



**IESS-PR**  
POR RESULTADOS

Año: 2016  
Indicadores - Construcción Detallada  
Gestión Médica Integral y Administrativa

12/05/2017 - 15:08  
PM

Número total de indicadores	24	% de metas cerradas sobre el total
Número de indicadores con línea base definida	0	100.00 %
Número de indicadores con metas definidas y cerradas	24	

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
<b>1. Incrementar la calidad de la atención integral de salud MEDIANTE la mejora de los procesos de atención intra y extra mural, la estandarización y aplicación de protocolos y procedimientos médicos, y el fortalecimiento del personal especializado.</b>									
1.34	M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"	Jefatura de Enfermería	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	Sí	NO
1.35	M05 Porcentaje de reagendamento de pacientes	Registros de la unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	Sí	NO
1.37	M09 Porcentaje de quejas escritas de usuarios resueltas en el establecimiento de salud	Registros de la unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	Sí	NO
1.38	M38 Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a primera consulta antes de las 14 semanas	Registros de la unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	Sí	NO
1.39	M40 Porcentaje de referencias realizadas	Registros de la unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	Sí	NO
1.41	A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo	Registros de la unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	Sí	NO
1.43	M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa	Registros de atención de consulta externa del establecimiento de salud	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	Sí	NO
1.46	M51 Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registro de la unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	Sí	NO
1.48	A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario	Registros de la Unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Continuo	Resultados	0	Sí	NO

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
1.51	M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los Afiliados, Beneficiarios y Empleadores	Unidad Médica	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
1.52	M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica	Registros de la unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
1.53	M22 Porcentaje de incidentes de postparto referidos	Registros de la unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
1.54	A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registro de la unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
1.55	M66 Porcentaje de profesionales capacitados en los protocolos y guías de práctica clínica aplicables a la unidad médica	Registros de la Unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
1.56	M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10	Registros de la Unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO

**2. Incrementar el uso eficiente de los recursos financieros del establecimiento de salud MEDIANTE la mejora de los procesos de presupuestación y facturación.**

2.10	A11 Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales	Registros de la unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
2.11	A22 Porcentaje de responsabilidades patronales calculadas	Registros de la Unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
2.12	A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL	Registros de la Unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	NO
2.13	A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS	Registros de la Unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	NO



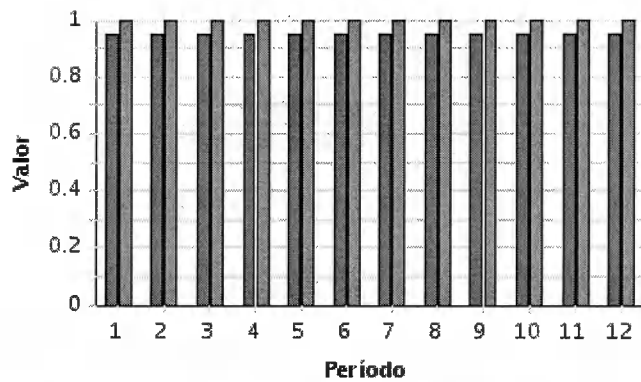
No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
2.14	A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS	Registro de la unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	NO
2.15	A29 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TALENTO HUMANO	Registros de la Unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	NO
2.16	A35 Porcentaje de ejecución del PAC	CRP's	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	NO

### 3. Incrementar el desarrollo del personal de la unidad de salud MEDIANTE la mejora de los subsistemas de talento humano.

3.8	A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos	Registros de la Unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
3.9	A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios	Registros de la Unidad	Sandra Genoveva Ramos Valencia	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO

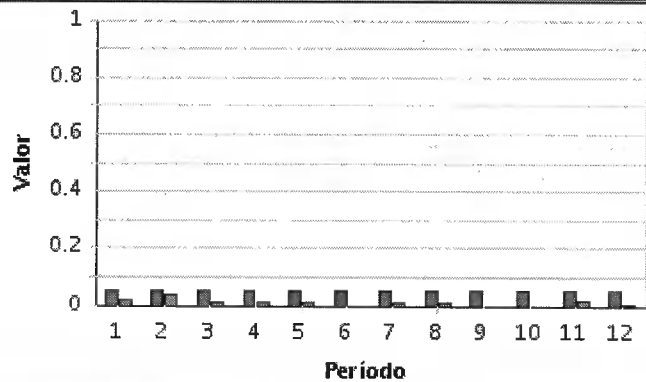
### Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.34 M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"											
<b>Descripción del Indicador</b>	Mide el número de profesionales que brindan atención de enfermería cumpliendo con los diez correctos, con relación al total del personal de enfermería con el que cuenta el Establecimiento de Salud en el período.											
	El personal que está autorizado para realizar este procedimiento, corresponde a los/las profesionales de enfermería, se excluye a los/las auxiliares de enfermería y a los/las profesionales de enfermería que se encuentran cumpliendo roles administrativos.											
	Esto incluye, los seis correctos: Vía correcta, paciente correcto, hora correcta, dosis correcta, medicamento correcto, administración correcta y los cuatro yo: Yo administro, yo respondo, yo preparo, yo registro											
	<b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la DSGSIF es el 100% en cada período para todos los establecimientos de salud  <b>REGISTRO DE METAS:</b> - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%  <b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b> <b>NUMERADOR:</b> Número de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos" durante el período <b>DENOMINADOR:</b> Número total de personal de enfermería evaluados en el período											
<b>Método de cálculo</b>	Número de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos" durante el período / Número total de personal de enfermería evaluados en el período											
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %											
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Meta</b>	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95
<b>Resultado</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	1.35 M05 Porcentaje de reagendamiento de pacientes												
<b>Descripción del Indicador</b>	Mide el nivel de reagendamientos para atenciones de especialidad en Consulta Externa, por causa del establecimiento de salud. <b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la DSGSIF es 0.05 en cada período para todos los establecimientos de salud <hr/> <b>REGISTRO DE METAS:</b> - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% <b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b> - Numerador: Número de pacientes reagendados en el período - Denominador: Número total de pacientes agendados en el período												
<b>Método de cálculo</b>	Número de pacientes reagendados en el período / Número total de pacientes agendados en el período												
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 115.00 %												
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
<b>Meta</b>	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	
<b>Resultado</b>	0.0146	0.0359	0.0127	0.0137	0.0101	0	0.0126	0.0116	0	0	0.0142	0.0063	
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	

