

Área de Gestión	No	Tipo ESE	Indicador	Formula del Indicador	Estándar para cada año	Fuente de información	Línea de Base 2023	Logros y Compromisos	Actividades a Desarrollar	Meta			
										2024	2025	2026	2027
Dirección y Gerencia 20%	1	Nivel I, II, III	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Proceso de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de calificación de autoevaluación de la vigencia anterior.	≥ 1,20 Acreditación en la vigencia evaluada/Postulación para la acreditación formalizada con contrato	Documento de autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior	2,079	Lograr la acreditación institucional	Cumplir plan de mejora producto de la autoevaluación 2023 Obtener resultado de autoevaluación mínimo de 3,0 Cumplir con los requisitos establecidos para la fase de postulación ante el ente acreditador. Postular a la ESE para la acreditación Institucional Atender la evaluación del ente acreditador Obtener el reconocimiento por el ente acreditador	entre 1,11 y >1,308	entre 1,11 y >2,56	entre 1,11 y >2,85	entre 1,11 y >3,0
	2	Nivel I, II, III	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en Salud	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas / Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registradas en el PAMEC.	≥ 0,90	Superintendencia Nacional de Salud	93%	Cumplimiento a la ejecución de PAMEC en el 90% para la vigencia	Seguimiento mensual a las actividades programadas en el plan de mejora, según cronograma para cada vigencia. Auditoría interna y autocontrol según los niveles de auditoría establecidos en las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud. Realizar la retroalimentación a los equipos de mejora, y tomar los ajustes necesarios cuando se presenten desviaciones	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9
	3	Nivel I, II, III	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / Número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0,90	Informe del responsable de planeación de la ESE. De lo contrario, informe de control interno de la ESE. El informe para informe de control interno el Estado de la meta del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SI/NO) y el cálculo del indicador.	86%	Cumplimiento del Número de metas del Plan Operativo anual ≥ 0,90	Definir lineamientos y formular nuevo Plan de Desarrollo Institucional 2024-2027. Coordinar los Planes Operativos Anuales POA por procesos con cada responsable del mismo, de manera que permita dar despliegue a Plan de Desarrollo. Revisar, analizar, definir y ajustar el avance de procesos institucionales. Realizar seguimiento trimestral a los avances del Plan Operativo Anual. Elaborar y presentar informe de ejecución y gestión a Junta Directiva, entes de control, y ciudadanía en general	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9	≥ 0,9
	4	Nivel I, II, III	Riesgo Fiscal y Financiero	Adopción del Programa de Sanamiento Fiscal y Financiero	Adopción del programa de Sanamiento Fiscal y Financiero	Acto Administrativo mediante el cual se adoptó el programa de Sanamiento Fiscal y Financiero para las E.S.E. categorizadas con Riesgo medio a alto.	Sin Riesgo	Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y adoptó el programa de Sanamiento Fiscal y Financiero	Establecer acciones encaminadas a seguimiento a la gestión financiera institucional y la contención de costos y gastos. Fortalecer los procesos de facturación, cartera y gastos a fin de lograr obtener flujo de caja	Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y adoptó el programa de Sanamiento Fiscal y Financiero	Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y adoptó el programa de Sanamiento Fiscal y Financiero	Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y adoptó el programa de Sanamiento Fiscal y Financiero	Si durante la vigencia evaluada la ESE fue categorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en riesgo medio o alto y adoptó el programa de Sanamiento Fiscal y Financiero
Financiera y Administrativa 40%	5	Nivel I, II, III	Evolución del Gasto por Unidad de Valor relativo productos (1).	[(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación / Número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes del año del objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)]	< 0,90	Ficha técnica de la página Web del SMO del Ministerio de Salud y Protección Social	1,14	Lograr un gasto por unidad de valor relativo (UVR) menor a 0,9 para cada vigencia	Realizar una gestión general, administrativa y financiera que propenda por el equilibrio entre los gastos comprometidos y los ingresos recaudados, con austeridad en el gasto y una gestión de cartera eficiente para aumentar los recaudos. Establecer mecanismos de control en el uso de recursos buscando disminuir los costos de operación. Revisar y ajustar la dotación de personal y recursos en función de la demanda de servicios. Mejorar los procesos de los recursos requeridos para la prestación de los servicios ofertados por el Hospital. Evaluación permanente de la producción de servicios frente a los recursos invertidos a fin de realizar un uso eficiente de los recursos	<0,9	<0,9	<0,9	<0,9
