DIRECCIÓN GENERAL
DE SANIDAD MILITAR

Avance Ejecución
I Semestre

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. 11

1.1 Área de Gestión Documental (AREDO) 11

1.1.1 Actividad: Fortalecer la gestión documental y la conservación de archivos en la Dirección General de Sanidad Militar mediante la continuidad y articulación del Programa de Gestión Documental (PGD) y los programas del Sistema Integrado de Conservación (SIC). 11

1.2 Área Presupuestación (ARPRE) 12

1.2.1 Actividad: Gestionar los trámites presupuestales y las actualizaciones al plan de adquisiciones. 12

1.2.2 Actividad: Evaluar la infraestructura y recursos tecnológicos de los Establecimientos de Sanidad Militar para identificar brechas y definir necesidades de equipamiento y formación del personal que optimicen la atención en salud. 14

1.3 Área de Sistemas Integrados (ARSIG) 15

1.3.1 Actividad: Planificar, desarrollar y monitorear la gestión y el desempeño institucional del Sistema Integrado de Gestión SIG - Acuerdo 071 de 2019. 15

1.3.2 Actividad: Formular y desarrollar las actividades programadas para la Lucha contra la Corrupción PTEP. 15

1.3.3 Actividad: Monitorear el desarrollo de los Planes de Trabajo - Políticas Institucionales establecidas - MIPG SECTORIAL como Dirección General de Sanidad Militar. 16

1.4 Grupo de Contratos (GRUCO) 18

1.4.1 Actividad: Generar el Informe de avance de los procesos contractuales adjudicados en relación con los procesos planeados de DIGSA, DISANES y JEFSA según Plan Anual de Adquisiciones. 18

1.5 Grupo de Seguimiento y Evaluación (GRSYE) 20

1.5.1 Actividad: Elaborar los informes de Ley que respondan al cumplimiento de las disposiciones normativas que garantizan la transparencia, la rendición de cuentas y el control fiscal. 20

1.6 Grupo Gestión Financiera (GRUFI) 21

1.6.1 Actividad: Elaborar y presentar el informe trimestral sobre el avance de la ejecución presupuestal de los recursos del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, conforme al Acuerdo de Gestión de distribución aprobado, con el fin de garantizar la transparencia, el control y la optimización del uso de los recursos asignados. 21

2 Reingeniería del modelo de gerenciamiento y administración del Sistema. 22

2.1 Área de Sistemas Integrados (ARSIG) 22

2.1.1 Actividad: Realizar seguimiento de la Gestión Integral de Riesgos. 22

2.2 Grupo de Aseguramiento en Salud. (GRUAS) 23

2.2.1 Actividad: Monitorear la prestación de los servicios de salud de la red externa contratada mediante el seguimiento a la implementación del SOGCS. 23

3 Mejoramiento de la atención integral en salud y la prestación de servicios de salud.26

3.1 Grupo Gestión del Riesgo (GRERI) 26

3.1.1 Actividad: Realizar el seguimiento integral a las Rutas de Obligatorio Cumplimiento del SSFM. 26

3.1.2 Actividad: Monitorear la implementación de los lineamientos emitidos en cumplimiento a la política de discapacidad SSMP 29

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. 30

3.1.4 Actividad: Desarrollar y Optimizar la Ruta de Atención Integrales Salud para Víctimas de Agresiones, Accidentes y Traumas en el SSFM. 31

3.1.5 Actividad: Dar continuidad a la implementación de las practicas sostenibles y mejoras del desempeño ambiental en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. 33

3.1.6 Actividad: Desarrollar y evaluar la Ruta Integral de Atención (RIA) ambiental con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente para el SSFM. 34

3.1.7 Actividad: Desarrollar los lineamientos técnicos en salud mental. 35

3.2 Grupo Prestación y Operación de Servicios de Salud (GROSD) 36

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.....36

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. 37

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.....38

3.2.4 Actividad: Evaluar los servicios y tecnologías incluidos medicamentos, no contemplados en los acuerdos del SSFM. 41

3.2.5 Actividad: Examinar los servicios y tecnologías, incluidos los medicamentos, excluidos de los acuerdos del SSFM. 42

3.2.6 Actividad: Supervisar el proceso de auditoría de cuentas médicas a nivel nacional. 46

3.2.7 Actividad: Avanzar en la integración de capacidades del SSFM (Piloto Amazonas). 47

3.2.8 Actividad: Analizar la gestión de medicamentos y posconsumo en el SSFM. 48

3.2.9 Actividad: Seguimiento y monitoreo a la gestión de medicamentos y posconsumo en el SSFM. 51
3.3 Grupo Aseguramiento en Salud (GRUAS) 52
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. 52
3.3.2 Actividad: Monitorear la prestación de los servicios de salud al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. 53
3.3.3 Actividad: Controlar y analizar la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud 53
3.4 Grupo de Salud Operacional (GRUSO) 55
3.4.1 Actividad: Efectuar el análisis del riesgo operacional dentro y fuera de combate 55
3.5 Grupo Atención al Usuario y Participación Social (GRAPS) 56
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. 56
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. 58
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. 59
3.5.4 Actividad: Promover la cultura institucional de humanización mediante la implementación de la Estrategia para la política de humanización de los servicios de salud de las Fuerzas Militares. 60
3.6 Grupo Gestión de Afiliaciones (GRUGA) 62
3.6.1 Actividad: Proyectar la actualización de los lineamientos normativos y operativos relacionados con el proceso de afiliación al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares 62
3.6.2 Actividad: Registrar y validar los derechos para el acceso oportuno a la prestación de los servicios de salud del SSFM. 62
3.7 Grupo de Talento Humano (GRUTH) 64
3.7.1 Actividad: Implementar actividades de sensibilización y apropiación de los valores del Código de Integridad. 64
3.7.2 Actividad: Desarrollar y potenciar los conocimientos y competencias del personal civil de planta de la Dirección General de Sanidad Militar a nivel nacional. 65
3.8 Área de Comunicaciones Estratégicas (ARCOM) 66
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. 66

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. 68
3.9 Área de Costos y Estadistica (ARCYE) 69
3.9.1 Actividad: Consolidar la data para el reporte de indicadores de calidad en salud del SSFM. 69
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. 70
4.1 Área de Desarrollo Institucional (ARDEI) 70
4.1.1 Actividad: Controlar la ejecución del proyecto de inversión vigencia 2026 ..70
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. 72
5.1 Grupo de Talento Humano (GRUTH) 72
5.1.1 Actividad: Diseñar, estructurar y sustentar ante el Ministerio de Defensa Nacional y el Departamento Administrativo de la Función Pública el documento técnico como propuesta de reestructuración de la planta de personal del SSFM. 72
6 Desarrollo e implementación de un sistema de información en salud funcional, acorde con las necesidades de cada subsistema que fortalezca la administración y gerenciamiento del sistema, la calidad del dato y el control de necesidades y servicios ofrecidos. 74
6.1 Grupo Sistema Integral de Información — Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (SISAM) 74
6.1.1 Actividad: Monitorear la implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI, Gobierno de Datos, Transformación Digital. 74
7 Diseño, implementación y desarrollo el sistema de costos y la estructuración del estudio técnico de suficiencia de recursos en cada Subsistema de Salud 81
7.1 Area de Costos y Estadística (ARCYE) 81
7.1.1 Actividad: Monitorear la prestación de los servicios de salud al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares 81
7.1.2 Actividad: Optimizar el modelo de costos del SSFM mediante la caracterización del costo estándar y la actualización periódica del costo real de los procedimientos CUPS 82
8 Actualización del marco normativo del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional 84
8.1 Area de Costos y Estadística (GRULE) 84
8.1.1 Actividad: Realizar el control de legalidad frente a los proyectos de actualización del marco normativo para el SSFM 84
9 Acrónimos 86
10 Definiciones 87

Contenido de Ilustraciones

Ilustración 1. Avance Iniciativas Estratégicas al (I Semestre 2026). 10
Ilustración 2. Porcentaje de avance en el programa de gestión documental. 12
Ilustración 3. Porcentaje de Cumplimiento Sistema Integrado Gestión MIPG. 17
Ilustración 4. Porcentaje de avance de los procesos contractuales adjudicados según el Plan Anual de Adquisiciones. 19
Ilustración 5. Porcentaje de Ejecución presupuestal cierre 30 de junio de 2026. 21
Ilustración 6. Porcentaje de Ejecución presupuestal cierre 30 de junio de 2026. 22
Ilustración 7. Porcentaje de Cumplimiento del Seguimiento a la Administración de los Riesgos. 23
Ilustración 8. Porcentaje cumplimiento al programa de auditoria red externa del SSFM ..25
Ilustración 9. Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal. 27
Ilustración 10. Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica. 28
Ilustración 11. Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM. 30
Ilustración 12. Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento. 31
Ilustración 13. Cobertura de la atención integral en salud de la población víctimas de agresiones, accidentes y traumas 32
Ilustración 14. Porcentaje de ESM con avances en la implementación del Sistema de Gestión Ambiental (SGA). 33
Ilustración 15. Proporción de morbilidad IRA por periodo epidemiológico en el SSFM. 35
Ilustración 16. Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad. 37
Ilustración 17. Oportunidad Autorizaciones al usuario a una institución de mayor complejidad. 38
Ilustración 18. Porcentaje de Demanda Insatisfecha por Especialidad en el SSFM. 39
Ilustración 19. Cantidad de solicitudes de medicamentos presentados ante el Equipo 41
Ilustración 20. Conceptos CTC I Semestre 2026 42
Ilustración 21. Gasto EIPSA - I Semestre 2026 43
Ilustración 22. Solicitudes Comité EIPSA Odontología 44
Ilustración 23. Gastos Conceptos COMITE EIPSA Odontología 44
Ilustración 24. Porcentaje de medicamentos entregados. 50
Ilustración 25. Adherencia al programa de farmacovigilancia. 51
Ilustración 26. Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud. 54
Ilustración 27. Tasa heridos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM. 55
Ilustración 28. Tasa de muertos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM. 56
Ilustración 29. Tasa de PQRS. 57
Ilustración 30. Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días. 58
Ilustración 31. Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos 59
Ilustración 32. Porcentaje de Satisfacción Global Sanidad Militar PEM 2030 60
Ilustración 33. Porcentaje de afiliados que son inactivados. 63
Ilustración 34. Porcentaje de cumplimiento del Plan de Gestión de Integridad - DIGSA ..64
Ilustración 35. Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitación DIGSA 66
Ilustración 36. Relacionamiento de los usuarios con los canales digitales vigentes en la entidad. 67
Ilustración 37. Ejecución Proyectos de Inversión ESM – I Semestre 2026 70
Ilustración 38. Ejecución Proyecto SALUD.SIS II Trimestre 2026. 71

Ilustración 39. Porcentaje de Ejecución de los Recursos de Inversión SSFM 71
Ilustración 40. Porcentaje de avance en la aprobación de la propuesta de reestructuración de la planta de personal.....73
Ilustración 41. Nivel de Avance implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI....77
Ilustración 42. Nivel de Avance Actividades Plan de Transformación Digital.....79
Ilustración 43. Nivel de Avance implementación del Modelo Gobierno de Datos. 80
Ilustración 44. CUPS con costo real.....83
Ilustración 45. Total conceptos de viabilidad jurídico.....84

Tabla de ilustraciones

Tabla 1. Procesos Contractuales SSFM. 19
Tabla 2. Costo aproximado en medicamentos EIPSA aprobados SSFM. 41
Tabla 3. Comportamiento al mes de mayo de los indicadores trazadores.....53
Tabla 4. Resultados periodos segundo trimestre 2025 - 2026. 60
Tabla 5.. Conceptos de Viabilidad Jurídica. 85

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 por cada iniciativa estratégica del Plan Estratégico Institucional, 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.

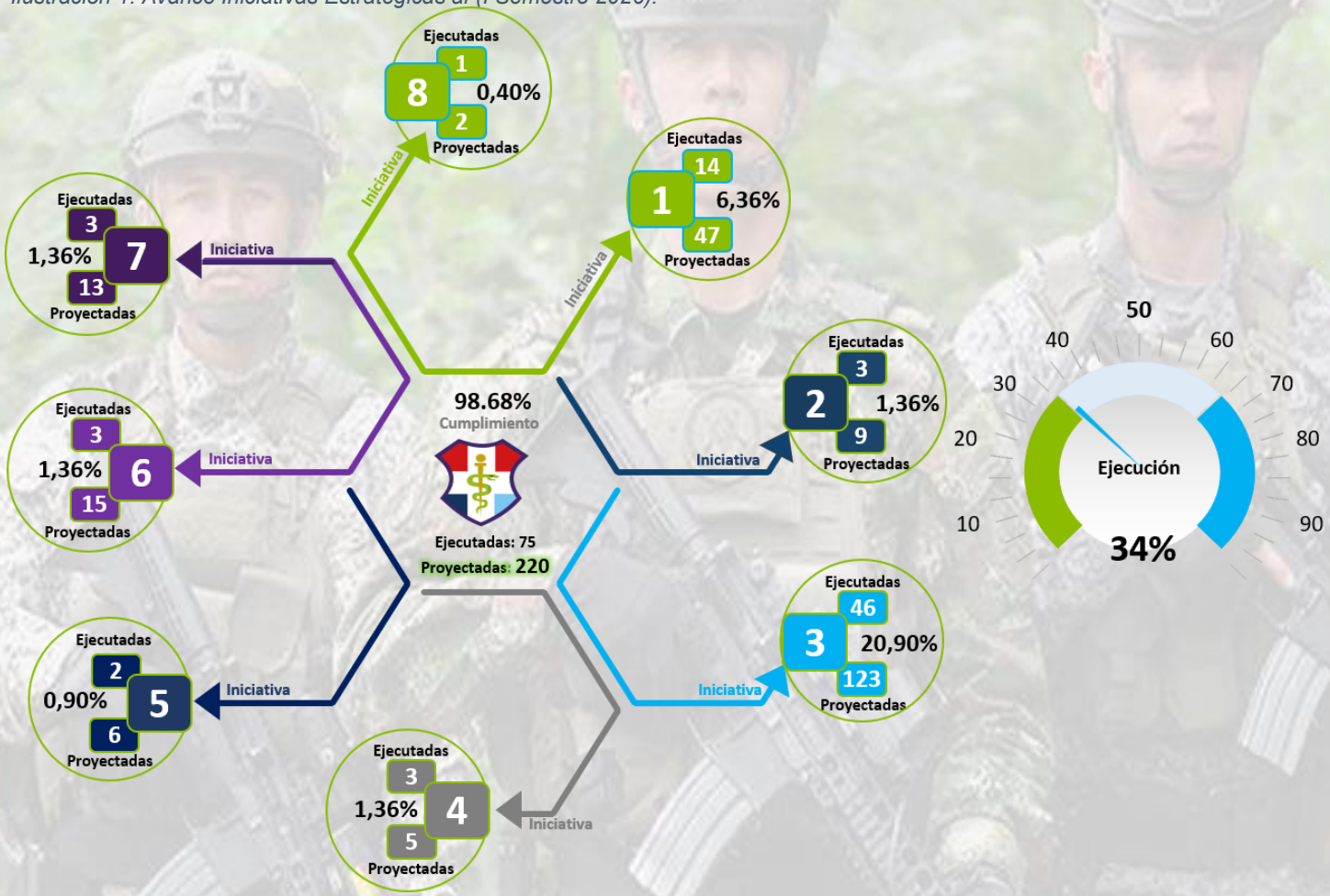
A continuación, se presentan los resultados obtenidos, así como el comportamiento de sus indicadores, de acuerdo con la periodicidad establecida y el cumplimiento de las metas proyectadas durante la vigencia 2026.

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

Plan de Acción

01 de enero al 30 de junio de 2026

Ilustración 1. Avance Iniciativas Estratégicas al (I Semestre 2026).



Fuente: Herramienta Suite Visión Empresarial – Tablero avance iniciativas Plan de Acción 2026.

A corte I Semestre 2026 se tiene una ejecución del Plan de acción de la Dirección General de Sanidad Militar del 34% con 75 tareas finalizadas de las 76 proyectadas en el periodo, con un cumplimiento del 98.68%.

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.

6.36%

Esta iniciativa presentó un avance del 6.36**%**, con una proyección de (14) tareas al primer semestre y con un cumplimiento del 100**%** en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:

1.1 Área de Gestión Documental (AREDO)

1.1.1 **Actividad:** Fortalecer la gestión documental y la conservación de archivos en la Dirección General de Sanidad Militar mediante la continuidad y articulación del Programa de Gestión Documental (PGD) y los programas del Sistema Integrado de Conservación (SIC).

Tarea: Avance a la implementación de los programas específicos del PGD - SIC.

Al término del primer semestre, se desarrollaron los programas específicos definidos en Programa de Gestión Documental PGD; en especial el programa de documento electrónico de archivo, mediante la implementación del Sistema de Gestión de Documento Electrónico de Archivo SGDEA denominado DOMINIUM, el cual interactúa en la gestión y trámite de documentos electrónicos directamente con la Escuela Superior de Guerra ESDEGUE y el Comando General de las Fuerzas Militares COGFM, siendo este último el administrador técnico funcional de dicho Sistema.

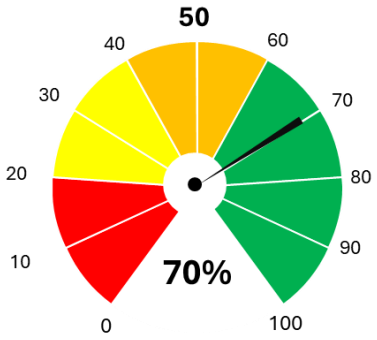
Logros de la gestión.

- Se fortaleció la política de transformación digital, pasando del documento físico al documento electrónico, reduciendo el tiempo de respuesta de los requerimientos allegados y el consumo de papel.
- Disminuir los costos asociados al trámite de documentos físicos en los servicios de mensajería y correo certificado, lo cual contribuye a la eficiencia administrativa de los procesos.
- Se avanzó en la implementación de la política de archivos y gestión documental en el marco definido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.
- Se dio cumplimiento a las metas y actividades programadas para el semestre, lo que permite enfocar y ejecutar satisfactoriamente de los demás planes y programas de la gestión documental en la Entidad.
- Cumplimiento a las directrices del establecidas por el gobierno Nacional, en cuanto la aplicación de la política de eficiencia administrativa o cero papeles en la administración pública.

- Avance de un 70% de las metas y actividades programadas para el semestre, lo que permite enfocar y ejecutar satisfactoriamente de los demás planes y programas de la gestión documental en la Entidad.

Analisis del Indicador

Ilustración 2. Porcentaje de avance en el programa de gestión documental.

Porcentaje de avance en el programa de gestión documental.	
Formula: (Actividades realizadas gestión documental / Total actividades programa gestión documental) *100 **Meta:** 75 % **Periodicidad:** Anual **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 50%**	 **Reporte Avance I Semestre 2026**

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

1.2 Área Presupuestación (ARPRE)

1.2.1 **Actividad:** Gestionar los trámites presupuestales y las actualizaciones al plan de adquisiciones.

Tarea: Documentos tramites presupuestales.

Se realizó el seguimiento, revisión y consolidación de las solicitudes presupuestales presentadas por la Dirección de Sanidad Ejército, la Dirección de Sanidad Naval, la Jefatura de Salud de la Fuerza Aeroespacial Colombiana y las dependencias de la Dirección General de Sanidad Militar. Este proceso permitió verificar el cumplimiento de los requisitos técnicos, administrativos y financieros establecidos para la gestión de modificaciones presupuestales y la actualización de necesidades institucionales.

En cumplimiento de los lineamientos emitidos para los trámites presupuestales de la vigencia 2026, se gestionaron oportunamente los diferentes requerimientos relacionados con traslados presupuestales, asegurando la correcta sustentación de las solicitudes y el cumplimiento de los cronogramas definidos por la Dirección General de Sanidad Militar. Lo anterior contribuyó a garantizar la disponibilidad y adecuada distribución de los recursos requeridos para la operación y prestación de los servicios de salud del Subsistema.

Como resultado de las actividades de seguimiento y control presupuestal, se proyectaron y tramitaron las resoluciones de traslado correspondientes al primer trimestre de 2026, así como la Resolución No. 0328 del 23 de abril de 2026, mediante la cual se formalizaron acciones de seguimiento y control a la ejecución de los recursos

asignados, fortaleciendo la trazabilidad, transparencia y eficiencia en la administración presupuestal.

Logros de la gestión.

- Se logró atender y gestionar de manera oportuna la totalidad de las solicitudes presupuestales remitidas por las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas y las dependencias de la DIGSA, garantizando el cumplimiento de los lineamientos institucionales y de la normativa vigente aplicable a la ejecución y modificación presupuestal. Esta gestión permitió mantener la continuidad de los procesos administrativos y operativos requeridos para el cumplimiento de la misión institucional.

- Se fortaleció la planeación y ejecución presupuestal mediante el análisis técnico y financiero de los requerimientos recibidos, contribuyendo a una asignación eficiente de los recursos disponibles y asegurando que las necesidades prioritarias de los Establecimientos de Sanidad Militar contaran con respaldo presupuestal oportuno para su ejecución.

- Adicionalmente, la expedición de las resoluciones de traslado presupuestal y de la Resolución No. 0328 del 23 de abril de 2026 fortaleció los mecanismos de seguimiento y control de la ejecución presupuestal, promoviendo una gestión más eficiente, transparente y articulada entre la Dirección General de Sanidad Militar, las Direcciones de Sanidad y la Jefatura de Salud de la Fuerza Aeroespacial Colombiana.



1.2.2 **Actividad:** Evaluar la infraestructura y recursos tecnológicos de los Establecimientos de Sanidad Militar para identificar brechas y definir necesidades de equipamiento y formación del personal que optimicen la atención en salud.

Tarea: Sustento técnico anteproyecto de presupuesto de funcionamiento e inversión 2027.

