

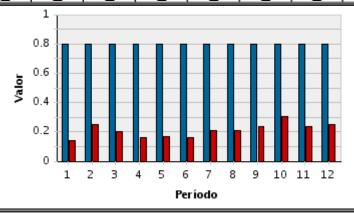
Número total de indicadores	25	% de metas cerradas sobre el total
Número de indicadores con línea base definida	2	100.00 %
Número de indicadores con metas definidas y cerradas	25	100.00 %

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquia de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
1. Inc	rementar la calidad,	, calidez y oportu	nidad en la pre	stación de se	ervicios de salud				
1.8	M38 Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a primera consulta antes de las 14 semanas	Registros de la unidad	Marlene Romo Medina	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.15	M39 Porcentaje de embarazadas con parto normal atendidas en el establecimiento de salud	Registros de la Unidad	Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.25	M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los afiliados, beneficiarios y empleadores	Unidad Médica	Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.26	A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registro de la unidad	Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.27	A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo	Registros de la unidad	Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.29	M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa	Registros de atención de consulta externa del establecimiento de salud	Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.30	M51 Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registro de la unidad	Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ

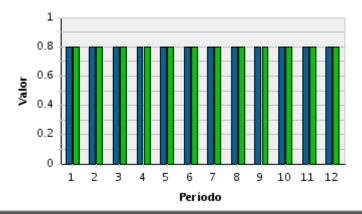
No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquia de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
1.31	M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"	Jefatura de Enfermería	Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.32	M09 Porcentaje de quejas escritas de usuarios resueltas en el establecimiento de salud	Registros de la unidad	Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Discreto	Resultados	0.95	SÍ	SÍ
1.33	M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica	Registros de la unidad	Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.34	M22 Porcentaje de incidentes de postparto referidos	Registros de la unidad			Resultados	0	SÍ	SÍ	
1.35	M66 Porcentaje de profesionales capacitados en los protocolos y guías de práctica clínica aplicables a la unidad médica	Registros de la Unidad	Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
2. In	crementar la eficiend	cia operacional							
2.2	M05 Porcentaje de reagendamiento de pacientes	Registros de la unidad		12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
2.15	A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario	Registro de la unidad	Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
2.16	M40 Porcentaje de referencias realizadas	Registros de la unidad	Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Discreto	Resultados	0.04	SÍ	SÍ
3. In	crementar las capaci	idades técnicas y	administrativa	s del talento	humano				
3.5	A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos	Registros de la Unidad	Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
3.7	A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios	Registros de la Unidad	Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquia de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
3.9	M61 Porcentaje pertinencia de codificación CIE	General de	n Jorge Gabriel Olaya	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
4. In	crementar el us	o eficiente de los r	ecursos financiero	os					
4.2	A11 Porcentaje d facturación envi en relación a costos totales		la Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.6	A22 Porcentaje oresponsabilidad patronales calculadas		Jorge Gabriel Olaya Vásquez	Olaya 12 Discre		Resultados	0	SÍ	SÍ
4.7	A24 Porcentaje ejecución presupuestaria - Gasto Corriente TOTAL	Registros de	la Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	12 Continuo I		0	SÍ	SÍ
4.8	A27 Porcentaje o ejecución presupuestaria - Gasto Corriente MEDICINAS	Registros de	la Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.9	A28 Porcentaje e ejecución presupuestaria - Gasto Corriente INSUMOS	Registro de	Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.10	A29 Porcentaje e ejecución presupuestaria - Gasto Corriente TALENTO HUMANO	· Registros de	la Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.11	A35 Porcentaje ejecución del PA		Jorge Gabriel Olaya Vásquez	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
			Indicadores - C	Construcción	Detallada(Período)				
	Indicador			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	cuden a primera cor				
		que acuden al con desde el primer tri METAS ESTÁNDAF	trol por primera ve mestre de la gesta RES:	z al establecii ción a fin de p	uentan con un tiemp miento de salud. Se prevenir la morbimo	considera pri rtalidad mate	oritario erno infa	en control   Intil	
De	escripción del Indicador	REGISTRO DE ME	ΓAS:	·	do para todos los es 00, por ejemplo: 0.99			iwu.	
		establecimiento de	mero de mujeres e e salud en el períoc	lo	de menos de 14 sema ue acudieron por pri	·		•	

	Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Método de cálculo		mero de mujeres embarazadas de menos de 14 semanas que acudieron a primera consulta al establecimiento salud en el período / Total de mujeres embarazadas que acudieron por primera vez a la consulta en el período											
Umbral Amarillo	Entre 100	ntre 100.00 % y 85.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Meta	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	
Resultado	0.1429	0.25	0.2045	0.1579	0.1667	0.1591	0.2105	0.2115	0.2391	0.3056	0.234	0.25	
Estado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	



