



Año: 2016

Indicadores - Construcción Detallada

Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio (Hospital del Día) - Jipijapa

11/05/2017 - 13:14 PM

Número total de indicadores	35	% de metas cerradas sobre el total
Número de indicadores con línea base definida	3	100.00 %
Número de indicadores con metas definidas y cerradas	35	

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
<b>1. Incrementar la calidad, calidez y oportunidad en la prestación de servicios de salud</b>									
1.11	M29 Porcentaje de pacientes que superan las 48 horas en el área de observación del servicio de emergencia	Registros de la unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.12	M38 Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a primera consulta antes de las 14 semanas	Registros de la unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.13	M51 Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registros de la Unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.14	M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa	Registros de atención de consulta externa del establecimiento de salud	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.15	M12 Tiempo promedio (días) de espera pre-quirúrgico	Registros de la unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	15	SÍ	SÍ
1.16	M40 Porcentaje de referencias realizadas	Registros de la unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0.04	SÍ	SÍ
1.19	M62 Porcentaje de inconsistencias en reportes de mortalidad	Registros de la Unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.20	M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los Afiliados, Beneficiarios y Empleadores	Unidad Médica	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
1.24	M80 Porcentaje de derivaciones efectivas	Registros de la unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.25	M79 Porcentaje de derivaciones solicitadas	Registros de la unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.26	M22 Porcentaje de incidentes de postparto referidos	Registros de la unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.27	M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica	Registros de la unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.29	M66 Porcentaje de profesionales capacitados en los protocolos y guías de práctica clínica aplicables a la unidad médica	Registros de la Unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.30	M67 Porcentaje de profesionales de emergencia capacitados en el Triage de Manchester	Registros de la Unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.31	M69 Porcentaje de profesionales sanitarios con conocimientos técnicos en atención pre hospitalaria, soporte vital básico y manejo de trauma	Registros de la Unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.32	M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10	Registros de la Unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.33	M02 Tiempo (minutos) promedio de respuesta a emergencias del ECU 911	Registros de la Unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.34	M81 Porcentaje de derivaciones a prestadores de la Red Privada Complementaria (RPC)	Registro de la unidad médica	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.35	M82 Porcentaje de derivaciones a red pública integral de salud (RPIS)	Registro de la unidad médica	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí

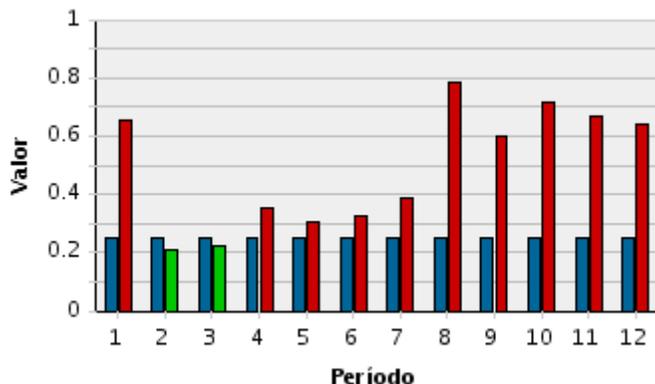
## 2. Incrementar la eficiencia operacional

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
2.23	A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo	Registros de la unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
2.24	M01 Porcentaje de reingresos al servicio de Emergencia en menos de 24 horas	Registros de la Unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
2.25	M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"	Registros de la unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
2.26	M05 Porcentaje de reagendamiento de pacientes	Registros de la unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
2.29	M09 Porcentaje de quejas escritas de usuarios resueltas en el establecimiento de salud	Registros de la unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0.95	Sí	Sí
2.30	A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario	Registros de la Unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
2.31	A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registros de la Unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
<b>3. Incrementar las capacidades técnicas y administrativas del Talento Humano</b>									
3.9	A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios	Registros de la Unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
3.10	A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos	Registros de la Unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
<b>4. Incrementar el uso eficiente de los recursos financieros</b>									
4.9	A11 Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales	Registros de la unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
4.10	A22 Porcentaje de responsabilidades patronales calculadas	Registros de la Unidad	Yesenia Liliana Toala Benavides	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
4.11	A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS	Registro de la unidad	Yesenia Lilibiana Toala Benavides	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
4.12	A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL	Registros de la Unidad	Yesenia Lilibiana Toala Benavides	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
4.13	A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS	Registro de la unidad	Yesenia Lilibiana Toala Benavides	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
4.14	A35 Porcentaje de ejecución del PAC	CRP's	Yesenia Lilibiana Toala Benavides	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
4.15	A29 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TALENTO HUMANO	Registros de la Unidad	Yesenia Lilibiana Toala Benavides	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí

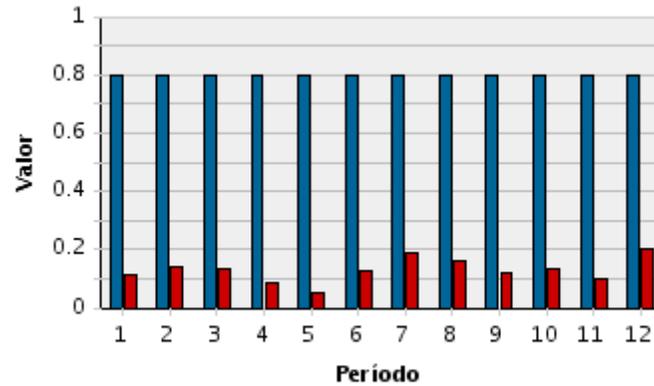
#### Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.11 M29 Porcentaje de pacientes que superan las 48 horas en el área de observación del servicio de emergencia											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Este indicador sirve para evaluar el grado de aprovechamiento de las camillas del área de observación del servicio de emergencia. Teóricamente una camilla de emergencia no debería estar ocupada más de 48 horas según Norma, sin embargo, en la mayoría de los establecimientos que cuentan con áreas de observación sobrepasan ese período, debido a deficiencias técnicas o a la falta de camas en hospitalización según el nivel de atención.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> -La meta debe proponer cada establecimiento 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 pacientes en el área de observación de emergencia que superan las 48 horas en el período -Denominador: Total de pacientes en el área de observación de emergencia en el período</p>											
<b>Método de cálculo</b>	Número de pacientes en el área de observación de emergencia que superan las 48 horas en el período / Total de pacientes en el área de observación de emergencia en el período											
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 115.00 %											
<b>Período</b>	<b>Ene</b>	<b>Feb</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>May</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Sep</b>	<b>Oct</b>	<b>Nov</b>	<b>Dic</b>
<b>Meta</b>	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25
<b>Resultado</b>	0.6522	0.2119	0.2232	0.3509	0.3077	0.3279	0.3902	0.7826	0.6	0.7143	0.6667	0.6429
<b>Estado</b>												



