



IESS PR
POR RESULTADOS

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

11/05/2017 - 16:43
PM

Número total de indicadores	26	% de metas cerradas sobre el total
Número de indicadores con línea base definida	0	100.00 %
Número de indicadores con metas definidas y cerradas	26	

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

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquía de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
1.51	M54 Porcentaje de atención de quejas y reclamos en los tiempos establecidos a los Afiliados, Beneficiarios y Empleadores	Unidad Médica	Roxi Yohomara Moscoso Macías	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
1.52	M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica	Registros de la unidad	Roxi Yohomara Moscoso Macías	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
1.53	M22 Porcentaje de incidentes de postparto referidos	Registros de la unidad	Roxi Yohomara Moscoso Macías	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
1.54	A36 Porcentaje promedio de dispositivos médicos del cuadro básico con stock mayor o igual al stock mínimo	Registros de la Unidad	Roxi Yohomara Moscoso Macías	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
1.55	M66 Porcentaje de profesionales capacitados en los protocolos y guías de práctica clínica aplicables a la unidad médica	Registros de la Unidad	Roxi Yohomara Moscoso Macías	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
1.56	M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10	Registros de la Unidad	Roxi Yohomara Moscoso Macías	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
1.57	M02 Tiempo (minutos) promedio de respuesta a emergencias del ECU 911	Registros de la Unidad	Roxi Yohomara Moscoso Macías	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
1.58	M69 Porcentaje de profesionales sanitarios con conocimientos técnicos en atención pre hospitalaria, soporte vital básico y manejo de trauma	Registros de la Unidad	Roxi Yohomara Moscoso Macías	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
2. Incrementar el uso eficiente de los recursos financieros del establecimiento de salud MEDIANTE la mejora del proceso de ejecución de presupuestaria.									
2.10	A11 Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales	Registros de la unidad	Roxi Yohomara Moscoso Macías	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
2.11	A22 Porcentaje de responsabilidades patronales	Registros de la Unidad	Roxi Yohomara Moscoso	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO

No.	Indicador	Fuente	Responsable	Frecuencia	Comportamiento	Jerarquia de Indicador	Línea Base Inicial	Metas Cerradas	Agrupado
	calculadas		Macías						
2.12	A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL	Registros de la Unidad	Roxi Yohomara Moscoso Macías	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	NO
2.13	A27 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - MEDICINAS	Registros de la Unidad	Roxi Yohomara Moscoso Macías	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	NO
2.14	A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS	Registro de la unidad	Roxi Yohomara Moscoso Macías	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	NO
2.15	A29 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TALENTO HUMANO	Registros de la Unidad	Roxi Yohomara Moscoso Macías	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	NO
2.16	A35 Porcentaje de ejecución del PAC	CRP's	Roxi Yohomara Moscoso Macías	12	Continuo	Resultados	0	SÍ	NO

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

3.7	A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos	Registros de la Unidad	Roxi Yohomara Moscoso Macías	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO
3.8	A39 Porcentaje de servicios que cuentan con la plantilla completa de profesionales de salud, según Cartera de Servicios	Registros de la Unidad	Roxi Yohomara Moscoso Macías	12	Discreto	Resultados	0	SÍ	NO

Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.34 M04 Porcentaje de profesionales de enfermería que cumple los "Diez Correctos"
Descripción del Indicador	<p>Mide el número de profesionales que brindan atención de enfermería cumpliendo con los diez correctos, con relación al total del personal de enfermería con el que cuenta el Establecimiento de Salud en el período.</p> <p>El personal que está autorizado para realizar este procedimiento, corresponde a los/las profesionales de enfermería, se excluye a los/las auxiliares de enfermería y a los/las profesionales de enfermería que se encuentran cumpliendo roles administrativos.</p> <p>Esto incluye, los seis correctos: Vía correcta, paciente correcto, hora correcta, dosis correcta, medicamento correcto, administración correcta y los cuatro yo: Yo administro, yo respondo, yo preparo, yo registro</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es el 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:</p>

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

Período	Valor
1	1.0
2	1.0
3	1.0
4	1.0
5	1.0
6	1.0
7	1.0
8	1.0
9	1.0
10	1.0
11	1.0
12	1.0

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.35 M05 Porcentaje de reagendamiento 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	0.0152	0.0127	0.012	0.0096	0.0138	0.0101	0.0124	0.0061	0	0.002	0.0058	0.0043
Estado	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Período	Valor
1	0.0152
2	0.0127
3	0.012
4	0.0096
5	0.0138
6	0.0101
7	0.0124
8	0.0061
9	0
10	0.002
11	0.0058
12	0.0043

