



Libertad y Orden

Supersalud

CIRCULAR EXTERNA No. 100756

06 OCT. 2009

Para: ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS.

De: SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD.

Asunto: SISTEMA DE INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA.

1. Antecedentes.

De conformidad con los requisitos de autorización de las Entidades Promotoras de Salud, el numeral c, artículo 180 de la Ley 100 de 1993, señala que las entidades deben evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios que ofrece a sus usuarios.

Adicionalmente, el numeral 6, artículo 178 de la Ley 100 de 1993, determina entre otras como función de las Entidades Promotoras de Salud "*Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud*".

Teniendo en cuenta que en el marco legal del Decreto 1011 de 2006, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y determina en el artículo 38 que las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador, y además deben contemplar las características establecidas en el artículo 3 de este Decreto, que señala:

"Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. *Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

6

1

1208



2. *Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.*

3. *Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.*

4. *Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.*

5. *Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico"*

En concordancia con lo anterior, la Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Es importante mencionar lo dispuesto en el artículo 2, que establece para el nivel de monitoría del sistema lo siguiente:

"Los indicadores trazadores definidos para este nivel y las fichas técnicas de los mismos están contenidos en el Anexo Técnico que forma parte integral de la presente resolución, los cuales son de obligatoria implementación y reporte por parte de las instituciones a que hace referencia el artículo 1 del Decreto 1011 de 2006 y servirán para la monitoría de la calidad de la atención en salud en todo el territorio Nacional y el desempeño de los diferentes actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud..."

Por otra parte, el Decreto 4747 de 2007 por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, en su artículo 5 establece que:

"Son requisitos, mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

a) Por parte de los prestadores de servicios de salud:

1. *Habilitación de los servicios por prestar.*

2. *Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.*

3. *Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.*



4. *Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.*

b) *Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:*

1. *Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.*

2. *Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.*

3. *Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.*

4. *Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.*

5. *Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.*

6. *Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red..."*

En este sentido y teniendo en cuenta la aplicación de las competencias asignadas a esta Superintendencia por las normas vigentes, en especial las conferidas en el Decreto 1018 de 2007, tiene por objetivo esta Superintendencia fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en concordancia con los siguientes numerales del artículo 6 del Decreto 1018 de 2007, que señalan las siguientes funciones:

"3. Definir políticas y estrategias de inspección, vigilancia y control para proteger los derechos de los ciudadanos en materia de salud".

"5. Definir y armonizar con los sistemas de información disponibles en el Gobierno Nacional, el sistema de información para el ejercicio de la inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social y establecer los mecanismos para la recolección, tratamiento, análisis y utilización del mismo".

Por lo anteriormente expuesto y en tal virtud, se requiere dar el estricto cumplimiento al numeral 14, artículo 17 del Decreto 1018 de 2007, de establecer un sistema de

6



indicadores de alerta temprana que permita la evaluación del aseguramiento y la calidad de la atención.

El Sistema de Indicadores de Alerta Temprana, tiene como mecanismo o estrategia en recopilar, revisar y analizar las variables de oportunidad y calidad en la atención y prestación de los servicios en salud, a fin de identificar de forma inmediata las falencias o problemas que resulten; y en consecuencia formular la aplicación de correcciones y soluciones oportunas. De igual manera, tiene como propósito optimizar los resultados de atención en salud desarrollando acciones de mejora en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS.

Adicionalmente, orientará a los usuarios en el conocimiento de las características, los niveles de oportunidad y demás aspectos de los Prestadores de Servicios de Salud y EAPB, relacionados con la atención y prestación del servicio en salud, en el ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema en Salud.