	6	Nivel I, II, III	Elaboración de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: 1. Compras Conjuntas, 2. Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado, 3. Compras a través de mecanismos electrónicos.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos: (a) Compras conjuntas (b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado (c) Compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico en la vigencia evaluada	≥ 0,70	Certificación suscrita por el Rector Fiscal, en caso de no contar con Rector Fiscal, suscrita por el gerente y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá:	55,90%	Lograr que el 70% de las compras de medicamentos y material médico-quirúrgico sean hechas a través de compras conjuntas, cooperativas y compras cooperativas y/o compras electrónicas.	Realizar Histórico de consumo de medicamentos semestral, como base para el requerimiento de compras o elaboración de estudios de conveniencia. Efectuar proyecciones de necesidades al inicio de la vigencia fiscal para definir los mecanismos de adquisición que permitan la participación de oferentes y favorezcan el cumplimiento de las metas y el indicador	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70	≥ 0,70
	7	Nivel I, II, III	Monte de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior	Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior - Valor de la deuda superior a treinta días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de prestación de servicios con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0)	Certificación suscrita por el Rector Fiscal, en caso de no contar con Rector Fiscal, suscrita por el gerente y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá:	Deuda 0	Mantener la política de pago dentro de los 30 días de vencimiento	Cumplir lo establecido por la normatividad vigente Cumplir y hacer cumplir las obligaciones laborales de conformidad con las disposiciones legales y de concertación	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0)	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0)	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0)	Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0)
	8	Nivel I, II, III	Utilización de información de Registro individual de prestaciones RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE presentados a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia objeto de evaluación	4	Informe del responsable de Planeación de la ESE o quien haga las veces, en caso de no contar con Rector Fiscal, suscrita por el gerente y el responsable de control interno de la ESE. La certificación como mínimo contendrá: fecha de los informes, presentados a la Junta Directiva, periodo de los RIPS utilizados para el análisis y validación de datos de la Junta Directiva en el que se presentó el informe.	4 o más informes RIPS	Enviar y presentar a Junta Directiva de la entidad informe trimestral de Análisis de Prestación de Servicios de Salud con base en RIPS	Procesar, validar y analizar los registros individuales de prestación de servicios. Elaborar Informe para su revisión por parte de Asesor de desarrollo de servicios y Gerencia. Presentar a Junta Directiva para su aprobación final.	4 o más informes RIPS			
	9	Nivel I, II, III	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudos	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor recaudado de C.C. de vigencias anteriores) / Valor total de egresos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de C.C. de vigencias anteriores)	≥ 1	Ficha técnica de la página Web del SMO del Ministerio de Salud y Protección Social.	92%	Lograr un gasto por unidad de valor relativo (UVR) menor a 0,9 para cada vigencia.	Fortalecer las acciones de recaudo, con el fin de lograr una solvencia financiera de la institución. Fortalecer los procesos de facturación, cartera y gastos, a través de mejoramiento de los procesos asistenciales. Mantener la gloria resta final aceptada por debajo del 4%. Gestionar las devoluciones recibidas por las entidades. Gestionar la Participación de la gloria y las devoluciones dentro de la Cartera del Hospital no sea mayor al 30%. Oportunidad en la respuesta a gloria sea mayor al 95%	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1
	10	Nivel I, II, III	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Presentación oportuna de la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia	Superintendencia Nacional de Salud	No puntualidad información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia	Presentar oportunamente la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia	Presentar la información con claridad los responsables de las diferentes informaciones. Definir Insumientes frente a responsabilidades de generación de información para reportar. Monitorear la entrega de la información por parte de las áreas responsables de su generación	Presentación oportuna de la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia	Presentación oportuna de la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia	Presentación oportuna de la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia	Presentación oportuna de la información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia
	11	Nivel I, II, III	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 con base en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del sector Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	Presentación oportuna de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 con base en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del sector Salud	Ministerio de Salud y Protección Social	Reporte oportuno	Presentar oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	Cumplir con el cronograma establecido para el reporte. Monitorear y hacer seguimiento en el cumplimiento del reporte de la información por parte de las áreas responsables de su emisión	Presentación oportuna de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 con base en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del sector Salud	Presentación oportuna de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 con base en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del sector Salud	Presentación oportuna de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 con base en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del sector Salud	Presentación oportuna de la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 con base en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del decreto 780 de 2016 - Decreto Único Reglamentario del sector Salud
