar la programación de citas para ayudas diagnósticas y consultas especializadas, a partir del análisis de capacidad instalada, revisión de agendas médicas y fortalecimiento de la articulación con la red externa de servicios.



- Mejorar la gestión de continuidad de los tratamientos médicos, asegurando la coordinación entre los diferentes servicios y niveles de atención, con el fin de evitar interrupciones que generan reclamaciones reiteradas.
- Fortalecer el control sobre la entrega oportuna y completa de medicamentos e insumos en salud, especialmente en la DISAN ARC, donde se identificaron reclamos asociados a entregas parciales o fraccionadas.
- Estandarizar criterios de calidad en las respuestas a los usuarios, garantizando que estas se emitan dentro de los términos legales y contengan soluciones de fondo que reduzcan la reiteración de PQRSR.
- Priorizar acciones de mejora en los establecimientos de sanidad con mayor concentración de requerimientos, conforme al principio de focalización del 80 %, sin descuidar el seguimiento preventivo en los demás ESM.

Es importante mencionar que un aspecto relevante del análisis es que, pese a la disminución global de PQRSR en el trimestre, los datos muestran la persistencia de inconformidades estructurales, lo cual indica que la tarea debe continuar evolucionando hacia un enfoque preventivo, con énfasis en la gestión de agendas, autorizaciones y coordinación con la red externa. Esto confirma la necesidad de que las recomendaciones formuladas sean asumidas como insumo de planes de mejora y no únicamente como acciones correctivas puntuales.

Logros de la gestión.

Reducción aproximada del 18,5 % frente al tercer trimestre del mismo año. Este comportamiento no corresponde a una variación coyuntural o aislada, sino que refleja una tendencia positiva en el desempeño del Subsistema de Salud, asociada a mejoras en los procesos de atención al usuario, gestión de requerimientos y control institucional.

3.4 Grupo de Salud Operacional (GRUSO)

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

Tarea: Análisis heridos y muertos dentro y fuera de combate del personal militar del SSFM. (ACUERDO 051 DEL 2009- PEI FF.MM).

En la tasa de heridos dentro y fuera de combate, la tendencia aumenta para el cierre del segundo semestre del 2025 (1 enero al 31 diciembre) con respecto al cierre del 2024; ya que para el periodo evaluado del 2024 esta fue de 111, mientras que en el 2025 fue de 132. Es decir que por cada 10.000 militares se presentaron 111 heridos en las FF.MM durante el 2024, mientras que en el 2025 se presentaron 132 heridos.

En la tasa de muertos dentro y fuera de combate, la tendencia aumenta respecto al 2024 (1 enero al 31 de diciembre); ya que para el 2024 esta fue de 14, y en el 2025 fue de 15. Es decir que por cada 10.000 militares se presentaron 14 muertos en las FF.MM durante el 2024, mientras que en el 2025 se presentaron 15 muertos.



Así mismo, el 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.

Análisis de Indicador

Ilustración 14. Tasa de heridos dentro y fuera de combate.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional – Herramienta Suite Visión Empresarial.

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

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

En lo que respecta al análisis comparativo por tipo de evento en heridos en los periodos analizados, permite evidenciar que la tendencia disminuye en la tasa de heridos fuera de combate; ya que, para el primer semestre la tasa fue de 57,0, lo que representa que por cada 10.000 militares se presentó 57 heridos fuera de combate; mientras que en el



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

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

Ilustración 15. Tasa de Muertos dentro y fuera de combate.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional – Herramienta Suite Visión Empresarial.

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

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

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

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

Por otro lado, con la mortalidad en combate, permite evidenciar que la tendencia disminuye en la tasa; ya que, durante el primer semestre la tasa fue de 2,4; lo que representa que, por cada 10.000 militares, se presentaron 2 muertos en combate en las



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

3.5 Grupo Atención al Usuario y Participación Social (GRAPS)

3.5.1 Actividad: Monitorear y analizar el comportamiento de las causalidades de PQRS relacionadas con la prestación de los servicios de salud del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, con el fin de identificar tendencias y oportunidades de mejora.

Tarea: Análisis del comportamiento de las PQRS Grupo Atención al Usuario y Participación Social. I Trimestre 2026

Se recepcionaron un total de 9.751 PQRSR a través de los diferentes canales de atención establecidos. Las tipologías más representativas corresponden a reclamos y peticiones, con 6.026 (62%) y 3.493 (36%) requerimientos, respectivamente (ver tabla).