2. Requerimiento.

Las Entidades Administradoras de Planes y Beneficios, deberán reportar trimestralmente a través de la página WEB de esta Superintendencia los indicadores de Alerta Temprana por prestador y municipio que a continuación se describen:

Número	Descripción	Máximo aceptable:
1	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA GENERAL	5 días
2	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - MEDICINA INTERNA	30 días
3	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - GINECOLOGÍA	15 días
4	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - PEDIATRIA	5 días
5	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - CIRUGIA GENERAL	20 días
6	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - OBSTETRICIA	5 días
7	TIEMPO DE CONSULTA DE ODONTOLOGIA GENERAL	5 días
8	TIEMPO DE ESPERA DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA Y DIAGNOSTICO GENERAL RADIOLOGIA SIMPLE	3 días
9	TIEMPO DE ESPERA DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA Y DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO TAC	15 días
10	TIEMPO DE ESPERA TOMA DE MUESTRAS LABORATORIO BÁSICO .	1 día
11	TIEMPO DE ESPERA EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL PROGRAMADA	30 días
12	TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA (Por cada 100 pacientes hospitalizados)	5
13	TIEMPO DE ESPERA CONSULTA DE URGENCIAS TRIAGE II	30 minutos

Fuente de estándares: Estudios información Circular Única y requerimientos SNS.

6



Los siguientes indicadores serán reportados por EAPB:

Número	Descripción	Máximo aceptable:
14	RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (Por cada 100.000 nacidos vivos)	75
15	TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS (Por cada 100.000 atendidos menores de cinco años)	310
16	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (Por cada 1.000 nacidos vivos)	16

Fuente de estándares: "Indicadores Básicos 2008", Ministerio de la Protección Social.

En el evento que se presenten indicadores que no cumplan con el estándar definido en esta Circular, la EAPB deberá presentar simultáneamente a esta Superintendencia el Plan de Mejoramiento por prestador y municipio, a fin de garantizar la oportunidad y calidad del servicio en salud con acciones precisas y metas de cumplimiento. Así:

Ejemplo: Indicador "Tiempo de espera en consulta médica general".

Centro de atención	Descripción del problema	Acción de mejoramiento	Fecha iniciación de metas	Fecha terminación de metas	Responsable
IPS Villanueva	Falta de oportunidad	Aumentar la oferta en consulta	01/12/2009	31/12/2009	Coordinador Médico

3. Forma y Presentación de la información

La información de Indicadores de Alerta Temprana deberá ser presentada en archivos planos y radicados por vía electrónica a través de la página de internet www.supersalud.gov.co en el enlace dispuesto para este fin y firmados digitalmente, por parte del representante legal.

4. Periodos y fechas de presentación

La información de los archivos de indicadores de alerta temprana, deben reportarse por periodos trimestrales, la primera presentación corresponde a los dos primeros trimestres de 2009 y se presentarán a más tardar el 1 de diciembre del año 2009, y la segunda presentación corresponde a los dos últimos trimestres de 2009 y se presentarán a más tardar el 1 de febrero de 2010. Posteriormente, los Indicadores de Alerta Temprana se presentarán de forma trimestralmente, así:

PERIODO	FECHAS LIMITE DE REPORTE
I TRIMESTRE, A 31 DE MARZO	1 DE MAYO
II TRIMESTRE, A 30 DE JUNIO	1 DE AGOSTO
III TRIMESTRE, A 30 DE SEPTIEMBRE	1 DE NOVIEMBRE
IV TRIMESTRE, A 31 DE DICIEMBRE	1 DE FEBRERO



5. Otros aspectos

La información debe ser reportada por prestador, sede y subsedes en forma independiente para cada municipio.

El procesamiento y cargue de la información se debe realizar en su totalidad, no existen procesos parciales de cargue de información.

La Superintendencia validará los códigos de habilitación del prestador frente a la base de datos del Ministerio de la Protección Social, en el caso que un prestador no exista en dichos registros, no será posible el cargue o procesamiento de la información relacionada con ese prestador.

La atención y prestación de servicios corresponden a citas de primera vez y prioritarias, es decir, que las citas relacionadas con el control de cada especialidad no hacen parte de la información requerida.

6. Sanciones.

Como parte del seguimiento y control la Superintendencia Nacional de Salud evaluará la información frente a la reportada en Circular Única sobre los contratos de la red de prestadores que suscribe cada EAPB.

La inobservancia e incumplimiento de las instrucciones consignadas en la presente Circular como el no cargue o procesamiento de la información, falsedad de la misma y la no ejecución de los planes de mejoramiento acarrearán la imposición de las sanciones, tanto a título personal como institucional, que las normas determinan dentro de las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias, penales o civiles que ellas conlleven.