Se elaboraron y emitieron los lineamientos para la formulación del Anteproyecto de Presupuesto de la vigencia 2027, los cuales fueron dirigidos a la Dirección de Sanidad Ejército, Dirección de Sanidad Naval, Jefatura de Salud de la Fuerza Aeroespacial Colombiana y dependencias de la Dirección General de Sanidad Militar, con el propósito de unificar criterios técnicos para la identificación y priorización de necesidades institucionales.

A través de la circular emitida se establecieron los parámetros metodológicos para la recopilación de información relacionada con infraestructura física, dotación biomédica, equipos tecnológicos, sistemas de información y necesidades de fortalecimiento del talento humano, permitiendo generar insumos confiables para la planeación presupuestal de la vigencia 2027 y la toma de decisiones estratégicas en materia de inversión.

El ejercicio adelantado permitió orientar a las diferentes Fuerzas en la identificación de brechas y necesidades prioritarias de los Establecimientos de Sanidad Militar, promoviendo una planeación articulada con los objetivos institucionales y las necesidades reales de prestación de servicios de salud, en concordancia con los lineamientos presupuestales establecidos por la Dirección General de Sanidad Militar.

Logros de la gestión.

- Se emitieron oportunamente los lineamientos para la construcción del Anteproyecto de Presupuesto 2027, garantizando que las Direcciones de Sanidad y la Jefatura de Salud contaran con criterios homogéneos para la presentación de sus requerimientos de funcionamiento e inversión, fortaleciendo la estandarización del proceso de planeación presupuestal.

- Consolidación de la información relacionada con necesidades de infraestructura, recursos tecnológicos, equipamiento biomédico y fortalecimiento del talento humano, facilitando la identificación de brechas y la priorización de proyectos orientados a mejorar la capacidad resolutiva y la calidad de los servicios prestados por los Establecimientos de Sanidad Militar.

- Se fortaleció la articulación entre la Dirección General de Sanidad Militar, las Direcciones de Sanidad y la Jefatura de Salud de la Fuerza Aeroespacial Colombiana, generando insumos técnicos para la formulación del presupuesto 2027 y promoviendo una gestión institucional enfocada en la optimización de recursos, la modernización tecnológica y el fortalecimiento de la atención integral en salud para los usuarios del Subsistema.

1.3 Área de Sistemas Integrados (ARSIG)

1.3.1 **Actividad:** Planificar, desarrollar y monitorear la gestión y el desempeño institucional del Sistema Integrado de Gestión SIG - Acuerdo 071 de 2019.

Tarea: Seguimiento Indicadores de Gestión (Gestión - Planes Institucionales).

A la fecha, los procesos han identificado 45 indicadores de gestión en la SVE, de los cuales se realiza monitoreo trimestral a 31, semestral a 8, anual a 6. Del seguimiento efectuado por los procesos Asuntos Legales (2 indicadores), Atención al Usuario y Participación Social (3 indicadores), Gestión de la Afiliación (1 indicador), Gestión Documental (1 indicador), Garantía de Calidad en Salud (1 indicador); el 26% registró análisis y seguimiento del comportamiento, todos cumplen con la meta planificada.

Actualmente se están desarrollando las acciones de mejora con el fin de optimizar el procedimiento enfocado a la oportunidad del reporte, asociado a la política de gestión Estadística y a la normatividad vigente.

Logros de la gestión.

Fortalecimiento de la evaluación de la gestión institucional, en el marco de las políticas de operación establecidas en la Guía para la Formulación y Análisis de Indicadores DIGSA, asi como las políticas de operación inmersas en la Ficha Técnica de cada uno de ellos, en atención de la mejora institucional a través de MIPG.

1.3.2 **Actividad:** Formular y desarrollar las actividades programadas para la Lucha contra la Corrupción PTEP.

Tarea: Seguimiento a la Implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública DIGSA.

Durante el I Cuatrimestre de 2026 se realizó el seguimiento a la implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) de la DIGSA, verificando el cumplimiento de las actividades orientadas a fortalecer la transparencia institucional, la gestión de riesgos asociados a corrupción, la cultura de integridad y los mecanismos de participación ciudadana. El ejercicio permitió evidenciar avances en la apropiación de los lineamientos establecidos en la Ley 2195 de 2022, mediante acciones de capacitación en riesgos, análisis del contexto estratégico, seguimiento a la atención al ciudadano y desarrollo de iniciativas asociadas a la Racionalización de trámites. Asimismo, se adelantaron acciones para fortalecer la alineación del Programa con los lineamientos emitidos por la Secretaría de Transparencia de Presidencia de la República de Colombia, consolidando una gestión orientada a la prevención, el mejoramiento continuo y la generación de confianza institucional.

Logros de la gestión.

- Fortalecimiento de la identificación de factores internos y externos que impactan la gestión de riesgos y la toma de decisiones.

- Se alcanzó un índice de satisfacción ciudadana del 96 %, el más alto de los últimos cuatro años, evidenciando mejoras sostenidas en la prestación de los servicios y en la percepción de los usuarios.

- Se fortaleció la transparencia institucional mediante la publicación y divulgación oportuna de información de interés público, facilitando el control social y el acceso a la información pública.

- Se cumplió la totalidad de las actividades programadas en el Plan de Gestión de Integridad DIGSA 2026 para el periodo evaluado, promoviendo la cultura de legalidad y el fortalecimiento de los valores institucionales.

- Se avanzó en el fortalecimiento de la Política de Racionalización de Trámites, mediante la revisión técnica del trámite institucional y el fortalecimiento de la gestión del Sistema Único de Información de Trámites SUIT.

- Se gestionó la articulación con la Secretaría de Transparencia de Presidencia de la República de Colombia para fortalecer la implementación del componente programático del Programa de Transparencia y Ética Pública y asegurar su alineación con los lineamientos nacionales vigentes.

1.3.3 **Actividad:** Monitorear el desarrollo de los Planes de Trabajo - Políticas Institucionales establecidas - MIPG SECTORIAL como Dirección General de Sanidad Militar.

Tarea: Avance Políticas Institucionales establecidas bajo el MIPG.

Análisis de la tarea

La Dirección General de Sanidad Militar ejecutó 16 de las 18 actividades programadas en los Planes de Trabajo MIPG Sectorial para este periodo, verificando los soportes y su alineación con los lineamientos del Ministerio de Defensa Nacional, alcanzando una eficacia del 88,89 %.

Logros de la gestión.

- Se fortaleció la planeación financiera institucional mediante la expedición de lineamientos para los tramites presupuestales vigencias 2026 y la elaboración de los lineamientos para el anteproyecto de presupuesto del Subsistema de Salud para la vigencia 2027.

- Se implementaron acciones de mejora en la política de Compras y Contratación Pública, fortaleciendo la transparencia, la trazabilidad y el control de los procesos contractuales.

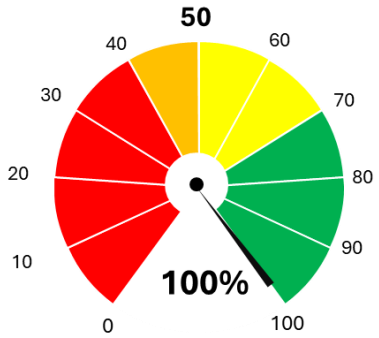
- La Política de Gestión Documental alcanzó un nivel de desempeño sobresaliente, reflejado en una calificación de 94,3 puntos en el autodiagnóstico institucional, consolidando la gestión documental como un soporte para la transparencia y la toma de decisiones en la Entidad.

- Se fortaleció la gobernanza de la información mediante la adopción del calendario institucional de disponibilidad de información estadística, mejorando la oportunidad y confiabilidad de los datos para la toma de decisiones.

- Se fortaleció la Política de Control Interno a través de la aprobación del Plan Anual de Auditorías 2026, el seguimiento al SIGEP II y la realización del Subcomité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Análisis del Indicador

Ilustración 3. Porcentaje de Cumplimiento Sistema Integrado Gestión MIPG.

Porcentaje de Cumplimiento Sistema Integrado Gestión MIPG.	
Formula: (Actividades Realizadas MIPG / Total de actividades de la hoja de ruta MIPG) * 100 **Meta:** 100 % Anual **Periodicidad:** Semestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 100%** **Reporte actual: 100%**	 **Reporte Avance I Semestre 2026**

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

Este resultado evidencia la ejecución efectiva de todas las actividades programadas en la hoja de ruta MIPG, reflejando una adecuada planeación, seguimiento y control por parte de las dependencias responsables.

El cumplimiento total del indicador demuestra el compromiso institucional con el fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), garantizando el desarrollo oportuno de las acciones orientadas al mejoramiento continuo, la gestión por resultados y el fortalecimiento de las capacidades institucionales. Asimismo, evidencia la articulación entre los procesos estratégicos y de apoyo para el logro de los objetivos definidos dentro del Sistema Integrado de Gestión.



1.4 Grupo de Contratos (GRUCO)

1.4.1 **Actividad:** Generar el Informe de avance de los procesos contractuales adjudicados en relación con los procesos planeados de DIGSA, DISANES y JEFSA según Plan Anual de Adquisiciones.

Tarea: Informe estadístico del porcentaje de avance del Plan Anual de adquisiciones de la vigencia.

Análisis de la tarea

Se realizó el seguimiento y consolidación del estado de los procesos contractuales programados en el Plan Anual de Adquisiciones de la Dirección General de Sanidad Militar (DIGSA), la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional (DISAN EJC), la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional (DISAN ARC) y la Jefatura de Salud de la Fuerza Aeroespacial Colombiana (JEFSA). El análisis permitió verificar el avance de los procesos adjudicados frente a los planeados, identificar el comportamiento de las diferentes modalidades de selección y establecer el nivel de cumplimiento de la gestión contractual en cada dependencia.

El seguimiento evidenció una ejecución positiva del Plan Anual de Adquisiciones, destacándose el cumplimiento total alcanzado por DIGSA y el alto nivel de ejecución registrado por JEFSA. Así mismo, se identificaron avances significativos en DISAN Ejército y DISAN Armada, donde el volumen de procesos gestionados y la complejidad operativa explican la existencia de procesos que continúan en etapas de estructuración, publicación o evaluación. El ejercicio de control permitió generar información estratégica para la toma de decisiones, fortalecer el seguimiento preventivo de los procesos pendientes y contribuir al cumplimiento oportuno de las metas institucionales.

Logros de la gestión.

Fortalecer la gestión contractual mediante el monitoreo oportuno del avance de los procesos frente a lo planeado. Este ejercicio permitió identificar el comportamiento de las diferentes modalidades de selección, verificar los niveles de ejecución alcanzados por cada dependencia y generar información estratégica para la toma de decisiones.

Análisis del Indicador

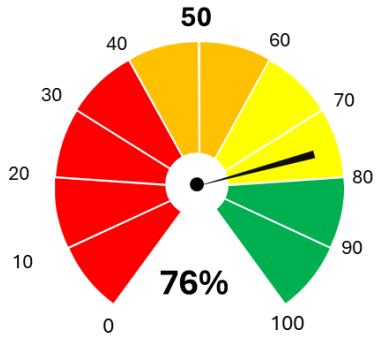
Ilustración 4. Porcentaje de avance de los procesos contractuales adjudicados según el Plan Anual de Adquisiciones.

% Cumplimiento de los procesos contractuales según el Plan Anual de Adquisiciones.

Formula:

(Número de procesos contractuales adjudicados en el Trimestral / Números de procesos contractuales planeados en el Trimestral según el Plan Anual de Adquisiciones de la vigencia) *100

Meta: 100 % Anual
Periodicidad: Semestral
Tipo: Eficacia
Reporte anterior: N/A
Reporte actual: 76%



Reporte Avance I Trimestre 2026

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

Para el primer trimestre de 2026 se programaron un total de 4.559 procesos contractuales en las dependencias que conforman el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (DIGSA, DISAN Ejército, DISAN Armada y JEFSA), de los cuales fueron adjudicados 3.452 procesos, obteniendo un cumplimiento equivalente a 76 %.

Tabla 1. Procesos Contractuales SSFM.

Dependencia	Planeados	Adjudicados	Cumplimiento
DIGSA	135	135	100 %
DISAN Ejército	3.708	2.781	75 %
DISAN Armada	509	343	67 %
JEFSA	207	193	93 %
Total, SSFM	**4.559**	**3.452**	**75,72 %**

Fuente: Informe Estado Contractual SSFM – I Trimestre 2026. Grupo de Contratación DIGSA.

El resultado obtenido evidencia un desempeño favorable en la ejecución contractual del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares durante el primer trimestre de la vigencia. DIGSA alcanzó el cumplimiento total de la programación establecida, mientras que JEFSA registró un avance sobresaliente superior al 90 %. Por su parte, DISAN Ejército y DISAN Armada reportaron avances del 75 % y 67 %, respectivamente, asociados al alto volumen de procesos contractuales y a la existencia de trámites que continúan en fases de estructuración, publicación y evaluación.

En términos generales, el indicador refleja una gestión contractual eficiente y alineada con la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones, permitiendo garantizar la continuidad de los servicios de salud y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Así mismo, se identifica la necesidad de mantener el seguimiento permanente a los procesos pendientes para asegurar su adjudicación oportuna durante los siguientes periodos de la vigencia y alcanzar la meta anual establecida.

1.5 Grupo de Seguimiento y Evaluación (GRSYE)

1.5.1 **Actividad:** Elaborar los informes de Ley que respondan al cumplimiento de las disposiciones normativas que garantizan la transparencia, la rendición de cuentas y el control fiscal.

Tarea: Informes de ley.

Analisis de la tarea

Se elaboraron, revisaron y presentaron oportunamente los informes de ley exigidos por la normatividad vigente, garantizando el cumplimiento de las obligaciones institucionales en materia de transparencia, rendición de cuentas, control fiscal y seguimiento a la gestión pública. Para tal efecto, se efectuó la consolidación, validación y reporte de la información proveniente de las diferentes dependencias de la Dirección General de Sanidad Militar, asegurando la oportunidad, integridad y confiabilidad de los datos suministrados a los organismos de control y demás instancias de seguimiento.

En desarrollo de esta actividad se elaboraron y presentaron los siguientes informes:

- Informe de Gestión de Riesgos.
- Informe de la Oficina de Control Interno (OCI).
- Informe OCTI.
- Seguimiento al Plan de Transparencia y Ética Pública (PTEP).
- Informe de Austeridad del Gasto.
- Informe de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias (PQRSD).
- Informe del Sistema Integrado de Información Financiera (SIIF).

La elaboración y presentación de estos informes permitió verificar el grado de cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios aplicables, identificar oportunidades de mejora en los procesos institucionales, fortalecer los mecanismos de seguimiento y control, y generar información relevante para la toma de decisiones orientadas al mejoramiento continuo de la gestión y del Sistema de Control Interno.

Logros de la gestión.

- Fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento y control mediante la generación de información estratégica para la alta dirección.
- Identificación de oportunidades de mejora y alertas tempranas relacionadas con la gestión institucional y el cumplimiento normativo.
- Fortalecimiento del Sistema de Control Interno a través del monitoreo permanente de riesgos, transparencia, austeridad y atención al ciudadano.
- Mejora en la calidad, oportunidad y confiabilidad de la información reportada a los organismos de control y entidades de supervisión.
- Fortalecimiento de la cultura de autocontrol, autorregulación y gestión del riesgo en las dependencias de la Entidad.

1.6 Grupo Gestión Financiera (GRUFI)

1.6.1 **Actividad:** Elaborar y presentar el informe trimestral sobre el avance de la ejecución presupuestal de los recursos del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, conforme al Acuerdo de Gestión de distribución aprobado, con el fin de garantizar la transparencia, el control y la optimización del uso de los recursos asignados.

Tarea: Informe de ejecución presupuestal recursos aprobados para vigencia.

La ejecución presupuestal del Subsistema de Salud de las Fuerzas alcanzó un porcentaje de ejecución superior al 63% de los recursos asignados para funcionamiento e inversión, según el siguiente detalle:

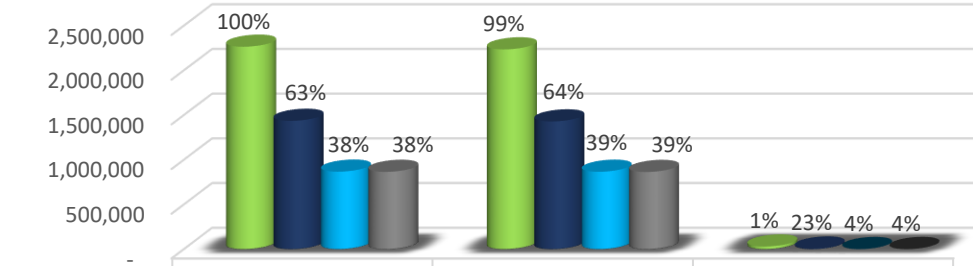
- Apropiación Vigente $ 2.275.188.599.577,00
- Apropiación bloqueada $ 10.822.000.000,00
- Apropiación Disponible $ 2.264.366.599.577,00
- Compromisos por valor de $ 1.435.296.498.466,42 los cuales representan el 63%.
- Obligaciones por valor de $ 866.691.445.084,85 los cuales representan el 38%.
- Pagos por valor de $ 864.504.403.257,36 los cuales representan el 38%

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 2026 se han comprometido la suma de $ 1.435.296.498.466,42 lo que representa el 63% 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.

Análisis del Indicador

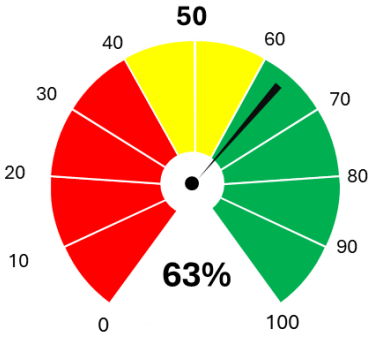
Ilustración 5. Porcentaje de Ejecución presupuestal cierre 30 de junio de 2026.



	TOTAL	FUNCIONAMIENTO	INVERSION
APR. VIGENTE	2,264,367	2,234,778	29,589
COMPROMISO	1,435,296	1,428,618	6,679
OBLIGACION	866,691	865,448	1,243
PAGOS	864,504	863,261	1,243

Fuente: Elaboración Propia Grupo Gestión Financiera.

Ilustración 6. Porcentaje de Ejecución presupuestal cierre 30 de junio de 2026.

Porcentaje de Ejecución presupuestal.	
Formula: (Total, de compromisos Acumulados / apropiación total Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares) *100 **Meta:** 95 % Anual **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficiencia **Reporte anterior: 51.86%** **Reporte actual: 63%**	 **Reporte Avance I Semestre 2026**

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

Se logra una ejecución del 63% de los recursos asignados al Subsistema y se da cumplimiento a las metas de ejecución proyectadas ante el Ministerio de Defensa Nacional. Lo anterior, de conformidad a las acciones de seguimiento y monitoreo continuo que se realiza a la ejecución de los recursos de las Direcciones de Sanidad Militar, Jefatura de Salud y sus Establecimientos de Sanidad Militar y a los a los informes de avance de ejecución que se envía a cada Dirección de Sanidad Militar y Jefatura de Salud.

Iniciativa 2 **Reingeniería del modelo de gerenciamiento y administración del Sistema.** **1.36%**

Esta iniciativa presentó un avance del 1.36%, con una proyección de (03) tareas al primer semestre y con un cumplimiento del 92.86% en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:

2.1 Área de Sistemas Integrados (ARSIG)

2.1.1 **Actividad:** Realizar seguimiento de la Gestión Integral de Riesgos.

Tarea: Seguimiento a la Administración Integral de los riesgos del SSFM.

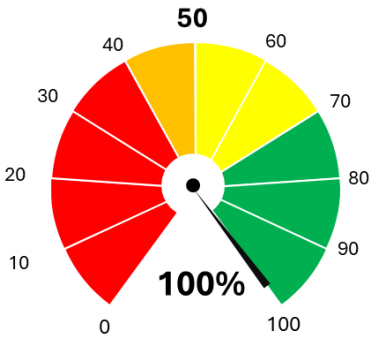
Se realizó el seguimiento a la Administración Integral de Riesgos del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), a través del monitoreo sistemático de los riesgos institucionales definidos en la herramienta Suite Visión Empresarial (SVE). Esta actividad permitió verificar el cumplimiento de los monitoreos programados por la segunda línea de defensa, evaluar la efectividad de los controles implementados y garantizar la gestión oportuna de los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, misionales y de apoyo de la entidad, promoviendo la identificación temprana de desviaciones, la formulación de acciones preventivas y la generación de alertas para la toma de decisiones.

Logros de la gestión.

Se cumplió satisfactoriamente con el 100% de los monitoreos programados por la segunda línea de defensa durante el primer semestre de 2026, garantizando el seguimiento oportuno a la Administración Integral de Riesgos del SSFM.

Analisis del Indicador

Ilustración 7. Porcentaje de Cumplimiento del Seguimiento a la Administración de los Riesgos.

Porcentaje de Cumplimiento del Seguimiento a la Administración de los Riesgos.	
Formula: (V1_Número de monitoreos ejecutados oportunamente por la segunda línea de defensa / V2_Total de monitoreos programados por la segunda línea de defensa) *100 **Meta:** 100 % **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 100%** **Reporte actual: 100%**	 **Reporte Avance I Semestre 2026**

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

El indicador registró un resultado del **100%**, evidenciando el cumplimiento total de los monitoreos programados por la segunda línea de defensa para la Administración Integral de Riesgos del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM). Este resultado alcanzó la meta establecida y mantuvo el desempeño observado en el periodo anterior, reflejando estabilidad y consistencia en la ejecución de las actividades de seguimiento.

2.2 Grupo de Aseguramiento en Salud. (GRUAS)

2.2.1 **Actividad:** Monitorear la prestación de los servicios de salud de la red externa contratada mediante el seguimiento a la implementación del SOGCS.