Asimismo, se observa que la tipología con menor representatividad es “Denuncia por posibles actos de corrupción”, con solo 4 requerimientos. De igual manera, se destaca que el 19 % de las peticiones pertenece a la subcategoría “orientación e información”.

Tabla 3. Tipología PQRS

TIPOLOGÍA		I TRIMESTRE 2026	%
Reclamo		6.026	62%
Felicitación		118	1%
Queja		112	1%
Sugerencia		17	0,17%
Denuncia por posibles actos de corrupción		4	0,04%
Peticiones 3.493	Orientación e Información	1.818	19%
	Aseguramiento	888	9%
	Junta médico laboral	787	8%
TOTAL		9.770	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.

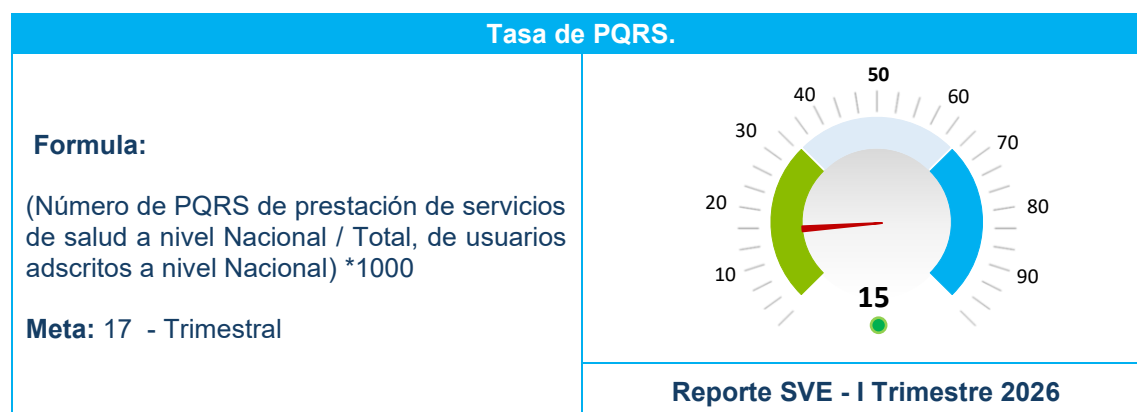


Desde la vigencia 2024, se inició el cargue de los requerimientos registrados en el formato de buzón de sugerencias y los recibidos mediante el chat institucional.

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.

Análisis del Indicador:

Ilustración 16. Tasa de PQRS.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional – Herramienta Suite Visión Empresarial.

Vigencia 2026			
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	9.631	642.414	15

En el primer trimestre de la vigencia 2026, se recibieron 9.751 requerimientos en total, de los cuales 9.631 corresponden a peticiones, quejas y reclamos (PQR), mientras que 139 se clasifican como felicitaciones, sugerencias y denuncias en el SSFM.

En relación con el censo poblacional del mismo periodo, que registra 642.414 afiliados, se evidencia que, por cada 1.000 afiliados, 15 han interpuesto un requerimiento. Al comparar este comportamiento con el primer trimestre de la vigencia anterior (2025), se observa que esta cifra ha disminuido ya que en esa vigencia estaba en 17 por cada 1.000 afiliados, lo que se ubica por debajo de la meta establecida, ya que es inferior a 18.