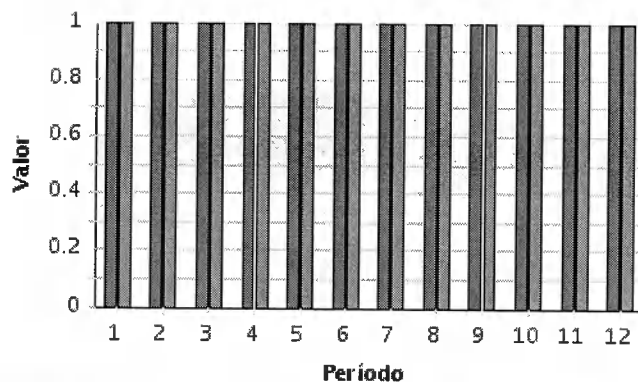


## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	1.37 M09 Porcentaje de quejas escritas de usuarios resueltas en el establecimiento de salud												
<b>Descripción del Indicador</b>	Mide la oportunidad en la solución a quejas escritas de usuarios por parte del establecimiento de salud. <b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la DSGSIF es 1.00 en cada período para todos los establecimientos de salud <hr/> <b>REGISTRO DE METAS:</b> - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% <b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b> - Numerador: Número de quejas escritas de usuarios externos resueltas en el establecimiento de salud en el período - Denominador: Total de quejas escritas de usuarios externos presentadas por los usuarios en el período												
<b>Método de cálculo</b>	Número de quejas escritas de usuarios externos resueltas en el establecimiento de salud en el período / Total de quejas escritas de usuarios externos presentadas por los usuarios en el período												
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %												
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
<b>Meta</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
<b>Resultado</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	

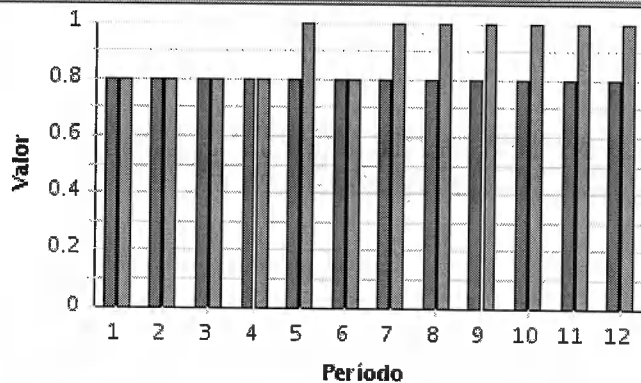


Indicadores - Construcción Detallada



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

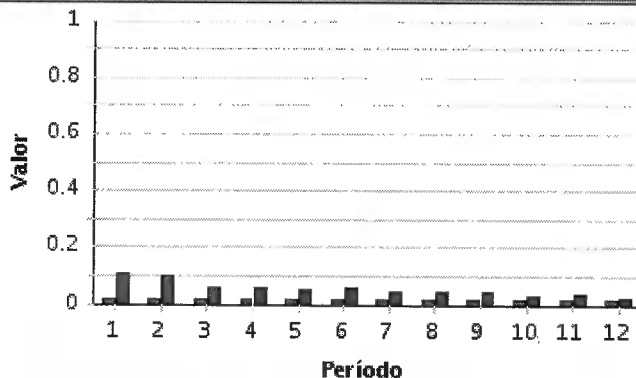
<b>Indicador</b>	1.38 M38 Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a primera consulta antes de las 14 semanas												
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la proporción de mujeres embarazadas que cuentan con un tiempo de embarazo menor a las 14 semanas y que acuden al control por primera vez al establecimiento de salud. Se considera prioritario en control prenatal desde el primer trimestre de la gestación a fin de prevenir la morbilidad materno infantil</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por SGSIF es 90% en cada período para todos los establecimientos de salud.</p> <p><b>REGISTRO DE METAS:</b> - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo; 0.95 es igual a 95%</p> <p><b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b> NUMERADOR: Número de mujeres embarazadas de menos de 14 semanas que acudieron a primera consulta al establecimiento de salud en el período DENOMINADOR: Total de mujeres embarazadas que acudieron por primera vez a la consulta en el período</p>												
<b>Método de cálculo</b>	Número de mujeres embarazadas de menos de 14 semanas que acudieron a primera consulta al establecimiento de salud en el período / Total de mujeres embarazadas que acudieron por primera vez a la consulta en el período												
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %												
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
<b>Meta</b>	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	
<b>Resultado</b>	0.8	0.8	0.8	0.8	1	0.8	1	1	1	1	1	1	
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	1.39 M40 Porcentaje de referencias realizadas												
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide las referencias realizadas a otros establecimientos de salud del IESS por no contar con la capacidad instalada del establecimiento de salud según el nivel de atención y cartera de servicios, debido a: daño o la falta de equipos; ausencia del profesional de salud, falta de dispositivos médicos de laboratorio, falta de medicamentos u otras causas justificadas técnicamente.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> Para todas las unidades médicas, las referencias no deben superar el 10% en cada período.</p> <p><b>REGISTRO DE METAS:</b> - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p><b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b> NUMERADOR: Número de referencias realizadas en el período DENOMINADOR: Total de pacientes que son atendidos en el período</p>												
<b>Método de cálculo</b>	Número de referencias realizadas en el período / Número total de pacientes que son atendidos en el período												