Tarea: Lineamientos para el cumplimiento en la implementación respecto a las auditorias de la red externa contratada.

Se emitieron los lineamientos en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 2.5.1.4.7 del Decreto 780 de 2016 y el Decreto 441 de 2022, los cuales disponen la obligación de realizar auditorías de calidad sobre los procesos de atención definidos como prioritarios. Dichas auditorías deben verificar el cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), tales como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, y serán objeto de verificación por parte de los entes de control y por la Dirección General de Sanidad Militar (DIGSA).

Logros de la gestión.

Se fortaleció el aseguramiento y mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud mediante la estandarización de las auditorías a procesos priorizados, favoreciendo el cumplimiento normativo, la identificación de acciones de mejora y la preparación institucional ante los procesos de inspección, vigilancia y control.

Tarea: Resultados de las auditorías a la red externa contratada DIGSA.

La Dirección General de Sanidad Militar, realizo la proyección y aprobación del Programa de Auditoria a su red complementaria (HOMIL), aprobándose el desarrollo de 6 auditorías al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud-SOGCS (código: MDN-COGFM-PROGACAS-DIGSA-FU-95.1-70), dando cumplimiento a lo estipulado en el Decreto 441 de 2022 aplicable a los Prestadores de Servicios de Salud-PSS y Proveedores de Tecnologías en Salud-PTS con quienes existan acuerdos de voluntades.

Para el periodo solicitado se realizó la verificación de:

- Verificación de Oportunidad de la atención (Reporte Resolución 256 de 2016)
- Verificación de adherencia a las guías de práctica clínica para I semestre 2026
- Verificación del Programa de Seguridad del Paciente
- Verificación de la Gestión de Eventos Adversos I semestre 2026
- Presentación de Demanda Insatisfecha por parte de HOMIL.
- PAMEC
- Seguimiento a la atención integral de Violencia de Genera e Intrafamiliar
- Verificación a la atención de Personas con Discapacidad
- Verificación del desarrollo del Protocolo de Derecho a Morir Dignamente-Protocolo Institucional.

Logros de la gestión.

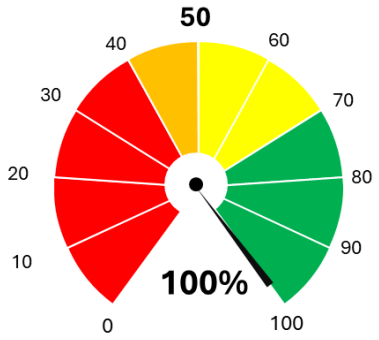
- Identificación e implementación de oportunidades de mejora en la calidad de la atención, mediante la formulación de los planes de mejoramiento, orientados a optimizar la atención, continuidad y la satisfacción de los usuarios.

- Fortalecimiento de la Seguridad del paciente y Gestión del Riesgo, mediante el seguimiento al programa institucional.

- Se verificó el cumplimiento de los estándares normativos y de calidad aplicables a la IPS, fortaleciendo la capacidad institucional para el mejoramiento continuo y la toma de decisiones basada en evidencia.

Analisis del Indicador

Ilustración 8. Porcentaje de cumplimiento al programa de auditoria red externa del SSFM

Porcentaje de cumplimiento al programa de auditoria red externa del SSFM.	
Formula: Número de auditorías realizadas a la red externa contratada/Total de auditorías proyectas para la red externa contratada) x100 **Meta:** 100 % **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 100%** **Reporte actual: 100%**	 **Reporte Avance I Semestre 2026**

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

El indicador obtuvo un cumplimiento del 100 %, manteniendo el mismo resultado reportado en el período anterior. Este comportamiento evidencia que la institución ejecutó en su totalidad las auditorías programadas a la red externa contratada, garantizando el seguimiento oportuno a los prestadores y el cumplimiento del cronograma establecido.



Iniciativa 3 **Mejoramiento de la atención integral en salud y la prestación de servicios de salud.** **20.90%**

Esta iniciativa presentó un avance del 20.90%, con una proyección de (47) tareas al primer semestre y con un cumplimiento del 97.87% 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: Estado y progreso a la ejecución de las actividades de la Ruta Materno Perinatal.

La implementación de mecanismos de monitoreo, seguimiento nominal y coordinación entre los diferentes niveles de atención ha contribuido al fortalecimiento de la gestión del riesgo materno, impactando positivamente la oportunidad de la atención y la reducción de factores asociados a la mortalidad materna, en concordancia con los lineamientos institucionales y los objetivos de mejora continua en salud materno perinatal.

Logros de la gestión.

- Implementación de una herramienta ofimática unificada como tablero de control institucional, fortaleciendo el seguimiento nominal de las gestantes, la trazabilidad de las intervenciones y la toma de decisiones oportunas para la gestión integral del riesgo materno perinatal.

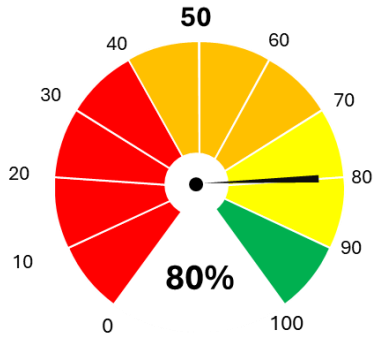
- Articulación continua y estratégica con los entes territoriales para fortalecer la gestión integral del riesgo, la continuidad del cuidado y la atención oportuna de la población materno perinatal.

- Fortalecimiento de capacidades técnicas y administrativas del talento humano para la gestión del riesgo y el seguimiento efectivo de la población objeto de la ruta.

- Desarrollo de asistencias técnicas periódicas a los ESM para monitorear el desempeño de los procesos asistenciales, implementar acciones de mejora y fortalecer la atención integral de la población materno perinatal con enfoque en gestión del riesgo y resultados en salud.

Análisis del Indicador

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

Porcentaje de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal.	
Formula: (Número de gestantes captadas antes de la semana 10 por la Ruta Materno Perinatal / Total, de gestantes de la vigencia 2025 del SSFM) *100 **Meta:** 90 % Anual **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior:** 80.09 **Reporte actual: 80 %**	 **Reporte Avance I Semestre 2026**

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

La captación oportuna antes de la semana 10 de gestación alcanzó un 80% durante el primer semestre de 2026, manteniendo este resultado de manera estable en cada uno de los trimestres evaluados. Este desempeño refleja la consolidación de las estrategias de identificación temprana del embarazo y el fortalecimiento de la gestión del riesgo materno perinatal, garantizando el ingreso oportuno de las gestantes a la ruta de atención y favoreciendo intervenciones tempranas con impacto positivo en los resultados maternos y perinatales.

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

El análisis de la cobertura de atención de los usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) y/o diabetes mellitus tipo 2 (DM2), en el marco de la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para las enfermedades Cardio-Cerebrovasculares y Metabólicas (CCVM) en los Establecimientos de Sanidad Militar, evidencia oportunidades de mejora en componentes estratégicos del proceso de atención integral. Entre los aspectos prioritarios se identifican el fortalecimiento de las actividades de detección temprana y diagnóstico oportuno, la implementación de planes de manejo individualizados y alineados con las guías de práctica clínica vigentes, la garantía de continuidad en la atención y en la terapia farmacológica, así como la adecuada gestión del suministro de medicamentos.

De igual manera, se requiere consolidar los mecanismos de seguimiento clínico y monitoreo periódico de esta población, con el fin de evaluar de manera sistemática los indicadores de control, adherencia terapéutica y evolución de la enfermedad. El fortalecimiento de estos componentes permitirá optimizar la gestión del riesgo en salud, mejorar la oportunidad y calidad de la atención, reducir las brechas existentes en la identificación y seguimiento de casos, y contribuir al logro de mejores resultados clínicos y sanitarios en la población afiliada.

Logros de la gestión.

- Durante el periodo analizado, se logró la consolidación y seguimiento de los indicadores de control en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus, permitiendo establecer una línea base clara para la gestión del riesgo cardiovascular y metabólico. En este sentido, al cierre de la vigencia 2025 el control en hipertensión arterial se encontraba en 34%, evidenciando un avance en el I trimestre de 2026, donde el indicador alcanzó el 37,3%, lo que refleja una mejora progresiva en las estrategias de seguimiento y control clínico. Por su parte, el control en diabetes mellitus pasó de 13% a 18,1% en el mismo periodo, mostrando igualmente un incremento, aunque aún con importantes retos en el logro de metas.

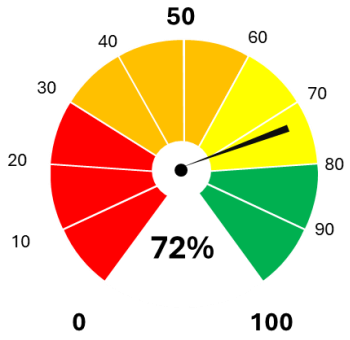
- Se fortaleció el análisis desagregado por Fuerza y territorio, permitiendo identificar brechas de desempeño, priorizar intervenciones en poblaciones con resultados insatisfactorios y reconocer avances en grupos con mejor comportamiento.

- Se implementó la semaforización de indicadores, facilitando la clasificación del desempeño en niveles (insatisfactorio, aceptable y satisfactorio), mejorando el monitoreo institucional y la toma de decisiones.

- Se identificó el alto volumen de pacientes en estado “por clasificar” como una oportunidad de mejora, promoviendo acciones orientadas al fortalecimiento de la calidad del dato, la oportunidad en el registro clínico y el seguimiento de resultados de laboratorio.

Análisis del Indicador

Ilustración 10. Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica.

Cobertura de la ruta de riesgo cardio cerebro vascular y metabólica	
Formula: ((Número de usuarios con patología diagnosticada (Diabetes e hipertensión) cubiertos por la ruta de riesgo cardiovascular y Metabólica / Total, de usuarios con patologías (Diabetes e Hipertensión) del SSFM).) *100 **Meta:** 80 % Anual **Periodicidad:** Anual **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 72.53%** **Reporte actual: A tiempo**	 **Reporte Anual SVE – Avance 2025**

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

Durante el periodo evaluado se avanzó en el fortalecimiento de los procesos de captación, identificación y seguimiento de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus, mediante la consolidación de bases de datos, el monitoreo permanente de indicadores y el análisis desagregado por Fuerza y territorio. Estas acciones permitieron

mejorar la caracterización de la población en riesgo y orientar estrategias de búsqueda y seguimiento de usuarios.

Asimismo, la implementación de herramientas de semaforización permitió identificar oportunamente poblaciones con bajo desempeño y priorizar intervenciones dirigidas a fortalecer la captación efectiva y el control clínico. De igual forma, se identificó el grupo de pacientes en estado "por clasificar" como una oportunidad de mejora, promoviendo acciones orientadas a optimizar la calidad del registro, la actualización de la información clínica y la incorporación oportuna de resultados de laboratorio, con el fin de mejorar la clasificación y seguimiento de la población objeto de intervención.

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

Tarea: 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 2026 la certificación del 18% de los 6.681 usuarios identificados y caracterizados por los Equipos de Rehabilitación de los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM), lo que equivale a una meta de 1.204 personas por certificar.

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.

Logros de la gestión.

- Inicio al proceso de capacitación y habilitación de profesionales para su inscripción en el Directorio de Certificadores de Discapacidad, fortaleciendo la capacidad operativa de los Equipos de Rehabilitación de los Establecimientos de Sanidad Militar para la emisión de certificados de discapacidad, en el marco del cumplimiento de la política de discapacidad del SSFM.

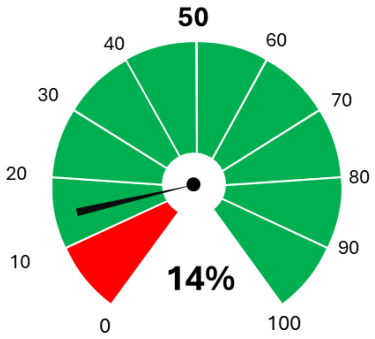
- Se intensificaron las acciones de sensibilización y capacitación dirigidas a usuarios, personal administrativo y asistencial, orientadas a promover el reconocimiento de la certificación de discapacidad como mecanismo de acceso a derechos, servicios y beneficios. Estas estrategias contribuyeron directamente al logro del 14% de cobertura alcanzado en el primer Semestre, sentando bases para el cumplimiento progresivo de la meta anual establecida.





Análisis del Indicador:

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

Cobertura de usuarios con certificado de discapacidad del SSFM	
Formula: (Número de personas con certificado de discapacidad / Total, de personas con discapacidad del SSFM) *100 **Meta:** 18 % anual **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 5%** **Reporte Actual: 14.28%**	 **Reporte SVE - I Semestre 2026**

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

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) alcanzó una cobertura del 14.28% de personas con certificado de discapacidad, en relación con el total de personas con discapacidad identificadas y caracterizadas en el sistema.

Este resultado corresponde a 954 certificados de discapacidad vigentes, derivados de la valoración, 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 semestral 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: Estado y progreso a la ejecución de las actividades de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Se continuó con la implementación y seguimiento de las actividades definidas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) en el marco de las Rutas de Obligatorio Cumplimiento del SSFM. Las acciones desarrolladas estuvieron orientadas al fortalecimiento de la captación, canalización y seguimiento de la población objeto, promoviendo el acceso oportuno a las intervenciones individuales establecidas en la Resolución 3280 de 2018 y los lineamientos institucionales vigentes.

Logros de la gestión.

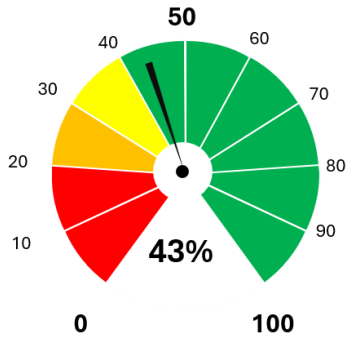
- Se alcanzó una cobertura acumulada del 42,6% de la población objeto que ingresó a la RPMS con valoración integral por primera vez.

- Se mantuvo el seguimiento sistemático a la ejecución de las intervenciones de promoción y mantenimiento de la salud mediante el monitoreo periódico de los registros reportados en RIPS y las herramientas institucionales de información.

- Se fortalecieron las estrategias de identificación y captación de la población susceptible de ingreso a la ruta, favoreciendo el incremento progresivo de la cobertura efectiva en la población afiliada.

Análisis del Indicador:

Ilustración 12. Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.

Cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento.	
Formula: (Número de personas que ingresan a la ruta de promoción y mantenimiento con valoración integral por primera vez / Total, de población objeto según la frecuencia de las intervenciones SSFM) *100 **Meta:** 45 % **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 32%** **Reporte Actual: 42.6 %**	 **Reporte SVE - I Semestre 2026**

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

El indicador de cobertura de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud registró un resultado de 42,6% al cierre del primer semestre de 2026, a 2,4 puntos porcentuales de la meta institucional establecida para la vigencia (45%). Este resultado evidencia un comportamiento que, si bien es cierto va en aumento, es necesario realizar su seguimiento, fortalecimiento de estrategias y control de resultados para lograr un avance en la gestión de las intervenciones de promoción y prevención y la eficacia de las estrategias implementadas para garantizar el ingreso de la población objeto a la ruta con valoración integral de acuerdo con la meta establecida para la vigencia.

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

Tarea: Avances de la implementación de la Ruta de atención integral en salud a la población víctima de agresiones, accidentes y traumas en los eventos de atención a víctimas de violencia.

La implementación de mecanismos de monitoreo, seguimiento nominal y coordinación entre los diferentes niveles de atención ha contribuido al fortalecimiento de la gestión

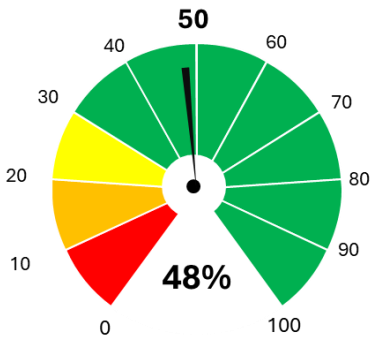
del riesgo de la población víctima de agresiones, accidentes y traumas, en los eventos priorizados de violencias de género e intrafamiliar, víctimas de MAP/MUSE, lesiones por pólvora pirotécnica, lesiones de causa externa y víctimas del conflicto armado, impactando positivamente la oportunidad de la atención y la adherencia a protocolos, en concordancia con los lineamientos institucionales y ministeriales.

Logros de la gestión.

- La implementación de la Ruta de agresiones, accidentes y traumas en el SSFM, durante el primer semestre del 2026 se desarrolló a través de los cinco componentes, alcanzando a nivel general el indicador propuesto y evidenciando una demanda satisfecha significativa en la cobertura de la población identificada.
- Significativo avance en las certificaciones de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado, con la articulación del SENA, certificando a un 22% más de profesionales asistenciales del SSFM.
- El Evento 875 (Violencias de género e intrafamiliar) registra el mayor volumen de casos notificados en el periodo (SIVIGILA Semana 21/2026), con 903 víctimas identificadas. La Ruta logró impactar a 899 de ellas, alcanzando una efectividad del 99,5%, lo que evidencia una activación eficiente del protocolo de atención en el marco de la Resolución 459 del 2012 del MSPS.

Análisis del Indicador:

Ilustración 13. Cobertura de la atención integral en salud de la población víctimas de agresiones, accidentes y traumas

Cobertura de la atención integral en salud de la población víctimas de agresiones, accidentes y traumas	
Formula: (Número de víctimas de agresiones, accidentes y traumas en los eventos de atención a víctimas del conflicto armado, violencias de género (evento 875), pirotecnia, MAP/MUSE (evento 452) y lesiones de causa externa (evento 453) atendidas /Total de víctimas de agresiones, accidentes y traumas en los eventos de atención a víctimas del conflicto armado, violencias de género (evento 875), lesiones por artefactos explosivos (evento 452) y lesiones de causa externa (evento 453) * 100 **Meta:** 60 % - Anual **Periodicidad:** Semestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: N/D** **Reporte Actual: 48.21%**	 **Reporte SVE - I Semestre 2026**

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

Se logró una cobertura en salud desde la Ruta de agresiones, accidentes y traumas del 48.21% superando la meta semestral establecida para el cumplimiento del indicador. Se espera que durante el año en vigencia el 60% de las víctimas de agresiones, accidentes y traumas afiliadas al SSFM incluidas en SIVIGILA y en el RUV (Registro único de víctimas) hayan sido canalizadas a los servicios de salud integral.

3.1.5 **Actividad:** Dar continuidad a la implementación de las practicas sostenibles y mejoras del desempeño ambiental en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Tarea: Avance en la implementación del SGA.

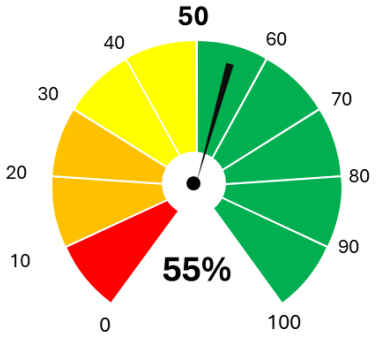
Con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos legales aplicables, la prevención de la contaminación y la mejora continua del desempeño ambiental de los ESM priorizados en el plan de acción. Durante el I semestre, el Sistema de Gestión Ambiental mantuvo su operación conforme a los lineamientos establecidos en la política ambiental institucional y los lineamientos definidos en el plan de trabajo para la vigencia 2026. Las actividades desarrolladas permitieron avanzar en el cumplimiento de los objetivos ambientales estratégicos, evidenciándose mejoras en los procesos de seguimiento y control operacional, fortalecimiento de la gestión documental ambiental, actualización de registros, ejecución de actividades de sensibilización y seguimiento a los indicadores ambientales institucionales.

Logros de la gestión.

- Dar alcance a los objetivos ambientales propuestos, de la siguiente manera: DISAN ARC - 95%, JEFSA - 90% y DISAN EJC 97%.

Análisis del Indicador:

Ilustración 14. Porcentaje de ESM con avances en la implementación del Sistema de Gestión Ambiental (SGA).

Porcentaje de ESM con avances en la implementación del Sistema de Gestión Ambiental (SGA).	
Formula: (Número de ESM con implementación parcial o total del SGA / Total de ESM priorizados) * 100 **Meta:** 100 % - Anual **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior:** No aplica **Reporte Actual:** 55%	
	Reporte SVE - IV Trimestre 2025

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

De acuerdo con la ejecución del plan de acción y la priorización de los ESM para la implementación del SGA el cumplimiento del indicador es del 55% entre la implementación de los ESM priorizados para la vigencia.

3.1.6 **Actividad: Desarrollar y evaluar la Ruta Integral de Atención (RIA) ambiental con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente para el SSFM.**

Tarea: Seguimiento 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.

La implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS), presenta avances importantes, especialmente en la calidad del agua —con resultados preliminares que superan la meta—, la reducción de la mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años (sin casos reportados) y el cumplimiento de metas en intoxicaciones por sustancias químicas, a pesar de un incremento en los casos.

El fortalecimiento de las acciones de educación en salud ambiental, con más de 6.500 personas capacitadas (cohorte primer trimestre). No obstante, persisten situaciones que requieren intervención, como la continuidad de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), el aumento leve en la incidencia de cáncer de piel y el incremento de intoxicaciones, especialmente en contextos laborales, lo que evidencia riesgos asociados a factores ambientales, sanitarios y de exposición. En general, aunque se observa un progreso en la gestión del riesgo y la implementación de la ruta, es necesario fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y control, así como mejorar el seguimiento de los indicadores para consolidar los resultados alcanzados

Logros de la gestión.