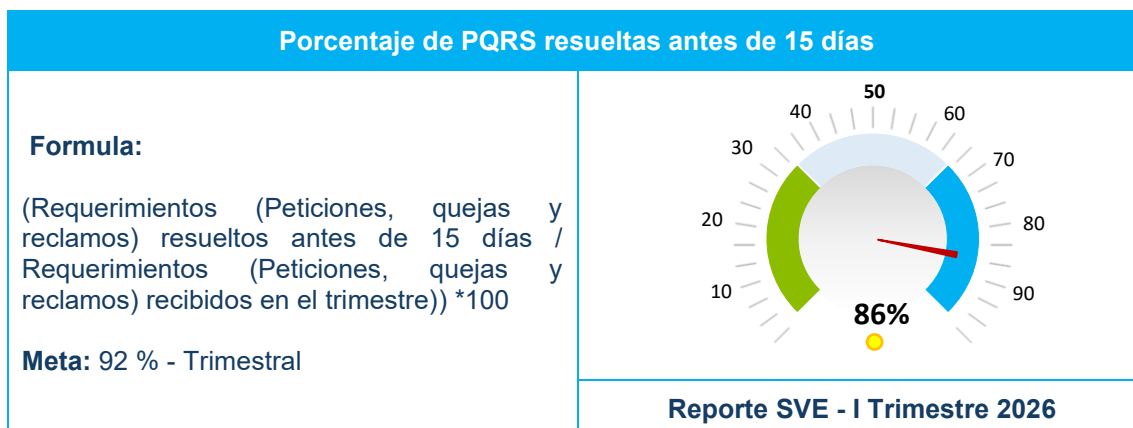
Para la presente vigencia no se tienen en cuenta para el numerador de este indicador las felicitaciones, sugerencias, denuncias y solicitudes, únicamente se tendrán en cuenta las peticiones, quejas y reclamos (PQR).

$$(PQRS\ 9.631 / 642.414) * 1000 = 15$$



Análisis del Indicador

Ilustración 17. Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días.



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional – Herramienta Suite Visión Empresarial.

Peticiónes, quejas y reclamos vigencia 2026 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	4.893	5.685	86%

Los resultados correspondientes al primer trimestre de la vigencia 2026; evidencian que, de un total 5.685 Peticiónes, Quejas y Reclamos (PQR), se han cerrado en términos de ley 4.893, lo que representa un 86% de gestión, disminuyendo seis puntos porcentuales respecto al último trimestre de la vigencia anterior.

3.5.2 Actividad: Impulsar el conocimiento sobre deberes y derechos, garantizando que los usuarios entiendan sus responsabilidades y beneficios en el sistema, fomentando la transparencia y la participación.

Tarea: Orientación e información en derechos y deberes a los usuarios de las oficinas de ATEUS a nivel nacional. I Trimestre 2026:

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?



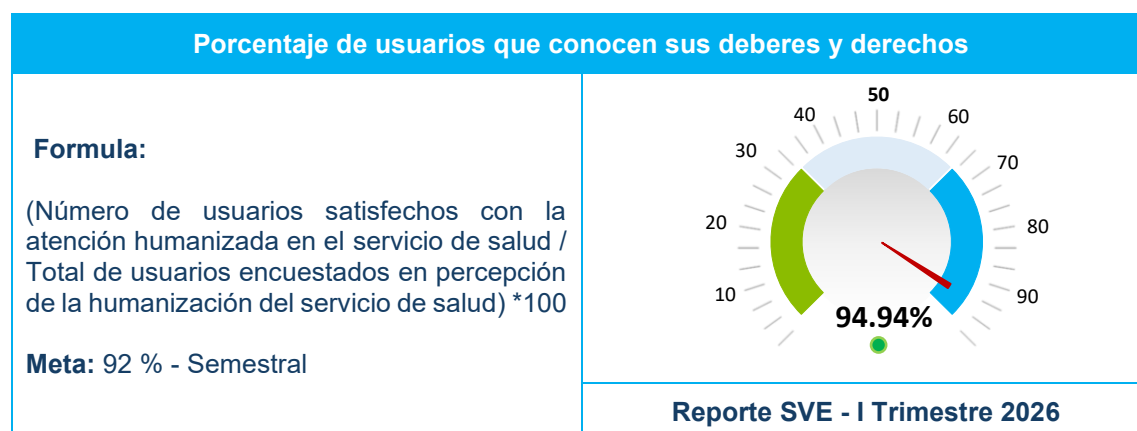
Por lo anterior, la socialización de los derechos y deberes de los usuarios ha tenido un impacto positivo, el cual se ha evidenciado en los resultados de la encuesta de satisfacción de los usuarios, como se relaciona a continuación.

Logros de la gestión.

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.

Análisis del Indicador

Ilustración 18. Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional – Herramienta Suite Visión Empresarial.

Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos			
Periodo	Usuarios que conocen sus deberes y derechos	Total, de usuarios encuestados	Porcentaje
I Trimestre	2.233	2.352	94,94%

Se presentó un porcentaje de gestión del 94,94 %, lo que, al compararse con el primer trimestre de la vigencia anterior 2025, refleja una disminución de 0.86 puntos básicos, dado que en ese periodo el porcentaje fue de 95,80 %.