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
Resultado	0.1053	0.0962	0.0549	0.0596	0.0508	0.0584	0.0451	0.0466	0.0453	0.0329	0.0369	0.0263
Estado	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

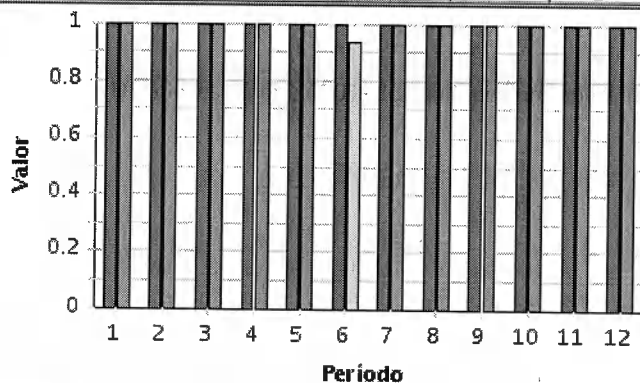


**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

Indicador	1.41 A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo
Descripción del Indicador	<p>Mide a los equipos biomédicos que estén en el inventario de activos fijos que se encuentran operativos al momento de la medición. (Todo equipo que esté en el inventario de activos fijos debe estar operativo - funcional al 100%, si está parcialmente funcional se toma como no operativo).</p> <p>Equipo Biomédico: Cualquier instrumento, aparato, máquina, médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctrico, electrónicos e hidráulicos y/o híbridos, que para uso requieren de una fuente de energía para ser empleados en los seres humanos en uno o más de los siguientes propósitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnóstico, prevención, tratamiento o alivio de la enfermedad</li> <li>- Diagnóstico, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia</li> <li>- Investigación, remplazo, modificación o soporte de la anatomía o de un soporte fisiológico</li> <li>- Soporte o mantenimiento de la vida</li> <li>- Control de la concepción</li> </ul> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es tener el 100% de equipamiento operativo</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de equipos biomédicos que están operativos en el período DENOMINADOR: Número total de equipos biomédicos del establecimiento</p>

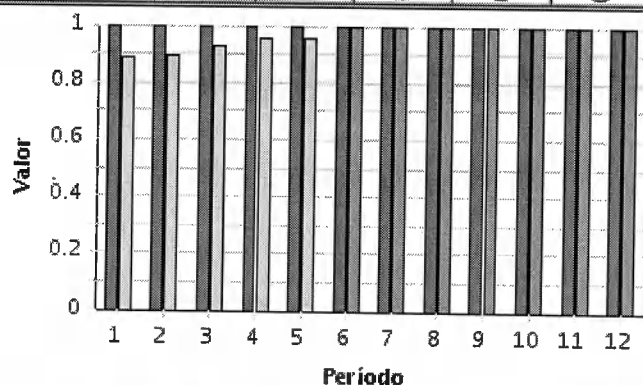
**Método de cálculo** Número de equipos biomédicos que están operativos en el período / Número total de equipos biomédicos del establecimiento

Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	1	1	1	1	1	0.9333	1	1	1	1	1	1
Estado	●	●	●	●	●	▼	●	●	●	●	●	●



**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

<b>Indicador</b>	1.43 M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la efectividad del cumplimiento de la agenda programada de consulta externa en cada período, no se considera las consultas por agenda extendida.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta designada por la DSGSIF es del 100% para todos los establecimientos de salud en cada período.</p> <p><b>REGISTRO DE METAS:</b> - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%</p> <p><b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b> - Numerador: Número de atenciones programadas realizadas en consulta externa en el período - Denominador: Total de citas programadas en el período</p>											
<b>Método de cálculo</b>	Número de atenciones programadas realizadas en consulta externa en el período / Total de citas programadas en el período											
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %											
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Meta</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Resultado</b>	0.8857	0.8961	0.9296	0.9521	0.9542	1	1	1	1	1	1	1
<b>Estado</b>	▼	▼	▼	▼	▼	●	●	●	●	●	●	●

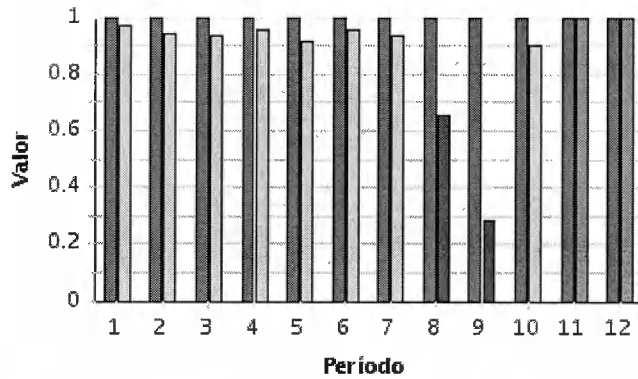


## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	1.46 M51 Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Permite controlar los niveles de abastecimiento de fármacos del cuadro básico según establecimiento de salud para reposición de acuerdo al nivel de complejidad y perfil epidemiológico.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud.</p> <p><b>REGISTRO DE METAS:</b> - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p><b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b> Numerador: Número de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo en el período Denominador: Total de fármacos del cuadro básico en el período</p>											
<b>Método de cálculo</b>	Número de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo en el período / Total de fármacos del cuadro básico en el período											
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %											
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Meta</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Resultado</b>	0.9706	0.9412	0.9353	0.9588	0.9176	0.9529	0.9353	0.6552	0.2836	0.9022	1	1
<b>Estado</b>	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	●	●	▼	●	●