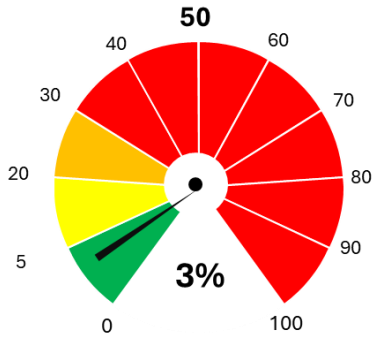
Se avanzó de manera satisfactoria en la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para la población en riesgo relacionada con el medio ambiente durante el primer semestre de 2026, evidenciándose el cumplimiento de las metas establecidas en indicadores prioritarios. Se destaca la ausencia de mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años, el cumplimiento de las metas de vigilancia de intoxicaciones por sustancias químicas y el fortalecimiento de las acciones de educación en salud ambiental. Estos resultados reflejan avances en la gestión del riesgo ambiental, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades asociadas a factores ambientales.





Análisis del Indicador:

Ilustración 15. Proporción de morbilidad por IRA por periodo epidemiológico en el SSFM.

Proporción de morbilidad por IRA por periodo epidemiológico en el SSFM	
Formula: Número de atenciones por IRA /Número total de atenciones por todas las causas x 100 **Meta:** < = 5 % **Periodicidad:** Semestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: No aplica** **Reporte Actual: 3,22%**	 **Reporte SVE - I Semestre 2026**

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

La proporción de morbilidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) por período epidemiológico alcanzó un resultado de 3,22%, ubicándose por debajo de la meta establecida del 5%, lo que evidencia un comportamiento favorable del indicador durante el semestre. Este resultado puede estar relacionado con la implementación de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, orientadas a reducir los factores de riesgo asociados a las infecciones respiratorias y fortalecer las prácticas de autocuidado en la comunidad. Se recomienda continuar fortaleciendo estas acciones y mantener el seguimiento del comportamiento epidemiológico del evento, con el fin de conservar los resultados obtenidos y prevenir un posible incremento de los casos.

3.1.7 Actividad: Desarrollar los lineamientos técnicos en salud mental.

Tarea: Avance lineamientos técnicos de acciones priorizadas en salud mental en el marco de la hoja de ruta del Acuerdo 090 de 2024.

Se avanzó en el desarrollo de los lineamientos técnicos requeridos para la implementación de las acciones priorizadas en salud mental definidas en la hoja de ruta del Acuerdo 090 de 2024. Las actividades desarrolladas estuvieron orientadas a la revisión, ajuste y consolidación de instrumentos técnicos, así como al fortalecimiento de los procesos de articulación institucional necesarios para promover la implementación progresiva de la Política y los Lineamientos de Salud Mental en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

Como parte de este proceso, se realizaron ejercicios de análisis técnico y revisión de información estratégica relacionada con las necesidades en salud mental de la población afiliada al Subsistema, con el propósito de generar insumos que contribuyan a la toma de decisiones y al fortalecimiento de los procesos de promoción, prevención, atención integral y seguimiento. Asimismo, se avanzó en la construcción y validación

de documentos orientadores que permitan favorecer la estandarización de acciones y la armonización de criterios técnicos entre los diferentes actores involucrados en la gestión de la salud mental.

Logros de la gestión

- Avances significativos en el desarrollo de los lineamientos técnicos contemplados en la hoja de ruta del Acuerdo 090 de 2024. Entre estos, se destaca el fortalecimiento técnico del Procedimiento de Atención Primaria en Salud Mental, la generación de insumos para la implementación y seguimiento del Plan de Intervenciones y Comunicaciones en Salud Mental, y el avance en la estructuración del Proyecto del Observatorio de Salud Mental como herramienta estratégica para la gestión del conocimiento y el análisis de información.

- Fortalecimiento de los mecanismos de articulación interinstitucional para la construcción y validación de instrumentos técnicos, se avanzó en la definición de criterios para el seguimiento de las acciones priorizadas y se consolidó información estratégica para apoyar la planeación y la toma de decisiones. Estos resultados contribuyen al fortalecimiento de las capacidades institucionales, la estandarización de procesos y la implementación gradual de las acciones establecidas en la Política y los Lineamientos de Salud Mental del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

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.

Se realizaron los informes de retroalimentación a las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud Aeroespacial al proceso de referencia del comportamiento que se tuvo en el I 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: **EJC, ARC, FAC**

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.

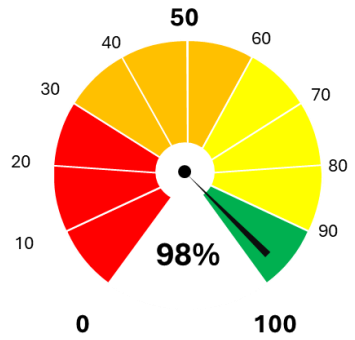
- Garantizar la prestación de los servicios de salud a los usuarios en el nivel de complejidad que requería de acuerdo con su estado de salud con la red primaria y complementaria.

- 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.

- Gestionar (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 16. Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.

Oportunidad de la referencia del usuario a una institución de mayor complejidad.	
Formula: (Número de referencias realizadas dentro del tiempo establecido / Número Total de Referencias realizadas) *100 **Meta:** 90 % **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 99.08%** **Reporte Actual:97.87%**	 **Reporte SVE - I Trimestre 2025**

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.

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

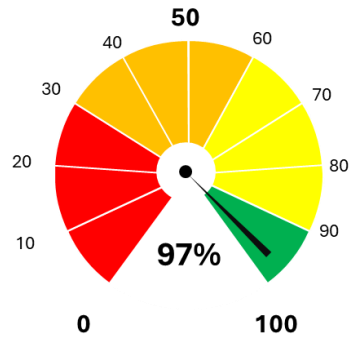
Logros de la gestión.

- Se continúa trabajando en disminuir los tiempos de respuesta para las autorizaciones para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

- Se realizo el seguimiento a las autorizaciones generadas durante el trimestre 2026 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 17. Oportunidad Autorizaciones al usuario a una institución de mayor complejidad.

Oportunidad Autorizaciones al usuario a una institución de mayor complejidad.	
Formula: (Número de autorizaciones generadas dentro del tiempo establecido / Número Total de autorizaciones generadas *100 **Meta:** 100 % **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 95.2** **Reporte Actual: 96.9**	 **Reporte SVE - I Semestre 2026**

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

Los tiempos de respuesta se mantienen oportunamente durante el trimestre, para esta vigencia la oportunidad de autorización en el SSFM fue 96,9%, conforme a la normatividad legal 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.

Esta Dirección realizó mesas de trabajo mensuales duarante el primer semestre 2026, con los líderes del proceso de cada una de las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud, 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.

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.

Logros de la gestión.

- Ajustar el tiempo de consulta de la Especialidad de Psiquiatría a 30 minutos con el fin de aumentar la oferta de esta especialidad teniendo en cuenta que a partir de esta vigencia hace parte de las especialidades trazadoras.

- Cambio del tiempo mínimo de cancelación de citas a 24 horas, con el fin de poder reagendar esta cita a otro usuario que pueda requerir el servicio optimizando la oferta de servicios.

- Ampliación de la oferta de servicio de asignación de citas autogestionables por parte de los usuarios, a través del PORTALSIS así:

ESPECIALDADES AUTOGESTIÓN PORTAL SIS	PARA ASIGNAR CITA REQUIERE AUTORIZACION
Pediatría - SSFM	Si
Ginecobstetricia (CE) - SSFM	Si
Medicina Familiar (CE) - SSFM	Si
Nutrición y Dietética (CE) - SSFM	Si
Gerontología - SSFM	Si
RIAS MG Ruta Cardiovascular (CE) - SSFM	Si
Psiquiatría (CE) - SSFM	Si
Optometría (CE) - SSFM	Si
Higiene oral - SSFM	Si
Trabajo Social - SSFM	Si

Análisis del Indicador:

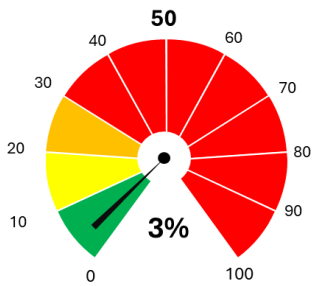
Ilustración 18. Porcentaje de Demanda Insatisfecha por Especialidad en el SSFM.

Porcentaje de Demanda Insatisfecha por Especialidad en el SSFM.

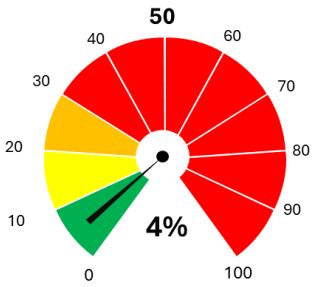
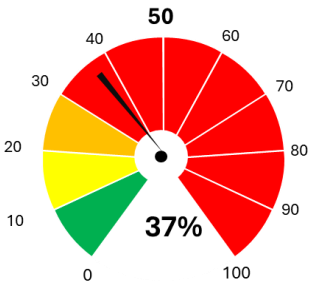
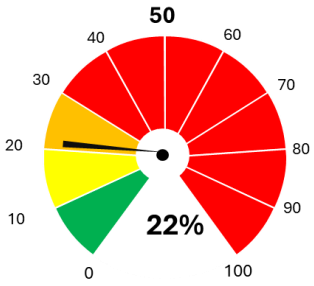
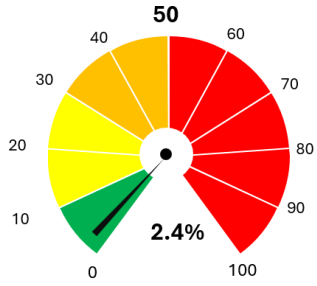
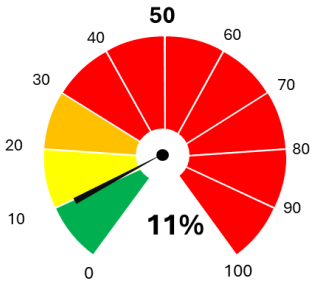
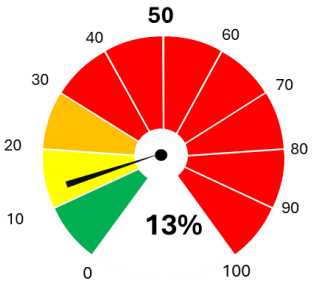
Formula:

(Número de solicitudes de citas no asignadas en consulta externa. / Número total de solicitudes de citas en consulta externa (asignadas y no asignadas)) * 100

Meta: 10 %
Periodicidad: Trimestral
Tipo: Eficacia



Medicina General - I Trimestre 2026

Porcentaje de Demanda Insatisfecha por Especialidad en el SSFM.	
	
Odontología - I Trimestre 2026	Medicina Interna - I Trimestre 2026
	
Ginecología - I Trimestre 2026	Ginecobstetricia - I Trimestre 2026
	
Cirugía General - I Trimestre 2026	Pediatría - I Trimestre 2026

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

Durante I trimestre 2026, se observa mejora en los indicadores de demanda insatisfecha en relación con el I trimestre 2025 de todas las especialidades y se da cumplimento a la meta en las especialidades: Medicina General, Odontología, Ginecobstetricia.

La DIGSA realiza seguimiento semanal a la disponibilidad de citas a través de la herramienta tecnológica SALUD.SIS, en el que se mide la oferta de servicios disponible en cada uno de los Establecimientos de acuerdo con su portafolio y se socializa el resultado obtenido a las Direcciones de Sanidad Ejército, Armada y Jefatura de Salud.

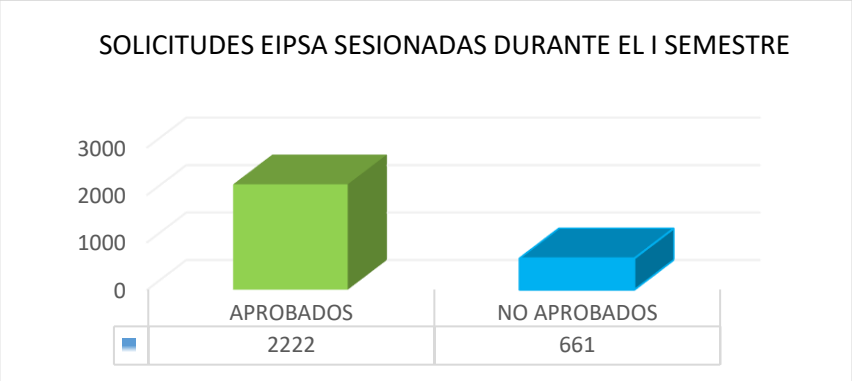
Las Direcciones de Sanidad y la Jefatura de Salud en conjunto con los ESM, realizan planes de contingencia según cada caso, con el fin de dar cumplimiento a la meta establecida y garantizar el acceso de manera oportuna a los servicios de salud ofertados.

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

Tarea: Análisis multivariado del Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la Salud (EIPSA).

El Equipo interdisciplinario de profesionales de la salud (EIPSA) son quienes realizan el análisis, verificación y control de las tecnologías en medicamentos prescritos de forma autónoma y racional por los profesionales de la salud tratantes, bajo criterios médicos de seguridad del paciente y de pertinencia, para aquellas prescripciones de tecnologías de medicamentos fuera del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica (MUMT) y para aquellos que requieren gestión especial del riesgo técnico farmacéutico como medicamentos vitales no disponibles, soporte nutricional ambulatorio y medicamentos en usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS). Teniendo en cuenta lo anterior durante el I Semestre se cuenta con la siguiente información:

Ilustración 19. Cantidad de solicitudes de medicamentos presentados ante el Equipo



Fuente: Matriz EIPSA– SUBSA-GROSD I SEMESTRE 2026

Durante el I Semestre del 2026 se sesionaron 2.883 solicitudes en medicamentos EIPSA, de los cuales las no aprobadas corresponden al 35.1%, y los aprobados corresponden al 77,07%

Tabla 2. Costo aproximado en medicamentos EIPSA aprobados SSFM.

Costo Aproximado de los EIPSA Medicamentos Dispensados al SSFM		
Aprobados	2222	77,07%
Costo	25.226.980.007,79	

Fuente: Data Farmacéutica-SAMA - I Semestre 2026

El costo aproximado de los medicamentos EIPSA aprobados corresponden a $ 25.226.980.007,79., lo cual refleja optimización del gasto, teniendo en cuenta que cada solicitud es validada bajo la normatividad vigente.

Logros de la gestión

- Mejorar la accesibilidad a las tecnologías de medicamentos, suplementos dietarios conforme con la prescripción profesional realizada, validando requisitos para su suministro.

- Optimizar los recursos del subsistema, al evaluar la pertinencia de las solicitudes por parte de los especialistas integrantes del Equipo Interdisciplinario de Profesionales de la salud de la DISAN EJC, DISAN ARC, Y Jefatura de Salud de la Fuerza Aérea.

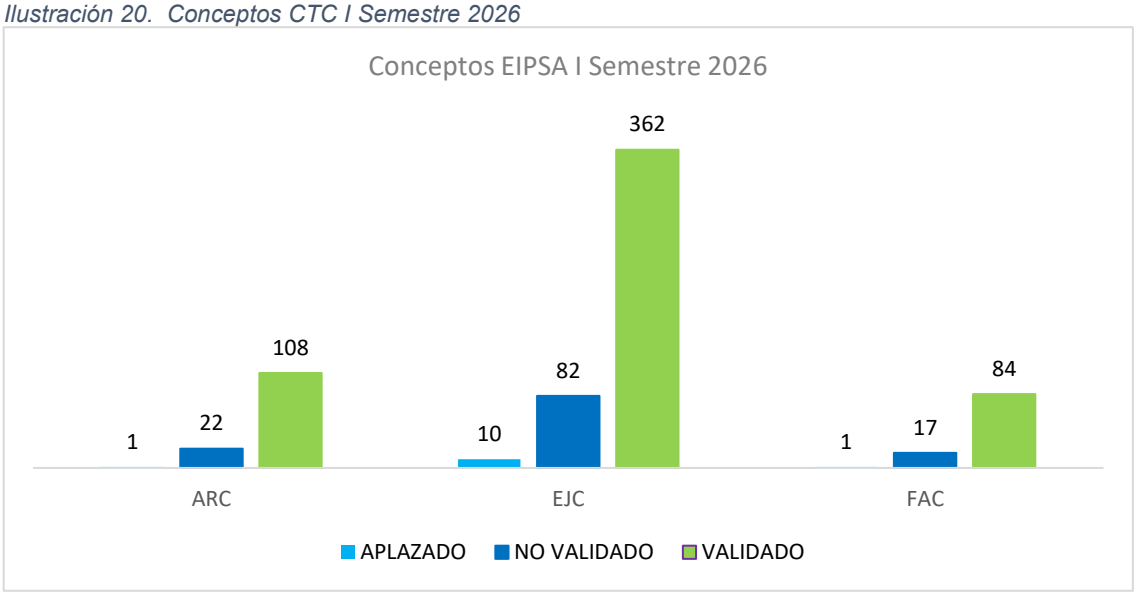
3.2.5 **Actividad:** Examinar los servicios y tecnologías, incluidos los medicamentos, excluidos de los acuerdos del SSFM.

Tarea: Análisis multivariado del Comité Técnico Científico.

Se realizaron 721 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 34 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 primer semestre, fueron evaluadas 687 por el comité con cumplimiento de criterios administrativos, de las cuales 554 solicitudes se clasificaron con concepto Validado, con concepto Aplazado 12 solicitudes y 58 no favorable, debido a no cumplimiento de criterios.

Ilustración 20. Conceptos CTC I Semestre 2026



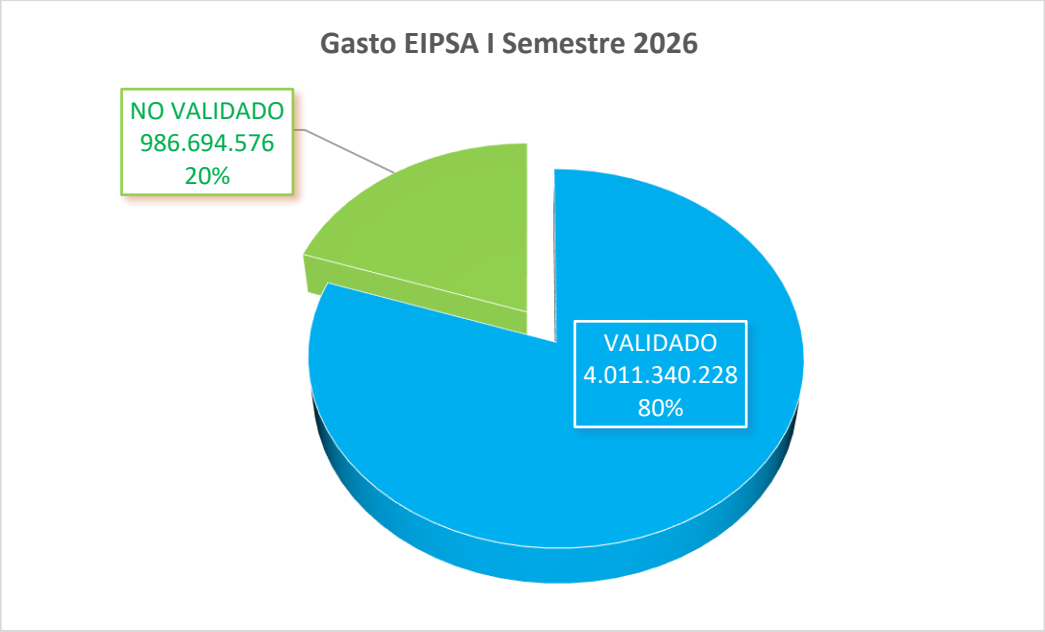
Fuente: Base de datos CTC I Semestre 2026 DIGSA

Logros de la gestión CTC procedimientos, dispositivos e insumos.

Se evaluaron 687 solicitudes, lo que generó un gasto aproximado de $ 5.679.712.604 de estas, 121 solicitudes fueron NO VALIDADAS por incumplir los criterios de la normatividad vigente. Esto representa un ahorro de $986.694.576, lo que demuestra que la gestión de EIPSA se centra en aprobar solo los casos que realmente lo requieren.

Se evaluaron 687 solicitudes, lo que generó un gasto aproximado de $ 5.679.712.604 de estas, 121 solicitudes fueron NO VALIDADAS por incumplir los criterios de la normatividad vigente. Esto representa un ahorro de $986.694.576, lo que demuestra que la gestión de EIPSA se centra en aprobar solo los casos que realmente lo requieren.