	12	Nivel I, II, III	Evaluación de adherencia de la guía de manejo específico: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Número de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación correcta de la guía de manejo para diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación / Número total de Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas, atendidas en la ESE, con diagnósticos de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación, en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 80	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia de acta administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.	97,5%	Mantener en caso de la incidencia de casos de hemorragias bronco- aspiratorias de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos mayor a 27 semanas.	Revisar y actualizar (si es el caso) lista de chequeo para trastornos hipertensivos en la gestación y hemorragias del III trimestre. Auditar de pares de adherencia a guías de atención aplicando lista de chequeo. Revisión y análisis Códigos RUP (aplicación lista de chequeo) presentados en el trimestre anterior. Establecer planes de mejora para la adopción y adherencia a las guías acorde a los resultados obtenidos en el seguimiento, se presenta reuniones. Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada.	≥ 80	≥ 80	≥ 80	≥ 80
	13	Nivel I, II, III	Evaluación de adherencia de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de mortalidad atendida	Número de Historias Clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación correcta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de mortalidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total de Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de mortalidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	≥ 80	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia de acta administrativo de adopción de la Guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador.	96,0%	Revisar y actualizar (si es el caso) lista de chequeo para primera causa de egreso. Auditar de pares de adherencia a guías de atención aplicando lista de chequeo. Informe trimestral de resultado de adherencia a guías de atención. Establecer planes de mejora para la adopción y adherencia a las guías acorde a los resultados obtenidos en el seguimiento, se presenta reuniones. Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada.	Revisar y actualizar (si es el caso) lista de chequeo para egresos de egreso. Auditar de pares de adherencia a guías de atención aplicando lista de chequeo. Informe trimestral de resultado de adherencia a guías de atención. Establecer planes de mejora para la adopción y adherencia a las guías acorde a los resultados obtenidos en el seguimiento, se presenta reuniones. Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada.	≥ 80	≥ 80	≥ 80	≥ 80
	14	Nivel I, II, III	Oportunidad en la realización de Apendicectomía.	Número de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la Apendicectomía dentro de las seis horas desde el diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con Diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	≥ 90	Informe de Subgerencia científica de la ESE que como mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó apendicectomía que contenga identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del Diagnóstico de Apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica, aplicación de la fórmula del indicador.	92,9%	Realizar procedimiento de oportuna atención dentro de las 6 horas después de confirmado el diagnóstico.	Auditar mensual de los procedimientos realizados en el periodo con diagnóstico de apendicitis con el fin de determinar la hora de diagnóstico y hora de realización de la cirugía y la hora en la cual se realizó el procedimiento. Realizar seguimiento diario a protocolo de triaje quirúrgico SC-PT-28 directamente en salas de cirugía	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90
Gestión Clínica o Asistencial 40%	15	Nivel I, II, III	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspiratorias de origen intrahospitalario y variación intermitente	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspiratorias de origen intrahospitalario en la vigencia anterior	NO registó eventos de neumonías bronco aspiratorias de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos	Informe de referente a equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga aplicación de la fórmula del indicador.	90,0%	Mantener en caso de la incidencia de casos de neumonías bronco-aspiratorias de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos	Realizar actividades de infecciones asociada a la atención en salud VSP-RU-01. Aplicar Protocolo COP-PT-34 Prevención de Neumonía asociada a la ventilación mecánica UCP. Aplicar Protocolo COP-PT-29 Prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica en recién nacidos. Aplicar Protocolo Atención de secciones en paciente pediátrico CCH-PT-02	NO registó eventos de neumonías bronco aspiratorias de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos	NO registó eventos de neumonías bronco aspiratorias de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos	NO registó eventos de neumonías bronco aspiratorias de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos	NO registó eventos de neumonías bronco aspiratorias de origen intrahospitalario en pacientes pediátricos
