



E.S.E.
HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN ANTONIO DE PADUA
— Salud Integral. Impacto Real —

**MANUAL SISTEMA DE
INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE
PROCESO: GESTION DE CALIDAD

Fecha: 08/01/2026

Código: ME-GCA-ML-006

Versión: 04

Página No. 1 de 28

MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD (SIC)

— Salud Integral. Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"



**MANUAL SISTEMA DE
INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD**
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE
PROCESO: GESTION DE CALIDAD**

Fecha:	08/01/2026
Código:	ME-GCA-ML-006
Versión:	04
Página No.	1 de 28


1. INTRODUCCIÓN

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) constituye el marco normativo bajo el cual operan todas las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. Dentro de sus cuatro componentes fundamentales: Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información para la Calidad (SIC), siendo este último, una herramienta que se configura como un instrumento estratégico de carácter normativo y operativo, destinado a la supervisión, evaluación y comunicación de los resultados vinculados a la calidad en la prestación de los servicios de salud y la gestión de la institución, en cumplimiento de los principios de transparencia, eficiencia y mejora continua establecidos en la normativa vigente.

La ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de La Plata Huila, dando cumplimiento al marco normativo de los Decretos 1011 de 2006, compilado en el Decreto 780 de 2016, y la Resolución 256 de 2016 y otra normas, ha estructurado el presente Manual del Sistema de Información para la Calidad como documento superior de naturaleza normativa y técnica, mediante el cual se establecen metodologías institucionales que regulan la gestión integral de la información vinculada a la calidad en la atención en salud, en observancia de los principios de legalidad, transparencia y mejora continua previstos en la normativa aplicable.

El presente Manual del Sistema de Información para la Calidad (SIC), pretende crear metodologías para la aplicación de los indicadores normativos y la creación, estructuración, componentes, asignación de responsabilidades y mecanismos implementación de los indicadores institucional, como también, la definición de metodologías para su medición, análisis y reporte de información válida, confiable, oportuna y mecanismos orientados a la divulgación de resultados en concordancia con las disposiciones normativas vigentes.

— Salud Integral, Impacto Real —

 E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA <small>— Salud Integral, Impacto Real —</small>	MANUAL SISTEMA DE	Fecha: 08/01/2026
	INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Versión: 04
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Página No. 1 de 28

ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua, reconoce que el Sistema de Información para la Calidad constituye un instrumento de carácter técnico y normativo, orientado a la consecución de los fines institucionales en materia de calidad en la atención en salud, y no un objetivo autónomo o independiente, sino como herramienta de gestión que impulsa el mejoramiento continuo.

2. OBJETIVOS


2.1. Objetivo General

Establecer la metodología para la creación, estructura, componentes, asignación de responsabilidades y mecanismos de operación de indicadores normativos e institucionales, con el fin de garantizar el monitoreo, evaluación, mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud, Cumplimiento de metas de gestión y resultados de la institución.

2.2. Objetivos Específicos

- Determinar los componentes técnicos y metodológicos para la creación de indicadores normativos e institucionales, incluyendo los procesos, herramientas y recursos necesarios para la recolección, procesamiento, análisis y reporte de la información.
- Establecer los indicadores trazadores y demás parámetros de medición, aplicables a los procesos asistenciales y administrativos, conforme a los lineamientos normativos y estándares de calidad vigentes.
- Regular los mecanismos de monitoreo, evaluación y control, orientados a garantizar la veracidad, oportunidad y confiabilidad de la información generada por SIC.
- Promover la mejora continua en la prestación de los servicios de salud, mediante la utilización de la información generada por SIC, como insumo para la toma de decisiones estratégicas y operativas en la institución.

— *Salud Integral, Impacto Real* —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

3. ALCANCE Y APLICABILIDAD

3.1. Alcance

Su alcance comprende la definición, metodología, implementación, asignación de responsabilidades y aplicación de los mecanismos, procedimientos y herramientas para la creación de indicadores, destinados a la recolección, procesamiento, análisis, reporte y divulgación de información relacionada con la calidad, enmarcadas en:

Mapa De Procesos Estratégicos Institucional

- Procesos estratégicos
- Procesos misionales (asistenciales)
- Procesos de apoyo
- Procesos de evaluación y control

3.2. Aplicabilidad


El presente Manual del Sistema de Información para la Calidad (SIC) será de aplicación obligatoria en todos servicios, procesos asistenciales y administrativos de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua, tales como:

- Gerencia y equipo directivo
- Líderes de procesos y coordinadores de servicios
- Personal administrativo y operativo
- Comités institucionales
- políticas institucional

4. MARCO NORMATIVO

El presente Manual del Sistema de Información para la Calidad (SIC), se centra el Sistema Estándar de Indicadores que se han definido para hacer seguimiento a los Actores del Sistema de Salud y monitorear la calidad en la atención en salud del país, parte de los indicadores señalados por la Ley 1438 del 2011, en el sistema de información para la calidad, en la resolución

— Salud Integral, Impacto Real —

 E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA — Salud Integral, Impacto Real —	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Código: ME-GCA-ML-006
		Versión: 04
		Página No. 1 de 28

1446 de 2006 –para el periodo concreto de 2006 - 2015- y Resolución 256 de 2016-a partir del año 2016 (Guía metodológica Observatorio de Calidad-2016) y los indicadores institucionales de la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua, fundamentados en los principios de legalidad, transparencia, eficiencia y mejora continua.


4.1. Normativa Nacional Vigentes:

- Ley 100 de 1993: Sistema de Seguridad Social Integral
- Ley 1438 de 2011: Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Decreto 1011 de 2006: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS)
- Resolución 3100 de 2019: Componentes y funcionamiento del Sistema de Información para la Calidad
- Resolución 256 de 2016: Sistema de Indicadores de Gestión para el SOGCS
- Resolución 3539 de 2019: Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
- Resolución 1552 de 2013
- Resolución 408 de 2018
- Decreto 2193 de 2004 - Gestor Normativo - Función Pública
- y otras que apliquen para el sector salud.

4.2. Componentes del SOGCS

- Sistema Único de Habilitación
- Sistema de Acreditación
- Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud
- Sistema de Información para la Calidad

— Salud Integral, Impacto Real —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28


5. FUNDAMENTOS (aspectos conceptuales)

5.1. Definición de Indicador de Calidad

Un indicador es una expresión cualitativa o cuantitativa observable, que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través de la evolución de una variable o el establecimiento de una relación entre variables, la que comparada con períodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, permite evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo, ésta debe ser verificable objetivamente, Por lo general, son fáciles de recopilar, altamente relaciona dos con otros datos y de los cuales se pueden sacar rápidamente conclusiones útiles y fidedignas.

