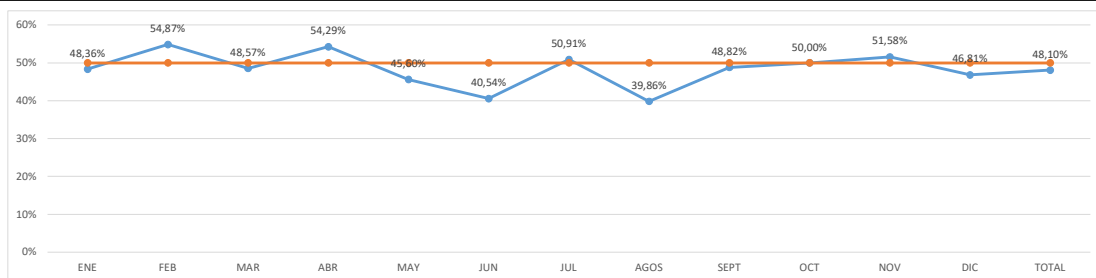


PROCESO:	GESTIÓN DE SERVICIO QUIRURGICO
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCIÓN DE PARTOS POR CESAREA
PROPOSITO:	Conocer el promedio de partos por cesarea en la Institución
DEFINICIÓN:	Expresar la proporción de nacimientos por cesárea en la institución prestadora de servicio de salud en un periodo determinado.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de nacidos vivos por cesarea
	Fuente del numerador: RUAF -ND-Nacidos dispuestos en SISPRO Ministerio de Salud y Protección social
	Denominador: Total de nacidos vivos dispuestos en SISPRO Ministerio de Salud y Protección social
	Fuente del denominador: RUAF-ND-Nacimientos
	Unidad de medida: Por 100(%)
META:	≤50%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	Área de sala de parto (Ginecología)
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiología y estadística

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	59	62	51	57	57	45	56	55	62	49	49	44	646
DENOMINADOR	122	113	105	105	125	111	110	138	127	98	95	94	1343
RESULTADOS	48,36%	54,87%	48,57%	54,29%	45,60%	40,54%	50,91%	39,86%	48,82%	50,00%	51,58%	46,81%	48,10%
META:	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO-25: La proporción de partos por cesarea en el mes de enero-25 fue del 48% , la meta nacional es del 50%.	ENERO:
FEBRERO-25: La proporción de partos poe cesarea en el mes de febrero-25, fue del 55%, la meta nacional es del 50%. Pacientes que se les realizo este procedimiento por criterio del especialista.	FEBRERO:
MARZO-25: La proporción de partos poe cesarea en el mes de Marzo-25, fue del 55%, la meta nacional es del 49%. Pacientes que se les realizo este procedimiento por criterio del especialista.	MARZO:
ABRIL-25: La proporción de partos poe cesarea en el mes de Abril-25, fue del 54,2%, la meta nacional es del 49%. Pacientes que se les realizo este procedimiento por criterio del especialista. SE presento 2 partos gemelares.	ABRIL:
MAYO-25: La proporción de partos poe cesarea en el mes de Mayo-25, fue del 46,0%, la meta nacional es del 49%. Pacientes que se les realizo este procedimiento por criterio del especialista. SE presento 2 partos gemelares.	MAYO:
JUNIO-25: La proporción de partos poe cesarea en el mes de Junio-25, fue del 40,5%, la meta nacional es del 50%. Pacientes que se les realizo este procedimiento por criterio del especialista. SE presento 2 partos gemelares.	JUNIO:
JULIO-25: La proporción de partos por cesarea en el mes de Julio-25, fue del 50,9%, la meta nacional es del 50%. Pacientes que se les realizo este procedimiento por criterio del especialista. SE presento 1 partos gemelares.	JULIO:
AGOSTO-25: La proporción de partos por cesarea en el mes de Agosto-25, fue del 39,8%, la meta nacional es del 50%. Pacientes que se les realizo este procedimiento por criterio del especialista. SE presento 1 partos gemelar.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25: La proporción de partos por cesarea en el mes de Septiembre-25, fue del 48,8%, la meta nacional es del 50%. Pacientes que se les realizo este procedimiento por criterio del especialista.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: La proporción de partos por cesarea en el mes de Octubre-25, fue del 60,2%, la meta nacional es del 50%. Pacientes que se les realizo este procedimiento por criterio del especialista.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25: La proporción de partos por cesarea en el mes de Noviembre-25, fue del 51,6%, la meta nacional es del 50%. Pacientes que se les realizo este procedimiento por criterio del especialista.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25: La proporción de partos por cesarea en el mes de Diciembre-25, fue del 48,1%, la meta nacional es del 50%. Pacientes que se les realizo este procedimiento por criterio del especialista.	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

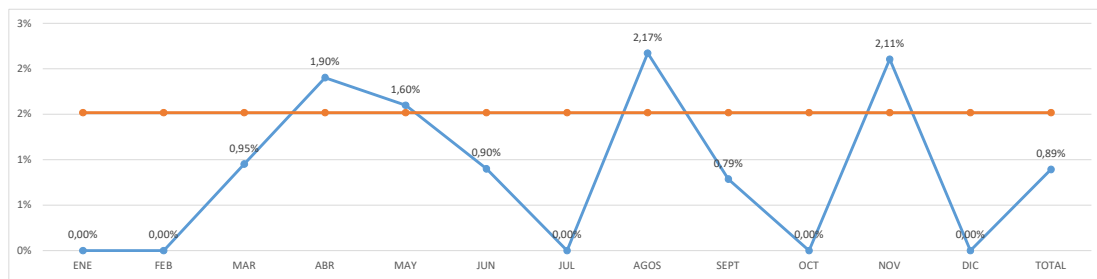
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTION DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIA
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de Mortalidad Perinatal
PROPOSITO:	Conocer el porcentaje de morbilidad materna extrema / muerte materna temprana
DEFINICIÓN:	Expresar la relación entre defunciones de fetos de 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o mas de peso y los siete días completos despues del nacimiento por cada 1,000 nacimientos.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	<p>Numerador: Número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento atribuidos a la institución. Fuente del numerador: RUAF-ND-Defunciones -dispuesto en SISPRO</p> <p>Denominador: Número total de nacidos vivos más el número número de muertes fetales, con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gr O más de peso. Fuente del denominador: RUAF-ND-Defunciones -dispuesto en SISPRO Unidad de medida: Por 100(%)</p>
META:	≤1,52% (15,20 muertes perinatales por cada 1.000 nacidos vivos)
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	Ginecología
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiología y estadística

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	1	2	2	1	0	3	1	0	2	0	12
DENOMINADOR	122	113	105	105	125	111	110	138	127	98	95	92	1341
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,95%	1,90%	1,60%	0,90%	0,00%	2,17%	0,79%	0,00%	2,11%	0,00%	0,89%
META:	1,52%	1,52%	1,52%	1,52%	1,52%	1,52%	1,52%	1,52%	1,52%	1,52%	1,52%	1,52%	1,52%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO:25: En el mes de enero-25 no se presento en nuestra institución muertes perinatales.	ENERO:
FEBRERO:25: En el mes de febrero-25 no se presento en nuestra institución muertes perinatales.	FEBRERO:
MARZO: En el mes de marzo-25, se presento 1 mortalidad perinatal procedente del municipio de La Argentina, embarazo de 35,1 semanas, ingresa remitida del primer nivel de La Argentina con diagnóstico de preeclampsia severa, amenaza de parto pretermino , bradicardia fetal, se realiza ecografia por parte del ginecologo quien reporta ausencia de frecuencia cardiaca fetal.	MARZO: En unidad de analisis como plan de mejoramiento es tener oportunidad en las citas con ginecología y ecografías.
ABRIL-25: En el mes de Abril-25, se presento 1 mortalidad perinatal procedente del municipio de Inza, embarazo de 26 semanas, ingresa por sus propios medios, cursa con cuadro de caída desde su propia altura , al ingreso presenta dolor tipo contracción uterina, expulsando producto muerto de generomascuino, se observa cordón placentario de color violaceo oscuro.con diagnóstico de preeclampsia severa, amenaza de parto pretermino , bradicardia fetal, se realiza ecografia por parte del ginecologo quien reporta ausencia de frecuencia cardiaca fetal.	ABRIL:

<p>MAYO-25: En el mes de Mayo-25, se presento 2 mortalidad perinatal. 1 gestante de 15 años procedente del municipio de Purace, embarazo de 32,5 semanas, ingresa por sus propios medios, a control prenatal por especialista, se realiza un rastreo ecografico donde no se ausculta fetocardia, la remiten para valoración en urgencias con ginecologo quien confirma obito fetal. Tiene un reporte de urocultivo positivo para Escherichiae coli. Se induce el parto, donde se extrae feto muerto con presencia de 3 circulares de cordón. El otro caso se presento en gestante de 20 años de edad, procedente de la Plata (U), ingresa a urgencias por no sentir movimientos fetales hace 2 días, embarazo de 30,4 semanas, paciente con retención placentaria. Se realizan paraclínicos encontrándose una serología de 32 dils. Diagnóstico sífilis congénita.</p>	<p>MAYO:</p>
<p>JUNIO-25: En el mes de Junio-25, se presento 1 mortalidad perinatal. 1 gestante de 29 años procedente del municipio de Paicol, embarazo de 38 semanas de gestación, ingresa remitida de primer nivel Salud vital por no sentir movimientos fetales, gestante con transtorno hipertensivo del embarazo, paciente obesa, el informe del procedimiento del parto encuentran feto desfacelado, cianotico. Se manda placenta para estudio patológico.</p>	<p>JUNIO:</p>
<p>JULIO-25: En el mes de Julio-25, no se presento mortalidad perinatal.</p>	<p>JULIO:</p>
<p>AGOSTO-25: En el mes de Agosto-25, se presento 3 mortalidad perinatal. 2 obito fetal y 1 muerte neonatal temprana.</p>	<p>AGOSTO: Realizar seguimiento a la oportunidad en la atención de las gestantes en el servicio de gineco-obstetricia.</p>
<p>SEPTIEMBRE: En el mes de septiembre-25 se presento 1 mortalidad neonatal temprana, recién nacido que fallece en la ambulancia de Paez-Belalcazar y con un diagnóstico de prematuridad con gestación de 29 semanas, enfermedad de membrana hialina, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.</p>	<p>SEPTIEMBRE:</p>
<p>OCTUBRE-25: En el mes de Octubre-25 no se presento en nuestra institución muertes perinatales.</p>	<p>OCTUBRE:</p>
<p>NOVIEMBRE: En el mes de Noviembre-25 se presentaron 2 muerte perinatal, 1 remitido de Tesalia paciente ingresa ya con obito fetal y otro caso paciente que consulta por disminución de movimientos fetales 36 semanas de gestación, se ordeno remitir a III nivel. Fallece en el vientre antes de la remisión.</p>	<p>NOVIEMBRE: Se realiza unidad de analisis de esta muerte perinatal de 36 semanas de gestación.</p>
<p>DICIEMBRE-25: En el mes de Diciembre-25 nose presento muerte perinatal.</p>	<p>DICIEMBRE:</p>

FICHA TECNICA DE INDICADORES

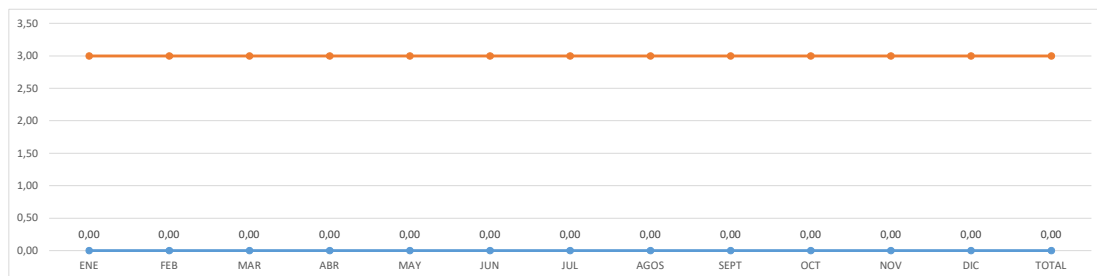
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTION DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIA
NOMBRE DEL INDICADOR:	Relación de Morbilidad materna extrema (MME) /muerte materna temprana (MM)
PROPOSITO:	Conocer el porcentaje de morbilidad materna extrema / muerte materna temprana
DEFINICIÓN:	Expresa la relación de MME/ MM indica el número de casos de morbilidad materna extrema por cada caso de muerte materna temprana.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Numerador: Número de casos de morbilidad materna extrema
	Fuente del numerador: SIVIGILA- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
	Denominador: Número de casos de muerte materna (42 días)
	Fuente del denominador: SIVIGILA- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social. Unidad de medida: Numero Absoluto
META:	≤3
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	Ginecología
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiología y estadística

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	3	8	3	8	4	0	10	4	9	7	9	4	69
DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RESULTADOS	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
META:	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Se reportaron 3 casos de morbilidad materna extrema en nuestra institución 2 preclampsia severa y 1 hemorragias post-parto. Se ingresaron 3 pacientes con morbilidad materna extrema a la UCI institucional.	ENERO:
FEBRERO: Se presentaron 8 casos de morbilidad materna extrema , 6 preclampsia severa y 2 hemorragias post-parto . De estos casos 7 fueron manejadas en la UCI institucional, se remitió 1 por necesidad de especialidad de neumología.	FEBRERO:
MARZO: En el mes de marzo del 2025 se presentaron 3 morbilidad materna extrema , el criterio de morbilidad fue preclampsia severa los 3 casos que corresponde al (100%).	MARZO:
ABRIL: En el mes de abril del 2025 se presentaron 8 morbilidad materna extrema , el criterio de morbilidad fue preclampsia severa los 7 casos que corresponde al (87,5%) y 1 caso de hemorragia post-parto que corresponde al (12,5%).	ABRIL:
MAYO: En el mes de mayo-25 se presentaron 4 casos de morbilidad materna extrema . Por tipo de criterio las 4 fueron preclampsia severa que corresponde al 100%. Las pacientes fueron manejadas en la UCI institucional.	MAYO:
JUNIO-25: En el mes de Junio-25 no se presentaron casos de morbilidad materna extrema .	JUNIO:
JULIO-25: En el mes de Julio-25 se presentaron 10 casos de morbilidad materna extrema . Por tipo de criterio las 10 fueron preclampsia severa que corresponde al 100%.	JULIO:
AGOSTO-25: En el mes de Agosto-25 se presentaron 4 casos de morbilidad materna extrema . Por tipo de criterio las 4 fueron preclampsia severa que corresponde al 100%.	Agosto:
SEPTIEMBRE: En el mes de septiembre-25 se presento 9 morbilidad materna extrema , por tipo de criterio se presentaron 8 preclampsia severa y 1 Eclampsia.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: En el mes de Octubre-25 se presento 7 morbilidad materna extrema , por tipo de criterio se presentaron 6 preclampsia severa y 1 Choque Séptico.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25: En el mes de Noviembre-25 se presento 9 morbilidad materna extrema , por tipo de criterio se presentaron 8 preclampsia severa y 1 Eclampsia.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25: En el mes de Diciembre-25 se presento 4 morbilidad materna extrema , por tipo de criterio se presentaron 3 preclampsia severa y 1 Choque séptico.	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

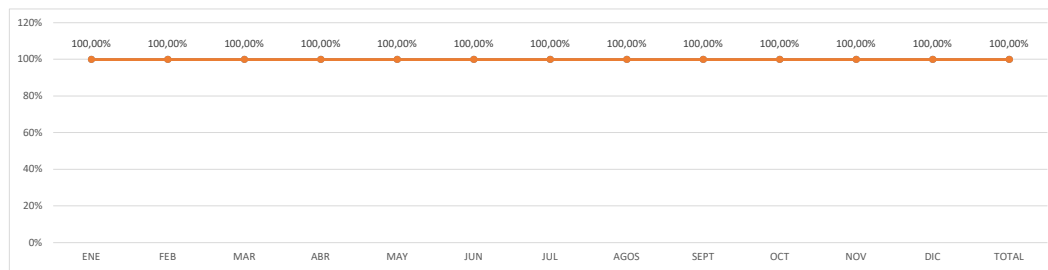
Versión: 03

PROCESO:	GESTION DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIA
NOMBRE DEL INDICADOR:	Porcion De RN con Tamizaje para Hipotiroidismo
PROPOSITO:	Conocer la proporción de nacidos a quienes se les realizo con tamizaje para hipotiroidismo
DEFINICIÓN:	Expresa el número de recién nacidos a quienes se les realizo tamizaje para hipotiroidismo
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de nacidos vivos a quienes se les realiza tamizaje para hipotiroidismo
	Fuente del numerador: RUAF-ND- Cruzado con RIPS y Resolución 4505
	Denominador: Número total de nacidos vivos reportados
	Fuente del denominador: RUAF-ND- Cruzado con BDUA. Dispuesta SISPRO Ministerio de salud y protección social. Unidad de medida: Por 100(%)
META:	100%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	HOSPITALIZACION Y CIRUGIA
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiologia y estadística

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	122	113	105	105	125	111	110	138	127	98	95	92	1341
DENOMINADOR	122	113	105	105	125	111	110	138	127	98	95	92	1341
RESULTADOS	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%
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-25: La meta de este indicador esta al 100% , todos los recién nacidos de nuestra institución se les realiza el tamizaje del TSH Neonatal.	ENERO:
FEBRERO: La meta del indicador es del 100%, se les realizo a todos los recién nacidos del mes de febrero.	FEBRERO:
MARZO-25: La meta del indicador es del 100%, se les realizo a todos los recién nacidos del mes de Marzo-25.	MARZO:
ABRIL-25: La meta del indicador es del 100%, se les realizo a todos los recién nacidos del mes de ABRIL-25.	ABRIL:
MAYO-25: La meta del indicador es del 100%, se les realizo a todos los recién nacidos del mes de MAYO-25.	MAYO:
JUNIO-25: La meta del indicador es del 100%, se les realizo a todos los recién nacidos del mes de JUNIO-25.	JUNIO:
JULIO-25: La meta del indicador es del 100%, se les realizo a todos los recién nacidos del mes de JULIO-25.	JULIO:
AGOSTO-25: La meta del indicador es del 100%, se les realizo a todos los recién nacidos del mes de AGOSTO-25.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25: La meta del indicador es del 100%, se les realizo a todos los recién nacidos del mes de SEPTIEMBRE-25.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: La meta del indicador es del 100%, se les realizo a todos los recién nacidos del mes de OCTUBRE-25.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE: la meta del indicador es el 100%, se les realizo a todos los recién nacidos del mes de Noviembre-25	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25: la meta del indicador es el 100%, se les realizo a todos los recién nacidos del mes de Diciembre-25	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

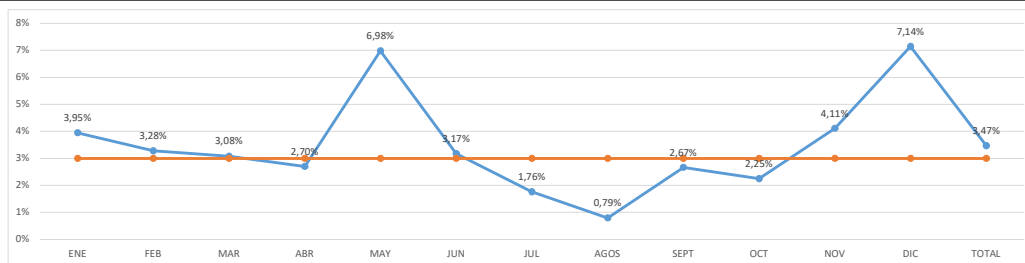
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCIÓN DE REINGRESO HOSPITALARIO POR INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN MENORES DE 5 AÑOS
PROPOSITO:	Conocer la proporción de reingreso hospitalario por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años
DEFINICIÓN:	Expresa la proporción de reingresos hospitalario por IRA en menores de 5 años en un periodo determinado
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de menores de 5 años con reingreso hospitalario de IRA dentro de los veinte días despues del primer egreso por IRA en la misma institución Fuente del numerador: RIPS- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud protección social
	Denominador: Número de menores de 5 años con al menos un egreso por IRA. Fuente del denominador: RIPS- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud protección social Unidad de medida: Por 100(%)
	META: 3%
	PERIODICIDAD: Mensual
SERVICIO:	HOSPITALIZACIÓN
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiologia y estadística