#### Indicadores - Construcción Detallada(Período) Indicador 1.15 M39 Porcentaje de embarazadas con parto normal atendidas en el establecimiento de salud Mide el nivel de adherencia de la embarazada a la atención integral brindada por el establecimiento de salud. Para lograr éxito en este indicador, se sugiere que el nivel directivo del establecimiento de salud, fomente el trato digno a la embarazada y la relación médico - paciente. Para el caso del nivel hospitalario aplica a los establecimientos que son puerta de entrada para el control prenatal o que atienden referencias de embarazadas con factores de riesgo, que terminan en parto normal. Importante: Este indicador aplica solo para los hospitales considerados como puerta de entrada (Hospitales nivel II) y los Centros de Salud Tipo "C" Descripción del **METAS ESTÁNDARES:** Indicador La meta asignada por SGSIF es 0.85% 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 embarazadas con control prenatal y parto normal atendidas en el establecimiento de salud en el período DENOMINADOR: Número total de embarazadas con control prenatal realizado en el establecimiento de salud en el período Número de embarazadas con control prenatal y parto normal atendidas en el establecimiento de salud en el Método de cálculo período / Número total de embarazadas con control prenatal realizado en el establecimiento de salud en el período **Umbral Amarillo** Entre 100.00 % y 85.00 % Período Ene Feb Mar Abr May Jun Jul Oct Nov Dic Ago Sep Meta 8.0 8.0 8.0 8.0 8.0 8.0 8.0 8.0 8.0 8.0 8.0 8.0 Resultado 8.0 8.0 8.0 8.0 0.8 8.0 8.0 8.0 8.0 8.0 8.0 8.0 Estado



#### Indicador

1.25 M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los afiliados, beneficiarios y empleadores

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, Oficios, 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

## Descripción del Indicador

METAS ESTÁNDARES:

observaciones.

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%

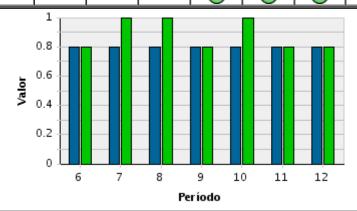
#### **REGISTRO DE RESULTADOS:**

- Numerador: Número de atenciones de quejas y reclamos atendidos
- Denominador: Total de quejas y reclamos recibidas

Método de cálculo Número de atenciones de quejas y reclamos atendidos / Total de quejas y reclamos recibidas

Ilmhral Amarillo	Entre 100.00 % v 85.00 %
Ullibrat Allianito	1 ETILI E 100.00 % V 63.00 %

Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta						0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Resultado						0.8	1	1	0.8	1	0.8	0.8
Estado												



# Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador 1.26 A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo

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).

## Descripción del Indicador

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:

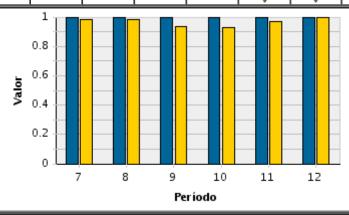
- Numerador: Suma de Porcentajes de Dispositivos Médicos con stock mayor o igual al stock mínimo de cada una de las Áreas de Servicio de la Unidad Médica
- Denominador: Total de Áreas de Servicio de la Unidad Médica

#### Método de cálculo

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

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
Resultado							0.985	0.9825	0.9375	0.93	0.9675	0.995
Estado							$\nabla$	$\nabla$	$\nabla$	$\nabla$	$\nabla$	$\nabla$



#### Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador

1.27 A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo

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).

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:

- Diagnóstico, prevención, tratamiento o alivio de la enfermedad
- Diagnóstico, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia
- Investigación, remplazo, modificación o soporte de la anatomía o de un soporte fisiológico
- Soporte o mantenimiento de la vida
- Control de la concepción

#### METAS ESTÁNDARES:

La meta asignada por la DSGSIF es tener el 100% de equipamiento operativo

#### **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 equipos biomédicos que están operativos en el período DENOMINADOR: Número total de equipos biomédicos del establecimiento

#### Método de cálculo

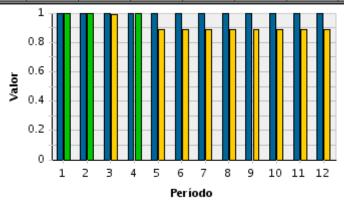
Descripción del

Indicador

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

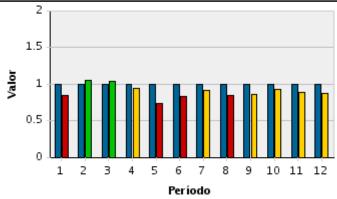
# Umbral Amarillo | Entre 100.00 % y 85.00 %