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.37 M09 Porcentaje de quejas escritas de usuarios resueltas en el establecimiento de salud											
Descripción del Indicador	Mide la oportunidad en la solución a quejas escritas de usuarios por parte del establecimiento de salud. 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 equivale a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de quejas escritas de usuarios externos resueltas en el establecimiento de salud en el período											

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
	- Denominador: Total de quejas escritas de usuarios externos presentadas por los usuarios en el período											
Método de cálculo	Número de quejas escritas de usuarios externos resueltas en el establecimiento de salud en el período / Total de quejas escritas de usuarios externos presentadas por los usuarios en el período											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estado	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Período	Valor
1	1.0
2	1.0
3	1.0
4	1.0
5	1.0
6	1.0
7	1.0
8	1.0
9	1.0
10	1.0
11	1.0
12	1.0

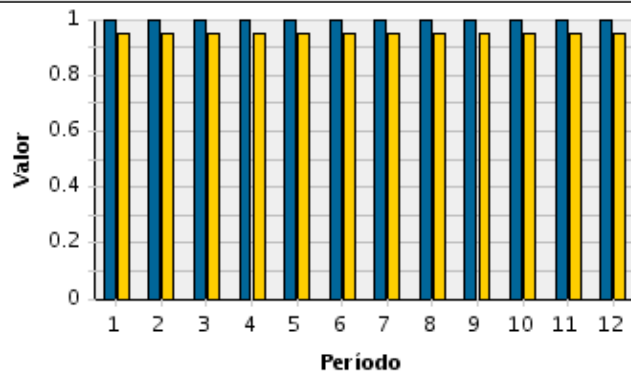
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.38 M38 Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a primera consulta antes de las 14 semanas											
Descripción del Indicador	<p>Mide la proporción de mujeres embarazadas que cuentan con un tiempo de embarazo menor a las 14 semanas y que acuden al control por primera vez al establecimiento de salud. Se considera prioritario en control prenatal desde el primer trimestre de la gestación a fin de prevenir la morbilidad materno infantil</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por SGSIF es 90% en cada período para todos los establecimientos de salud.</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de mujeres embarazadas de menos de 14 semanas que acudieron a primera consulta al establecimiento de salud en el período DENOMINADOR: Total de mujeres embarazadas que acudieron por primera vez a la consulta en el período</p>											
Método de cálculo	Número de mujeres embarazadas de menos de 14 semanas que acudieron a primera consulta al establecimiento de salud en el período / Total de mujeres embarazadas que acudieron por primera vez a la consulta en el período											
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	0.25	0.3333	0.6667	0.5833	0.6429	0.5714	0.4583	0.4286	0.1463	0.4	0.2143	0.2
Estado	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Período	Meta	Resultado
1	0.8	0.25
2	0.8	0.3333
3	0.8	0.6667
4	0.8	0.5833
5	0.8	0.6429
6	0.8	0.5714
7	0.8	0.4583
8	0.8	0.4286
9	0.8	0.1463
10	0.8	0.4
11	0.8	0.2143
12	0.8	0.2

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.39 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.											

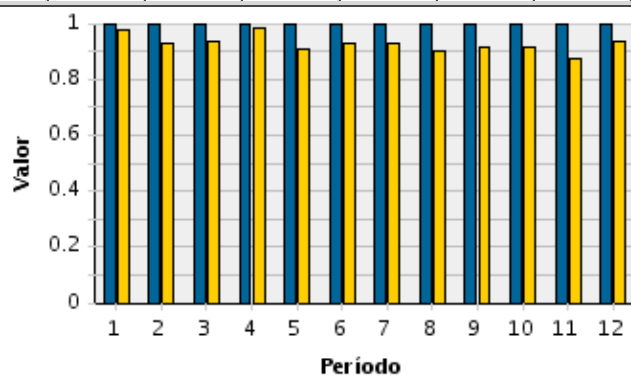
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
	<p>METAS ESTÁNDARES: Para todas las unidades médicas, las referencias no deben superar el 10% en cada período.</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de referencias realizadas en el período DENOMINADOR: Total de pacientes que son atendidos en el período</p>											
Método de cálculo	Número de referencias realizadas en el período / Número total de pacientes que son atendidos en el período											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02
Resultado	0.0219	0.0251	0.0374	0.0423	0.0451	0.0231	0.0416	0.0258	0.0143	0.0141	0.0146	0.0153
Estado	▼	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	●	●	●	●