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	3	2	4	4	15	8	3	1	2	2	3	4	51
DENOMINADOR	76	61	130	148	215	252	170	126	75	89	73	56	1471
RESULTADOS	3,95%	3,28%	3,08%	2,70%	6,98%	3,17%	1,76%	0,79%	2,67%	2,25%	4,11%	7,14%	3,47%
META:	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: El indicador de reingresos por IRA, esta en el 4%, la meta es 3%.	ENERO:
FEBRERO: El indicador de reingreso por IRA en menor de 5 años al servicio de urgencias en el mes de febrero fue del 3%	FEBRERO:
MARZO-25: El indicador de reingreso por IRA en menor de 5 años al servicio de urgencias en el mes de Marzo-25 fue del 3%	MARZO:
ABRIL-25: El indicador de reingreso por IRA en menor de 5 años al servicio de urgencias en el mes de Abril-25 fue del 2,7%	ABRIL:
MAYO-25: El indicador de reingreso por IRA en menor de 5 años al servicio de urgencias en el mes de Mayo-25 fue del 7%. La meta es del 3%, estamos en temporada de lluvias y hay picos respiratorios, se incrementaron los casos de IRA en todos los cursos de vida.	MAYO:
JUNIO-25: El indicador de reingreso por IRA en menor de 5 años al servicio de urgencias en el mes de Junio-25 fue del 2%. La meta es del 3%, estamos en temporada de lluvias y hay picos respiratorios, se incrementaron los casos de IRA en todos los cursos de vida.	JUNIO:
JULIO-25: El indicador de reingreso por IRA en menor de 5 años al servicio de urgencias en el mes de Julio-25 fue de 1,76%. La meta es del 3%, estamos en temporada de lluvias y hay picos respiratorios, se incrementaron los casos de IRA en todos los cursos de vida.	JULIO:
AGOSTO-25: El indicador de reingreso por IRA en menor de 5 años al servicio de urgencias en el mes de Agosto-25 fue de 0,79%. La meta es del 3%, estamos en temporada de lluvias y hay picos respiratorios, se incrementaron los casos de IRA en todos los cursos de vida.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25: El indicador de reingreso por IRA en menor de 5 años al servicio de urgencias en el mes de Septiembre-25 fue de 2,67%. La meta es del 3%.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: El indicador de reingreso por IRA en menor de 5 años al servicio de urgencias en el mes de Octubre-25 fue de 2,25%. La meta es del 3%.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25: El indicador de reingreso por IRA en menor de 5 años al servicio de urgencias en el mes de Noviembre-25 fue de 4,11%. La meta es del 3%.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25: El indicador de reingreso por IRA en menor de 5 años al servicio de urgencias en el mes de Diciembre-25 fue de 7,14%. La meta es del 3%.	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

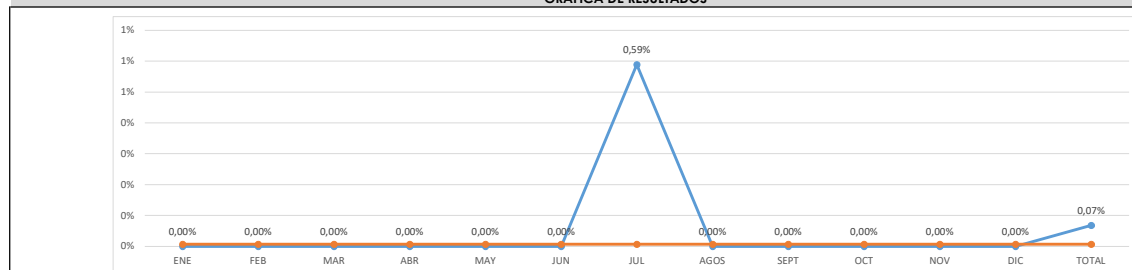
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
NOMBRE DEL INDICADOR:	LETALIDAD POR INFECCION RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN MENORES DE 5 AÑOS
PROPOSITO:	Conocer la letalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años
DEFINICIÓN:	Expresa la proporción de la defunciones de niños menores de 5 años cuya causa básica de muerte fue infección respiratoria aguda (IRA) con relación al número total de menores de 5 años atendidos con diagnóstico IRA
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de muertes por IRA en menores de 5 años
	Fuente del numerador: EEVV (Estadísticas vitales) Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social
	Denominador: Número total de menores de 5 años atendidos por diagnóstico de IRA
	Fuente del denominador: RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios) - dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y protección de IRA.
META:	0,0067%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	HOSPITALIZACIÓN
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Líder de la oficina de Epidemiología y estadística

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
DENOMINADOR	76	61	130	148	215	252	170	126	75	89	73	56	1471
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,59%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%
META:	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO-25: En el mes de Enero-25 no se presento casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años.	ENERO:
FEBRERO-25: En el mes de Febrero-25 no se presento casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años.	FEBRERO:
MARZO-25: En el mes de Marzo-25 no se presento casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años.	MARZO:
ABRIL-25: En el mes de Abril-25 no se presento casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años.	ABRIL:
MAYO:En el mes de mayo-25, no se presentaron casos de mortalidad por infección respiratoria aguda en menor de 5 años.	MAYO:
JUNIO-25:En el mes de Junio-25, no se presentaron casos de mortalidad por infección respiratoria aguda en menor de 5 años.	JUNIO:
JULIO: En el mes de Julio-25 se presento 1 mortalidad en niño menor de 5 años de edad, procedente del municipio de Nataga, la cual ingresa en muy malas condiciones generales a pesar que se intubo y e realizaron todas las maniobras de reanimación la niña fallece.	JULIO:
AGOSTO: En el mes de AGOSTO-25 No se presento mortalidad en menor de 5 años .	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25:En el mes de septiembre-25, no se presentaron casos de mortalidad por infección respiratoria aguda en menor de 5 años.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25:En el mes de Octubre-25, no se presentaron casos de mortalidad por infección respiratoria aguda en menor de 5 años.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25:En el mes de Noviembre-25, no se presentaron casos de mortalidad por infección respiratoria aguda en menor de 5 años.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25:En el mes de Diciembre-25, no se presentaron casos de mortalidad por infección respiratoria aguda en menor de 5 años.	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

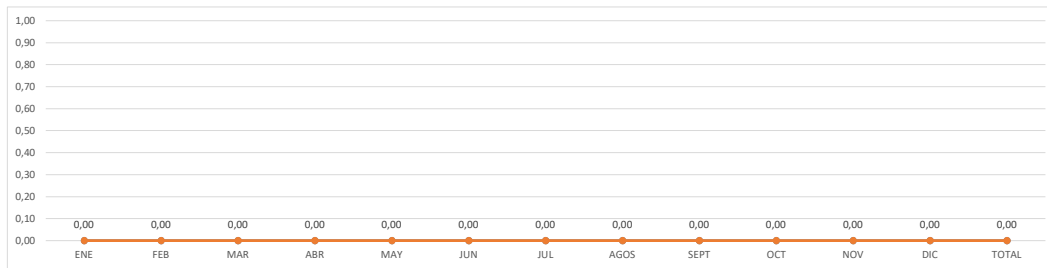
Versión: 03

PROCESO:	GESTION DE HOSPITALIZACION
NOMBRE DEL INDICADOR:	LETALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)
PROPOSITO:	Conocer la letalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)
DEFINICIÓN:	Expresa la proporción de defunciones de niños menores de 5 años cuya causa basica de muerte fue enfermedad diarreica aguda EDA con relación al número total de menores de 5 años atendidos con diagnóstico de EDA.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de muertes por EDA en menores de 5 años
	Fuente del numerador: EEVV Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social.
	Denominador: Número total de menores de 5 años atendidos por diagnóstico de EDA
	Fuente del denominador: RIPS - Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección Social. Unidad de medida: Numero Absoluto
META:	0,00
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	Hospitalización
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiologia y estadística

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DENOMINADOR	69	48	59	49	77	56	48	33	35	19	23	24	540
RESULTADOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
META:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO-25: En el mes de enero-25, no se presento casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.	ENERO:
FEBRERO-25: En el mes de febrero-25, no se presento casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.	FEBRERO:
MARZO-25: En el mes de Marzo-25, no se presento casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.	MARZO:
ABRIL-25: En el mes de Abril-25, no se presento casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.	ABRIL:
MAYO-25: En el mes de Mayo-25, no se presento casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.	MAYO:
JUNIO-25: En el mes de Junio-25, no se presento casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.	JUNIO:
JULIO-25: En el mes de Julio-25, no se presento casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.	JULIO:
AGOSTO-25: En el mes de Agosto-25, no se presento casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25: En el mes de Septiembre-25, no se presento casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: En el mes de Octubre-25, no se presento casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25: En el mes de Noviembre-25, no se presento casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25: En el mes de Diciembre-25, no se presento casos de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años.	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

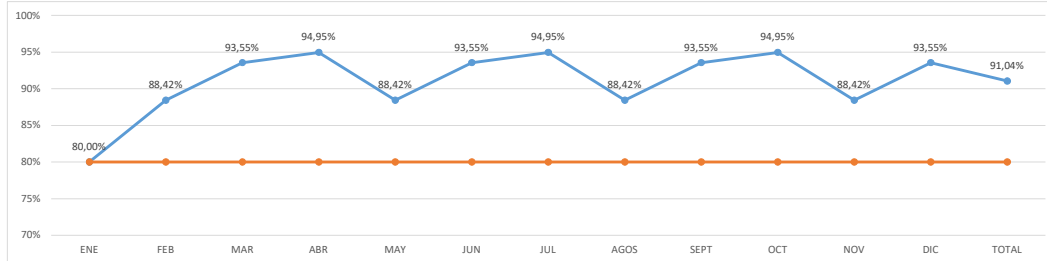
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCIÓN DE GESTANTES CON ASESORIA PRE TEST PARA PRUEBA DE VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)
PROPOSITO:	Medir la cobertura de la asesoría pre-test para la prueba de VIH (ELISA) en mujeres gestantes, con el fin de evaluar la efectividad de los servicios de salud en la prevención, detección temprana y manejo oportuno del VIH durante el embarazo.
DEFINICIÓN:	Indica el número de gestantes a quienes se les realizó asesoría pre - test para prueba de VIH (ELISA)
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de gestantes a quienes se le realizo asesoría pre-test para prueba de VIH (ELISA)
	Fuente del numerador: RUAF- ND cruzado con BDUA (base de datos unico de un afiliado) Y Resolución 4505
	Denominador: Total de gestantes atendidas.
	Fuente del denominador: RUAF- ND cruzado con BDUA (base de datos unico de un afiliado) Y Resolución 4505
Unidad de medida: Por 100(%)	
META:	>80%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	GINECOBSTERICIA
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de IAMI

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	80	84	87	94	84	87	94	84	87	94	84	87	1046
DENOMINADOR	100	95	93	99	95	93	99	95	93	99	95	93	1149
RESULTADOS	80,00%	88,42%	93,55%	94,95%	88,42%	93,55%	94,95%	88,42%	93,55%	94,95%	88,42%	93,55%	91,04%
META:	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO:	ENERO:
FEBRERO:	FEBRERO:
MARZO:	MARZO:
ABRIL:	ABRIL:
MAYO:	MAYO:
JUNIO:	JUNIO:
JULIO:	JULIO:
AGOSTO:	AGOSTO:
SEPTIEMBRE:	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE:	OCTUBRE:
NOVIEMBRE:	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

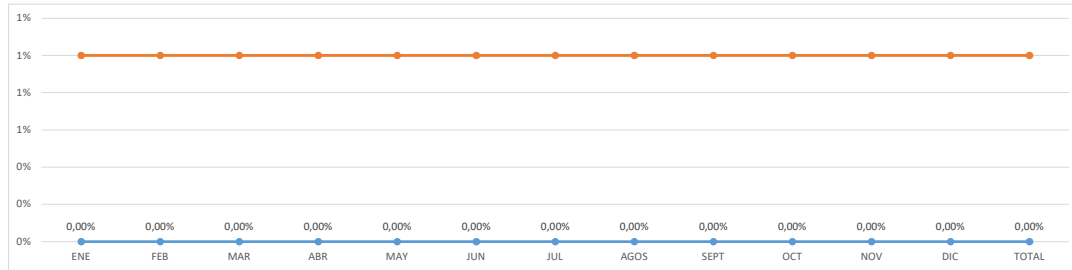
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCION DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 18 MESES, HIJOS DE MADRE VIVIENDO CON VIH, CON DIAGNOSTICO DE VIH
PROPOSITO:	evaluar la efectividad de las acciones de prevención de la transmisión vertical del VIH en el marco de la atención materno-infantil.
DEFINICIÓN:	Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH , con diagnostico de VIH.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de gestantes a quienes se le realizo asesoría pre-test para prueba de VIH (ELISA)
	Fuente del numerador: Número de niños menores de 18 meses con diagnostico de VIH (SIDA)
	Denominador: Número de menores de 18 meses hijos de madre con diagnostico de VIH (SIDA)
	Fuente del denominador: Cuenta el Alto Costo- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social
Unidad de medida: Por 100(%)	
META:	1%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	GINECOBSTERICIA
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiología y estadística

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
META:	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

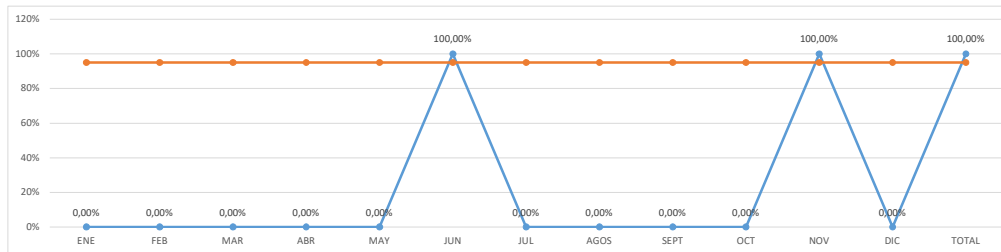
ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: En el mes de enero-25, no se presento resultados de VIH reactivos en nuestra institución.	ENERO:
FEBRERO: No se presentaron casos de VIH reactivos en el mes de febrero-25	FEBRERO:
MARZO: No se presentaron casos de VIH reactivos en el mes de marzo-25	MARZO:
ABRIL: No se presentaron casos de VIH reactivos en el mes de abril-25	ABRIL:
MAYO-25: No se presentaron casos de VIH reactivos en el mes de MAYO-25	MAYO:
JUNIO-25: No se presentaron casos de VIH reactivos en el mes de JUNIO-25	JUNIO:
JULIO-25: No se presentaron casos de VIH reactivos en el mes de JULIO-25, Se reporto 1 caso de una madre con reporte de laboratorio reactivo para VIH, pero se descarto con carga viral.	JULIO:
AGOSTO-25: No se presentaron casos de VIH reactivos en el mes de AGOSTO-25, Se reporto 1 caso de una madre con reporte de laboratorio reactivo para VIH, pero se descarto con carga viral.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25: No se presentaron casos de VIH reactivos en el mes de SEPTIEMBRE-25.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: No se presentaron casos de VIH reactivos en el mes de OCTUBRE-25.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE: No se presentaron casos de VIH reactivos en el mes de NOVIEMBRE-25.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE: No se presentaron casos de VIH reactivos en el mes de diciembre	DICIEMBRE:

PROCESO:	GESTIÓN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DENGUE GRAVE
PROPOSITO:	Evaluar la efectividad de la respuesta del sistema de salud ante casos de Dengue Grave, mediante el seguimiento de la proporción de pacientes que requieren hospitalización.
DEFINICIÓN:	Expresa la proporción de pacientes hospitalizados con diagnóstico de dengue Grave, en un periodo determinado.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de pacientes con diagnostico de dengue grave que fueron hospitalizados
	Fuente del numerador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
	Denominador: Total de pacientes con diagnostico de dengue grave en el periodo.
	Fuente del denominador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
Unidad de medida: Por 100(%)	
META:	95%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	HOSPITALIZACIÓN
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiologia y estadística

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2
DENOMINADOR	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	#¡DIV/0!	100,00%	#¡DIV/0!	100,00%
META:	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO-25: En el mes de enero-25 , no se presento casos de dengue grave en nuestra institución.	ENERO:
FEBRERO-25: En el mes de febrero-25 , no se presento casos de dengue grave en nuestra institución.	FEBRERO:
MARZO-25: En el mes de marzo-25 , no se presento casos de dengue grave en nuestra institución.	MARZO:
ABRIL-25: En el mes de abril-25 , no se presento casos de dengue grave en nuestra institución.	ABRIL:
MAYO-25: En el mes de mayo-25 , no se presento casos de dengue grave en nuestra institución.	MAYO:
JUNIO-25: En el mes de Junio-25 se presento 1 casos de dengue grave en nuestra institución.Paciente ingresa remitido del batallón paciente procedente del departamento de sucre.	JUNIO:
JULIO-25: En el mes de julio-25 , no se presento casos de dengue grave en nuestra institución.	JULIO:
AGOSTO-25: En el mes de Agosto-25 , no se presento casos de dengue grave en nuestra institución.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25: En el mes de Septiembre-25 , no se presento casos de dengue grave en nuestra institución.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: En el mes de Octubre-25 , no se presento casos de dengue grave en nuestra institución.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25: En el mes de Noviembre-25 se presento 1 casos de dengue grave en nuestra institución.Paciente ingresa remitido del centro penitenciario de La Plata, el cual fallece , se descarta por unidad de analisis departamental .	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25: En el mes de Diciembre-25 no se presento casos de dengue grave en nuestra institución .	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

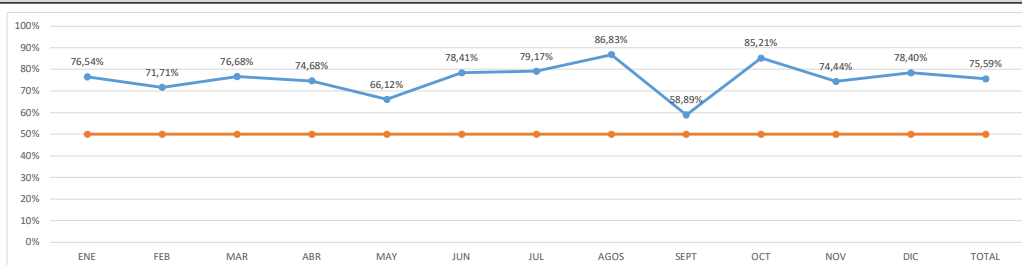
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA - GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCIÓN DE PERSONAS CON HTA A QUIENES SE LE REALIZA MEDICIÓN DE LDL EN UN PERÍODO DETERMINADO
PROPOSITO:	Evaluar la efectividad del seguimiento clínico de pacientes con Hipertensión Arterial, mediante la verificación de la realización de pruebas de LDL como parte del control integral de riesgo cardiovascular.
DEFINICIÓN:	Expresa el número de personas con Hipertensión arterial a quienes se les realiza como mínimo una medición de LDL en el año.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de personas con Hipertensión arterial a quienes se les realiza medición de LDL en el año
	Fuente del numerador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
	Denominador: Número total de personas con Hipertensión arterial reportados
	Fuente del denominador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
META:	50%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiología y Laboratorio