5.2. Características principales

- **Validez:** Deben medir con precisión lo que se proponen medir.
- **Confiabilidad:** Las mediciones deben ser consistentes, independientemente de quién las realice.
- **Sensibilidad:** Deben ser capaces de detectar y reflejar cambios.
- **Especificidad:** Deben ser lo suficientemente específicos para atribuir los cambios a una situación particular.
- **Comprensibilidad:** Deben ser fácilmente entendidos.
- **Factibilidad:** Deben ser fáciles de medir y obtener datos, además de ser alcanzables y relevantes.
- **Estabilidad:** Los datos deben ser estables en el tiempo para permitir comparaciones.
- **Simplificación:** La realidad en la que se actúa es multidimensional, un indicador puede considerar alguna de tales dimensiones (económica, social, cultural, política, etc.), pero no puede abarcarlas todas.
- **Medición:** permite comparar la situación actual de una dimensión de estudio en el tiempo o *Salud Integral, Impacto Real* respecto a patrones

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

establecidos

- **Comunicación:** todo indicador debe transmitir información acerca de un tema en particular para la toma de decisiones.

Objetivo de un Indicador

Los indicadores son herramientas útiles para la planeación y la gestión en general, y tienen como objetivos principales:

- **Generar información** útil para mejorar el proceso de toma de decisiones, el proceso de diseño, implementación o evaluación de un plan, programa, etc.
- **Monitorear el cumplimiento** de acuerdos y compromisos.
- **Cuantificar los cambios** en una situación que se considera problemática.
- **Efectuar seguimiento** a los diferentes planes, programas y proyectos que permita tomar los correctivos oportunos y mejorar la eficiencia y eficacia del proceso en general.


5.3. TIPOLOGÍA DE INDICADORES

Existen cuatro tipos de clasificaciones comunes en la teoría sobre indicadores (según medición, nivel de intervención, jerarquía y calidad).

5.3.1. Indicadores según medición

- **Indicadores cuantitativos:** este tipo de indicadores son una representación numérica de la realidad; su característica más importante es que, al encontrarse valores diferentes, estos pueden ordenarse de forma ascendente o descendente.
- **Indicadores cualitativos:** es otro instrumento que permite tener en cuenta la heterogeneidad, amenazas y oportunidades del entorno organizacional y/o territorial. Además, permiten evaluar, con un enfoque de planeación estratégica, la capacidad de gestión de la dirección y demás niveles de la organización. Su característica principal es que su resultado se refiere a una escala de cualidades. Los indicadores

— Salud Integral, Impacto Real —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

cualitativos pueden expresarse así:

Categoricos: por ejemplo, bueno, aceptable, regular, malo


Binarios: por ejemplo, SI O NO.

5.3.2. Indicadores según nivel de intervención

Hacen referencia a la cadena lógica de intervención, es decir, a la relación entre los insumos, los resultados y los impactos; tratan de medir en cuánto se acerca a las metas esperadas con los insumos disponibles. Para esto se dispone de cinco tipos de indicadores:

1. **Indicadores de impacto:** se refieren a los efectos, a mediano y largo plazo, que pueden tener uno o más programas en el universo de atención y que repercuten en la sociedad en su conjunto. Ejemplos: crecimiento del PIB.
2. **Indicadores de resultado (out come):** se refieren a los efectos de la acción institucional y/o de un programa sobre la sociedad. Ejemplos: porcentaje de niños de 0 a 6 años vacunados.
3. **Indicadores de producto (out puts):** se refieren a la cantidad y calidad de los bienes y servicios que se generan mediante las actividades de una institución o de un programa. Ejemplos: número de techos construidos en viviendas con relación al total programado.
4. **Indicadores de proceso:** se refieren al seguimiento de la realización de las actividades programadas, respecto a los recursos materiales, personal y/o presupuesto. Este tipo de indicadores describe el esfuerzo administrativo aplicado a los insumos para obtener los bienes y servicios programados. Ejemplos: gasto en atención médica básica.

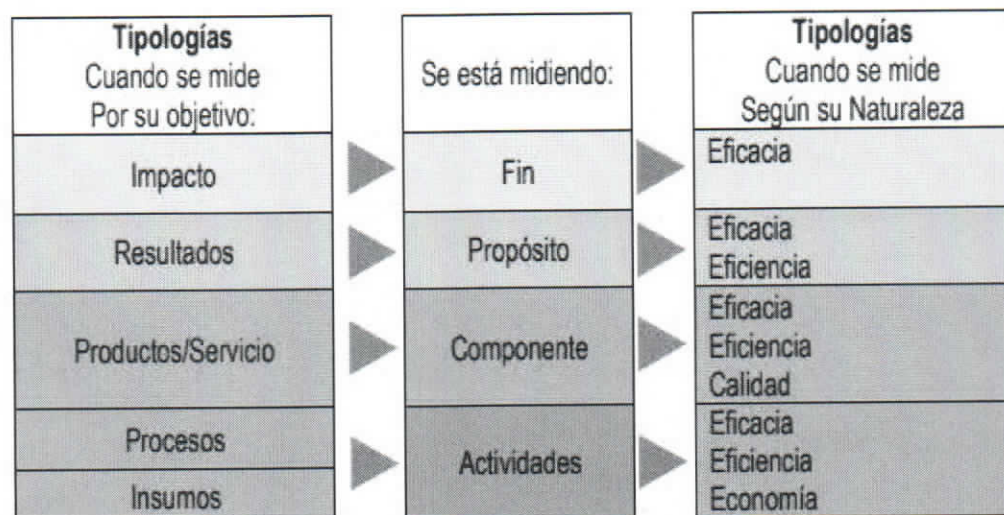
— Salud Integral, Impacto Real —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Código: ME-GCA-ML-006
		Versión: 04
		Página No. 1 de 28

5. **Indicadores de Actividades:** son el conjunto de acciones que contribuyen a la transformación de insumos en productos; y es en este eslabón de la cadena en donde inicia la generación de valor por parte del Estado. Las actividades describen acciones mediante las cuales se agrega valor a los insumos y, al hacerlo, se contribuye a su transformación para lograr un producto.


6. **Indicadores de insumos/entradas (inputs):** son entendidos como los factores productivos (físicos, humanos, jurídicos, y financieros), bienes y/o servicios con los que se cuenta para la generación de valor en el proceso productivo; y así llevar a cabo la intervención pública. Los insumos son los "ingredientes" con los que, a partir de la tecnología, permiten la creación de productos, aun cuando en su adquisición o en sí mismos no generan valor.

