



**IESS PR**  
POR RESULTADOS

Año: 2017  
Indicadores - Construcción Detallada  
Hospital Básico - Puyo

16/03/2018 - 12:52  
PM

Número total de indicadores	41	% de metas cerradas sobre el total
Número de indicadores con línea base definida	3	100.00 %
Número de indicadores con metas definidas y cerradas	41	

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 los servicios de salud</b>									
1.25	M01 Porcentaje de reingresos al servicio de Emergencia en menos de 24 horas	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.26	M02 Tiempo (minutos) promedio de respuesta a emergencias del ECU 911	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.27	M25 Relación partos cesárea	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.28	M57 Porcentaje de ocupación de camas	Registros de la Unidad	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.29	M51 Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.30	M60 Porcentaje de IAAS por servicio	Registro de la unidad	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.33	M12 Tiempo promedio (días) de espera pre-quirúrgico	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0.5	Sí	Sí
1.34	M58 Tiempo promedio (horas) de estancia pre-quirúrgico	Registros de la Unidad	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí
1.35	M14 Porcentaje de cirugías suspendidas	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0.15	Sí	Sí
1.38	M78 Porcentaje de exámenes	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina	12	Discreto	Resultados	0	Sí	Sí

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
	entregados oportunamente		Peralta Noriega						
1.39	M68 Porcentaje de respuesta en las transferencias reales en un tiempo ideal	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.41	M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.43	M59 Porcentaje de reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.44	M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.45	M62 Porcentaje de inconsistencias en reportes de mortalidad	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.47	M75 Porcentaje de informes de derivación con pertinencia médica efectiva	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.50	M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa	Registros de atención de consulta externa del establecimiento de salud	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.51	M65 Porcentaje de muertes maternas	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.55	M79 Porcentaje de derivaciones solicitadas por capacidad resolutive	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.56	M22 Porcentaje de incidentes de postparto referidos	Registros de la unidad	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.57	M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ

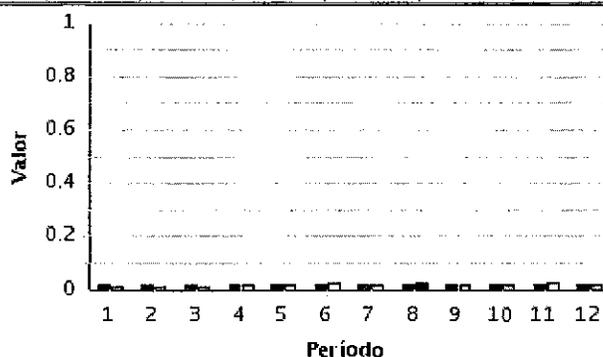
No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
1.59	M67 Porcentaje de profesionales de emergencia capacitados en el Triaje de Manchester	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.60	M69 Porcentaje de profesionales sanitarios con conocimientos técnicos en atención pre hospitalaria, soporte vital básico y manejo de trauma	Registros de la Unidad	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.61	M39 Porcentaje de embarazadas con parto normal atendidas en el establecimiento de salud	Registros de la Unidad	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.62	M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los Afiliados, Beneficiarios y Empleadores	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.65	M85 Porcentaje de muerte neonatal evitable	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
1.66	M29 Porcentaje de pacientes que superan las 48 horas en el área de observación del servicio de emergencia	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0.01	SÍ	SÍ
<b>2. Incrementar la eficiencia operacional</b>									
2.16	A01 Índice de disponibilidad de tecnología informática	Registros de la unidad	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
2.17	A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo	Registros de la unidad	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
2.19	A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
2.20	A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
2.21	A22 Porcentaje de responsabilidades patronales calculadas	Registros de la Unidad	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
2.22	A40 Porcentaje de actualización de indicadores en el IESSPR	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
<b>3. Incrementar las capacidades técnicas y administrativas del Talento Humano</b>									
3.6	A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
3.7	A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos	Registros de la Unidad	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
<b>4. Incrementar el uso eficiente de los recursos financieros</b>									
4.6	A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.7	A11 Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales	Registros de la Coordinación General Financiera	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.9	A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.10	A35 Porcentaje de ejecución del PAC	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ
4.11	A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria -	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
	Gasto Corriente - TOTAL		Noriega						
4.12	A30 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - CAPACITACIÓN PERSONAL	Registros de la Unidad Médica	Daniela Karina Peralta Noriega	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	SÍ

## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

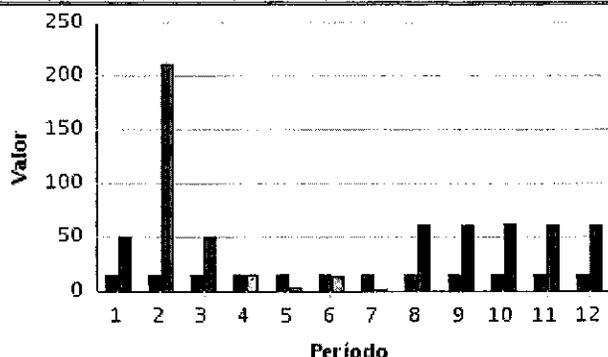
Indicador	1.25 M01 Porcentaje de reingresos al servicio de Emergencia en menos de 24 horas
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide el total de pacientes que son ingresados al área de Emergencia, por segunda (o tercera, o cuarta, etc.) vez dentro de las siguientes 24 horas después de su egreso, por el mismo evento por el que ingresaron la primera vez (o por las complicaciones de este).</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> 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><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 total de pacientes reingresados a Emergencia en menos de 24h en el periodo -Denominador: Número total de pacientes atendidos en Emergencia en el periodo</p>
<b>Método de cálculo</b>	Número total de pacientes reingresados a Emergencia en menos de 24h en el periodo/Número total de pacientes atendidos en Emergencia en el periodo
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 115.00 %
<b>Período</b>	Ene Feb Mar Abr May Jun Jul Ago Sep Oct Nov Dic
<b>Meta</b>	0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02 0.02
<b>Resultado</b>	0.0127 0.0109 0.0115 0.0165 0.016 0.0217 0.0157 0.023 0.0141 0.0146 0.0213 0.0186
<b>Estado</b>	○ ○ ○ ○ ○ ▽ ○ ⊕ ○ ○ ▽ ○



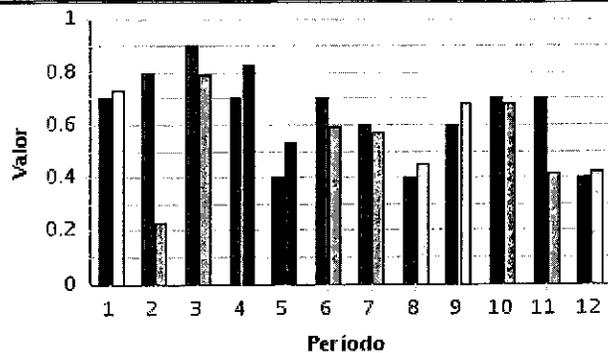
## Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.26 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><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta definida por la DSGSIF es menor o igual a 15 minutos según los lineamientos establecidos por el ECU911</p> <p><b>REGISTRO DE METAS:</b> La meta debe ser registrada en formato X.XX, por ejemplo: 4.50 minutos es igual a 4 minutos con 30 segundos</p> <p><b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b> -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>	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
<b>Resultado</b>	50	209.1429	50.1667	15	1.875	12.9231	0.9231	60.7647	60.7391	61.8333	61.2727	61.5714
<b>Estado</b>	⊙	⊙	⊙	○	○	○	○	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<b>Indicador</b>	1.27 M25 Relación partos cesárea											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide las cesáreas que se ejecutaron en el establecimiento de salud. Las cesáreas deben cumplir con los criterios técnicos establecidos. Relación número de partos sobre número de cesáreas.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta debe ser definida por la DSGSIF por nivel de atención</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 partos por cesárea en el periodo -Denominador: Número total de partos atendidos en el establecimiento de salud en el periodo</p>											
<b>Método de cálculo</b>	Número de partos por cesárea en el periodo/Número total de partos atendidos en el establecimiento de salud en el periodo											
<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>	0.7	0.8	0.9	0.7	0.4	0.7	0.6	0.4	0.6	0.7	0.7	0.4
<b>Resultado</b>	0.7273	0.2308	0.7895	0.8235	0.5333	0.5909	0.5714	0.45	0.6842	0.6842	0.4118	0.4231
<b>Estado</b>	▽	○	○	⊙	⊙	○	○	▽	▽	○	○	▽