Ilustración 21. Gasto EIPSA - I Semestre 2026

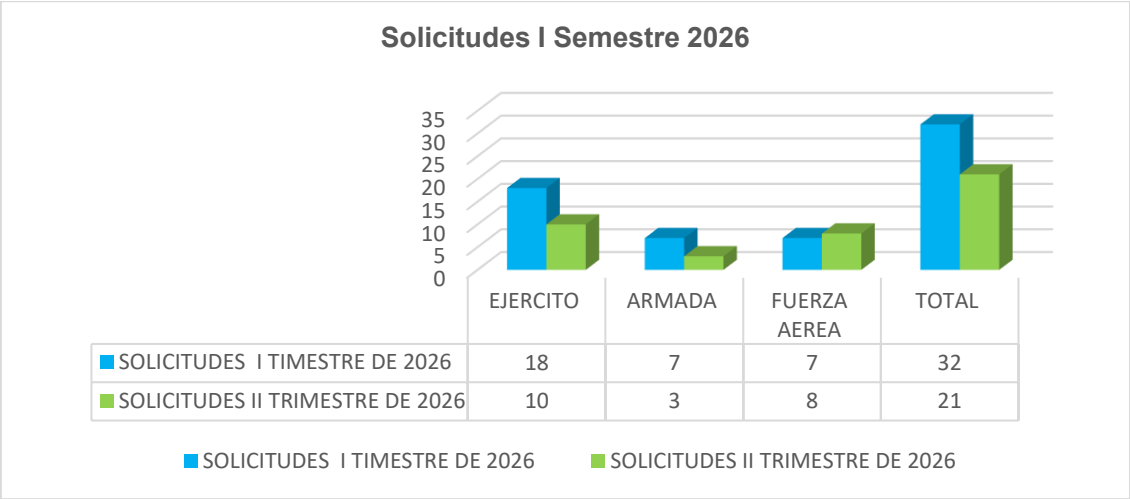


Fuente: Base de datos EIPSA - I Semestre 2026 DIGSA

Análisis multivariado del Comité Técnico Científico Odontología. I Semestre 2026

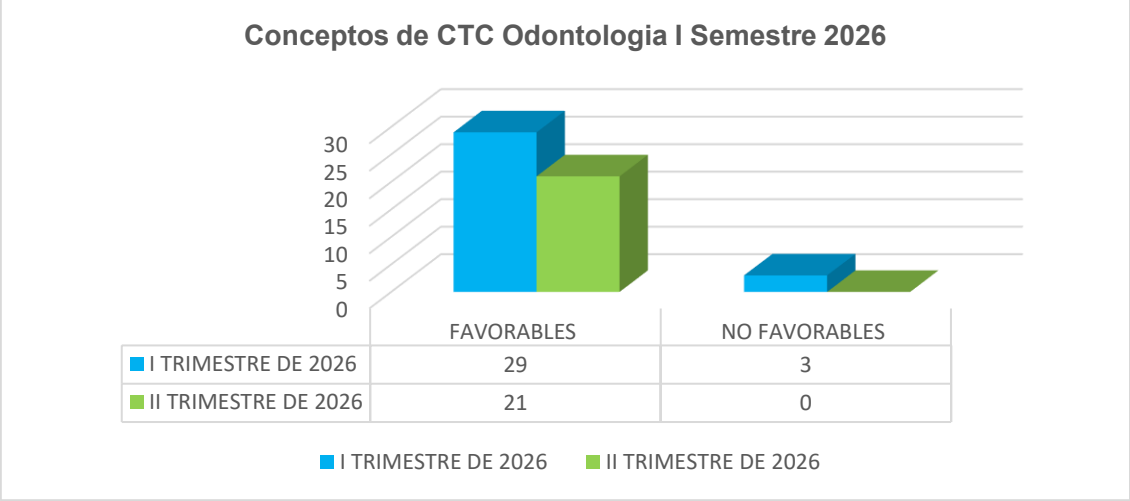
El Comité EIPSA de Odontología recibió un total de 53 solicitudes, con una marcada concentración en el DISAN Ejército con 28 solicitudes, mientras que la DISAN Naval 10 y la JEFSA registraron cifras similares 15 solicitudes. El volumen semestral es moderado, pero requiere seguimiento continuo para identificar los posibles aumentos por la implementación del acuerdo 093 de 2025.

Ilustración 22. Solicitudes Comité EIPSA Odontología



Fuente: Matriz de Comités Eipsa Odontología 2026 - GROSD

Ilustración 23. Gastos Conceptos COMITE EIPSA Odontología



Fuente: Matriz de Comités Eipsa Odontología 2026 GROSD

Los conceptos favorables del I semestre 2026 corresponden al 96% de las solicitudes por valor de $375.499.272 y solo el 4% fueron conceptuados no favorables con un valor de $ 15.947.600. Esto denota que la pertinencia de los casos está bien enfocados y los 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

- Alta efectividad en la toma de decisiones técnico-científicas, logrando la aprobación del 96% de las solicitudes evaluadas (50 de 53 casos), lo que evidencia una adecuada pertinencia clínica de los casos presentados y un proceso de priorización alineado con las necesidades de los usuarios.

- Cobertura y oportunidad en la evaluación de solicitudes provenientes de las tres Fuerzas, gestionando un total de 53 solicitudes durante el primer semestre de 2026, distribuidas entre Ejército (28), Fuerza Aérea (15) y Armada (10), garantizando el acceso a tratamientos odontológicos especializados.

- Optimización de los recursos institucionales, mediante la identificación y no aprobación de solicitudes no pertinentes o de usuarios inactivos, evitando comprometer recursos por aproximadamente $15.947.600, fortaleciendo el uso eficiente del presupuesto.

- Garantía de acceso a tratamientos odontológicos especializados, con una inversión aprobada de $375.499.272, destinada principalmente a procedimientos de ortodoncia, rehabilitación oral, cirugía oral y maxilofacial, periodoncia y ortopedia maxilar

- Fortalecimiento de la atención integral en salud oral, evidenciado en la alta demanda y aprobación de tratamientos de ortodoncia, especialidad que concentró la mayor parte de los conceptos favorables en las tres Fuerzas, contribuyendo a mejorar la funcionalidad, salud bucal y calidad de vida de los usuarios.

- Mejora en la calidad de las solicitudes radicadas, reflejada en la reducción de conceptos no favorables durante el segundo trimestre, período en el cual el Comité emitió 21 conceptos favorables y ningún concepto no favorable, demostrando una mayor adherencia a los criterios técnicos establecidos.

- Seguimiento y control permanente de la demanda asistencial, permitiendo identificar tempranamente la concentración de solicitudes en la DISAN Ejército y establecer mecanismos de monitoreo frente al posible incremento de casos derivado de la implementación del Acuerdo 093 de 2025.

- Articulación efectiva entre las Direcciones de Sanidad y el Comité EIPSA, garantizando una evaluación homogénea de los casos y la continuidad de los tratamientos requeridos por los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

El Comité EIPSA de Odontología demostró una gestión eficiente y técnicamente sólida, reflejada en una tasa de aprobación del 96%, una adecuada administración de recursos por más de $375.499.272 y una mejora progresiva en la calidad de las solicitudes presentadas. Estos resultados contribuyen al fortalecimiento de la atención especializada en salud oral y al acceso oportuno de los usuarios a tratamientos de alta complejidad y pertinencia clínica.

3.2.6 **Actividad:** Supervisar el proceso de auditoría de cuentas médicas a nivel nacional.

Tarea: Seguimiento del estado del proceso de auditoría de la red externa 2025.

Se realizó el seguimiento integral al proceso de auditoría de la red externa contratada y no contratada, conforme a los lineamientos de la Dirección General de Sanidad Militar. La evaluación incluyó indicadores de cobertura de auditoría concurrente, auditoría de cuentas médicas, glosas por pertinencia médica, glosas por soportes y valores objetados.

La cobertura de auditoría concurrente alcanzó un 82,95% en el Sistema de Sanidad Militar. En el Ejército Nacional se logró una cobertura del 84,83%, con 5.811 pacientes auditados de 6.850 hospitalizados, aunque persistieron desafíos asociados al alto volumen de usuarios, la dispersión geográfica y la complejidad operativa de la red externa.

En auditoría de cuentas médicas se alcanzó el 100% de revisión de las facturas radicadas, auditando 348.650 facturas en el Ejército Nacional y 773.180 en todo el Sistema, resultado que evidencia el fortalecimiento de los procesos de control y seguimiento.

El indicador de glosas por pertinencia médica en el Ejército fue del 22%, reflejando oportunidades de mejora en la adherencia de algunos prestadores a las guías de práctica clínica y en el fortalecimiento del seguimiento clínico y la auditoría concurrente.

Asimismo, las glosas por soportes alcanzaron el 40%, evidenciando inconsistencias documentales en la facturación presentada por algunas IPS, situación que genera reprocesos, retrasa los tiempos de respuesta e incrementa la carga administrativa.

Desde el componente financiero, el Ejército auditó cuentas por más de $ 272.470.111.040, objetando aproximadamente $2.224.071.451 (0,82% del valor facturado). Aunque se evidenció una gestión activa de control, se identificó la necesidad de fortalecer el sustento técnico y la efectividad de las glosas para mejorar su impacto financiero

Logros de la gestión.

- Se realizó seguimiento permanente al proceso de auditoría de la red externa, garantizando el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Dirección General de Sanidad Militar.

- Se alcanzó una cobertura de auditoría concurrente del 84,83% en el Ejército Nacional, permitiendo el monitoreo oportuno de 5.811 pacientes hospitalizados en la red externa y fortaleciendo la identificación temprana de riesgos clínicos y administrativos.
- Se auditó el 100% de las facturas radicadas durante el segundo semestre de 2025, correspondientes a 348.650 facturas, garantizando la revisión integral de las cuentas médicas presentadas por la red externa.

- Se identificaron y gestionaron 76.703 glosas por pertinencia médica en ejercito fortaleciendo los mecanismos de control sobre la calidad, pertinencia y racionalidad de los servicios prestados por las IPS contratadas.

- Se detectaron y gestionaron inconsistencias documentales mediante la formulación de glosas por soportes, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de la información presentada por los prestadores de servicios de salud.

- Se efectuó la revisión financiera de cuentas médicas por más de $ 272.470.111.040, logrando la objeción de valores facturados que no cumplían con los requigsitos técnicos, normativos y contractuales establecidos.

- Se fortaleció el análisis de riesgos clínicos y administrativos derivados de la auditoría, permitiendo identificar áreas prioritarias de intervención y generar acciones de mejora orientadas a la optimización del proceso.

- Se promovió la mejora continua mediante la formulación de estrategias orientadas al fortalecimiento de la auditoría concurrente, la capacitación administrativa de la red prestadora y la optimización de la efectividad de las glosas generadas.

- Se consolidó información estratégica para la toma de decisiones institucionales, contribuyendo al fortalecimiento del control, la eficiencia del gasto en salud y la calidad de la atención brindada a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

3.2.7 **Actividad:** Avanzar en la integración de capacidades del SSFM (Piloto Amazonas).

Tarea: Avance Plan Piloto integración de capacidades-Amazonas. I Cuatrimestre 2026

Análisis de la tarea

En el marco de la Circular 001 de 2025 y las directrices del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), se desarrolló el análisis técnico, administrativo y logístico de las capacidades en el departamento del Amazonas, con el propósito de estructurar un modelo de integración funcional que optimice los recursos disponibles y fortalezca la prestación de servicios de salud.

Por lo anterior, es importante indicar, que el departamento del Amazonas presenta condiciones particulares como amplia dispersión geográfica, baja densidad poblacional y limitaciones de conectividad, lo que impacta directamente la prestación se servicios de salud, la eficiencia y sostenibilidad del sistema.

Logros de la gestión.

- Finalización del análisis integral de capacidades, la identificación clara de brechas y oportunidades y la aprobación por parte de las fuerzas de la viabilidad de un modelo de integración.

- Avances estratégicos con la formulación de la propuesta de integración faseada 2026–2027, la definición del modelo operativo de transición y la alineación con políticas de sostenibilidad del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

- Se remitieron las Directrices de la propuesta de integración de capacidades Amazonas a la Dirección de Sanidad Naval mediante radicado 2026-00000115D01 el 30 de marzo del 2026, con el objetivo de que se adelanten las acciones orientadas al desarrollo del proyecto, la planificación del proceso de transición operativa de los usuarios, UPC y talento humano, y que tome contacto con las demás Fuerzas para que juntos ejecuten la articulación de la puesta en marcha del esquema definido.

Como resultados se espera, optimizar el uso de la capacidad instalada en el territorio, eliminando la duplicidad de servicios, mejorando la eficiencia operativa y la productividad del talento humano. Lo que permitirá la reducción en la fragmentación del sistema, incrementando la utilización de los servicios, fortaleciendo la calidad y oportunidad en la atención y garantizando la sostenibilidad financiera del SSFM.

3.2.8 **Actividad:** Analizar la gestión de medicamentos y posconsumo en el SSFM.

Tarea: Perfil farmacoeconòmico 2025.

Se precisa que para la vigencia 2025 se obtuvo un costo asociado al suministro de medicamentos de $ 594.787.022.252,77, de los cuales el contrato centralizado tiene una participación del 75% con un costo asociado de $ 446.170.250.951,77, seguido por lo reportado en la red externa red externa (incluye HOMIL) con un costo de $ 148.616.771.301el cual corresponde al 25% del costo total relacionado.

El mayor consumo de medicamentos esta dado para Incluidos en el Acuerdo 080-2022, esto se da por que tras las actualizaciones periódicas se ha fortalecido la cobertura de medicamentos en el SSFM, sin embargo y bajo monitoreo EIPSA quedan los medicamentos no incluidos dada las condiciones de cobertura, y con un costo representativo se encuentran las tutelas, sin embargo en la revisión realizada se precisa que las mismas no son por falta de cobertura, ya que la mayoría de ellas originan los fallos por requerimiento de marcas comerciales, sin justificación de fallos terapéuticos o novedades de farmacovigilancia.

En la caracterización por curso de vida en el SSFM evidencia una alta concentración del gasto en la población adulta y adulta mayor, que representa más del 80% del consumo total de medicamentos. Este comportamiento refleja un sistema fuertemente influenciado por enfermedades crónicas y el envejecimiento poblacional, lo que incrementa la complejidad terapéutica y el uso de múltiples medicamentos especialmente para patologías crónicas.

En la población mayor es más frecuente la presencia de dos o más enfermedades crónicas simultáneamente, dado que una enfermedad crónica puede aumentar el riesgo de desarrollar otra. Por ejemplo, algo que se evidencia, de acuerdo con la carga de enfermedad reportada para los usuarios del SSFM, se da en el escenario común de pacientes con diabetes que desarrollan problemas o afecciones cardiovasculares. Así mismo, ocurre en pacientes con diagnósticos de enfermedades autoinmunes que, por lo general, desarrollan compromiso en órganos, lo que deriva en múltiples patologías asociadas al diagnóstico principal.

Los momentos cursos de vida de los 12 pacientes con mayores costos asociados a la dispensación, no se centran específicamente asociados a edades avanzadas, por lo general son pacientes polimedicados con diagnósticos primarios como enfermedades huérfanas y condiciones de alta complejidad, principalmente en población joven. Este patrón rompe el modelo tradicional de gasto centrado en enfermedades crónicas de la población adulta mayor, evidenciando una dinámica de alto costo unitario y baja prevalencia.

La concentración del mayor costo por grupos farmacológicos están relacionados con las patologías crónicas prevalentes y de alto costo por volumen de tratamientos, particularmente diabetes mellitus, enfermedades que requieren inmunomodulación, seguido por los medicamentos antineoplásicos y los productos clasificados como alimentos, ambos con valores cercanos y altamente representativos, este comportamiento evidencia una carga relevante de enfermedades oncológicas y el uso intensivo de soportes nutricionales especializados, lo que requiere mecanismos estrictos de evaluación de pertinencia clínica y seguimiento continuo para evitar desviaciones en la prescripción.

Logros de la gestión.

- Fortalecimiento de la cobertura farmacéutica institucional, se consolidó una alta cobertura de medicamentos a través del Acuerdo 080 de 2022 y sus actualizaciones periódicas, permitiendo que el mayor porcentaje del consumo farmacéutico corresponda a medicamentos incluidos dentro de los beneficios del SSFM. Esto ha contribuido a mejorar el acceso oportuno a los tratamientos, reducir barreras de atención y fortalecer la gestión del riesgo en salud.

- Optimización de la contratación centralizada y control del gasto Se logró concentrar el 75% del gasto total en medicamentos mediante el contrato centralizado, con una inversión de $446.170 millones, Esta estrategia permitió un uso más eficiente de los recursos y un mayor control sobre la ejecución presupuestal farmacéutica.

- Fortalecimiento del monitoreo y seguimiento de tecnologías de alto costo, se mantuvo vigilancia permanente sobre medicamentos no incluidos, tutelas y terapias de alto impacto económico mediante los procesos de evaluación y seguimiento de EIPSA. Este análisis permitió identificar que la mayoría de los fallos judiciales obedecen a solicitudes de marcas comerciales y no a deficiencias de cobertura, generando información estratégica para la toma de

decisiones, la promoción del uso racional de medicamentos y la sostenibilidad financiera del sistema.

Análisis del Indicador:

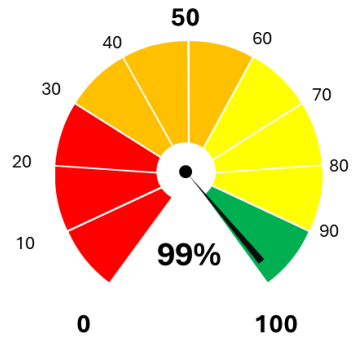
Ilustración 24. Porcentaje de medicamentos entregados.

Porcentaje de medicamentos entregados

Formula:

(Medicamentos dispensados / Medicamentos solicitados) *100

Meta: 98% - Anual
Periodicidad: Anual
Tipo: Eficacia
Reporte anterior: 98.8
Reporte Actual: 99%



Reporte SVE - Vigencia 2025

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

El aumento del gasto farmacéutico asociado a la dispensación de medicamentos en el SSFM es evidente. Sin embargo, asociado al mismo, se encuentra el aumento de precios, la monopolización de la fabricación de medicamentos esenciales, y las novedades de abastecimiento en líneas iniciales de tratamientos crónicos, lo que conlleva a instaurar terapias más avanzadas en pacientes con estadios iniciales de una patología, aumento de la carga de enfermedad crónica que asocia la mayor prevalencia a patologías como la diabetes, hipertensión y enfermedades oncológicas, el uso inadecuado de medicamentos, envejecimiento poblacional y manejo de enfermedades huérfanas, que han generado una alerta significativa sobre los recursos disponibles, evidenciando la necesidad de fortalecer los mecanismos de control, planificación y uso racional del medicamento estrategias que se vienen desarrollando para mitigar las limitaciones en la sostenibilidad financiera.

El enfrentar los retos de sostenibilidad y gestión eficiente de los recursos, ha conllevado a la implementación de estrategias con impacto a mediano y largo plazo como la promoción de usos racional de medicamentos implementación de herramientas de apoyo diagnóstico, fortalecimiento de guías de práctica clínica, rutas de atención que centren el objetivo en prevención y algoritmos de formulación que permitan instaurar las terapias bajo la óptica de racionalidad y uso seguro de medicamentos que se traduce en términos de eficiencia y efectividad, convirtiendo la gestión de los costos asociados a medicamentos en un desafío constante, que requiere la articulación entre la gestión administrativa y la prestación de los servicios integrales de salud.

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

Tarea: Perfil de farmacovigilancia 2025.

La farmacovigilancia representa un pilar fundamental en el entorno del manejo de medicamentos, al encargarse del monitoreo continuo de la seguridad de estos después de la comercialización y durante la utilización, permitiendo la identificación, evaluación y prevención de reacciones adversas y otros problemas relacionados con los fármacos, contribuyendo de manera decisiva a garantizar tratamientos más seguros, eficaces y racionales. En este sentido, la recopilación sistemática y el análisis riguroso que se realiza por parte de los Entes competentes, constituyen herramientas esenciales para fortalecer el perfil de seguridad de los medicamentos.

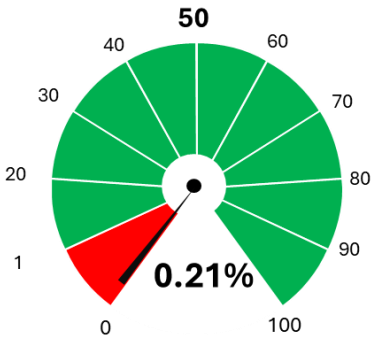
Logros de la gestión.

- Caracterización de los casos reportados durante el segundo semestre del 2025, para ello, se realizó un análisis integral, de aspectos relevantes, dentro de la configuración del perfil, que permitió identificar tendencias que requieren seguimiento continuo y a su vez, se emplea como base para la generación de intervención o ajustes en las estrategias de manejo terapéutico.

- Fortalecimiento del programa institucional de farmacovigilancia en el SSFM y de los sistemas nacionales e internacionales de vigilancia, aportando datos valiosos para la protección de la salud pública.

Análisis del Indicador:

Ilustración 25. Adherencia al programa de farmacovigilancia.

Adherencia al programa de farmacovigilancia	
Formula: (Total de usuarios reportados/Total de usuarios atendidos por farmacovigilancia) *100 **Meta:** 1 % - Anual **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 0.69%** **Reporte Actual: 0.21%**	 **Reporte SVE - IV Trimestre 2025**

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

Se presenta una disminución frente al período anterior, el ejercicio de caracterización realizado y el fortalecimiento continuo del programa constituyen herramientas fundamentales para mejorar la detección temprana de eventos, optimizar la calidad de

la información reportada y consolidar una cultura de seguridad del paciente que favorezca el uso seguro, efectivo y racional de los medicamentos en el SSFM.

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.

Se realizó el análisis de la información remitida a través de los informes del Grupo de Atención al Usuario y Participación Social de la DIGSA, referente a las PQRS y acciones constitucionales correspondientes al primer trimestre de la vigencia 2026.

En este periodo se evidenció un aumento considerable en las PQRS asociadas a las Fuerzas: Ejército Nacional y Armada Nacional, así como una disminución parcial en la Fuerza Aeroespacial Colombiana. Por tal motivo, se elaboró un informe comparativo con los últimos periodos, con el fin de identificar tendencias y variaciones en el comportamiento de las PQRS por cada fuerza.

Durante el análisis se evidenció que el Ejército Nacional presentó un incremento del 8,9 % en el número de requerimientos, pasando de 6.963 PQRSR en el IV trimestre de 2025 a 6.945 PQRSR en el I trimestre de 2026,

Asimismo, se realizó el análisis de la Armada Nacional, evidenciándose que continúa siendo la segunda Fuerza con mayor número de PQRSR registradas en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Se identificó un incremento del 8,96 %, pasando de 1.105 PQRSR en el IV trimestre de 2025 a 1.204 PQRSR en el I trimestre de 2026.

Por otra parte, se efectuó el análisis de la Fuerza Aeroespacial Colombiana, identificándose como la única Fuerza que logró reducir el número de reclamaciones durante el periodo evaluado, pasando de 423 requerimientos en el IV trimestre de 2025 a 355 en el I trimestre de 2026, lo que representa una disminución del 16,08 %.

Logros de la gestión.