Busca evaluar las **dimensiones de eficiencia, eficacia, efectividad y calidad** frente el desempeño de la gestión de los procesos, cuya respuesta para la toma de decisiones oportunas



Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/ASIG15.pdf>

— Salud Integral, Impacto Real —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

5.3.3. Indicadores según jerarquía

- 1. Indicadores de gestión:** este tipo de indicadores también son denominados indicadores internos y su función principal es medir el primer eslabón de la cadena lógica de intervención, es decir, la relación entre los insumos y los procesos. Aunque este tipo de indicadores se usan cuando se da comienzo al cronograma, se conciben en la etapa de planeación, cuando para cada situación planteada se programan tareas, actividades y recursos físicos, financieros, así como talento humano.

Dentro de esta categoría, se tienen en cuenta los indicadores administrativos y operativos, esto es, aquellos que miden el nivel o cantidad de elementos requeridos para la obtención del producto, servicio o resultado.

- 2. Indicadores estratégicos:** permiten hacer una evaluación de productos, efectos e impactos, es decir, la forma, método, técnica, propuesta, solución y alternativa son elementos que pertenecen, bajo el criterio de estrategia, a todo el sistema de seguimiento y evaluación. En este sentido, los indicadores estratégicos permiten medir los temas de mayor incidencia e impacto.

Los Líderes de Procesos del sistema de gestión tienen la responsabilidad de verificar el desempeño de sus procesos frente a los objetivos definidos y el nivel de cumplimiento de requisitos legales y normativos, con el fin de tomar acciones de mejora. Conforme a la jerarquía de los objetivos se define el tipo de evaluación y los indicadores asociados. A continuación, se muestra el nivel jerárquico en la Ilustración 1.

— *Salud Integral, Impacto Real* —


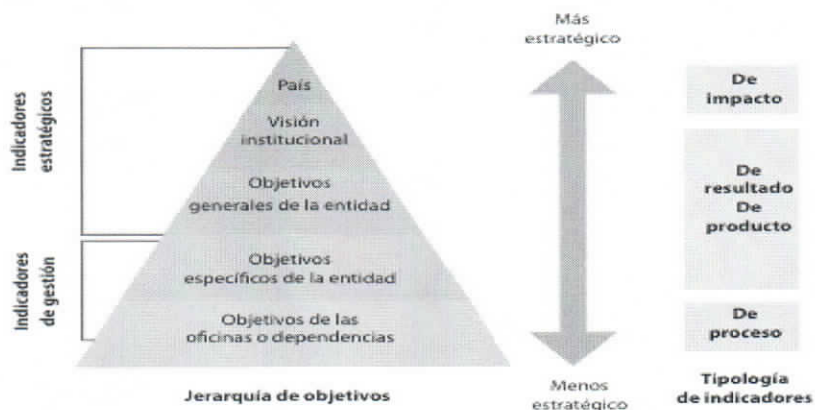
	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

Diagrama 2. Interrelación entre indicadores, según nivel de resultados y jerarquía



Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/Guia-construccion-interpretacion-indicadores.pdf>

3. Indicadores según Calidad.

Dan cuenta de la dinámica de actividades específicas; éstos deberán medir la eficiencia y eficacia, de modo que permitan introducir los correctivos necesarios o los cambios requeridos dentro del transcurso del proceso, ya que informan sobre áreas críticas del mismo.

- **Indicadores de eficacia:** Expresan el logro de los objetivos, metas y resultados de un plan, programa, proyecto o política, dan evidencia sobre el grado en que se están alcanzando los objetivos descritos, sin considerar necesariamente los recursos asignados para ello.

Cobertura: La cobertura es la expresión numérica del grado en que las actividades que realiza, o los servicios que ofrece, una institución pública, son capaces de cubrir o satisfacer la demanda total que por ellos existe.

Focalización: Este concepto se relaciona con el nivel de precisión con que las prestaciones y servicios están llegando a grupos de valor previamente establecidos.


— Salud Integral, Impacto Real —

- **Indicadores de efectividad:** Este concepto involucra la eficiencia y la eficacia, es decir, el logro de los resultados programados en el tiempo y con los costos más razonables posibles. Es la medida del impacto de nuestros productos en el objetivo y el logro del impacto está dado por los atributos que tienen los productos lanzados al objetivo.
- **Indicadores de impacto:** son métricas que miden los **cambios profundos y a largo plazo** (positivos o negativos) en la vida de las personas o el entorno, derivados de un proyecto, programa o política, yendo más allá de resultados inmediatos para evaluar mejoras en calidad de vida, empleo, salud, conciencia, o sostenibilidad ambiental, diferenciándose de los indicadores de resultado (cortoplacistas) por su alcance y durabilidad.
- **Los indicadores de resultado:** son métricas clave que miden el éxito final o los efectos logrados por una intervención, proyecto o estrategia, respondiendo al "para qué" se hicieron las cosas, es decir, si se cumplieron los objetivos y se solucionaron problemas, como satisfacción del cliente, ingresos generados o mejoras en salud. Estos miden el cambio final y se usan para evaluar el desempeño a mediano y largo plazo, a menudo llamados "lagging KPIs" (indicadores rezagados).

5.4. Variables del Indicador

- **Numerador:** Representa la cantidad de los casos o eventos que cumplen con el atributo o condición de calidad que se está midiendo. Responde a la pregunta: "¿Cuántos (o cuántas veces) ocurrió el evento de interés?".
- **Denominador:** Es el total de casos o eventos que se toman como base para el cálculo del indicador en un periodo determinado. Responde a la pregunta: "¿Cuál es el total de casos posibles?".

— Salud Integral, Impacto Real —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

- **Constante:** Factor multiplicador (100, 1000) para expresar el resultado

5.5. Metodología Para La Construcción De Indicadores

A continuación, se presentan los aspectos que se deben tener en cuenta para definir cuáles y cuántos indicadores se deben construir en una entidad pública:

- Los indicadores deben informar sobre las diferentes áreas de la organización: estratégica, gestión y operacional.
- El número de indicadores debe limitarse a una cantidad que apunte a lo esencial y que ayude a captar el interés de los diferentes usuarios a los cuales va dirigido.
- Los indicadores deben facilitar el conocimiento del desempeño de los procesos (resultados intermedios) para identificar posibles cuellos de botella, las demoras y tiempos de espera, así como el ciclo de maduración del servicio (tiempo de resolución desde el inicio de un trámite hasta su resolución).
- La organización debe ser capaz de utilizar y controlar el número de indicadores construidos. Mucha cantidad de información puede volverse en contra de los propios usuarios de dicha información.
- Los indicadores deben informar sobre el nivel de avance y el progreso hacia el logro de los resultados finales.