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	124	109	171	115	121	207	152	145	106	144	134	98	1626
DENOMINADOR	162	152	223	154	183	264	192	167	180	169	180	125	2151
RESULTADOS	76,54%	71,71%	76,68%	74,68%	66,12%	78,41%	79,17%	86,83%	58,89%	85,21%	74,44%	78,40%	75,59%
META:	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO-25: La proporción de personas con hipertensión se le realiza Colesterol LDL, es de 76,5%, la meta es del 50%.	ENERO:
FEBRERO-25: La proporción de personas con hipertensión se le realiza Colesterol LDL, es de 71,7%, la meta es del 50%.	FEBRERO:
MARZO-25: La proporción de personas con hipertensión se le realiza Colesterol LDL, es de 76,7%, la meta es del 50%.	MARZO:
ABRIL-25: La proporción de personas con hipertensión se le realiza Colesterol LDL, es de 74,6%, la meta es del 50%.	ABRIL:
MAYO-25: La proporción de personas con hipertensión se le realiza Colesterol LDL, es de 66,1%, la meta es del 50%.	MAYO:
JUNIO-25: La proporción de personas con hipertensión se le realiza Colesterol LDL, es de 78,4%, la meta es del 50%.	JUNIO:
JULIO-25: La proporción de personas con hipertensión se le realiza Colesterol LDL, es de 79,2%, la meta es del 50%.	JULIO:
AGOSTO-25: La proporción de personas con hipertensión se le realiza Colesterol LDL, es de 86,8%, la meta es del 50%.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25: La proporción de personas con hipertensión se le realiza Colesterol LDL, es de 58,9%, la meta es del 50%.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: La proporción de personas con hipertensión se le realiza Colesterol LDL, es de 85,2%, la meta es del 50%.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25: La proporción de personas con hipertensión se le realiza Colesterol LDL, es de 74,4%, la meta es del 50%.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25: La proporción de personas con hipertensión se le realiza Colesterol LDL, es de 78,4%, la meta es del 50%.	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

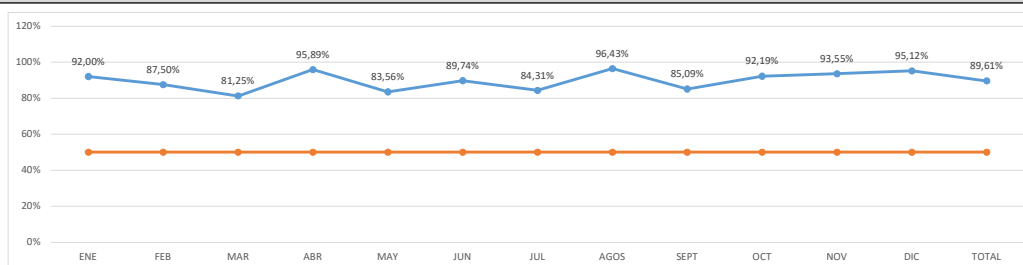
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA - GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES A QUIENES SE LES REALIZO TOMA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN EL ULTIMO SEMESTRE
PROPOSITO:	evaluar la efectividad del seguimiento clínico de pacientes con Diabetes Mellitus, mediante el control periódico de hemoglobina glicosilada (HbA1c), parámetro clave para el monitoreo del control glicémico.
DEFINICIÓN:	Proporción de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de personas con diabetes mellitus a quienes se les realizo la toma de hemoglobina glicosilada en el ultimo semestre
	Fuente del numerador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
	Denominador: Número total de personas con Diabetes Mellitus reportadas
	Fuente del denominador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
META:	50%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiología y Laboratorio

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	115	49	65	70	61	105	43	54	97	59	58	78	854
DENOMINADOR	125	56	80	73	73	117	51	56	114	64	62	82	953
RESULTADOS	92,00%	87,50%	81,25%	95,89%	83,56%	89,74%	84,31%	96,43%	85,09%	92,19%	93,55%	95,12%	89,61%
META:	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO-25: En el mes de enero-25 la proporción de diabeticos que le realizaron con hemoglobina glicosilada , fue del 90%, la meta es del 50%	ENERO:
FEBRERO-25: En el mes de febrero-25 la proporción de diabeticos que le realizaron con hemoglobina glicosilada , fue del 90%, la meta es del 50%	FEBRERO:
MARZO-25: En el mes de marzo-25 la proporción de diabeticos que le realizaron con hemoglobina glicosilada , fue del 80%, la meta es del 50%	MARZO:
ABRIL-25: En el mes de abril-25 la proporción de diabeticos que le realizaron con hemoglobina glicosilada , fue del 95,9%, la meta es del 50%	ABRIL:
MAYO-25: En el mes de mayo-25 la proporción de diabeticos que le realizaron con hemoglobina glicosilada , fue del 83,6%, la meta es del 50%	MAYO:
JUNIO-25: En el mes de Junio-25 la proporción de diabeticos que le realizaron con hemoglobina glicosilada , fue del 89,7%, la meta es del 50%	JUNIO:
JULIO-25: En el mes de Julio-25 la proporción de diabeticos que le realizaron con hemoglobina glicosilada , fue del 84,3%, la meta es del 50%	JULIO:
AGOSTO-25: En el mes de Agosto-25 la proporción de diabeticos que le realizaron con hemoglobina glicosilada , fue del 96,4%, la meta es del 50%	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25: En el mes de Septiembre-25 la proporción de diabeticos que le realizaron con hemoglobina glicosilada , fue del 85,1%, la meta es del 50%	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: En el mes de Octubre-25 la proporción de diabeticos que le realizaron con hemoglobina glicosilada , fue del 92,2%, la meta es del 50%	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25: En el mes de Noviembre-25 la proporción de diabeticos que le realizaron con hemoglobina glicosilada , fue del 93,5%, la meta es del 50%	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25 En el mes de diciembre -25 la proporción de diabeticos qu le realizaron hemoglobina glicosilada fue del 95,1% La meta es supriór del 50%	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

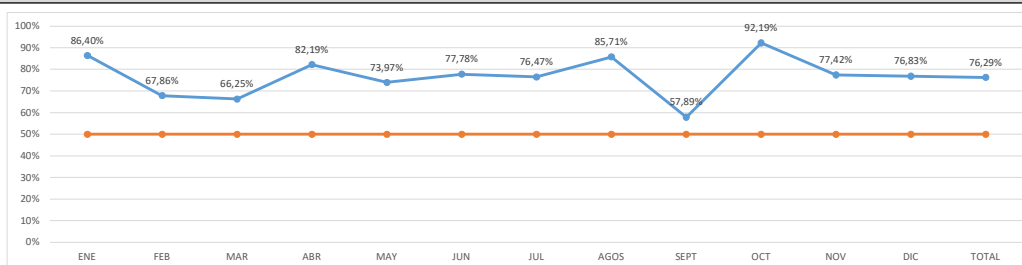
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA - GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES A QUIENES SE LES REALIZO TOMA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN EL ÚLTIMO SEMESTRE
PROPOSITO:	Evaluar la efectividad del seguimiento clínico de pacientes con Diabetes Mellitus, mediante la medición anual de los niveles de lipoproteína de baja densidad (LDL), un parámetro clave en la prevención de complicaciones cardiovasculares
DEFINICIÓN:	Expresa el número de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realizó como mínimo una medida de LDL en el año.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Personas con diabetes mellitus a quienes se les realiza medición de LDL en el año
	Fuente del numerador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
	Denominador: Número total de personas con DM reportadas
	Fuente del denominador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
META:	50%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiología y Laboratorio

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	108	38	53	60	54	91	39	48	66	59	48	63	727
DENOMINADOR	125	56	80	73	73	117	51	56	114	64	62	82	953
RESULTADOS	86,40%	67,86%	66,25%	82,19%	73,97%	77,78%	76,47%	85,71%	57,89%	92,19%	77,42%	76,83%	76,29%
META:	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

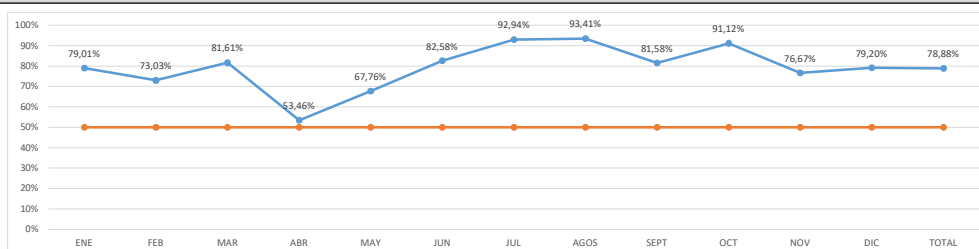
ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO-25: La proporción de diabéticos que se le realizó colesterol LDL es del 90%, la meta es del 50%.	ENERO:
FEBRERO-25: La proporción de diabéticos que se le realizó colesterol LDL es del 70%, la meta es del 50%.	FEBRERO:
MARZO-25: La proporción de diabéticos que se le realizó colesterol LDL es del 70%, la meta es del 50%.	MARZO:
ABRIL-25: La proporción de diabéticos que se le realizó colesterol LDL es del 82,2%, la meta es del 50%.	ABRIL:
MAYO-25: La proporción de diabéticos que se le realizó colesterol LDL es del 66,1%, la meta es del 50%.	MAYO:
JUNIO-25: La proporción de diabéticos que se le realizó colesterol LDL es del 77,7%, la meta es del 50%.	JUNIO:
JULIO-25: La proporción de diabéticos que se le realizó colesterol LDL es del 76,5%, la meta es del 50%.	JULIO:
AGOSTO-25: La proporción de diabéticos que se le realizó colesterol LDL es del 85,7%, la meta es del 50%.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25: La proporción de diabéticos que se le realizó colesterol LDL es del 57,9%, la meta es del 50%.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: La proporción de diabéticos que se le realizó colesterol LDL es del 87,5%, la meta es del 50%.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25: La proporción de diabéticos que se le realizó colesterol LDL es del 77,4%, la meta es del 50%.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25: La proporción de diabéticos que se le realizó colesterol LDL es del 76,8%, la meta es del 50%.	DICIEMBRE:

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA - GESTIÓN DE APOYO DIAGNOSTICO
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCIÓN DE PERSONAS CON HTA ESTUDIADAS PARA ENFERMEDAD RENAL CRONICA (ERC)
PROPOSITO:	evaluar la efectividad del seguimiento clínico de pacientes con hipertensión arterial, mediante la realización de estudios para la detección temprana de enfermedad renal crónica.
DEFINICIÓN:	Expresa proporción de pacientes con diagnostico de HTA que han sido estudiados para ERC.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de personas con HTA que fueron estudiadas para ERC
	Fuente del numerador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
	Denominador: Número total de personas con HTA reportadas
	Fuente del denominador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
	Unidad de medida: Por 100(%)
META:	50%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiologia y Laboratorio

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	128	111	182	116	124	218	158	156	93	154	138	99	1677
DENOMINADOR	162	152	223	217	183	264	170	167	114	169	180	125	2126
RESULTADOS	79.01%	73.03%	81.61%	53.46%	67.76%	82.58%	92.94%	93.41%	81.58%	91.12%	76.67%	79.20%	78.88%
META:	50.00%	50.00%	50.00%	50.00%	50.00%	50.00%	50.00%	50.00%	50.00%	50.00%	50.00%	50.00%	50.00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO-25: En el mes de enero-25, la proporción de pacientes hipertensos que se le estudio para enfermedad renal crónica con pruebas de laboratorio fue del 80%, la meta es del 50%.	ENERO:
FEBRERO-25: En el mes de febrero-25, la proporción de pacientes hipertensos que se le estudio para enfermedad renal crónica con pruebas de laboratorio fue del 70%, la meta es del 50%.	FEBRERO:
MARZO-25: En el mes de marzo-25, la proporción de pacientes hipertensos que se le estudio para enfermedad renal crónica con pruebas de laboratorio fue del 70%, la meta es del 50%.	MARZO:
ABRIL-25: En el mes de Abril-25, la proporción de pacientes hipertensos que se le estudio para enfermedad renal crónica con pruebas de laboratorio fue del 53.4%, la meta es del 50%.	ABRIL:
MAYO-25: En el mes de Mayo-25, la proporción de pacientes hipertensos que se le estudio para enfermedad renal crónica con pruebas de laboratorio fue del 67.8%, la meta es del 50%.	MAYO:
JUNIO-25: En el mes de Junio-25, la proporción de pacientes hipertensos que se le estudio para enfermedad renal crónica con pruebas de laboratorio fue del 82.5%, la meta es del 50%.	JUNIO:
JULIO-25: En el mes de Julio-25, la proporción de pacientes hipertensos que se le estudio para enfermedad renal crónica con pruebas de laboratorio fue del 92.9%, la meta es del 50%.	JULIO:
AGOSTO-25: En el mes de Agosto-25, la proporción de pacientes hipertensos que se le estudio para enfermedad renal crónica con pruebas de laboratorio fue del 93.4%, la meta es del 50%.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25: En el mes de Septiembre-25, la proporción de pacientes hipertensos que se le estudio para enfermedad renal crónica con pruebas de laboratorio fue del 81.6%, la meta es del 50%.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: En el mes de OCTUBRE-25, la proporción de pacientes hipertensos que se le estudio para enfermedad renal crónica con pruebas de laboratorio fue del 91.1%, la meta es del 50%.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25: En el mes de NOVIEMBRE-25, la proporción de pacientes hipertensos que se le estudio para enfermedad renal crónica con pruebas de laboratorio fue del 76.6%, la meta es del 50%.	NOVIEMBRE:
NOVIEMBRE-25: En el mes de NOVIEMBRE-25, la proporción de pacientes hipertensos que se le estudio para enfermedad renal crónica con pruebas de laboratorio fue del 76.6%, la meta es del 50%.	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

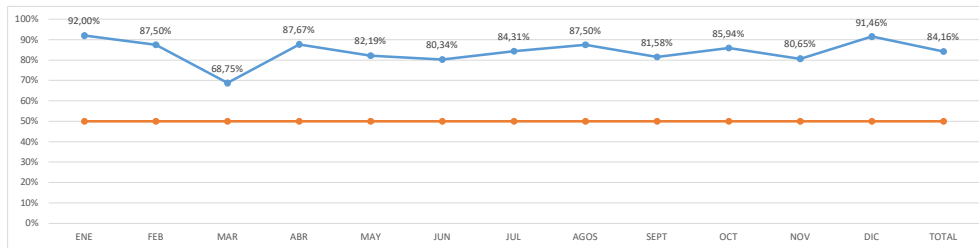
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA - GESTIÓN DE APOYO DIAGNOSTICO
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCION DE PERSONAS CON DM ESTUDIADAS PARA ENFERMEDAD RENAL CRONICA (ERC)
PROPOSITO:	Evaluar la efectividad de las acciones de tamizaje y seguimiento clínico en población con Diabetes Mellitus, orientadas a la detección temprana de Enfermedad Renal Crónica.
DEFINICIÓN:	Expresa proporción de pacientes con diagnostico Diabetes Mellitus que han sido estudiados para ERC.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de personas con DM que fueron estudiadas para ERC
	Fuente del numerador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
	Denominador: Número total de personas diabetites Mellitus reportada.
	Fuente del denominador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
	Unidad de medida: Por 100(%)
META:	50%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiologia y Laboratorio

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	115	49	55	64	60	94	43	49	93	55	50	75	802
DENOMINADOR	125	56	80	73	73	117	51	56	114	64	62	82	953
RESULTADOS	92,00%	87,50%	68,75%	87,67%	82,19%	80,34%	84,31%	87,50%	81,58%	85,94%	80,65%	91,46%	84,16%
META:	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: En el mes de enero-25 , la proporción de pacientes diabeticos que se les hizo pruebas para enfermedad renal fue del 90%, la meta es del 50%.	ENERO:
FEBRERO-25: En el mes de febrero-25 , la proporción de pacientes diabeticos que se les hizo pruebas para enfermedad renal fue del 90%, la meta es del 50%.	FEBRERO:
MARZO-25: En el mes de marzo-25 , la proporción de pacientes diabeticos que se les hizo pruebas para enfermedad renal fue del 70%, la meta es del 50%.	MARZO:
ABRIL-25: En el mes de abril-25 , la proporción de pacientes diabeticos que se les hizo pruebas para enfermedad renal fue del 87,7%, la meta es del 50%.	ABRIL:
MAYO-25: En el mes de mayo-25 , la proporción de pacientes diabeticos que se les hizo pruebas para enfermedad renal fue del 82,2%, la meta es del 50%.	MAYO:
JUNIO-25: En el mes de Junio-25 , la proporción de pacientes diabeticos que se les hizo pruebas para enfermedad renal fue del 80,3%, la meta es del 50%.	JUNIO:
JULIO-25: En el mes de Julio-25 , la proporción de pacientes diabeticos que se les hizo pruebas para enfermedad renal fue del 84,3%, la meta es del 50%.	JULIO:
AGOSTO-25: En el mes de Agosto-25 , la proporción de pacientes diabeticos que se les hizo pruebas para enfermedad renal fue del 87,5%, la meta es del 50%.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25: En el mes de Septiembre-25 , la proporción de pacientes diabeticos que se les hizo pruebas para enfermedad renal fue del 81,6%, la meta es del 50%.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: En el mes de OCTUBRE-25 , la proporción de pacientes diabeticos que se les hizo pruebas para enfermedad renal fue del 81,6%, la meta es del 50%.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25: En el mes de Noviembre-25 , la proporción de pacientes diabeticos que se les hizo pruebas para enfermedad renal fue del 80,6%, la meta es del 50%.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25: En el mes de Diciembre-25 , la proporción de pacientes diabeticos que se les hizo pruebas para enfermedad renal fue del 91,4%, la meta es del 50%.	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

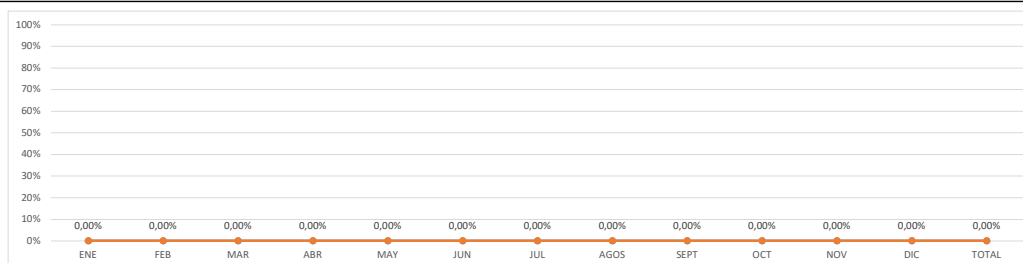
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCIÓN DE ENDOMETRITIS POS PARTO VAGINAL
PROPOSITO:	Evaluar la seguridad y calidad de la atención obstétrica brindada en las instituciones prestadoras de servicios de salud, mediante el monitoreo del riesgo de infección uterina posterior al parto vaginal.
DEFINICIÓN:	Es un estimador del riesgo de endometritis pos parto en las gestantes atendidos en la institución en mes de seguimiento
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de endometritis pos parto vaginal
	Fuente del numerador: SILVIGILA- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social
	Denominador: Número total de partos atendidos.
	Fuente del denominador: SILVIGILA- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social
	Unidad de medida: Por 100(%)
META:	0%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	HOSPITALIZACIÓN
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiología

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DENOMINADOR	63	51	54	46	68	64	60	83	65	39	46	48	687
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
META:	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO-25: En el mes de enero-25 no se presento casos de endometritis post-parto vaginal.	ENERO:
FEBRERO-25: En el mes de febrero-25 no se presento casos de endometritis post-parto vaginal.	FEBRERO:
MARZO-25: En el mes de marzo-25 no se presento casos de endometritis post-parto vaginal.	MARZO:
ABRIL-25: En el mes de abril-25 no se presento casos de endometritis post-parto vaginal.	ABRIL:
MAYO-25: En el mes de Mayo-25 no se presento casos de endometritis post-parto vaginal.	MAYO:
JUNIO-25: En el mes de Junio-25 no se presento casos de endometritis post-parto vaginal.	JUNIO:
JULIO-25: En el mes de Julio-25 no se presento casos de endometritis post-parto vaginal.	JULIO:
AGOSTO-25: En el mes de Agosto-25 no se presento casos de endometritis post-parto vaginal.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25: En el mes de Septiembre-25 no se presento casos de endometritis post-parto vaginal.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: En el mes de Octubre-25 no se presento casos de endometritis post-parto vaginal.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25: En el mes de Noviembre-25 no se presento casos de endometritis post-parto vaginal.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25: En el mes de Diciembre-25 no se presento casos de endometritis post-parto vaginal.	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