	16	Nivel I, II, III	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico de infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica, de acuerdo con la guía de manejo para infarto agudo del miocardio dentro de la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	≥ 90	Informe del comité de historias Clínicas de la ESE que como mínimo contenga: Referencia de acta administrativo de adopción de la Guía y aplicación de la fórmula del indicador.	100,0%	Garantizar la aplicación de la Guía de manejo para infarto agudo del miocardio en el 90% de la muestra representativa de pacientes. A las cuales se les inició el manejo específico dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico. Articular con plan de formación para reconocimiento de guías de práctica clínica.	Revisar y actualizar (si es el caso) lista de chequeo para diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM). Auditar desde clínica, a adherencia a guías de atención aplicando lista de chequeo. Informe trimestral de resultado de adherencia a guías de atención. Establecer planes de mejora para la adopción y adherencia a las guías acorde a los resultados obtenidos en el seguimiento, se presenta reuniones. Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada.	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90
	17	Nivel I, II, III	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	≥ 90	Informe de referente a equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente que como mínimo contenga análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador.	95,0%	Garantizar el cumplimiento del 90% de los análisis de mortalidad	Identificar a niveles de los casos identificados por epidemiología. Verificación del análisis que realiza parte de proceso a fin de permitir posibles errores. Seguimiento bimestral a falencias de análisis. Seguimiento semestral de los análisis realizados definidos como prevenibles.	≥ 90	≥ 90	≥ 90	≥ 90
	18	Nivel I, II, III	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigna la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la que se asigna la cita de pediatría de primera vez asignada en la vigencia objeto de evaluación	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigna la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la que se asigna la cita de pediatría de primera vez asignada en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	<= 5 días	Ficha técnica de la página Web del SMO del Ministerio de Salud y Protección Social	3,38	Garantizar la oportunidad para la asignación de citas de pediatría menor o igual a 5 días	Revisar y actualizar (si es el caso) lista de chequeo para diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM). Auditar desde clínica, a adherencia a guías de atención aplicando lista de chequeo. Informe trimestral de resultado de adherencia a guías de atención. Establecer planes de mejora para la adopción y adherencia a las guías acorde a los resultados obtenidos en el seguimiento, se presenta reuniones. Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada.	<= 5 días	<= 5 días	<= 5 días	<= 5 días
	19	Nivel I, II, III	Tempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigna la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la que se asigna la cita de obstetricia de primera vez asignada en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	<= 8 días	Ficha técnica de la página Web del SMO del Ministerio de Salud y Protección Social	1,72	Garantizar la oportunidad para la asignación de citas de obstetricia menor o igual a 8 días	Revisar y actualizar (si es el caso) lista de chequeo para diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM). Auditar desde clínica, a adherencia a guías de atención aplicando lista de chequeo. Informe trimestral de resultado de adherencia a guías de atención. Establecer planes de mejora para la adopción y adherencia a las guías acorde a los resultados obtenidos en el seguimiento, se presenta reuniones. Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada.	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días	<= 8 días
	20	Nivel I, II, III	Tempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asigna la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la que se asigna la cita de medicina interna de primera vez asignada en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación	<= 15 días	Ficha técnica de la página Web del SMO del Ministerio de Salud y Protección Social	4,37	Garantizar la oportunidad para la asignación de citas de medicina interna menor o igual a 15 días	Revisar y actualizar (si es el caso) lista de chequeo para diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM). Auditar desde clínica, a adherencia a guías de atención aplicando lista de chequeo. Informe trimestral de resultado de adherencia a guías de atención. Establecer planes de mejora para la adopción y adherencia a las guías acorde a los resultados obtenidos en el seguimiento, se presenta reuniones. Socialización y retroalimentación al personal de la evaluación a la adherencia a guía realizada.	<= 15 días	<= 15 días	<= 15 días	<= 15 días