Fuente: Modificado de Guía para la construcción de indicadores de gestión DAFP V4 2018.

Fase 1: Identificar el objetivo que se quiere medir/ cuantifica

1. **Específico:** que sea claro sobre qué, dónde, cuándo y cómo va a cambiar la situación.
2. **Medible:** que sea posible cuantificar los fines y beneficios.
3. **Realizable:** que sea posible de lograr a partir de la situación inicial.
4. **Realista:** que sea posible obtener el nivel de cambio reflejado en el objetivo.
5. **Limitado en el tiempo:** que se establezca un periodo de tiempo en el que se debe completar cada uno de ellos.

— Salud Integral, Impacto Real —

Fase 2: Definir la tipología del indicador de acuerdo con el eslabón de la cadena de valor.


Teniendo en cuenta que un objetivo puede ir desde la adquisición de un insumo hasta un cambio de bienestar, la respuesta a la pregunta ¿Qué se quiere lograr? dependerá del contexto y, por tanto, puede enmarcarse en las etapas de la cadena de valor ilustradas en los gráficos 1 y 2, razón por la cual, la etapa en la que se encuentre el objetivo definirá el tipo de indicador que se va a formular. Existen algunas preguntas orientadoras que permiten dar una idea sobre el eslabón de la cadena de valor en la que se encuentra el objetivo y, por ende, el futuro indicador:

Tabla 1
Preguntas orientadoras para definir
la tipología del objetivo

Etapa cadena de valor	Pregunta orientadora
Insumos	¿Cuáles y cuántos insumos son necesarios para iniciar un proceso de transformación?
Actividades	¿Qué acciones son necesarias para transformar los insumos en productos?
Productos	¿Qué bienes y/o servicios deben ser entregados para contribuir al resultado final? ¿Cuántos serán los beneficiarios de los productos entregados?
Resultados	¿Se logró un cambio de condición de bienestar?

Fuente: Guía_para_elaborar_Indicadores.pdf

— Salud Integral, Impacto Real —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

Paso 2 Formulación Matemática

Estructura básica:

$$\text{indicador} = \left(\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \right) (\text{Constante})$$

Ejemplo:

OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITA

$$= \left(\frac{\text{Número de citas asignadas en los tiempos establecidos}}{\text{Total de citas solicitadas}} \right) (100)$$

Fase 3: Definir el nombre del indicado


La definición del nombre de un indicador depende en gran medida del objetivo que se desea verificar. Para los indicadores de los eslabones de insumos, actividades y producto se pueden identificar los tres elementos que conforman la estructura del objetivo (acción, objeto y elementos descriptivos) y a partir de estos generar una nueva estructura para formular un indicador. En términos generales, la estructura de un indicador (de producto, principalmente), corresponde a una redistribución de los primeros dos elementos que hacen parte de un objetivo así: 1) el objeto; 2) la condición deseada del objeto, que resulta de la conjugación del verbo (acción); y 3) elementos adicionales descriptivos.

Estructura De Un Indicador:

Objeto + condición deseada del objeto (verbo conjugado) + elementos adicionales de contexto descriptivo

Fase 4: Escoger las características de los indicadores adecuada según los criterios de calidad (claros, relevantes, económicos, medibles y adecuados).

— Salud Integral, Impacto Real —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

En el ejercicio de construcción de indicadores se puede identificar más de un indicador que sirva como evidencia de cumplimiento del objetivo, esto puede depender de la cantidad de información disponible, de las diferentes mediciones y de otros factores. Para decidir cuál es el mejor indicador, usualmente se utilizan los criterios básicos de calidad, conocidos como los criterios CREMAS. Estos criterios sirven para tomar una decisión sobre qué indicadores podrían ser los apropiados. Entre más criterios cumpla, mejor.

Claro: que exprese de manera precisa e inequívoca el objeto de medición.

Relevante: que esté relacionado directamente con el objetivo de medición.

Económico: que esté disponible o sea posible de recolectar bajo un costo razonable.

Medible: que pueda estimarse o validarse de manera independiente, o que cualquiera pueda verificarlo.

Adecuado: que cumpla con una representatividad o base suficiente para medir o estimar la dimensión del objeto de medición.

Sensible: que capture los cambios en periodos cortos de tiempo.


Tabla 2. Características principales de los indicadores

Claro	•Preciso e inequívoco
Relevante	•Apropiado al tema en cuestión
Economico	•Disponible a un costo razonable
Medible	•Abierto a la Validación independiente
Adecuado	•Ofrece una base suficiente para estimar el desempeño

Fuente: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/ASIG15.pdf>

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no válido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

Fase 5: Construir la ficha técnica del indicador.

Un indicador está compuesto por varios parámetros que se agrupan en una ficha técnica, documento que se puede definir como la hoja de vida del indicador.

Para construir la ficha técnica de un indicador, debes detallar sus componentes esenciales, para asegurar claridad, coherencia y facilidad en la toma de decisiones basadas en datos:

- ✓ **Nombre**
- ✓ **Definición**
- ✓ **Tipo** (eficacia, eficiencia, etc.)
- ✓ **Fórmula de cálculo**
- ✓ **Variables** (numerador/denominador)
- ✓ **Fuente de datos, Periodicidad de medición,**
- ✓ **Meta** (el valor esperado)
- ✓ **Límites de control** (rangos de interpretación)
- ✓ **Responsables** de su seguimiento.

A continuación, se presentan estos elementos:


1. Elementos descriptivos:

Los primeros elementos que componen un indicador son los parámetros que permiten identificar las características básicas y el objetivo del indicador, así como la metodología empleada para estimarlo.

Estas características básicas son:

1.1. Nombre del indicador: es el nombre que se definió en pasos anteriores. Debe ser un reflejo del objetivo que se quiere medir, además de ser sencillo y concreto.

— Salud Integral, Impacto Real —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

1.2. Descripción general: es una explicación cualitativa que da cuenta de la utilidad del indicador, donde se incluye el alcance del indicador, precisando qué es, por qué y para qué se mide.

1.3. Fuente de información: se refiere a la operación estadística o el sistema de información del cual provienen los datos. Adicionalmente, en este elemento se incluye el nombre de la entidad que se encarga de reportar los avances.

1.4. Periodicidad: la temporalidad con la cual se reporta la información (mensual, bimestral, trimestral, semestral o anual).

1.5. Año inicial de serie histórica: en caso de tener una serie histórica, se debe indicar desde qué fecha se tiene la información.

1.6. Objetivo: el objetivo que busca medir.

1.7. Metodología de cálculo: una descripción de los pasos o el proceso para calcular el indicador.

Esta descripción hacer mención los siguientes temas:

- i. ¿Cómo es el procesamiento de los datos y cuál es la fuente de los mismos?
- ii. ¿En qué consiste el cálculo del indicador (si es una transformación de variables, cómo se debe realizar)?.
- iii. De ser posible, una descripción de las variables utilizadas en el cálculo. Por ejemplo: si el indicador es "Aulas con equipamientos para clases de TIC", se debe definir qué se entiende por "equipamientos para clases de TIC".

1.8. Fórmula de cálculo: la representación matemática del cálculo del indicador.

1.9. Unidad de medida: parámetro de referencia para determinar la magnitud y el tipo de unidad del indicador. (p. ejemplo Número, personas, kilómetros, porcentaje, entre otras posibles unidades de medida).

— Salud Integral, Impacto Real —



**MANUAL SISTEMA DE
INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE
PROCESO: GESTION DE CALIDAD

Fecha: 08/01/2026
Código: ME-GCA-ML-006
Versión: 04
Página No. 1 de 28

2. Elementos para el seguimiento:

El segundo grupo de elementos que constituyen las bases de un indicador son aquellos parámetros usados para el análisis y verificación del cumplimiento del objetivo asociado. Estos elementos están relacionados con una información adicional que permite definir los parámetros de análisis. Los elementos mínimos que un indicador debería tener son:

- ✓ **Línea base:** el punto de partida o punto de referencia desde el cual se inicia la medición.
- ✓ **Meta:** el fin u objetivo al que se quiere llegar.
- ✓ **Marco temporal:** tiempo estimado en el que se quiere cumplir el objetivo.
- ✓ **El reporte:** el progreso o avance que se va dando desde el punto de inicio hasta el punto de llegada.


Con base en estos cuatro elementos, *una variable o un cálculo, se transforma en un indicador, pasando a ser una herramienta de análisis.*

3. Pasos para construir la ficha técnica:

1. Identificación y Definición:

- **Nombre del Indicador:** Claro y específico (ejemplo, "% de Cumplimiento de la Meta de Ventas").
- **Definición:** Qué se mide y por qué (ejemplo, "Mide el logro de los objetivos de ventas respecto al plan").
- **Tipo:** Eficacia (logro de objetivos), Eficiencia (recursos vs. productos), Efectividad (satisfacción).

— Salud Integral, Impacto Real —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

2. Metodología de Cálculo:

- **Fórmula:** Ecuación matemática (ejemplo: $(\text{Ventas Reales} / \text{Meta de Ventas}) * 100$).
- **Variables:** Definición exacta del numerador y denominador (ejemplo, "Ventas Reales: Total de ingresos por ventas del periodo").
- **Fuente de Información:** De dónde se extraen los datos (ejemplo, Sistema ERP, Base de Datos de Clientes).
- **Unidad de Medida:** Porcentaje (%), valor absoluto (#), moneda (\$), tiempo (días/horas).


3. Monitoreo y Control:

- **Línea Base:** Valor inicial o de referencia (puede ser "No Disponible" si es nuevo).
- **Meta:** El objetivo a alcanzar (ejemplo, 100%).
- **Límites de Control/Rangos:** Valores para interpretar (ejemplo, Óptimo: >95%, Tolerable: 80-95%, Deficiente: <80%).
- **Periodicidad de Medición:** Cada cuánto se calcula (mensual, trimestral, etc.).
- **Responsables:** Quién calcula, analiza y toma decisiones (Unidad de Ventas, Gerencia).

4. Periodicidad y Seguimiento

- ✓ **Frecuencia de medición:** Mensual, trimestral, anual.
- ✓ **Frecuencia de reporte:** Cuándo se presenta a la dirección.
- ✓ **Fuente de datos:** Sistema o documento de donde se extrae la información (ejemplo Minsalud, SISPRO, VSPCOL).

— Salud Integral, Impacto Real —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

5. Metas y Umbrales (Semáforo)

- ✓ Establezca rangos para evaluar el desempeño en 2025:
- ✓ **Verde (Satisfactorio):** Cumplimiento total de la meta (ejemplo > 90%).
- ✓ **Amarillo (Riesgo):** Cerca de la meta, requiere observación (ejemplo 75% - 89%).
- ✓ **Rojo (Crítico):** Incumplimiento que requiere acción inmediata (ejemplo < 75%).


6. Responsabilidades

- ✓ **Responsable de la medición:** Quién recolecta y procesa el dato.
- ✓ **Responsable del análisis:** Quién toma decisiones basadas en el resultado.

Ejemplo de Estructura de Ficha:

Campo	Descripción
Nombre	% de Cumplimiento de la Meta de Ventas
Definición	Grado en que se alcanzan los objetivos de ventas proyectados
Tipo	Eficacia
Fórmula	$(\text{Ventas Reales} / \text{Meta de Ventas}) * 100$
Variables	Numerador: Ventas Reales (Monto total) Denominador: Meta de Ventas (Monto proyectado)
Fuente	Sistema de Gestión de Ventas (SGV)
Periodicidad	Mensual
Línea Base	85% (Dato Dic-2024)
Meta	100%
Límites	Óptimo: >95% Deficiente: <80%
Responsable	Jefe de Ventas

— Salud Integral, Impacto Real —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	Código: ME-GCA-ML-006
	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

6. Cuadro de Mando Institucional (CMI):

El **Cuadro de Mando Institucional (CMI)** o *Balanced Scorecard* del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia es la herramienta técnica utilizada para el despliegue y seguimiento de su estrategia organizacional.


En 2025, el CMI se articula directamente con el **Plan Estratégico Institucional (PEI) 2023-2026** y los informes de seguimiento trimestrales. El Cuadro de Mando es un modelo de gestión que traduce la estrategia en objetivos relacionados, medidos a través de indicadores, y ligados a unos planes de acción que permitan alinear el comportamiento de los miembros de la organización. Por lo tanto, el cuadro de mando integral (CMI o BSC) tiene una importante vinculación con la estrategia de la organización en donde se implementa, los Planes Estratégicos en las entidades y Organizaciones son necesarios para la Implementación de cualquier iniciativa de este tipo, El Cuadro de Mando por tanto no formula la estrategia (que analizaremos en el siguiente punto), sino que la pone en práctica.



FUENTE: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_de_uso_cuadro_de_mando.pdf

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no válido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

6.1. Principios Básicos

Principios Básicos sobre los que se sostenía el Cuadro de Mando se basaban en:

- Establecer unos fines en la entidad.
- Cada uno de éstos eran llevados a cabo mediante la definición de unas variables clave.
- El control era realizado a través de indicadores.