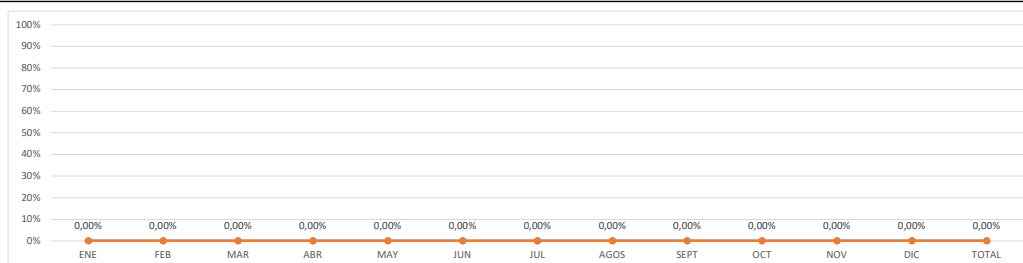
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCION DE ENDOMETRITIS POS CESAREA
PROPOSITO:	Evaluar la seguridad y calidad de la atención quirúrgica obstétrica, mediante el monitoreo del riesgo de infección uterina posterior a la realización de cesáreas.
DEFINICIÓN:	Es un estimador del riesgo de endometritis pos cesarea en las gestantes atendidas en la institución en un mes seguimiento.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de endometritis pos cesarea
	Fuente del numerador: SILVIGILA- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social
	Denominador: Número total de cesareas realizadas.
	Fuente del denominador: SILVIGILA- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social
META:	0%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	HOSPITALIZACIÓN
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiologia

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DENOMINADOR	59	62	51	57	57	45	50	56	62	59	49	44	651
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
META:	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO-25: En el mes de enero-25 no se presento casos de endometritis post-cesarea.	ENERO:
FEBRERO-25: En el mes de febrero-25 no se presento casos de endometritis post-cesarea.	FEBRERO:
MARZO-25: En el mes de marzo-25 no se presento casos de endometritis post-cesarea.	MARZO:
ABRIL-25: En el mes de abril-25 no se presento casos de endometritis post-cesarea.	ABRIL:
MAYO-25: En el mes de mayo-25 no se presento casos de endometritis post-cesarea.	MAYO:
JUNIO-25: En el mes de Junio-25 no se presento casos de endometritis post-cesarea.	JUNIO:
JULIO-25: En el mes de Julio-25 no se presento casos de endometritis post-cesarea.	JULIO:
AGOSTO-25: En el mes de Agosto-25 no se presento casos de endometritis post-cesarea.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25: En el mes de Septiembre-25 no se presento casos de endometritis post-cesarea.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: En el mes de Octubre-25 no se presento casos de endometritis post-cesarea.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25: En el mes de Noviembre-25 no se presento casos de endometritis post-cesarea.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25: En el mes de Diciembre-25 no se presento casos de endometritis post-cesarea.	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

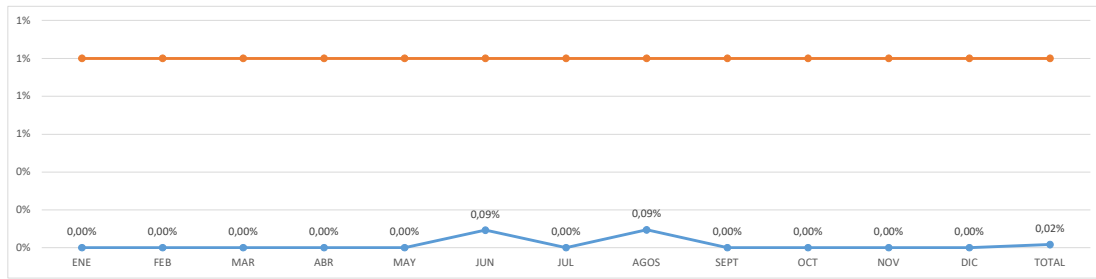
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización.
PROPOSITO:	Establecer un mecanismo sistemático para la medición, seguimiento y análisis de las caídas de pacientes hospitalizados, con el objetivo de fortalecer la gestión de riesgos en los servicios de hospitalización.
DEFINICIÓN:	Es un estimador de caídas de pacientes en hospitalización en un mes de seguimiento.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo Fuente del numerador: Reporte del coordinador de seguridad del paciente y estadística.
	Denominador: Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo Fuente del denominador: RIPS Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social Unidad de medida: Por 1000 días estancia
	META: 1%
	PERIODICIDAD: Mensual
SERVICIO:	Hospitalización
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Líder 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	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
DENOMINADOR	1003	908	910	1113	1111	1085	1076	1058	961	976	950	911	12062
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,09%	0,00%	0,09%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%
META:	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO : Durante el mes evaluado de los 1003 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
FEBRERO : Durante el mes evaluado de los 908 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
MARZO : Durante el mes evaluado de los 910 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
ABRIL : Durante el mes evaluado de los 1113 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
MAYO : Durante el mes evaluado de los 1111 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
JUNIO : Durante el mes evaluado de los 1085 Pacientes atendidos en el hospital Se presento 1 caídas	Se realiza plan de mejora
JULIO : Durante el mes evaluado de los 1076 Pacientes atendidos en el hospital Se presento no se presentaron caídas	Se realiza plan de mejora
AGOSTO : Durante el mes evaluado de los 1058 Pacientes atendidos en el hospital Se presento no se presentaron caídas	Se realiza plan de mejora
SEPTIEMBRE : Durante el mes evaluado de los 961 Pacientes atendidos en el	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE : Durante el mes evaluado de los 961 Pacientes atendidos en el hospital Se presento no se presentaron caídas	OCTUBRE:
NOVIEMBRE:	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

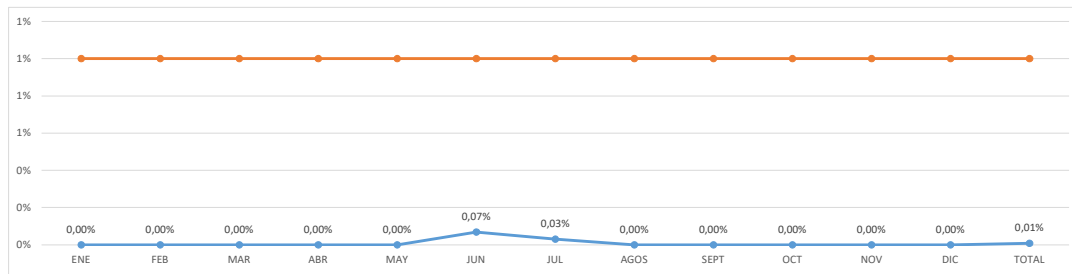
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias
PROPOSITO:	Implementar acciones de mejora orientadas a garantizar la seguridad del paciente, reducir la ocurrencia de eventos adversos y promover una atención oportuna, segura y centrada en el usuario.
DEFINICIÓN:	Es un estimador de caídas de pacientes en urgencias en un mes de seguimiento.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el período
	Fuente del numerador: Reporte del coordinador de seguridad del paciente y estadística.
	Denominador: Total de personas atendidas en urgencias en el período
	Fuente del denominador: RIPS-Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
Unidad de medida: Por 1000 personas atendidas en urgencias	
META:	1%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	Urgencias
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	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	3
DENOMINADOR	3068	2708	2967	2917	3111	2909	3252	3257	3135	3023	2862	2783	35992
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%	0,03%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%
META:	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Durante el mes evaluado de los 3068 Pacientes atendidos en el servicio de urgencias no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
FEBRERO: Durante el mes evaluado de los 2708 Pacientes atendidos en el servicio de urgencias no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
MARZO: Durante el mes evaluado de los 2967 Pacientes atendidos en el servicio de urgencias no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
ABRIL: Durante el mes evaluado de los 2917 Pacientes atendidos en el servicio de urgencias no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
MAYO: Durante el mes evaluado de los 3111 Pacientes atendidos en el servicio de urgencias no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
JUNIO: Durante el mes evaluado de los 2909 Pacientes atendidos en el servicio de urgencias Se presento 2 caídas	no se requieren planes de mejoramiento
JULIO: Durante el mes evaluado de los 3252 Pacientes atendidos en el servicio de urgencias Se presento 1 caídas	no se requieren planes de mejoramiento
AGOSTO: Durante el mes evaluado de los 3257 Pacientes atendidos en el servicio de urgencias no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
SEPTIEMBRE: Durante el mes evaluado de los 3135 Pacientes atendidos en el servicio de urgencias no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
SEPTIEMBRE: Durante el mes evaluado de los 3135 Pacientes atendidos en el	OCTUBRE:
OCTUBRE: Durante el mes evaluado de los 3023 Pacientes atendidos en el servicio	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

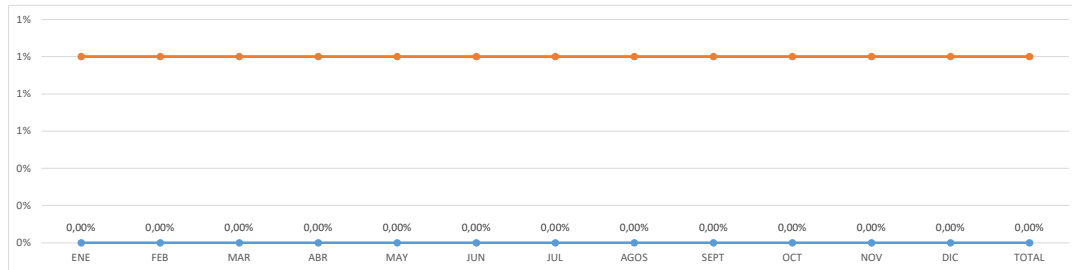
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa
PROPOSITO:	Implementar acciones de mejora orientadas a garantizar la seguridad del paciente, reducir la ocurrencia de eventos adversos y promover una atención oportuna, segura y centrada en el usuario.
DEFINICIÓN:	Es un estimador de caídas de pacientes en consulta externa en un mes de seguimiento.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo
	Fuente del numerador: Reporte del coordinador de seguridad del paciente y estadística.
	Denominador: Total de personas atendidas en consulta externa
	Fuente del denominador: RIPS-Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
Unidad de medida: Por 1000 personas atendidas en urgencias	
META:	1%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	Consulta Externa
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DENOMINADOR	3118	2255	2371	2843	2770	2249	2660	2295	3161	2901	2791	1960	31374
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
META:	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Durante el mes evaluado de los 3118 Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
FEBRERO: Durante el mes evaluado de los 2255 Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
MARZO: Durante el mes evaluado de los 2371 Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
ABRIL: Durante el mes evaluado de los 2843 Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
MAYO: Durante el mes evaluado de los 2770 Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
JUNIO: Durante el mes evaluado de los 2249 Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
JULIO: Durante el mes evaluado de los 2660 Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
AGOSTO: Durante el mes evaluado de los 2295 Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
SEPTIEMBRE: Durante el mes evaluado de los 3161 Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
OCTUBRE: Durante el mes evaluado de los 2901 Pacientes atendidos en el	OCTUBRE:
NOVIEMBRE:	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

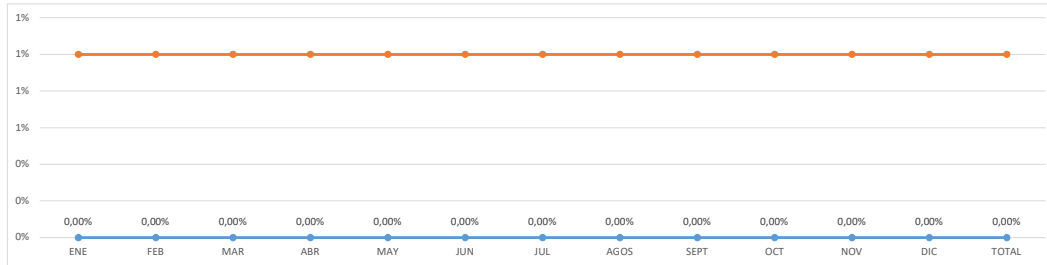
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
PROPOSITO:	Implementar acciones de mejora orientadas a garantizar la seguridad del paciente, reducir la ocurrencia de eventos adversos y promover una atención oportuna, segura y centrada en el usuario.
DEFINICIÓN:	Es un estimador de caídas de pacientes en apoyo diagnóstico y terapéutico en un mes de seguimiento.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que sufren caídas
	Fuente del numerador: Reporte del coordinador de seguridad del paciente y estadística.
	Denominador: Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
	Fuente del denominador: RIPS-Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
	Unidad de medida: Por 1000 personas atendidas en apoyo diagnóstico y complementario Terapéutico
META:	1%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	Consulta Externa
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DENOMINADOR	1226	1254	1439	1400	1324	1240	1300	1230	1324	1230	1226	1226	15419
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
META:	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Durante el mes evaluado de los 1226 Pacientes atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento
FEBRERO: Durante el mes evaluado de los 1254 Pacientes atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento
MARZO: Durante el mes evaluado de los 1439 Pacientes atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento
ABRIL: Durante el mes evaluado de los 1400 Pacientes atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento
MAYO: Durante el mes evaluado de los 1324 Pacientes atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento
JUNIO: Durante el mes evaluado de los 1240 Pacientes atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento
JULIO: Durante el mes evaluado de los 1300 Pacientes atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento
AGOSTO: Durante el mes evaluado de los 1230 Pacientes atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento
SEPTIEMBRE: Durante el mes evaluado de los 1324 Pacientes atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento
OCTUBRE: Durante el mes evaluado de los 1230 Pacientes atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico no se presentaron caídas	OCTUBRE:
NOVIEMBRE:	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

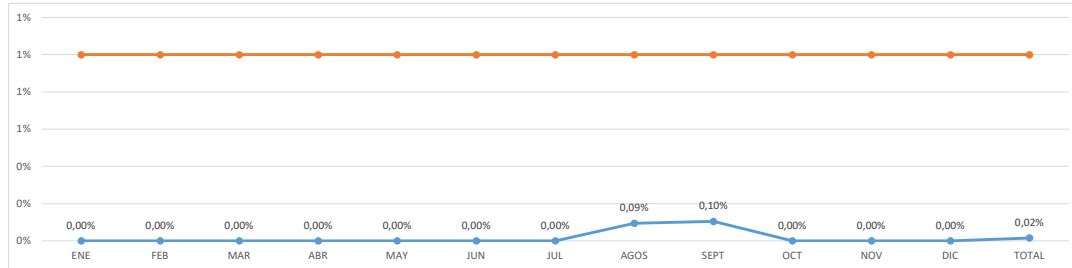
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO
NOMBRE DEL INDICADOR:	Proporcion de eventos adversos relacionados con la administracion de medicamentos en hospitalizacion.
PROPOSITO:	Establecer un sistema de vigilancia y evaluación continua de los eventos adversos derivados de la administración de medicamentos en los servicios de hospitalización, con el fin de fortalecer la seguridad del paciente y mejorar la calidad de la atención en salud.
DEFINICIÓN:	Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de eventos adversos relacionados con la administracion de medicamentos en hospitalizacion
	Fuente del numerador: Reporte del coordinador de seguridad del paciente y estadística.
	Denominador: Total de egresos de hospitalización
	Fuente del denominador: RIPS-Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social. Unidad de medida: Por 100(%)
META:	1%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	Hospitalización
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	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
DENOMINADOR	1003	908	910	1113	1111	1085	1076	1058	961	976	950	911	12062
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,09%	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%
META:	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Durante el mes evaluado de los 1003 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento reaccion alergica a medicamentos	No se realizo plan de mejora
FEBRERO: Durante el mes evaluado de los 908 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento reaccion alergica a medicamentos	No se realizo plan de mejora
MARZO: Durante el mes evaluado de los 910 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento reaccion alergica a medicamentos	No se realizo plan de mejora
ABRIL: Durante el mes evaluado de los 1113 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento reaccion alergica a medicamentos	No se realizo plan de mejora
MAYO: Durante el mes evaluado de los 1111 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento reaccion alergica a medicamentos	No se realizo plan de mejora
JUNIO: Durante el mes evaluado de los 1085 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento reaccion alergica a medicamentos	No se realizo plan de mejora
JULIO: Durante el mes evaluado de los 1076 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento reaccion alergica a medicamentos	No se realizo plan de mejora
AGOSTO: Durante el mes evaluado de los 1058 Pacientes atendidos en el hospital Se presento una reaccion alergica a medicamentos	No se realizo plan de mejora
SEPTIEMBRE: Durante el mes evaluado de los 961 Pacientes atendidos en el hospital Se presento una reaccion alergica a medicamentos	Se realizo plan de mejora - alerta en la historia clinca en la mañilla y se le explica al paciente y al familiar que el paciente presenta alergia a medicamento para que al momento de consultar se manifieste que presenta alergia
OCTUBRE: Durante el mes evaluado de los 976 Pacientes atendidos en el hospital	OCTUBRE: No se realizo plan de mejora
NOVIEMBRE:	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

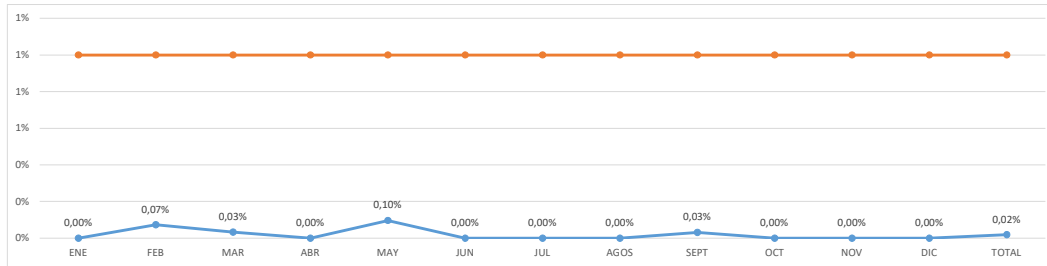
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO
NOMBRE DEL INDICADOR:	Proporcion de eventos adversos relacionados con la administracion de medicamentos en urgencias.
PROPOSITO:	Fortalecer la gestión de la seguridad del paciente en el servicio de urgencias mediante el seguimiento sistemático de los eventos adversos asociados a la administración de medicamentos.
DEFINICIÓN:	Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de eventos adversos relacionados con la administracion de medicamentos en urgencias
	Fuente del numerador: Reporte del coordinador de seguridad del paciente y estadística.
	Denominador: Total de personas atendidas en urgencias
	Fuente del denominador: RIPS-Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social. Unidad de medida: Por 100(%)
META:	1%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	Urgencias
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	0	2	1	0	3	0	0	0	1	0	0	0	7
DENOMINADOR	3068	2706	2967	2917	3111	2909	3252	3257	3135	3023	2862	2783	35990
RESULTADOS	0,00%	0,07%	0,03%	0,00%	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%
META:	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Durante el mes evaluado de los 3068 Pacientes atendidos en el hospital no se presentó reacción alérgica a medicamentos	No se realizó plan de mejora
FEBRERO: Durante el mes evaluado de los 2708 Pacientes atendidos en el hospital se presentaron dos reacciones alérgicas a medicamentos	Se realizó plan de mejora - alerta en la historia clínica en la mañana y se le explica al paciente y al familiar que el paciente presenta alergia a medicamento para que al momento de consultar se manifieste que presenta alergia
MARZO: Durante el mes evaluado de los 2967 Pacientes atendidos en el hospital se presentó una reacción alérgica a medicamentos	Se realizó plan de mejora - alerta en la historia clínica en la mañana y se le explica al paciente y al familiar que el paciente presenta alergia a medicamento para que al momento de consultar se manifieste que presenta alergia
ABRIL: Durante el mes evaluado de los 2917 Pacientes atendidos en el hospital se presentó una reacción alérgica a medicamentos	No se realizó plan de mejora
MAYO: Durante el mes evaluado de los 3111 Pacientes atendidos en el hospital se presentó una reacción alérgica a medicamentos	Se realizó plan de mejora - alerta en la historia clínica en la mañana y se le explica al paciente y al familiar que el paciente presenta alergia a medicamento para que al momento de consultar se manifieste que presenta alergia
JUNIO: Durante el mes evaluado de los 2909 Pacientes atendidos en el hospital se presentó una reacción alérgica a medicamentos	No se realizó plan de mejora
JULIO: Durante el mes evaluado de los 3252 Pacientes atendidos en el hospital se presentó una reacción alérgica a medicamentos	No se realizó plan de mejora
AGOSTO: Durante el mes evaluado de los 3257 Pacientes atendidos en el hospital se presentó una reacción alérgica a medicamentos	No se realizó plan de mejora
SEPTIEMBRE: Durante el mes evaluado de los 3135 Pacientes atendidos en el hospital se presentó una reacción alérgica a medicamentos	Se realizó plan de mejora - alerta en la historia clínica en la mañana y se le explica al paciente y al familiar que el paciente presenta alergia a medicamento para que al momento de consultar se manifieste que presenta alergia
OCTUBRE: Durante el mes evaluado de los 3023 Pacientes atendidos en el	OCTUBRE: No se realizó plan de mejora
NOVIEMBRE:	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