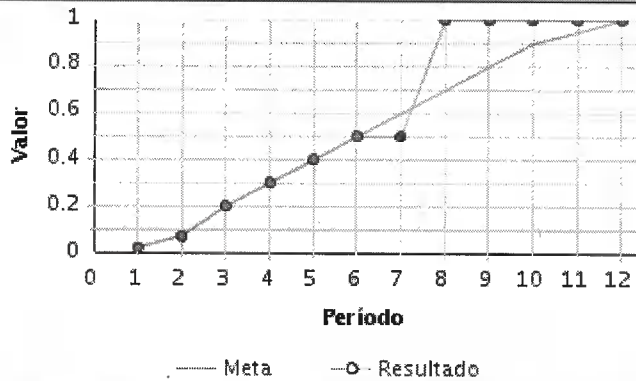


Indicadores - Construcción Detallada



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	1.48 A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario												
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide el cumplimiento del mantenimiento de los equipos sanitarios que se encuentran en operación existentes en cada Unidad Médica                  Debe elaborar la programación para el año 2017 del Número de mantenimientos que se darán a los equipos sanitarios operativos de la Unidad Médica.</p> <p>METAS ESTÁNDARES:                  La meta asignada por DSGSIF es llegar al 100% al mes de diciembre</p> <p>REGISTRO DE METAS:                  - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS:                  - Numerador: Sumatoria de mantenimientos realizados a los equipos sanitarios operativos                  - Denominador: Total de mantenimientos de los equipos sanitarios operativos programados en el año.</p>												
<b>Método de cálculo</b>	Sumatoria de mantenimientos realizados a los equipos sanitarios operativos/ Total de mantenimientos de los equipos sanitarios operativos programados en el año.												
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %												
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
<b>Meta</b>	0.02	0.07	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	0.95	1	
<b>Resultado</b>	0.02	0.07	0.2	0.3	0.4	0.5	0.5	1	1	1	1	1	
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	

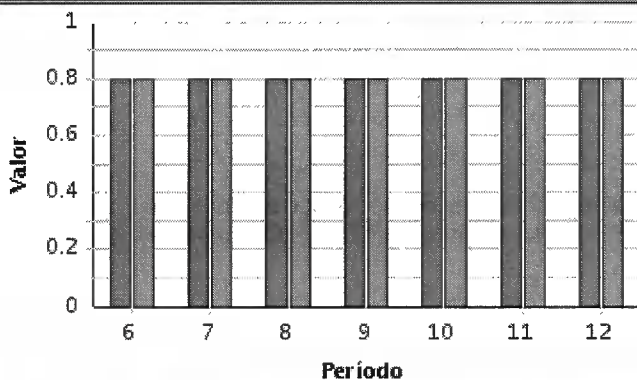


Indicadores - Construcción Detallada(Período)

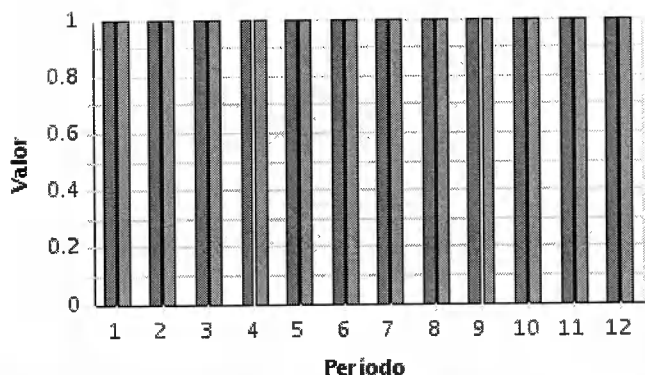
<b>Indicador</b>	1.51 M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los Afiliados, Beneficiarios y Empleadores												
------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<b>Descripción del Indicador</b>	Mide el número de quejas y reclamos atendidos, cumpliendo con los tiempos establecidos (máximo 48 horas), ingresados por los diferentes canales con los que cuenta el IESS, como son: Teléfonos Rojos, Redes Sociales, Teléfonos Institucionales, Correos Electrónicos, Página Web, Presenciales, Oficinas, con relación al total de quejas y reclamos recibidas por los diferentes canales que posee el IESS, en un periodo mensual.											
	Importante: Debe reportar el número de quejas y reclamos resueltas en el período, ejemplo; el 31 de mayo la USAABE enviará el número de los casos abiertos a gestionarse en el mes de junio (casos de mayo) y estos se deberá reportar hasta el 10 de julio. Este proceso involucra la apertura de un caso en el sistema, al cual se le da seguimiento, mediante trazabilidad y finaliza cuando en el sistema se cierra el caso, con sus respectivas observaciones.											
	METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la USAABE es 85% en cada período											
	REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%											
<b>Método de cálculo</b>	Número de atenciones de quejas y reclamos atendidos / Total de quejas y reclamos recibidas											
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %											
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Meta</b>						0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
<b>Resultado</b>						0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
<b>Estado</b>						●	●	●	●	●	●	●