Sirve como medidor, correspondiendo a un conjunto de indicadores ordenados por perspectivas o áreas clave de gestión que permiten identificar cuáles son las causas del rendimiento de la organización. Lo que en el caso de las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia (IPS), vistas como una organización productora de servicios, habrán de considerarse la debida articulación del CMI con los indicadores de calidad establecidos por el SOGC. Se quería usar el nuevo sistema de mediciones para comunicar y alinear las organizaciones con las nuevas estrategias; lejos del enfoque histórico y a corto plazo de reducción de costos y competencia a bajo precio, y hacia la generación de crecientes oportunidades, ofreciendo a los usuarios productos y servicios con valor añadido y a medida. Se resaltó la importancia de vincular los indicadores del Cuadro de Mando Integral con la estrategia de una organización.


Sus componentes principales incluyen:

1. Ejes de Seguimiento (Perspectivas)

El modelo integra cuatro perspectivas fundamentales para la toma de decisiones:

- ✓ **Paciente:** Satisfacción del paciente y acceso a servicios.
- ✓ **Procesos Internos:** Eficacia operativa y cumplimiento de metas técnicas.
- ✓ **Aprendizaje y Crecimiento:** Gestión del talento humano y tecnología.

— Salud Integral, Impacto Real —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

- ✓ **Financiera:** Autosostenibilidad, presupuesto y equilibrio financiero de las entidades del sector.

2. Tableros de Control Específicos

El Ministerio dispone de tableros especializados para áreas críticas:

- **Tablero de Control PTS:** Monitoreo de la implementación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y la eficacia operativa anual.
- **Seguimiento al PEI:** Informes trimestrales (ej. segundo trimestre de 2025) que analizan el avance de indicadores estratégicos por dirección).
- **Vigilancia en Salud Pública:** Tableros dinámicos para el seguimiento de indicadores de morbilidad, mortalidad y factores de riesgo.

3. Marco Normativo y Técnico 2025


- ✓ Para el año 2025, la gestión mediante cuadros de mando se ajusta a:
- ✓ Resolución 1597 de 2025: Armonización de la gestión territorial con el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo.
- ✓ Plan Nacional de Desarrollo: Alineación con los objetivos de "Colombia Potencia Mundial de la Vida"

6.2. Características y Funciones Clave

Visualización de Indicadores (KPIs): Presenta métricas importantes (tasas de ocupación, tiempos de espera, satisfacción del paciente, resultados clínicos) de forma gráfica y fácil de entender.

- **Alineación Estratégica:** Conecta la estrategia global con las acciones operativas, usando un marco como el Cuadro de Mando Integral (CMI/Balanced Scorecard).

— Salud Integral, Impacto Real —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

- **Toma de Decisiones:** Facilita decisiones rápidas y basadas en datos para líderes, gerentes y personal, tanto en escenarios atendidos (escritorio) como desatendidos (pantallas grandes).
- **Monitoreo Continuo:** Permite seguir el progreso hacia objetivos estratégicos y operativos, identificando desviaciones y necesidades de ajuste.
- **Perspectivas Múltiples:** Tradicionalmente se organiza en las cuatro.
- **Perspectivas del CMI:** Financiera, Clientes (Pacientes), Procesos Internos y Aprendizaje y Crecimiento.

6.3. Implantación y Seguimiento de un Cuadro de Mando Institucional


Desde el punto de vista conceptual, en la implantación de un CMI hay que destacar que los resultados de los indicadores incluidos en el mismo están directamente relacionados con las actividades desarrolladas por los profesionales de la organización, por lo que la comunicación y difusión de sus resultados, estimulará que aumente la participación y motivación de estos en la consecución de los objetivos establecidos. Clásicamente, el proceso de implementación del CMI cursa por una serie de etapas, directamente relacionadas con el desarrollo del proceso estratégico de la institución y que resumimos brevemente:

Clásicamente, el proceso de implementación del CMI cursa por una serie de etapas, directamente relacionadas con el desarrollo del proceso estratégico de la institución y que resumimos brevemente:

6.3.1. Definición Del Marco Estratégico:

1. Definir el sector, describir su desarrollo y el papel de la entidad
2. Establecer/confirmar la visión de la entidad, adecuándola a la misión y valores
3. Establecer las perspectivas

— Salud Integral, Impacto Real —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

6.3.2. Formulación De Los Objetivos Estratégicos

1. Desglosar la visión según cada una de las perspectivas (líneas estratégicas) y formular objetivos estratégicos
2. Identificar los factores críticos para tener éxito

6.3.3. Formulación De Los Indicadores Clave

1. Desarrollar indicadores, identificar
2. Establecer el cuadro de mando al más alto nivel
3. Desglose del cuadro de mando e indicadores por unidad organizativa

6.3.4. Formulación De Metas

1. Formular metas

6.3.5. Desarrollo De Iniciativas

1. Desarrollar planes de acción o iniciativas


6.3.6. Alineamiento Económico Y Personal más Seguimiento

1. Implementación del cuadro de mando

Al respecto y en el caso del Sistema de Seguridad Social y el SOGCG, el diseño del cuadro de mando debe partir de los indicadores de calidad establecidos por el sistema y reglamentado por la Resolución 1446 del 2006, los cuales se agrupan en dos ámbitos estratégicos de análisis, un ámbito alusivo a las entidades administradoras de planes de beneficios EAPB (aseguradoras participantes en cualquiera de los dos regímenes) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS tanto públicas como privadas).

En este último caso (IPS), la agrupación de los indicadores de calidad se establece según criterios como:

— *Salud Integral, Impacto Real* —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

- Agrupación nacional
- Detalle regional (distribución por territorios)
- Nivel de acreditación (acreditada versus no acreditada)
- Carácter público o privado
- Estado de reestructurada o No reestructurada


Esta clasificación y nivel de estratificación para el análisis y registro de información, de cara al CMI del sistema, reviste especial importancia, toda vez que la adecuación de los resultados y registros permite identificar niveles de desempeño y brechas existentes según sea la tipología y características propias de cada prestador, lo que genera un importante valor agregado a la hora de establecer políticas globales de ajuste identificadas selectivamente por regiones, tipología de prestador o nivel de desarrollo institucional frente al sistema de calidad.

5.6. Evaluación de la Gestión

Medir la gestión institucional y evaluar los resultados requiere contar con indicadores que respondan de forma adecuada a las necesidades de seguimiento y evaluación y que proporcionen las guías que permitan modificar, si es necesario, las estrategias definidas. Conocer el avance de la ejecución respecto de lo planeado le permite a la entidad:

- Conocer permanentemente el estado de avance de su gestión.
- Plantear las acciones para mitigar posibles riesgos que la puedan desviar del cumplimiento de sus metas.
- Al final del periodo, determinar si se lograron los objetivos y metas en los tiempos previstos, en las condiciones de cantidad y calidad esperadas y con un uso óptimo de recursos.
- Permite definir los efectos de la gestión institucional en la garantía **de los derechos, satisfacción de las necesidades y la resolución de los problemas de las partes interesadas.**

— Salud Integral, Impacto Real —

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

5.7. Implementación

5.7.1. Fuentes de Información Institucionales

- Sistema de información hospitalario
- Historias clínicas electrónicas
- Registros asistenciales
- Sistema de facturación (RIPS)
- Registros de eventos adversos
- Sistema de PQRS

5.7.2. Presentación de Resultados

Los resultados deben presentarse mediante:

5.7.2.1. Elementos Gráficos

- Gráficos de tendencia (líneas)
- Gráficos de barras comparativos
- Tableros de control (dashboards)
- Semáforos

5.7.2.2. Elementos Narrativos

- Resumen ejecutivo
- Análisis interpretativo
- Conclusiones
- Recomendaciones

5.8. Formato Ficha Técnica

5.9.1 Formato Ficha técnica Indicadores De Calidad resolución 0256 De 2015 Prestadores De Servicios De Salud (Fichas técnicas de Indicadores de Calidad Resolución 256 de 2016 Oficina de Calidad- MINSALUD abril 2017).

— Salud Integral, Impacto Real —



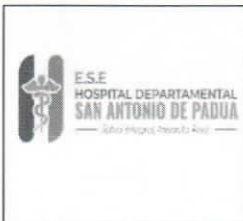
**MANUAL SISTEMA DE
INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE
PROCESO: GESTION DE CALIDAD**

Fecha: 08/01/2026
Código: ME-GCA-ML-006
Versión: 04
Página No. 1 de 28



D.1.1.- Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer

FICHAS DE INDICADORES DE ENTIDADES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD -Resolución 0256 de 2015-		
Nombre del Indicador: Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer	Código: D.1.1	
Definición:	Es el porcentaje de nacidos vivos con peso inferior a 2.500 gramos al momento del nacimiento por cada 100 nacidos vivos	
Forma de Cálculo:	Cociente entre el número de nacidos vivos con peso menor a 2500 gramos al nacer y el número total de nacidos vivos con la variable peso diligenciada en el certificado de nacido vivo en un periodo determinado, multiplicado por 100% expresado como porcentaje (%).	Componentes de la Fórmula de Cálculo:
		Numerador: Número de nacidos vivos con peso menor a 2500 gramos al nacer
		Fuente del Numerador: RUAF-ND- Nacimientos- Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social
		Denominador: Número total de nacidos vivos con la variable peso diligenciada en el certificado de nacido vivo
		Fuente del denominador: RUAF-ND- Nacimientos- Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social
		Unidad de medida: Por 100 (%)
Niveles de desagregación:	Nacional-Departamental- Municipal	Periodicidad: Semestral
Sustento Normativo / Referencia	Ley 1438 de 2011-Ley 715 de 2001-Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y demás disposiciones vigentes	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la información del indicador	El Ministerio de Salud y Protección Social calculará este indicador a partir de las fuentes relacionadas en el numerador y denominador de este indicador.	
Observaciones	Ninguna	
Dominio	Efectividad	
Versión:	2	Elaborado por:
Fecha:	01/03/2017	Ministerio de Salud y Protección Social



**MANUAL SISTEMA DE
INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE
PROCESO: GESTION DE CALIDAD**


Fecha: 08/01/2026
Código: ME-GCA-ML-006
Versión: 04
Página No. 1 de 28

5.9.1 Formato Ficha técnica Indicadores De Calidad Institucionales

E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA		FICHA TECNICA DE INDICADORES		Fecha: 08/11/2024									
				Código: MEI-GCAC-IC-4-002									
				Versión: 03									
PROCESO:	GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO												
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de consentimientos informados correctamente diligenciados en sala de cirugía.												
PROPOSITO:	Garantizar el cumplimiento de los principios éticos y legales en la atención quirúrgica mediante el seguimiento del diligenciamiento adecuado del consentimiento informado.												
DEFINICIÓN:	El consentimiento informado se define como la aceptación libre por parte de un paciente para un acto procedimiento quirúrgico después de el especialista tratante comunicarle adecuadamente su situación clínica.												
MARCO NORMATIVO:	Res. 1995 de 2015. Decreto 780 de 2016. Res. 3100 de 2019. Programa Institucional de Seguridad del paciente												
FORMULA DE MEDICION:	<p>Numerador: Número de pacientes con consentimiento informado correctamente diligenciados y firmados en el servicio de cirugía. Muestra aleatoria representativa tomada de la fórmula de la contraloría general de la república</p> <p>Denominador: Número total de pacientes con intervenciones quirúrgicas en el periodo</p> <p>Fuente del numerador: Reporte del prestador del servicio de cirugía / líder del proceso reporte en informe mensual de cirugía. Muestra aleatoria representativa tomada de la fórmula de la contraloría general de la república</p> <p>Fuente del denominador: Reporte del prestador del servicio de cirugía / líder del proceso reporte en informe mensual de cirugía.</p> <p>Unidad de medida: Por 100%</p>												
META:	≥ 100%												
PERIODICIDAD:	Mensual												
SERVICIO:	Cirugía												
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Seguridad del Paciente y estadística												
RESULTADOS DE LA MEDICION 2025													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	27	25	27	27	28	25	0	24	26	17			226
DENOMINADOR	119	86	118	107	140	95	125	34	34	17			875
INDICADOR	22.69%	29.07%	22.88%	25.23%	20.00%	26.32%	0.00%	70.59%	76.47%	100.00%	# DIV/OI	# DIV/OI	25.83%
META	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%
GRAFICA DE RESULTADOS													
ANALISIS DE DATOS													
ANALISIS DEL INDICADOR		ACCIONES A TOMAR											
ENERO: Durante el mes evaluado de los 119 Pacientes atendidos en el servicio de cx se realiza la auditoria a 27 consentimientos informados. Muestra aleatoria representativa tomada de la fórmula de la contraloría general de la república		no se requieren planes de mejoramiento											
FEBRERO: Durante el mes evaluado de los 86 Pacientes atendidos en el servicio de cx se realiza la auditoria a 25 consentimientos informados. Muestra aleatoria representativa tomada de la fórmula de la contraloría general de la república		no se requieren planes de mejoramiento											
MARZO: Durante el mes evaluado de los 118 Pacientes atendidos en el servicio de cx se realiza la auditoria a 27 consentimientos informados. Muestra aleatoria representativa tomada de la fórmula de la contraloría general de la república		no se requieren planes de mejoramiento											
ABRIL: Durante el mes evaluado de los 107 Pacientes atendidos en el servicio de cx se realiza la auditoria a 27 consentimientos informados. Muestra aleatoria representativa tomada de la fórmula de la contraloría general de la república		no se requieren planes de mejoramiento											
MAYO: Durante el mes evaluado de los 140 Pacientes atendidos en el servicio de cx se realiza la auditoria a 28 consentimientos informados. Muestra aleatoria representativa tomada de la fórmula de la contraloría general de la república		no se requieren planes de mejoramiento											
JUNIO: Durante el mes evaluado de los 95 Pacientes atendidos en el servicio de cx se realiza la auditoria a 25 consentimientos informados. Muestra aleatoria representativa tomada de la fórmula de la contraloría general de la república		no se requieren planes de mejoramiento											
JULIO: Durante el mes evaluado de los 127 Pacientes atendidos en el servicio de cx se presenta una cancelación de cirugía atribuida a la institución		no se requieren planes de mejoramiento											
AGOSTO: Durante el mes evaluado de los 104 Pacientes atendidos en el servicio de cx se presenta una cancelación de cirugía atribuida a la institución		no se requieren planes de mejoramiento											
SEPTIEMBRE: Durante el mes evaluado de los 142 Pacientes atendidos en el servicio de cx se realiza la auditoria a 34 consentimientos informados. Muestra aleatoria representativa tomada de la fórmula de la contraloría general de la república		no se requieren planes de mejoramiento											
OCTUBRE: Durante el mes evaluado de los 108 Pacientes atendidos en el servicio de cx se realiza la socialización de las fallencias en el comité de seguridad del		OCTUBRE: Se realiza la socialización de las fallencias en el comité de seguridad del											
NOVIEMBRE:		NOVIEMBRE:											
DICIEMBRE:		DICIEMBRE:											