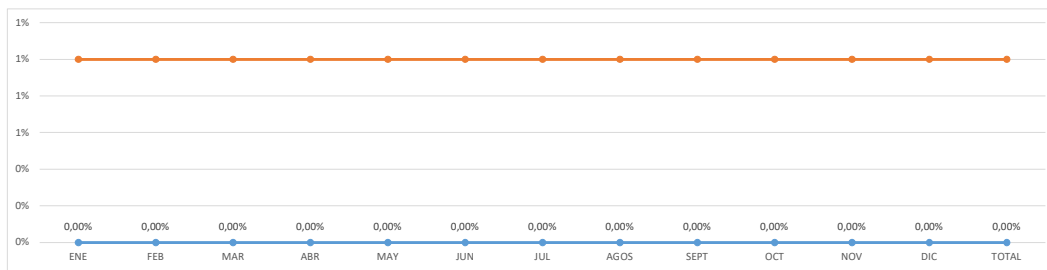
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de Lesiones por presión en hospitalización.
PROPOSITO:	Implementar un sistema de seguimiento y control de la aparición de lesiones por presión en pacientes hospitalizados, con el fin de evaluar la calidad del cuidado brindado durante la estancia hospitalaria.
DEFINICIÓN:	Expresa el número de pacientes hospitalizados que durante su permanencia desarrollan úlceras por presión en un período determinado.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el período
	Fuente del numerador: Reporte del coordinador de seguridad del paciente y estadística.
	Denominador: Sumatoria de días estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización
	Fuente del denominador: RIPS-Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social. Unidad de medida: Por 100(%)
META:	1%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	Hospitalización
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DENOMINADOR	1003	908	910	1113	1111	1085	1076	1058	961	976	950	911	12062
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
META:	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

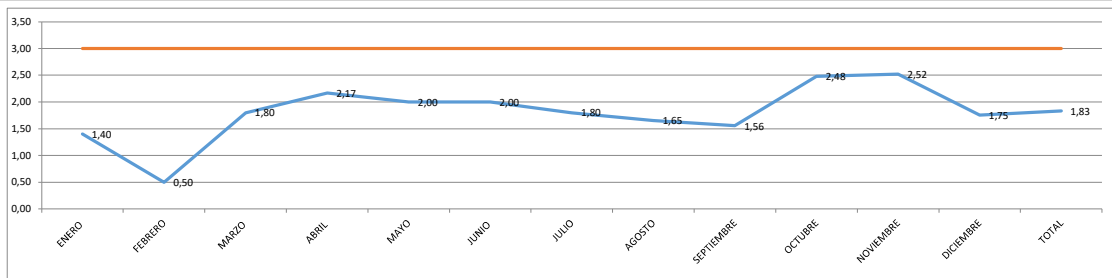
ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Durante el mes evaluado de los 1003 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento UPP	No se realizo plan de mejora
FEBRERO: Durante el mes evaluado de los 908 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento UPP	No se realizo plan de mejora
MARZO: Durante el mes evaluado de los 910 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento UPP	No se realizo plan de mejora
ABRIL : Durante el mes evaluado de los 1113 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento UPP	No se realizo plan de mejora
MAYO : Durante el mes evaluado de los 1111 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento UPP	No se realizo plan de mejora
JUNIO : Durante el mes evaluado de los 1085 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento UPP	No se realizo plan de mejora
JULIO: Durante el mes evaluado de los 1076 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento UPP	No se realizo plan de mejora
AGOSTO :Durante el mes evaluado de los 1058 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento UPP	No se realizo plan de mejora
SEPTIEMBRE :Durante el mes evaluado de los 961 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento UPP	No se realizo plan de mejora
OCTUBRE :Durante el mes evaluado de los 976 Pacientes atendidos en el	OCTUBRE:
NOVIEMBRE:	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA
NOMBRE DEL INDICADOR:	oportunidad de la asignación de citas en la consulta medica general
CODIGO:	P. 3.1
MARCO NORMATIVO	Resolución 0256 de 2016
DEFINICIÓN:	Expresa el tiempo de espera en días calendario, que transcurren entre la fecha de solicitud de la cita para consulta por medicina general de primera vez por parte del paciente/ usuario a la IPS y la fecha en que es asignada.
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Sumatoria total de los Días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita, por cualquier medio y la fecha para la cual es asignada la cita
	Fuentes del numerador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social
	Denominador: Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas.
	Fuentes del denominador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social
	Unidad de medidas: Días
META:	3 días
PERIODICIDAD:	Mensual
DOMINIO:	Experiencia de la atención
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Jefe de consulta externa

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	7	10	9	13	8	4	18	109	95	109	116	114	612
DENOMINADOR	5	20	5	6	4	2	10	66	61	44	46	65	334
RESULTADOS	1,40	0,50	1,80	2,17	2,00	2,00	1,80	1,65	1,56	2,48	2,52	1,75	1,83
Meta	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Se encuentra dentro del estandar	ENERO: Se continua con la monitorización del indicador
FEBRERO: Se encuentra dentro del estandar	FEBRERO: Se continua con la monitorización del indicador
MARZO: Se encuentra dentro del estandar	MARZO: Se continua con la monitorización del indicador
ABRIL: Se encuentra dentro del estandar	ABRIL: Se continua con la monitorización del indicador
MAYO: Se encuentra dentro del estandar	MAYO: Se continua con la monitorización del indicador
JUNIO: Se encuentra dentro del estandar	JUNIO: Se continua con la monitorización del indicador
JULIO: Se encuentra dentro del estandar	JULIO: Se continua con la monitorización del indicador
AGOSTO: Se encuentra dentro del estandar	AGOSTO: Se continua con la monitorización del indicador
SEPTIEMBRE: Se encuentra dentro del estandar	SEPTIEMBRE: Se continua con la monitorización del indicador
OCTUBRE: Se encuentra dentro del estandar	OCTUBRE: Se continua con la monitorización del indicador
NOVIEMBRE: Se encuentra dentro del estandar	NOVIEMBRE: Se continua con la monitorización del indicador
DICIEMBRE: Se encuentra dentro del estandar	DICIEMBRE: Se continua con la monitorización del indicador

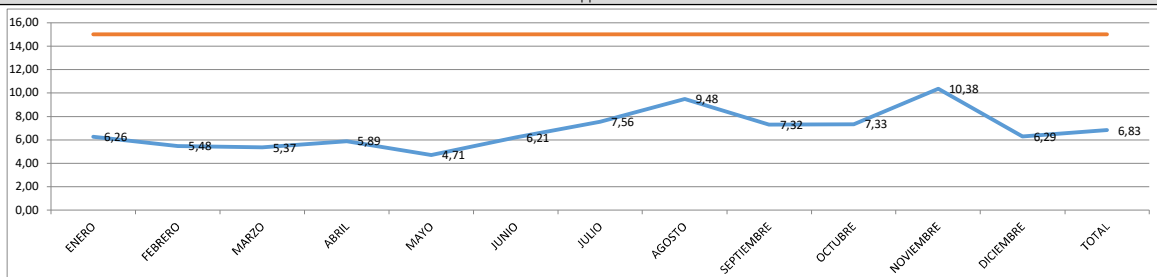
FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA
NOMBRE DEL INDICADOR:	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta medica interna
CODIGO:	P. 3.3
MARCO NORMATIVO	Resolución 0256 de 2016
DEFINICIÓN:	Expresa el tiempo de espera en días calendario, que transcurren entre la cita para consulta por medicina interna de primera vez por parte del paciente/ usuario a la IPS y la fecha en que es asignada.
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Sumatoria total de los Días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito.
	Fuentes del numerador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social
	Denominador: Numero total de consultas de medicina interna asignadas en la institución.
	Fuentes del denominador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social
Unidad de medida: días	
META:	15 Días
PERIODICIDAD:	Mensual
DOMINIO:	Experiencia de la atención
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Jefe de consulta externa

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	1864	1727	1772	1897	1530	1622	2691	2530	2444	2530	3154	1642	25403
DENOMINADOR	298	315	330	322	325	261	356	267	334	345	304	261	3718
RESULTADOS	6,26	5,48	5,37	5,89	4,71	6,21	7,56	9,48	7,32	7,33	10,38	6,29	6,83
META:	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Se encuentra dentro del estandar	ENERO: Se continua con la monitorización del indicador
FEBRERO: Se encuentra dentro del estandar	FEBRERO: Se continua con la monitorización del indicador
MARZO: Se encuentra dentro del estandar	MARZO: Se continua con la monitorización del indicador
ABRIL: Se encuentra dentro del estandar	ABRIL: Se continua con la monitorización del indicador
MAYO: Se encuentra dentro del estandar	MAYO: Se continua con la monitorización del indicador
JUNIO: Se encuentra dentro del estandar	JUNIO: Se continua con la monitorización del indicador
JULIO: Se encuentra dentro del estandar	JULIO: Se continua con la monitorización del indicador
AGOSTO: Se encuentra dentro del estandar	AGOSTO: Se continua con la monitorización del indicador
SEPTIEMBRE: Se encuentra dentro del estandar	SEPTIEMBRE: Se continua con la monitorización del indicador
OCTUBRE: Se encuentra dentro del estandar	OCTUBRE: Se continua con la monitorización del indicador
NOVIEMBRE: Se encuentra dentro del estandar	NOVIEMBRE: Se continua con la monitorización del indicador
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

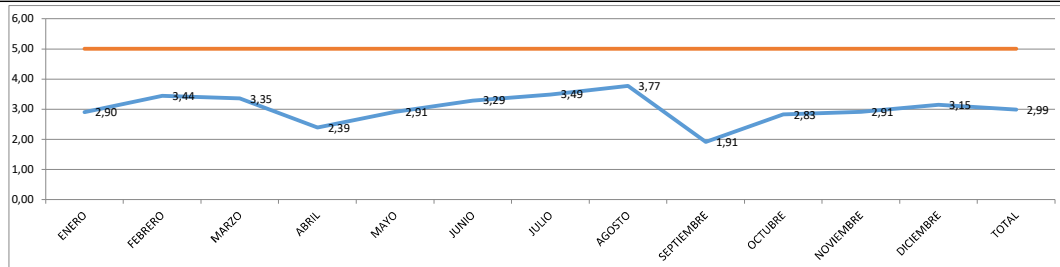
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA
NOMBRE DEL INDICADOR:	oportunidad de la asignación de citas en la consulta pediátrica
CODIGO:	P. 3.4
MARCO NORMATIVO	Resolución 1552 de 2013
DEFINICIÓN:	Expresa el tiempo de espera en días calendario, que transcurren entre la fecha de solicitud de la cita para consulta por Pediatría de primera vez por parte del paciente / usuario a la IPS y la fecha en que es asignada.
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Sumatoria total de los Días calendario entre la fecha en la que asigno la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.
	Fuentes del numerador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social
	Denominador: Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas.
	Fuentes del denominador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social
	Unidad de medida: días
META:	5 días
PERIODICIDAD:	Mensual
DOMINIO:	Experiencia de la atención
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Jefe de consulta externa

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	818	906	1080	1027	1221	1006	1874	1738	1088	1251	1322	1534	14865
DENOMINADOR	282	263	322	430	419	306	537	461	569	442	454	487	4972
RESULTADOS	2,90	3,44	3,35	2,39	2,91	3,29	3,49	3,77	1,91	2,83	2,91	3,15	2,99
Meta:	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Se encuentra dentro del estandar	ENERO:Se continua con la monitorización del indicador
FEBRERO: Se encuentra dentro del estandar	FEBRERO: Se continua con la monitorización del indicador
MARZO: Se encuentra dentro del estandar	MARZO:Se continua con la monitorización del indicador
ABRIL :Se encuentra dentro del estandar	ABRIL: Se continua con la monitorización del indicador
MAYO:Se encuentra dentro del estandar	MAYO:Se continua con la monitorización del indicador
JUNIO: Se encuentra dentro del estandar	JUNIO: Se continua con la monitorización del indicador
JULIO: Se encuentra dentro del estandar	JULIO: Se continua con la monitorización del indicador
AGOSTO: Se encuentra dentro del estandar	AGOSTO: Se continua con la monitorización del indicador
SEPTIEMBRE: Se encuentra dentro del estandar	SEPTIEMBRE: Se continua con la monitorización del indicador
OCTUBRE: Se encuentra dentro del estandar	OCTUBRE: Se continua con la monitorización del indicador
NOVIEMBRE: Se encuentra dentro del estandar	NOVIEMBRE:Se continua con la monitorización del indicador
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

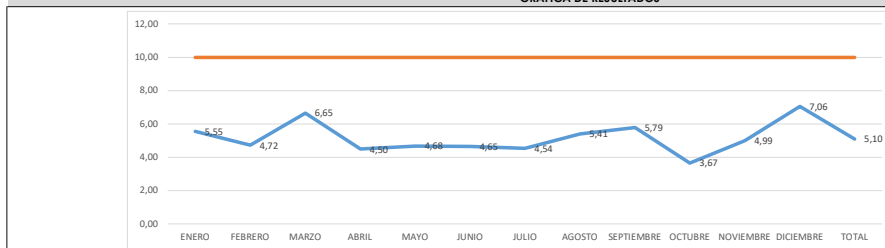
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA
NOMBRE DEL INDICADOR:	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecología
CODIGO:	P. 3.5
MARCO NORMATIVO	Resolución 0256 de 2016
DEFINICIÓN:	Expresa el tiempo de espera en días calendario, que transcurren entre la fecha de solicitud de la cita para consulta por ginecología de primera vez por parte del paciente / usuario a la IPS y la fecha en que es asignada.
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de ginecología de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.
	Fuentes del numerador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social
	Denominador: Numero total de citas de ginecología de primera vez asignadas.
	Fuentes del denominador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social
	Unidades de medida: Días
META:	10 días
PERIODICIDAD:	Mensual
DOMINIO:	Experiencia de la atención
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Jefe de consulta externa

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	821	803	1244	1084	1044	1027	880	1039	1563	997	1808	1256	13566
DENOMINADOR	148	170	187	241	223	221	194	192	270	272	362	178	2658
RESULTADOS	5,55	4,72	6,65	4,50	4,68	4,65	4,54	5,41	5,79	3,67	4,99	7,06	5,10
META:	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Se encuentra dentro del estandar	ENERO: Se continua con la monitorización del indicador
FEBRERO: Se encuentra dentro del estandar	FEBRERO: Se continua con la monitorización del indicador
MARZO: Se encuentra dentro del estandar	MARZO: Se continua con la monitorización del indicador
ABRIL: Se encuentra dentro del estandar	ABRIL: Se continua con la monitorización del indicador
MAYO: Se encuentra dentro del estandar	MAYO: Se continua con la monitorización del indicador
JUNIO: Se encuentra dentro del estandar	JUNIO: Se continua con la monitorización del indicador
JULIO: Se encuentra dentro del estandar	JULIO: Se continua con la monitorización del indicador
AGOSTO: Se encuentra dentro del estandar	AGOSTO: Se continua con la monitorización del indicador
SEPTIEMBRE: Se encuentra dentro del estandar	SEPTIEMBRE: Se continua con la monitorización del indicador
OCTUBRE: Se encuentra dentro del estandar	OCTUBRE: Se continua con la monitorización del indicador
NOVIEMBRE: Se encuentra dentro del estandar	NOVIEMBRE: Se continua con la monitorización del indicador
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

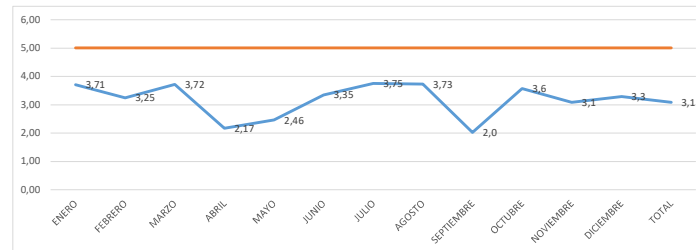
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA
NOMBRE DEL INDICADOR:	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Obstétrica
CODIGO:	P. 3.6
MARCO NORMATIVO	Resolución 0256 de 2016
DEFINICIÓN:	Expresa el tiempo de espera en días calendario, que transcurren entre la fecha de solicitud de la cita para consulta por Obstetricia de primera vez por parte del paciente / usuario a la IPS y la fecha en que es asignada.
FORMULA DE MEDICION:	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.
	Fuentes del numerador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social
	Denominador: Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas.
	Fuentes del denominador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social
	Unidades de medida: Días
META:	5 días
PERIODICIDAD:	Mensual
DOMINIO:	Experiencia de la atención
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	jefe de consulta externa

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	397	299	446	380	455	556	642	719	602	754	658	658	6566
DENOMINADOR	107	92	120	175	185	166	171	193	298	211	213	200	2131
RESULTADOS	3,71	3,25	3,72	2,17	2,46	3,35	3,75	3,73	2,0	3,6	3,1	3,3	3,1
META:	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Se encuentra dentro del estandar	ENERO: Se continua con la monitorización del indicador
FEBRERO: Se encuentra dentro del estandar	FEBRERO: Se continua con la monitorización del indicador
MARZO: Se encuentra dentro del estandar	MARZO: Se continua con la monitorización del indicador
ABRIL: Se encuentra dentro del estandar	ABRIL: Se continua con la monitorización del indicador
MAYO: Se encuentra dentro del estandar	MAYO: Se continua con la monitorización del indicador
JUNIO: Se encuentra dentro del estandar	JUNIO: Se continua con la monitorización del indicador
JULIO: Se encuentra dentro del estandar	JULIO: Se continua con la monitorización del indicador
AGOSTO: Se encuentra dentro del estandar	AGOSTO: Se continua con la monitorización del indicador
SEPTIEMBRE: Se encuentra dentro del estandar	SEPTIEMBRE: Se continua con la monitorización del indicador
OCTUBRE: Se encuentra dentro del estandar	OCTUBRE: Se continua con la monitorización del indicador
NOVIEMBRE: Se encuentra dentro del estandar	NOVIEMBRE: Se continua con la monitorización del indicador
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

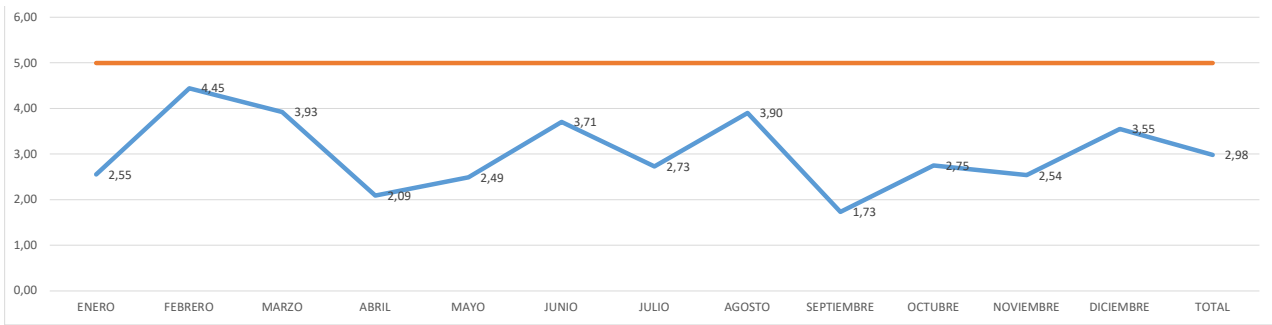
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA
NOMBRE DEL INDICADOR:	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta cirugía general
CODIGO:	P. 3.7
MARCO NORMATIVO	Resolución 0256 de 2016
DEFINICIÓN:	Expresa el tiempo de espera en días calendario, que transcurren entre la fecha de solicitud de la cita para consulta por Cirugía General de primera vez por parte del paciente / usuario a la IPS y la fecha en que es asignada.
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que asigno la cita de cirugía general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó.
	Fuentes del numerador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social
	Denominador: Número total de citas de cirugía general de primera vez asignadas.
	Fuentes del denominador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social
	Unidades de medida: Días
META:	5 días
PERIODICIDAD:	Mensual
DOMINIO:	Experiencia de la atención
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Jefe de consulta externa