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.41 A16 Porcentaje de equipamiento biomédico operativo											
Descripción del Indicador	<p>Mide a los equipos biomédicos que estén en el inventario de activos fijos que se encuentran operativos al momento de la medición. (Todo equipo que esté en el inventario de activos fijos debe estar operativo - funcional al 100%, si está parcialmente funcional se toma como no operativo).</p> <p>Equipo Biomédico: Cualquier instrumento, aparato, máquina, médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctrico, electrónicos e hidráulicos y/o híbridos, que para uso requieren de una fuente de energía para ser empleados en los seres humanos en uno o más de los siguientes propósitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diagnostico, prevención, tratamiento o alivio de la enfermedad - Diagnóstico, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia - Investigación, remplazo, modificación o soporte de la anatomía o de un soporte fisiológico - Soporte o mantenimiento de la vida - Control de la concepción <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es tener el 100% de equipamiento operativo</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de equipos biomédicos que están operativos en el período DENOMINADOR: Número total de equipos biomédicos del establecimiento</p>											
Método de cálculo	Número de equipos biomédicos que están operativos en el período / Número total de equipos biomédicos del establecimiento											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Resultado	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95
Estado	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼



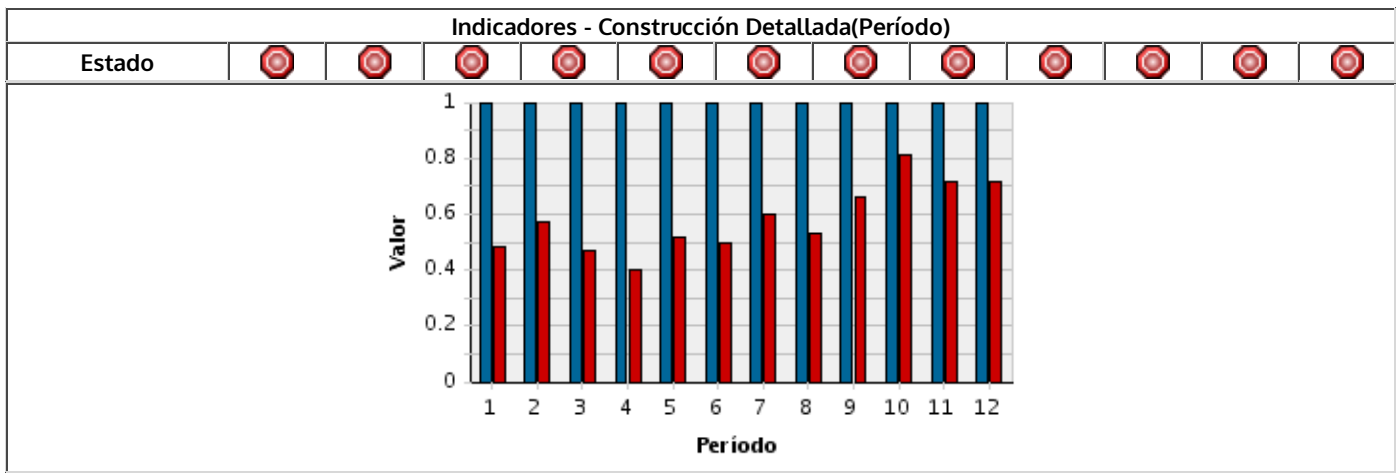
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.43 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	0.9742	0.9289	0.9366	0.9805	0.9062	0.927	0.9282	0.9003	0.9148	0.914	0.8711	0.936	
Estado	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.46 M51 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 período DENOMINADOR: Total de fármacos del cuadro básico en el período</p>												
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	0.4803	0.5748	0.4724	0.4016	0.5197	0.4961	0.5984	0.5328	0.6642	0.8102	0.7124	0.7134	



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.48 A37 Porcentaje de avance de los planes de mantenimiento del equipamiento sanitario
Descripción del Indicador	<p>Mide el cumplimiento del mantenimiento de los equipos sanitarios que se encuentran en operación existentes en cada Unidad Médica Debe elaborar la programación para el año 2017 del Número de mantenimientos que se darán a los equipos sanitarios operativos de la Unidad Médica.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por DSGSIF es llegar al 100% al mes de diciembre -----</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Sumatoria de mantenimientos realizados a los equipos sanitarios operativos - Denominador: Total de mantenimientos de los equipos sanitarios operativos programados en el año.</p>
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	0.01 0.01 0.1 0.2 0.3 0.4 0.5 0.6 0.7 0.8 0.9 1
Resultado	0.1053 0.1579 0.3158 0.3684 0.3684 0.4211 0.5263 0.5789 0.6316 0.6316 1 1
Estado	🟢 🟢 🟢 🟢 🟢 🟢 🟢 🟢 🟡 🟡 🔴 🟢 🟢