El incumplimiento de lo dispuesto en la presente Circular se dará aplicación a lo establecido en el artículo 230 de la ley 100 de 1993, que señala: *“La Superintendencia Nacional de Salud, previa solicitud de explicaciones, podrá imponer, en caso de violación a las normas contenidas en los artículos 161, 168, 178, 182, 183, 188, 204, 210, 225 y 227, por una sola vez, o en forma sucesiva, multas en cuantía hasta de 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de solidaridad y Garantía”*, en concordancia con el artículo 42 de la Resolución 1212 de la Superintendencia Nacional de Salud.

6



Libertad y Orden

7. Vigencia.

La presente Circular rige a partir de la fecha de su publicación.

8. Firma.

MARIO MEJÍA CARDONA
Superintendente Nacional de Salud.

**SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
FICHA TÉCNICA DE INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA**

Número	Descripción	NUMERADOR	DENOMINADOR	FACTOR	Máximo aceptable	Detalle
1	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA GENERAL	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas médicas generales asignadas en la entidad	N.A	5 días	Por prestador
2	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - MEDICINA INTERNA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta médica especializada-medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas médicas especializadas-medicina interna asignadas en la entidad	N.A	30 días	Por prestador
3	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - GINECOLOGÍA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez para ser atendido en la consulta médica especializada-ginecología y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas médicas especializadas-ginecología asignadas en la entidad	N.A	15 días	Por prestador
4	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - PEDIATRIA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta médica especializada-pediatría y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas médicas especializadas-pediatría asignadas en la entidad	N.A	5 días	Por prestador
5	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - CIRUGIA GENERAL	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta médica especializada-cirugía general y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas médicas especializadas-cirugía general asignadas en la entidad	N.A	20 días	Por prestador
6	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - OBSTETRICIA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta médica especializada-obstetricia y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas médicas especializadas-obstetricia asignadas en la entidad	N.A	5 días	Por prestador
7	TIEMPO DE CONSULTA DE ODONTOLOGIA GENERAL	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la entidad	N.A	5 días	Por prestador
8	OPORTUNIDAD DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA Y DIAGNOSTICO GENERAL RADIOLOGIA SIMPLE	Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio primera vez o prioritaria de imagenología-radiología simple y el momento en el cual es prestado el servicio	Total de atenciones en servicios de imagenología-radiología simple	N.A	3 días	Por prestador
9	OPORTUNIDAD DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA Y DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO TAC	Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de primera vez o prioritaria imagenología-TAC y el momento en el cual es prestado el servicio	Total de atenciones en servicios de imagenología-TAC	N.A	15 días	Por prestador
10	OPORTUNIDAD TOMA DE MUESTRAS LABORATORIO BÁSICO	Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de muestra de laboratorio y el momento que genera el resultado del examen	Total de atenciones en servicios de muestras de laboratorio	N.A	1 día	Por prestador
11	TIEMPO DE ESPERA EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL PROGRAMADA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía	Número de cirugías programadas realizadas en el período	N.A	30 días	Por prestador
12	TASA DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA	Número de pacientes con infección intrahospitalaria general. No incluye UCI.	Número de pacientes hospitalizados general. No incluye UCI.	100	5	Por prestador
13	TIEMPO DE ESPERA CONSULTA DE URGENCIAS TRIAGE II	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	N.A	30 minutos	Por prestador
14	RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA	Número de defunciones de maternas por causas atribuibles al embarazo, parto y puerperio	Número de nacidos vivos en un año	100.000 nacidos vivos	75	Por EAPB
15	TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS	Número de defunciones en menores de cinco años	Número de menores de cinco años	100.000 menores de cinco años	310	Por EAPB
16	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	Número de defunciones menores de un año	Número de nacidos vivos	100.000 nacidos vivos	16	Por EAPB

6

04

ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORES DE PLANES DE BENEFICIOS

1. ARCHIVO INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA

a. GENERALIDADES SOBRE EL FORMATO DE LOS CAMPOS.

La información debe ser reportada en archivos planos con extensión .txt.
Cada campo del archivo debe estar separados por el carácter coma (,)

Tipo de datos:

- Alfanumérico: Datos texto.
Numérico: Solo números sin formato de separador de miles, ni signo pesos.
Longitud: Cada campo que conforma los registros se debe construir cumpliendo con las longitudes establecidas en cada requerimiento, sin exceder el máximo permitido, sin embargo, puede tener una menor longitud.

CODIGOENTIDADPPANNO120.TXT

CODIGOENTIDAD: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

120: Numero de archivo asignado para el reporte de indicadores

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo:

EPS037412009120.TXT

b. GENERALIDADES DEL CUERPO DEL ARCHIVO

- i. La información se debe reportar en archivo plano, los campos separados por el carácter coma (,).
- ii. No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos.
- iii. Los campos del numerador y denominador se deben diligenciar como números enteros.

La información debe remitirse de manera completa.

**c. ESTRUCTURA Y DESCRIPCION DEL ARCHIVO:**

ARCHIVO TIPO 120, Indicadores de Alerta Temprana.

Los indicadores se deben reportar por IPS contratada. Si la IPS tiene sedes, se deben reportar por cada sede. Para el caso de los indicadores 14, 15 y 16 de mortalidad, que corresponden únicamente a la EPS, los campos relacionados con la información de la IPS se deben reportar en blanco:

CAMPO	DATO	DESCRIPCIÓN	LONGITUD MÁXIMA	REGISTRO PERMITIDO
1	NIT	Numero de NIT de la empresa que reporta	16	Numérico
2	Dígito de verificación	Dígito de verificación del NIT	1	Numérico
3	Código entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	7	Alfanumérico
4	Período de corte	Período de corte para la presentación de la información	2	40: 31 DE MARZO 41: 30 DE JUNIO 42: 30 DE SEPTIEMBRE 43: 31 DE DICIEMBRE
5	Año	Año de corte para la presentación de la información	4	Numérico
6	NIT IPS	Número de nit que identifica la IPS contratada	16	Numérico
7	Dígito de verificación	Dígito de verificación del NIT de la IPS	1	Numérico
8	Código Habilitación IPS	Código de habilitación de la IPS asignado por la Entidad Territorial incluido el código de la sede. Los 5 primeros dígitos identifican el departamento y el municipio	12	Numérico
11	Código Indicador	Código del indicador	2	Tabla indicadores
12	Numerador	Valor de la variable numerador para cada indicador	10	Numérico, entero
13	Denominador	Valor de la variable denominador para cada indicador	10	Numérico, entero



2. ARCHIVO PLANES DE MEJORAMIENTO

a. GENERALIDADES SOBRE EL FORMATO DE LOS CAMPOS.

La información debe ser reportada en archivo EXCEL de acuerdo con la estructura que se especifica más adelante.

Nombre del archivo:

CODIGOENTIDADPPANNO121

CODIGOENTIDAD: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

121: Número de archivo asignado para el reporte de indicadores

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo:

EPS037412009121.xls(x)

La información debe remitirse de manera completa.

b. ESTRUCTURA Y DESCRIPCION DEL ARCHIVO:

ARCHIVO TIPO 121, Planes de mejoramiento

Ejemplo:

Indicador	Centro de atención		Descripción del problema	Acción de mejoramiento	Fecha iniciación de metas	Fecha terminación de metas	Responsable
1	Código Habilitación	IPS Villanueva	Falta de oportunidad	Aumentar la oferta en consulta	01/12/2009	31/12/2009	Coordinador Médico

6



Descripción del archivo

Campo	Descripción	Valor permitido
Indicador	Código del indicador objeto del plan de mejoramiento	Corresponde a la descripción de la tabla de indicadores descrita para el archivo 120 Indicadores de Alerta temprana
Centro de Atención	Código Habilitación de la IPS contratada que requiere plan de mejoramiento	Númérico
	Razón social de la IPS	Alfanumérico
Descripción del problema	Breve descripción del problema que origina el incumplimiento del indicador	
Acción de mejoramiento	Actividad a desarrollar para eliminar la causa del problema	
Fecha iniciación de metas	Fecha propuesta para iniciar las acciones de mejoramiento	dd/mm/aaaa
Fecha terminación de metas	Fecha propuesta para terminar las acciones de mejoramiento	
Responsable	Responsable de la ejecución de las acciones de mejoramiento	

M. M.