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	500	769	997	583	495	808	587	675	376	597	495	511	7393
DENOMINADOR	196	173	254	279	199	218	215	173	217	217	195	144	2480
RESULTADOS	2,55	4,45	3,93	2,09	2,49	3,71	2,73	3,90	1,73	2,75	2,54	3,55	2,98
META	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

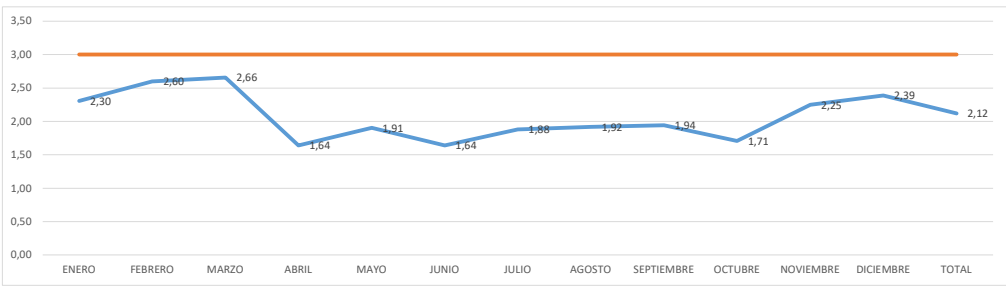
ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Se encuentra dentro del estandar	ENERO: Se continua con la monitorización del indicador
FEBRERO: Se encuentra dentro del estandar	FEBRERO: Se continua con la monitorización del indicador
MARZO: Se encuentra dentro del estandar	MARZO: Se continua con la monitorización del indicador
ABRIL: Se encuentra dentro del estandar	ABRIL: Se continua con la monitorización del indicador
MAYO: Se encuentra dentro del estandar	MAYO: Se continua con la monitorización del indicador
JUNIO: Se encuentra dentro del estandar	JUNIO: Se continua con la monitorización del indicador
JULIO: Se encuentra dentro del estandar	JULIO: Se continua con la monitorización del indicador
AGOSTO: Se encuentra dentro del estandar	AGOSTO: Se continua con la monitorización del indicador
SEPTIEMBRE: Se encuentra dentro del estandar	SEPTIEMBRE: Se continua con la monitorización del indicador
OCTUBRE: Se encuentra dentro del estandar	OCTUBRE: Se continua con la monitorización del indicador
NOVIEMBRE: Se encuentra dentro del estandar	NOVIEMBRE: Se continua con la monitorización del indicador
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA
NOMBRE DEL INDICADOR:	Oportunidad para la toma de ecografías
CODIGO:	P. 3.8
MARCO NORMATIVO	Resolución 0256 de 2016
DEFINICIÓN:	Expresa el tiempo de espera en días calendario, que transcurren entre la fecha de solicitud de la toma de Ecografías de primera vez por parte del paciente / usuario a la IPS y la fecha en que es asignada.
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se realiza la toma de ecografías y la fecha en la que se solicita.
	Fuentes del numerador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social
	Denominador: Número total de ecografías realizadas en el periodo
	Fuentes del denominador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social
	Unidades de medida: Días
META:	3 días
PERIODICIDAD	Mensual
DOMINIO:	Experiencia de la atención
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Subgerencia tecnico- científica

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	2730	2660	3547	1203	1719	1243	1707	1476	1674	1483	2352	1916	23710
DENOMINADOR	1185	1024	1335	733	902	757	908	770	862	868	1045	802,0	11191
RESULTADOS	2,30	2,60	2,66	1,64	1,91	1,64	1,88	1,92	1,94	1,71	2,25	2,39	2,12
META:	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Se encuentra dentro del estandar	ENERO: Se continua con la monitorización del indicador
FEBRERO: Se encuentra dentro del estandar	FEBRERO: Se continua con la monitorización del indicador
MARZO: Se encuentra dentro del estandar	MARZO: Se continua con la monitorización del indicador
ABRIL: Se encuentra dentro del estandar	ABRIL: Se continua con la monitorización del indicador
MAYO: Se encuentra dentro del estandar	MAYO: Se continua con la monitorización del indicador
JUNIO: Se encuentra dentro del estandar	JUNIO: Se continua con la monitorización del indicador
JULIO: Se encuentra dentro del estandar	JULIO: Se continua con la monitorización del indicador
AGOSTO: Se encuentra dentro del estandar	AGOSTO: Se continua con la monitorización del indicador
SEPTIEMBRE: Se encuentra dentro del estandar	SEPTIEMBRE: Se continua con la monitorización del indicador
OCTUBRE: Se encuentra dentro del estandar	OCTUBRE: Se continua con la monitorización del indicador
NOVIEMBRE: Se encuentra dentro del estandar	NOVIEMBRE: Se continua con la monitorización del indicador
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

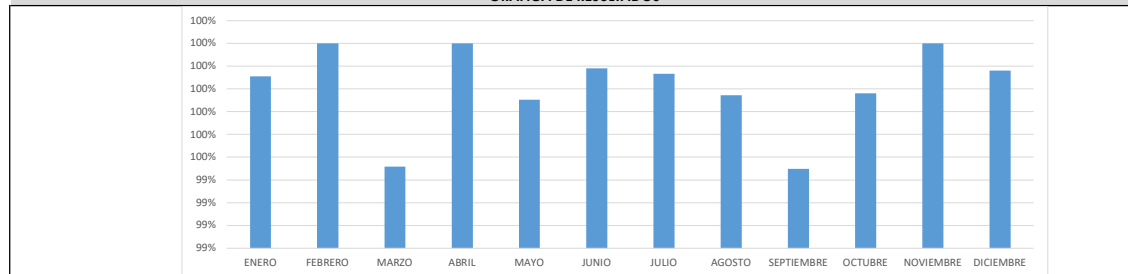
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA
NOMBRE DEL INDICADOR:	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS
CODIGO:	P. 3.14
MARCO NORMATIVO	Resolución 0256 de 2016
DEFINICIÓN:	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos en la IPS.
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?
	Fuente del numerador: Reporte de la oficina de SIAU
	Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta
	Fuente del denominador: Reporte de la oficina de SIAU
	Unidad de medida: Por 100(%)
META:	95%
PERIODICIDAD:	Mensual
DOMINIO:	Experiencia de la atención
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de SIAU

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
NUMERADOR	689	766	734	826	804	905	744	874	901	905	913	834
DENOMINADOR	690	766	738	826	806	906	745	876	906	907	913	835
RESULTADOS	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	99%	100%	100%	100%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Durante este mes los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 100%, debido a que se han mejorado servicios con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.	ENERO: Seguir brindando los mejores servicios en nuestra institución, para que los usuarios sigan estando satisfechos con el trato brindado por nuestro personal.
FEBRERO: Durante este mes los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 100%, debido a que se han mejorado servicios con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.	FEBRERO: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA
MARZO: Durante este mes los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 99%, debido a que se han mejorado servicios con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.	MARZO: Buscar la mejora de la experiencia de los usuarios a través de un servicio más accesible, eficiente y transparente, enfocar la mejora de los procesos de atención, capacitando al personal en deberes y derechos de los usuarios, el fortalecimiento de los mecanismos de retroalimentación que permitan evaluar de manera continua la
ABRIL: Durante este mes los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 99%, debido a que se han mejorado servicios con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible	ABRIL: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA (DS479 - PS344)

<p>Mayo: Durante este mes los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 99,8%, debido a que se han mejorado servicios con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo</p>	<p>Mayo: seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA (DS469 - PS335 - R 2)</p>
<p>Junio: Durante este mes los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 100%, debido a que se han mejorado servicios con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo.</p>	<p>Junio: seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA (DS469 - PS335 - R 2)</p>
<p>Julio: Durante este mes los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 100%, debido a que se han mejorado servicios con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo.</p>	<p>acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA (DS469 - PS335 - R 2)</p>
<p>Agosto: Durante este mes de agosto los resultados que nos arrojaron nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 100%, debido a que se han mejorado servicios con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo.</p>	<p>Agosto: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA (DS469 - PS335 - R 2)</p>
<p>SEPTIEMBRE: Durante este mes de septiembre los resultados que nos arrojaron nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 99%, de 906 encuestados 901 se sienten satisfechos con los servicios prestados en la Institución.</p>	<p>SEPTIEMBRE: Buscar la mejora de la experiencia de los usuarios a través de un servicio más accesible, eficiente y transparente, enfocar la mejora de los procesos de atención, capacitando al personal en deberes y derechos de los usuarios, el fortalecimiento de los mecanismos de retroalimentación que</p>
<p>OCTUBRE: Durante este mes de octubre los resultados que nos arrojaron nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 99%, de 907 encuestados 905 se sienten satisfechos con los servicios prestados en la Institución.</p>	<p>OCTUBRE: Buscar la mejora de la experiencia de los usuarios a través de un servicio más accesible, eficiente y transparente, enfocar la mejora de los procesos de atención, capacitando al personal en deberes y derechos de los usuarios, el fortalecimiento de los mecanismos de retroalimentación que permitan evaluar de manera</p>
<p>NOVIEMBRE: Durante este mes de noviembre de acuerdo con la encuesta de satisfacción de los usuarios, se obtuvo como resultado que nuestros usuarios recomendarían los servicios de nuestra institución en un 100%, de 913 encuestados 913 se sienten satisfechos con los servicios prestados en la Institución.</p>	<p>NOVIEMBRE: Buscar la mejora de la experiencia de los usuarios a través de un servicio más accesible, eficiente y transparente, enfocar la mejora de los procesos de atención, capacitando al personal en deberes y derechos de los usuarios, el fortalecimiento de los mecanismos de retroalimentación que permitan evaluar de manera</p>
<p>DICIEMBRE: Durante este mes de diciembre de acuerdo con la encuesta de satisfacción de los usuarios, se obtuvo como resultado que nuestros usuarios recomendarían los servicios de nuestra institución en un 100%, de 913 encuestados 835 se sienten satisfechos con los servicios prestados en la Institución.</p>	<p>DICIEMBRE: Buscar la mejora de la experiencia de los usuarios a través de un servicio más accesible, eficiente y transparente, enfocar la mejora de los procesos de atención, capacitando al personal en deberes y derechos de los usuarios, el fortalecimiento de los mecanismos de retroalimentación que permitan evaluar de manera continua la satisfacción de los usuarios (MB692 - B142 - R 1- MM 0)</p>

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F

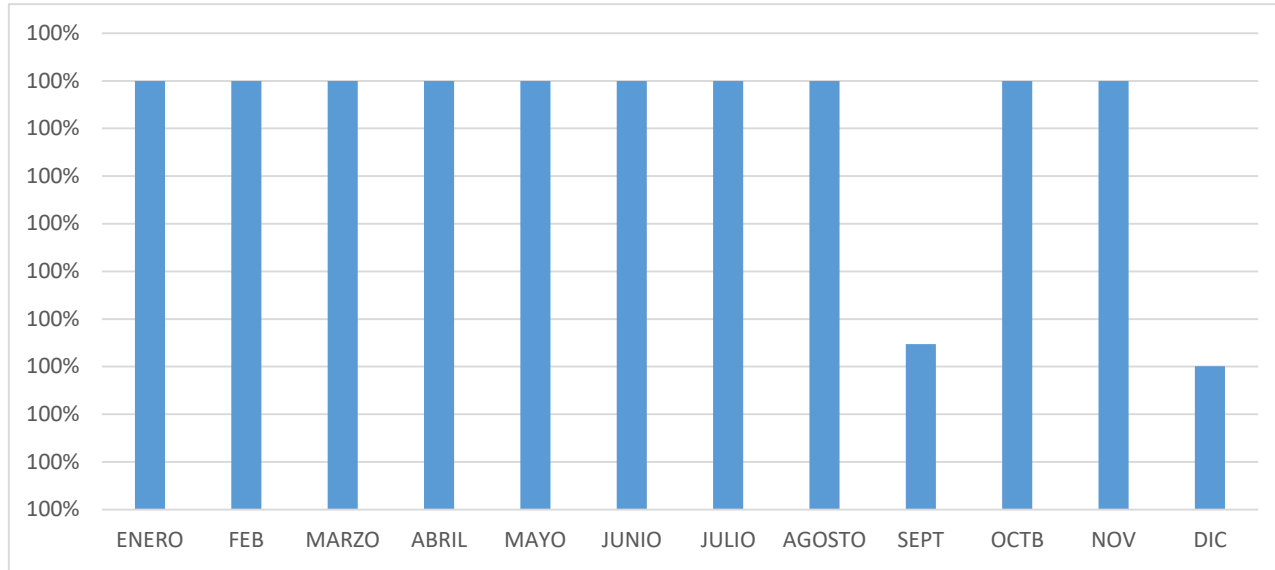
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA
NOMBRE DEL INDICADOR:	Proporcion de usuarios que recomendaria la IPS a familiares y amigos
CODIGO:	P. 3.15
MARCO NORMATIVO	Resolución 0256 de 2016
DEFINICIÓN:	Expresa la proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de usuarios que respondieron "definitivamente sí" o "probablemente sí" a la pregunta ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?
	Fuente del numerador: Reporte de la oficina de SIAU
	Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta
	Fuente del denominador: Reporte de la oficina de SIAU
	Unidad de medida: Por 100(%)
META:	>95%
PERIODICIDAD:	Mensual
DOMINIO:	Experiencia de la atención
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de La oficina SIAU

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENERO	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCTB	NOV	DIC
NUMERADOR	690	766	738	826	806	906	745	876	904	907	913	834
DENOMINADOR	690	766	738	826	806	906	745	876	905	907	913	835
RESULTADOS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS**ANALISIS DEL INDICADOR****ACCIONES A TOMAR**

ENERO: Durante el mes nuestros usuarios encuestados recomendarían nuestra institución en un 100%, debido a que con esfuerzo y dedicación por parte del personal que labora se han mejorado los servicios ofertados con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.

ENERO: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

FEBRERO: Durante este mes los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 100%, debido a que se han mejorado servicios con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.

FEBRERO: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA

MARZO Durante este mes los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 100%, debido a que se han mejorado servicios con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.

MARZO: Buscar la mejora de la experiencia de los usuarios a través de un servicio más accesible, eficiente y transparente, enfocar la mejora de los procesos de atención, capacitando al personal en deberes y derechos de los usuarios, el fortalecimiento de los mecanismos de retroalimentación que permitan evaluar de manera

ABRIL: Durante este mes los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 100%, debido a que se han mejorado servicios con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.

ABRIL: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA (DS618 - PS208)

<p>MAYO: Durante este mes los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 100%, debido a que evidencia un buen servicio en todas las áreas de la Institución.</p>	<p>MAYO: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA (DS 641- PS165)</p>
<p>Junio: Durante este mes los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 100%, debido a que evidencia un buen servicio en todas las áreas de la Institución.</p>	<p>Junio: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA (DS 641- PS165)</p>
<p>JULIO: Durante este mes los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 100%, debido a que evidencia un buen servicio en todas las áreas de la Institución.</p>	<p>JULIO: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA (DS 641- PS165)</p>
<p>AGOSTO: Durante este mes los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 100%, debido a que evidencia un buen servicio en todas las áreas de la Institución.</p>	<p>AGOSTO: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA (DS 641- PS165)</p>

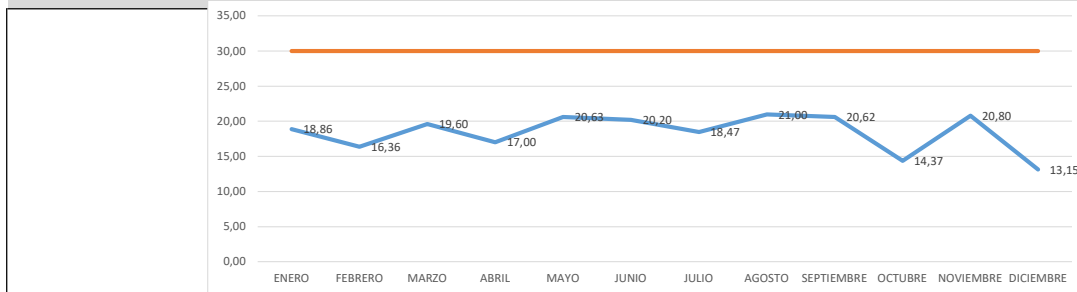
<p>SEPTIEMBRE: Durante este mes los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 99%, debido a que evidencia un buen servicio en todas las áreas de la Institución.</p>	<p>SEPTIEMBRE: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA (DS 887- PS17- DN 1)</p>
<p>OCTUBRE: Durante este mes los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 99%, debido a que evidencia un buen servicio en todas las áreas de la Institución.</p>	<p>OCTUBRE: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA.</p>
<p>NOVIEMBRE: Durante este mes de noviembre los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 100%, debido a que evidencia un buen servicio en todas las áreas de la Institución.</p>	<p>NOVIEMBRE: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA.</p>
<p>DICIEMBRE: Durante este mes de noviembre los resultados que nos arrojaron de los nuestros usuarios encuestados que recomendarían los servicios de nuestra institución en un 100%, debido a que evidencia un buen servicio en todas las áreas de la Institución.</p>	<p>DICIEMBRE: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompañamientos por cada uno de los servicios que requieren y hacerlos sentir que forman parte de una familia llamada ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA. (DS 831- PS3- DN 1)</p>

PROCESO:	GESTIÓN DE ATENCIÓN EN URGENCIAS
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tiempo promedio de espera en la atención del paciente clasificado como TRIAGE 2 en el servicio de urgencias.
CODIGO:	P. 3.10
MARCO NORMATIVO	Resolución 0256 de 2016
DEFINICIÓN:	Expresa el tiempo de espera en minutos para paciente clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de Urgencias por médico.
FORMULA DE MEDICION:	Númerador: Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de que el pacientes es clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en consulta de urgencias por médico Fuentes del numerador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social Denominador: Número total de pacientes clasificados como Triage 2 en un periodo determinado Fuentes del denominador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social Unidades de medida: Minutos
META:	30 minutos
PERIODICIDAD:	Mensual
DOMINIO:	Experiencia de la atención
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Subgerencia tecnico- científica

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	1641	1129	1509	986	1609	1434	1182	1554	1134	589	1165	881	14813
DENOMINADOR	87	69	77	58	78	71	64	74	55	41	56	67	797
RESULTADOS	18,86	16,36	19,60	17,00	20,63	20,20	18,47	21,00	20,62	14,37	20,80	13,15	18,59
META:	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: INDICADOR OPORTUNO	ENERO:
FEBRERO: INDICADOR OPORTUNO	FEBRERO:
MARZO: INDICADOR OPORTUNO	MARZO:
ABRIL:INDICADOR OPORTUNO	ABRIL:
MAYO:INDICADOR OPORTUNO	MAYO:
JUNIO: INDICADOR OPORTUNO	JUNIO:
JULIO: INDICADOR OPORTUNO	JULIO:
AGOSTO:INDICADOR OPORTUNO	AGOSTO:
SEPTIEMBRE:INDICADOR OPORTUNO	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE: INDICADOR OPORTUNO	OCTUBRE:
NOVIEMBRE:INDICADOR OPORTUNO	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:INDICADOR OPORTUNO	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