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	1.51 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, Oficinas, con relación al total de quejas y reclamos recibidas por los diferentes canales que posee el IESS, en un periodo mensual.</p> <p>Importante: Debe reportar el número de quejas y reclamos resueltas en el período, ejemplo; el 31 de mayo la USAABE enviará el número de los casos abiertos a gestionarse en el mes de junio (casos de mayo) y estos se deberá reportar hasta el 10 de julio. Este proceso involucra la apertura de un caso en el sistema, al cual se le da seguimiento, mediante trazabilidad y finaliza cuando en el sistema se cierra el caso, con sus respectivas observaciones.</p> <p>METAS ESTÁNDARES:</p>

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
	La meta asignada por la USAABE es 85% en cada período											
	REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%											
	REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de atenciones de quejas y reclamos atendidos - Denominador: Total de quejas y reclamos recibidas											
Método de cálculo	Número de atenciones de quejas y reclamos atendidos / Total de quejas y reclamos recibidas											
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
Resultado						0.8	0.8	0.8	1	0.8	0.8	0.8
Estado						●	●	●	●	●	●	●

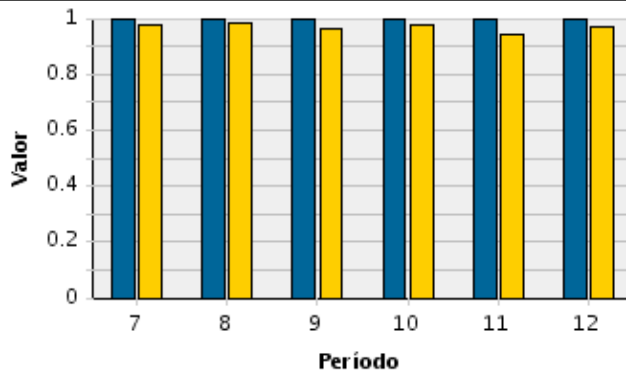
Período	Meta	Resultado
6	0.8	0.8
7	0.8	0.8
8	0.8	0.8
9	0.8	1.0
10	0.8	0.8
11	0.8	0.8
12	0.8	0.8

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.52 M08 Porcentaje de cumplimiento de protocolos o guías de práctica clínica											
Descripción del Indicador	Mide la aplicación de los protocolos aprobados por el Ministerio de Salud Pública o en su ausencia, aquellos aplicados en el establecimiento luego de la aprobación de la Dirección Médica. Para obtener estos resultados, los auditores o personas asignadas para este proceso, deberán extraer información mediante un estudio muestral del universo de altas de consulta o egresos hospitalarios. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Número de egresos o altas de consulta con aplicación correcta de protocolos o guías de práctica clínica documentada en epicrisis de la muestra tomada en el período DENOMINADOR: Total de la muestra de egresos o altas en el período											
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	0.95	0.95	0.96	0.96	0.95	0.97	0.96	0.96	0.98	0.97	0.97	0.97
Estado	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▼

Período	Meta	Resultado
1	1.0	0.95
2	1.0	0.95
3	1.0	0.96
4	1.0	0.96
5	1.0	0.95
6	1.0	0.97
7	1.0	0.96
8	1.0	0.96
9	1.0	0.98
10	1.0	0.97
11	1.0	0.97
12	1.0	0.97