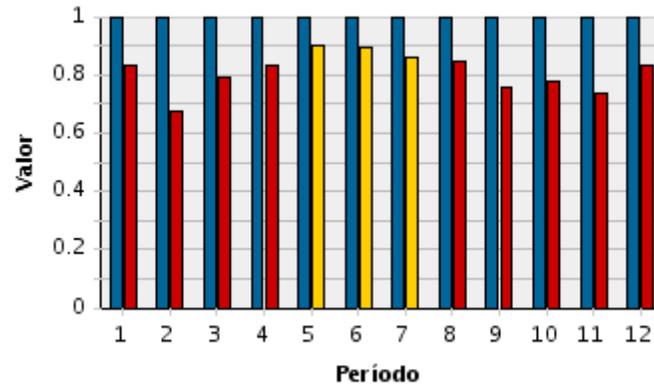
**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

<b>Indicador</b>	1.12 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>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por SGSIF es 90% en cada período para todos los establecimientos de salud.</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 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>	0.115	0.1429	0.1333	0.0879	0.0541	0.125	0.1875	0.1593	0.1188	0.1341	0.101	0.2037
<b>Estado</b>												



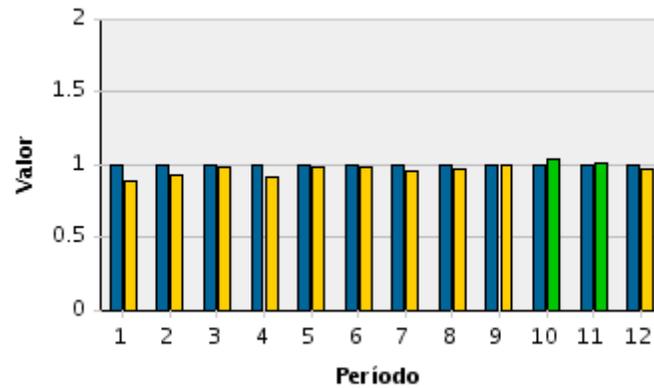
## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	1.13 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>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud.</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 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>	0.8333	0.6726	0.7907	0.8343	0.9006	0.8919	0.8595	0.8432	0.7581	0.7742	0.7366	0.8297
<b>Estado</b>	🔴	🔴	🔴	🔴	🟡	🟡	🟡	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴



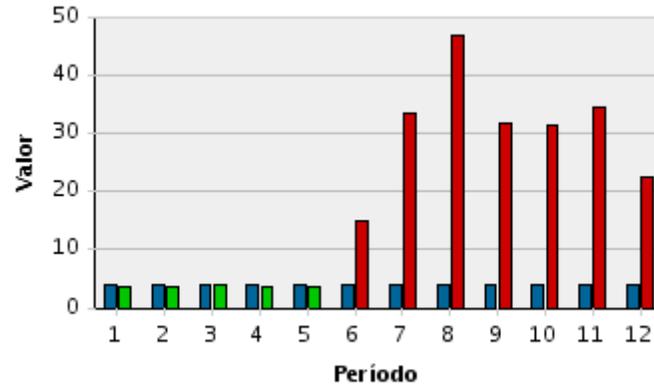
## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	1.14 M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la efectividad del cumplimiento de la agenda planificada de consulta externa en cada periodo.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta designada por la DSGSIF es del 100% para todos los establecimientos de salud en cada periodo.</p> <p>NO se deben considerar las citas ampliadas tanto en el numerador como en el denominador</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.00 o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de atenciones realizadas en consulta externa en función a las citas programadas en el período - Denominador: Total de citas programadas en el periodo</p>											
<b>Método de cálculo</b>	Número de atenciones realizadas en consulta externa en función a las citas programadas en el período / Total de citas programadas en el periodo											
<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>	0.89	0.9297	0.9787	0.9161	0.9786	0.9843	0.9479	0.9709	0.9989	1.0293	1.0009	0.9677
<b>Estado</b>	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	●	●	▼



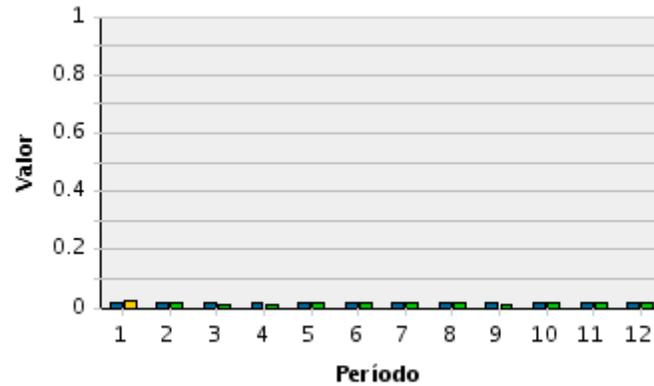
## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.15 M12 Tiempo promedio (días) de espera pre-quirúrgico											
Descripción del Indicador	Mide el promedio de tiempo (días) que esperó el paciente para ser intervenido quirúrgicamente desde la programación de la cirugía. Detecta necesidad de operación - hasta la operación.											
	Importante: para los establecimientos de salud Centro Clínico Quirúrgico (HD) se medirá el tiempo de espera pre-quirúrgico ambulatorio											
	METAS ESTÁNDARES: La meta se deberá definir cada Unidad Médica											
	REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00											
Método de cálculo	REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Sumatoria del tiempo de espera pre-quirúrgico de los pacientes en el período DENOMINADOR: Total de pacientes en espera pre-quirúrgico											
	Sumatoria del tiempo de espera pre-quirúrgico de los pacientes en el período/ Total de pacientes en espera pre-quirúrgico											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Resultado	3.4894	3.4878	4	3.4902	3.4902	14.7273	33.5283	46.8246	31.7143	31.4318	34.4545	22.4783
Estado	●	●	●	●	●	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗



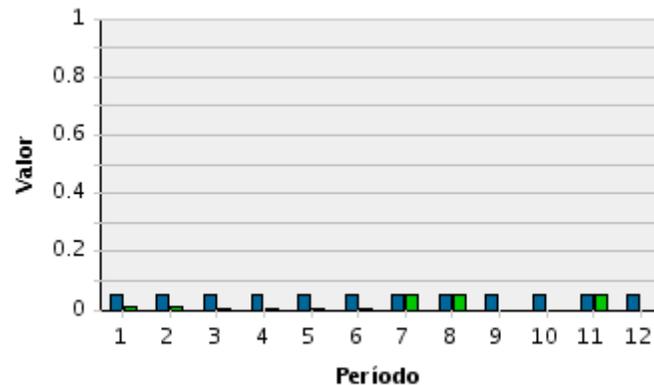
## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.16 M40 Porcentaje de referencias realizadas												
Descripción del Indicador	<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>METAS ESTÁNDARES: Para todas las unidades médicas, las referencias no deben superar el 2% en cada período.</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 referencias realizadas en el período DENOMINADOR: Total de pacientes que son atendidos en el período</p>												
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 %												
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	0.0207	0.0157	0.0124	0.0083	0.0174	0.0174	0.0179	0.0163	0.0116	0.0184	0.0156	0.0189	
Estado	▼	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	



## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

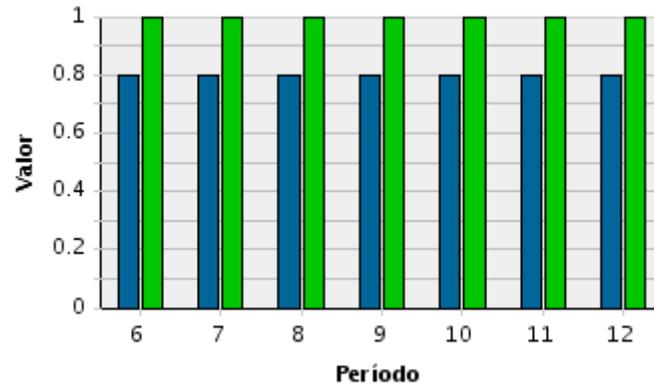
Indicador	1.19 M62 Porcentaje de inconsistencias en reportes de mortalidad											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide el nivel de inconsistencia en los registros de mortalidad que reporta el Sistema informático de cada Unidad Médica en relación a los registros que realiza el personal médico en la epicrisis del paciente (Historia Clínica).</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es hasta el 3% para los hospitales de nivel III y el 2% para los hospitales nivel II, hospitales del día y centros de especialidades en cada período.</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%.</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de inconsistencias encontradas en los registros auditados en el período. - Denominador: Total de registros auditados en el período</p>											
<b>Método de cálculo</b>	Número de inconsistencias encontradas en los registros auditados en el período / Total registros auditados en el período											
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 115.00 %											
<b>Período</b>	<b>Ene</b>	<b>Feb</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>May</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Sep</b>	<b>Oct</b>	<b>Nov</b>	<b>Dic</b>
<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>	0.0092	0.0089	0.0029	0.0031	0.0035	0.0029	0.05	0.05	0	0	0.05	0
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

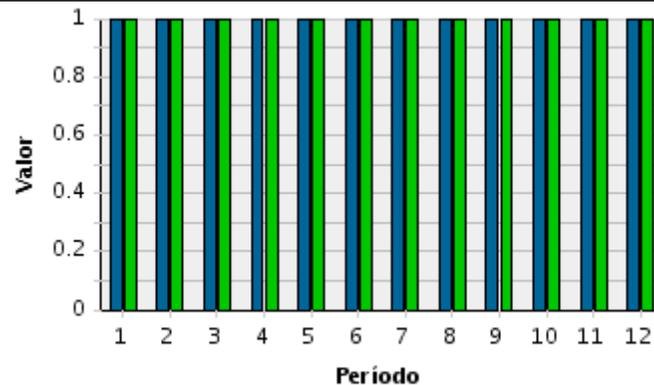
Indicador	1.20 M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los Afiliados, Beneficiarios y Empleadores											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide el número de quejas y reclamos atendidos, cumpliendo con los tiempos establecidos (máximo 48 horas), ingresados por 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.</p> <p>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.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la USAABE es 85% 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 atenciones de quejas y reclamos atendidos - Denominador: Total de quejas y reclamos recibidas</p>											
<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>						1	1	1	1	1	1	1
<b>Estado</b>						●	●	●	●	●	●	●

Indicadores - Construcción Detallada



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	1.24 M80 Porcentaje de derivaciones efectivas											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide las solicitudes que han sido aprobadas por la Coordinación o Unidad Provincial de Prestaciones de Salud de cada provincia; y, que han sido solicitadas por esta unidad médica.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud.</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de solicitudes de derivaciones aprobadas por la Coordinación o Unidad provincial de Prestaciones de Salud - Denominador: Total de solicitudes de derivaciones realizadas por la unidad médica en el período</p>											
<b>Método de cálculo</b>	Número de solicitudes de derivaciones aprobadas por la Coordinación o Unidad provincial de Prestaciones de Salud / Total de solicitudes de derivaciones realizadas por la unidad médica 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)

Indicador	Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la proporción de solicitudes de derivación en razón de la falta de camas, el daño o la falta de equipos, la falta de dispositivos médicos de laboratorio, u otras causas propias del establecimiento de salud justificadas técnicamente, con respecto a la totalidad de atenciones en el periodo.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la DSGSIF es de máximo el 20% 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 derivaciones solicitadas en el período - Número de derivaciones solicitadas por superar la capacidad resolutive de la unidad médica) - Denominador: Total de atenciones realizadas en el período</p>												
<b>Método de cálculo</b>	(Número de derivaciones solicitadas en el período - Número de derivaciones solicitadas por superar la capacidad resolutive de la unidad médica) / Total de atenciones realizadas 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>	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	
<b>Resultado</b>	0.0053	0.0058	0.0064	0.0042	0.0076	0.0069	0.0094	0.0094	0.0047	0.0077	0.0078	0.0081	
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	

Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<b>Indicador</b>	1.26 M22 Porcentaje de incidentes de postparto referidos												

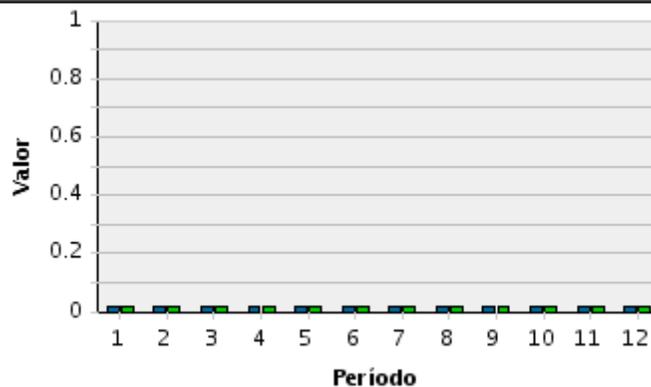
## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Descripción del Indicador</b>	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.
	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.
	METAS ESTÁNDARES: 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 resolutive del establecimiento en el período) DENOMINADOR: Número total de postpartos atendidos en el período.

<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 %
------------------------	---------------------------

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	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

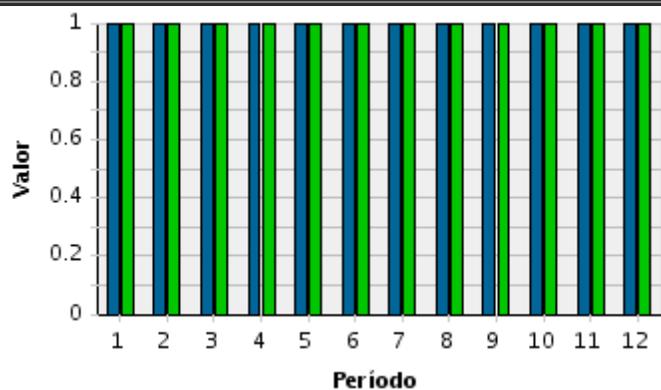


## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	1.27 M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica
------------------	---

**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

<b>Descripción del Indicador</b>	<p>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.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud</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 egresos o altas 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</p>												
<b>Método de cálculo</b>	<p>Número de egresos o altas 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</p>												
<b>Umbral Amarillo</b>	<p>Entre 100.00 % y 85.00 %</p>												
<b>Período</b>	<table border="1"> <tr> <td>Ene</td><td>Feb</td><td>Mar</td><td>Abr</td><td>May</td><td>Jun</td><td>Jul</td><td>Ago</td><td>Sep</td><td>Oct</td><td>Nov</td><td>Dic</td> </tr> </table>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
<b>Meta</b>	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> </tr> </table>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
<b>Resultado</b>	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> </tr> </table>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
<b>Estado</b>	<table border="1"> <tr> <td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td> </tr> </table>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		



**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

<b>Indicador</b>	1.29 M66 Porcentaje de profesionales capacitados en los protocolos y guías de práctica clínica aplicables a la unidad médica
------------------	--

**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

**Descripción del Indicador**

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.

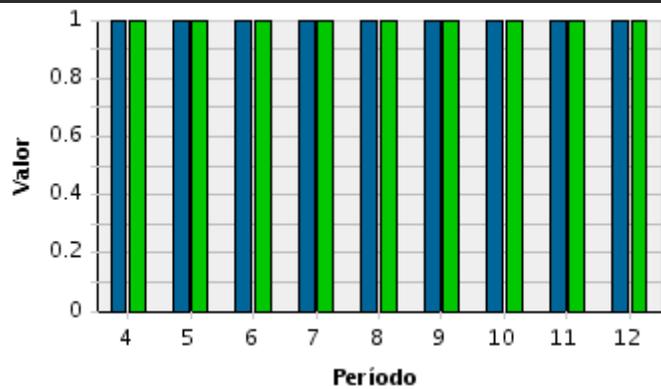
Las Guías de Práctica Clínica están dirigidas a profesionales de la salud con el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud.  
 Los protocolos definen la atención y/o cuidado que ha de recibir el enfermo, las vías definen cuándo, cómo y en qué secuencia 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.

<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>				●	●	●	●	●	●	●	●	●



**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

<b>Indicador</b>	1.30 M67 Porcentaje de profesionales de emergencia capacitados en el Triaje de Manchester
------------------	---

**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

**Descripción del Indicador**

Mide la proporción de profesionales del área de emergencia capacitados en la Metodología de Clasificación de Pacientes - Triage de Manchester, para la priorización de la atención.  
 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.

El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Es un sistema estructurado con cinco niveles de prioridad que se asignan asumiendo el concepto de que lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del «grado de urgencia», de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico.

**METAS ESTÁNDARES:**  
 La meta asignada por la DSGSIF es del 100% en cada período para todos los establecimientos de salud que cuentan con áreas de emergencia.

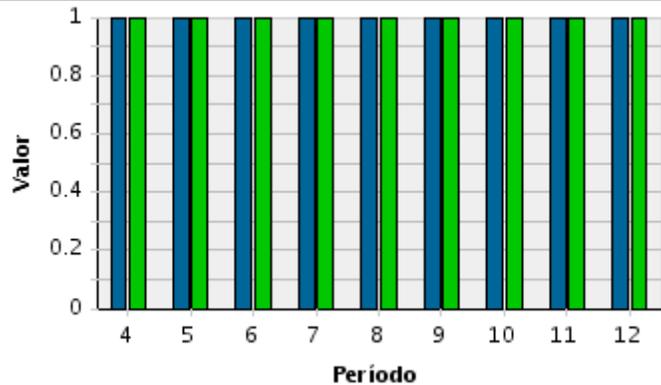
-----  
**REGISTRO DE METAS:**  
 La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%.

**REGISTRO DE RESULTADOS:**  
 Numerador: Número de profesionales del área de emergencia capacitados en el Triage de Manchester.  
 Denominador: Total de profesionales del área de emergencia.

**Método de cálculo** Número de profesionales del área de emergencia capacitados en el Triage de Manchester/ Total de profesionales del área de emergencia.

**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				1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado				●	●	●	●	●	●	●	●	●



**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

**Indicador** 1.31 M69 Porcentaje de profesionales sanitarios con conocimientos técnicos en atención pre hospitalaria, soporte vital básico y manejo de trauma

**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

**Descripción del Indicador**

Mide la proporción de profesionales sanitarios con conocimiento en el manejo de Soporte Vital Básico y en el Trauma Prehospitalario de los pacientes politraumatizados de las áreas de emergencia, considerando que deben asistir al paciente durante su traslado y aquellos que brindan asistencia prehospitalaria en este proceso.

Considérese para médico al técnico, tecnólogo, licenciado o médico que presta sus servicios en ambulancia, triage o emergencia.

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.

Importante: este indicador aplica en los establecimientos de salud que cuentan con las ambulancias articuladas al Sistema ECU911

**METAS ESTÁNDARES:**  
La meta asignada por la DSGSIF es del 100% en cada período para todos los establecimientos de salud que cuentan con áreas de emergencia y tienen ambulancias.

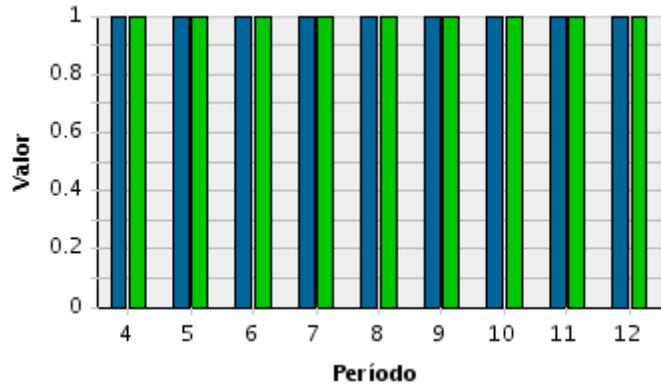
**REGISTRO DE METAS:**  
La meta debe ser registrada en formato 0.00 o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%

**REGISTRO DE RESULTADO:**  
Numerador: Número de profesionales con conocimiento en el manejo de Soporte Vital Básico y en el Trauma Prehospitalario  
Denominador: Total de profesionales del área

**Método de cálculo** Número de profesionales con conocimiento en el manejo de Soporte Vital Básico y en el Trauma Prehospitalario /Total de profesionales de las áreas

**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				1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado				●	●	●	●	●	●	●	●	●

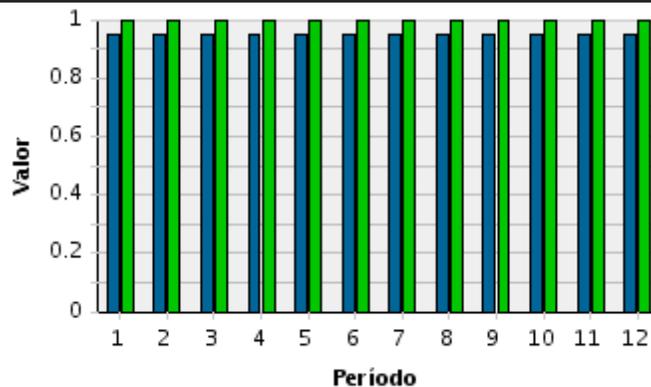


**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

**Indicador** 1.32 M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10

## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide el nivel de pertinencia médica en relación a cuadros sindrómicos que se encuentran registrados</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por SGSIF es del 100% en cada período para todos los establecimientos de salud</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 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>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

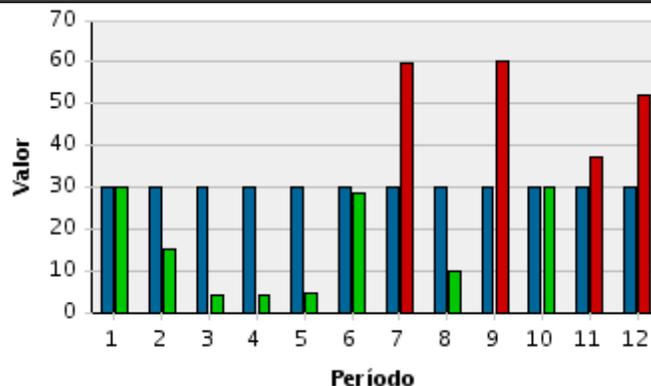


## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	1.33 M02 Tiempo (minutos) promedio de respuesta a emergencias del ECU 911
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide el tiempo promedio en el que se responde al llamado del ECU911, desde que fue reportada la Emergencia, hasta que la ambulancia llegue al lugar del evento</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta definida por la DSGSIF es menor o igual a 15 minutos según los lineamientos establecidos por el ECU911.</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato X.XX, por ejemplo: 4.50 minutos es igual a 4 minutos con 30 segundos.</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Sumatoria de los tiempos de respuesta (en minutos) a emergencias del ECU911. DENOMINADOR: Número total de emergencias del ECU911 atendidas.</p>

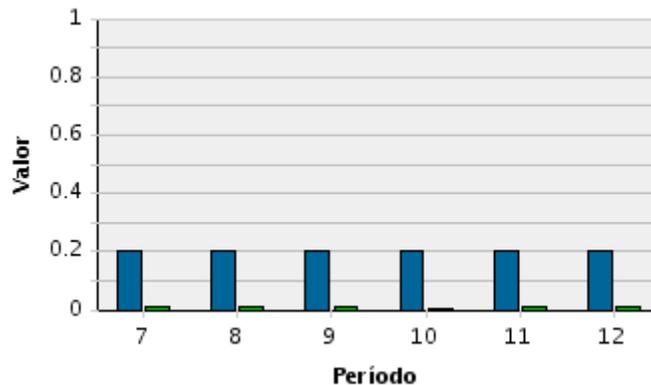
## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Método de cálculo</b>	Sumatoria de los tiempos de respuesta (en minutos) a emergencias del ECU911 / Número total de emergencias del ECU911 atendidas											
<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>	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
<b>Resultado</b>	30	15	4.2222	4.0625	4.4	28.6667	59.7692	10	60.375	30	37	52.25
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



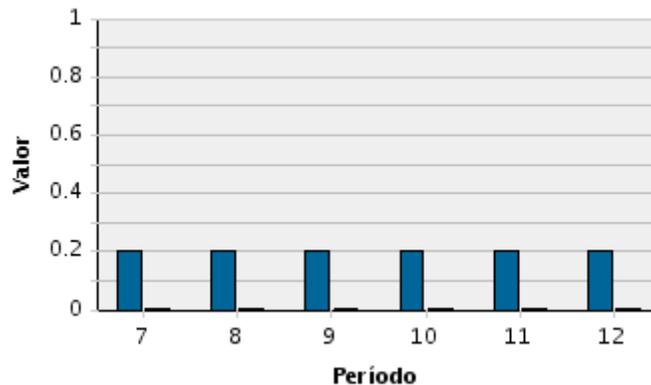
## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	1.34 M81 Porcentaje de derivaciones a prestadores de la Red Privada Complementaria (RPC)											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la cantidad de derivación a la Red Privada Complementaria (RPC -conformada por establecimientos de salud que están acreditados y contratados por el IESS) realizadas a través del sistema ADAS o por medio de solicitudes a la Coordinación o Unidad Provincial de Prestaciones de Salud a la que pertenece el establecimiento de salud, debido a: insuficiencia de camas; daño o la falta de equipos; falta de dispositivos médicos de laboratorio u otras causas justificadas técnicamente.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la DSGSIF es máximo 20% en cada período para todos los establecimientos de salud.</p> <p><b>REGISTRO DE METAS:</b> - La meta debe ser registrada en formato 0.00 o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%</p> <p><b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b> - Numerador: Número de derivaciones a la red privada complementaria en el período - Denominador: Número total de atenciones en el período</p>											
<b>Método de cálculo</b>	Número de derivaciones a la red privada complementaria en el período / Número total de atenciones 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>							0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
<b>Resultado</b>							0.009	0.0085	0.0098	0.0017	0.0074	0.0071
<b>Estado</b>							●	●	●	●	●	●



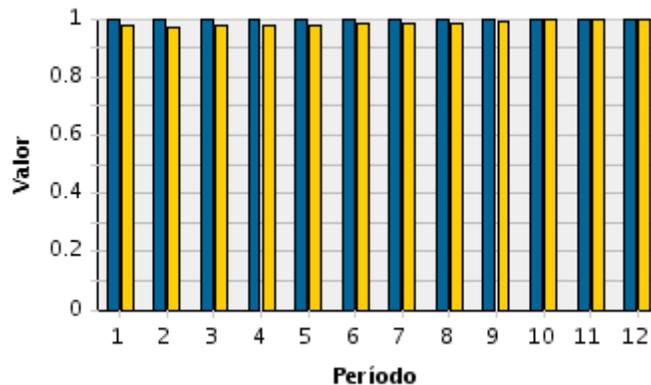
## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	1.35 M82 Porcentaje de derivaciones a red pública integral de salud (RPIS)											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la cantidad de derivaciones a la red pública integral de salud realizadas a través del sistema ADAS o por medio de solicitudes a la Coordinación o Unidad Provincial de Prestaciones de Salud a la que pertenece el establecimiento de salud, debido a: insuficiencia de camas; daño o la falta de equipos; falta de dispositivos médicos de laboratorio u otras causas justificadas técnicamente.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es máximo 20% en cada período para todos los establecimientos de salud</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.00 o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de derivaciones a la red pública integral de salud (RPIS) en el período - Denominador: Número total de atenciones en el período</p>											
<b>Método de cálculo</b>	Número de derivaciones a la red pública integral de salud (RPIS) en el período / Número total de atenciones en el período											
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 115.00 %											
<b>Período</b>	<b>Ene</b>	<b>Feb</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>May</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Sep</b>	<b>Oct</b>	<b>Nov</b>	<b>Dic</b>
<b>Meta</b>							0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
<b>Resultado</b>							0.0025	0.0027	0.0032	0.0064	0.001	0.0026
<b>Estado</b>							●	●	●	●	●	●



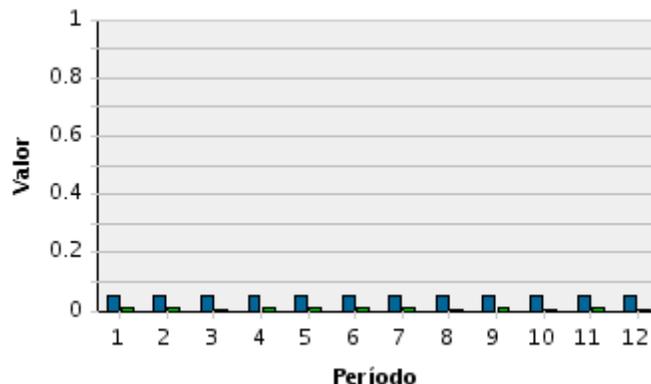
## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	Indicadores - Construcción Detallada(Período)											
<b>Indicador</b>	2.23 A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo											
<b>Descripción del Indicador</b>	<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>-Diagnostico, 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>											
<b>Método de cálculo</b>	Número de equipos biomédicos que están operativos en el período / Número total de equipos biomédicos del establecimiento											
<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>	0.9758	0.9668	0.9789	0.9758	0.9758	0.9849	0.9819	0.9848	0.9879	0.997	0.997	0.997
<b>Estado</b>	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼



## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

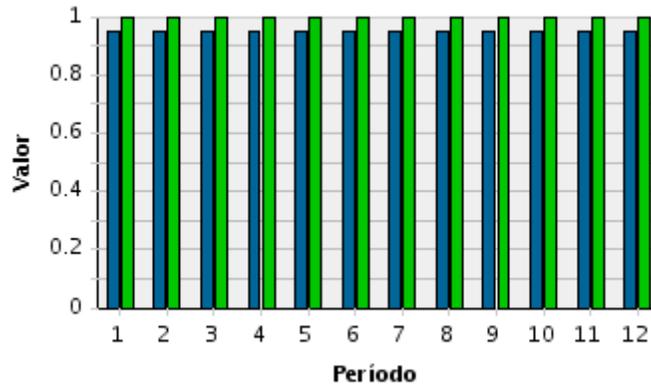
<b>Indicador</b>	2.24 M01 Porcentaje de reingresos al servicio de Emergencia en menos de 24 horas												
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide el total de pacientes que son ingresados al área de Emergencia, por segunda (o tercera, o cuarta, etc.) vez dentro de las siguientes 24 horas después de su egreso, por el mismo evento por el que ingresaron la primera vez (o por las complicaciones de este).</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada y aceptada por la DSGSIF es menor o igual a 2% en cada período para todos los establecimientos de salud</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 total de pacientes reingresados a Emergencia en menos de 24h en el período DENOMINADOR: Número total de pacientes atendidos en Emergencia en el período</p>												
<b>Método de cálculo</b>	Número total de pacientes reingresados a Emergencia en menos de 24h en el período / Número total de pacientes atendidos en Emergencia en el período												
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 115.00 %												
<b>Período</b>	<b>Ene</b>	<b>Feb</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>May</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Sep</b>	<b>Oct</b>	<b>Nov</b>	<b>Dic</b>	
<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>	0.0086	0.0088	0.0058	0.0084	0.0072	0.0108	0.0118	0.0068	0.0079	0.0014	0.0073	0.0058	
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	



## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

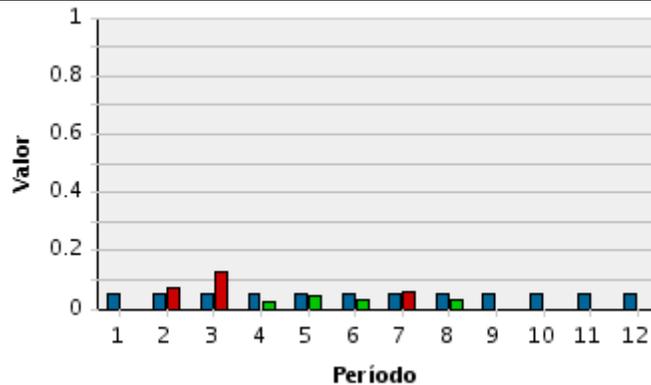
Indicador	2.25 M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide el número de profesionales que brindan atención de enfermería cumpliendo con los diez correctos, con relación al total del personal de enfermería con el que cuenta el Establecimiento de Salud en el período.</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la DSGSIF es el 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 de enfermería que cumple los ""Diez Correctos"" durante el período DENOMINADOR: Número total de personal de enfermería evaluados en el período</p>											
<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



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	2.26 M05 Porcentaje de reagendamento 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. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 0.05 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 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	0.0715	0.1265	0.0257	0.0457	0.0298	0.0582	0.0294	0	0	0	0
<b>Estado</b>	●	⊗	⊗	●	●	●	⊗	●	●	●	●	●



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	2.29 M09 Porcentaje de quejas escritas de usuarios resueltas en el establecimiento de salud																																																		
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la oportunidad en la solución a quejas escritas de usuarios por parte del establecimiento de salud.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud</p> <p>-----</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - 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</p>																																																		
<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>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●																																							
<table border="1" style="display: none;"> <caption>Data for Bar Chart</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor (Blue)</th> <th>Valor (Green)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>2</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>3</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>4</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>5</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>6</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>7</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>8</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>9</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>10</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>11</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>12</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor (Blue)	Valor (Green)	1	1.0	1.0	2	1.0	1.0	3	1.0	1.0	4	1.0	1.0	5	1.0	1.0	6	1.0	1.0	7	1.0	1.0	8	1.0	1.0	9	1.0	1.0	10	1.0	1.0	11	1.0	1.0	12	1.0	1.0
Período	Valor (Blue)	Valor (Green)																																																	
1	1.0	1.0																																																	
2	1.0	1.0																																																	
3	1.0	1.0																																																	
4	1.0	1.0																																																	
5	1.0	1.0																																																	
6	1.0	1.0																																																	
7	1.0	1.0																																																	
8	1.0	1.0																																																	
9	1.0	1.0																																																	
10	1.0	1.0																																																	
11	1.0	1.0																																																	
12	1.0	1.0																																																	
<b>Indicadores - Construcción Detallada(Período)</b>																																																			
<b>Indicador</b>	2.30 A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario																																																		

**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

**Descripción del Indicador**

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.

METAS ESTÁNDARES:  
La meta asignada por DSGSIF es llegar al 100% al mes de diciembre

-----

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: Sumatoria de mantenimientos realizados a los equipos sanitarios operativos  
- Denominador: Total de mantenimientos de los equipos sanitarios operativos programados en el año.

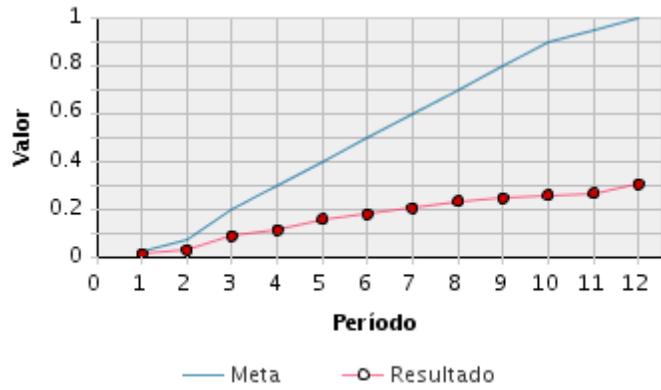
**Método de cálculo**

Sumatoria de mantenimientos realizados a los equipos sanitarios operativos/ Total de mantenimientos de los equipos sanitarios operativos programados en el año.

**Umbral Amarillo**

Entre 100.00 % y 85.00 %

Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.02	0.07	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	0.95	1
Resultado	0.0107	0.0267	0.0856	0.1123	0.1551	0.1765	0.2032	0.2312	0.2419	0.2581	0.2634	0.3011
Estado												



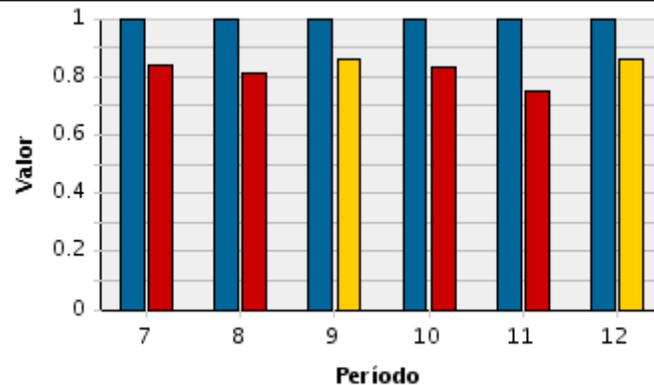
**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

**Indicador**

2.31 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%											
<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>	<b>Ene</b>	<b>Feb</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>May</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Sep</b>	<b>Oct</b>	<b>Nov</b>	<b>Dic</b>
<b>Meta</b>							1	1	1	1	1	1
<b>Resultado</b>							0.8375	0.815	0.86	0.83	0.7525	0.86
<b>Estado</b>							🔴	🔴	🟡	🔴	🔴	🟡

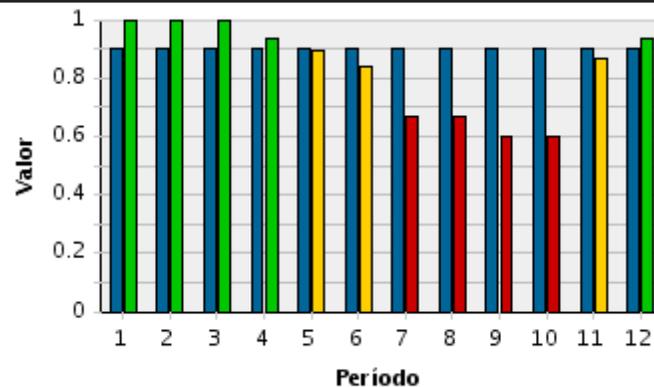


## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	3.9 A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios
------------------	---

## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<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> - Numerador: Número de servicios del establecimiento que cuentan con plantilla completa - Denominador: Total de servicios que cuenta el establecimiento de salud</p>											
<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	0.9333	0.8947	0.8421	0.6667	0.6667	0.6	0.6	0.8667	0.9333
<b>Estado</b>	●	●	●	●	▼	▼	⊗	⊗	⊗	⊗	▼	●

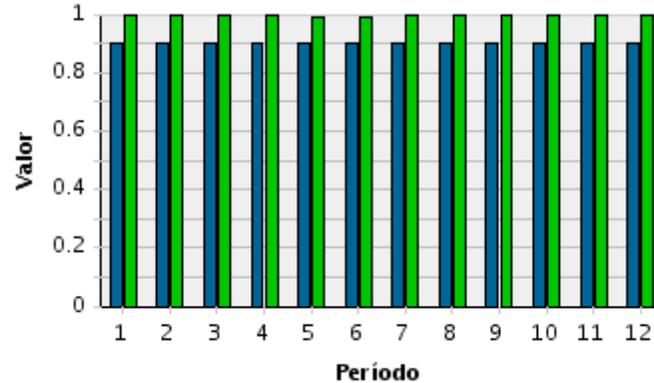


## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	3.10 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> - Numerador: Número de profesionales que cumplen con el perfil especificado según cartera de servicios - Denominador: Total de profesionales del establecimiento de salud</p>

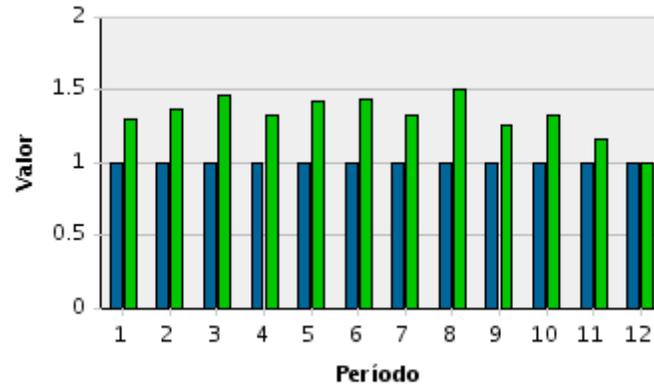
## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<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	0.9912	0.9913	1	1	1	1	1	1
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



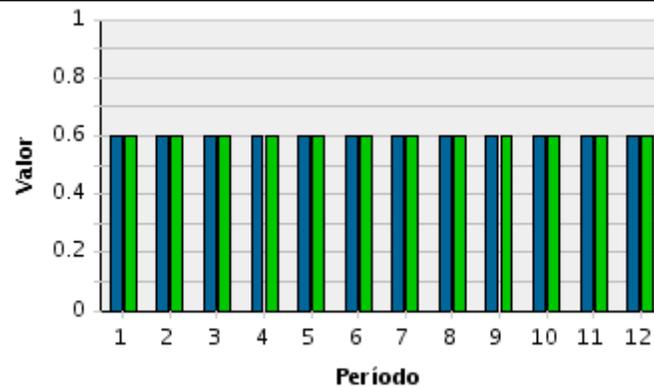
## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	4.9 A11 Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la relación entre la facturación enviada del período y los costos totales del período.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: -La meta asignada es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud</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: Monto total facturado enviado en el período DENOMINADOR: Costos totales en el período (WinSIG)</p>											
<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>	1.2949	1.3659	1.4619	1.3207	1.4176	1.4292	1.3232	1.4963	1.25	1.328	1.1553	1
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	4.10 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 periodo  METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es mayor al 0.60 en cada periodo 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 periodo												
<b>Método de cálculo</b>	Número de Responsabilidades Patronales calculadas / Número total de atenciones que caen en Responsabilidad Patronal en el periodo												
<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	0.6	0.6	0.6	0.6	
<b>Estado</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	



**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

<b>Indicador</b>	4.11 A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS											
<b>Descripción del Indicador</b>	<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> <p>- Numerador: Monto ejecutado acumulado - Denominador: Monto codificado acumulado</p>											
<b>Método de cálculo</b>	Monto ejecutado acumulado / Monto codificado acumulado											
<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	0	0.0135	0.0278	0.0427	0.1055	0.3349	0.3477	0.6118	0.6123	0.7997	0.7633
<b>Estado</b>												



**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

<b>Indicador</b>	4.12 A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL											
------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

**Descripción del Indicador** 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%.

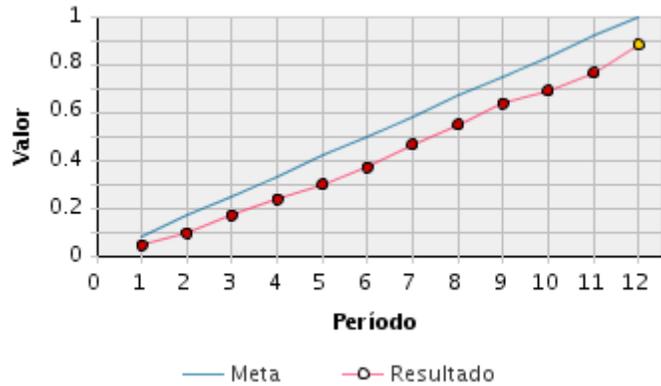
REGISTRO DE METAS:  
La meta debe ser registrada en formato 0.00 o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%

REGISTRO DE RESULTADOS:  
- Numerador: Presupuesto ejecutado acumulado  
- Denominador: Presupuesto codificado

**Método de cálculo** Presupuesto ejecutado acumulado / Presupuesto 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>	0.0833	0.1667	0.25	0.3333	0.4167	0.5	0.5833	0.6667	0.75	0.8333	0.9167	1
<b>Resultado</b>	0.043	0.0953	0.1672	0.2365	0.2987	0.3702	0.466	0.5474	0.6372	0.688	0.7629	0.8825
<b>Estado</b>	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	🚫	⚠️

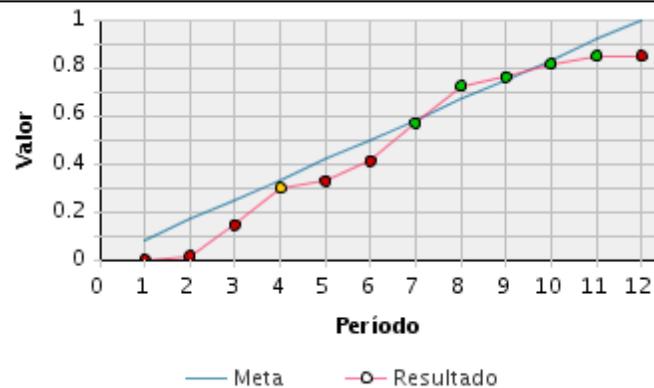


**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

**Indicador** 4.13 A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS

## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto de 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 0.00 o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS:</p> <p>- Numerador: Monto ejecutado acumulado - Denominador: Monto codificado acumulado</p>											
<b>Método de cálculo</b>	Monto ejecutado acumulado / Monto codificado acumulado											
<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	0.667	0.75	0.8333	0.9167	1
<b>Resultado</b>	0	0.0148	0.1441	0.2995	0.328	0.4099	0.5667	0.7213	0.7602	0.8158	0.8496	0.8472
<b>Estado</b>	🔴	🔴	🔴	🟡	🔴	🔴	🟢	🟢	🟢	🟢	🟢	🔴



## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	4.14 A35 Porcentaje de ejecución del PAC
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la ejecución del PAC en cada Centro de Responsabilidad Presupuestario</p> <p>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%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Monto del PAC ejecutado DENOMINADOR: Monto del PAC codificado</p>
<b>Método de cálculo</b>	Monto del PAC ejecutado / Monto del PAC codificado

Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<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>	0.02	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	0.0208	0.0998	0.1731	0.2489	0.3289	0.4863	0.5406	0.6174	0.5889	0.6251	0.9189
<b>Estado</b>												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

<b>Indicador</b>	4.15 A29 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TALENTO HUMANO											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto gasto corriente del GRUPO especificado en relación al monto codificado .</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es llegar al 100%, es aceptable que cumplan en cada cuatrimestre 33.33%.</p> <p>-----</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.00 o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale 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>											
<b>Método de cálculo</b>	Monto ejecutado acumulado / Monto codificado acumulado											
<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>	0.0595	0.1206	0.1899	0.2551	0.3186	0.3828	0.4459	0.5317	0.6015	0.6678	0.7661	0.9272
<b>Estado</b>												

Indicadores - Construcción Detallada