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	0.9867	1	0.8889	0.8889	0.8889	0.8889	0.8889	0.8889	0.8889	0.8904
Estado			$\nabla$		$\nabla$							



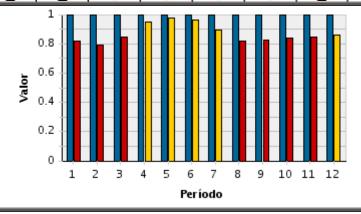
# Indicadores - Construcción Detallada(Período) Indicador 1.29 M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa Mide la efectividad del cumplimiento de la agenda programada de consulta externa en cada período, no se considera las consultas por agenda extendida. METAS ESTÁNDARES: La meta designada por la DSGSIF es del 100% para todos los establecimientos de salud en cada período. Descripción del Indicador **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: Número de atenciones programadas realizadas en consulta externa en el período - Denominador: Total de citas programadas en el período Número de atenciones programadas realizadas en consulta externa en el período / Total de citas programadas Método de cálculo en el período

	Indicadores - Construcción Detallada(Período)											
Umbral Amarillo	Entre 100	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	0.8472	1.0543	1.0288	0.9333	0.7316	0.8247	0.9146	0.8488	0.855	0.9293	0.877	0.867
Estado	0			$\nabla$	0	0	$\overline{}$	0	$\overline{}$	$\overline{}$	$\overline{}$	$\overline{}$



<u> </u>												
			Indica	dores - C	onstrucci	ón Detall	ada(Perío	do)				
Indicador	1.30 M51	Porcentaj	e de fárma	acos del c	uadro bás	ico con st	ock mayo	r o igual a	al stock m	ínimo		
		Permite controlar los niveles de abastecimiento de fármacos del cuadro básico según establecimiento de saludo Dara reposición de acuerdo al nivel de complejidad y perfil epidemiológico.										salud
Descripción del Indicador	REGISTR - La meta REGISTR NUMERA	asignada   O DE MET I debe ser O DE RES IDOR: Núi	por la DS0	a en form S: ármacos c	ato 0.XX o	o 1.00, por básico co	ejemplo: on stock m	0.95 es ig nayor o igi	jual a 95%	,		íodo
Método de cálculo	Número	de fármac	os del cua ro básico	dro básic	o con sto				imo en el	período /	Total de	
Umbral Amarillo	Entre 100	.00 % y 8	5.00 %									
Período	Eno	Eab	Mar	Abr	May	lun	lul	Ago	Sen	Oct	Nov	Dic

Período Ene Feb Mar Abr May Jun Oct Nov Dic Jul Ago Sep Meta 0.8174 0.8359 0.9609 Resultado 0.7913 0.8435 0.952 0.9766 0.8906 0.8203 0.8281 0.8425 0.8605 0 0 Estado 0 0



Indicador 1.31 M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"

# Indicadores - Construcción Detallada(Período) 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 Descripción del y los cuatro yo: Yo administro, yo respondo, yo preparo, yo registro Indicador **METAS ESTÁNDARES:** La meta asignada por la DSGSIF es el 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:**

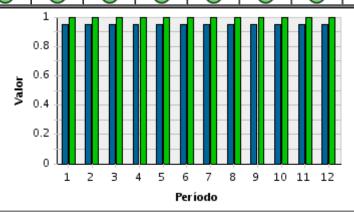
NUMERADOR: Número de profesionales de enfermería que cumple los ""Diez Correctos"" durante el período DENOMINADOR: Número total de personal de enfermería evaluados en el período

# Método de cálculo

Número de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos" durante el período / Número total de personal de enfermería evaluados en el período

Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %
-----------------	--------------------------

Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95
Resultado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado												



			Indica	dores - C	onstrucci	ón Detall	ada(Perío	do)						
Indicador	1.32 M09	Porcentaj	e de queja	as escritas	s de usuar	ios resuel	tas en el e	establecin	niento de	salud				
	METAS E	e la oportunidad en la solución a quejas escritas de usuarios por parte del establecimiento de salud.  AS ESTÁNDARES: neta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud												
Descripción del Indicador	REGISTR - Numera período	debe ser O DE RES dor: Núm	registrad ULTADOS ero de qu	5: ejas escrit	tas de usu	arios exte	rnos resu		l establec	imiento d	le salud er el período	n el		
Método de cálculo		nominador: Total de quejas escritas de usuarios externos presentadas por los usuarios en el período nero de quejas escritas de usuarios externos resueltas en el establecimiento de salud en el período / Total de as escritas de usuarios externos presentadas por los usuarios en el período												
Umbral Amarillo	Entre 100	.00 % y 8	5.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
	,				,	,	,	,	,	,				