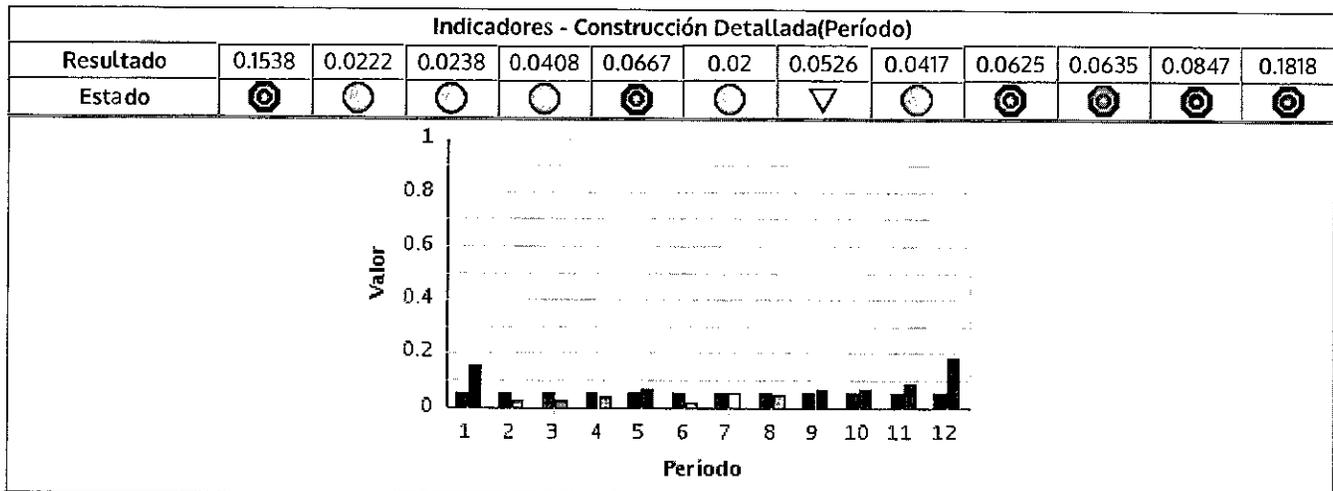


Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<b>Indicador</b>	1.28 M57 Porcentaje de ocupación de camas											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide el grado de utilización de las unidades hospitalarias a partir de valorar el porcentaje de ocupación por período. Se incluirán las camas censables de unidades hospitalarias.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la DSGSIF es 85% en cada período para todos los establecimientos de salud</p>											

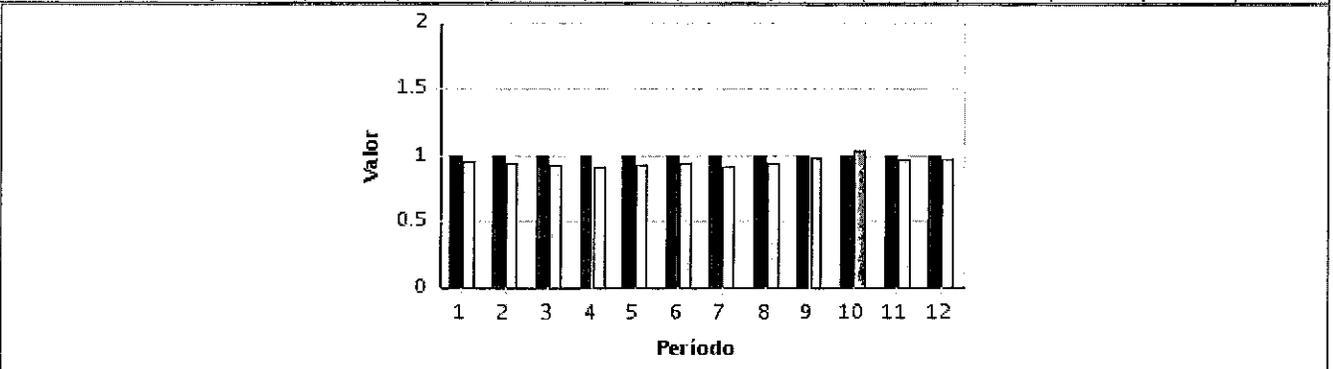
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de días de estancia de pacientes - Denominador: Número de días cama disponible</p>												
Método de cálculo	Número de días de estancia de pacientes / Número de días cama disponible											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85
Resultado	0.761	0.7822	0.9798	0.9307	0.9014	0.9244	1.0055	1.0444	1.161	1.0271	1.0053	1.0265
Estado	○	○	⊙	▽	▽	▽	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.29 MSI Porcentaje de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo											
Descripción del Indicador	<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 periodo -Denominador: Total de fármacos del cuadro básico en el periodo</p>											
Método de cálculo	Número de fármacos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo en el periodo/Total de fármacos del cuadro básico en el periodo											
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	0.8543	0.8826	0.8623	0.8907	0.8907	0.83	0.8381	0.8259	0.9109	0.8826	0.8745	0.9271
Estado	▽	▽	▽	▽	▽	⊙	⊙	⊙	▽	▽	▽	▽





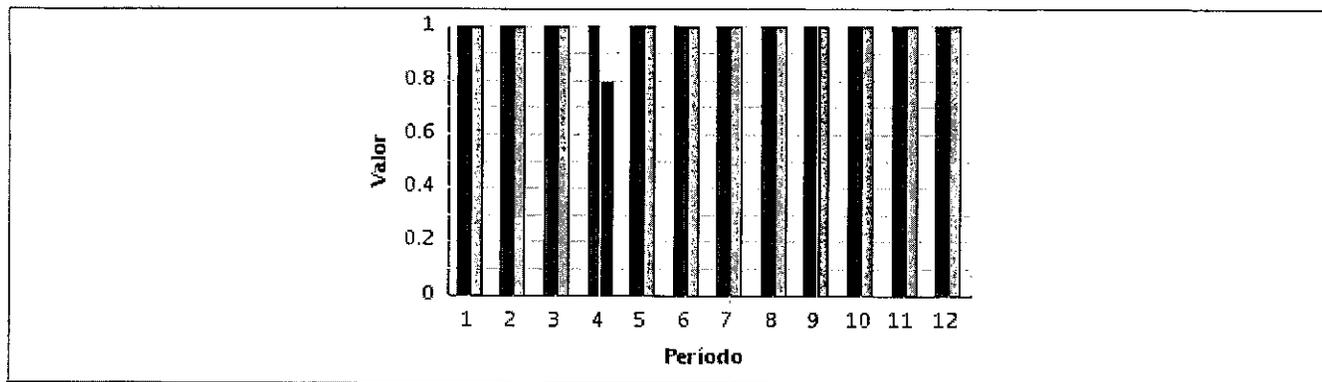


Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
<b>Indicador</b>	1.38 M78 Porcentaje de exámenes entregados oportunamente
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la proporción de exámenes entregados a tiempo, es decir que los exámenes se suban al sistema AS-400; tiene la finalidad de evaluar los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Laboratorio clínico: Tiempo oportuno en resultados confiables validados (1 día)</li> <li>-Laboratorio de microbiología: Tiempo oportuno en resultados confiables validados (3 días)</li> <li>-Anatomía Patológica: Tiempo oportuno (15 días)</li> <li>-Medicina Nuclear: Tiempo oportuno (8 días)</li> <li>-Pet ct: Tiempo oportuno (15 días)</li> <li>-Genética y Molecular: Tiempo oportuno entre (8-30 días)</li> <li>-Imagen: Tiempo oportuno (1 a 5 días)</li> </ul> <p>IMPORTANTE: Este indicador aplica a todos los establecimientos de salud que cuentan con estos servicios de acuerdo al nivel de complejidad y cartera de servicios.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es del 100% en cada periodo 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 exámenes entregados oportunamente en el periodo -Denominador: Total de exámenes solicitados en el periodo</p>
<b>Método de cálculo</b>	Número de exámenes entregados oportunamente en el periodo / Total de exámenes solicitados 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>	0.9537    0.9384    0.923    0.9132    0.918    0.9338    0.9117    0.9373    0.9764    1.0321    0.9614    0.959
<b>Estado</b>	▽    ▽    ▽    ▽    ▽    ▽    ▽    ▽    ▽    ⊖    ▽    ▽



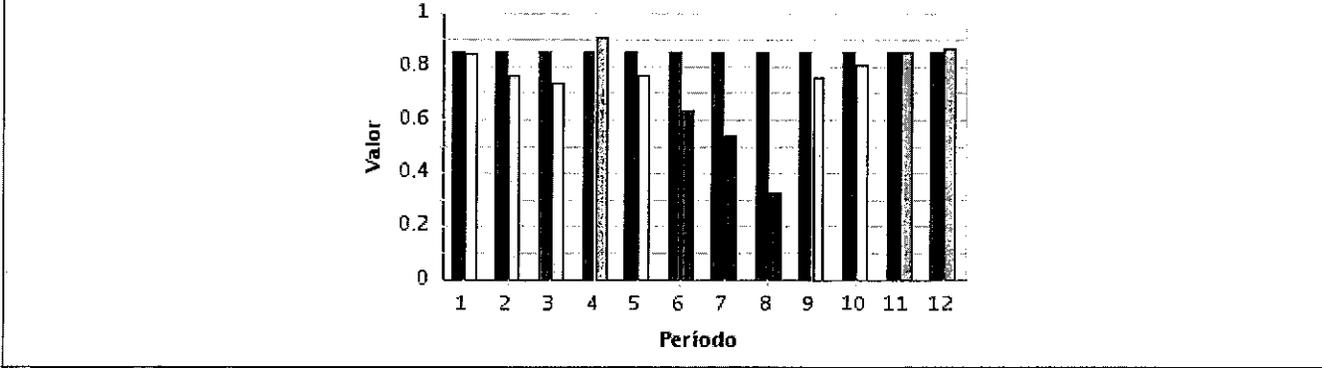
Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
<b>Indicador</b>	1.39 M68 Porcentaje de respuesta en las transferencias reales en un tiempo ideal





**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

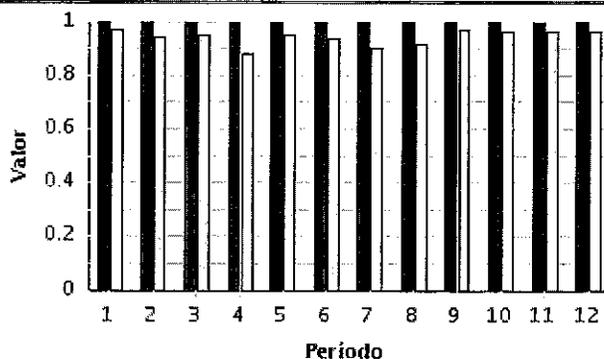
<b>Indicador</b>	1.43 M59 Porcentaje de reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo												
<b>Descripción del Indicador</b>	Mide el porcentaje de reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo (3 meses), en relación al total de reactivos vitales de uso de la unidad médica. Esto es el abastecimiento de los reactivos vitales en el servicio.  <b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la Dirección del Seguro General Individual y Familiar para el año 2017 es 85% y para el año 2018 es 100% en cada periodo para todos los establecimientos de salud.  <b>REGISTRO DE METAS:</b> La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%  <b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b> - Numerador: Número de reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo en el periodo - Denominador: Número total de reactivos en stock en el periodo												
<b>Método de cálculo</b>	Número de reactivos vitales con stock mayor o igual al mínimo en el periodo / Número total de reactivos en stock 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>	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	
<b>Resultado</b>	0.8438	0.7656	0.7344	0.9062	0.7656	0.6308	0.5385	0.3231	0.7576	0.802	0.8516	0.8645	
<b>Estado</b>	▽	▽	▽	⊙	▽	⊙	⊙	⊙	▽	▽	⊙	⊙	



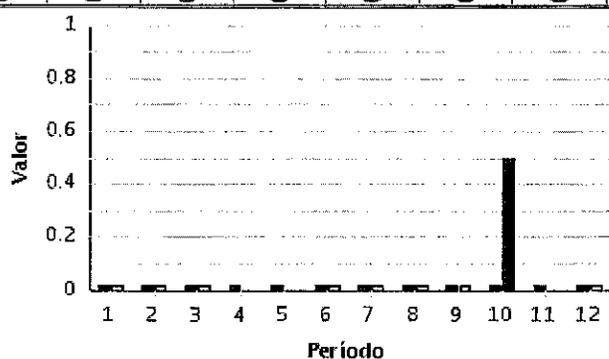
**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

<b>Indicador</b>	1.44 M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10												
<b>Descripción del Indicador</b>	Mide el nivel de pertinencia médica en relación a cuadros sindrómicos que se encuentran registrados  <b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la Dirección del Seguro General Individual y Familiar es del 100% en cada periodo para todos los establecimientos de salud  <b>REGISTRO DE METAS:</b> La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%  <b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b> - Numerador: Número de pertinencias de codificación CIE10 encontradas - Denominador: Número total de registros auditados												
<b>Método de cálculo</b>	Número de pertinencias de codificación CIE10 encontradas / Número total de registros auditados												

Indicadores - Construcción Detallada(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	0.9721	0.9436	0.9511	0.8812	0.9472	0.9354	0.901	0.9125	0.9671	0.96	0.96	0.96
Estado	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽	▽



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.45 M62 Porcentaje de inconsistencias en reportes de mortalidad											
Descripción del Indicador	<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><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la Dirección del Seguro General Individual y Familiar 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 periodo</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 inconsistencias encontradas en los registros auditados en el periodo - Denominador: Total de registros auditados en el periodo</p>											
Método de cálculo	Número de inconsistencias encontradas en los registros auditados en el periodo / Total de registros auditados en el periodo											
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	0.02	0.02	0.02	0	0	0.02	0.02	0.02	0.02	0.5	0	0.02
Estado	○	○	○	○	○	○	○	○	○	⊗	○	○

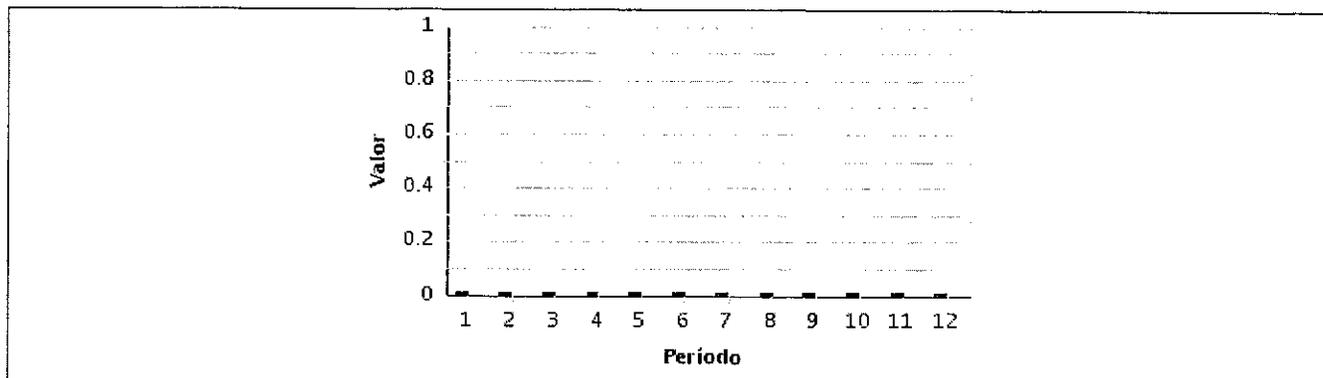


Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.47 M75 Porcentaje de informes de derivación con pertinencia médica efectiva											
Descripción del Indicador	<p>Mide el nivel de pertinencia médica que justifique las derivaciones realizadas dentro de la unidad</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es 95% en cada periodo</p>											

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:Número de informes de derivaciones con pertinencia médica efectiva -Denominador:Número total de informes de derivaciones realizadas											
<b>Método de cálculo</b>	Número de informes de derivaciones con pertinencia médica efectiva/Número total de informes de derivaciones realizadas											
<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>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	<p>A bar chart with the y-axis labeled 'Valor' ranging from 0 to 1.0 in increments of 0.2. The x-axis is labeled 'Período' and numbered 1 to 12. Each bar represents a period and reaches the value of 1.0.</p>											
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<b>Indicador</b>	1.50 M56 Porcentaje de atenciones realizadas en consulta externa											
<b>Descripción del Indicador</b>	Mide la efectividad del cumplimiento de la agenda programada de consulta externa en cada período, no se considera las consultas por agenda extendida.  METAS ESTÁNDARES: La meta designada por la DSGSIF es del 100% para todos los establecimientos de salud en cada período.  REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%  REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de atenciones programadas realizadas en consulta externa en el período - Denominador: Total de citas programadas en el período											
<b>Método de cálculo</b>	Número de atenciones programadas realizadas en consulta externa en el período / Total de citas programadas en el período											
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %											
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
<b>Meta</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Resultado</b>	0.828	0.8765	0.8653	0.8502	0.8478	0.8368	0.8272	0.8266	0.8322	0.8094	0.8085	0.7723
<b>Estado</b>	⊙	▽	▽	▽	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
	<p>A bar chart with the y-axis labeled 'Valor' ranging from 0 to 1.0 in increments of 0.2. The x-axis is labeled 'Período' and numbered 1 to 12. Each bar represents a period with the following values: 0.828, 0.8765, 0.8653, 0.8502, 0.8478, 0.8368, 0.8272, 0.8266, 0.8322, 0.8094, 0.8085, 0.7723.</p>											
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												

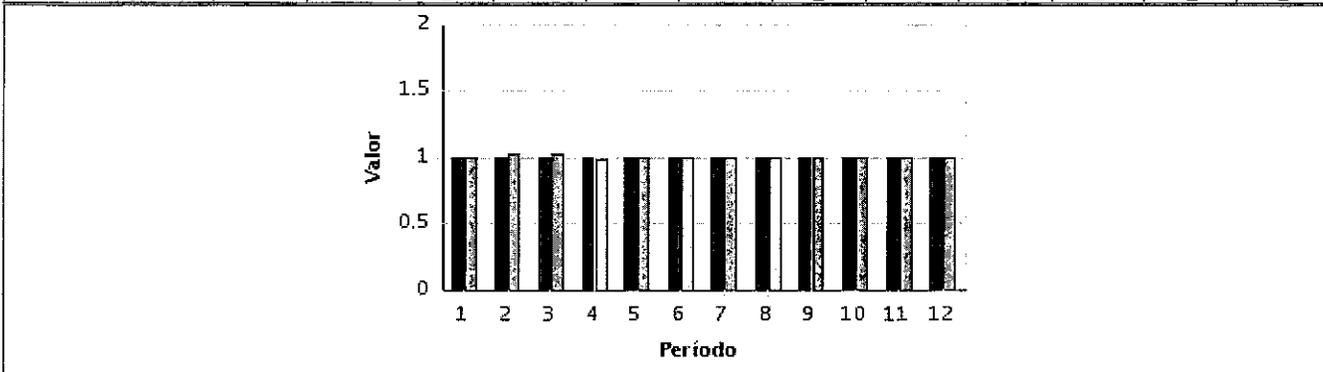
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.51 M65 Porcentaje de muertes maternas											
Descripción del Indicador	<p>Mide la proporción de muertes maternas evitables ocurridas durante el período. El Manual de Procedimientos de Mortalidad Evitable del MSP considera las siguientes definiciones: Muerte Materna: Es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo, o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Defunción Materna Tardía: Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, después de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción. Muerte Materna Evitable: Es la muerte de una mujer en periodo del embarazo, parto o puerperio, que se pudo evitar si se hubiera tomado la decisión oportuna de acudir a los servicios de salud a tiempo y haber recibido atención pertinente y adecuada.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta sugerida por la Dirección del Seguro General Individual y Familiar es del 0% en cada periodo 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 muertes maternas evitables identificadas en el periodo - Denominador: Número de partos atendidos en la unidad</p>											
Método de cálculo	Número de muertes maternas evitables identificadas en el periodo / Número de partos atendidos en la unidad											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Resultado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estado	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
<p>Valor</p> <p>Período</p>												
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.55 M79 Porcentaje de derivaciones solicitadas por capacidad resolutive											
Descripción del Indicador	<p>Mide la proporción de solicitudes de derivación por motivo de la falta de camas, el daño o falta de equipos, 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>DERIVACIÓN: Es el procedimiento estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un establecimiento de salud de menor Nivel de Atención o Complejidad de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) a otro de igual o mayor Nivel de Atención y/o Complejidad de la Red Complementaria, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente.</p> <p>CAPACIDAD RESOLUTIVA: Es el nivel de respuesta que tiene un establecimiento de salud a la demanda de atención o solución inmediata a cuadros complejos de salud de una persona o grupo de personas, con acciones integrales, inmediatas y oportunas haciendo uso de los recursos físicos y humanos debidamente calificados, quienes harán diagnóstico y tratamiento oportuno. Se expresa en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La cartera de servicios del establecimiento</li> <li>-El talento humano calificado que dispone</li> <li>-La infraestructura; y,</li> <li>-El equipamiento</li> </ul>											





**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

<b>Indicador</b>	1.57 M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica												
<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. Guías de Práctica Clínica: Manejo integral de un paciente con una patología. Recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar tanto al profesional como al paciente a tomar decisiones adecuadas cuando el paciente tiene una enfermedad o condición de salud determinada.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada periodo 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 egresos o altas de consulta con aplicación correcta de protocolos o guías de práctica clínica documentada en epicrisis de la muestra tomada en el periodo -Denominador: Total de la muestra de egresos o altas en el periodo</p>												
<b>Método de cálculo</b>	Número de egresos o altas de consulta con aplicación correcta de protocolos o guías de práctica clínica documentada en epicrisis de la muestra tomada en el periodo/Total de la muestra de egresos o altas 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>	1	1.0172	1.0164	0.9814	1	0.9887	1	0.9887	1	1	1	1	
<b>Estado</b>	○	○	○	▽	○	▽	○	▽	○	○	○	○	

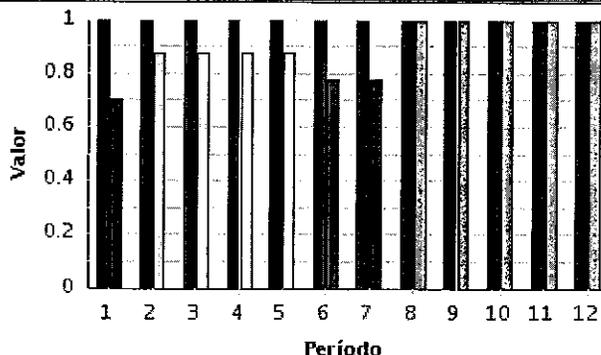


**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

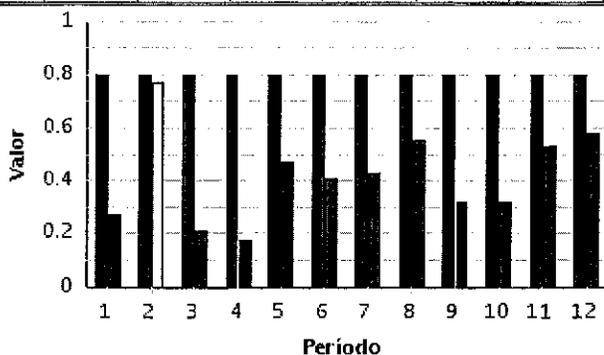
<b>Indicador</b>	1.59 M67 Porcentaje de profesionales de emergencia capacitados en el Triage de Manchester												
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la proporción de profesionales del área de emergencia capacitados en la Metodología de Clasificación de Pacientes - Triage de Manchester, para la priorización de la atención. Cabe indicar que este conocimiento debería tener todo personal que trabaja en esta área, y por lo tanto si es necesario algún refuerzo, se debe realizar las gestiones pertinentes de manera inmediata, ya sea por medio de una capacitación externa o incluso por un profesional de la misma área que conozca del tema. 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</p>												

Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
<p>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. Este indicador permite gestionar que todas las personas en el área de emergencia estén capacitadas siempre, sin que esto sea perjudicado por la rotación de personal.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la Dirección del Seguro General Individual y Familiar es del 100% en cada periodo para todos los establecimientos de salud que cuentan con áreas de emergencia.</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 del área de emergencia capacitados en el Triage de Manchester -Denominador: Total de profesionales del área de emergencia</p>																																						
<b>Método de cálculo</b>	Número de profesionales del área de emergencia capacitados en el Triage de Manchester / Total de profesionales del área de emergencia																																					
<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"> <caption>Gráfico de Barras: Valor vs. Período</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>1.00</td></tr> <tr><td>2</td><td>1.00</td></tr> <tr><td>3</td><td>1.00</td></tr> <tr><td>4</td><td>1.00</td></tr> <tr><td>5</td><td>1.00</td></tr> <tr><td>6</td><td>1.00</td></tr> <tr><td>7</td><td>1.00</td></tr> <tr><td>8</td><td>1.00</td></tr> <tr><td>9</td><td>1.00</td></tr> <tr><td>10</td><td>1.00</td></tr> <tr><td>11</td><td>1.00</td></tr> <tr><td>12</td><td>1.00</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	1	1.00	2	1.00	3	1.00	4	1.00	5	1.00	6	1.00	7	1.00	8	1.00	9	1.00	10	1.00	11	1.00	12	1.00
Período	Valor																																					
1	1.00																																					
2	1.00																																					
3	1.00																																					
4	1.00																																					
5	1.00																																					
6	1.00																																					
7	1.00																																					
8	1.00																																					
9	1.00																																					
10	1.00																																					
11	1.00																																					
12	1.00																																					
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
<b>Indicador</b>	1.60 M69 Porcentaje de profesionales sanitarios con conocimientos técnicos en atención pre hospitalaria, soporte vital básico y manejo de trauma																																					
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>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.</p> <p>Cabe indicar que este conocimiento debería tener todo personal que trabaja en esta área, y por lo tanto si necesitaran algún refuerzo, se debe realizar las gestiones pertinentes de manera inmediata, incluso si uno de los compañeros que si lo sepa hacer, les ayude con ese refuerzo. No se refiere a realizar una capacitación al personal, más bien de constatar que el personal sea el adecuado para realizar las gestiones que requiere el área.</p> <p>Importante: este indicador aplica en los establecimientos de salud que cuentan con las ambulancias articuladas al Sistema ECU911</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por la DSGSIF es del 100% en cada periodo para todos los establecimientos de salud que cuentan con áreas de emergencia y tienen ambulancias.</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 RESULTADO:</b> Numerador: Número de profesionales con conocimiento en el manejo de Soporte Vital Básico y en el Trauma Prehospitalario Denominador: Total de profesionales del área</p>																																					

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
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	1	1	1
Resultado	0.7	0.875	0.875	0.875	0.875	0.7778	0.7778	1	1	1	1	1
Estado	⊙	▽	▽	▽	▽	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙



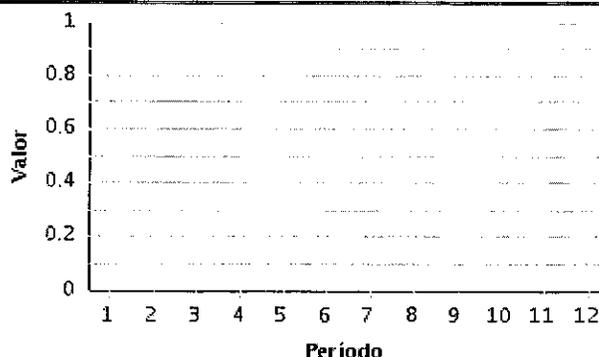
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.61 M39 Porcentaje de embarazadas con parto normal atendidas en el establecimiento de salud											
Descripción del Indicador	<p>Mide el nivel de adherencia de la embarazada a la atención integral brindada por el establecimiento de salud Para lograr éxito en este indicador, se sugiere que el nivel directivo del establecimiento de salud, fomente el trato digno a la embarazada y la relación médico - paciente.</p> <p>Para el caso del nivel hospitalario aplica a los establecimientos que son puerta de entrada para el control prenatal o que atienden referencias de embarazadas con factores de riesgo, que terminan en parto normal.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por SGSIF es 0.80 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 embarazadas con control prenatal y parto normal atendidas en el establecimiento de salud en el período - Denominador: total de partos atendidos en el establecimiento de salud en el período</p>											
Método de cálculo	Número de embarazadas con parto normal atendidas en el establecimiento de salud en el período / total de partos atendidos en el establecimiento de salud 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	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
Resultado	0.2727	0.7692	0.2105	0.1765	0.4667	0.4091	0.4286	0.55	0.3158	0.3158	0.5294	0.5769
Estado	⊙	▽	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙



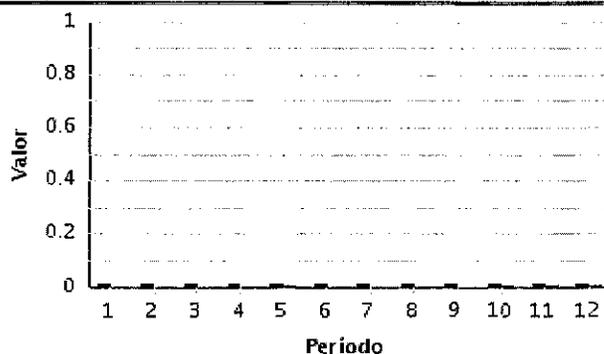
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.62 M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los Afiliados, Beneficiarios y Empleadores											

Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Descripción del Indicador	Mide el número de quejas y reclamos atendidos, cumpliendo con los tiempos establecidos (máximo 48 horas), ingresados por los diferentes canales con los que cuenta el IESS, como son: Teléfonos Rojos, Redes Sociales, Teléfonos Institucionales, Correos Electrónicos, Página Web, Presenciales, Oficios, con relación al total de quejas y reclamos recibidas por los diferentes canales que posee el IESS, en un periodo mensual. Importante: Debe reportar el número de quejas y reclamos resueltas en el periodo, ejemplo; el 31 de mayo la Dirección Nacional de Servicios de Atención al Ciudadano enviará el número de los casos abiertos a gestionarse en el mes de junio (casos de mayo) y estos se deberá reportar hasta el 10 de julio. Este proceso involucra la apertura de un caso en el sistema, al cual se le da seguimiento, mediante trazabilidad y finaliza cuando en el sistema se cierra el caso, con sus respectivas observaciones.																																					
	METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la Dirección Nacional de Servicios de Atención al Ciudadano es 85% en cada periodo																																					
	REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%																																					
	REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de atenciones de quejas y reclamos atendidos en 48 horas - Denominador: Total de quejas y reclamos recibidas																																					
Método de cálculo	Número de atenciones de quejas y reclamos atendidos en 48 horas/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	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85																										
Resultado	1	0.85	1	1	1	0.85	0.85	1	1	1	1	1																										
Estado	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																										
<table border="1"> <caption>Bar Chart Data</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0.85</td></tr> <tr><td>2</td><td>0.85</td></tr> <tr><td>3</td><td>1.00</td></tr> <tr><td>4</td><td>1.00</td></tr> <tr><td>5</td><td>1.00</td></tr> <tr><td>6</td><td>0.85</td></tr> <tr><td>7</td><td>0.85</td></tr> <tr><td>8</td><td>0.85</td></tr> <tr><td>9</td><td>0.85</td></tr> <tr><td>10</td><td>1.00</td></tr> <tr><td>11</td><td>1.00</td></tr> <tr><td>12</td><td>1.00</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	1	0.85	2	0.85	3	1.00	4	1.00	5	1.00	6	0.85	7	0.85	8	0.85	9	0.85	10	1.00	11	1.00	12	1.00
Período	Valor																																					
1	0.85																																					
2	0.85																																					
3	1.00																																					
4	1.00																																					
5	1.00																																					
6	0.85																																					
7	0.85																																					
8	0.85																																					
9	0.85																																					
10	1.00																																					
11	1.00																																					
12	1.00																																					
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Indicador	1.65 M85 Porcentaje de muerte neonatal evitable																																					
Descripción del Indicador	Mide la proporción de muertes neonatales evitables ocurridas durante el periodo en la Unidad Médica. Permite identificar y notificar todas las muertes neonatales evitables ocurridas en los servicios de salud de la Unidad Médica; se deberá analizar e investigar procesos modificables en el entorno familiar, colectivo o de los servicios de salud que presta la Unidad, a fin de establecer estrategias para evitar su ocurrencia. El Manual de Procedimientos de Mortalidad Evitable del MSP considera las siguientes definiciones:  Recién Nacido Vivo (a): Niño (a) que nace vivo (a) producto de una gestación de 22 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina. Muerte Neonatal: Muerte de un recién nacido de más de 500 gramos desde el nacimiento hasta los 28 días de vida. Muerte Neonatal Tardía: Muerte de un recién nacido vivo que ocurre después del séptimo día y hasta el día 28.																																					
	METAS ESTÁNDARES: La meta establecida por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es homologada																																					
	REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%.																																					
	REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de muertes neonatales evitables identificadas en el periodo - Denominador: Total de nacidos vivos																																					
Método de cálculo	Número de muertes neonatales evitables identificadas en el periodo/ Total de nacidos vivos																																					

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Resultado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Estado	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.66 M29 Porcentaje de pacientes que superan las 48 horas en el área de observación del servicio de emergencia											
Descripción del Indicador	<p>Este indicador sirve para evaluar el grado de aprovechamiento de las camillas del área de observación del servicio de emergencia.</p> <p>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>											
Método de cálculo	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											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
Resultado	0	0	0	0	0.0032	0	0	0	0	0.0022	0.0028	0.0048
Estado	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	2.16 A01 Índice de disponibilidad de tecnología informática											

Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Descripción del Indicador	Mide la disponibilidad de tecnología informática operativa (HW+SW+RED) con que cuenta el personal de administrativo y de salud para llevar a cabo sus funciones durante el período.																																					
	METAS ESTÁNDARES: La meta asignada para el indicador es de 90% 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: 0.80 es igual a 80%.																																					
	REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Sumatoria del número de horas disponibles de (HW+SW+RED) que tiene cada estación de trabajo en el período DENOMINADOR: (Número de estaciones de trabajo * Número de horas de trabajo en el período)																																					
Método de cálculo	Sumatoria del número de horas disponibles de (HW+SW+RED) que tiene cada estación de trabajo en el período / (Número de estaciones de trabajo * Número de horas de trabajo 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	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9																										
Resultado	0.9928	0.9808	0.9914	0.9911	0.9996	0.9981	0.9955	0.9993	1	0.9994	0.9995	1																										
Estado	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○																										
<table border="1"> <caption>Bar Chart Data</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0.9928</td></tr> <tr><td>2</td><td>0.9808</td></tr> <tr><td>3</td><td>0.9914</td></tr> <tr><td>4</td><td>0.9911</td></tr> <tr><td>5</td><td>0.9996</td></tr> <tr><td>6</td><td>0.9981</td></tr> <tr><td>7</td><td>0.9955</td></tr> <tr><td>8</td><td>0.9993</td></tr> <tr><td>9</td><td>1</td></tr> <tr><td>10</td><td>0.9994</td></tr> <tr><td>11</td><td>0.9995</td></tr> <tr><td>12</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	1	0.9928	2	0.9808	3	0.9914	4	0.9911	5	0.9996	6	0.9981	7	0.9955	8	0.9993	9	1	10	0.9994	11	0.9995	12	1
Período	Valor																																					
1	0.9928																																					
2	0.9808																																					
3	0.9914																																					
4	0.9911																																					
5	0.9996																																					
6	0.9981																																					
7	0.9955																																					
8	0.9993																																					
9	1																																					
10	0.9994																																					
11	0.9995																																					
12	1																																					
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Indicador	2.17 A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo																																					
Descripción del Indicador	Mide a los equipos biomédicos que estén en el inventario de activos fijos que se encuentran operativos al momento de la medición. (Todo equipo que esté en el inventario de activos fijos debe estar operativo - funcional al 100%, si está parcialmente funcional se toma como no operativo).																																					
	Equipo Biomédico: Cualquier instrumento, aparato, máquina, médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctrico, electrónicos e hidráulicos y/o híbridos, que para uso requieren de una fuente de energía para ser empleados en los seres humanos en uno o más de los siguientes propósitos:																																					
	<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>																																					
	METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es tener el 100% de equipamiento operativo																																					
REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%																																						
REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de equipos biomédicos que están operativos en el período DENOMINADOR: Número total de equipos biomédicos del establecimiento																																						
Método de cálculo	Número de equipos biomédicos que están operativos en el período / Número total de equipos biomédicos del establecimiento																																					
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %																																					
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic																										

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	0.9633	0.9633	0.9633	0.9633	0.9633	0.8807	1	0.9688	0.9375	0.9271	0.9167	0.9167
Estado	▽	▽	▽	▽	▽	▽	○	▽	▽	▽	▽	▽

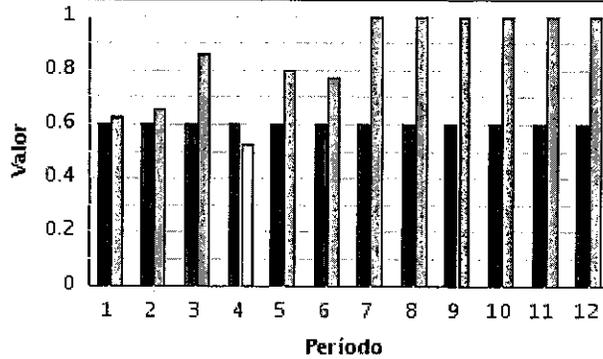
  

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	2.19 A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario											
Descripción del Indicador	<p>Mide el cumplimiento de los planes de mantenimiento de los equipos sanitarios que se encuentran en operación en cada Unidad Médica.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta establecida por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es homologada, debiendo llegar al 100% al mes de Diciembre</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Sumatoria de mantenimientos realizados a los equipos sanitarios operativos -Denominador: Total de mantenimientos de los equipos sanitarios operativos programados en el año</p>											
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	0	0	0.45	0.5	0.55	0.6	0.65	0.7	0.8	0.9	1
Resultado	0	0	0	0	0	0	0.4792	0.8229	1	1	1	1
Estado	○	○	○	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	○	○	○	○

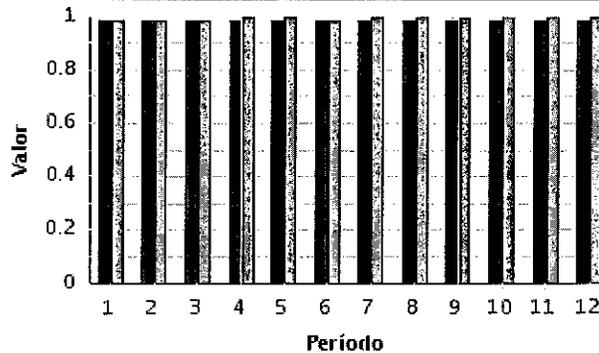
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	2.20 A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo											
Descripción del Indicador	<p>Mide el porcentaje promedio de dispositivos médicos con stock mayor o igual al stock 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 su tipología y perfil epidemiológico, y que son necesarios para la entrega de las prestaciones de salud a los usuarios y que constan en su Plan Anual de Contrataciones (PAC). Este indicador debe ser reportado con corte al 30 de cada mes.</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</p>											

Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
las amalgamas, barnices, sellantes y demás productos dentales similares.																																						
METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es 100% en cada periodo para todas las Unidades Médicas.																																						
REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%																																						
REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Suma de Porcentajes de Dispositivos Médicos con stock mayor o igual al stock mínimo de cada una de las Áreas de Servicio de la Unidad Médica -Denominador: Total de Áreas de Servicio de la Unidad Médica																																						
<b>Método de cálculo</b>	Suma de Porcentajes de Dispositivos Médicos con stock mayor o igual al stock mínimo de cada una de las Áreas de Servicio de la Unidad Médica / Total de Áreas de Servicio de la Unidad Médica																																					
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %																																					
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic																										
<b>Meta</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																										
<b>Resultado</b>	0.9936	0.786	0.9832	0.9952	0.9952	0.9779	0.9889	0.9876	0.8252	0.9503	0.8729	0.9099																										
<b>Estado</b>	▽	⊙	▽	▽	▽	▽	▽	▽	⊙	▽	▽	▽																										
<table border="1"> <caption>Bar Chart Data</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0.9936</td></tr> <tr><td>2</td><td>0.786</td></tr> <tr><td>3</td><td>0.9832</td></tr> <tr><td>4</td><td>0.9952</td></tr> <tr><td>5</td><td>0.9952</td></tr> <tr><td>6</td><td>0.9779</td></tr> <tr><td>7</td><td>0.9889</td></tr> <tr><td>8</td><td>0.9876</td></tr> <tr><td>9</td><td>0.8252</td></tr> <tr><td>10</td><td>0.9503</td></tr> <tr><td>11</td><td>0.8729</td></tr> <tr><td>12</td><td>0.9099</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	1	0.9936	2	0.786	3	0.9832	4	0.9952	5	0.9952	6	0.9779	7	0.9889	8	0.9876	9	0.8252	10	0.9503	11	0.8729	12	0.9099
Período	Valor																																					
1	0.9936																																					
2	0.786																																					
3	0.9832																																					
4	0.9952																																					
5	0.9952																																					
6	0.9779																																					
7	0.9889																																					
8	0.9876																																					
9	0.8252																																					
10	0.9503																																					
11	0.8729																																					
12	0.9099																																					
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
<b>Indicador</b>	2.21 A22 Porcentaje de responsabilidades patronales calculadas																																					
<b>Descripción del Indicador</b>	Mide la proporción de cálculo de Responsabilidades Patronales respecto al monto total de prestaciones de la unidad, en el período  METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es mayor al 0.60 en cada período para todos los establecimientos de salud  REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.00 o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%  REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de Responsabilidades Patronales calculadas DENOMINADOR: Número total de atenciones que caen en Responsabilidad Patronal en el período																																					
<b>Método de cálculo</b>	Número de Responsabilidades Patronales calculadas / Número total de atenciones que caen en Responsabilidad Patronal en el período																																					
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 100.00 % y 85.00 %																																					
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic																										
<b>Meta</b>	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6																										
<b>Resultado</b>	0.6242	0.6543	0.8585	0.5217	0.7972	0.7719	1	1	1	1	1	1																										
<b>Estado</b>	○	○	○	▽	○	⊙	○	○	○	⊙	○	○																										



**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

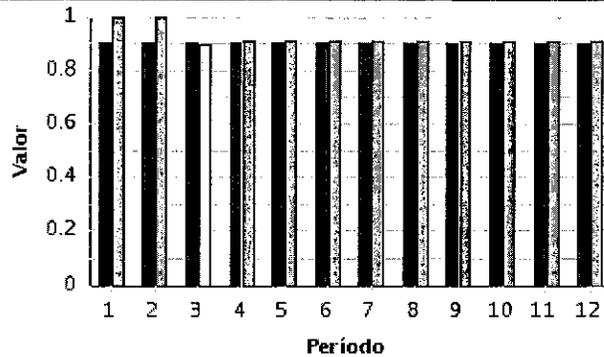
<b>Indicador</b>	2.22 A40 Porcentaje de actualización de indicadores en el IESSPR												
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide el porcentaje de indicadores reportados a tiempo de toda la Unidad Médica. Se considera a tiempo los indicadores registrados hasta el día 10 de cada mes y que cerraron el periodo. La fuente de verificación debe ser obtenida de la herramienta IESSPR, generando el reporte desde el nivel N2, el día 11 de cada mes o el primer día laborable posterior al 10, hasta las 9h00 am, mismo que deberá ser ingresado en el nivel N4 y actualizado de forma manual en sus niveles superiores.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta establecida por el Nivel Central es del 98% en el periodo, tomando en cuenta que este indicador no podría ser actualizado hasta sacar el reporte, por lo cual no puede ser el 100%</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> -Porcentaje de actualización de resultados de la unidad médica en el periodo</p>												
<b>Método de cálculo</b>	Porcentaje de actualización de resultados de la unidad médica 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>	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	0.98	
<b>Resultado</b>	0.98	0.98	0.98	1	1	0.98	1	1	1	1	1	1	
<b>Estado</b>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	



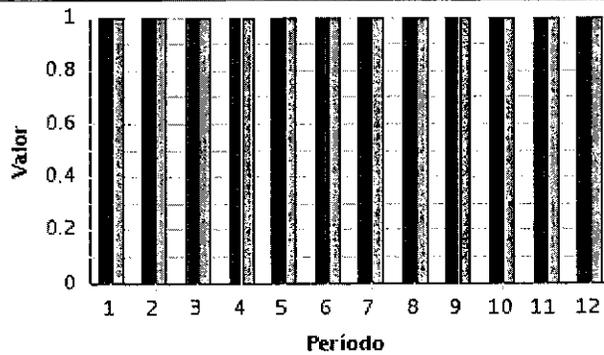
**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

<b>Indicador</b>	3.6 A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios												
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la proporción de servicios del establecimiento que tienen la cantidad de profesionales de salud que necesitan de acuerdo a la cartera de servicios y a la demanda que tenga cada Unidad Médica.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es 90% en cada periodo 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</p>												

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
	-Denominador: Total de servicios con los que cuenta el establecimiento de salud											
<b>Método de cálculo</b>	Número de servicios del establecimiento que cuentan con plantilla completa / Total de servicios con los 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	0.8947	0.9048	0.9048	0.9048	0.9048	0.9048	0.9048	0.9048	0.9048	0.9048
<b>Estado</b>	○	○	▽	●	○	○	○	○	○	●	○	○

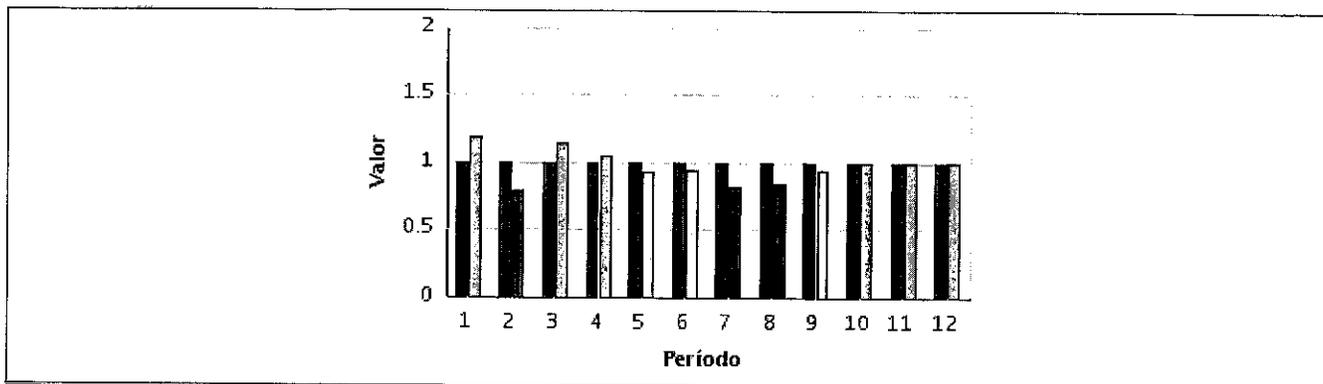


Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<b>Indicador</b>	3.7 A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos											
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la relación entre los profesionales de salud que cumplen con los requisitos: Título profesional, experiencia, especialidad en relación al puesto a desempeñar, de todos los profesionales del área médica y administrativa</p> <p>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 profesionales que cumplen con el perfil especificado según cartera de servicios - Denominador: Total de profesionales del establecimiento de salud</p>											
<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>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Resultado</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Estado</b>	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○	○	○



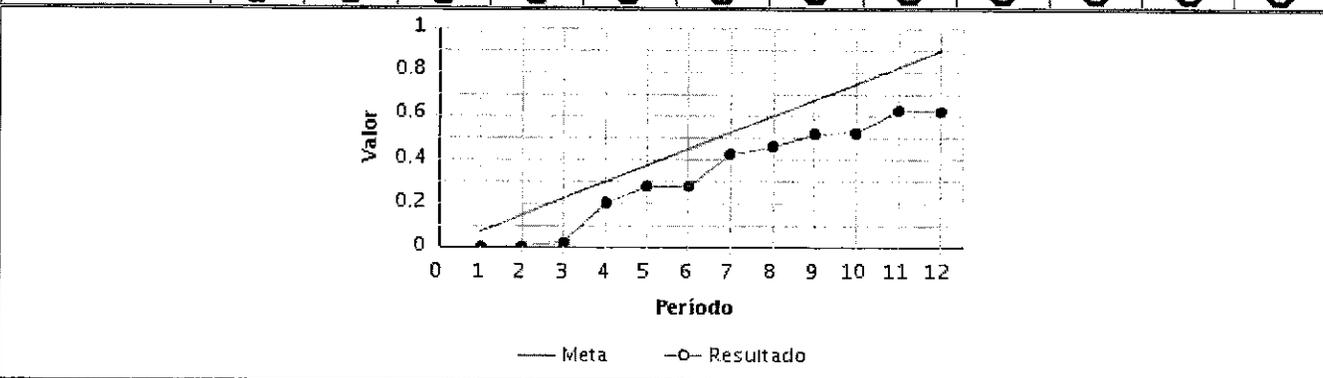
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
<b>Indicador</b>	4.6 A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS											

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto de Gasto Corriente del grupo especificado en relación al monto codificado.											
	METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es llegar al 100% al final del año, es aceptable que se cumpla en cada cuatrimestre un 33.33%											
	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 del grupo ejecutado acumulado en el periodo -Denominador: Presupuesto del grupo codificado											
Método de cálculo	Monto del grupo ejecutado acumulado en el periodo / Presupuesto del grupo codificado											
Umbral Amarillo	Entre 10.00 % y 15.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.075	0.15	0.225	0.3	0.375	0.45	0.525	0.6	0.675	0.75	0.825	0.9
Resultado	0	0.0305	0.276	0.278	0.3007	0.5843	0.3101	0.3136	0.3492	0.4536	0.5021	0.8687
Estado	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
<p style="text-align: center;">— Meta    -○- Resultado</p>												
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.7 A11 Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales											
Descripción del Indicador	Mide la relación entre la facturación enviada del período y los costos totales del período.											
	METAS ESTÁNDARES: -La meta asignada es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud											
	REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%											
	REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Monto total facturado enviado en el período DENOMINADOR: Costos totales en el período (WinSIG)											
Método de cálculo	Monto total facturado enviado en el período/Costos totales en el período (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	1.1798	0.7943	1.1462	1.0444	0.9295	0.9366	0.8198	0.8493	0.943	1	1	1
Estado	⊙	⊙	⊙	⊙	▽	▽	⊙	⊙	▽	⊙	⊙	⊙



**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

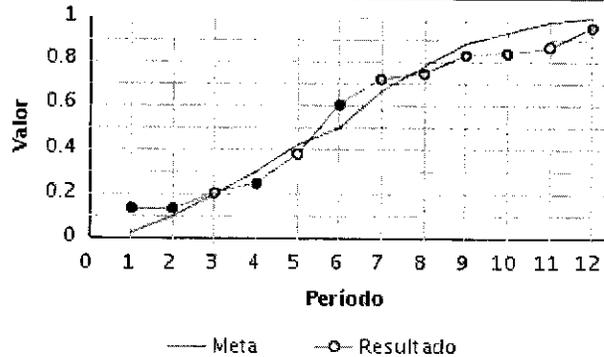
<b>Indicador</b>	4.9 A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS												
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide el porcentaje de ejecución del Presupuesto de Gasto Corriente del grupo especificado en relación al monto codificado.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es llegar al 100% al final del año, es aceptable que se cumpla en cada cuatrimestre un 33.33%</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: Monto del grupo ejecutado acumulado en el periodo -Denominador: Presupuesto del grupo codificado</p>												
<b>Método de cálculo</b>	Monto del grupo ejecutado acumulado en el periodo / Presupuesto del grupo codificado												
<b>Umbral Amarillo</b>	Entre 10.00 % y 15.00 %												
<b>Período</b>	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
<b>Meta</b>	0.075	0.15	0.225	0.3	0.375	0.45	0.525	0.6	0.675	0.75	0.825	0.9	
<b>Resultado</b>	0	0.0036	0.0202	0.1982	0.274	0.2717	0.4219	0.4574	0.5137	0.5207	0.6227	0.6205	
<b>Estado</b>	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	🟡	



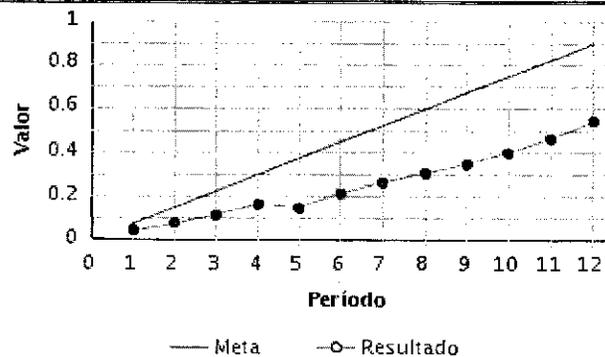
**Indicadores - Construcción Detallada(Período)**

<b>Indicador</b>	4.10 A35 Porcentaje de ejecución del PAC												
<b>Descripción del Indicador</b>	<p>Mide la ejecución del PAC en cada Centro de Responsabilidad Presupuestaria. PAC: Plan Anual de Contrataciones.</p> <p><b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es: ENE-2%, FEB-10%, MAR-20%, ABR-30%, MAY-42%, JUN-54%, JUL-66%, AGO-78%, SEP-88%, OCT-93%, NOV-98%, DIC-100%</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: Monto del PAC ejecutado acumulado en el periodo -Denominador: Monto Total del PAC codificado</p>												
<b>Método de cálculo</b>	Monto del PAC ejecutado acumulado en el periodo / Monto Total del PAC codificado												

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
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	0.5	0.66	0.78	0.88	0.93	0.98	1
Resultado	0.1302	0.1333	0.2001	0.2453	0.3758	0.6005	0.719	0.7423	0.8264	0.8373	0.865	0.9529
Estado	⊙	⊙	○	⊙	▽	⊙	○	⊙	○	○	▽	○



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.11 A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL											
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de ejecución del Presupuesto Total del establecimiento de salud.  <b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es llegar al 100% al final del año, es aceptable que se cumpla en cada cuatrimestre el 33.33%  <b>REGISTRO DE METAS:</b> La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%  <b>REGISTRO DE RESULTADOS:</b> -Numerador: Monto ejecutado acumulado en el periodo -Denominador: Presupuesto codificado											
Método de cálculo	Monto ejecutado acumulado en el periodo / Presupuesto codificado											
Umbral Amarillo	Entre 10.00 % y 15.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.075	0.15	0.225	0.3	0.375	0.45	0.525	0.6	0.675	0.75	0.825	0.9
Resultado	0.0395	0.0722	0.1101	0.1596	0.143	0.2124	0.2606	0.3004	0.3421	0.3957	0.4587	0.5399
Estado	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	4.12 A30 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - CAPACITACIÓN PERSONAL											
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto de Gasto Corriente del grupo especificado en relación al monto codificado.  <b>METAS ESTÁNDARES:</b> La meta asignada por el Seguro General de Salud Individual y Familiar es llegar al 100% al final del año, es aceptable que se cumpla en cada cuatrimestre un 33.33%  <b>REGISTRO DE METAS:</b>											