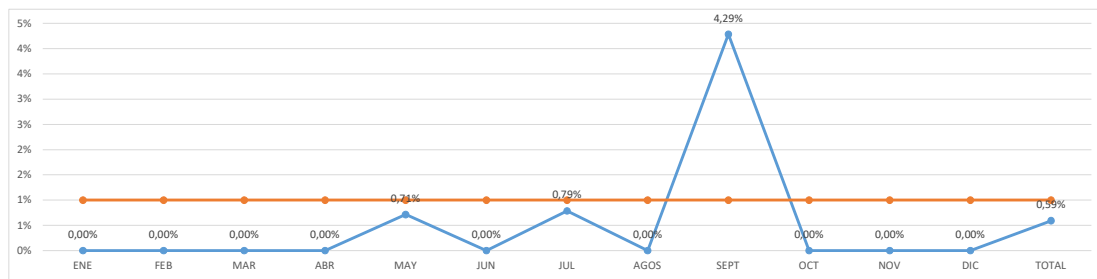
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN SERVICIO QUIRÚRGICO
NOMBRE DEL INDICADOR:	Proporción de cancelación de cirugía.
PROPOSITO:	Establecer un mecanismo de seguimiento y control sobre las cirugías programadas que son canceladas
DEFINICIÓN:	Expresa la proporción de cirugías programadas en quirófano que son canceladas por causa atribuidas a la institución.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución
	Fuente del numerador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social
	Denominador: Número total de cirugías programadas
	Fuente del denominador: Reporte del prestador al Ministerio de salud y protección social Unidad de medida: Por 100(%)
META:	2%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	Cirugía
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de Cirugia

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	1	0	1	0	6	0	0	0	8
DENOMINADOR	125	86	118	107	140	95	127	104	140	108	100	99	1349
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,71%	0,00%	0,79%	0,00%	4,29%	0,00%	0,00%	0,00%	0,59%
META:	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

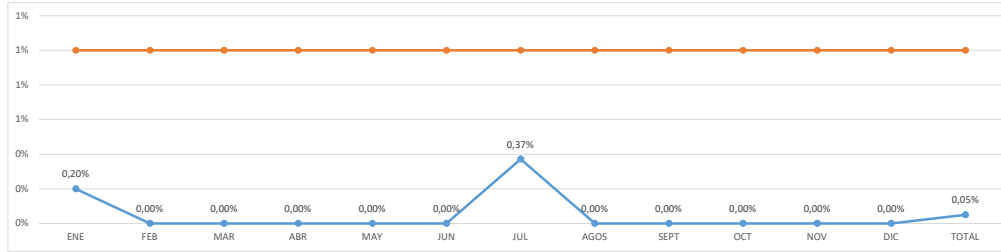
ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Durante el mes evaluado de los 118 Pacientes atendidos en el servicio de cx no se presento cancelacion de cirugía atribuibles a la institución	no se requieren planes de mejoramiento
FEBRERO: Durante el mes evaluado de los 86 Pacientes atendidos en el servicio de cx no se presento cancelacion de cirugía atribuibles a la institución	no se requieren planes de mejoramiento
MARZO: Durante el mes evaluado de los 118 Pacientes atendidos en el servicio de cx no se presento cancelacion de cirugía atribuibles a la institución	no se requieren planes de mejoramiento
ABRIL: Durante el mes evaluado de los 107 Pacientes atendidos en el servicio de cx no se presento cancelacion de cirugía atribuibles a la institución	no se requieren planes de mejoramiento
MAYO: Durante el mes evaluado de los 140 Pacientes atendidos en el servicio de cx Se presento una cancelacion de cirugía atribuibles a la institución	no se requieren planes de mejoramiento
JUNIO: Durante el mes evaluado de los 95 Pacientes atendidos en el servicio de cx no se presento cancelacion de cirugía atribuibles a la institución	no se requieren planes de mejoramiento
JULIO: Durante el mes evaluado de los 127 Pacientes atendidos en el servicio de cx Se presento una cancelacion de cirugía atribuibles 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 presento una cancelacion de cirugía atribuibles 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 presento 6 cancelacion de cirugía atribuibles a la institución	se evidencia que se reprogramaron las cirugía ya que se cancelaron por daño en el autoclave
OCTUBRE: Durante el mes evaluado de los 108 Pacientes atendidos en el servicio de cx NO se presento cancelacion de cirugía atribuibles a la institución	OCTUBRE: no se requieren planes de mejoramiento
NOVIEMBRE:	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

PROCESO:	GESTIÓN DE SERVICIO HOSPITALIZACIÓN
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días.
PROPOSITO:	Evaluar la continuidad y efectividad de la atención hospitalaria mediante el seguimiento de los reingresos de pacientes en un periodo menor a 15 días por el mismo diagnóstico
DEFINICIÓN:	Expresa la proporción de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días, en un periodo determinado.
MARCO NORMATIVO:	Resolución 0256 de 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución antes de 15 días por el mismo
	Fuente del numerador: RIPS- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
	Denominador: Número total de egresos vivos atendidos en el servicio de hospitalización en el periodo.
	Fuente del denominador: RIPS- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
META:	<1%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	Hospitalización
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider servicio de hospitalización

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	6
DENOMINADOR	1003	908	910	1113	1111	1085	1076	1058	961	976	976	950	12127
RESULTADOS	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,37%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,05%
META:	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

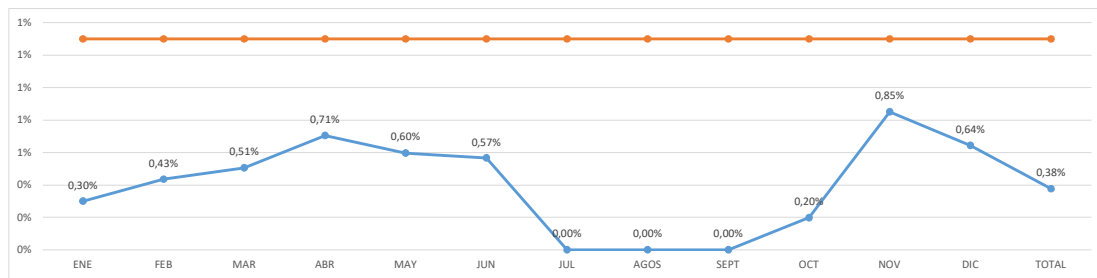
ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Durante el mes evaluado de los 1003 Pacientes atendidos en el hospital Se presento dos reingresos despues de 15 dias	no se requieren planes de mejoramiento
FEBRERO: Durante el mes evaluado de los 908 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento reingresos despues de 15 dias	no se requieren planes de mejoramiento
MARZO: Durante el mes evaluado de los 910 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento reingresos despues de 15 dias	no se requieren planes de mejoramiento
ABRIL: Durante el mes evaluado de los 1113 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento reingresos despues de 15 dias	no se requieren planes de mejoramiento
MAYO: Durante el mes evaluado de los 1111 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento reingresos despues de 15 dias	no se requieren planes de mejoramiento
JUNIO: Durante el mes evaluado de los 1085 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento reingresos despues de 15 dias	no se requieren planes de mejoramiento
JULIO: Durante el mes evaluado de los 1076 Pacientes atendidos en el hospital Se presento 4 reingresos despues de 15 dias en el servicio de hospitalizacion	no se requieren planes de mejoramiento
AGOSTO: Durante el mes evaluado de los 1058 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento reingresos despues de 15 dias en el servicio de hospitalizacion	no se requieren planes de mejoramiento
SEPTIEMBRE: Durante el mes evaluado de los 961 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento reingresos despues de 15 dias en el servicio de hospitalizacion	no se requieren planes de mejoramiento
OCTUBRE: Durante el mes evaluado de los 976 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento reingresos despues de 15 dias en el servicio de hospitalizacion	OCTUBRE: no se requieren planes de mejoramiento
NOVIEMBRE:	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

PROCESO:	GESTIÓN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCIÓN DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS
PROPOSITO:	Evaluar la continuidad y efectividad de la atención brindada en el servicio de urgencias, mediante el seguimiento de los casos de reingreso por el mismo diagnóstico en un período menor a 72 horas.
DEFINICIÓN:	Expresa la proporción de pacientes atendidos en urgencias que reingresan al mismo servicio de la misma institución por el mismo diagnóstico de egreso dentro de las 72 horas posterior.
MARCO NORMATIVO:	Resolución 0256 de 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de las 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso
	Fuente del numerador: RIPS- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
	Denominador: Numero total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias durante el periodo definido.
	Fuente del denominador: RIPS- Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
	Unidad de medida: Por 100(%)
META:	<1,3%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	Urgencias
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de Urgencias

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	9	12	15	18	17	15	0	0	0	6	22	16	130
DENOMINADOR	3000	2759	2967	2553	2847	2646	3252	3257	3135	3023	2584	2483	34506
RESULTADOS	0,30%	0,43%	0,51%	0,71%	0,60%	0,57%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,85%	0,64%	0,38%
META:	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%	1,30%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO :En un mes, se atendieron un total de 3,000 pacientes, de los cuales solo 9 fueron reingresos, lo que representa una tasa del 0.3%. Esta cifra indica que la mayoría de los pacientes no requieren una nueva atención de urgencia tras su primera consulta. Los diagnósticos de reingreso son variados, destacando la migraña con 2 casos, mientras que otros padecimientos, como otitis media, cólico renal y alergias, presentan un solo caso cada uno. Además, se registró un caso poco común de mordedura o ataque de mamíferos en calles y carreteras.	Continuar con la vigilancia y auditoria de historias clínicas
FEBRERO :En un mes, se atendieron un total de 2759 pacientes, de los cuales solo 12 fueron reingresos, lo que representa una tasa del 0.4%. Esta cifra indica que la mayoría de los pacientes no requieren una nueva atención de urgencia tras su primera consulta.	Continuar con la vigilancia y auditoria de historias clínicas
MARZO :En un mes, se atendieron un total de 2967 pacientes, de los cuales solo 15 fueron reingresos, lo que representa una tasa del 0.4%. Esta cifra indica que la mayoría de los pacientes no requieren una nueva atención de urgencia tras su primera consulta.	Continuar con la vigilancia y auditoria de historias clínicas

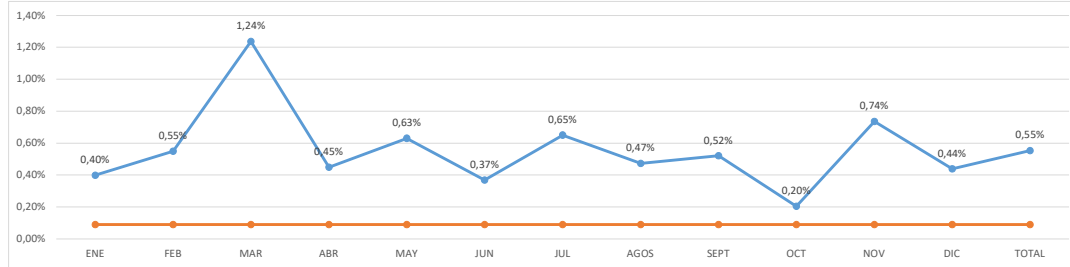
<p>ABRIL: En un mes, se atendieron un total de 2553 pacientes, de los cuales solo 18 fueron reingresos, lo que representa una tasa del 0.4%. Esta cifra indica que la mayoría de los pacientes no requieren una nueva atención de urgencia tras su primera consulta.</p>	<p>Continuar con la vigilancia y auditoria de historias clinicas</p>
<p>MAYO:En un mes, se atendieron un total de 2847 pacientes, de los cuales solo 17 fueron reingresos, lo que representa una tasa del 0.4%. Esta cifra indica que la mayoría de los pacientes no requieren una nueva atención de urgencia tras su primera consulta.</p>	<p>Continuar con la vigilancia y auditoria de historias clinicas</p>
<p>JUNIO: En un mes, se atendieron un total de 2847 pacientes, de los cuales solo 17 fueron reingresos, lo que representa una tasa del 0.4%. Esta cifra indica que la mayoría de los pacientes no requieren una nueva atención de</p>	<p>Continuar con la vigilancia y auditoria de historias clinicas</p>
<p>JULIO: En un mes, se atendieron un total de 23252 pacientes, de los cuales solo 0 fueron reingresos, lo que representa una tasa . Esta cifra indica que la mayoría de los pacientes no requieren una nueva atención de</p>	<p>Continuar con la vigilancia y auditoria de historias clinicas</p>
<p>AGOSTO: En un mes, se atendieron un total de 3257 pacientes, de los cuales solo 17 fueron reingresos, lo que representa una tasa del 0.4%. Esta cifra indica que la mayoría de los pacientes no requieren una nueva atención de</p>	<p>Continuar con la vigilancia y auditoria de historias clinicas</p>
<p>SEPTIEMBRE: En un mes, se atendieron un total de 2847 pacientes, %. Esta cifra indica que la mayoría de los pacientes no requieren una nueva atención de</p>	<p>Continuar con la vigilancia y auditoria de historias clinicas</p>
<p>OCTUBRE: En un mes, se atendieron un total de 3023 pacientes, de los cuales solo 6 fueron reingresos, lo que representa una tasa del 0.6%. Esta cifra indica que la mayoría de los pacientes no requieren una nueva atención de</p>	<p>se monta plan de mejora con un capacitacion en reingreso</p>
<p>NOVIEMBRE:</p>	<p>NOVIEMBRE:</p>
<p>DICIEMBRE:</p>	<p>DICIEMBRE:</p>

PROCESO:	GESTIÓN DE SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de Mortalidad Menor a 48 horas.
PROPOSITO:	monitorear la tasa de mortalidad menor a 48 horas como parámetro de calidad y seguridad, facilitando la identificación temprana de factores de riesgo y oportunidades de mejora en la atención hospitalaria, promoviendo la investigación, formación y toma de decisiones basadas en evidencias para optimizar los resultados clínicos de los pacientes.
DEFINICIÓN:	Expresa la mortalidad menor a 48 Horas en la institución
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de mortalidades menores de 48 horas presentadas en la institución.
	Fuente del numerador: RUAF -ND-Nacidos dispuestos en SISPRO Ministerio de Salud y Protección
	Denominador: Egresos hospitalarios (estancia mayor a 6 horas en el servicio de urgencia)
	Fuente del denominador: Reporte generado por el área de estadística
	Unidad de medida: Por 100(%)
META:	0,09%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	HOSPITALIZACIÓN
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiología

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	4	5	12	5	7	4	7	5	5	2	7	4	67
DENOMINADOR	1003	910	970	1113	1111	1085	1076	1058	961	976	950	911	12124
RESULTADOS	0,40%	0,55%	1,24%	0,45%	0,63%	0,37%	0,65%	0,47%	0,52%	0,20%	0,74%	0,44%	0,55%
META:	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%	0,09%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO-25: La mortalidad menor de 48 horas en nuestra institución fue de 4 casos, pacientes con enfermedades crónicas que ingresaron al servicio de urgencias en muy malas condiciones generales. La meta es del 3º/100. Nuestro indicador fue del 3,9º/100.	ENERO:
FEBRERO-25: Se presentaron 5 casos de mortalidad menor de 48 horas, pacientes de edad adulta mayor pluri-patologicos, con enfermedades crónicas y terminales.	FEBRERO:
MARZO-25: Se presentaron 12 casos de mortalidad menor de 48 horas, pacientes de edad adulta mayor pluri-patologicos, con enfermedades crónicas y terminales. Se presento 1 caso de un paciente por herida traumática en abdomen por arma corto-punzante presenta choque hipovolemico, fallece en cirugía.	MARZO:
ABRIL-25: Se presentaron 5 casos de mortalidad menor de 48 horas, pacientes de edad adulta mayor pluri-patologicos, con enfermedades crónicas y terminales. Se presento 1 caso de accidente de transito, con trauma craneo-encefalico severo, hemorragia sub-aracnoidea.	ABRIL:
MAYO-25: Se presentaron 7 casos de mortalidad menor de 48 horas, pacientes de edad adulta mayor pluri-patologicos, con enfermedades crónicas y terminales. Se presento 1 muerte en paciente masculino de 41 años con estatus convulsivo, broncoaspiración severa.	MAYO:
JUNIO-25: Se presentaron 4 casos de mortalidad menor de 48 horas, pacientes de edad adulta mayor pluri-patologicos, con enfermedades crónicas y terminales.	JUNIO:
JULIO-25: Se presentaron 7 casos de mortalidad menor de 48 horas, pacientes de edad adulta mayor pluri-patologicos, con enfermedades crónicas y terminales.	JULIO:
AGOSTO-25: Se presentaron 5 casos de mortalidad menor de 48 horas, pacientes de edad adulta mayor pluri-patologicos, con enfermedades crónicas y terminales.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25: Se presentaron 5 casos de mortalidad menor de 48 horas, pacientes de edad adulta mayor pluri-patologicos, con enfermedades crónicas y terminales. Se presento 1 muerte en un recién nacido remitido de Paez-Cauca el cual falleció en la ambulancia de la ESE de Tierradentro.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: Se presentaron 2 casos de mortalidad menor de 48 horas, pacientes de edad adulta mayor pluri-patologicos, con enfermedades crónicas y terminales.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25: Se presentaron 7 casos de mortalidad menor de 48 horas, pacientes de edad adulta mayor pluri-patologicos, con enfermedades crónicas y terminales. Se presento 1 mortalidad en UCI por diagnóstico de choque séptico, colangitis séptica, procedente del centro penitenciario de la plata, fue certificada mediante necropsia por medicina legal.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25: Se presentaron 4 casos de mortalidad menor de 48 horas, pacientes pluri-patologicos, con enfermedades crónicas y terminales. Se presento 1 mortalidad en UCI de mortalidad materna, análisis realizado en la secretaria de salud departamental.	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

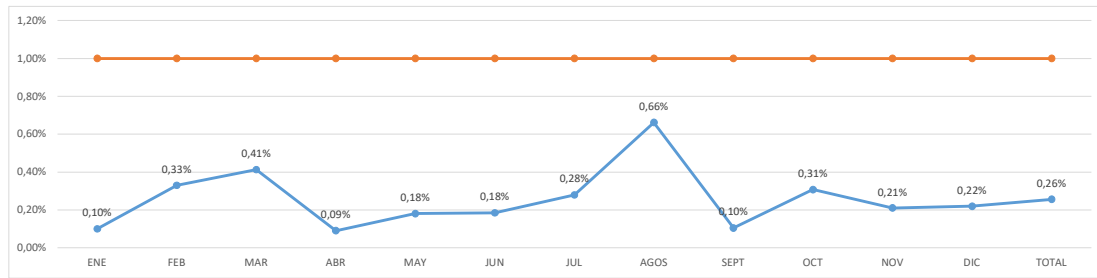
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
PROPOSITO:	Evaluar la efectividad de la atención hospitalaria en pacientes que superan las primeras 48 horas de ingreso, identificando posibles fallas en el manejo clínico, seguimiento y continuidad del cuidado.
DEFINICIÓN:	Expresa el nivel de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso.
	Fuente del numerador: Reporte del prestador del servicio
	Denominador: Total de ingresos hospitalarios
	Fuente del denominador: Base de datos dinámica / estadístico.
Unidad de medida: Por 100(%)	
META:	1,00%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	HOSPITALIZACIÓN
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Líder de la oficina de Epidemiología