Salud Integral, Impacto Real

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"

	MANUAL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD	Fecha: 08/01/2026
		Código: ME-GCA-ML-006
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PROCESO: GESTION DE CALIDAD	Versión: 04
		Página No. 1 de 28

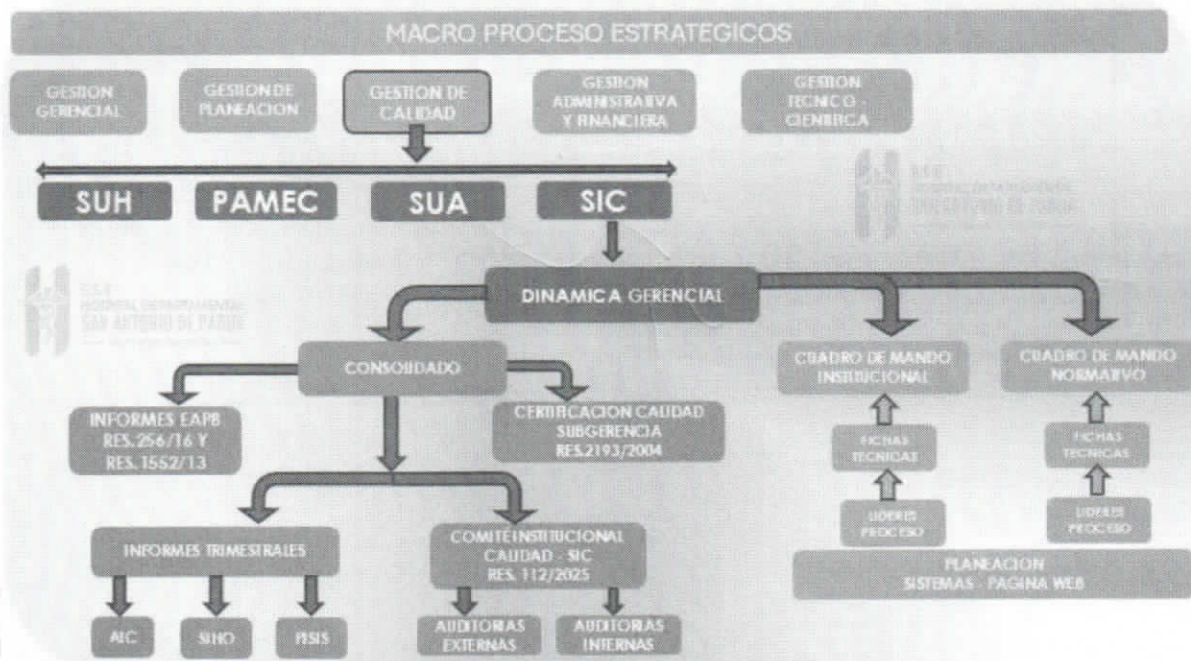
5.10. Reportes Presentados en comités de obligatorio cumplimiento institucional de calidad

Sistemas de Información para la Calidad SIC, reportamos la información generada en SIC en el comité de calidad junto con los cuatro componentes:

- Sistema Único De Habilitación - SUH
- Sistema Único De Acreditación - SUA
- PAMEC
- Sistema De Información Para La Calidad – SIC

El comité de calidad se realiza de manera mensual dando cumplimiento al cronograma elaborado para el año vigente, presentando a los líderes de los servicios la información de los indicadores de la Resolución 256 de 2016 y la Resolución 1552 de 2013.

5.11. MAPA DE PROCESO DE SIC



— Salud Integral, Impacto Real —



**MANUAL SISTEMA DE
INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE
PROCESO: GESTION DE CALIDAD**

Fecha: 08/01/2026
Código: ME-GCA-ML-006
Versión: 04
Página No. 1 de 28

CONTROL DE REVISIONES

VERSIÓN	FECHA	COMENTARIO
01	08/01/2026	Elaboración Primera Versión

Elaborado por: Nombre: KAREN YENCY PINEDO AVENDAÑO Cargo: Líder Sistemas De Información (SIC) Firma:	Fecha: 05/01/2026
Revisado por: Nombre: BLANCA NUBIA RODRÍGUEZ SÁENZ Cargo: Asesora de Calidad Firma:	Fecha: 07/01/2026
Aprobado por: Nombre: CESAR EDUARDO GONZALEZ DIAZ Cargo: Gerente(e) Firma:	Fecha: 08/01/2026

— Salud Integral, Impacto Real —

"Documento no valido en medio impreso sin la identificación de Marca de Agua "Documento Controlado" Este documento contiene información de carácter confidencial y es propiedad del Hospital. Ninguna parte de su contenido puede ser usado, copiado, divulgado sin autorización escrita por parte del Hospital"