			Indica	adores - Co	onstruccio	ón Detalla	ada(Perío	ao)				
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0
1 0.8 0.4 0.2 0.2 0.2 0.2 0.2 0.2 0.2 0.2 0.2 0.2												
Indicador	1.33 M08	Porcenta	je de cum	plimiento	de protoc	olos o guí	as de prá	ctica clínic	a			
	los audito	ores o per del unive	rsonas asi rso de alt	ento luego ignadas pa tas de cons	ara este pr	roceso, de resos hosp	berán ext pitalarios.					auos,
Descripción del Indicador	REGISTR - La meta REGISTR NUMERA clínica do	O DE ME debe ser O DE RES DOR: Nú	TAS: registrac SULTADO! mero de e da en epic	egresos o a crisis de la	ato 0.XX c altas de co muestra t	o 1.00, por onsulta co tomada er	ejemplo: n aplicacion n el períod	0.95 es ig ón correct lo	ual a 95%	)		oráctica
Indicador	REGISTR - La meta REGISTR NUMERA clínica do DENOMI Número d documer	O DE MET a debe ser O DE RES NOOR: Nú ocumenta NADOR: T de egreso	TAS: registrac GULTADO: mero de e da en epie Total de la	da en form S: egresos o a	ato 0.XX c altas de cc muestra t de egreso a con apli	o 1.00, por onsulta co tomada er os o altas e cación coi	ejemplo: n aplicacion n el períoden el períoder rrecta de p	0.95 es ig ón correct lo ido protocolo:	ual a 95% a de prot	ocolos o de práctic	guías de p a clínica	
Indicador	REGISTR - La meta REGISTR NUMERA clínica do DENOMI Número documer período	O DE ME' o debe ser O DE RES ODOR: Nú ocumenta NADOR:  de egreso otada en e	TAS: registrac SULTADO: mero de e da en epie Total de la es o altas epicrisis de	da en form S: egresos o a crisis de la a muestra de consult	ato 0.XX c altas de cc muestra t de egreso a con apli	o 1.00, por onsulta co tomada er os o altas e cación coi	ejemplo: n aplicacion n el períoden el períoder rrecta de p	0.95 es ig ón correct lo ido protocolo:	ual a 95% a de prot	ocolos o de práctic	guías de p a clínica	
Indicador Método de cálculo	REGISTR - La meta REGISTR NUMERA clínica do DENOMI Número d documen período Entre 100	O DE ME debe ser O DE RES DOR: Nú ocumenta NADOR: 1 de egreso ntada en e	TAS: registrace GULTADO: mero de e da en epic Total de la es o altas epicrisis de	da en form S: egresos o a crisis de la a muestra de consult e la muest	ato 0.XX c altas de co muestra t de egreso a con apli ra tomada	o 1.00, por onsulta co tomada er os o altas e cación cor a en el per	ejemplo: n aplicaci n el períod en el perío recta de p íodo / Tot	0.95 es ig ón correct lo ido protocolo: cal de la m	ual a 95% ca de prot s o guías o nuestra de	ocolos o de práctic	guías de p a clínica	
Indicador Método de cálculo Umbral Amarillo	REGISTR - La meta REGISTR NUMERA clínica do DENOMI Número documer período	O DE ME' o debe ser O DE RES ODOR: Nú ocumenta NADOR:  de egreso otada en e	TAS: registrac SULTADO: mero de e da en epie Total de la es o altas epicrisis de	da en form S: egresos o a crisis de la a muestra de consult	ato 0.XX c altas de cc muestra t de egreso a con apli	o 1.00, por onsulta co tomada er os o altas e cación coi	ejemplo: n aplicacion n el períoden el períoder rrecta de p	0.95 es ig ón correct lo ido protocolo:	ual a 95% a de prot	ocolos o de práctic e egresos	guías de p a clínica o altas er	el
Indicador Método de cálculo Umbral Amarillo Período	REGISTR - La meta REGISTR NUMERA clínica do DENOMI Número documer período Entre 100	O DE ME' o debe ser O DE RES ODOR: Nú ocumenta NADOR: " de egreso otada en e	TAS: registrace SULTADO: mero de el da en epie Total de la es o altas epicrisis de  S5.00 %  Mar	da en form S: egresos o a crisis de la a muestra de consult e la muest	ato 0.XX c altas de co muestra t de egreso a con apli ra tomada	o 1.00, por onsulta co tomada er os o altas e icación cor a en el per	ejemplo: n aplicación el períod en el períod recta de p íodo / Tot	0.95 es ig ón correct lo ido protocolos cal de la m	ual a 95% ca de prot s o guías o nuestra de <b>Sep</b>	ocolos o de práctice egresos	guías de p a clínica o altas er <b>Nov</b>	el <b>Dic</b>
Indicador  Método de cálculo  Umbral Amarillo  Período  Meta	REGISTR - La meta REGISTR NUMERA clínica do DENOMI Número documen período Entre 100 Ene	O DE ME debe ser O DE RES DOR: Nú ocumenta NADOR: 1 de egreso itada en e	FAS: registrace GULTADO: mero de e da en epic Total de la so o altas epicrisis de 85.00 % Mar 1	da en form S: egresos o a crisis de la a muestra de consult e la muest	ato 0.XX c altas de co muestra t de egreso a con apli ra tomada	o 1.00, por onsulta co tomada er os o altas e cación cor a en el per Jun 1	ejemplo:  n aplicacion el períoden el períoder recta de píodo / Tot	0.95 es ig  ón correct lo do  protocolos cal de la m  Ago  1	ual a 95% ta de prot s o guías o nuestra de Sep 1	ocolos o de práctice egresos  Oct 1	guías de p a clínica o altas er <b>Nov</b> 1	el Dic
Indicador  Método de cálculo  Umbral Amarillo  Período  Meta  Resultado	REGISTR - La meta REGISTR NUMERA clínica do DENOMI Número documen período Entre 100 Ene	O DE META debe ser O DE RESTADOR: Núrocumentar NADOR: 1 de egreso ntada en e	TAS: registrace SULTADO: mero de el da en epie Total de la es o altas epicrisis de  S5.00 %  Mar	Abr 1 1	ato 0.XX contacts de contacts de egreson a con aplira tomada	o 1.00, por consulta co tomada er os o altas e cocación cor a en el per	ejemplo:  n aplicación el períoden el período / Tot  Jul  1	0.95 es ig  ón correct lo do  protocolos cal de la m  Ago  1	ual a 95% ta de prot s o guías o nuestra de Sep 1	ocolos o de práctice egresos  Oct 1	guías de p a clínica o altas er <b>Nov</b> 1	el Dic
Indicador  Método de cálculo  Umbral Amarillo  Período  Meta  Resultado	REGISTR - La meta REGISTR NUMERA clínica do DENOMI Número documen período Entre 100 Ene	O DE META debe ser O DE RESTADOR: Núrocumentar NADOR: 1 de egreso ntada en e	TAS: registrace SULTADO: mero de e da en epic Total de la ss o altas epicrisis de  85.00 %  Mar  1  1  0.8  0.6  0.4  0.2	Abr 1 1	ato 0.XX contacts de contacts de egreson a contact and a c	o 1.00, por consulta co tomada er es o altas e cación cor a en el per la	ejemplo:  n aplicación el períoden el período / Tot  Jul  1  1  1  9 10	on correct lo do orotocolos cal de la m	ual a 95% ta de prot s o guías o nuestra de Sep 1	ocolos o de práctice egresos  Oct 1	guías de p a clínica o altas er <b>Nov</b> 1	el Dic
Indicador  Método de cálculo  Umbral Amarillo  Período  Meta  Resultado	REGISTR - La meta REGISTR NUMERA clínica do DENOMI Número documen período Entre 100 Ene 1 1	O DE META debe ser O DE RESADOR: Núrocumenta NADOR: 1 de egreso ntada en e	FAS: registrace GULTADO: mero de e da en epic Total de la so o altas epicrisis de 85.00 %  Mar  1 1 0.8 0.6 0.4 0.2 1 Indica	S: egresos o a crisis de la a muestra de consult e la muest  1 1 2 3	ato 0.XX contacts de construcción de construcc	Jun 1 1 1 1 7 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	ejemplo:  n aplicación el períoden el período / Tot  Jul  1  1  1  9 10	on correct lo do orotocolos cal de la m	ual a 95% ta de prot s o guías o nuestra de Sep 1	ocolos o de práctice egresos  Oct 1	guías de p a clínica o altas er <b>Nov</b> 1	el Dic

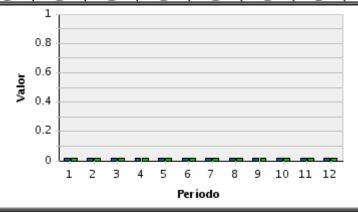
# Indicadores - Construcción Detallada(Período) Mide las referencias de incidentes de postpartos que se realizan desde el establecimiento de salud por falta de capacidad instalada. Este indicador no considera los casos referidos por capacidad resolutiva. Un incidente es una complicación que se produce después del parto y representa algún tipo de afectación de la salud. Importante: una atención de consulta de postparto, lo puede realizar cualquier unidad de salud, independientemente que posea el especialista o sala de partos. Descripción del METAS ESTÁNDARES: Indicador La meta asignada por DSGSIF es hasta el 1% 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 incidentes de postparto referidos en el período - Número de incidentes de postparto referidos por superar la capacidad resolutiva del establecimiento en el período)

Método de cálculo

(Número de incidentes de postparto referidos en el período - Número de incidentes de postparto referidos por superar la capacidad resolutiva del establecimiento en el período) / Número total de postpartos atendidos en el período

Umbral Amarillo	Entre 100	).00 % y 11	15.00 %									
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	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
Estado												

DENOMINADOR: Número total de postpartos atendidos en el período.



# Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador

1.35 M66 Porcentaje de profesionales capacitados en los protocolos y guías de práctica clínica aplicables a la unidad médica

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.

# Descripción del Indicador

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.

#### METAS ESTÁNDARES:

La meta asignada por la DSGSIF es del 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:**

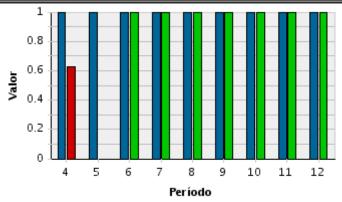
- -Numerador: Número de profesionales capacitados en protocolos y guías de práctica clínica.
- -Denominador: Total de profesionales de salud que laboran en la unidad médica.

#### Método de cálculo

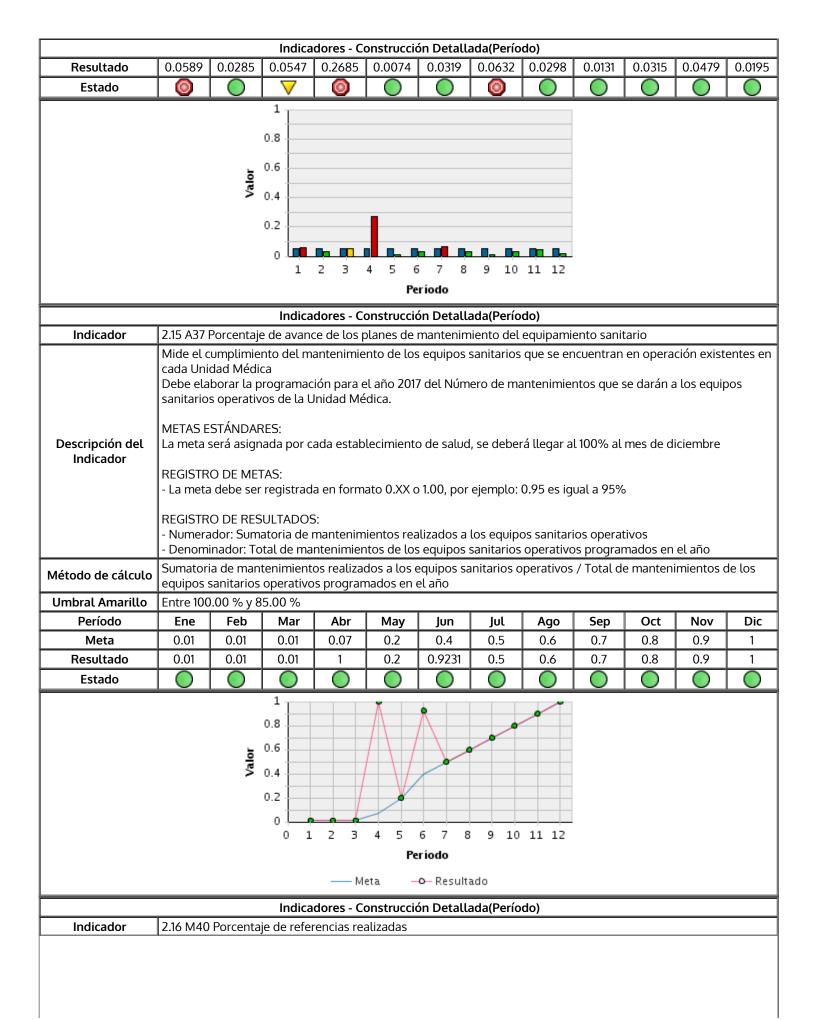
Número de profesionales capacitados en protocolos y guías de práctica clínica/Total de profesionales de salud que laboran en la unidad médica

# 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
Resultado				0.625	0	1	1	1	1	1	1	1
Estado				0								



#### Indicadores - Construcción Detallada(Período) Indicador 2.2 M05 Porcentaje de reagendamiento de pacientes Mide el nivel de reagendamientos para atenciones de especialidad en Consulta Externa, por causa del establecimiento de salud. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 0.05 en cada período para todos los establecimientos de salud Descripción del Indicador **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 pacientes reagendados en el período - Denominador: Número total de pacientes agendados en el período Método de cálculo Número de pacientes reagendados en el período / Número total de pacientes agendados en el período Umbral Amarillo Entre 100.00 % y 115.00 % Período Ene Feb Mar Abr Jul Oct Nov Dic May lun Ago Sep Meta 0.05 0.05 0.05 0.05 0.05 0.05 0.05 0.05 0.05 0.05 0.05 0.05



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.

#### METAS ESTÁNDARES:

#### Descripción del Indicador

Para todas las unidades médicas, las referencias no deben superar el 10% 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%

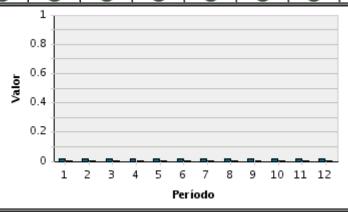
#### **REGISTRO DE RESULTADOS:**

NUMERADOR: Número de referencias realizadas en el período

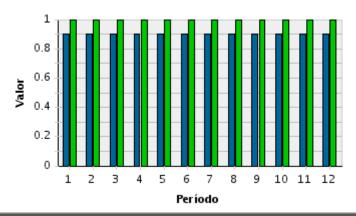
DENOMINADOR: Total de pacientes que son atendidos en el período

# Método de cálculo Número de referencias realizadas en el período / Número total de pacientes que son atendidos en el período Umbral Amarillo Entre 100.00 % y 115.00 %

Offibraciananteo	Line ioc	7.00 70 y i	13.00 70									
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	0.0019	0.0013	0.0029	0.0013	0.0025	0.0026	0.0013	0.0014	0.0005	0.0044	0.0025	0.0056
Estado												



	Indicadores - Construcción Detallada(Período)  Ilicador 3.5 A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos												
Indicador	3.5 A38 F	orcentaje	de profes	sionales d	e salud qu	je cumple	n con el p	erfil de ac	uerdo a l	os requeri	mientos		
Descripción del Indicador	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  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:												
	- Numera	dor: Núm	ero de pro	ofesionale		•	el perfil e to de salu	•	lo según d	cartera de	servicios		
Método de cálculo				ie cumplei niento de s		erfil espec	cificado se	gún carte	ra de ser\	/icios / To	tal de		
Umbral Amarillo	Entre 100	).00 % y 8	5.00 %										
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
Meta	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	
Resultado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Estado													



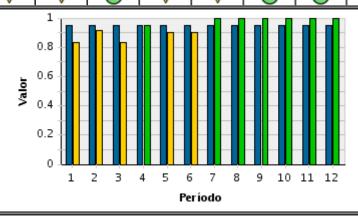
			Indica	dores - Co	onstrucci	ón Detalla	ada(Perío	do)				
Indicador	3.7 A39 F Servicios	orcentaje	de servici	os que cu	entan cor	ı la plantil	la comple	ta de pro	fesionales	de salud	, según Ca	artera de
Descripción del Indicador	METAS E La meta a REGISTR La meta a REGISTR - Numera	antidad d a que teng STÁNDAF asignada l O DE MET debe ser r O DE RES ador: Núm inador: To	ra cada Es RES: por la DSC FAS: egistrada ULTADOS ero de sei	tablecimie GSIF es 90 en forma S: rvicios del	ento de Sa 1% en cad to 0.XX o	alud a período I.00, por e miento qu	para todo ejemplo: 0 ue cuentar	os los esta .95 equiva n con plan	iblecimier ale a 95%	itos de sa		os y a la
Método de cálculo		de servicio miento de		ablecimier	nto que cu	entan cor	n plantilla	completa	ı / Total d	e servicio	s que cuei	nta el
Umbral Amarillo	Entre 100	).00 % y 8	5.00 %									
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
Resultado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.9
Estado												



Indicador 3.9 M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10

#### Indicadores - Construcción Detallada(Período) Mide la pertinencia médica en relación a cuadros sindrómicos METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por SGSIF es del 95% en cada período para todos los establecimientos de salud. Descripción del Indicador **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 pertinencias de codificación CIE10 encontradas. - Denominador: Número total de registros auditados. Método de cálculo Número de pertinencias de codificación CIE10 encontradas / Número total de registros auditados **Umbral Amarillo** Entre 100.00 % y 85.00 % Período Ene Feb Mar Abr May Jun Jul Ago Sep Oct Nov 0.95 0.95 0.95 0.95 0.95 0.95 0.95 0.95 0.95 0.95 0.95 Meta 0.8333 0.9167 0.8333 0.95 Resultado 0.9 0.9 1 1 1 1 1

Estado

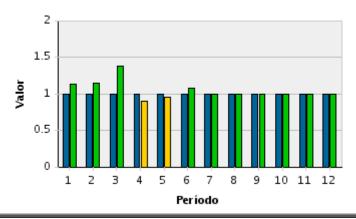


Dic

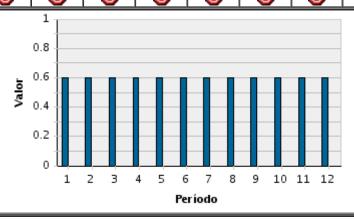
0.95

1

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.2 A11 Po	orcentaje (	de factura	ción envia	ada en rel	ación a co	stos total	es				
Descripción del Indicador	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)											
Método de cálculo	Monto to	tal factur	ado envia	do en el p	eríodo/Co	stos total	les en el p	eríodo (W	/inSIG)			
Umbral Amarillo	Entre 100	0.00 % y 8	5.00 %									
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	1.1304	1.1398	1.3784	0.8981	0.9574	1.0766	1	1	1	1	1	1
Estado				$\overline{}$	$\overline{}$							



Indicadores - Construcción Detallada(Período)															
Indicador	4.6 A22 F	4.6 A22 Porcentaje de responsabilidades patronales calculadas Mide la proporción de cálculo de Responsabilidades Patronales respecto al monto total de prestaciones de la													
Descripción del Indicador	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%														
indicador	La meta d REGISTR NUMERA		egistrada ULTADOS mero de R	S: Responsab	oilidades F	atronales	calculada	as			odo				
Método de cálculo		de Respor en el perí		les Patron	ales calcu	ladas / Ni	úmero tot	al de aten	iciones qu	ie caen er	n Respons	abilidad			
Umbral Amarillo	Entre 100	).00 % y 8	5.00 %												
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic			
Meta	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6			
Resultado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Estado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			



Indicador 4.7 A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL

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%.

## Descripción del Indicador

#### **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

#### **Método de cálculo** Presupuesto ejecutado acumulado / Presupuesto codificado

П			,										
	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	0.0412	0.0886	0.1777	0.2596	0.3044	0.3569	0.4436	0.5262	0.5716	0.627	0.6779	0.8545
	Estado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	$\overline{\nabla}$



Indicadores -	. Constru	cción	Detalla	ida(Parinda)

Indicador	4.8 A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS
	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.

# Descripción del Indicador

#### **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

# Método de cálculo | Monto ejecutado acumulado / Monto codificado acumulado

#### Umbral Amarillo | Entre 10.00 % v 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	0.0178	0.2888	0.4999	0.4453	0.5055	0.5113	0.6928	0.7357	0.8261	0.8667	0.9539
Estado	0	0	0	0			$\overline{}$					



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.9 A28 F	Porcentaje	de ejecuc	ión presu	puestaria	- Gasto C	orriente -	INSUMOS	5			
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto gasto corriente del GRUPO especificado en relación al monto codificado.  IMPORTANTE: Se considerará que por lo menos el primer semestre debe mantenerse abastecido.  METAS ESTÁNDARES: La meta será asignada por cada establecimiento 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 ejecutado acumulado										nonto	
<b>A4</b> // 1 1 /1 1		inador: M										
Método de cálculo		ecutado a		/ Monto	codificado	o acumula	ao					
Umbral Amarillo	Entre 10.0	00 % y 15.	00 %								4	
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	0.0181	0.1409	0.1409	0.2873	0.4039	0.4385	0.4385	0.4385	0.4307	0.9199
Estado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	



Indicador

Indicadores - Construcción Detallada(Período)								
4.10 A29 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TALENTO HUMANO								

	Indicadores - Construcción Detallada(Período)											
	Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto gasto corriente del GRUPO especificado en relación al monto codificado .											nonto
	1	METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es llegar al 100%, es aceptable que cumplan en cada cuatrimestre 33.33%.										
Descripción del Indicador	·											
			•	do acumu ficado acu								
Método de cálculo			cumulado acumula									
Umbral Amarillo	Entre 10.0	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	0.0601	0.1225	0.1953	0.2586	0.3176	0.3765	0.4346	0.4979	0.558	0.6186	0.68	0.7899
Estado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



	Indicadores - Construcción Detallada(Período)											
Indicador	4.11 A35 F	.11 A35 Porcentaje de ejecución del PAC										
Descripción del Indicador	METAS E La meta 54%, JUL REGISTR NUMERA	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 acumulado DENOMINADOR: Monto del PAC codificado										
Método de cálculo	Monto d	el PAC eje	cutado ac	umulado ,	/ Monto d	el PAC co	dificado					
Umbral Amarillo	Entre 10.	00 % y 15.	00 %									
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.02	0.1	0.2	0.3	0.42	0.54	0.66	0.78	0.88	0.93	0.98	1
Resultado	0.0014											
Estado	0	0	0	$\overline{}$	0	0	0	0	0	0	0	