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

Tarea: Resultados encuesta de satisfacción. I Trimestre 2026

Se observa una mejora en el desempeño general, con un aumento de 1 punto porcentual en la tasa global. Destacan los avances en los indicadores de Experiencia y Oportunidad, mientras que el indicador de Trámites se mantuvo estable.

Tabla 4. Tasa Global Encuesta de Satisfacción.

Indicadores	I Trim 2025	I Trim 2026
Tasa global	95%	96%
Ind_Experiencia	96%	97%
Ind_Trámites	96%	96%
Ind_Oportunidad	92%	95%

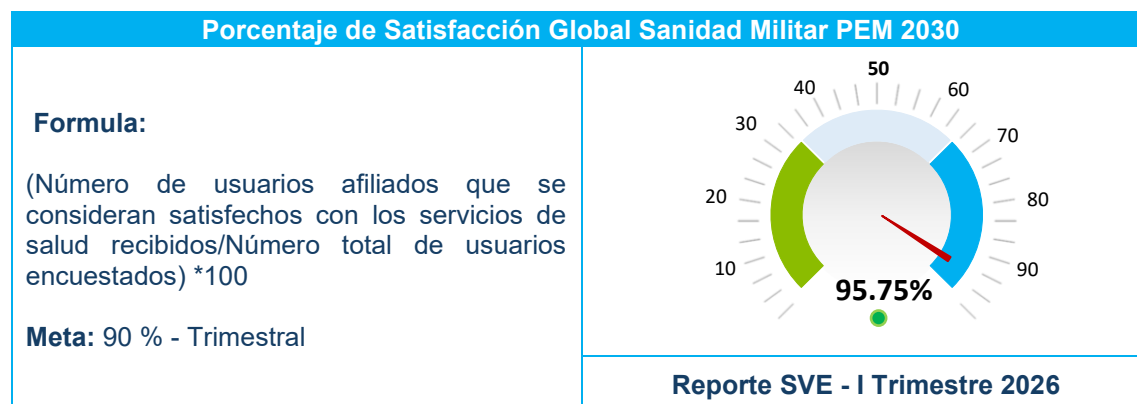
Fuente: Grupo Atención al Usuario DIGSA.

Logros de la gestión.

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

Análisis del Indicador

Ilustración 19. Porcentaje de Satisfacción Global Sanidad Militar PEM 2030



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional – Herramienta Suite Visión Empresarial.

Se observa una mejora en el desempeño general, con un aumento de 1 punto porcentual en la tasa global. Destacan los avances en los indicadores de Experiencia y Oportunidad, mientras que el indicador de Trámites se mantuvo estable.

Tabla 5. Resultados periodos primer trimestre 2025 - 2026.

Periodo	Número de afiliados satisfechos con los servicios de salud recibidos	Número total de encuestados	Porcentaje
I Trimestre 2025	4.220	4.431	95%
I Trimestre 2026	2.252	2.352	96%

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



Iniciativa 4

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

0.90%

Esta iniciativa presentó un avance del 0.90%, con una proyección de (2) tareas al primer trimestre y con un cumplimiento del 100% en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:

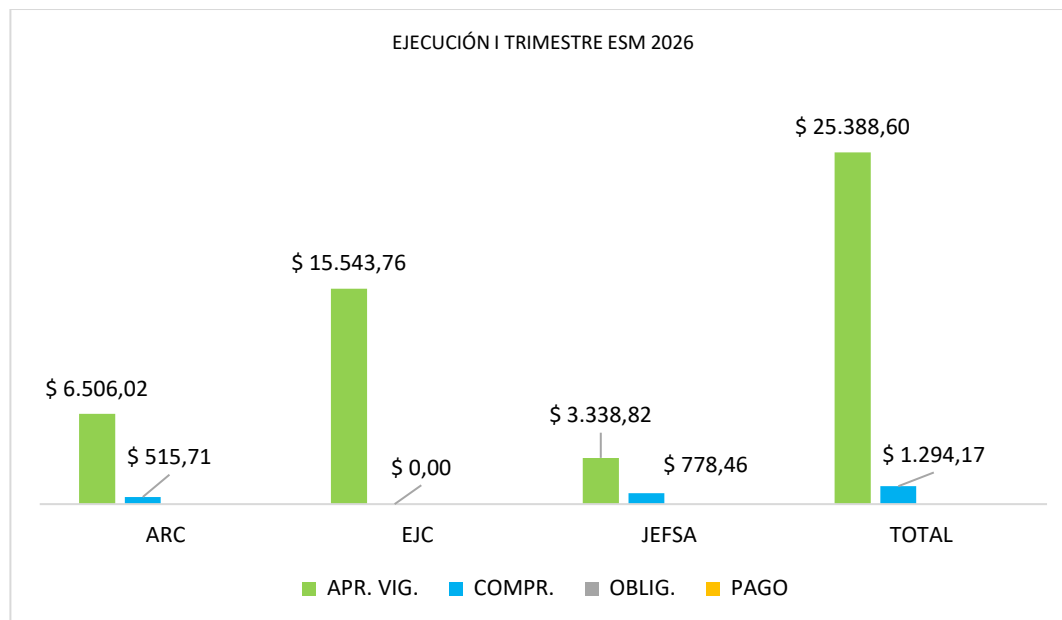
4.1 Área de Desarrollo Institucional (ARDEI)

4.1.1 Actividad: Controlar la ejecución del proyecto de inversión vigencia 2026

Tarea: Ejecución presupuestal de los proyectos de inversión.

Proyecto: Fortalecimiento de la Prestación de los Servicios de Salud Atención al Usuario y Participación Social en los Establecimientos de Sanidad Militar a Nivel Nacional

Ilustración 20. Ejecución Proyectos de Inversión ESM - I trimestre 2026



Fuente: Grupo Planeación Estratégica – Área de Desarrollo Institucional - DIGSA.

El proyecto presenta una ejecución del 5% en compromisos por valor de \$ 1.294,17 millones y un 0% en obligaciones y pagos el primer trimestre de 2026.

- ➡ Dirección de Sanidad no presenta ejecución en compromisos, obligaciones y pagos.



- Dirección de sanidad, presenta una ejecución del 8% por valor DE \$ 515,71 en el rubro adquisición vehículos asistenciales a la fecha no presenta ejecución en obligaciones y pagos.
- Dirección de sanidad, presenta una ejecución del 8% por valor DE \$ 515,71 en el rubro adquisición vehículos asistenciales a la fecha no presenta ejecución en obligaciones y pagos.

Proyecto: Formulación Diseño e Implementación del Sistema de Información para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares a Nivel Nacional.

Ilustración 21. Ejecución Proyecto SALUD.SIS I Trimestre 2026.



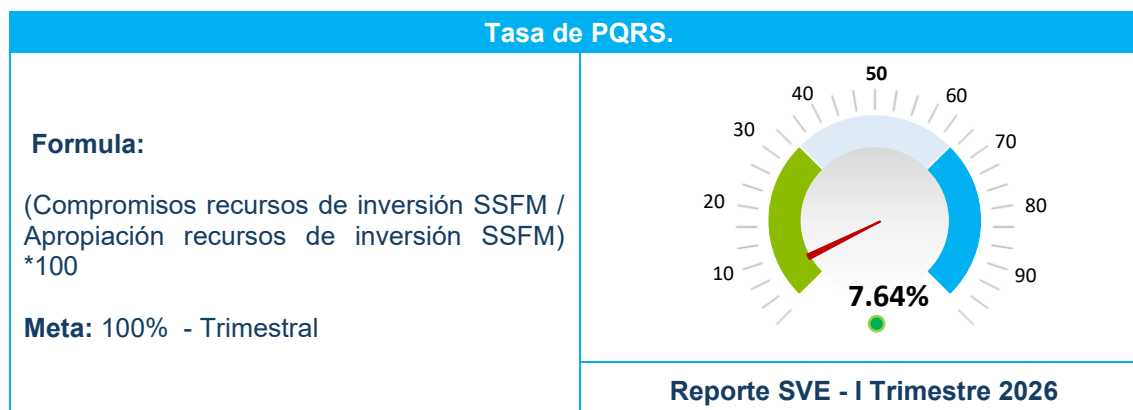
Fuente: Grupo Planeación Estratégica – Área de Desarrollo Institucional - DIGSA.

Logros de la gestión.

A corte I trimestre de 2026 presenta una ejecución del 23% en compromisos por valor de \$ 965,84 millones y del 6 % en obligaciones y pagos por valor de \$ 251,49 millones en los rubros de servicios de información actualizados y servicios tecnológicos.

Análisis del Indicador:

Ilustración 22. Porcentaje de Ejecución de los Recursos de Inversión SSFM



Fuente: Elaboración Propia Área de Desarrollo Institucional – Herramienta Suite Visión Empresarial.



A corte primer trimestre se tiene un porcentaje de ejecución del 7.64% del total de recursos de inversión para la vigencia 2026

4.2 Grupo de Aseguramiento en Salud (GRUAS)

4.2.1 Actividad: Impulsar y monitorear el desarrollo de la capacidad tecnológica y científica en los Establecimientos de Sanidad Militar.

Tarea: Informe de resultados de la evaluación del impacto con las mejoras de infraestructura y dotación de conformidad a los recursos asignados para la vigencia 2025. Anual

Los recursos de inversión asignados para el fortalecimiento de los estándares de infraestructura y dotación, así como los planes de mejoramiento y los proyectos de inversión, se estructuran conforme a las necesidades identificadas mediante la autoevaluación de la Capacidad Tecnológica y Científica de cada ESM. Dichas iniciativas son validadas y aprobadas por las Direcciones de Sanidad y la Jefatura de Salud, garantizando su alineación con los lineamientos estratégicos y normativos vigentes.

Para la vigencia evaluada, fueron priorizados por las Direcciones de Sanidad Ejército, Armada y la Jefatura de Salud para la asignación de los recursos, como gestión para el Fortalecimiento de la Capacidad Tecnológica y Científica de los estándares de Infraestructura y Dotación.

Tabla 6. ESM Priorizados 2025 Estándar de Infraestructura

BAS02	BITER06	BINUT	BAEEV	DMBAQ
DMBUG	BISOL	BIVEL	DMSOC	DMCOV
BIREY	BIROR	ESLOG	UBACR	HONAC - CENTRO ODONTOLOGICO DEL NORTE
GMCAB	BICAS	BAS26	DMBOG	GACAR
BICAM	BIPEB	BAMUR	DMBUN	EMAVI

Fuente: Elaboración Propia Área de Garantía de Calidad.

Como insumo para el análisis del avance del estándar de Infraestructura, se evaluó el grado de cumplimiento de los planes de mejoramiento relacionados con la Capacidad Tecnológica y Científica de cada ESM, en el marco del estándar de Infraestructura. Dichos planes se derivan de la autoevaluación realizada en cumplimiento de la Directiva Permanente Radicado N°0122008641702 / MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRUAS-ARCAS 23.1, del 22 de septiembre de 2022, titulada “Directrices del Componente de Capacidad Tecnológica y Científica del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares”.

Logros de la gestión.

El análisis integral de avance de los estándares de Infraestructura y Dotación para los ESM priorizados por la DISAN (EJC, ARC) y JEFSa, de acuerdo con el seguimiento a los planes de mejoramiento aprobados y los recursos asignados.



DISAN Ejército:

Los ESM priorizados por DISAN, presentan las siguientes observaciones:

- ➔ La ejecución del 100% de las actividades del estándar de infraestructura por parte del ESM BAS02 ha generado mejoras en las condiciones físicas de los servicios de salud, reflejadas en el mantenimiento y adecuación de techos, paredes y muros, así como en la mejora de la señalización al interior del ESM. Estos avances contribuyen directamente a optimizar la experiencia del usuario y garantizar ambientes asistenciales más seguros, funcionales y acordes con los lineamientos del Sistema de Calidad en Salud.
- ➔ Los ESM BISOL, BICAS, BIPEB y DMSOC cuentan con Planes de Mejoramiento que incluyen actividades orientadas al cumplimiento de los criterios de Infraestructura, actualmente en ejecución. Se evidenció que las acciones desarrolladas están generando un impacto positivo en el mantenimiento de los servicios de salud, especialmente en la intervención de muros, pisos y paredes. Estas mejoras contribuyen significativamente al fortalecimiento de las condiciones físicas y a la calidad de los entornos asistenciales.
- ➔ Los ESM, DMBUG, BIREY, GMCAB, BICAM, BITER06, BIBOR, BINUT, BIVEL, BAEEV, ESLOG, BAS26 y BAMUR cuentan con Planes de Mejoramiento relacionados con la Capacidad Tecnológica y Científica. En estos planes se evidencia la formulación de actividades orientadas al cumplimiento de los estándares de Infraestructura y Dotación. Sin embargo, en el último reporte correspondiente al II Trimestre de 2025 no se observaron avances, situación que limita la garantía de una prestación de servicios segura y confiable.
- ➔ De acuerdo con la información suministrada para el estándar de Dotación, no se evidencia la identificación específica de los ESM a los cuales DISAN EJC asignó la Dotación. Esta ausencia de información impide determinar el avance real del estándar para cada ESM y limita la trazabilidad del proceso. En consecuencia, se realizará el requerimiento formal de dicha información con el fin de verificar el progreso del estándar y garantizar el adecuado seguimiento al cumplimiento de estos criterios.

DISAN Armada

Los ESM priorizados por DISAN, presentan las siguientes observaciones:

- ➔ En los ESM UBACAR, DMBOG, DMBUN, DMBAQ, DMCOV, HONAL y en el Centro de Salud Oral, conforme al seguimiento del II trimestre a los Planes de Mejoramiento de Capacidad Tecnológica y Científica, se evidencia la formulación de actividades orientadas a fortalecer los criterios de Infraestructura y Dotación. Estas actividades presentan diferentes estados de avance: algunas han sido cerradas y otras se encuentran en ejecución.

No obstante, se resalta que las acciones implementadas han generado impactos positivos en aspectos como la remodelación y adecuación del cableado informático; la



intervención de áreas de atención prioritaria y observación controlada; la remodelación de baños, consulta externa, almacén y área de aislamiento de pacientes; así como el reemplazo del cielo raso. Del mismo modo, se registra progreso en la instalación del sistema de llamado del servicio de enfermería.

- Asimismo, se evidencian avances relevantes en actividades asociadas a la organización y adecuación de la vía perimetral de acceso a los ESM, la cual presentaba deterioros significativos en su pavimentación que representaban riesgo de caídas para los usuarios.
- Con relación a la información reportada para el estándar de Dotación, no se cuenta con la identificación específica de los ESM a los cuales DISAN ARC asignó los elementos correspondientes. La falta de este detalle impide establecer el avance real del estándar para cada ESM y limita la trazabilidad del proceso. Por lo anterior, se gestionará un requerimiento formal de la información faltante, con el propósito de verificar el nivel de progreso del estándar y asegurar un seguimiento adecuado al cumplimiento de los criterios establecidos.

JEFSA

Los ESM priorizados por JEFSA, presentan las siguientes observaciones:

- El Plan de mejoramiento de capacidad tecnológica y científica del ESM EMAVI presenta una formulación sólida y un desarrollo óptimo de las actividades orientadas a impactar los estándares de Infraestructura y Dotación. Actualmente, dichas actividades se encuentran en fase de ejecución, impactan directamente la organización y adecuación de la vía perimetral de acceso al ESM, la cual presentaba novedades significativas en su pavimentación que generaban riesgo de caídas. Asimismo, se observa intervención en las rampas con pendientes pronunciadas, y progresos en la adecuación del área destinada al almacenamiento y alistamiento de medicamentos, contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de seguridad, accesibilidad y funcionalidad de la infraestructura, del ESM.
- Con relación al estándar de Dotación, el ESM EMAVI adquirió una planta eléctrica que permite garantizar la continuidad de la atención, proteger la vida de los pacientes y asegurar el funcionamiento ininterrumpido de las áreas críticas, como Urgencias, UCI, Quirófanos, Salas de Procedimientos, Laboratorio Clínico, Farmacia y la cadena de frío. Estas dependencias requieren un suministro eléctrico continuo y confiable, por lo que la planta resulta esencial para mantener los equipos en operación y garantizar la adecuada conservación de medicamentos y biológicos.
- En el estándar de Dotación no se evidencia la identificación específica de los ESM a los que JEFSA asignó los elementos correspondientes. Esta falta de detalle impide determinar el avance real del estándar por ESM y limita la trazabilidad del proceso. Por lo anterior, se solicitará formalmente la información requerida para verificar el progreso y asegurar un seguimiento adecuado al cumplimiento de los criterios establecidos.



5 Acrónimos

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



6 Definiciones

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