- Verificación de las acciones implementadas frente a las observaciones realizadas en periodos anteriores.
- Identificación de los resultados obtenidos, los soportes de ejecución, las oportunidades de mejora existentes y los factores que continúan generando el incremento de las PQRSR, con el propósito de formular estrategias orientadas a la disminución de estos requerimientos en próximos periodos.

3.3.2 **Actividad:** Monitorear la prestación de los servicios de salud al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Tarea: Análisis de las brechas presentadas con acciones de conformidad con el monitoreo de los indicadores de la calidad en salud.

El análisis del indicador de tiempos de atención para la asignación de citas se destacan positivamente Medicina General, Ginecología, Obstetricia y Cirugía General, las cuales mantienen resultados consistentes dentro de los estándares definidos. No obstante, persisten oportunidades de mejora en Pediatría, que presenta incumplimiento sostenido desde marzo, así como en Odontología General, que registró resultados superiores a la meta durante cuatro meses consecutivos. De igual manera, aunque Medicina Interna continúa cumpliendo el estándar, muestra una tendencia creciente que podría comprometer el cumplimiento futuro.

Tabla 3. Comportamiento al mes de mayo de los indicadores trazadores

NOMBRE DEL INDICADOR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	META
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina General	2.2	2.7	2,8	1,8	1,3	3
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	3.2	3.1	3,3	3,1	2,6	3
Tiempo promedio de Espera para la asignación de cita de Medicina Interna	6.9	3.6	5,3	10,6	11,2	15
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	3.1	4.1	5,8	8,4	6,1	5
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	8.4	4.4	5,9	7,7	8,2	10
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	4.8	3.1	3,8	4,6	5,3	8
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General	2.7	4.0	4,1	4,7	4,5	10
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de psiquiatría	5.9	5.0	8,8	13,0	8,2	10
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de psicología	2.4	1.9	2,8	5,1	2,9	5

Fuente: Elaboración Propia Grupo Aseguramiento en Salud – Herramienta Suite Visión Empresarial.

Logros de la gestión.

El análisis del indicador de tiempos de atención para la asignación de citas permite evidenciar un desempeño global favorable, dado que la mayoría de los servicios cumplen las metas establecidas. Se destacan positivamente Medicina General, Ginecología, Obstetricia y Cirugía General, las cuales mantienen resultados consistentes dentro de los estándares definidos, a través del monitoreo mensual que se adelanta desde la DIGSA y las mesas de trabajo realizadas con la DISAN y JEFSA.

3.3.3 **Actividad:** Controlar y analizar la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud.

Tarea: Informe de avance en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud.

El seguimiento al Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS) se orienta a evaluar el grado de cumplimiento de las tareas implementadas y definidas en la Guía del Modelo, versión 1, por parte de los grupos de la Dirección General de Sanidad Militar. Para el seguimiento del modelo se tienen establecidas 143 actividades para dar un cumplimiento del 100%.

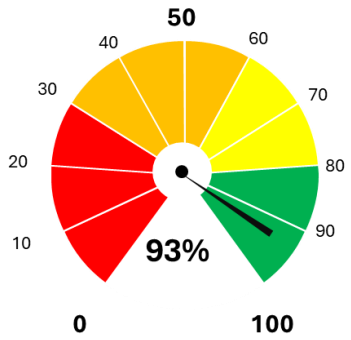
Logros de la gestión.

Para el IV trimestre de 2025, el seguimiento al Modelo registró un cumplimiento del 93,01%, con la ejecución de 133 actividades frente a una meta programada de 143, equivalente al 100%. De acuerdo con los criterios de medición establecidos para el periodo, este resultado se interpreta como cumplimiento de la meta trimestral, evidenciando una adecuada gestión y ejecución de las actividades planificadas.

En la evaluación de este IV trimestre se evidenciaron avances en la implementación y fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud (MATIS), especialmente en la gestión del riesgo en salud, las rutas integrales de atención, el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud con enfoque diferencial, la gestión institucional y el seguimiento a procesos estratégicos del SSFM. Estos resultados reflejan el trabajo articulado entre la DIGSA, las Direcciones de Sanidad y la Jefatura de Salud, orientado al fortalecimiento de la prestación de servicios, el mejoramiento continuo y la consolidación de procesos técnicos y administrativos dentro del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Análisis del Indicador:

Ilustración 26. Porcentaje de cumplimiento en la implementación del modelo de atención integral en salud.

Porcentaje de cumplimiento en la implementación del MATIS	
Formula: (Actividades implementadas en cumplimiento del acuerdo 070/actividades acuerdo 070) *100 **Meta:** 93.01 % **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior:** 91.54 **Reporte Actual:** 93.01	 Reporte SVE - IV Trimestre 2025

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

El indicador presenta un cumplimiento del 93,01% en el IV trimestre de 2025, producto de la ejecución de 133 de 143 actividades programadas.



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).

Análisis de la tarea

En la tasa de heridos dentro y fuera de combate, la tendencia aumenta para el cierre el primer semestre del 2026, con una tasa de 68, mientras que en el 2025 fue de 56 heridos. Es decir que por cada 10.000 militares se presentaron 68 heridos en las FF.MM durante el 2026, mientras que en el 2025 se presentaron 56 heridos.

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.

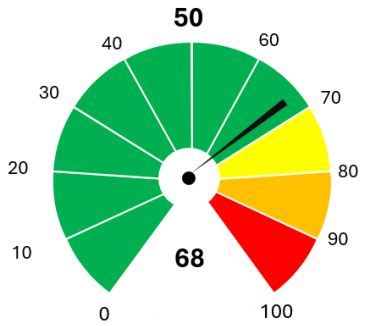
En la tasa de muertos dentro y fuera de combate, la tendencia aumenta igualmente para el cierre el primer semestre del 2026 se presentó un total de 9 casos de mortalidad, mientras que, en el 2025, se presentó un total de 7 casos de mortalidad, es decir que por cada 10.000 militares se presentaron 9 muertos en las FF.MM durante el 2026, mientras que en el 2025 se presentaron 7 muertos.

Logros de la gestión.

Fortalecimiento de las acciones conjuntas del SSFM y las FF.MM, para el mantenimiento de la aptitud psicofísica del personal militar comprometido en operaciones militares, como parte esencial en la conservación del pie de fuerza en las fuerzas militares y como parte de excepción en 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.

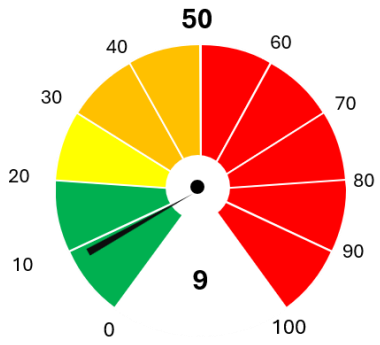
Medición del Indicador

Ilustración 27. Tasa heridos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM.

Tasa heridos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM.	
Formula: (Número de heridos dentro y fuera de combate /Numero promedio de militares periodo) *10000 **Meta:** Tasa variable **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte 2025: 132** **Reporte Actual: 68**	 **Reporte SVE - I Semestre 2026**

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

Ilustración 28. Tasa de muertos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM.

Tasa muertos dentro y fuera del combate del personal militar SSFM.	
Formula: (Número de muertos dentro y fuera de combate /Numero promedio de militares periodo) *10000 **Meta:** Tasa variable **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte 2025: 15** **Reporte Actual: 9**	 **Reporte SVE - I Semestre 2026**

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

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.

Se recepcionaron un total de 11.618 PQRSR a través de los diferentes canales de atención establecidos. Las tipologías más representativas corresponden a reclamos y peticiones, con 7.746 (66,7%) y 3.575 (30,8%) requerimientos, respectivamente (ver tabla).

Asimismo, se observa que la tipología con menor representatividad es “Denuncia por posibles actos de corrupción” y “petición entre autoridades”, con solo 1 requerimiento. De igual manera, se destaca que el 18,4 % de las peticiones pertenece a la subcategoría “orientación e información”.

Tabla 3. Tipología PQRS

TIPOLOGÍA		I Semestre 2026	%
Reclamo		7.746	66,7%
Felicitación		227	2,0%
Queja		52	0,4%
Sugerencia		17	0,1%
Petición entre autoridades		1	0,0%
Denuncia por posibles actos de corrupción		0	0,0%
Peticiones:3.575	Orientación e Información	2.141	18,4%
	Aseguramiento	822	7,1%
	Junta médico laboral	612	5,3%
TOTAL		**11.618**	**100%**

Fuente: Reporte Módulo PQRSR página web DIGSA.

Logros de la gestión.

- 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.

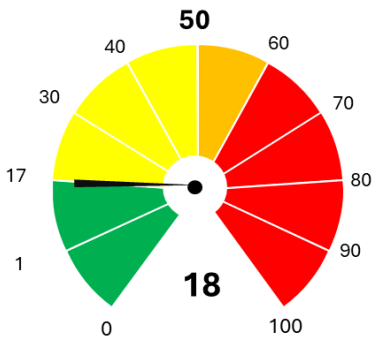
- Solicitud de ajustes al módulo de PQRSR teniendo en cuenta la necesidad de mejorar la calidad de la información para los reportes y los correspondientes informes, así:

- 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.

- 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 29. Tasa de PQRS.

Tasa de PQRS.	
Formula: (Número de PQRS de prestación de servicios de salud a nivel Nacional / Total, de usuarios adscritos a nivel Nacional) *1000 **Meta:** 17 - Trimestral **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 15** **Reporte Actual: 18**	 **Reporte SVE - II Trimestre 2026**

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

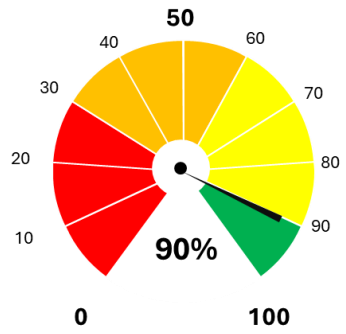
Se recibieron 11.621 requerimientos en total, de los cuales 11.376 corresponden a peticiones, quejas y reclamos (PQR), mientras que 244 se clasifican como felicitaciones y sugerencias.

En relación con el censo poblacional del mismo periodo, que registra 645.804 afiliados, se evidencia que, por cada 1.000 afiliados, 18 han interpuesto un requerimiento. Al comparar este comportamiento con el segundo trimestre de la vigencia anterior (2025), se observa que esta cifra ha aumentado ya que en esa vigencia estaba en 16 por cada 1.000 afiliados, lo que se ubica por debajo de la meta establecida.

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).

Análisis del Indicador

Ilustración 30. Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días.

Porcentaje de PQRS resueltas antes de 15 días	
Formula: (Requerimientos (Peticiones, quejas y reclamos) resueltos antes de 15 días / Requerimientos (Peticiones, quejas y reclamos) recibidos en el trimestre)) *100 **Meta:** 92 % - Trimestral **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 86%** **Reporte Actual: 90%**	
	Reporte SVE - II Trimestre 2026

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

De un total 6.798 Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR), se han cerrado en términos de ley 6.151, lo que representa un 90a% de gestión, aumentando cuatro puntos porcentuales respecto al último trimestre.

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.

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

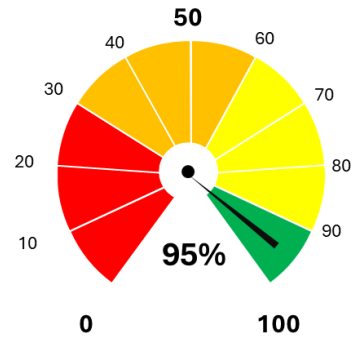
Ilustración 31. Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos

Porcentaje de usuarios que conocen sus deberes y derechos

Formula:

(Usuarios que conocen sus deberes y derechos/ Total, de usuarios encuestados) *100

Meta: 92 %
Periodicidad: Trimestral
Tipo: Eficacia
Reporte anterior: 94,94%
Reporte Actual: 95,16%



Reporte SVE - II Trimestre 2026

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

Se presentó un porcentaje de gestión del 95,16 %, lo que, al compararse con el segundo trimestre de la vigencia anterior 2025 (97,33%), refleja una disminución de 2,28%.

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.

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	II Trim 2025	II Trim 2026
Tasa global	**97%**	**97%**
Ind_Experiencia	98%	95%
Ind_Trámites	97%	98%
Ind_ Oportunidad	95%	96%

Fuente: Grupo Atención al Usuario DIGSA.

Logros de la gestión.

- Impactado positivamente en aspectos puntuales que han permitido mejorar la percepción de la prestación del servicio de salud.

Análisis del Indicador

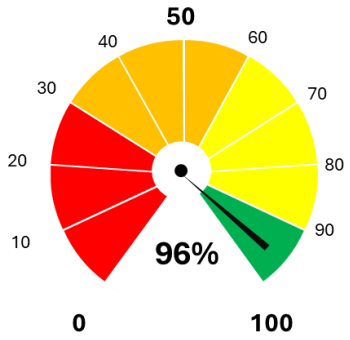
Ilustración 32. Porcentaje de Satisfacción Global Sanidad Militar PEM 2030

Porcentaje de Satisfacción Global Sanidad Militar PEM 2030

Formula:

(Número de usuarios afiliados que se consideran satisfechos con los servicios de salud recibidos/Número total de usuarios encuestados) *100

Meta: 90 % -
Periodicidad: Trimestral
Tipo: Eficacia
Reporte anterior: 95,75%
Reporte Actual: 95,94%



Reporte SVE - II Trimestre 2026

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

Se observa una mejora en el desempeño general, con un aumento de 0,19 puntos porcentuales 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. Resultados periodos segundo trimestre 2025 - 2026.

Periodo	Número de afiliados satisfechos con los servicios de salud recibidos	Número total de encuestados	Porcentaje
II Trimestre 2025	5.498	5.661	97%
II Trimestre 2026	4.046	4.217	95,94%

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

3.5.4 **Actividad:** Promover la cultura institucional de humanización mediante la implementación de la Estrategia para la política de humanización de los servicios de salud de las Fuerzas Militares.

Tarea: Diagnóstico de las Oficinas de Atención al Usuario en los ESM SSFM, que permita identificar las necesidades en infraestructura con el de ofrecer espacios que favorezcan el bienestar emocional de los usuarios:

Se desarrolló el diagnóstico de las Oficinas de Atención al Usuario de los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) de las Fuerzas Militares, con el propósito de identificar las necesidades de infraestructura, dotación y accesibilidad que impactan la experiencia de los usuarios durante la atención.
A partir de la información recopilada mediante las matrices de autodiagnóstico diligenciadas por las diferentes DISANES y JEFSA, se evidenciaron fortalezas relacionadas con la existencia de espacios destinados a la atención al usuario, disponibilidad de herramientas tecnológicas básicas, señalización institucional y

carteleras informativas. No obstante, también se identificaron oportunidades de mejora asociadas a la adecuación de espacios exclusivos para la atención, fortalecimiento de condiciones de accesibilidad para personas con movilidad reducida, implementación de sistemas de control de turnos, ampliación de la dotación tecnológica, adecuación de baños accesibles y optimización de ambientes que favorezcan la privacidad, la humanización y el bienestar emocional de los usuarios. Asimismo, se evidenció la necesidad de continuar con los procesos de intervención en aquellas oficinas que aún no han sido adecuadas, especialmente en algunas dependencias del Ejército Nacional y la Armada Nacional.

Logros de la gestión.

- Consolidación del autodiagnóstico de las Oficinas de Atención al Usuario de las tres Fuerzas Militares, permitiendo contar con información actualizada y estandarizada.

- Levantamiento y análisis de información sobre infraestructura, accesibilidad, señalización y dotación de los espacios de atención a nivel institucional.

- Identificación del estado de intervención de las oficinas, determinando que:

  Ejército Nacional: 72,55 % de oficinas intervenidas.
  Armada Nacional: 28,6 % de oficinas intervenidas.
  Fuerza Aeroespacial Colombiana: 100 % de oficinas intervenidas.

- Detección de necesidades de mejora relacionadas con:

  Accesibilidad para los usuarios, modernización tecnológica, adecuación de espacios exclusivos para la atención, fortalecimiento de la privacidad e implementación de módulos de atención preferencial.

- Impulso al mejoramiento de la calidad del servicio, orientando las acciones hacia la creación de entornos más humanizados, inclusivos y accesibles para los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.



3.6 Grupo Gestión de Afiliaciones (GRUGA)

3.6.1 **Actividad:** Proyectar la actualización de los lineamientos normativos y operativos relacionados con el proceso de afiliación al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares

Tarea: Proyecto de resolución por la cual se actualizan y unifican los requisitos para el registro de afiliación, gestión de novedades, permanencia, validación y extinción de derechos, para los afiliados del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

La expedición de esta Resolución constituye un avance importante para el fortalecimiento del proceso de afiliación en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, ya que actualiza y unifica los requisitos, procedimientos y criterios aplicables al registro, permanencia y gestión de novedades de los afiliados. Esto permitirá que las oficinas de afiliación desarrollen sus actividades bajo lineamientos más claros y homogéneos, reduciendo interpretaciones diferentes y mejorando la aplicación de la normatividad vigente.
Su implementación contribuirá a fortalecer la calidad de la información registrada, facilitando la validación del cumplimiento de requisitos, la actualización de datos y la verificación de derechos de los usuarios. Lo anterior se traducirá en una disminución de inconsistencias, reprocesos y trámites innecesarios, mejorando la eficiencia de la gestión administrativa y la oportunidad en la atención de los afiliados.

De igual manera, la Resolución refuerza los mecanismos de control sobre la condición de afiliados y beneficiarios, favoreciendo una administración más transparente y acorde con las necesidades del Subsistema. Para alcanzar estos beneficios, será fundamental adelantar actividades de socialización, capacitación y seguimiento que garanticen la adecuada apropiación y aplicación de los nuevos lineamientos por parte de los funcionarios responsables del proceso.

Logros de la gestión.

Fortalecimiento del proceso de afiliación del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares mediante la identificación de los ajustes necesarios para la unificación de criterios, el mejoramiento en el cumplimiento de los requisitos establecidos y el fortalecimiento de los mecanismos de control. Lo anterior contribuirá a optimizar la gestión de las oficinas de afiliación, mejorar la calidad de la información registrada en el Módulo de Afiliaciones del SSFM y garantizar una administración más eficiente, confiable y transparente de los registros de afiliados.

3.6.2 **Actividad:** Registrar y validar los derechos para el acceso oportuno a la prestación de los servicios de salud del SSFM.

Tarea: Gestión de afiliaciones.

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares contaba con 645.804 afiliados entre cotizantes, beneficiarios y no cotizantes (alumnos de escuela de formación militar y personas que se encuentran prestando servicio militar obligatorio), incluidas la afiliación y registros de usuarios nuevos entre cotizantes, beneficiarios y no cotizantes (alumnos de escuela de formación militar y personal en servicio militar obligatorio) y de novedades

de afiliación por distintas causales que fueron reportadas oportunamente al Ministerio de Salud y a la ADRES esto en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES.

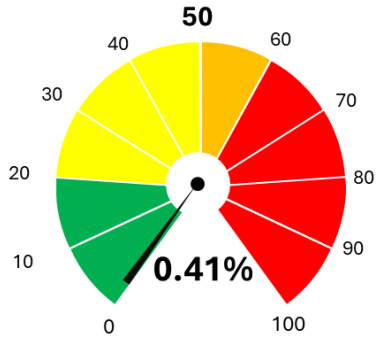
Logros de la gestión.

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

- Alto nivel de eficiencia y cumplimiento normativo. La baja tasa de extinción de derechos (0,97%) Y (0,41%) frente a una meta con tendencia hacia abajo del 20% indica una estabilidad en la afiliación y una adecuada depuración del sistema. Además, el cumplimiento en el reporte de novedades y la actualización de la base de datos refuerzan la transparencia y calidad del servicio.

Análisis del Indicador

Ilustración 33. Porcentaje de afiliados que son inactivados.

Porcentaje de afiliados que son inactivados	
Formula: (Número de afiliados inactivos en el período / Número total de afiliados al final del período) * 100 **Meta:** 20 % **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 0.97** **Reporte Actual: 0.41**	 **Reporte SVE - I Semestre 2026**

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

El Grupo Gestión de la Afiliación como garante del acceso a los servicios de salud del SSFM a través del proceso de afiliación, realizó en el I Semestre de 2026 el control de los afiliados y beneficiarios a quienes se les extinguió el derecho a pertenecer al mismo conforme a las causales establecidas en la Ley 352 de 1997 y la Resolución 1651 de 2019 DIGSA, la meta establecida en el indicador es de 20% con tendencia hacia abajo, señalando que en el I trimestre se realizó extinción para 6.237 usuarios, lo que representa el 0,97% del total de afiliados y para el II trimestre se realizó extinción para 2.636 usuarios, lo que representa el 0,41% del total de afiliados con respecto al periodo anterior, con lo cual se da cumplimiento de la meta establecida.

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

3.7 Grupo de Talento Humano (GRUTH)

3.7.1 **Actividad:** Implementar actividades de sensibilización y apropiación de los valores del Código de Integridad.

Tarea: Seguimiento a la implementación del Plan de Gestión de Integridad DIGSA.

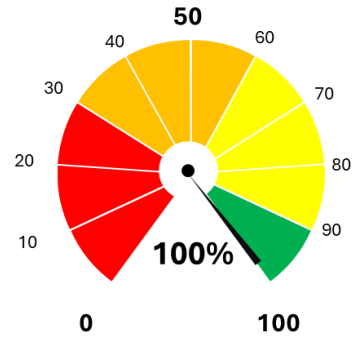
Se ejecutaron las siete (7) actividades programadas en el Plan de Gestión de Integridad DIGSA, alcanzando un nivel de eficacia del 100% para el periodo. En el primer semestre para un total de 13 actividades desarrolladas y un cumplimiento del 100%.

Logros de la gestión.

Durante el periodo evaluado, se siguió fortaleciendo la cultura organizacional desde las bases de la integridad, la transparencia y el compromiso institucional, a través del monitoreo constante de los riesgos de corrupción y las inducciones en temas clave como los valores del servicio público, la gestión de conflictos de intereses y el trámite de impedimentos y recusaciones, fortaleciendo las capacidades del talento humano para actuar con ética y responsabilidad.

Análisis del Indicador

Ilustración 34. Porcentaje de cumplimiento del Plan de Gestión de Integridad - DIGSA

Porcentaje de cumplimiento del Plan de Gestión de Integridad - DIGSA	
Formula: (Número de actividades ejecutadas del Plan de Gestión de Integridad en el periodo/ Informe de gestión del Plan de Gestión de Integridad en el periodo) * 100 **Meta:** 100 % **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 85.71%** **Reporte Actual: 100%**	 **Reporte SVE - I Semestre 2026**

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

Se ha dado cumplimiento a las actividades del Plan de Gestión de Integridad DIGSA en el I semestre de 2026 que contiene las actividades realizadas durante este periodo en cumplimiento con lo dispuesto en el Artículo 2.2.22.2.1 del Decreto 1499 de 2017; el cual establece que las políticas de gestión y desempeño institucional deben regirse por las normas que las regulan o reglamentan, implementándose mediante planes, estrategias, entre otros. Adicionalmente, esto se alinea con la Política de Integridad de

la Dimensión 1 Talento Humano del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Todo lo anterior, impacta en la apropiación e interiorización del Código de Integridad.

3.7.2 **Actividad:** Desarrollar y potenciar los conocimientos y competencias del personal civil de planta de la Dirección General de Sanidad Militar a nivel nacional.

Tarea: Seguimiento a la implementación del Plan Institucional de Capacitación DIGSA.

Se ejecutaron el 100 % de las ocho (08) actividades programadas, evidenciando una gestión eficiente y alineada con los objetivos estratégicos institucionales. Estas acciones contribuyeron al fortalecimiento de la Iniciativa 3 – Acción 3.1, mediante el cumplimiento del producto “Plan de Educación Continua”, orientado al desarrollo y fortalecimiento de las competencias técnicas del talento humano del SSFM.

La articulación con las diferentes Subdirecciones permitió una implementación efectiva de las actividades previstas, entre las que se destacan las capacitaciones en fortalecimiento de archivos y gestión documental; gestión de conflictos de interés y su declaración, en cumplimiento de la Ley 2013 de 2019; así como talleres, socializaciones y estrategias de comunicación relacionadas con el Sistema de Gestión Ambiental (DIGSA), su política, objetivos y el PIGA. De igual manera, se desarrollaron espacios de formación en participación ciudadana y servicio al ciudadano, gobierno de datos, gestión de la información y seguridad digital.

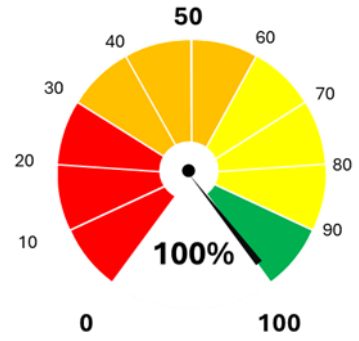
Estas actividades estuvieron dirigidas a los Directores, Jefes de los Establecimientos de Sanidad Militar, funcionarios y colaborares del nivel central, con el propósito de fortalecer sus capacidades de liderazgo y gestión, generando un impacto positivo en la eficiencia operativa, la toma de decisiones y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Logros de la gestión.

- Cumplimiento del 100 % de las actividades programadas, evidenciando una gestión eficiente y una adecuada articulación con las diferentes Subdirecciones.
- Se fortalecieron las competencias técnicas, administrativas y directivas del talento humano del SSFM, mediante capacitaciones en gestión documental, conflictos de interés, gestión ambiental, participación ciudadana, servicio al ciudadano, gobierno de datos, gestión de la información y seguridad digital.
- Se promovieron la transparencia, la transformación digital y el fortalecimiento del liderazgo de los Directores y Jefes de los Establecimientos de Sanidad Militar, contribuyendo al mejoramiento de la gestión institucional y al cumplimiento de los objetivos estratégicos.}

Análisis del Indicador

Ilustración 35. Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitación DIGSA

Porcentaje de ejecución del Plan de Capacitación DIGSA	
Formula: (Número de actividades ejecutadas del Plan Institucional de Capacitación en el periodo/Número total de actividades programadas en el Plan Institucional de Capacitación en el periodo) * 100 Meta: 85 % Periodicidad: Trimestral Tipo: Eficacia Reporte anterior: 100% **Reporte Actual: 100%**	
	Reporte SVE - II Trimestre 2026

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

El indicador alcanzó un cumplimiento del 100 %, al ejecutarse la totalidad de las ocho (08) actividades programadas en el Plan Institucional de Capacitación. Este resultado evidencia una adecuada planeación, coordinación y seguimiento de las acciones de formación, así como una gestión eficiente en la implementación del Plan de Educación Continua. Asimismo, contribuyó al fortalecimiento de las competencias del talento humano del SSFM en temas estratégicos para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

3.8 Área de Comunicaciones Estratégicas (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.

Tarea: Gestión de comunicaciones estratégicas que contenga cantidad de publicaciones generadas de acuerdo a necesidad, cantidad de usuarios suscritos o enlazados y el impacto de las publicaciones generadas.

Análisis de la Tarea:

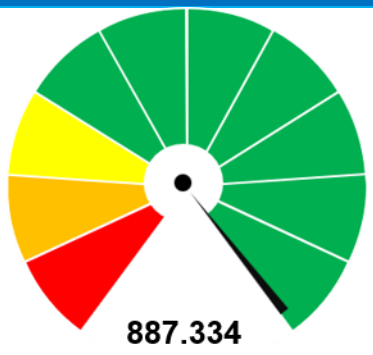
El área de Comunicaciones Estratégicas Y gestión del cambio cerró el I trimestre con un cumplimiento del 100 %. Esta meta se consolidó gracias a una producción de contenidos ágil y alineada con las directrices institucionales, lo que garantizó la pertinencia de cada mensaje. El sostenido crecimiento e interacción de la comunidad digital en nuestros canales oficiales no solo amplió el alcance de la información, sino que impulsó con éxito la visibilidad y reputación de la entidad.

Logros de la gestión.

Producción oportuna de contenidos alineados con los objetivos institucionales y el fortalecimiento de la comunidad en los canales oficiales. Como resultado, las publicaciones generaron un impacto positivo en el alcance y la interacción, optimizando la visibilidad y el posicionamiento de la entidad.

Análisis del Indicador

Ilustración 36. Relacionamiento de los usuarios con los canales digitales vigentes en la entidad.

Relacionamiento de los usuarios con los canales digitales vigentes en la entidad.	
Formula: (suscritos + visitantes + seguidores) de acuerdo con el canal. **Meta:** Variable **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 1.667.722** **Reporte Actual: 887.334**	 **Reporte SVE - I Semestre 2026**

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

- Visitantes:(50,4 %)
  Representan la mayor participación en el indicador, lo que evidencia alto interés y tráfico hacia los canales digitales, especialmente la página web y los contenidos informativos.

- Suscritos:(38,5 %)
  Constituyen una base sólida y estable de usuarios recurrentes, destacándose el EJC como el canal con mayor número de suscripciones.

- Seguidores:(11,1 %)
  Aunque es el componente con menor peso relativo, refleja una presencia activa en redes sociales y oportunidades de crecimiento en interacción y fidelización.

Interpretación del desempeño

- El resultado muestra una gestión eficaz de los canales digitales, cumpliendo el objetivo trazado para la vigencia.
- La distribución indica que los canales cumplen funciones diferenciadas:
- La web y los sitios institucionales generan alto tráfico.
- Las suscripciones evidencian fidelización.
- Las redes sociales aportan visibilidad y posicionamiento, aunque con potencial de fortalecimiento.

El Indicador presenta un cumplimiento total de la meta, reflejando un alto nivel de alcance y relacionamiento digital. No obstante, existen oportunidades estratégicas para aumentar la calidad del vínculo con los usuarios, especialmente en redes sociales, orientadas a la sostenibilidad y crecimiento del indicador en próximas vigencias.

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.

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:

La consolidación de las actividades desarrolladas en el trimestre por la DIGSA, las DISANES y la JEFSA evidencia un avance significativo en la gestión del cambio, reflejado en la articulación efectiva de estrategias y el fortalecimiento de los procesos institucionales, pese a que actualmente no se cuenta de manera formal con la conformación del proceso de Gestión del Cambio en cada una de las Direcciones y JEFSA. Las direcciones reportaron de manera oportuna sus respectivos informes. Los esfuerzos se concentraron además en adelantar los estudios previos para el contrato de gestión del cambio 2026.

Logros de la gestión.

- Optimización de recursos, unificando criterios y promoviendo una adopción progresiva de los cambios propuestos, garantizando así su sostenibilidad.

- Implementación de innovaciones en las estrategias con el fin de captar el mayor interés posible del personal, la respuesta de las Direcciones y JEFSA frente a esta iniciativa ha sido favorable, quienes con los recursos disponibles se encuentran cumpliendo con los plazos que les fueron establecidos para entregar contenido relacionado con Gestión del Cambio.

- Mejoramiento continuo, la adaptación organizacional y el cumplimiento de los objetivos estratégicos establecidos, sentando bases sólidas para la consolidación de futuras iniciativas de cambio.

3.9 Área de Costos y Estadistica (ARCYE)

3.9.1 **Actividad:** Consolidar la data para el reporte de indicadores de calidad en salud del SSFM.

Tarea: Reporte de indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Se incorporaron dos nuevas mediciones correspondientes a las especialidades de Psicología y Psiquiatría, con el propósito de analizar su comportamiento frente a los indicadores, con el objetivo de monitorear la oportunidad en el acceso de los usuarios. Para la especialidad de Psicología, considerando que constituye una de las principales puertas de entrada al SSFM, la medición se realiza a partir de la información de las citas de primera vez y el resto de las atenciones, permitiendo evaluar de manera integral la oportunidad de acceso y continuidad en la prestación del servicio. Para la especialidad de Psiquiatría, la medición se efectúa exclusivamente sobre las citas de primera vez, dado que este indicador busca evaluar la oportunidad de acceso inicial de los usuarios a la atención especializada.

Logros de la gestión.

- Se amplió la capacidad de seguimiento de la gestión en salud mental, facilitando la identificación de brechas y oportunidades de mejora en la prestación de los servicios, así como el soporte a la toma de decisiones basada en evidencia para el cumplimiento de los estándares de oportunidad y calidad definidos institucionalmente.



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.

1.36%

Esta iniciativa presentó un avance del 1.36%, con una proyección de (3) tareas al primer semestre y con un cumplimiento del 100% en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:

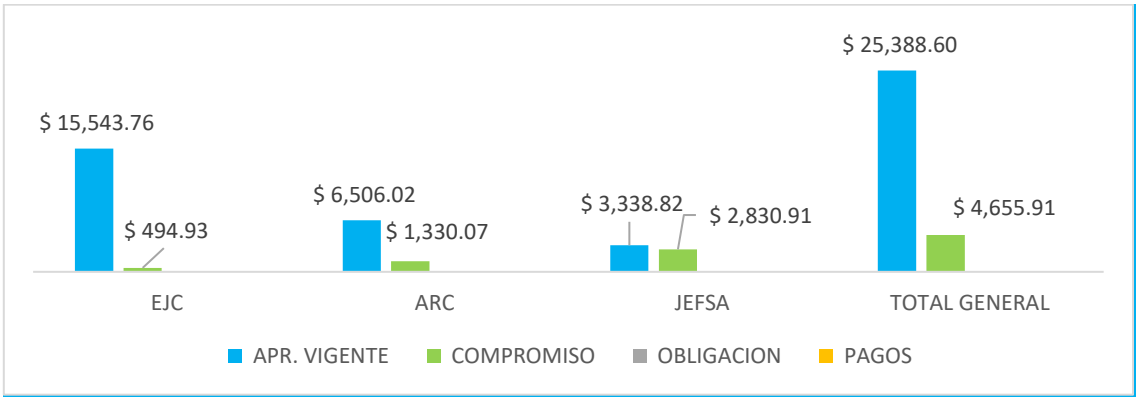
4.1 Área de Desarrollo Institucional (ARDEI)

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 37. Ejecución Proyectos de Inversión ESM – I Semestre 2026



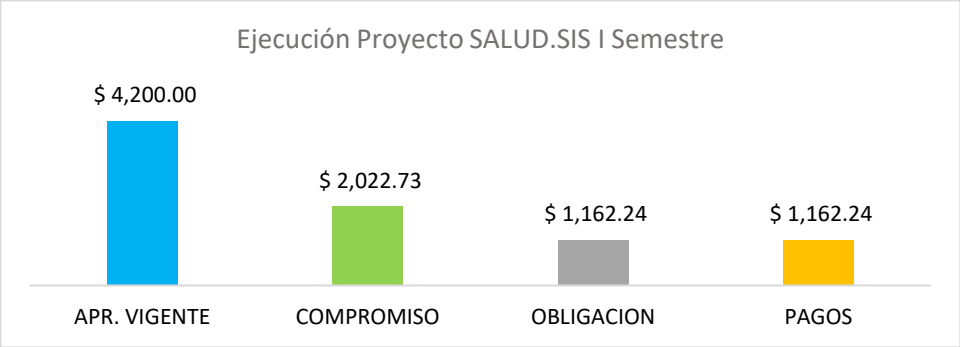
Fuente: Grupo Planeación Estratégica – Area de Desarrollo Institucional - DIGSA.

El proyecto presenta una ejecución del 18.34% en compromisos por valor de $ 4,655.91 millones y un 0% en obligaciones y pagos el primer semestre de 2026.



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

Ilustración 38. Ejecución Proyecto SALUD.SIS I Semestre 2026.



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

El proyecto presenta una ejecución del 48.16% en compromisos por valor de $ 2,022.73 millones y un 27.67% en obligaciones y pagos del 27.67%, en el primer semestre de 2026.

Logros de la gestión.

Ejecución del 23% en compromisos por valor de $ 6,678.64 millones y del 4 % en obligaciones y pagos por valor de $ 1,243.19 millones en los rubros de servicios de información actualizados y servicios tecnológicos.

Análisis del Indicador:

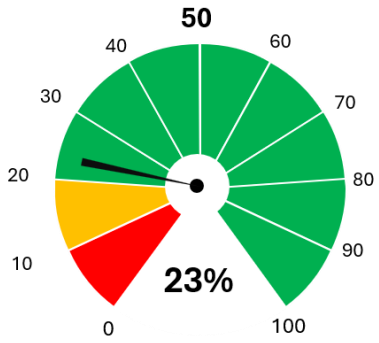
Ilustración 39. Porcentaje de Ejecución de los Recursos de Inversión SSFM

Porcentaje de Ejecución de los Recursos de Inversión SSFM

Formula:

(Compromisos recursos de inversión SSFM / Apropiación recursos de inversión SSFM) *100

Meta: 100%
Periodicidad: Trimestral
Tipo: Eficacia
Reporte anterior: 7.64%
Reporte Actual: 22.57



Reporte SVE – I Semestre 2026

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

Se tiene un porcentaje de ejecución del 22.57% del total de recursos de inversión para la vigencia 2026.

Iniciativa 5

Desarrollo del estudio y propuesta de reestructuración de la planta de personal de Sanidad Militar, de la Sanidad de la Policía Nacional y del Hospital Militar Central.

0.90%

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

5.1 Grupo de Talento Humano (GRUTH)

5.1.1 **Actividad:** Diseñar, estructurar y sustentar ante el Ministerio de Defensa Nacional y el Departamento Administrativo de la Función Pública el documento técnico como propuesta de reestructuración de la planta de personal del SSFM.

Tarea: Avance propuesta de reestructuración de la planta de personal del SSFM aprobada por el Ministerio de Defensa Nacional y el Administrativo del Función Pública.

Se ha adelantado los trámites administrativos, orientados a la consolidación del documento técnico de Formalización Laboral soporte.
Una vez estructurado dicho documento, este fue remitido a la Oficina de Asuntos Legales de la Dirección General de Sanidad Militar, dependencia que adelantó la respectiva revisión jurídica, emitiendo concepto favorable para la continuidad del trámite administrativo correspondiente.

Logros de la gestión.

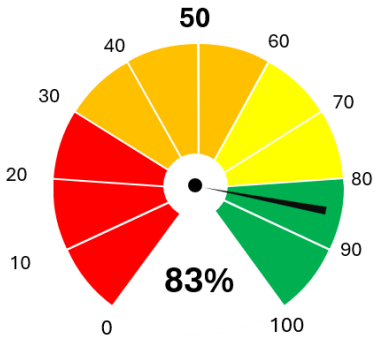
- Avance significativo en el cumplimiento de la actividad, a través de la elaboración y consolidación del documento técnico de Formalización Laboral que soporta la iniciativa, así como la obtención de concepto jurídico favorable por parte de la Oficina de Asuntos Legales de la Dirección General de Sanidad Militar, garantizando la viabilidad legal de las actuaciones adelantadas.

- Se gestionó oportunamente la solicitud de viabilidad para el traslado presupuestal mediante oficio No. 2026-00001025D08 del 11 de junio de 2026, requisito habilitante para continuar el trámite ante el Ministerio de Defensa Nacional y el Departamento Administrativo de la Función Pública. En consecuencia, las acciones ejecutadas reflejan el cumplimiento de los hitos programados para la vigencia, asegurando la observancia de los requisitos técnicos, jurídicos y administrativos necesarios para la materialización de la propuesta de reestructuración y formalización laboral del SSFM.

- Se registra un cumplimiento satisfactorio de los compromisos establecidos, con avance efectivo en las etapas de formulación, validación jurídica y gestión presupuestal requeridas para la implementación de la propuesta de reestructuración de planta.

Análisis del Indicador:

Ilustración 40. Porcentaje de avance en la aprobación de la propuesta de reestructuración de la planta de personal.

Porcentaje de avance en la aprobación de la propuesta de reestructuración de la planta de personal.	
Formula: (Número de etapas cumplidas para la aprobación / Total de etapas requeridas) * 100 **Meta:** 100% **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 58.33%** **Reporte Actual: 83.33%**	 **Reporte SVE - I Semestre 2026**

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

El avance de la propuesta de Reestructuración de la Planta de Personal del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) evidencia una gestión satisfactoria y alineada con los requisitos técnicos, jurídicos y administrativos establecidos para su desarrollo. Durante el primer semestre de 2026 se consolidó el documento técnico de Formalización Laboral, se obtuvo concepto jurídico favorable por parte de la Oficina de Asuntos Legales y se adelantó la gestión de viabilidad presupuestal, aspectos fundamentales para continuar el trámite ante el Ministerio de Defensa Nacional y el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Asimismo, los resultados alcanzados reflejan la adecuada ejecución de las actividades programadas, garantizando el cumplimiento de los hitos definidos y fortaleciendo el proceso de planeación y administración del talento humano en el SSFM. De manera complementaria, el indicador asociado registra un cumplimiento del 100% de los entregables previstos para la vigencia 2025, con un avance acumulado del 83% frente a la meta cuatrienal, lo que demuestra una ejecución eficiente, sostenida y orientada al logro de los objetivos estratégicos institucionales.

La gestión desarrollada presenta un nivel de cumplimiento alto, evidenciando avances concretos en la formalización laboral y en la reestructuración de planta, con resultados que respaldan la toma de decisiones estratégicas y la modernización de la gestión del talento humano en el SSFM.

Iniciativa 6 **Desarrollo e implementación de un sistema de información en salud funcional, acorde con las necesidades de cada subsistema que fortalezca la administración y gerenciamiento del sistema, la calidad del dato y el control de necesidades y servicios ofrecidos.** **1.36%**

Esta iniciativa presentó un avance del 1.36%, con una proyección de (3) tareas al primer semestre y con un cumplimiento del 100% en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:

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

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

Tarea: Resultado Implementación Modelo de Gestión y Gobierno TI

El avance del Plan de Acción correspondiente a la actividad de seguimiento a la implementación del Modelo de Gestión y Gobierno de TI. En este contexto, se presenta el desarrollo de las actividades programadas para el segundo trimestre, en el marco de los dominios de Estrategia de TI, Gobierno de TI, Gestión de la Información, Gestión de Servicios de TI y Gestión de Seguridad. Para dichos dominios se formularon un total de setenta y nueve (79) actividades, de las cuales veintiocho (28) fueron proyectadas para su ejecución durante el segundo trimestre; a continuación, se relacionan las actividades desarrolladas, organizadas conforme a cada uno de los dominios y sus respectivos lineamientos.

Estrategia de TI

Se evidenció una gestión eficiente de los recursos tecnológicos institucionales. La ejecución presupuestal alcanzó el 33,8 % del presupuesto asignado para la vigencia**,** mientras que el 65,4 % de los recursos ya se encuentran comprometidos, reflejando una adecuada planeación financiera y contractual. Adicionalmente, el Plan Anual de Adquisiciones presenta un avance importante, con 11 de 15 procesos adjudicados y el resto en etapas avanzadas de contratación.

Como resultado de las acciones de fortalecimiento de la gestión de servicios, se elaboró el Catálogo de Servicios de TI, permitiendo la estructuración y estandarización de los servicios tecnológicos institucionales bajo los lineamientos de Gobierno Digital y Arquitectura Empresarial.

Asimismo, el seguimiento mediante el tablero de indicadores permitió evidenciar un desempeño destacado, con un cumplimiento promedio de 96,7 % en indicadores operativos y 92,43 % en indicadores estratégicos, sin afectaciones relevantes a la disponibilidad, confidencialidad o integridad de la información.

Gobierno de TI

La DIGSA fortaleció los mecanismos de control y gobernanza tecnológica mediante la ejecución formal del proceso de gestión de cambios, registrando y controlando adecuadamente los cambios de infraestructura efectuados durante el trimestre.

De igual manera, se avanzó en la gestión y seguimiento de proveedores tecnológicos mediante la formalización e inicio de contratos estratégicos asociados a infraestructura, licenciamiento, almacenamiento, analítica y desarrollo de software.

En materia normativa, se actualizaron y fortalecieron políticas relacionadas con seguridad de la información, continuidad de servicios tecnológicos y gestión de adquisiciones TI, alineadas con los lineamientos del Ministerio TIC, el Ministerio de Defensa Nacional, ISO 27001 y el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información.

Gestión de la Información

Este dominio presentó avances relevantes orientados al fortalecimiento del Gobierno de Datos institucional.

Se elaboró el Plan de Apertura de Datos, instrumento que establece la hoja de ruta para la gestión y publicación de datos abiertos institucionales, promoviendo la transparencia y la generación de valor público.

Igualmente, se consolidó la primera versión del Modelo de Gobierno de Datos de la DIGSA, estableciendo estructuras organizacionales, políticas, roles y lineamientos para la calidad, seguridad y aprovechamiento estratégico de los datos institucionales.

Como resultado de la implementación del sistema de gestión documental electrónico DOMINIUM, se logró una cobertura del 100 % de dependencias institucionales, con 355 usuarios activos y una reducción de costos de impresión superior a $4,4 millones, contribuyendo a la transformación digital y la sostenibilidad institucional.

Gestión de Sistemas y Servicios de TI

La entidad avanzó en la actualización de metodologías y procedimientos para el desarrollo de software, incorporando nuevos estándares y mejores prácticas mediante el contrato de fábrica de software adjudicado en julio de 2026.

Se actualizó el inventario de sistemas institucionales, integrándolo al Catálogo de Servicios de TI, fortaleciendo la administración y trazabilidad del portafolio tecnológico.

Los ambientes de desarrollo, pruebas y producción continúan segregados y operativos, garantizando condiciones adecuadas para el ciclo de vida de los sistemas de información.

Adicionalmente, se mantuvo el seguimiento al cumplimiento de los Acuerdos de Nivel de Servicio (ANS) por parte de los proveedores tecnológicos, asegurando la continuidad y calidad de los servicios contratados.

Gestión de Servicios Tecnológicos

Los resultados operativos reflejan una alta estabilidad de la infraestructura tecnológica institucional.

El indicador de disponibilidad de servicios alcanzó un nivel de 99,99 %**,** registrándose únicamente tres horas de indisponibilidad durante el trimestre, situación que no comprometió significativamente la operación institucional.

El cumplimiento de los Acuerdos de Nivel de Servicio alcanzó el 100 %**,** destacándose la atención oportuna de todas las solicitudes administradas por los proveedores tecnológicos.

En materia de continuidad del negocio, se ejecutaron satisfactoriamente las actividades de respaldo y recuperación de información, fortaleciendo la capacidad de recuperación ante incidentes y garantizando la integridad de los activos de información.

Gestión de Seguridad de la Información

El dominio presenta un nivel de cumplimiento aproximado del 95 %**,** destacándose la actualización de la matriz de riesgos y la homologación de controles de seguridad bajo la norma ISO/IEC 27001:2022 y el MSPI.

Como resultado del ejercicio de análisis de riesgos, se incrementó la capacidad institucional para identificar amenazas, ampliando de cinco (5) a ocho (8) riesgos de seguridad formalmente gestionados.

En materia de monitoreo, la plataforma FortiSIEM permitió procesar más de 2,7 millones de eventos de seguridad, monitoreando 80 dispositivos tecnológicos sin que se registraran incidentes que afectaran la disponibilidad, integridad o confidencialidad de la información institucional.

Uso y Apropiación de TI

Se desarrollaron actividades permanentes de capacitación y transferencia de conocimiento sobre herramientas de analítica y generación de reportes (Jaspersoft), fortaleciendo las capacidades del personal funcional y técnico para la explotación de la información institucional y la toma de decisiones basada en datos.

Logros de la gestión.

- Se fortalecieron los procesos de gobierno de TI, gestión de proveedores, políticas, seguridad de la información y monitoreo tecnológico, con un

cumplimiento promedio del 95% en seguridad y alta disponibilidad de servicios del 99,99%.

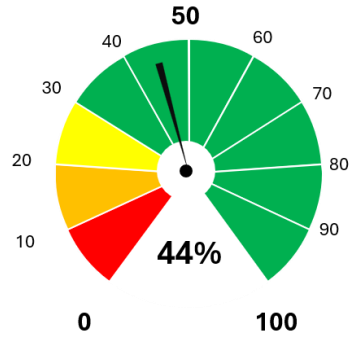
- Se avanzó en la gestión documental, gobierno de datos y mantenimiento de sistemas con indicadores positivos, además de implementar capacitación continua para la apropiación tecnológica institucional.

- Gestión de riesgos y controles para garantizar la disponibilidad, confidencialidad o integridad de la información.

- Implementación del SGDEA–DOMINIUM, con cobertura del 100 % de las dependencias, 355 usuarios productores de documentos y una reducción en costos de impresión y copiado.

Análisis del Indicador:

Ilustración 41. Nivel de Avance implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI.

Nivel de Avance implementación del Modelo de Gestión y Gobierno TI.	
Formula: (Número de actividades ejecutadas TI / Numero de actividades programadas de TI) *100 **Meta:** 100% **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 11%** **Reporte Actual: 44%**	
	Reporte SVE - I Semestre 2026

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

Se ejecutaron (35) actividades en la Hoja de Ruta, alcanzando un cumplimiento promedio del 91 % para el periodo evaluado. Con esta ejecución, se obtiene un avance acumulado treinta y cinco actividades correspondientes al (44%),

Frente a las dos actividades que dentro del a hoja de ruta no alcanzaron el promedio se contempla lo relacionado a criterio MGGTI.LI.ST.12 Disposición de residuos tecnológicos que se encuentra en proceso de actualización, MGGTI.LI.SI.07 Plan de pruebas durante el ciclo de vida de los sistemas de información la cuales se informara el avance y cumplimiento en el III Trimestre acorde a lo reportado dentro del a evaluación del I Semestre 2026.

Tarea: Resultado Implementación Plan de Transformación Digital.

Cultura y Apropiación para la Transformación Digital

Se fortalecieron las capacidades institucionales mediante la implementación de estrategias de comunicación, gestión del cambio y formación, complementadas con diez jornadas de capacitación que impulsaron la apropiación de la Transformación Digital y el Gobierno de Datos.

Arquitectura Empresarial

Se alcanzó un cumplimiento del 94 % de las actividades programadas para el segundo trimestre, reflejando un avance favorable en la ejecución de la hoja de ruta de implementación del Modelo de Gestión y Gobierno de TI.

Gobierno de Datos

Se consolidaron avances estratégicos con la formulación del Plan de Apertura de Datos y la primera versión del Modelo de Gobierno de Datos, fortaleciendo la gestión, calidad, seguridad y aprovechamiento de la información como activo institucional.

Seguridad Digital

Se registraron avances importantes en la actualización de procedimientos, políticas, gestión de riesgos y seguridad de la información. El autodiagnóstico del MSPI alcanzó 71 puntos, mientras que los principales instrumentos de seguridad presentan altos niveles de avance y actualización.

Datos Abiertos DIGSA para el Sector Salud

La formulación del Plan de Apertura de Datos constituye un paso significativo para promover la transparencia, la reutilización de la información y la generación de valor público, alineado con los lineamientos de Gobierno Digital.

El Plan de Transformación Digital presenta un avance positivo, evidenciando fortalezas en apropiación digital, gobierno de datos, arquitectura empresarial y seguridad de la información, consolidando las bases para continuar el proceso de modernización institucional y transformación digital de la DIGSA.

Logros de la gestión.

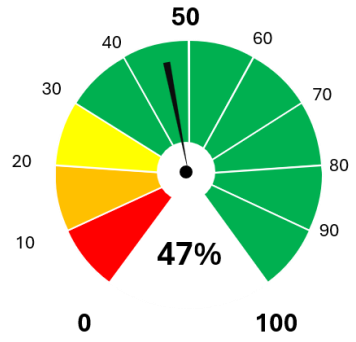
- La estrategia de Cultura y Apropiación TD fortaleció competencias digitales con 10 jornadas de capacitación y tres instrumentos estratégicos desarrollados.

- Se alcanzó un cumplimiento del 94% en la ejecución de actividades de la Hoja de Ruta del Modelo de Gestión y Gobierno de TI, con dos actividades en actualización.

- En Seguridad Digital, el autodiagnóstico MSPI mostró un avance de 71 puntos en cumplimiento, y se actualizaron procedimientos y manuales clave para mejorar la gestión de seguridad de la información.

Análisis del Indicador:

Ilustración 42. Nivel de Avance Actividades Plan de Transformación Digital

Nivel de Avance Actividades Plan de Transformación Digital	
Formula: Número de actividades ejecutadas PTD / Numero de actividades programadas PTD) *100 **Meta:** 100% Anual **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 10%** **Reporte Actual: 47 %**	
	Reporte SVE - I Semestre 2026

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

Se ejecutaron catorce (14) de las quince (15) actividades programadas en la Hoja de Ruta. Como resultado de esta gestión, se registra un cumplimiento del 93 % respecto de las treinta (30) actividades proyectadas para la vigencia. Se identifican como actividades pendientes la culminación del Autodiagnóstico del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI) y la actualización del Manual del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, las cuales presentan dependencia técnica entre sí y tienen prevista su finalización durante el tercer trimestre de 2026.

Tarea: Resultados implementación del Modelo de Gobierno de Datos.

Se mantuvo la ejecución del Modelo de Gobierno de Datos conforme a la hoja de ruta institucional, alcanzando un avance acumulado del 92 %, equivalente a 78 actividades ejecutadas de las 85 programadas. Este resultado evidencia la consolidación gradual de las capacidades institucionales orientadas a fortalecer la gobernanza, gestión y aprovechamiento estratégico de los datos como activos de valor para la Entidad.

Los avances alcanzados durante el período se enfocaron en el fortalecimiento de la estructura de gobierno de datos, la definición de roles y responsabilidades, la implementación de instrumentos de arquitectura empresarial, la gestión de la calidad de los datos, la consolidación de datos abiertos y la administración de datos maestros.

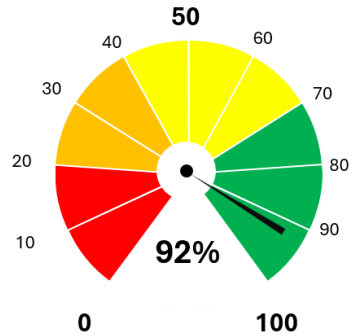
Finalmente, el cumplimiento alcanzado durante el segundo trimestre evidencia que la hoja de ruta mantiene una ejecución acorde con la planeación institucional, proyectando condiciones favorables para alcanzar el 100 % de implementación al cierre de la vigencia 2026, conforme a las metas establecidas.

Logros de la gestión.

- Consolidación del documento Organización Gobierno de Datos DIGSA, definiendo estructura organizacional, roles, responsabilidades e instancias de gobierno de datos en los niveles estratégico, táctico y operativo.
- Fortalecimiento del esquema de gobernanza mediante la definición de funciones para el Administrador de Datos, Custodios de Datos y demás actores responsables de la gestión institucional de los datos.
- Elaboración y actualización de artefactos de Arquitectura Empresarial, incluyendo catálogos de objetivos estratégicos, capacidades, procesos, roles, recursos y portafolio de servicios institucionales.
- Desarrollo del ecosistema de datos institucional y avance en la consolidación del documento integral de Gobierno de Datos.
- Implementación de iniciativas de calidad de datos mediante la construcción de la Guía de Calidad de Datos, la elaboración del Plan de Calidad de Datos y la ejecución de un piloto de medición aplicado a la ruta materno perinatal.
- Fortalecimiento de la estrategia de datos abiertos mediante la elaboración del Procedimiento de Datos Abiertos, el Plan de Apertura de Datos y la actualización de la matriz de identificación de conjuntos de datos institucionales.
- Consolidación de actividades relacionadas con administración de datos maestros, actualización del Catálogo de Dispositivos Médicos y depuración de registros asociados a equipos biomédicos y materiales de sanidad.
- Implementación del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo (DOMINIUM) en la totalidad de las dependencias de la DIGSA, fortaleciendo la gestión documental y la trazabilidad de la información.
- Ejecución de estrategias de capacitación, comunicación y gestión del cambio orientadas al fortalecimiento de la cultura institucional de datos y transformación digital.

Análisis del Indicador:

Ilustración 43. Nivel de Avance implementación del Modelo Gobierno de Datos.

Nivel de Avance implementación del Modelo Gobierno de Datos.	
Formula: (Número actividades ejecutadas MGD / Numero de actividades programadas MGD) * 100 **Meta:** 100% **Periodicidad:** Trimestral **Tipo:** Eficacia **Reporte anterior: 88%** **Reporte Actual: 92%**	
	Reporte SVE - I Semestre 2026

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

El indicador registró un cumplimiento acumulado del 92 %, aumentando en 4 puntos porcentuales el resultado obtenido en el I trimestre de 2026 (88 %) y en 7 puntos porcentuales el alcanzado al cierre de la vigencia 2025 (85 %). Este comportamiento evidencia una evolución favorable y sostenida en la implementación del Modelo de Gobierno de Datos, manteniendo la ejecución conforme a las metas definidas y proyectando condiciones favorables para alcanzar el 100 % de cumplimiento al cierre de 2026.

Iniciativa 7 **Diseño, implementación y desarrollo el sistema de costos y la estructuración del estudio técnico de suficiencia de recursos en cada Subsistema de Salud** **1.36%**

Esta iniciativa presentó un avance del 1.36%, con una proyección de (3) tareas al primer semestre y con un cumplimiento del 100% en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:

7.1 Area de Costos y Estadística (ARCYE)

7.1.1 **Actividad:** Monitorear la prestación de los servicios de salud al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares

Tarea: Resultados de la herramienta de seguimiento para el monitoreo de los indicadores de la calidad en salud.

Se diseñó un tablero de visualización en Power BI, con el objetivo de facilitar el análisis y seguimiento de los resultados de los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, correspondientes a cada trimestre. El tablero permite visualizar de manera dinámica los resultados mensuales e individuales de cada indicador, incorporando filtros opcionales por fuerza o ESM, según la necesidad de análisis. Asimismo, presenta de forma detallada cada uno de los componentes utilizados para el cálculo de los indicadores.

Logros de la gestión.

- El visualizador diseñado permite identificar los ESM que se encuentran dentro y fuera de la meta de acuerdo con los resultados obtenidos en cada periodo, facilitando el monitoreo de la prestación del servicio y la evaluación del desempeño.
- La integración detallada de los componentes utilizados en el cálculo de cada indicador fortalece la trazabilidad, consistencia y transparencia de la información.
- La herramienta diseñada constituye un instrumento estratégico para el seguimiento del desempeño, la toma de decisiones basada en datos y la implementación de acciones de mejora continua en los procesos de calidad en salud.

7.1.2 **Actividad:** Optimizar el modelo de costos del SSFM mediante la caracterización del costo estándar y la actualización periódica del costo real de los procedimientos CUPS.

Tarea: Listado de CUPS con costo estándar.

Se oficializa el plan de trabajo para el diligenciamiento del Formato Costo estándar CUPS DIGSA con la asignación de especialidades por Sociedad financiera, designando a los miembros del equipo de trabajo conformado por ordenador del gasto, subdirector científico, jefe de planeación y analista de costos del ESM centralizador. El subdirector científico coordina la disponibilidad del especialista para indicar al analista de costos la información que debe registrar en el formato acorde a su conocimiento técnico y con la información de protocolos de atención con la que cuenta cada regional.

Logros de la gestión.

- Se realizaron 20 mesas de revisión con las DISAN EJC, ARC y JEFSA FAC en las cuales los ESM procedieron a exponer los formatos que están bajo su responsabilidad, de la misma manera se realizan aclaraciones y ajustes del formato de conformidad con las observaciones realizadas.

- El Formato Costo estándar CUPS es una herramienta que permite al ESM en su rol de prestador presenta al rol de aseguramiento (DIGSA-DISAN) una oferta de servicios acorde con su nivel de complejidad en condiciones mínimas de calidad y a un costo razonable, para toma decisiones.

Tarea: Listado de CUPS con costo real de la vigencia 2025. Anual.

Análisis de la Tarea:

Una vez concluido el cierre de vigencia 2025, tomando como insumo la matriz de costos reales Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), se construyó y ajustó el tablero en Power BI que integra la metodología de asignación de costos desde los Centros de Costos (CECOS) clasificados como Misional Servicio hacia los CUPS reportados en el RIPS de la red interna, utilizando como parámetro de asignación de costos el factor UVT ponderado para cada especialidad del Portafolio de Servicios y adicionando a cada CUPS el 70% reportado por los CECOS de tipo administrativo.

Logros de la gestión.

- Ejercicio final con el resultado del costo real por CUPS que se encuentra disponible para su consulta y análisis del porcentaje de desviación del costo real CUPS respecto a la Tarifa SOAT considerando los siguientes parámetros:

🟢	< 20% con relación a la Tarifa SOAT Decreto 2641 / 2024: Eficiencia en el recurso utilizado para proveer el CUPS
🟡	> 20% con relación a la Tarifa SOAT Decreto 2641 / 2024 Requiere revisión del costo asignado a la producción interna
🔴	> 50% con relación a la Tarifa SOAT Decreto 2641 / 2024 Requiere toma de decisiones por posible ineficiencia

- La aplicación de la metodología para determinar el costo real CUPS permitió detectar un error técnico en la herramienta Salud.sis que afecta la productividad y consistencia de información reportada en el RIPS de la red interna del SSFM, registrando como realizados los CUPS.

Ordenados por la especialidad, el cual se reportó mediante oficio a la gerencia del proyecto.

Análisis del Indicador:

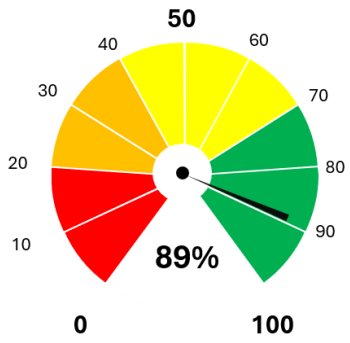
Ilustración 44. CUPS con costo real.

CUPS con costo real

Formula:

(CUPS con costo real/Total CUPS contenidos en el RIPS red interna) * 100

Meta: 100%
Periodicidad: Trimestral
Tipo: Eficiencia
Reporte anterior: N/A
Reporte Actual: 89%



Reporte SVE - I Semestre 2026

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

Se interpreta que para el 89% de los CUPS reportados en el RIPS de la red interna se obtuvo el resultado del costo real aplicando la metodología de micro-costeo desde la afectación contable del centro de costos (mano de obra, materiales y costos indirectos) hasta la asignación al CUPS por factor UVT ponderado según la frecuencia reportada en el RIPS por ESM y Especialidad.

Iniciativa 8 **Actualización del marco normativo del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional** **0.40%**

Esta iniciativa presentó un avance del 0.40%, con una proyección de una (1) tarea al primer semestre y con un cumplimiento del 100% en el desarrollo de estas, a continuación, los resultados estratégicos:

8.1 Area de Costos y Estadística (GRULE)

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

Tarea: Conceptos de viabilidad jurídica.

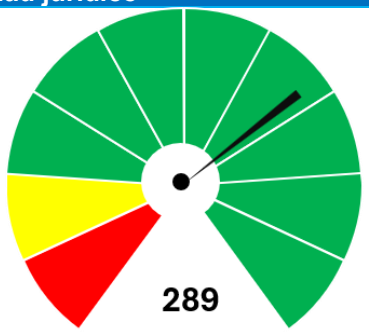
El control de legalidad frente a los proyectos de actualización del marco normativo para el SSFM consiste en revisar que las propuestas de modificación o creación de normas se ajusten al marco jurídico vigente, verificando que sean compatibles con leyes superiores, que la autoridad proponente tenga competencia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

Logros de la gestión.

Fortalecimiento la seguridad jurídica de los procesos normativos, garantiza la legalidad y transparencia en la toma de decisiones, previene riesgos legales que puedan afectar la implementación de políticas públicas, mejora la calidad normativa al asegurar coherencia y compatibilidad con el marco legal vigente, y optimiza la gobernanza al proporcionar conceptos técnicos que respaldan la viabilidad jurídica de los proyectos, lo que contribuye directamente al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la DIGSA.

Análisis del Indicador

Ilustración 45. Total conceptos de viabilidad jurídico.

Total conceptos de viabilidad jurídico	
Formula: (Sumatoria de conceptos emitidos por el Grupo de Asuntos Legales) **Meta:** variable **Periodicidad:** Semestral **Tipo:** Eficiencia **Reporte anterior: N/A** **Reporte Actual: 289**	 **Reporte SVE - I Semestre 2026**

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

Durante el primer semestre de 2026 se efectuó el control de legalidad de 289 actuaciones, distribuidas en 231 actos administrativos, 23 lineamientos, 10 conceptos de viabilidad jurídica y 25 normogramas. La gestión evidencia estabilidad en la revisión de actos administrativos y conceptos jurídicos, mientras que la disminución observada en lineamientos y normogramas obedece a una menor producción documental de estas categorías durante el semestre.

En términos generales, se cumplió con las actividades previstas en el Plan de Acción del Grupo de Asuntos Legales, garantizando el acompañamiento y control jurídico de los documentos sometidos a revisión.

Tabla 5. Conceptos de Viabilidad Jurídica.

Categoría	Registros	Porcentaje (%)
Actos Administrativos	231	79.93%
Lineamientos	23	7.96%
Conceptos Jurídicos	10	3.46%
Normogramas	25	8.65%
Total	**289**	**100%**

Fuente: Elaboración Propia Grupo Asuntos Legales.

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

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
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.
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.