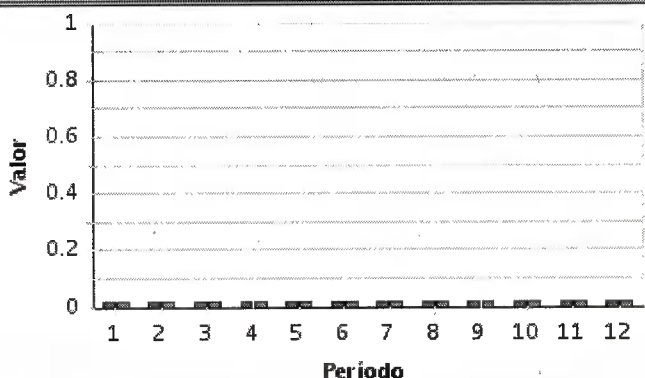


Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<b>Indicador</b>	1.52 M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica											
<b>Descripción del Indicador</b>	Mide la aplicación de los protocolos aprobados por el Ministerio de Salud Pública o en su ausencia, aquellos aplicados en el establecimiento luego de la aprobación de la Dirección Médica. Para obtener estos resultados, los auditores o personas asignadas para este proceso, deberán extraer información mediante un estudio muestral del universo de altas de consulta o egresos hospitalarios.											
	METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud											
	REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%											
	REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de egresos o altas de consulta con aplicación correcta de protocolos o guías de práctica clínica documentada en epicrisis de la muestra tomada en el período DENOMINADOR: Total de la muestra de egresos o altas en el período											
<b>Método de cálculo</b>	Número de egresos o altas de consulta con aplicación correcta de protocolos o guías de práctica clínica documentada en epicrisis de la muestra tomada en el período / Total de la muestra de egresos o altas en el período											
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %											
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Meta</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Resultado</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	1.53 M22 Porcentaje de incidentes de postparto referidos												
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide las referencias de incidentes de postpartos que se realizan desde el establecimiento de salud por falta de capacidad instalada. Este indicador no considera los casos referidos por capacidad resolutive.</p> <p>Un incidente es una complicación que se produce después del parto y representa algún tipo de afectación de la salud.</p> <p>Importante: una atención de consulta de postparto, lo puede realizar cualquier unidad de salud, independientemente que posea el especialista o sala de partos.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por DSGSIF es hasta el 1% en cada período para todos los establecimientos de salud.</p> <p><b>REGISTRO DE METAS:</b> - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%.</p> <p><b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b> NUMERADOR:(Número de incidentes de postparto referidos en el período - Número de incidentes de postparto referidos por superar la capacidad resolutive del establecimiento en el período) DENOMINADOR: Número total de postpartos atendidos en el período.</p>												
<b>Método de cálculo</b>	(Número de incidentes de postparto referidos en el período - Número de incidentes de postparto referidos por superar la capacidad resolutive del establecimiento en el período) / Número total de postpartos atendidos en el período												
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 115.00 %												
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
<b>Meta</b>	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	
<b>Resultado</b>	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	1.54 A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo												
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																		
<b>Descripción del Indicador</b>	Mide el promedio de los porcentajes de dispositivos médicos con stock mayor o igual al stock mínimo que resulten de cada una de las áreas (material de curación; laboratorio; odontología; imagen; banco de sangre; hemodiálisis; endoprótesis; prótesis) considerando los ítems que utiliza cada unidad médica de acuerdo a la tipología y perfil epidemiológico que son necesarios para la entrega de las prestaciones de salud a los usuarios y que constan en su programación anual de contrataciones (PAC).																																	
	Definición de Dispositivos Médicos: Son los artículos, instrumentos, aparatos, artefactos o invenciones mecánicas, incluyendo sus componentes, partes o accesorios, fabricados, vendidos o recomendados para uso en diagnóstico, tratamiento curativo o paliativo, prevención de una enfermedad, trastorno o estado físico anormal o sus síntomas para reemplazar o modificar la anatomía o un proceso fisiológico o controlarla. Incluye las amalgamas, barnices, sellantes y más productos dentales similares																																	
	METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todas las Unidades Médicas.																																	
	REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%																																	
	REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Suma de Porcentajes de Dispositivos Médicos con stock mayor o igual al stock mínimo de cada una de las Áreas de Servicio de la Unidad Médica - Denominador: Total de Áreas de Servicio de la Unidad Médica																																	
<b>Método de cálculo</b>	Suma de Porcentajes de Dispositivos Médicos con stock mayor o igual al stock mínimo de cada una de las Áreas de Servicio de la Unidad Médica / Total de Áreas de Servicio de la Unidad Médica																																	
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %																																	
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic																						
<b>Meta</b>							1	1	1	1	1	1																						
<b>Resultado</b>							0.9	0.9	0.87	0.95	1	1																						
<b>Estado</b>							▽	▽	▽	▽	●	●																						
<table border="1"> <caption>Bar Chart Data</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Dark Grey Bar (Resultado)</th> <th>Light Grey Bar (Meta)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7</td> <td>0.95</td> <td>0.9</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>0.9</td> <td>0.85</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>0.85</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>0.95</td> <td>0.95</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>0.95</td> <td>0.95</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>0.95</td> <td>0.95</td> </tr> </tbody> </table>														Período	Dark Grey Bar (Resultado)	Light Grey Bar (Meta)	7	0.95	0.9	8	0.9	0.85	9	0.85	0.8	10	0.95	0.95	11	0.95	0.95	12	0.95	0.95
Período	Dark Grey Bar (Resultado)	Light Grey Bar (Meta)																																
7	0.95	0.9																																
8	0.9	0.85																																
9	0.85	0.8																																
10	0.95	0.95																																
11	0.95	0.95																																
12	0.95	0.95																																

Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
<b>Indicador</b>	1.55 M66 Porcentaje de profesionales capacitados en los protocolos y guías de práctica clínica aplicables a la unidad médica
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la proporción de Profesionales de la Salud con conocimiento de protocolos y Guías de Práctica Clínica en relación al total de profesionales que trabajan en áreas médicas del establecimiento de salud. Cabe indicar que este conocimiento debería tener todo personal que trabaja en esta área, y por lo tanto si necesitaran algún refuerzo, se debe realizar las gestiones pertinentes de manera inmediata, incluso si uno de los compañeros que si lo sepa hacer, les ayude con ese refuerzo. No se refiere a realizar una capacitación al personal, más bien de constatar que el personal sea el adecuado para realizar las gestiones que requiere el área.</p> <p>Las Guías de Práctica Clínica están dirigidas a profesionales de la salud con el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud. Los protocolos definen la atención y/o cuidado que ha de recibir el enfermo, las vías definen cuándo, cómo y en qué secuencia la atención y/o cuidado se ha de proporcionar y además especifica los objetivos de cada fase. Sus orígenes tienen sus bases en los fundamentos de la medicina basada en la evidencia y su elaboración tiene el propósito de reducir la variabilidad de la práctica médica para garantizar un nivel óptimo de calidad y mejorar la atención de la salud.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la DSGSIF es del 100% en cada período para todos los establecimientos de salud.</p> <p><b>REGISTRO DE METAS:</b> La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%.</p> <p><b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b> -Numerador: Número de profesionales capacitados en protocolos y guías de práctica clínica. -Denominador: Total de profesionales de salud que laboran en la unidad médica.</p>

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<b>Método de cálculo</b>	Número de profesionales capacitados en protocolos y guías de práctica clínica/Total de profesionales de salud que laboran en la unidad médica											
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %											
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Meta</b>				1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Resultado</b>				1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Estado</b>				●	●	●	●	●	●	●	●	●

Periodo	Valor
4	1
5	1
6	1
7	1
8	1
9	1
10	1
11	1
12	1

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<b>Indicador</b>	1.56 M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide el nivel de pertinencia médica en relación a cuadros sindrómicos que se encuentran registrados</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por SGSIF es del 100% en cada período para todos los establecimientos de salud</p> <p><b>REGISTRO DE METAS:</b> - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p><b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b> - Numerador: Número de pertinencias de codificación CIE10 encontradas - Denominador: Número total de registros auditados</p>											
<b>Método de cálculo</b>	Número de pertinencias de codificación CIE10 encontradas / Número total de registros auditados											
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %											
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Meta</b>	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95
<b>Resultado</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

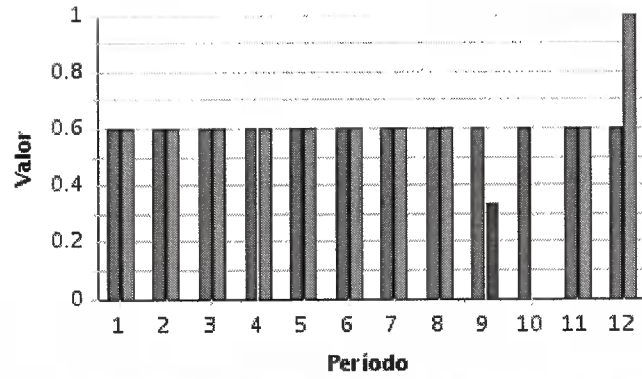
Periodo	Valor
1	1
2	1
3	1
4	1
5	1
6	1
7	1
8	1
9	1
10	1
11	1
12	1

Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
<b>Indicador</b>	2.10 A11 Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales



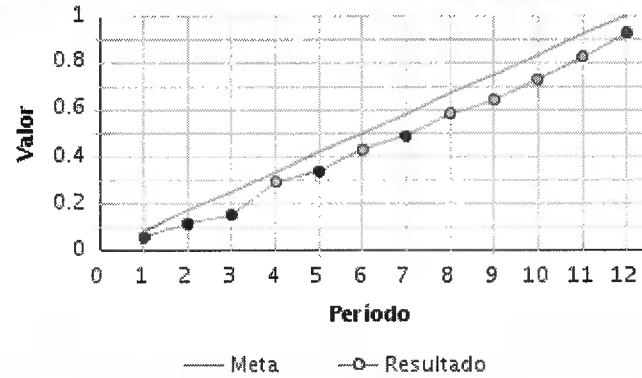
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
<b>Descripción del Indicador</b>	Mide la relación entre la facturación enviada del período y los costos totales del período.																																					
	METAS ESTÁNDARES: -La meta asignada es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud																																					
	REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%																																					
	REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Monto total facturado enviado en el período DENOMINADOR: Costos totales en el período (WinSIG)																																					
<b>Método de cálculo</b>	Monto total facturado enviado en el período/Costos totales en el período (WinSIG)																																					
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %																																					
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic																										
<b>Meta</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																										
<b>Resultado</b>	0.9425	0.9705	1.0276	0.64	0.7534	0.6368	1.0017	1	0.9013	0.8702	1.0955	0.7881																										
<b>Estado</b>	▼	▼	●	●	●	●	●	●	▼	▼	●	●																										
<table border="1"> <caption>Bar Chart Data</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0.9425</td></tr> <tr><td>2</td><td>0.9705</td></tr> <tr><td>3</td><td>1.0276</td></tr> <tr><td>4</td><td>0.64</td></tr> <tr><td>5</td><td>0.7534</td></tr> <tr><td>6</td><td>0.6368</td></tr> <tr><td>7</td><td>1.0017</td></tr> <tr><td>8</td><td>1</td></tr> <tr><td>9</td><td>0.9013</td></tr> <tr><td>10</td><td>0.8702</td></tr> <tr><td>11</td><td>1.0955</td></tr> <tr><td>12</td><td>0.7881</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	1	0.9425	2	0.9705	3	1.0276	4	0.64	5	0.7534	6	0.6368	7	1.0017	8	1	9	0.9013	10	0.8702	11	1.0955	12	0.7881
Período	Valor																																					
1	0.9425																																					
2	0.9705																																					
3	1.0276																																					
4	0.64																																					
5	0.7534																																					
6	0.6368																																					
7	1.0017																																					
8	1																																					
9	0.9013																																					
10	0.8702																																					
11	1.0955																																					
12	0.7881																																					

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<b>Indicador</b>	2.11 A22 Porcentaje de responsabilidades patronales calculadas											
<b>Descripción del Indicador</b>	Mide la proporción de cálculo de Responsabilidades Patronales respecto al monto total de prestaciones de la unidad, en el período											
	METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es mayor o igual a 60% en cada período para todos los establecimientos de salud											
	REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.00 o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%											
	REGISTRO DE RESULTADOS: Numerador: Número de Responsabilidades Patronales calculadas Denominador: Número total de atenciones que caen en Responsabilidad Patronal en el período											
<b>Método de cálculo</b>	Número de Responsabilidades Patronales calculadas / Número total de atenciones que caen en Responsabilidad Patronal en el período											
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %											
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Meta</b>	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
<b>Resultado</b>	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.3333	0	0.6	1
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

<b>Indicador</b>	2.12 A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL												
<b>Descripción del Indicador</b>	Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto total del establecimiento de salud.  METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF considerando los procesos de compra centralizada la meta es llegar al 90% distribuido de manera mensual, es aceptable que cumplan en cada cuatrimestre 30.00%.  REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%  REGISTRO DE RESULTADOS:  - Numerador: Presupuesto ejecutado acumulado - Denominador: Presupuesto codificado												
<b>Método de cálculo</b>	Presupuesto ejecutado acumulado / Presupuesto codificado												
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 10.00 % y 15.00 %												
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
<b>Meta</b>	0.0833	0.1667	0.25	0.3333	0.4167	0.5	0.5833	0.6667	0.75	0.8333	0.9167	1	
<b>Resultado</b>	0.0529	0.1116	0.1492	0.2879	0.3368	0.4281	0.4847	0.5811	0.6409	0.7283	0.8247	0.9235	
<b>Estado</b>	⊙	⊙	⊙	▽	⊙	▽	⊙	▽	▽	▽	▽	⊙	



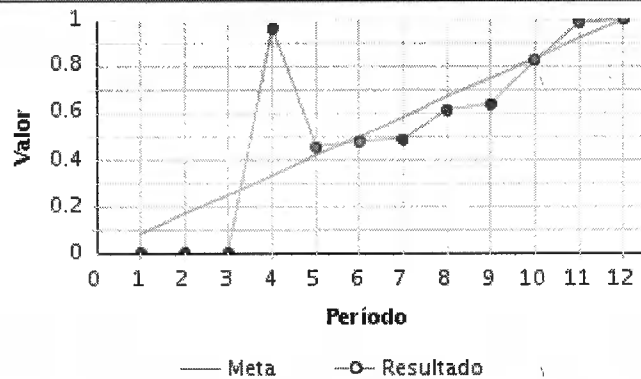
**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

<b>Indicador</b>	2.13 A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS												
<b>Descripción del Indicador</b>	Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto gasto corriente del GRUPO especificado en relación al monto codificado .  METAS ESTÁNDARES: La meta será asignada por cada establecimiento de salud se considerará que por lo menos el primer semestre debe mantenerse abastecido.  REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%  REGISTRO DE RESULTADOS:  - Numerador: Monto ejecutado acumulado - Denominador: Monto codificado acumulado												
<b>Método de cálculo</b>	Monto ejecutado acumulado / Monto codificado acumulado												
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 10.00 % y 15.00 %												



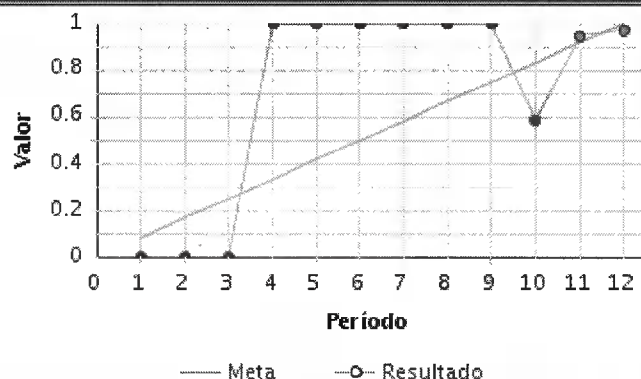
## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.0833	0.1667	0.25	0.3333	0.4167	0.5	0.5833	0.6667	0.75	0.8333	0.9167	1
Resultado	0	0	0	0.9603	0.4512	0.4776	0.4843	0.6088	0.6372	0.8212	0.9842	0.998
Estado												



## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	2.14 A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS											
Descripción del Indicador	<p>Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto gasto corriente del GRUPO especificado en relación al monto codificado .</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta será asignada por cada establecimiento de salud se considerará que por lo menos el primer semestre debe mantenerse abastecido.</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numerador: Monto ejecutado acumulado</li> <li>- Denominador: Monto codificado acumulado</li> </ul>											
Método de cálculo	Monto ejecutado acumulado / Monto codificado acumulado											
Umbral Amarillo	Entre 10.00 % y 15.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.0833	0.1667	0.25	0.3333	0.4167	0.5	0.5833	0.6667	0.75	0.8333	0.9167	1
Resultado	0	0	0	0.9961	0.9961	0.9961	0.9961	0.9961	0.9961	0.5856	0.9437	0.967
Estado												



## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	2.15 A29 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TALENTO HUMANO
-----------	--

**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

**Descripción del Indicador**

Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto gasto corriente del GRUPO especificado en relación al monto codificado .

**METAS ESTÁNDARES:**  
La meta asignada por la DSGSIF es llegar al 100%, es aceptable que cumplan en cada cuatrimestre 33.33%.