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	1	3	4	1	2	2	3	7	1	3	2	2	31
DENOMINADOR	1003	910	970	1113	1111	1085	1076	1058	961	976	950	911	12124
RESULTADOS	0,10%	0,33%	0,41%	0,09%	0,18%	0,18%	0,28%	0,66%	0,10%	0,31%	0,21%	0,22%	0,26%
META:	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO-25: Se presentó 1 mortalidad mayor de 48 horas en paciente de edad avanzada con enfermedad terminal y con infección pulmonar y enfermedades cardiovasculares.	ENERO:
FEBRERO-25: Se presentaron 3 muertes mayores de 48 horas en nuestra institución, pacientes que ingresaron por urgencias y por su estado crítico son pasados a UCI, a los cuales se les brindó una atención integral por parte del personal médico y paramédico, pero por sus complicaciones y sus comorbilidades fallecen.	FEBRERO:
MARZO-25: Se presentaron 4 muertes mayores de 48 horas en nuestra institución, pacientes que ingresan en malas condiciones generales, con necesidad de ingresar a UCI por necesidad de monitoreo continuo, pero pese a todos los esfuerzos terapéuticos fallecen.	MARZO:
ABRIL-25: Se presentó 1 muerte mayor de 48 horas en nuestra institución, pacientes que ingresan en malas condiciones generales, con necesidad de ingresar a UCI por necesidad de monitoreo continuo, pero pese a todos los esfuerzos terapéuticos fallecen.	ABRIL:
MAYO-25: Se presentaron 2 muertes mayores de 48 horas en nuestra institución, pacientes que ingresan en malas condiciones generales, con necesidad de ingresar a UCI por necesidad de monitoreo continuo, pero pese a todos los esfuerzos terapéuticos fallecen.	MAYO:
JUNIO-25: Se presentaron 2 muertes mayores de 48 horas en nuestra institución, pacientes que ingresan en malas condiciones generales, con necesidad de ingresar a UCI por necesidad de monitoreo continuo, pero pese a todos los esfuerzos terapéuticos fallecen.	JUNIO:
JULIO-25: Se presentaron 3 muertes mayores de 48 horas en nuestra institución, pacientes que ingresan en malas condiciones generales, con necesidad de ingresar a UCI por necesidad de monitoreo continuo, pero pese a todos los esfuerzos terapéuticos fallecen.	JULIO:
AGOSTO-25: Se presentaron 7 muertes mayores de 48 horas en nuestra institución, pacientes que ingresan en malas condiciones generales, con necesidad de ingresar a UCI por necesidad de monitoreo continuo, pero pese a todos los esfuerzos terapéuticos fallecen.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25: Se presentó 1 muerte mayor de 48 horas en nuestra institución, pacientes que ingresan en malas condiciones generales, con necesidad de ingresar a UCI por necesidad de monitoreo continuo, pero pese a todos los esfuerzos terapéuticos fallecen.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: Se presentaron 3 muertes mayores de 48 horas en nuestra institución, pacientes que ingresan en malas condiciones generales, con necesidad de ingresar a UCI por necesidad de monitoreo continuo, pero pese a todos los esfuerzos terapéuticos fallecen.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25: Se presentaron 2 muertes mayores de 48 horas en nuestra institución, pacientes que ingresan en malas condiciones generales, fallecen en el servicio de hospitalización.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25: Se presentaron 2 muertes mayores de 48 horas en nuestra institución, pacientes que ingresan en malas condiciones generales, fallecen en el servicio de hospitalización.	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

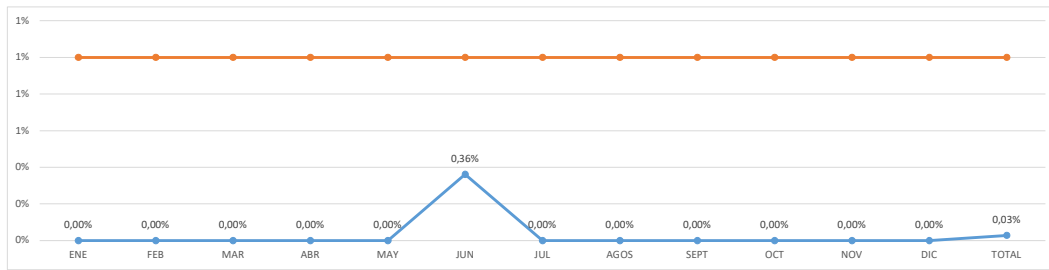
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO
NOMBRE DEL INDICADOR:	Proporción de eventos adversos relacionados con caídas en la unidad de cuidados intensivos
PROPOSITO:	Implementar acciones de mejora orientadas a garantizar la seguridad del paciente, reducir la ocurrencia de eventos adversos y promover una atención oportuna, segura y centrada en el usuario.
DEFINICIÓN:	Expresa el número de eventos adversos relacionados con caídas en la UCI
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de eventos adversos relacionados con caídas en la UCI
	Fuente del numerador: Reporte del coordinador de seguridad del paciente y estadística.
	Denominador: Total de personas egresos vivos de la unidad de UCI en el periodo
	Fuente del denominador: RIPS-Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social. Unidad de medida: Por 100[%]
META:	1%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	UCI
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	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
DENOMINADOR	207	228	215	214	230	277	297	271	213	252	950	156	3510
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,36%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%
META:	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Durante el mes evaluado de los 207 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
FEBRERO: Durante el mes evaluado de los 228 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
MARZO: Durante el mes evaluado de los 215 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
ABRIL: Durante el mes evaluado de los 214 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
MAYO: Durante el mes evaluado de los 230 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
JUNIO: Durante el mes evaluado de los 277 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
JULIO: Durante el mes evaluado de los 297 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
AGOSTO: Durante el mes evaluado de los 271 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
SEPTIEMBRE: Durante el mes evaluado de los 213 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
OCTUBRE:	OCTUBRE:
NOVIEMBRE:	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

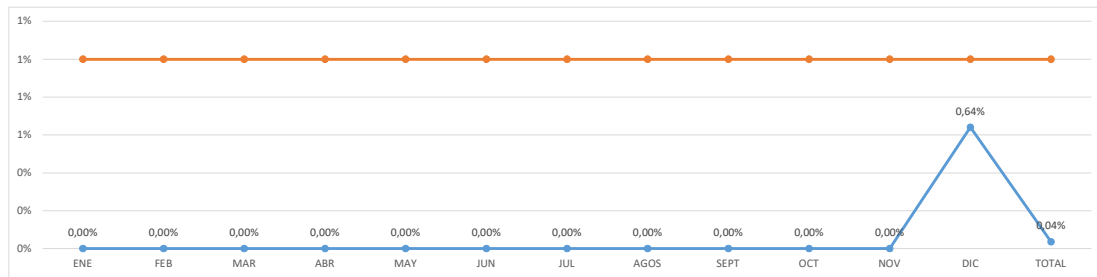
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de úlceras por presión en UCI
PROPOSITO:	Implementar un sistema de seguimiento y control de la aparición de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en UCI, con el fin de evaluar la calidad del cuidado brindado durante la estancia hospitalaria en UCI.
DEFINICIÓN:	Expresa el número de pacientes hospitalizados en UCI que durante su permanencia desarrollan úlceras por presión en un periodo determinado.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	<p>Numerador: Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en el servicio de UCI, en el periodo</p> <p>Fuente del numerador: Reporte del coordinador de seguridad del paciente y estadística.</p> <p>Denominador: Sumatoria de días estancia de los pacientes en los servicios de UCI</p> <p>Fuente del denominador: RIPS-Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social.</p> <p>Unidad de medida: 1000 Días de estancia</p>
META:	1%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	UCI
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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
DENOMINADOR	207	228	215	214	230	277	297	271	213	252	232	156	2792
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,64%	0,04%
META:	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Durante el mes evaluado de los 207 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento upp	no se requieren planes de mejoramiento
FEBRERO: Durante el mes evaluado de los 228 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento upp	no se requieren planes de mejoramiento
MARZO: Durante el mes evaluado de los 215 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento upp	no se requieren planes de mejoramiento
ABRIL: Durante el mes evaluado de los 214 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento upp	no se requieren planes de mejoramiento
MAYO: Durante el mes evaluado de los 230 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento upp	no se requieren planes de mejoramiento
JUNIO: Durante el mes evaluado de los 277 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento upp	no se requieren planes de mejoramiento
JULIO: Durante el mes evaluado de los 297 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento upp	no se requieren planes de mejoramiento
AGOSTO: Durante el mes evaluado de los 271 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento upp	no se requieren planes de mejoramiento
SEPTIEMBRE: Durante el mes evaluado de los 213 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento upp	no se requieren planes de mejoramiento
OCTUBRE: Durante el mes evaluado de los 976 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento UPP	OCTUBRE: No se realizo plan de mejora
NOVIEMBRE:	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

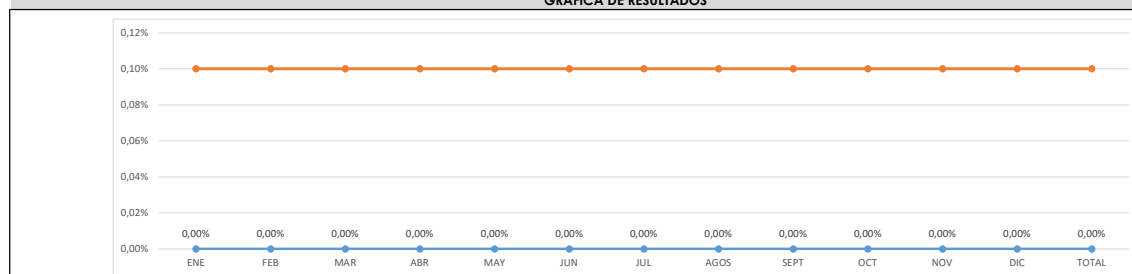
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE SERVICIO UCI
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociadas a Catéter (ISTU-AC)
PROPOSITO:	Evaluar el riesgo de infecciones urinarias graves asociadas al uso de catéteres urinarios en pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI).
DEFINICIÓN:	Es un estimador del riesgo de ISTU-AC en la población de pacientes con catéter en la unidad de cuidado intensivo UCI
MARCO NORMATIVO:	Resolución 0256 de 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Sumatoria de los casos nuevos de infección del tracto urinario asociada a cateter en un mes de seguimiento
	Fuente del numerador: Reporte IAAS -Institución nacional de salud INS
	Denominador: Número días catéter urinario UCI (adulto) en un mes de seguimiento
	Fuente del denominador: Reporte IAAS -Institución nacional de salud INS
	Unidad de medida: Por 1,000 días de cateter urinario
META:	< 0,1% 5 casos por cada 1.000 días de cateter urinario
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	UCI
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiologia

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DENOMINADOR	71	69	59	57	32	36	57	98	66	88	60	18	711
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
META:	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

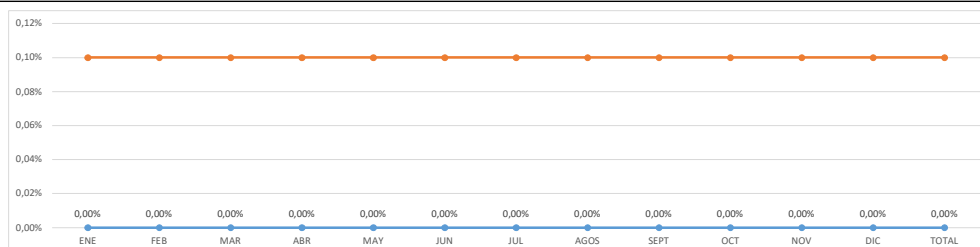
ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO-25:Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter ISTU-AC: 0/71= 0%/°. En 71 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de ENERO-25.	ENERO:
FEBRERO-25:Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter ISTU-AC: 0/69= 0%/°. En 69 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de FEBRERO-25.	FEBRERO:
MARZO-25:Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter ISTU-AC: 0/59= 0%/°. En 59 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de MARZO-25.	MARZO:
ABRIL-25:Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter ISTU-AC: 0/57= 0%/°. En 57 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de ABRIL-25.	ABRIL:
MAYO-25:Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter ISTU-AC: 0/32= 0%/°. En 32 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de MAYO-25.	MAYO:
JUNIO-25:Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter ISTU-AC: 0/36= 0%/°. En 36 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de JUNIO-25.	JUNIO:
JULIO-25:Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter ISTU-AC: 0/57= 0%/°. En 57 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de JULIO-25.	JULIO:
AGOSTO-25:Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter ISTU-AC: 0/98= 0%/°. En 98 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de AGOSTO-25.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25:Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter ISTU-AC: 0/66= 0%/°. En 98 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de AGOSTO-25.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25:Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter ISTU-AC: 0/88= 0%/°. En 98 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de OCTUBRE-25.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25:Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter ISTU-AC: 0/60= 0%/°. En 60 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de NOVIEMBRE-25.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25:Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter ISTU-AC: 0/18= 0%/°. En 18 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de DICIEMBRE-25.	DICIEMBRE:

PROCESO:	GESTIÓN DE SERVICIO UCI
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de incidencia de infecciones del torrente sanguíneo asociados a catéter ITS -AC
PROPOSITO:	Evaluar el riesgo de infecciones graves asociadas al uso de catéteres centrales en pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI).
DEFINICIÓN:	Es un estimador del riesgo de ITS -AC en la población de pacientes con catéter central en la Unidad de cuidados intensivos UCI.
MARCO NORMATIVO:	Resolucion 3100 de 2019
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Sumatoria de los casos nuevos de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter en un mes de seguimiento
	Fuente del numerador: Reporte IAAS -Institución nacional de salud INS
	Denominador: Número días cateter central en UCI (adulto) en el mes de seguimiento
	Fuente del denominador: Reporte IAAS -Institución nacional de salud INS
	Unidad de medida: Par 1.000 días de cateter central
META:	< 0,1% 5 casos por cada 1.000 días de cateter central
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	UCI
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Líder de la oficina de Epidemiología

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DENOMINADOR	39	21	16	10	25	27	25	45	28	46	19	5	306
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
META:	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

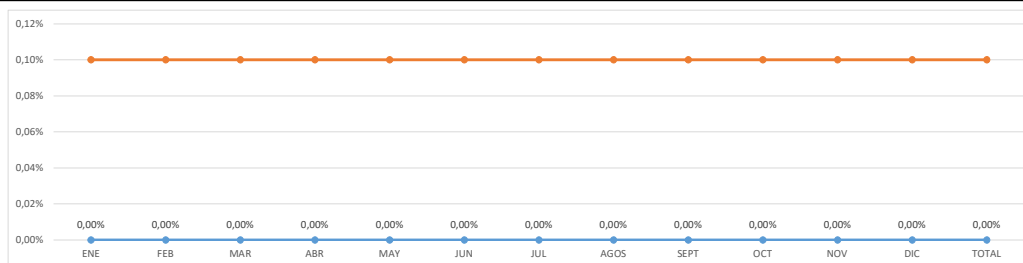
ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO-25:Tasa de Incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a cateter venoso central: 0/39= 0%/0En 39 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de ENERO-25.	ENERO:
FEBRERO-25:Tasa de Incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a cateter venoso central: 0/21= 0%/0En 21 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de FEBRERO-25.	FEBRERO:
MARZO-25:Tasa de Incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a cateter venoso central: 0/16= 0%/0En 16 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de MARZO-25.	MARZO:
ABRIL-25:Tasa de Incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a cateter venoso central: 0/10= 0%/0En 10 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de ABRIL-25.	ABRIL:
MAYO-25:Tasa de Incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a cateter venoso central: 0/25= 0%/0En 25 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de MAYO-25.	MAYO:
JUNIO-25:Tasa de Incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a cateter venoso central: 0/27= 0%/0En 27 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de JUNIO-25.	JUNIO:
JULIO-25:Tasa de Incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a cateter venoso central: 0/25= 0%/0En 25 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de JULIO-25.	JULIO:
AGOSTO-25:Tasa de Incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a cateter venoso central: 0/45= 0%/0En 45 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de AGOSTO-25.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25:Tasa de Incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a cateter venoso central: 0/28= 0%/0En 28 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de SEPTIEMBRE-25.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25:Tasa de Incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a cateter venoso central: 0/46= 0%/0En 46 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de OCTUBRE-25.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25:Tasa de Incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a cateter venoso central: 0/19= 0%/0En 19 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de NOVIEMBRE-25.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25:Tasa de Incidencia de infección del torrente sanguíneo asociado a cateter venoso central: 0/5= 0%/0En 5 pacientes-día con catéter central en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de DICIEMBRE-25.	DICIEMBRE:

PROCESO:	GESTIÓN DE SERVICIO HOSPITALIZACIÓN UCI
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de incidentes de Neumonía asociada a ventilador Mecánico NAV
PROPOSITO:	Evaluar el riesgo de infecciones respiratorias graves asociadas al uso de dispositivos invasivos en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), específicamente la neumonía relacionada con ventilación mecánica.
DEFINICIÓN:	Es un estimador del riesgo de NAV en la población de pacientes con ventilador mecánico en la unidad de cuidados intensivos UCI
MARCO NORMATIVO:	Resolución 0256 de 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de neumonías asociadas a ventilador nuevos en la UCI
	Fuente del numerador: Reporte IAAS -Institución nacional de salud INS
	Denominador: Número de días ventilador mecánico en UCI.
	Fuente del denominador: Reporte IAAS -Institución nacional de salud INS
	Unidad de medida: Por 1,000 días de ventilador mecánico
META:	< 0,1% 5 casos por cada 1.000 días de Ventilador Mecánico
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	UCI
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiología

RESULTADOS DE LA MEDICION 2025

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DENOMINADOR	24	15	17	11	32	21	32	29	9	13	17	5	225
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
META:	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%	0,10%

GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO-25:Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a ventilador Mecánico (NAV): 0/24=0%/ ^{oo} . En 24 pacientes -días con ventilador mecánico en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de NAV por cada 1000 días de ventilador mecánico durante el mes de ENERO-25.	ENERO:
FEBRERO-25:Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a ventilador Mecánico (NAV): 0/15=0%/ ^{oo} . En 15 pacientes -días con ventilador mecánico en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de NAV por cada 1000 días de ventilador mecánico durante el mes de FEBRERO-25.	FEBRERO:
MARZO-25:Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a ventilador Mecánico (NAV): 0/17=0%/ ^{oo} . En 17 pacientes -días con ventilador mecánico en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de NAV por cada 1000 días de ventilador mecánico durante el mes de MARZO-25.	MARZO:
ABRIL-25:Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a ventilador Mecánico (NAV): 0/11=0%/ ^{oo} . En 11 pacientes -días con ventilador mecánico en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de NAV por cada 1000 días de ventilador mecánico durante el mes de ABRIL-25.	ABRIL:
MAYO-25:Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a ventilador Mecánico (NAV): 0/32=0%/ ^{oo} . En 32 pacientes -días con ventilador mecánico en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de NAV por cada 1000 días de ventilador mecánico durante el mes de MAYO-25.	MAYO:
JUNIO-25:Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a ventilador Mecánico (NAV): 0/21=0%/ ^{oo} . En 21 pacientes -días con ventilador mecánico en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de NAV por cada 1000 días de ventilador mecánico durante el mes de JUNIO-25.	JUNIO:
JULIO-25:Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a ventilador Mecánico (NAV): 0/32=0%/ ^{oo} . En 32 pacientes -días con ventilador mecánico en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de NAV por cada 1000 días de ventilador mecánico durante el mes de JULIO-25.	JULIO:
AGOSTO-25:Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a ventilador Mecánico (NAV): 0/29=0%/ ^{oo} . En 29 pacientes -días con ventilador mecánico en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de NAV por cada 1000 días de ventilador mecánico durante el mes de AGOSTO-25.	AGOSTO:
SEPTIEMBRE-25:Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a ventilador Mecánico (NAV): 0/29=0%/ ^{oo} . En 9 pacientes -días con ventilador mecánico en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de NAV por cada 1000 días de ventilador mecánico durante el mes de SEPTIEMBRE-25.	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25:Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a ventilador Mecánico (NAV): 0/13=0%/ ^{oo} . En 13 pacientes -días con ventilador mecánico en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de NAV por cada 1000 días de ventilador mecánico durante el mes de OCTUBRE-25.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE-25:Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a ventilador Mecánico (NAV): 0/17=0%/ ^{oo} . En 17 pacientes -días con ventilador mecánico en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de NAV por cada 1000 días de ventilador mecánico durante el mes de NOVIEMBRE-25.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE-25:Tasa de incidencia de Neumonía Asociada a ventilador Mecánico (NAV): 0/5=0%/ ^{oo} . En 6 pacientes -días con ventilador mecánico en UCI-Adulto, no se presentaron casos nuevos de NAV por cada 1000 días de ventilador mecánico durante el mes de DICIEMBRE-25.	DICIEMBRE: