

Número total de indicadores	24	% de metas cerradas sobre el total
Número de indicadores con línea base definida	1	
Número de indicadores con metas definidas y cerradas	24	

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
-----	-----------	--------	-------------	------------	----------------	------------------------	--------------------	----------------	----------

1. Incrementar la calidad, calidez y oportunidad en la prestación de servicios de salud

1.15	M09 Porcentaje de quejas escritas de usuarios resueltas en el establecimiento de salud	Registros de la unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.20	M38 Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a primera consulta antes de las 14 semanas	Registros de la unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.22	M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los Afiliados, Beneficiarios y Empleadores	Unidad Médica	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.23	A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registro de la Unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.24	A16 Porcentaje de equipamiento biomédico	Registros de la unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
	operativo								
1.26	M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa	Registros de atención de consulta externa del establecimiento de salud	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.27	M51 Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registro de la unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.28	M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"	Jefatura de Enfermería	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.29	M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica	Registros de la unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.30	M22 Porcentaje de incidentes de postparto referidos	Registros de la unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.31	M66 Porcentaje de profesionales capacitados en los protocolos y guías de práctica clínica aplicables a la unidad médica	Registros de la Unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
2. Incrementar la eficiencia operacional									
2.1	M05	Registros	Mario	12	Discreto	Resultado	0	Sí	Sí

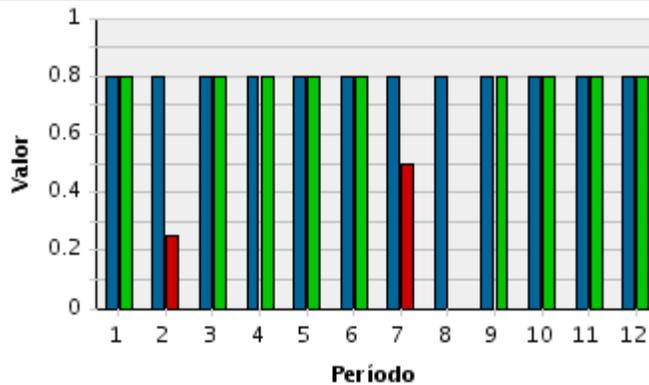
No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
4	Porcentaje de reagendamiento de pacientes	de la unidad	Alexander Tello Rodríguez			os			
2.16	M40 Porcentaje de referencias realizadas	Registros de la unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0.04	Sí	Sí
2.17	A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario	Registros de la Unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
3. Incrementar las capacidades técnicas y administrativas del talento humano									
3.3	A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos	Registros de la Unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
3.4	A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios	Registros de la Unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
3.7	M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10	Registros de la Unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
4. Incrementar el uso eficiente de los recursos financieros									
4.5	A11 Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales	Registros de la unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
4.6	A22 Porcentaje de responsabilidades patronales calculadas	Registro de la Unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
4.7	A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL	Registros de la Unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
4.8	A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS	Registro de la Unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
4.10	A29 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TALENTO HUMANO	Registros de la Unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
4.12	A35 Porcentaje de ejecución del PAC	CRP's	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí
4.13	A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS	Registro de la unidad	Mario Alexander Tello Rodríguez	12	Continuo	Resultados	0	Sí	Sí

Indicadores - Construcción Detallada(Período)

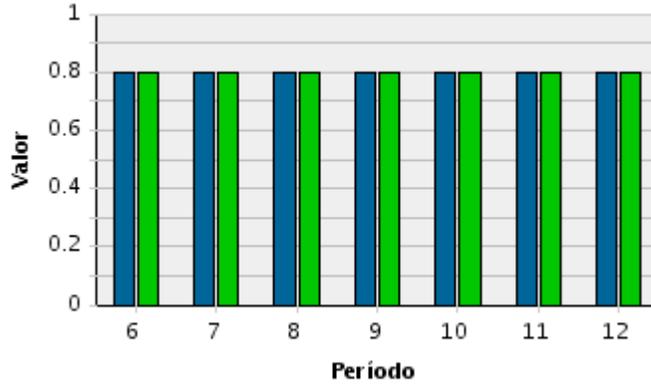
Indicador	1.15 M09 Porcentaje de quejas escritas de usuarios resueltas en el establecimiento de salud
Descripción del Indicador	<p>Mide la oportunidad en la solución a quejas escritas de usuarios por parte del establecimiento de salud.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 1.00 en cada período para todos los establecimientos de salud</p> <hr/> <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>

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Resultado	0.8	0.25	0.8	0.8	0.8	0.8	0.5	0	0.8	0.8	0.8	0.8
Estado												



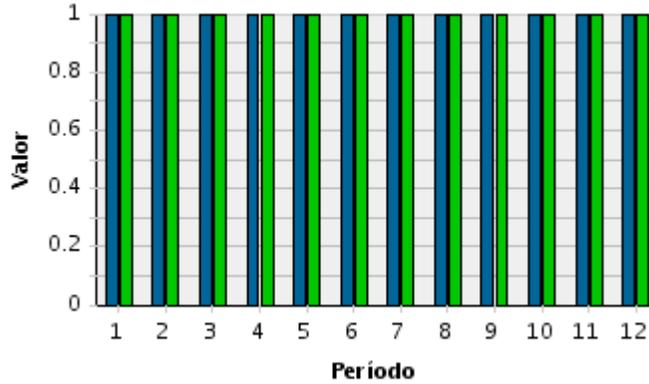
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
---	--

Indicador	1.22 M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los Afiliados, Beneficiarios y Empleadores
Descripción del Indicador	<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, Oficios, 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>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la USAABE es 85% 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 atenciones de quejas y reclamos atendidos - Denominador: Total de quejas y reclamos recibidas</p>
Método de cálculo	Número de atenciones de quejas y reclamos atendidos / Total de quejas y reclamos recibidas
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %
Período	Ene Feb Mar Abr May Jun Jul Ago Sep Oct Nov Dic
Meta	
Resultado	
Estado	



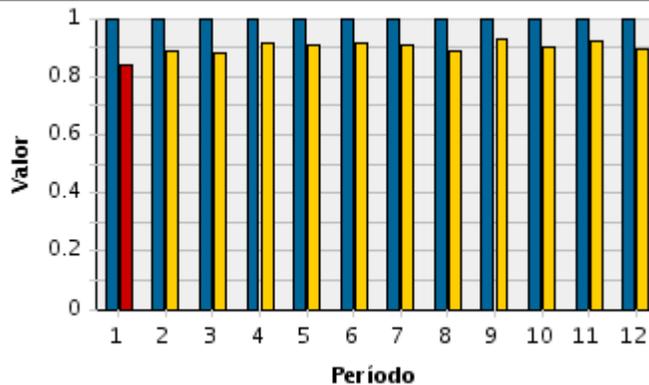
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.23 A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo												
Descripción del Indicador	<p>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).</p> <p>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</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todas las Unidades Médicas.</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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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							0.9836	0.9836	0.9836	0.9897	0.9897	0.9963	
Estado							▼	▼	▼	▼	▼	▼	



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.26 M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa												
Descripción del Indicador	<p>Mide la efectividad del cumplimiento de la agenda programada de consulta externa en cada período, no se considera las consultas por agenda extendida.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta designada por la DSGSIF es del 100% para todos los establecimientos de salud 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 atenciones programadas realizadas en consulta externa en el período - Denominador: Total de citas programadas en el período</p>												
Método de cálculo	Número de atenciones programadas realizadas en consulta externa en el período / Total de citas programadas 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	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Resultado	0.8395	0.8887	0.8774	0.9144	0.9096	0.913	0.9073	0.8873	0.9286	0.9005	0.9184	0.8926	
Estado	🛑	⚠️	⚠️	⚠️	⚠️	⚠️	⚠️	⚠️	⚠️	⚠️	⚠️	⚠️	

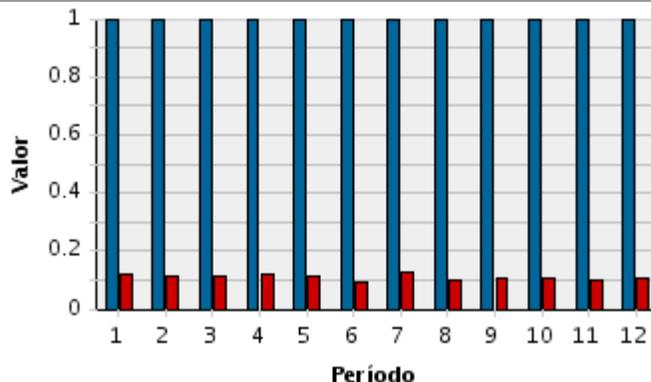


Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.27 M51 Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo												
Descripción del	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												

Indicadores - Construcción Detallada(Período)

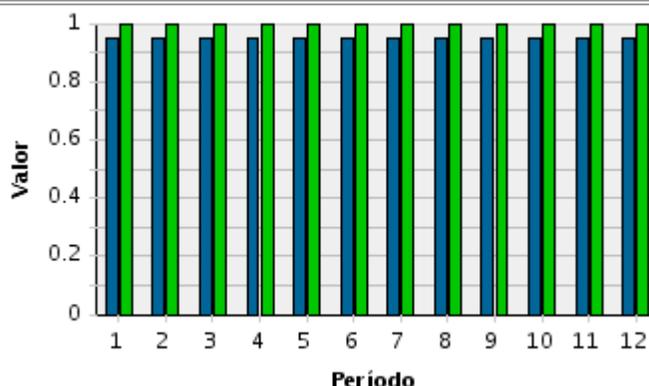
Indicador	epidemiológico. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud. REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo en el período DENOMINADOR: Total de fármacos del cuadro básico en el período												
Método de cálculo	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												
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	0.1209	0.1137	0.1114	0.1209	0.1161	0.0948	0.128	0.1019	0.109	0.1066	0.0995	0.1043	
Estado													



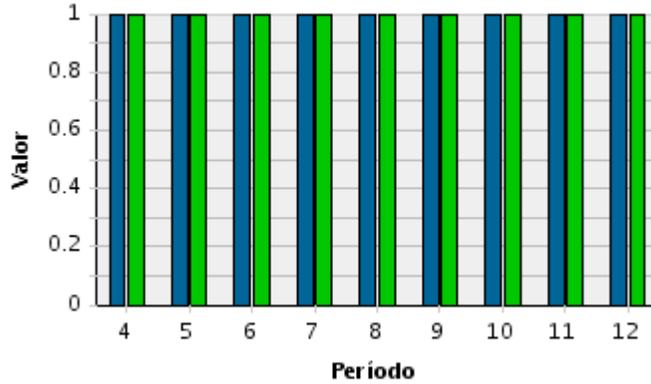
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.28 M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"
Descripción del Indicador	Mide el número de profesionales que brindan atención de enfermería cumpliendo con los diez correctos, con relación al total del personal de enfermería con el que cuenta el Establecimiento de Salud en el período. El personal que está autorizado para realizar este procedimiento, corresponde a los/las profesionales de enfermería, se excluye a los/las auxiliares de enfermería y a los/las profesionales de enfermería que se encuentran cumpliendo roles administrativos. Esto incluye, los seis correctos: Vía correcta, paciente correcto, hora correcta, dosis correcta, medicamento correcto, administración correcta y los cuatro yo: Yo administro, yo respondo, yo preparo, yo registro 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%

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
	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	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

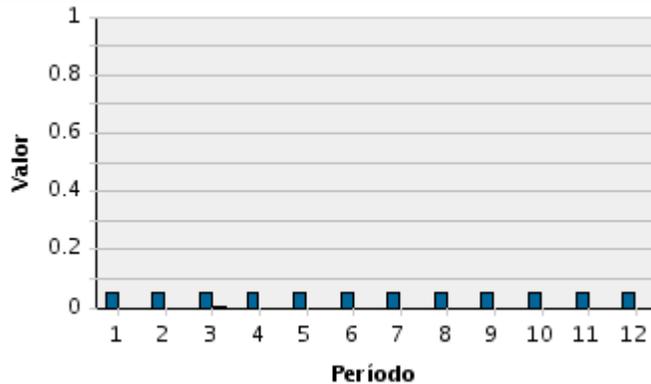


Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.29 M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica											
Descripción del Indicador	<p>Mide la aplicación de los protocolos aprobados por el Ministerio de Salud Pública o en su ausencia, aquellos aplicados 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 de consulta con aplicación correcta de protocolos o guías de práctica clínica documentada en epicrisis de la muestra tomada en el período DENOMINADOR: Total de la muestra de egresos o altas en el período</p>											
Método de cálculo	Número de egresos o altas de consulta con aplicación correcta de protocolos o guías de práctica clínica documentada en epicrisis de la muestra tomada en el período / Total de la muestra de egresos o altas en el período											
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	0.9355	0.9677	1	0.9355	1	1	0.9333	0.9677	0.9677	1	1
Estado	●	▼	▼	●	▼	●	●	▼	▼	▼	●	●



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	2.14 M05 Porcentaje de reagendamento de pacientes											
Descripción del Indicador	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											
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	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
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
Resultado	0	0	0.0062	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estado	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	2.16 M40 Porcentaje de referencias realizadas											
Descripción del Indicador	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.											

Indicadores - Construcción Detallada(Período)

METAS ESTÁNDARES:
Para todas las unidades médicas, las referencias no deben superar el 10% en cada período.

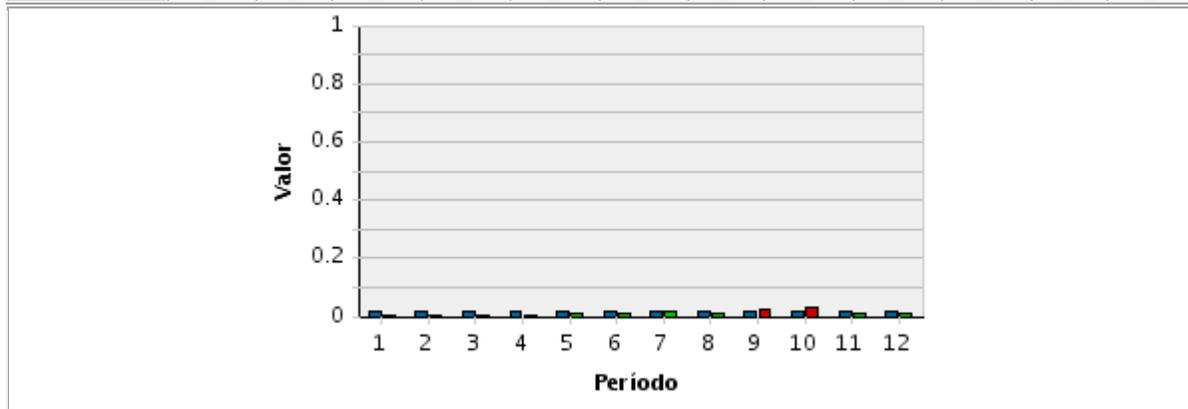
REGISTRO DE METAS:
- La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%

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 %

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	0.0042	0.004	0.0049	0.0055	0.0126	0.0083	0.016	0.0131	0.0261	0.0307	0.009	0.0136
Estado	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador 2.17 A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario

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

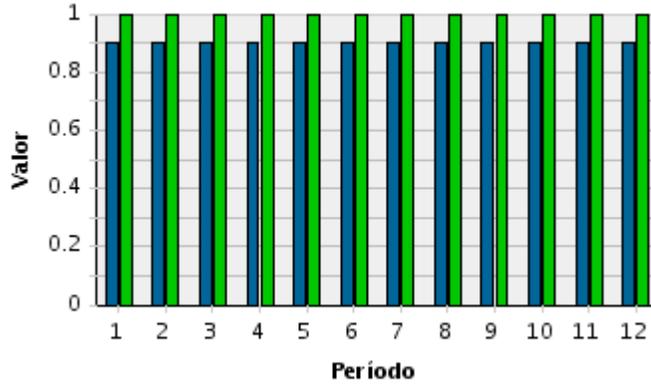
REGISTRO DE METAS:
- La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%

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.

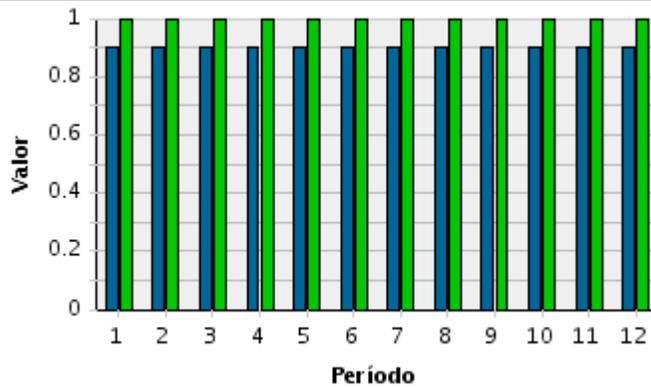
Umbral Amarillo Entre 100.00 % y 85.00 %

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



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	3.4 A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios												
Descripción del Indicador	<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>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF 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 equivale a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de servicios del establecimiento que cuentan con plantilla completa - Denominador: Total de servicios que cuenta el establecimiento de salud</p>												
Método de cálculo	Número de servicios del establecimiento que cuentan con plantilla completa / Total de servicios que cuenta el establecimiento de salud												
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %												
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	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	3.7 M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10												
Descripción del Indicador	Mide el nivel de pertinencia médica en relación a cuadros sindrómicos que se encuentran registrados												

Indicadores - Construcción Detallada(Período)

METAS ESTÁNDARES:
La meta asignada por SGSIF es del 100% en cada período para todos los establecimientos de salud

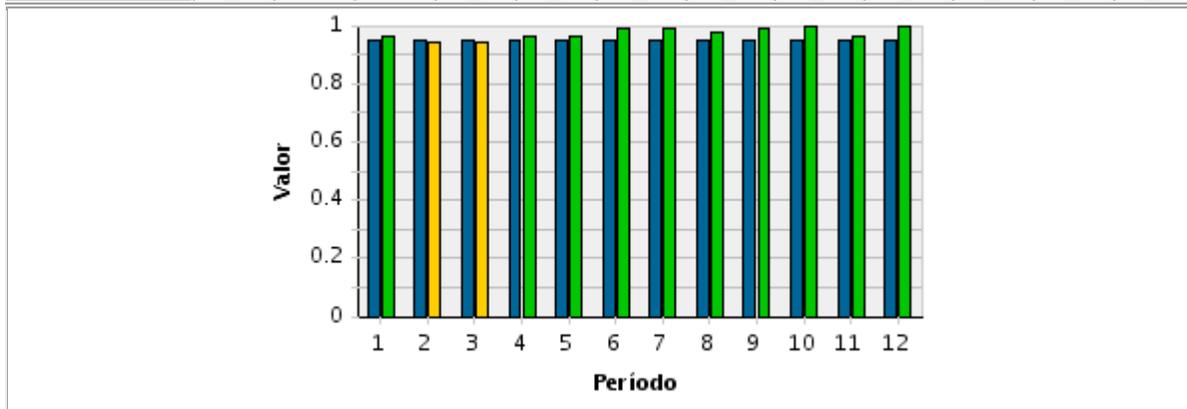
REGISTRO DE METAS:
- La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%

REGISTRO DE RESULTADOS:
- Numerador: Número de 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	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	0.96	0.94	0.94	0.96	0.96	0.9867	0.9867	0.9733	0.9867	1	0.96	1
Estado	●	▼	▼	●	●	●	●	●	●	●	●	●



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador 4.5 A11 Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales

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

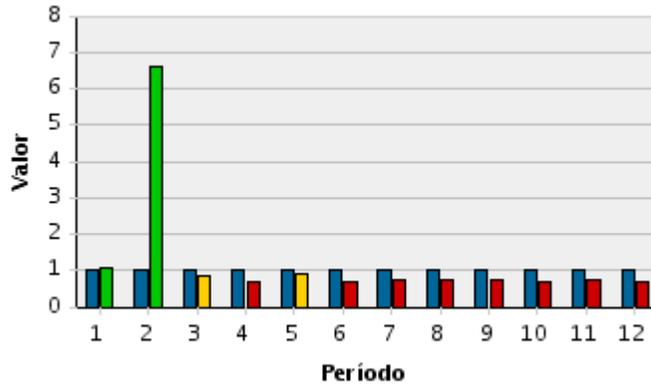
REGISTRO DE METAS:
- La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%

REGISTRO DE RESULTADOS:
NUMERADOR: Monto total facturado enviado en el período
DENOMINADOR: Costos totales en el período (WinSIG)

Método de cálculo Monto total facturado enviado en el periodo / Costos totales en el periodo (WinSIG)

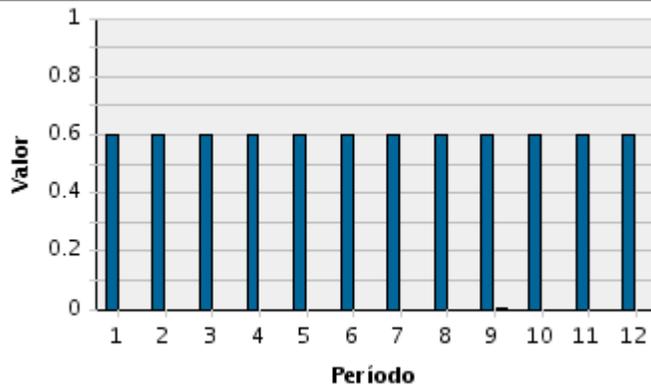
Umbral Amarillo Entre 100.00 % y 85.00 %

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	1.0718	6.6002	0.8676	0.6724	0.9239	0.6959	0.7182	0.7347	0.7373	0.6852	0.7207	0.6954
Estado	●	●	▼	⊗	▼	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	4.6 A22 Porcentaje de responsabilidades patronales calculadas											
Descripción del Indicador	<p>Mide la proporción de cálculo de Responsabilidades Patronales respecto al monto total de prestaciones de la unidad, en el período</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es mayor al 0.60 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 Responsabilidades Patronales calculadas DENOMINADOR: Número total de atenciones que caen en Responsabilidad Patronal en el período</p>											
Método de cálculo	Número de Responsabilidades Patronales calculadas / Número total de atenciones que caen en Responsabilidad Patronal 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	0.6	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	0.0017	0	0	0
Estado												

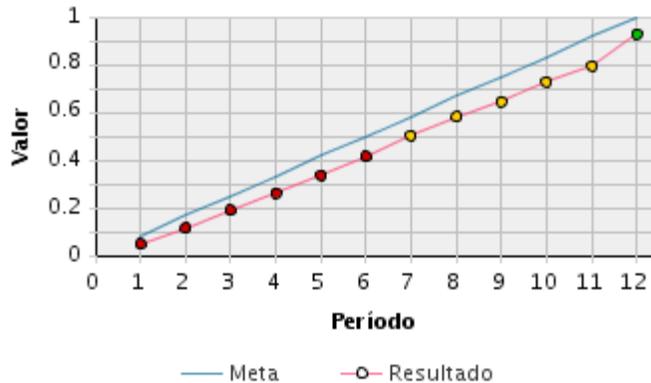


Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	4.7 A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL											
Descripción del	Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto total del establecimiento de salud.											

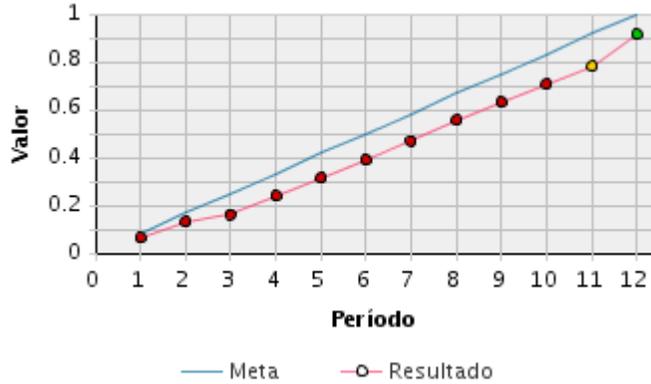
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	<p>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%.</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: Presupuesto ejecutado acumulado - Denominador: Presupuesto codificado</p>											
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
Meta	0.083 3	0.166 7	0.25	0.333 3	0.416 7	0.5	0.583 3	0.666 7	0.75	0.833 3	0.916 7	1
Resultado	0.048	0.116 2	0.189 1	0.262 4	0.335 4	0.416 1	0.500 5	0.580 1	0.645 6	0.726 7	0.791 9	0.928 2
Estado	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🔴	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟢



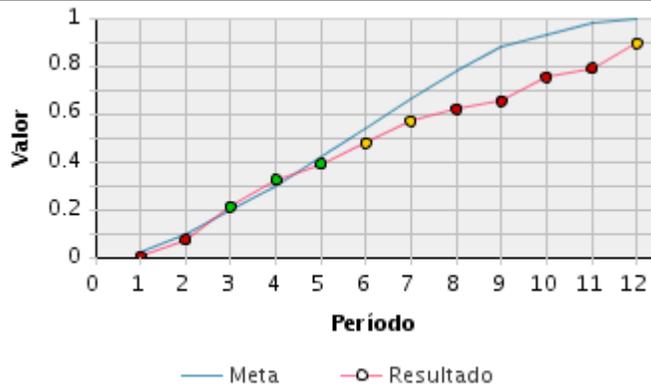
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	4.8 A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS
Descripción del Indicador	<p>Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto gasto corriente del GRUPO especificado en relación al monto codificado .</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta será asignada por cada establecimiento de salud se considerará que por lo menos el primer semestre debe mantenerse abastecido.</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS:</p> <p>- Numerador: Monto ejecutado acumulado - Denominador: Monto codificado acumulado</p>
Método de cálculo	Monto ejecutado acumulado / Monto codificado acumulado
Umbral Amarillo	Entre 10.00 % y 15.00 %



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	4.12 A35 Porcentaje de ejecución del PAC											
Descripción del Indicador	Mide la ejecución del PAC en cada Centro de Responsabilidad Presupuestario METAS ESTÁNDARES: La meta establecida para todos los establecimientos es: ENE-2%, FEB-10%, MRZ-20%, ABR-30, MAY-42%, JUN-54%, JUL-66%, AGS-78%, SPT-88%, OCT-93%, NOV-98%, DIC-100% REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Monto del PAC ejecutado DENOMINADOR: Monto del PAC codificado											
Método de cálculo	Monto del PAC ejecutado / Monto del PAC codificado											
Umbral Amarillo	Entre 10.00 % y 15.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
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	0.0022	0.0725	0.2106	0.3223	0.3887	0.4776	0.5683	0.6193	0.6522	0.7537	0.7885	0.8928
Estado	🔴	🔴	🟢	🟢	🟢	🟡	🟡	🔴	🔴	🔴	🔴	🟡



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	4.13 A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS											
Descripción del Indicador	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.											

Indicadores - Construcción Detallada(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: Monto ejecutado acumulado
 - Denominador: Monto codificado acumulado

Método de cálculo	Monto ejecutado acumulado / Monto codificado acumulado											
Umbral Amarillo	Entre 10.00 % y 15.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
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	1	1	0.7683	0.7683	0.7683	0.7683	1	1	0.9968	0.9968
Estado												