-----

**REGISTRO DE METAS:**  
La meta debe ser registrada en formato 0.00 o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%

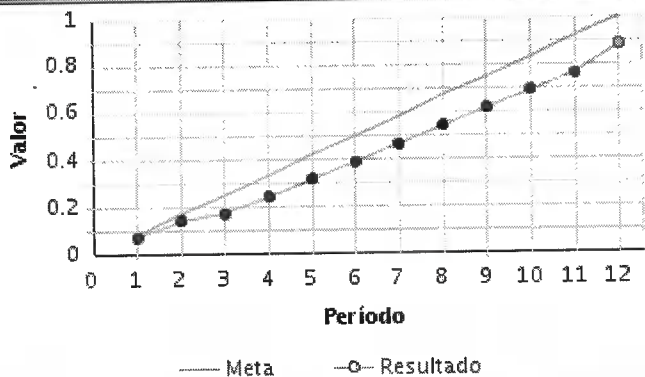
**REGISTRO DE RESULTADOS:**

- Numerador: Monto ejecutado acumulado
- Denominador: Monto codificado acumulado

**Método de cálculo**  
Monto ejecutado acumulado / Monto codificado acumulado

**Umbral Amarillo**  
Entre 10.00 % y 15.00 %

Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Meta</b>	0.0833	0.1667	0.25	0.3333	0.4167	0.5	0.5833	0.6667	0.75	0.8333	0.9167	1
<b>Resultado</b>	0.0691	0.1382	0.1703	0.2402	0.313	0.3868	0.4605	0.5416	0.615	0.6887	0.7625	0.8813
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	▼



**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

**Indicador**  
2.16 A35 Porcentaje de ejecución del PAC

**Descripción del Indicador**

Mide la ejecución del PAC en cada Centro de Responsabilidad Presupuestario

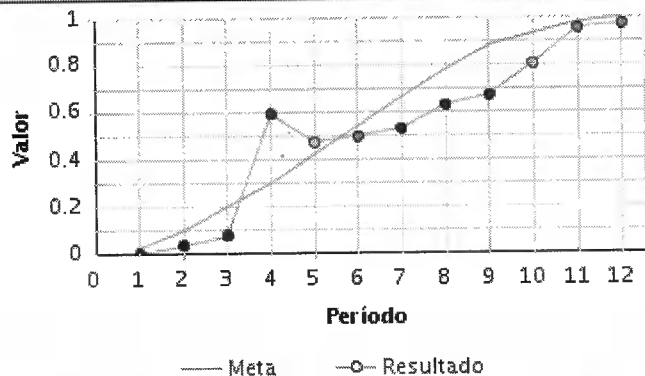
**METAS ESTÁNDARES:**  
La meta establecida para todos los establecimientos es: ENE-2%, FEB-10%, MRZ-20%, ABR-30, MAY-42%, JUN-54%, JUL-66%, AGS-78%, SPT-88%, OCT-93%, NOV-98%, DIC-100%

**REGISTRO DE RESULTADOS:**  
NUMERADOR: Monto del PAC ejecutado  
DENOMINADOR: Monto del PAC codificado

**Método de cálculo**  
Monto del PAC ejecutado / Monto del PAC codificado

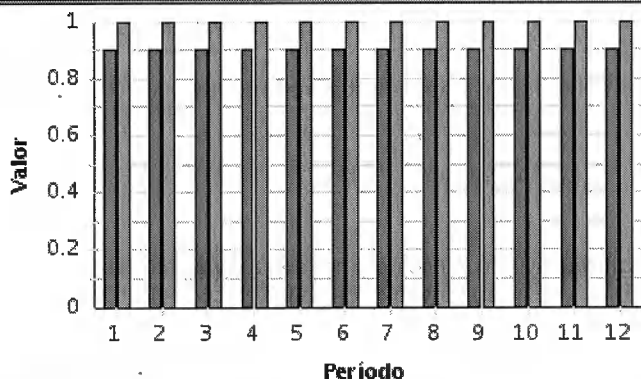
**Umbral Amarillo**  
Entre 10.00 % y 15.00 %

Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Meta</b>	0.02	0.1	0.2	0.3	0.42	0.54	0.66	0.78	0.88	0.93	0.98	1
<b>Resultado</b>	0	0.0322	0.0726	0.5885	0.4667	0.4953	0.5269	0.6257	0.6686	0.8003	0.9501	0.9698
<b>Estado</b>	●	●	●	●	▼	●	●	●	●	▼	●	●





Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<b>Indicador</b>	3.8 A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la relación entre los profesionales de salud que cumplen con los requisitos: Título profesional, experiencia, especialidad en relación al puesto a desempeñar, de todos los profesionales del área médica y administrativa</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud</p> <p><b>REGISTRO DE METAS:</b> La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p><b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numerador: Número de profesionales que cumplen con el perfil especificado según cartera de servicios</li> <li>- Denominador: Total de profesionales del establecimiento de salud</li> </ul>											
<b>Método de cálculo</b>	Número de profesionales que cumplen con el perfil especificado según cartera de servicios / Total de profesionales del establecimiento de salud											
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %											
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Meta</b>	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
<b>Resultado</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<b>Indicador</b>	3.9 A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la cantidad de profesionales de salud que necesita el establecimiento acorde a la cartera de servicios y a la demanda que tenga cada Establecimiento de Salud</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la DSGSIF es 90% en cada período para todos los establecimientos de salud</p> <p><b>REGISTRO DE METAS:</b> La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%</p> <p><b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Numerador: Número de servicios del establecimiento que cuentan con plantilla completa</li> <li>- Denominador: Total de servicios que cuenta el establecimiento de salud</li> </ul>											
<b>Método de cálculo</b>	Número de servicios del establecimiento que cuentan con plantilla completa / Total de servicios que cuenta el establecimiento de salud											
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %											
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Meta</b>	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
<b>Resultado</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Indicadores - Construcción Detallada