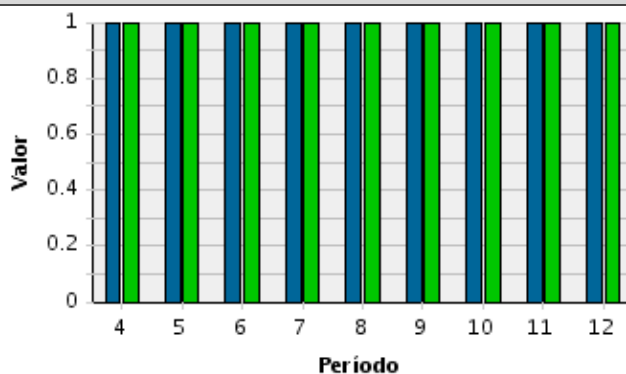
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Indicador	1.53 M22 Porcentaje de incidentes de postparto referidos																																					
Descripción del Indicador	<p>Mide las referencias de incidentes de postpartos que se realizan desde el establecimiento de salud por falta de capacidad instalada. Este indicador no considera los casos referidos por capacidad resolutive.</p> <p>Un incidente es una complicación que se produce después del parto y representa algún tipo de afectación de la salud.</p> <p>Importante: una atención de consulta de postparto, lo puede realizar cualquier unidad de salud, independientemente que posea el especialista o sala de partos.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por DSGSIF es hasta el 1% 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 incidentes de postparto referidos en el período - Número de incidentes de postparto referidos por superar la capacidad resolutive del establecimiento en el período) DENOMINADOR: Número total de postpartos atendidos en el período.</p>																																					
Método de cálculo	(Número de incidentes de postparto referidos en el período - Número de incidentes de postparto referidos por superar la capacidad resolutive del establecimiento en el período) / Número total de postpartos atendidos en el período																																					
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	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02	0.02																										
Estado	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●																										
<table border="1"> <caption>Data for Bar Chart: Percentage of postpartum incidents referred for lack of installed capacity</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>2</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>3</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>4</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>5</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>6</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>7</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>8</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>9</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>10</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>11</td><td>0.02</td></tr> <tr><td>12</td><td>0.02</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor	1	0.02	2	0.02	3	0.02	4	0.02	5	0.02	6	0.02	7	0.02	8	0.02	9	0.02	10	0.02	11	0.02	12	0.02
Período	Valor																																					
1	0.02																																					
2	0.02																																					
3	0.02																																					
4	0.02																																					
5	0.02																																					
6	0.02																																					
7	0.02																																					
8	0.02																																					
9	0.02																																					
10	0.02																																					
11	0.02																																					
12	0.02																																					
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																						
Indicador	1.54 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: - 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</p>																																					
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																																					

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
Resultado							0.974	0.9844	0.9616	0.9773	0.9413	0.9721
Estado							▼	▼	▼	▼	▼	▼



Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.55 M66 Porcentaje de profesionales capacitados en los protocolos y guías de práctica clínica aplicables a la unidad médica
Descripción del Indicador	<p>Mide la proporción de Profesionales de la Salud con conocimiento de protocolos y Guías de Práctica Clínica en relación al total de profesionales que trabajan en áreas médicas del establecimiento de salud. Cabe indicar que este conocimiento debería tener todo personal que trabaja en esta área, y por lo tanto si necesitaran algún refuerzo, se debe realizar las gestiones pertinentes de manera inmediata, incluso si uno de los compañeros que si lo sepa hacer, les ayude con ese refuerzo. No se refiere a realizar una capacitación al personal, más bien de constatar que el personal sea el adecuado para realizar las gestiones que requiere el área.</p> <p>Las Guías de Práctica Clínica están dirigidas a profesionales de la salud con el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud. Los protocolos definen la atención y/o cuidado que ha de recibir el enfermo, las vías definen cuándo, cómo y en qué secuencia la atención y/o cuidado se ha de proporcionar y además especifica los objetivos de cada fase. Sus orígenes tienen sus bases en los fundamentos de la medicina basada en la evidencia y su elaboración tiene el propósito de reducir la variabilidad de la práctica médica para garantizar un nivel óptimo de calidad y mejorar la atención de la salud.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es del 100% en cada período para todos los establecimientos de salud.</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%.</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: -Numerador: Número de profesionales capacitados en protocolos y guías de práctica clínica. -Denominador: Total de profesionales de salud que laboran en la unidad médica.</p>
Método de cálculo	Número de profesionales capacitados en protocolos y guías de práctica clínica/Total de profesionales de salud que laboran en la unidad médica
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %

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

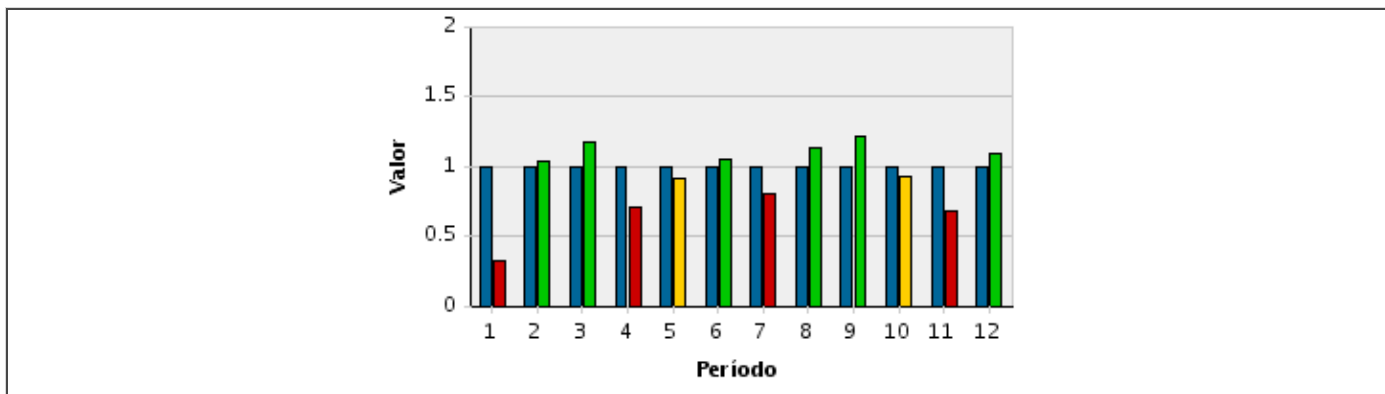


Indicadores - Construcción Detallada(Período)	
Indicador	1.56 M61 Porcentaje de pertinencia de codificación CIE10

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Descripción del Indicador	Mide la pertinencia médica en relación a cuadros sindrómicos											
	METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por SGSIF es del 95% en cada período para todos los establecimientos de salud.											
	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	0.9887	0.9861	0.9949	0.9847	0.9853	0.9749	0.87	0.8462	1	1	1	1
Estado	●	●	●	●	●	●	▼	▼	●	●	●	●

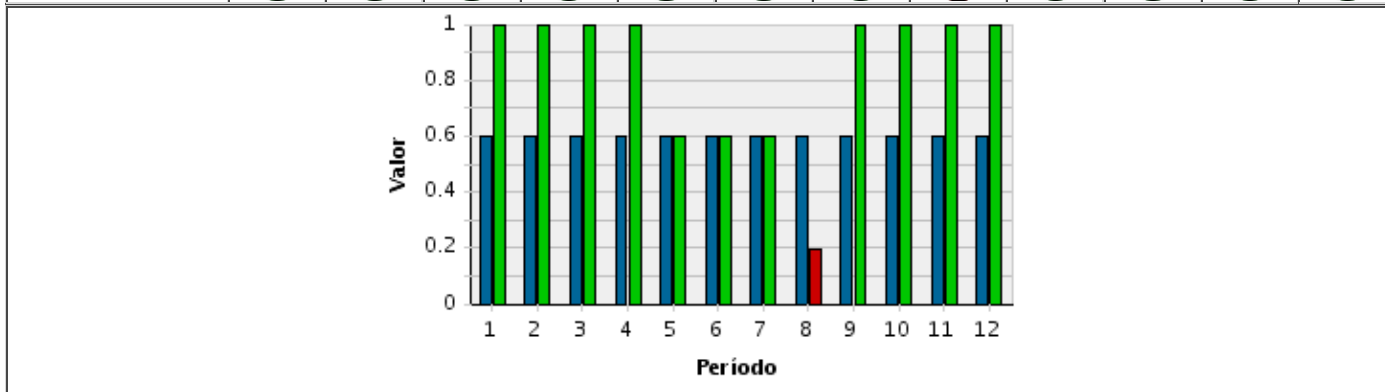
Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	1.57 M02 Tiempo (minutos) promedio de respuesta a emergencias del ECU 911											
Descripción del Indicador	Mide el tiempo promedio en el que se responde al llamado del ECU911, desde que fue reportada la Emergencia, hasta que la ambulancia llegue al lugar del evento											
	METAS ESTÁNDARES: La meta definida por la DSGSIF es menor o igual a 15 minutos según los lineamientos establecidos por el ECU911.											
	REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato X.XX, por ejemplo: 4.50 minutos es igual a 4 minutos con 30 segundos.											
	REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Sumatoria de los tiempos de respuesta (en minutos) a emergencias del ECU911. DENOMINADOR: Número total de emergencias del ECU911 atendidas.											
Método de cálculo	Sumatoria de los tiempos de respuesta (en minutos) a emergencias del ECU911 / Número total de emergencias del ECU911 atendidas											
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 115.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Resultado	2	3.5	2.25	7	7	5.2857	41.5294	19.0952	14.35	28.6667	67.4286	18.2222
Estado	●	●	●	●	●	●	⊗	●	●	●	⊗	●

Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																										
Indicador	1.58 M69 Porcentaje de profesionales sanitarios con conocimientos técnicos en atención pre hospitalaria, soporte vital básico y manejo de trauma																																									
Descripción del Indicador	<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>METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es del 100% en cada período para todos los establecimientos de salud que cuentan con áreas de emergencia y tienen ambulancias.</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 RESULTADO: Numerador: Número de profesionales con conocimiento en el manejo de Soporte Vital Básico y en el Trauma Prehospitalario Denominador: Total de profesionales del área</p>																																									
Método de cálculo	Número de profesionales con conocimiento en el manejo de Soporte Vital Básico y en el Trauma Prehospitalario /Total de profesionales de las áreas																																									
Umbral Amarillo	Entre 100.00 % y 85.00 %																																									
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic																														
Meta				1	1	1	1	1	1	1	1	1																														
Resultado				1	1	1	1	1	1	1	1	1																														
Estado				●	●	●	●	●	●	●	●	●																														
<table border="1"> <caption>Bar Chart Data</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Valor (Blue)</th> <th>Valor (Green)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>5</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>6</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>7</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>8</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>9</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>10</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>11</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> <tr><td>12</td><td>1.0</td><td>1.0</td></tr> </tbody> </table>													Período	Valor (Blue)	Valor (Green)	4	1.0	1.0	5	1.0	1.0	6	1.0	1.0	7	1.0	1.0	8	1.0	1.0	9	1.0	1.0	10	1.0	1.0	11	1.0	1.0	12	1.0	1.0
Período	Valor (Blue)	Valor (Green)																																								
4	1.0	1.0																																								
5	1.0	1.0																																								
6	1.0	1.0																																								
7	1.0	1.0																																								
8	1.0	1.0																																								
9	1.0	1.0																																								
10	1.0	1.0																																								
11	1.0	1.0																																								
12	1.0	1.0																																								
Indicadores - Construcción Detallada(Período)																																										
Indicador	2.10 A11 Porcentaje de facturación enviada en relación a costos totales																																									
Descripción del Indicador	<p>Mide la relación entre la facturación enviada del período y los costos totales del período.</p> <p>METAS ESTÁNDARES: -La meta asignada es 100% en cada período para todos los establecimientos de salud</p> <p>REGISTRO DE METAS: - La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Monto total facturado enviado en el período DENOMINADOR: Costos totales en el período (WinSIG)</p>																																									
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	0.3285	1.0408	1.166	0.712	0.9114	1.0448	0.8031	1.1362	1.2098	0.9188	0.6821	1.0899																														
Estado	⊗	●	●	⊗	▼	●	⊗	●	●	▼	⊗	●																														



Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	2.11 A22 Porcentaje de responsabilidades patronales calculadas												
Descripción del Indicador	Mide la proporción de cálculo de Responsabilidades Patronales respecto al monto total de prestaciones de la unidad, en el período METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF es mayor o igual a 60% en cada período para todos los establecimientos de salud REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.00 o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: Numerador: Número de Responsabilidades Patronales calculadas Denominador: Número total de atenciones que caen en Responsabilidad Patronal en el período												
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	1	1	1	1	0.6	0.6	0.6	0.192	1	1	1	1	
Estado	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	



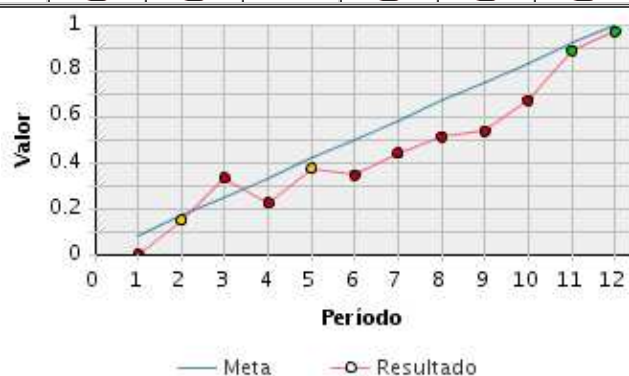
Indicadores - Construcción Detallada(Período)

Indicador	2.12 A24 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TOTAL												
Descripción del Indicador	Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto total del establecimiento de salud. METAS ESTÁNDARES: La meta asignada por la DSGSIF considerando los procesos de compra centralizada la meta es llegar al 90% distribuido de manera mensual, es aceptable que cumplan en cada cuatrimestre 30.00%. REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95% REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Presupuesto ejecutado acumulado - Denominador: Presupuesto codificado												
Método de cálculo	Presupuesto ejecutado acumulado / Presupuesto codificado												
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	

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Resultado	0.041	0.0517	0.0839	0.2338	0.2956	0.35	0.4629	0.5718	0.6283	0.6995	0.7949	0.9536
Estado												

Período	Meta	Resultado
1	0.0833	0.041
2	0.1667	0.0517
3	0.25	0.0839
4	0.3333	0.2338
5	0.4167	0.2956
6	0.5	0.35
7	0.5833	0.4629
8	0.6667	0.5718
9	0.75	0.6283
10	0.8333	0.6995
11	0.9167	0.7949
12	1.0	0.9536

Indicadores - Construcción Detallada(Período)													
Indicador	2.13 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> <ul style="list-style-type: none"> - 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	0.1468	0.3311	0.2224	0.3735	0.344	0.438	0.5116	0.5339	0.6693	0.8868	0.9669	
Estado													

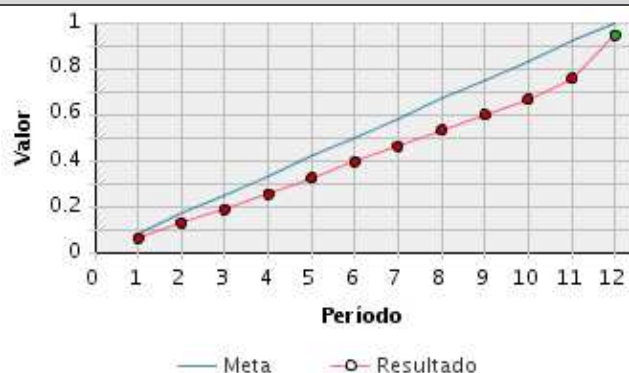


Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	2.14 A28 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - INSUMOS											
Descripción del Indicador	<p>Mide el porcentaje de ejecución del presupuesto gasto corriente del GRUPO especificado en relación al monto codificado .</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta será asignada por cada establecimiento de salud se considerará que por lo menos el primer semestre debe mantenerse abastecido.</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.XX o 1.00, por ejemplo: 0.95 es igual a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numerador: Monto ejecutado acumulado - Denominador: Monto codificado acumulado 											

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Método de cálculo	Monto ejecutado acumulado / Monto codificado acumulado											
Umbral Amarillo	Entre 10.00 % y 15.00 %											
Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Meta	0.0833	0.1667	0.25	0.3333	0.4167	0.5	0.5833	0.6667	0.75	0.8333	0.9167	1
Resultado	0	0	0.3523	0.3523	0.3216	0.3235	0.3877	0.9455	0.9467	0.9469	0.9422	0.9937
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	2.15 A29 Porcentaje de ejecución presupuestaria - Gasto Corriente - TALENTO HUMANO											
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 asignada por la DSGSIF es llegar al 100%, es aceptable que cumplan en cada cuatrimestre 33.33%. -----</p> <p>REGISTRO DE METAS: La meta debe ser registrada en formato 0.00 o 1.00, por ejemplo: 0.95 equivale a 95%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS:</p> <p>- Numerador: Monto ejecutado acumulado - Denominador: Monto codificado acumulado</p>											
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	0.0601	0.1253	0.1855	0.2541	0.3226	0.3927	0.4612	0.531	0.5969	0.666	0.7563	0.9426
Estado												



Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	2.16 A35 Porcentaje de ejecución del PAC											
Descripción del Indicador	<p>Mide la ejecución del PAC en cada Centro de Responsabilidad Presupuestario</p> <p>METAS ESTÁNDARES: La meta establecida para todos los establecimientos es: ENE-2%, FEB-10%, MRZ-20%, ABR-30, MAY-42%, JUN-54%, JUL-66%, AGS-78%, SPT-88%, OCT-93%, NOV-98%, DIC-100%</p> <p>REGISTRO DE RESULTADOS: NUMERADOR: Monto del PAC ejecutado</p>											

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
	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	0.0227	0.1629	0.1796	0.2372	0.265	0.3244	0.4761	0.5101	0.5574	0.6982	0.8587
Estado												

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
Indicador	3.7 A38 Porcentaje de profesionales de salud que cumplen con el perfil de acuerdo a los requerimientos											
Descripción del Indicador	<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:</p> <p>- Numerador: Número de profesionales que cumplen con el perfil especificado según cartera de servicios - Denominador: Total de profesionales del establecimiento de salud</p>											
Método de cálculo	Número de profesionales que cumplen con el perfil especificado según cartera de servicios / Total de profesionales del 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	3.8 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>											

Indicadores - Construcción Detallada(Período)												
	REGISTRO DE RESULTADOS: - Numerador: Número de servicios del establecimiento que cuentan con plantilla completa - Denominador: Total de servicios que cuenta el establecimiento de salud											
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	0.9167	0.9167	0.9091	0.9286	0.9286	0.9286	0.9286	0.9286	0.9286	0.9286	0.9286	0.9286
Estado	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Período	Valor (Blue)	Valor (Green)
1	0.9167	0.9167
2	0.9167	0.9167
3	0.9091	0.9091
4	0.9286	0.9286
5	0.9286	0.9286
6	0.9286	0.9286
7	0.9286	0.9286
8	0.9286	0.9286
9	0.9286	0.9286
10	0.9286	0.9286
11	0.9286	0.9286
12	0.9286	0.9286