

				CUADRO DE MANDO NORMATIVO RESOLUCION 256 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO																		Fecha: 05/1/2024										
																						Codigo: MDE-GCMC-SIC-F-008										
																						Versión: 02										
DOMINIO/ PROCESO	Nº.	INDICADOR	DEFINICIÓN	PROPOSITO	MARCO NORMATIVO	FORMULA DE MEDICIÓN	FUENTES DE INFORMACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	ENCARGADO DEL FOCO	META	REFERENTE DE LA META ESTÁNDAR	TIEMPO DE MEDICION	INDICADORES ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA HUILA 2024																CONSOLIDADO ANUAL			
													ENERO	RESULTADO	FEB	RESULTADO	MARZO	RESULTADO	ABR	RESULTADO	MAY	RESULTADO	JUN	RESULTADO	JUL	RESULTADO	AGOS	RESULTADO	SEPT	RESULTADO	OCT	RESULTADO
EFECTIVIDAD													RESOLUCIÓN 256 DE 2016																			
	1.3	PROPORCIÓN DE PARTOS POR CESAREA	Expresar la proporción de nacimientos por cesárea en la institución prestadora de servicios de salud en un periodo determinado	Conocer la proporción de partos por cesárea en la institución en un periodo determinado	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	$\frac{\text{Numerador: Número de nacidos vivos por cesárea}}{\text{Denominador: total de nacidos vivos después en EPNCO}} \times 100$	Fuente de información: RUA-ND-Atendidos	Por 100 (%)	Lider del área de sala de parto, epidemiología y estadístico	600%		INSTITUCIONAL	MENSUAL	72	52	48	72													264	420.00	61.97
													111	87	114	114																
	1.4	TASA MORTALIDAD PERINATAL	Expresar la relación entre defunciones de fetos de 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento por cada caso de 1.000 nacimientos.	Conocer el porcentaje de muertes perinatales en la institución	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	$\frac{\text{Fetatos de 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento}}{\text{Nacidos vivos más el número de muertes fetales de 22 semanas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después de nacimiento}} \times 100$	RUA-ND-Defunciones después en EPNCO	Por 1000 nacidos	Lider de Epidemiología	≤15.20		INSTRUMENTO NACIONAL DE SALUD	MENSUAL	1	0	2	4									0.00	0.00	0.00	7	432.00	16.20	
													111	87	117	117																
	1.5	TASA DE MOVILIDAD MATERNA EXTREMA (MME)/ MUJER MATERNA TEMPORANA (MM)	Expresar la relación de MME/ MM indica el número de casos de movilidad materna extrema por cada caso de muerte materna temprana.	Conocer el porcentaje de movilidad materna extrema / muerte materna temprana	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	$\frac{\text{Numerador: Número de casos de movilidad materna extrema}}{\text{Denominador: Número de casos de muerte materna (42 días)}} \times 100$	RUA-ND-Defunciones después en EPNCO	Número absoluto	Lider de epidemiología	3		INSTITUCIONAL	MENSUAL	11	3	8	9									0.00	0.00		31	0.00	0.0	
													0	0	0	0																
	1.6	PROPORCIÓN DE RB IN CON TAMIZAJE PARA HPV/BIOPSIA	Expresa el número de recién nacidos a quienes se les realizó tamizaje para HPV/BIOPSIA	Conocer la proporción de nacidos a quienes se les realizó con tamizaje para HPV/BIOPSIA	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	$\frac{\text{Numerador: Número de nacidos vivos a quienes se les realizó tamizaje para HPV/BIOPSIA}}{\text{Denominador: Número total de nacidos vivos reportados}} \times 100$	RUA-ND-Atendidos	Por 100 (%)	Lider del área de epidemiología y estadístico	100%		SIC - Ciclo de monitoreo para la calidad	MENSUAL	111	87	117	114													429	429.00	100.0
													111	87	117	114																
	1.7	PROPORCIÓN DE REINGRESO HOSPITALARIO POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (RA) EN MENORES DE 5 AÑOS	Expresa la proporción de reingresos hospitalarios por RA en menores de 5 años en un periodo determinado	Conocer la proporción de reingresos hospitalarios por infección respiratoria aguda (RA) en menores de 5 años	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	$\frac{\text{Numerador: Número de menores de 5 años con reingreso hospitalario de RA dentro de los siete días después de la alta}}{\text{Denominador: Número de menores de 5 años con al menos un ingreso por RA}} \times 100$	RUA-ND-Atendidos	Por 100 (%)	Lider de epidemiología	≤3%		INSTITUCIONAL	MENSUAL	1	0	1													2	105.00	1.9	
													35	39	31																	
	1.8	LETALIDAD POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (RA) EN MENORES DE 5 AÑOS	Expresa la proporción de la defunciones de niños menores de 5 años cuya causa básica de muerte fue infección respiratoria aguda (RA) en menores de 5 años	Conocer la letalidad por infección respiratoria aguda (RA) en menores de 5 años	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	$\frac{\text{Numerador: Número de muertes por RA en menores de 5 años}}{\text{Denominador: Número total de menores de 5 años atendidos por diagnóstico de RA}} \times 100$	RUA-ND-Atendidos	Por 100 (%)	Lider de epidemiología	0%		INSTITUCIONAL	MENSUAL	0	0	0														0	105.00	0.0
												35	39	31																		
1.9	LETALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR ENFERMEDAD DIABÉTICA AGUDA (EDA)	Expresa la proporción de la defunción de niños menores de 5 años cuya causa básica de muerte fue enfermedad diabética aguda (EDA) en menores de 5 años	Conocer la letalidad en menores de 5 años por enfermedad diabética aguda (EDA)	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	$\frac{\text{Numerador: Número de muertes por EDA en menores de 5 años}}{\text{Denominador: Número total de menores de 5 años atendidos por diagnóstico de EDA}} \times 100$	RUA-ND-Atendidos	Por 100 (%)	Lider de epidemiología	0%		INSTITUCIONAL	MENSUAL	0	0	0														0	120.00	0.0	
												37	28	55																		
1.10	PROPORCIÓN DE GESTANTES CON ASEROMA PRE TEST PARA PRUEBA DE VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VH)	Indica el número de gestantes a quienes se les realizó sero test para prueba de VIH (ELISA)	Conocer la proporción de gestantes con sero test para prueba de VIH (ELISA)	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	$\frac{\text{Numerador: Número de gestantes a quienes se les realizó sero test para prueba de VIH (ELISA)}}{\text{Denominador: Total de gestantes}} \times 100$	RUA-ND-Atendidos	Por 100 (%)	Lider de epidemiología	80%		INSTITUCIONAL	enviar carta a laboratorio y a partos	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	0	0.00	RDV/VI	
1.11	PROPORCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 18 MESES, HIJOS DE MADRE VIVIENDO CON VIH, CON DIAGNOSTICO DE VIH	Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH	Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	$\frac{\text{Numerador: Número de niños menores de 18 meses, con diagnóstico de VIH (IDA)}}{\text{Denominador: Número total de niños menores de 18 meses, con diagnóstico de VIH (IDA)}} \times 100$	RUA-ND-Atendidos	Por 100 (%)	Lider de epidemiología	51%		INSTITUCIONAL	MENSUAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.0
1.12	PROPORCIÓN DE MUJERES A QUIENES SE LES REALIZÓ TOMA DE SEROLOGÍA EN EL MOMENTO DEL PARTO O ABORTO	Expresa la proporción de mujeres a las que se les realizó serología en el momento del parto o aborto	Conocer la proporción de mujeres a quienes se les realizó serología en el momento del parto o aborto	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	$\frac{\text{Numerador: Número de gestantes a quienes se les realizó serología en el momento del parto o aborto}}{\text{Denominador: Número total de gestantes}} \times 100$	RUA-ND-Atendidos	Por 100 (%)	Lider de epidemiología	≥95%		INSTITUCIONAL	MENSUAL	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	0	0.00	RDV/VI	
1.13	PROPORCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR DENGUE GRAVE	Expresa la proporción de pacientes hospitalizados con diagnóstico de dengue grave, en un periodo determinado.	Conocer la proporción de pacientes hospitalizados por dengue grave	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	$\frac{\text{Numerador: Número de pacientes con diagnóstico de dengue grave que fueron hospitalizados}}{\text{Denominador: total de pacientes con diagnóstico de dengue grave en el periodo.}} \times 100$	RUA-ND-Atendidos	Por 100 (%)	Lider de epidemiología	100%		INSTRUMENTO NACIONAL DE SALUD	MENSUAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	RDV/VI
1.14	PROPORCIÓN DE PERSONAS CON HTA A QUIENES SE LE REALIZÓ EL LDL EN UN PERIODO DETERMINADO	Expresa el número de personas con Hipertensión arterial a quienes se les realizó medición de LDL en el último periodo determinado	Conocer la proporción de personas con HTA a quienes se les realizó medición de LDL en un periodo determinado	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	$\frac{\text{Numerador: Número de personas con Hipertensión arterial reportados}}{\text{Denominador: Número total de personas con Hipertensión arterial reportados}} \times 100$	RUA-ND-Atendidos	Por 100 (%)	Lider de epidemiología y Laboratorio	≥50%		INSTITUCIONAL	MENSUAL	64	46,04	139	16,20	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	203	997,00	20.4	
1.15	PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES A QUIENES SE LES REALIZÓ TOMA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN EL ÚLTIMO SEMESTRE	Proporción de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre	Conocer la proporción de personas con diabetes mellitus a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	$\frac{\text{Numerador: Número de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus reportados}}{\text{Denominador: Número total de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus reportados}} \times 100$	RUA-ND-Atendidos	Por 100 (%)	Lider de epidemiología y Laboratorio	≥50%		INSTITUCIONAL	MENSUAL	56	83,58	42	12,80	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	RDV/VI	98	395,00	24.8

1.14	PROPORCION DE PERSONAS CON DIABETES A QUIENES SE LES REALIZA MEDICION DE LDL.	PROPORCION DE PERSONAS CON DIABETES A QUIENES SE LES REALIZA MEDICION DE LDL.	Conocer la proporción de personas con diabetes a quienes se les realiza medición de LDL.	RESOLUCION 0256 DE 2016	Numerador: Número total de pacientes en consulta externa Denominador: Número total de personas con DM reportada	Fuente del numerador: Cuentas de egresos vivos en el año. Fuente del denominador: Cuentas de egresados por diagnóstico de enfermedades crónicas.	Por 100 (%)	Lider de epidemiología y Laboratorio	≥50%	INSTRUMENTAL	MENSUAL		27	0	59	1799	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	RGV/I	RGV/II	RGV/III	RGV/IV	RGV/V	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	86	395,00	21,8							
1.17	PROPORCIÓN DE PERSONAS CON HTA ESTUDIADAS PARA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)	Espresa proporción de pacientes con diagnóstico de HTA que han sido estudiadas para ERC.	Conocer la proporción de personas con HTA estudiadas para enfermedad renal crónica (ERC)	RESOLUCION 0256 DE 2016	Numerador: Número de persona con HTA que fueron evaluadas para ERC Denominador: Número total de personas con HTA reportada.	Fuente del numerador: Cuenta de egresos vivos en el año. Fuente del denominador: Cuentas de egresados por diagnóstico de hipertensión arterial.	Por 100 (%)	Lider de epidemiología y Laboratorio	≥50%	INSTRUMENTAL	MENSUAL		90	0	249	29,61	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	RGV/I	RGV/II	RGV/III	RGV/IV	RGV/V	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	339	997,00	34,0							
1.18	PROPORECION DE PERSONAS CON DM ESTUDIADA PARA ENFERMEDAD RENAL CRONICA (ERC)	Espresa proporción de pacientes con diagnóstico Diabetes Mellitus que han sido estudiadas para ERC	Conocer la proporción de personas Con DM estudiadas para enfermedad renal crónica (ERC)	RESOLUCION 0256 DE 2016	Numerador: Número de personas con DM que fueron estudiadas para ERC Denominador: Número total de personas diabéticas Mellitus reportado.	Fuente del numerador: Cuenta de egresos vivos en el año. Fuente del denominador: Cuentas de egresados por diagnóstico de diabetes mellitus.	Por 100 (%)	Lider de epidemiologia y Laboratorio	≥50%	INSTRUMENTAL	MENSUAL		58	0	57	17,38	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	RGV/I	RGV/II	RGV/III	RGV/IV	RGV/V	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	115	395,00	29,1							
2.4	PROPORCION DE ENDOMETRITIS POS PARTO VAGINAL	Es un estimador del riesgo de endometritis pos parto en las gestantes atendidas en la institución en mes de seguimiento.	Conocer la proporción de endometrítis pos parto vaginal	RESOLUCION 0256 DE 2016	Numerador: Número de endomeititis pos parto vaginal. Denominador: Número total de partos atendidos.	Fuente del Numerador: SVIGILA - Diagnóstico de Endometriitis Pos Parto Vaginal. Fuente del Denominador: SVIGILA - Partos Atendidos.	Por 100 (%)	Lider de epidemiologia	0%	INSTRTUCCIONAL	MENSUAL		0	0	0	0	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	RGV/I	RGV/II	RGV/III	RGV/IV	RGV/V	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	0	121,00	0,0							
2.5	PROPORCION DE ENDOMETRITIS POS CESAREA	Es un estimador del riesgo de endometrití post cesárea en las gestantes atendidas en la institución en un mes de seguimieto.	Conocer la proporción de endomérítis pos césarea	RESOLUCION 0256 DE 2016	Numerador: Número de endometritís pos cesárea. Denominador: Número total de cesareas realizadas	Fuente del Numerador: SVIGILA- Diagnóstico de Endometritís Post Cesárea. Fuente del denominador: SVIGILA- Cesáreas Realizadas.	Por 100 (%)	Lider de epidemiologia	0%	INSTRTUCCIONAL	MENSUAL		0	0	0	0	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	RGV/I	RGV/II	RGV/III	RGV/IV	RGV/V	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	0	194,00	0,0							
2.6	TASA DE CAIDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION	Es un estimador de caída de pacientes en hospitalización en un mes de seguimiento.	Conocer la tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	RESOLUCION 0256 DE 2016	Numerador: Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo. Denominador: Total de estancias de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.	Fuentes del numerador: Reporte del coordinador Programa Seguridad del Paciente al SIGRS. Fuente del denominador: BPS-Depósito Al Sigra.	Por 1000 días de estancia	Coordinadora Programa Seguridad del Paciente	<1%	Institucional - observatorio Nacional de salud	MENSUAL		0	0	0	1	0	0	0,00	0,00	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	RGV/I	RGV/II	RGV/III	RGV/IV	RGV/V	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	0	911	0,00	1	9550,00	0,1
2.7	TASA DE CAIDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	Es un estimador de caída de pacientes en urgencias en un mes de seguimiento.	Conocer la tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	RESOLUCION 0256 DE 2016	Numerador: Número total de pacientes atendidos en urgencia que sufren caídas en el periodo. Denominador: Total de personas atendidas en urgencias en el periodo.	Fuentes del numerador: Reporte del coordinador Programa Seguridad del paciente al SIGRS. Fuente del denominador: BPS- Depósito Urgencias.	Por 1000 días de estancia	Coordinadora Programa Seguridad del Paciente	<1%	Institucional - observatorio Nacional de salud	MENSUAL		0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	RGV/I	RGV/II	RGV/III	RGV/IV	RGV/V	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	0	2783	0,00	0	15033,00	0,0
2.8	TASA DE CAIDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	Es un estimador de caída de pacientes en consultorio externo en un mes de seguimiento.	Conocer la tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	RESOLUCION 0256 DE 2016	Numerador: Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo. Denominador: Total de personas atendidas en consulta externa	Fuentes del numerador: Reporte del coordinador programa seguridad del paciente al SIGRS. Fuente del denominador: RGPS- Depósito en Consulta Externa.	Por 1000 días de estancia	Coordinadora Programa Seguridad del Paciente	<1%	Institucional - observatorio Nacional de salud	MENSUAL		0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	RGV/I	RGV/II	RGV/III	RGV/IV	RGV/V	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	0	1940	0,00	0	15062,00	0,0
2.9	TASA DE CAIDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPIUTICA	Es un estimador de caída de pacientes en apoyo diagnóstico y terapéutico en un mes de seguimiento.	Conocer la tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	RESOLUCION 0256 DE 2016	Numerador: Número total de pacientes atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico y complementarion terapeutica. Deniminador: Número total de personas atendida en el servicio de apoyo diagnostico y complementacion terapeutica	Fuentes del numerador: Reporte del coordinador Programa Seguridad del Paciente al SIGRS. Fuente del denominador: BPS-Depósito Urgencias.	Por 1000 días de estancia	Coordinadora Programa Seguridad del Paciente	<1%	Institucional - observatorio Nacional de salud	MENSUAL		0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	RGV/I	RGV/II	RGV/III	RGV/IV	RGV/V	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	0	1228	0,00	0	6273,00	0,0
2.10	PROPORCION DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACION	Espresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización	Conocer la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	RESOLUCION 0256 DE 2016	Numerador: Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización Denominador: Total de egresos de hospitalización	Fuentes del numerador: Reporte del coordinador Programa Seguridad del Paciente al SIGRS. Fuente del denominador: BPS-Depósito Al Sigra.	Por 1000 días de estancia	Coordinadora Programa Seguridad del Paciente	<1%	Institucional - observatorio Nacional de salud	MENSUAL		0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	RGV/I	RGV/II	RGV/III	RGV/IV	RGV/V	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	0	911	0,00	0	9550,00	0,0
2.11	PROPORCION DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN URGENCIAS	Espresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias.	Conocer la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	RESOLUCION 0256 DE 2016	Numerador: Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias Denominador: Total de personas atendidas en urgencias	Fuentes del numerador: Reporte del coordinador Programa Seguridad del paciente al SIGRS. Fuente del denominador: BPS- Depósito Urgencias.	Por 100%	Coordinadora Programa Seguridad del Paciente	<1%	Institucional - observatorio Nacional de salud	MENSUAL		0	1	0	1	3	0	0,10	0,10	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	RGV/I	RGV/II	RGV/III	RGV/IV	RGV/V	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	0	2783	0,00	1	15033,00	0,0
2.12	TASA DE ULCERAS POR PRESION EN SERVICIO DE HOSPITALIZACION	Espresa el número de pacientes hospitalizados que durante su permanencia desarrollan úlceras por presión en un periodo determinado.	Conocer el número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo	RESOLUCION 0256 DE 2016	Numerador: Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo Denominador: Número total de egresos de hospitalización	Fuentes del numerador: Reporte del coordinador Programa Seguridad del Paciente al SIGRS. Fuente del denominador: BPS- Depósito Al Sigra.	Por 1000 días de estancia	Coordinadora Programa Seguridad del Paciente	<1%	Institucional - observatorio Nacional de salud	MENSUAL		0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	RGV/I	RGV/II	RGV/III	RGV/IV	RGV/V	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	0	911	0,00	0	9532,00	0,0
2.13	PROPORCION DE REINGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN MENOS DE 72 HORAS	Espresa 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.	Conocer la proporción y mayor causa de pacientes que reingresan al mismo servicio de urgencias en la misma institución antes de las 72 horas con el mismo diagnóstico	RESOLUCION 0256 DE 2016	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 durante el periodo definido. Denominador: Número total de egresos vivos en el periodo.	Fuente del numerador: BPS- Depósito en SIGRS Fuente del Denominador: BPS- Depósito Al Sigra.	Por 100 (%)	Coordinadora de urgencia	1,5	INSTRUMENTAL	MENSUAL		RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	RGV/I	RGV/II	RGV/III	RGV/IV	RGV/V	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	0	0,00	RGV/VI	0	0,00	0,0					
2.14	TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MENOS DE 15 DIAS	Espresa la proporción de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días en un periodo determinado.	Conocer la tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	RESOLUCION 0256 DE 2016	Numerador: Número de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización en la misma institución antes de 15 días por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo. Denominador: Número total de egresos vivos en el periodo.	Fuente del Numerador: BPS- Depósito en SIGRS Fuente del Denominador: BPS- Depósito Al Sigra	Por 100 egresos	Coordinadora de urgencia	<1%	INSTRUMENTAL	MENSUAL		0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	RGV/I	RGV/II	RGV/III	RGV/IV	RGV/V	RGV/VI	RGV/VII	RGV/VIII	RGV/IX	RGV/X	RGV/XI	RGV/XII	0	276	0,00	266	250	0,0

HOSPITALIZACIÓN - UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	2.15	PROPORCION DE CANCELACION DE CIRUGIA	Expresa la proporción de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución.	Conocer la proporción y causas del total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución.	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016	Denominador: Número total de cirugías programadas	88	0,00	90	0,00	125	1,60	0	0,00					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	100	0,00	2	497,00	0,4		
	3.1	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA MEDICA GENERAL	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 o la IPS y la fecha en que se asigna.	Conocer la oportunidad en las citas en el servicio de medicina general que brinda la institución	RESOLUCIÓN 0256 DE 2014	Denominador: Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas	81	1,53	62	1,44	74	53	2,04	2,50					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	99	3,00	369	194,00	1,9		
	3.3	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA MEDICA INTERNA	Expresa el tiempo de espera en días calendario, que transcurren entre la fecha de solicitud de la cita para consulta por medicina interna de primera vez por parte del paciente/ usuario o la IPS y la fecha en que se asigna.	Conocer la oportunidad en las citas en el servicio de medicina interna que brinda la institución	RESOLUCIÓN 0256 DE 2014	Denominador: Número total de consultas asignadas en la institución	554	2,60	631	3,36	1169	825	5,45					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	2374	9,06	5553	1002,00	5,64			
	3.4	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA PEDIATRIA	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 o la IPS y la fecha en que se asigna.	Conocer la oportunidad en las citas en el servicio de pediatría que brinda la institución	RESOLUCIÓN 0256 DE 2014	Denominador: Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas	885	2,88	835	2,67	1173	1627	3,48					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	1532	3,71	6052	1878,00	9,22			
	3.5	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA DE GINECOLOGIA	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 o la IPS y la fecha en que se asigna.	Conocer la oportunidad en las citas en el servicio de ginecología que brinda la institución	RESOLUCIÓN 0256 DE 2014	Denominador: Número total de citas de ginecología de primera vez asignadas	1581	7,00	644	3,48	1183	1823	6,44					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	1256	7,06	6437	3109,00	5,8			
	3.6	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA OBSTETRICA	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 o la IPS y la fecha en que se asigna.	Conocer la oportunidad en las citas en el servicio de obstetricia que brinda la institución	RESOLUCIÓN 0256 DE 2014	Denominador: Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas	533	1,99	703	3,12	970	1107	4,34					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	557	3,30	3870	1314,00	3,5			
	3.7	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA CIRUGIA GENERAL	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 o la IPS y la fecha en que se asigna.	Conocer la oportunidad en las citas en el servicio de cirugía general que brinda la institución	RESOLUCIÓN 0256 DE 2014	Denominador: Número total de citas de cirugía general de primera vez asignadas	241	1,94	481	3,04	965	1232	8,00					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	511	3,35	3430	724,00	4,7			
	3.8	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE ECOGRAFIAS	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 o la IPS y la fecha en que es asignado.	Conocer la oportunidad en las citas en el servicio de Ecografías que brinda la institución	RESOLUCIÓN 0256 DE 2014	Denominador: Número total de ecografías realizadas	1098	1,70	1107	1,51	2185	1649	2,34					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	2918	2,39	7955	3645,00	2,2			
	3.10	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN LA ATENCION DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE 2 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	Expresa el tiempo de espera en minutos para paciente clasificado como Triage 2 y el momento en el cual es atendido en el consultorio de Urgencias por médico.	Conocer la oportunidad en el tiempo de espera en la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	RESOLUCIÓN N 0256 DE 2014	Denominador: Número total de pacientes clasificados como Triage 2 en un periodo determinado	1250	17,61	1695	16,46	2229	1608	22,03					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	881	13,15	7663	403,00	19,0			
	3.14	SATISFACCION GLOBAL DE LOS USUARIOS EN LA IPS	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos en la IPS.	Conocer la satisfacción global de los usuarios en la IPS	RESOLUCIÓN 0256 DE 2014	Denominador: Número de usuarios que respondieron a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global?	666	99,85	720	100,00	762	795	100,00					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	667			2543	2544,00	100,0
	3.15	PROPORCION DE USUARIOS QUE RECOMENDARIAN SU IPS A FAMILIARES Y AMIGOS	Expresa la proporción de usuarios que recomendarían su IPS a familiares y amigos, y el nivel de satisfacción que tuvo en usuarios al acudir los servicios. Promoviendo los procesos de seguridad y calidad.	Conocer la proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	RESOLUCIÓN 0256 DE 2014	Denominador: Número de usuarios que respondieron a la pregunta: ¿recomendaría su IPS a familiares y amigos?	666	99,85	720	100,00	762	795	100,00					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	667			2543	2544,00	100,0
	84	TASA DE CAIDA DE PACIENTES EN UCI	Es un estimador de caídas de pacientes que se presentan en el Servicio de UCI durante la vigencia objeto de evaluación, identificando de esta manera oportunidades de mejora y ofreciendo calidad, seguridad al paciente.	Es un estimador de caídas de pacientes que se presentan en el Servicio de UCI durante la vigencia objeto de evaluación, identificando de esta manera oportunidades de mejora y ofreciendo calidad, oportunidad en el servicio.	Resolución 254 de 2019	Denominador: Número total de pacientes internados en la UCI	0	0,00	0	0,00	0	0	0,00	0,00					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	0	0,00	0	995,00	0,00		
	85	PROPORCION DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMON. DE MEDICAMENTOS EN LA UCI	Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de UCI.	Es un estimador de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de UCI	Resolución 254 de 2019	Denominador: Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de UCI	0	0,00	0	0,00	0	0	0,00	0,00					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	0	0,00	0	995,00	0,00		
	86	TASA DE ULCERAS POR PRESION EN EL SERVICIO UCI	Expresa el número de pacientes que durante su permanencia desarrollan úlceras por presión en un periodo determinado.	Es un estimador de úlceras por presión que durante su permanencia desarrollan úlceras por presión en un periodo determinado.	Resolución 254 de 2019	Denominador: Total de pacientes internados en el servicio de UCI	0	0,00	0	0,00	0	0	0,00	0,00					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	1	0,64	1	995,00	0,10		
	87	TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADOS A CATER	Es un estimador del riesgo de ITS-AC en la población de pacientes con catéter urinario en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI.	Es un estimador del riesgo de ITS-AC en la población de pacientes con catéter central en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI	Resolución 254 de 2019	Denominador: Número de pacientes con catéter urinario de riesgo de ITS-AC en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI	0	0,00	64	0,00	31	31	0,00	0,00					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	0		213,00	0,00			
88	TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIONES DEL TORMENTE SANGUINEO ASOCIADO A CATER ITS-AC	Es un estimador del riesgo de ITS-AC en la población de pacientes con catéter central en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI.	Es un estimador del riesgo de ITS-AC en la población de pacientes con catéter central en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI.	Resolución 254 de 2019	Denominador: Número de pacientes con catéter central en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI	0	0,00	39	0,00	14	10	0,00	0,00					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	0		103,00	0,00				
89	TASA DE INCIDENTES DE NEUMONIA ASOCIADA A VENTILADOR MECANICO	Es un estimador del riesgo de NAV en la población de pacientes con ventilador mecánico en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI.	Es un estimador del riesgo de NAV en la población de pacientes con ventilador mecánico en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI.	Resolución 254 de 2019	Denominador: Número de pacientes con ventilador mecánico en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI	0	0,00	0	0,00	0	0	0,00	0,00					RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI		RDV/BI	0		66,00	0,00				

FICHA TECNICA DE INDICADORES

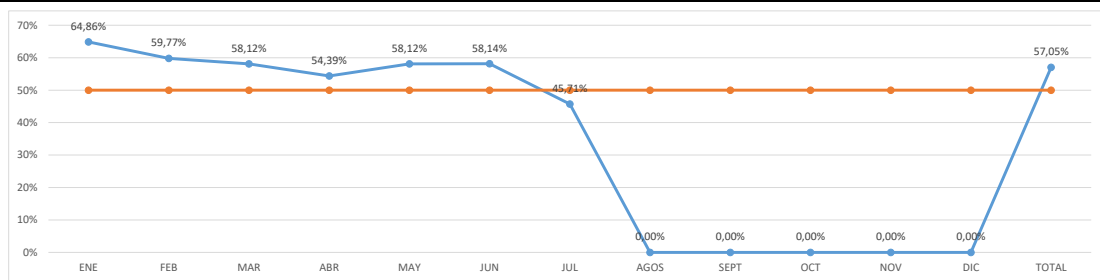
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

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% Ley 2244 establece que
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 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	72	52	68	62	68	75	48						445
DENOMINADOR	111	87	117	114	117	129	105						780
RESULTADOS	64,86%	59,77%	58,12%	54,39%	58,12%	58,14%	45,71%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	57,05%
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:	ENERO: Ley 2244 establece que se le debe garantizar el derecho de la mujer a la libertad de decisión y autonomía durante su embarazo, parto y posparto
FEBRERO:	FEBRERO: Ley 2244 establece que se le debe garantizar el derecho de la mujer a la libertad de decisión y autonomía durante su embarazo, parto y posparto
MARZO:	MARZO: Ley 2244 establece que se le debe garantizar el derecho de la mujer a la libertad de decisión y autonomía durante su embarazo, parto y posparto
ABRIL:	ABRIL: Ley 2244 establece que se le debe garantizar el derecho de la mujer a la libertad de decisión y autonomía durante su embarazo, parto y posparto
MAYO:	MAYO: Ley 2244 establece que se le debe garantizar el derecho de la mujer a la libertad de decisión y autonomía durante su embarazo, parto y posparto
JUNIO:	JUNIO: Ley 2244 establece que se le debe garantizar el derecho de la mujer a la libertad de decisión y autonomía durante su embarazo, parto y posparto
JULIO:	JULIO: Ley 2244 establece que se le debe garantizar el derecho de la mujer a la libertad de decisión y autonomía durante su embarazo, parto y posparto
AGOSTO:	AGOSTO: o
SEPTIEMBRE:	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE:	OCTUBRE:
NOVIEMBRE:	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

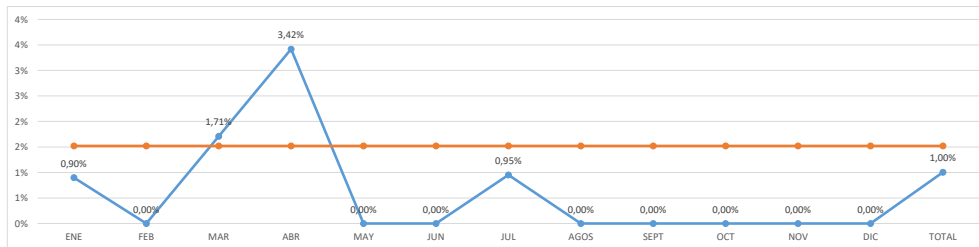
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	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 después del nacimiento por cada 1,000 nacimientos.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	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 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(%)
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 2026

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	1	0	2	4	0	0	1						8
DENOMINADOR	111	87	117	117	131	129	105						797
RESULTADOS	0,90%	0,00%	1,71%	3,42%	0,00%	0,00%	0,95%	#iDIV/OI	#iDIV/OI	#iDIV/OI	#iDIV/OI	#iDIV/OI	1,00%
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:	ENERO:
FEBRERO:	FEBRERO:
MARZO: Durante el mes de marzo de 2026, la tasa de mortalidad perinatal fue de 17,09, superando la meta establecida de ≤15,20, lo que evidencia un resultado desfavorable frente a la meta establecida. Se recomienda realizar seguimiento y análisis de los casos presentados, con el fin de identificar los factores asociados y fortalecer las acciones de prevención y atención materno-perinatal.	MARZO:
ABRIL: Durante el mes de abril de 2026, la tasa de mortalidad perinatal fue de 35,09, superando significativamente la meta establecida de ≤15,20, lo que evidencia un resultado desfavorable frente a la meta establecida. Se recomienda realizar seguimiento y análisis detallado de los casos presentados, con el fin de identificar los factores asociados y fortalecer las acciones de prevención, intervención y atención integral materno-perinatal.	ABRIL:
MAYO:	MAYO:
JUNIO:	JUNIO:
JULIO:	JULIO:
AGOSTO	AGOSTO
SEPTIEMBRE:	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE:	OCTUBRE:
NOVIEMBRE:	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

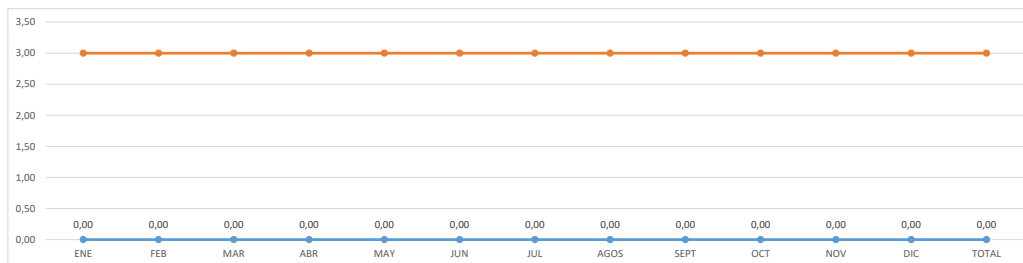
FICHA TECNICA DE INDICADORES

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

PROCESO:	GESTION DE HOSPITALIZACIÓN 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 2024													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	10	3	8	10	9	8	4						52
DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0						0
RESULTADOS	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!
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 10 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 2026 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 2026 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-26 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:

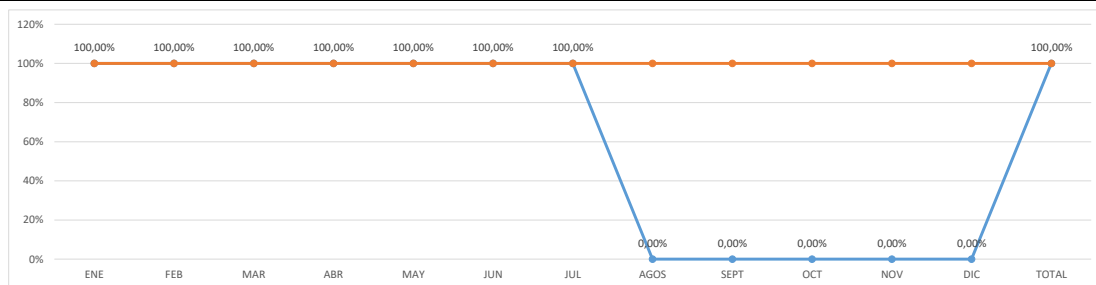
FICHA TECNICA DE INDICADORES

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

PROCESO:	GESTION DE HOSPITALIZACION Y CIRUGIA
NOMBRE DEL INDICADOR:	Poporcion 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 Epidemiología y estadística

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	111	87	117	114	131	129	105						794
DENOMINADOR	111	87	117	114	131	129	105						794
RESULTADOS	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!	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:	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

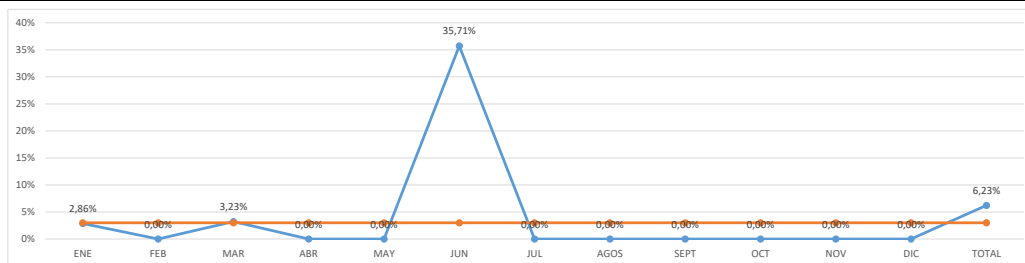
Fecha: 05/11/2024
 Código MDE-GCMC-SIC-F-002
 Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCIÓN DE REINGRESO HOSPITALARIO POR INFECCIÓN 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 después 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 Epidemiología y estadística

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	1	0	1	0	0	15	0						17
DENOMINADOR	35	39	31	21	65	42	40						273
RESULTADOS	2,86%	0,00%	3,23%	0,00%	0,00%	35,71%	0,00%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	6,23%
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: 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: 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: 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: 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: 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:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

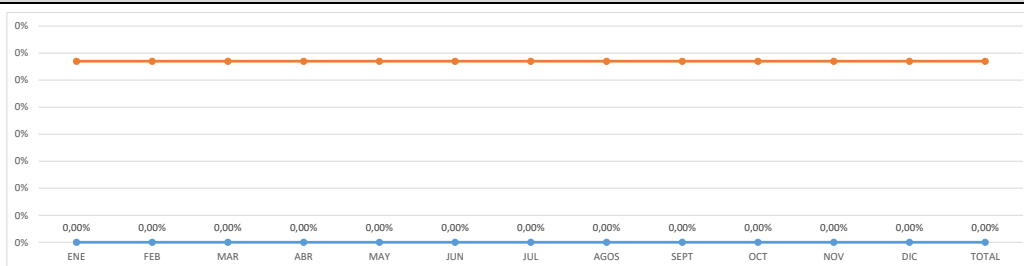
Fecha: 05/11/2024
 Código MDE-GCMC-SIC-F-002
 Versión: 03

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 diagnostico 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 diagnostico 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:	Lider de la oficina de Epidemiología y estadística

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0						0
DENOMINADOR	35	39	31	21	65	42	40						273
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0,00%
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-25: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-5 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 se realizaron todas las maniobras de reanimación la niña fallece.	JULIO:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

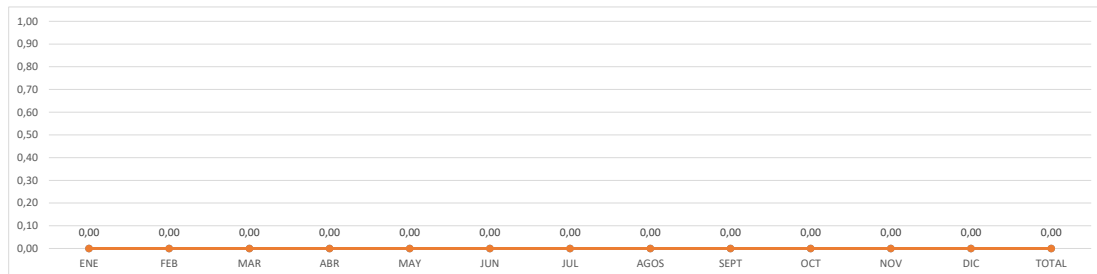
Fecha: 05/11/2024
 Código MDE-GCMC-SIC-F-002
 Versión: 03

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 básica 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 diagnostico 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 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0						0
DENOMINADOR	37	28	55	60	67	45	35						327
RESULTADOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!	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:	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

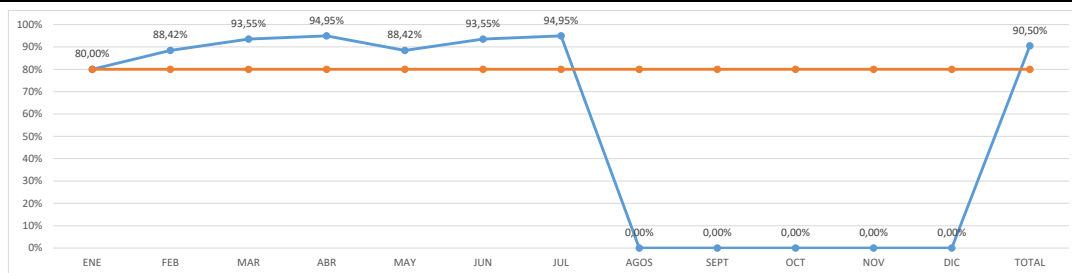
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
NOMBRE DEL INDICADOR:	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 IAM

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	80	84	87	94	84	87	94						610
DENOMINADOR	100	95	93	99	95	93	99						674
RESULTADOS	80,00%	88,42%	93,55%	94,95%	88,42%	93,55%	94,95%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	90,50%
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

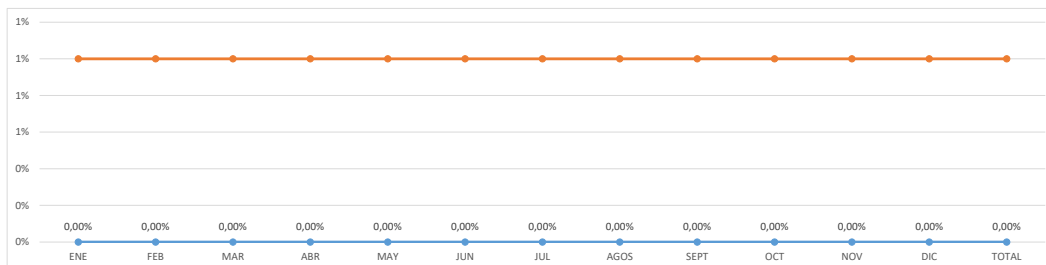
Versión: 03

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 Epidemiologia y estadística

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0							0
DENOMINADOR	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%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
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:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

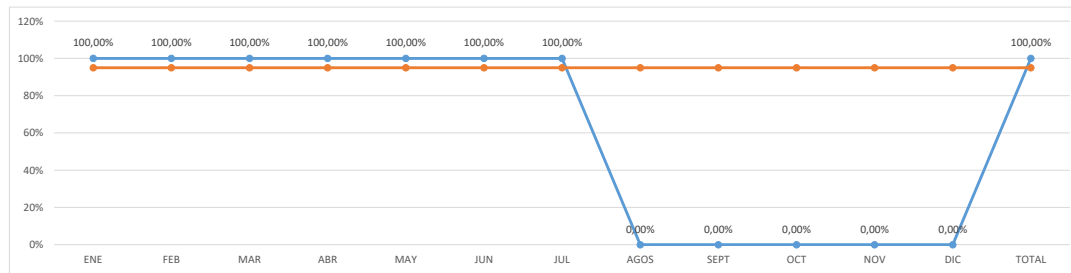
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN SERVICIO DE GINECOBSTERICIA
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCION DE MUJERES A QUIENES SE LES REALIZO TOMA DE SEROLOGIA EN EL MOMENTO DEL PARTO O ABORTO
PROPOSITO:	Evaluar la efectividad de las acciones de tamizaje serológico en el momento del parto o aborto, como parte de la atención integral a la gestante.
DEFINICIÓN:	Expresa la proporción de mujeres a las que se les realizó serología en el momento del parto o aborto
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de mujeres a las que se les realizo toma de serología en el momento del parto o aborto
	Fuente del numerador: Cuentas de alto costo en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
	Denominador: Número total de gestantes de los ultimos 6 meses reportadas
	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:	GINECOBSTERICIA
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiologia y estadística

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	111	87	117	114	117	129	105						780
DENOMINADOR	111	87	117	114	117	129	105						780
RESULTADOS	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡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:	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

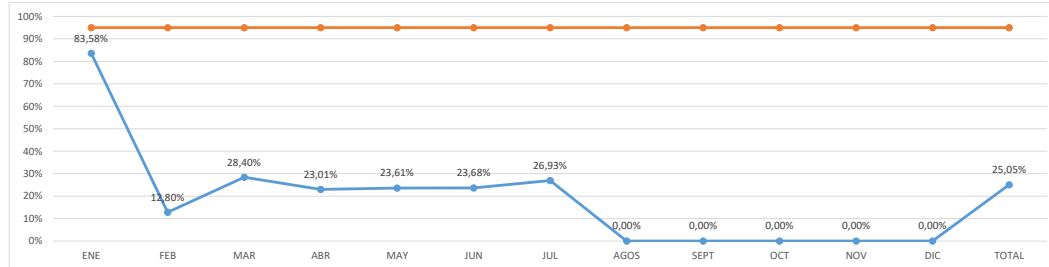
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN SERVICIO DE 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 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	56	42	92	75	85	90	101						541
DENOMINADOR	67	328	324	326	360	380	375						2160
RESULTADOS	83,58%	12,80%	28,40%	23,01%	23,61%	23,68%	26,93%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	25,05%
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:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

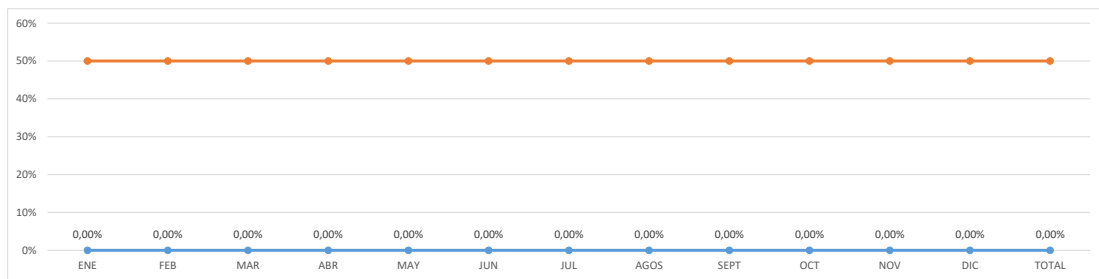
Fecha: 05/11/2024
 Código MDE-GCMC-SIC-F-002
 Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA - GESTIÓN DE APOYO DIAGNOSTICO
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCION DE PERSONAS CON HTA A QUIENES SE LE REALIZA MEDICION DE LDL EN UN PERIODO 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 medicion 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.
	Unidad de medida: Por 100(%)
META:	50%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiología y Laboratorio

RESULTADOS DE LA MEDICION 2026

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0						0
DENOMINADOR	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:	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:	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

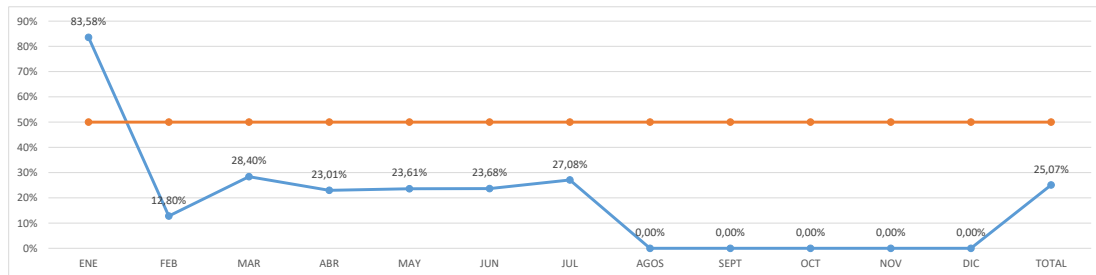
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA - GESTIÓN DE APOYO DIAGNOSTICO
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 diagnostico de diabetes mellitus a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el ultimo 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.
	Unidad de medida: Por 100(%)
META:	50%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiología y Laboratorio

RESULTADOS DE LA MEDICION 2026

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	56	42	92	75	85	90	101						541
DENOMINADOR	67	328	324	326	360	380	373						2158
RESULTADOS	83,58%	12,80%	28,40%	23,01%	23,61%	23,68%	27,08%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	25,07%
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:
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: Durante el mes de febrero de 2026, el porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus con control de hemoglobina glicosilada (HbA1c) fue de 12,8%, encontrándose significativamente por debajo de la meta establecida de $\geq 50\%$, lo que evidencia un resultado desfavorable frente a la meta. Se recomienda fortalecer el seguimiento clínico de los pacientes con Diabetes Mellitus y garantizar la realización periódica de la prueba de HbA1c, con el fin de mejorar el monitoreo y control glicémico y prevenir complicaciones asociadas a la enfermedad.
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: Durante el mes de marzo de 2026, el porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus con control de hemoglobina glicosilada (HbA1c) fue de 28,4%, encontrándose significativamente por debajo de la meta establecida de $\geq 50\%$, lo que evidencia un resultado desfavorable frente a la meta. Se recomienda fortalecer el seguimiento clínico de los pacientes con Diabetes Mellitus y garantizar la realización periódica de la prueba de HbA1c, con el fin de mejorar el monitoreo y control glicémico y prevenir complicaciones asociadas a la enfermedad.
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: Durante el mes de abril de 2026, el porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus con control de hemoglobina glicosilada (HbA1c) fue de 23,01%, encontrándose significativamente por debajo de la meta establecida de $\geq 50\%$, lo que evidencia un resultado desfavorable frente a la meta. Se recomienda fortalecer el seguimiento clínico de los pacientes con Diabetes Mellitus y garantizar la realización periódica de la prueba de HbA1c, con el fin de mejorar el monitoreo y control glicémico y prevenir complicaciones asociadas a la enfermedad.
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: Durante el mes de mayo de 2026, el porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus con control de hemoglobina glicosilada (HbA1c) fue de 23,61%, encontrándose significativamente por debajo de la meta establecida de $\geq 50\%$, lo que evidencia un resultado desfavorable frente a la meta. Se recomienda fortalecer el seguimiento clínico de los pacientes con Diabetes Mellitus y garantizar la realización periódica de la prueba de HbA1c, con el fin de mejorar el monitoreo y control glicémico y prevenir complicaciones asociadas a la enfermedad.

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: Durante el mes de junio de 2026, el porcentaje de pacientes con Diabetes Mellitus con control de hemoglobina glicosilada (HbA1c) fue de 23.68%, encontrándose significativamente por debajo de la meta establecida de $\geq 50\%$, lo que evidencia un resultado desfavorable frente a la meta. Se recomienda fortalecer el seguimiento clínico de los pacientes con Diabetes Mellitus y garantizar la realización periódica de la prueba de HbA1c, con el fin de mejorar el monitoreo y control glicémico y prevenir complicaciones asociadas a la enfermedad.
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: Durante el mes de julio de 2026, el indicador de personas con Diabetes Mellitus con medición de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en el último semestre alcanzó un resultado de 26,93%, encontrándose significativamente por debajo de la meta establecida de $\geq 50\%$. Este resultado evidencia un desempeño desfavorable en el seguimiento clínico y control glicémico de los pacientes con Diabetes Mellitus. Se recomienda fortalecer la captación y seguimiento de los pacientes, implementar estrategias de demanda inducida y garantizar la realización periódica de la prueba de HbA1c, con el fin de mejorar el cumplimiento del indicador y favorecer un adecuado control metabólico.
	AGOSTO:
	SEPTIEMBRE:
OCTUBRE-25: En el mes de Octubre-25 la proporción de diabeticos que le realizaron con hemoglobina glicosilada , fue del 90,28%, la meta es del 50%	OCTUBRE:
NOVIEMBRE: En el mes de Noviembre-25 la proporción de diabeticos que le realizaron	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

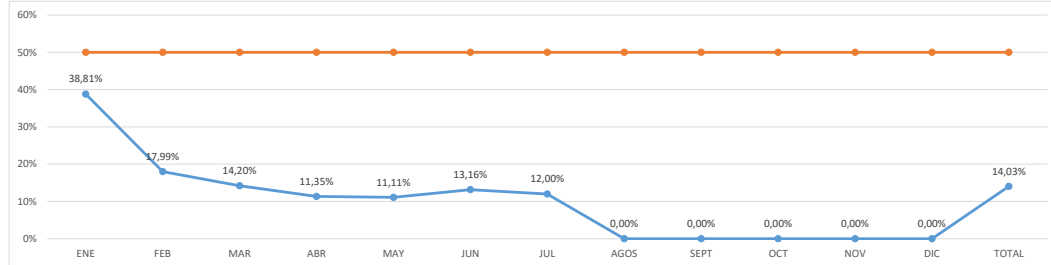
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA - GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCIÓN DE PERSONAS CON DIABETES A QUIENES SE LES REALIZÓ 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.
	Unidad de medida: Por 100(%)
META:	50%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiología y Laboratorio

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	26	59	46	37	40	50	45						303
DENOMINADOR	67	328	324	326	360	380	375						2160
RESULTADOS	38,81%	17,99%	14,20%	11,35%	11,11%	13,16%	12,00%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	14,03%
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 87,5%, la meta es del 50%.	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

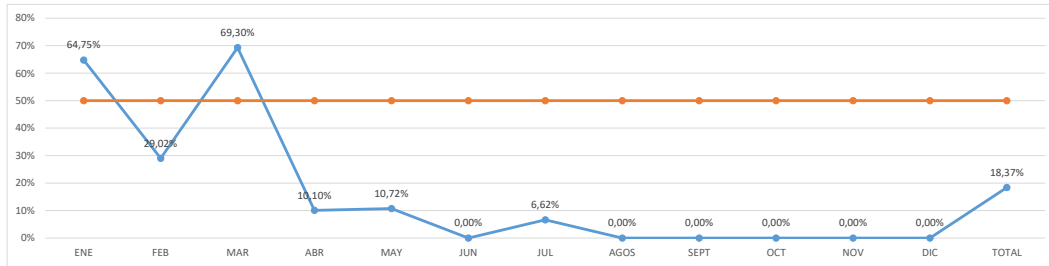
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA - GESTIÓN DE APOYO DIAGNOSTICO
NOMBRE DEL INDICADOR:	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.
META:	50%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	CONSULTA EXTERNA
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiología y Laboratorio

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	90	249	79	70	85	0	54						627
DENOMINADOR	139	858	114	693	793	0	816						3413
RESULTADOS	64,75%	29,02%	69,30%	10,10%	10,72%	#¡DIV/0!	6,62%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	18,37%
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 marzo25, 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: 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 81,6%, la meta es del 50%.	OCTUBRE:
NOVIEMBRE: 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 81,6%, la meta es del 50%.	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

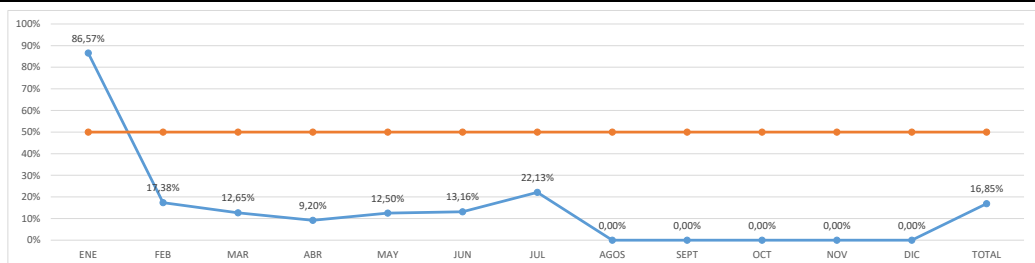
Fecha: 05/11/2024
 Código MDE-GCMC-SIC-F-002
 Versión: 03

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 diagnóstico 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 diabéticas 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 Epidemiología y Laboratorio

RESULTADOS DE LA MEDICION 2026

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	58	57	41	30	45	50	83						364
DENOMINADOR	67	328	324	324	360	380	375						2160
RESULTADOS	86,57%	17,38%	12,65%	9,20%	12,50%	13,16%	22,13%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	16,85%
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	OCTUBRE:
NOVIEMBRE: En el mes de Noviembre-25 , la proporción de pacientes diabeticos que se	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

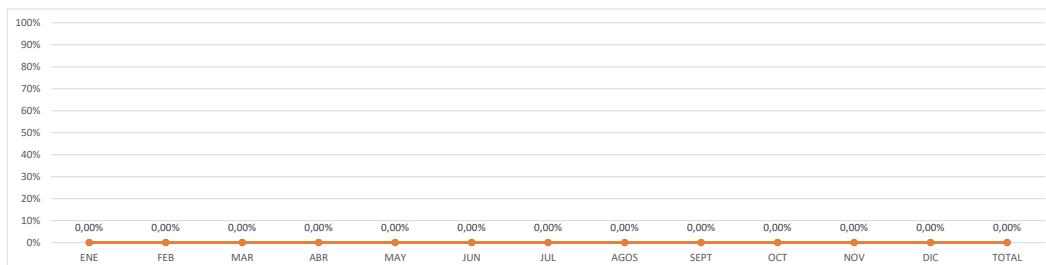
Versión: 03

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 Epidemiologia

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0						0
DENOMINADOR	39	35	47	52	59	54	57						343
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	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:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

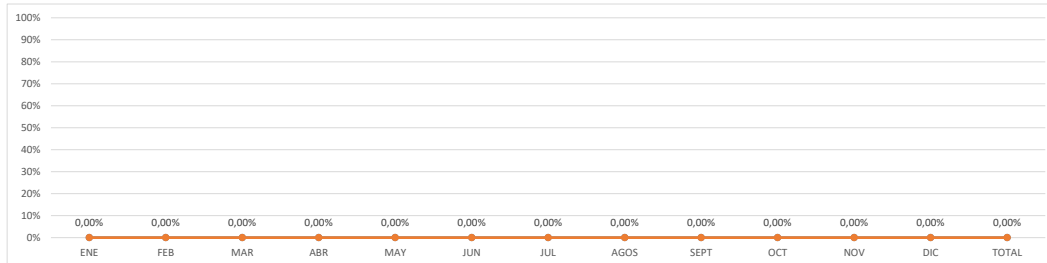
Fecha: 05/11/2024
 Código MDE-GCMC-SIC-F-002
 Versión: 03

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
	Unidad de medida: Por 100(%)
META:	0%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	HOSPITALIZACIÓN
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de Epidemiologia

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0						0
DENOMINADOR	72	52	70	62	72	75	48						451
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	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:

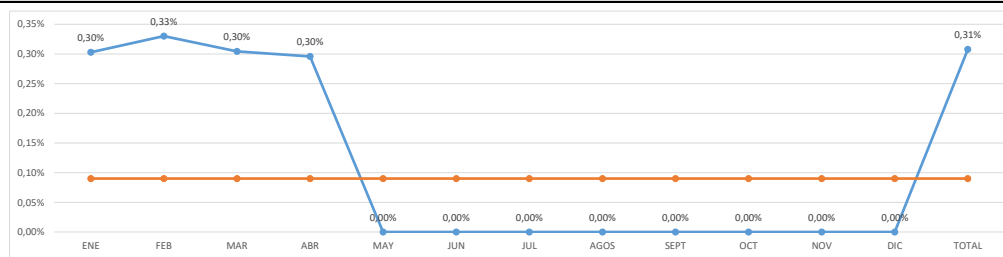
FICHA TECNICA DE INDICADORES

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

PROCESO:	GESTIÓN DE SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de Mortalidad 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 Epidemiologia

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN 2024														
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL	
NUMERADOR	3	3	3	3									12	
DENOMINADOR	991	909	986	1014									3900	
RESULTADOS	0,30%	0,33%	0,30%	0,30%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0,31%	
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/ºº. Nuestro indicador fue del 3,9º/ºº.	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 traumatica 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 fallecio 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: Se presentaron 7 casos de mortalidad menor de 48 horas, pacientes de	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

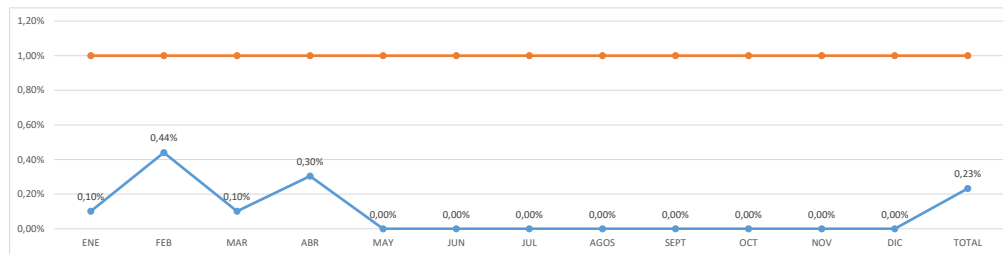
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

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 dinamica / 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 MEDICIÓN 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	1	4	1	3									9
DENOMINADOR	991	909	986	986									3872
RESULTADOS	0,10%	0,44%	0,10%	0,30%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0,23%
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:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

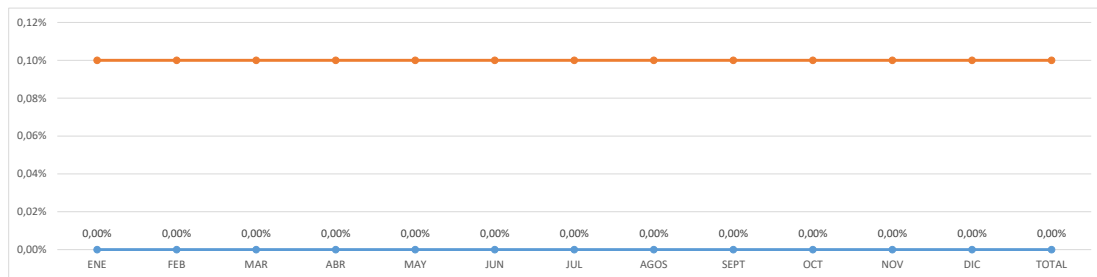
Fecha: 05/11/2024
 Código MDE-GCMC-SIC-F-002
 Versión: 03

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:	Líder de la oficina de Epidemiología

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0						0
DENOMINADOR	26	22	25	25	25	26	26						175
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	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



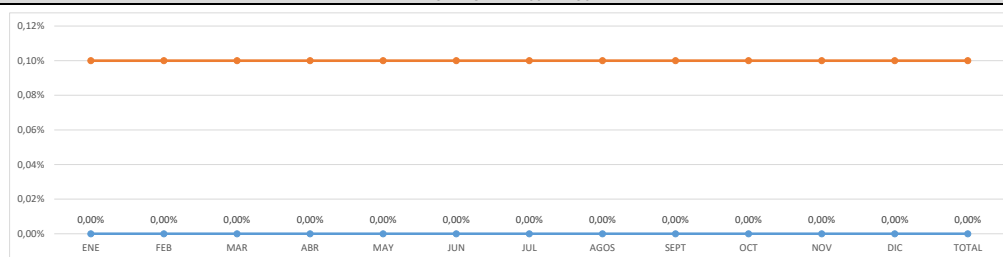
ANÁLISIS DE DATOS

ANÁLISIS 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:

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: Por 1,000 días de cateter central
META:	< 0,1% 5 casos por cada 1.000 días de catéter central
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	UCI
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Líder de la oficina de Epidemiología

[illegible]

GRAFICA DE RESULTADOS



ANÁLISIS DE DATOS	
ANÁLISIS 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:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

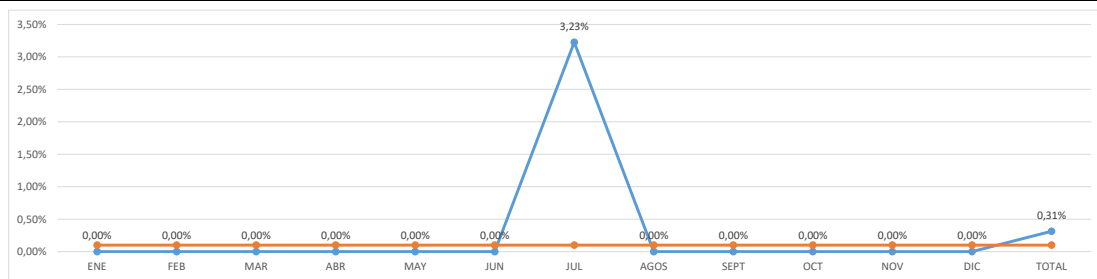
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE SERVICIO UCI
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociados 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:	Líder de la oficina de Epidemiología

RESULTADOS DE LA MEDICION 2026

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	1						1
DENOMINADOR	87	64	31	31	43	32	31						319
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,23%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0,31%
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-26: Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter ISTU-AC: 0/87= 0% ⁰⁰ . En 87 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-26.	ENERO: En Enero 2026 no se registraron infecciones del tracto urinario asociadas a catéter (ITU-AC), con una tasa de 0 por 1.000 días de catéter urinario (0/87). Se recomienda fortalecer las medidas de prevención.
FEBRERO-26: Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter ISTU-AC: 0/64= 0% ⁰⁰ . No se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de FEBRERO, tomando el denominador con 64 pacientes-día con catéter central en UCI-Adultos.	FEBRERO: En febrero 2026 no se registraron infecciones del tracto urinario asociadas a catéter (ITU-AC), con una tasa de 0 por 1.000 días de catéter urinario (0/64). Se recomienda mantener la vigilancia epidemiológica y fortalecer las medidas de prevención.
MARZO -26: Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter ISTU-AC: 0/31= 0% ⁰⁰ . No se presentaron casos nuevos de ITS-AC por cada 1000 días catéter central durante el mes de Marzo, tomando el denominador con 31 pacientes-día con catéter central en UCI-Adultos.	MARZO: En Marzo 2026 no se registraron infecciones del tracto urinario asociadas a catéter (ITU-AC), con una tasa de 0 por 1.000 días de catéter urinario (0/31). Se recomienda mantener la vigilancia epidemiológica y fortalecer las medidas de prevención.
ABRIL: No se presentaron casos de infección urinaria asociado a cateter.	ABRIL: En abril 2026 no se registraron infecciones del tracto urinario asociadas a catéter (ITU-AC), con una tasa de 0 por 1.000 días de catéter urinario.
	MAYO:
	JUNIO:
	JULIO:
	AGOSTO:
	SEPTIEMBRE:
	OCTUBRE:
	NOVIEMBRE:
	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

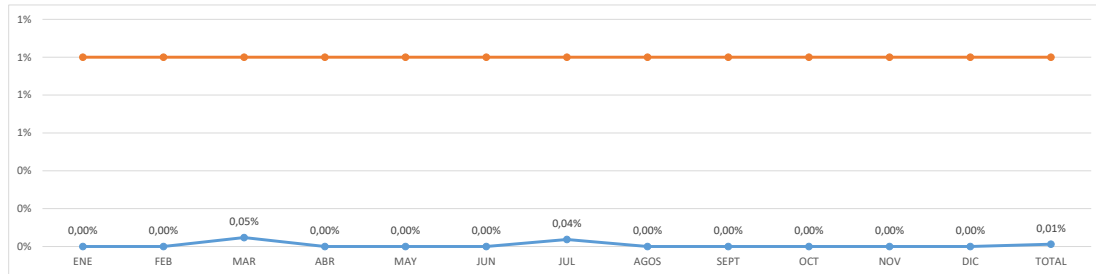
Fecha: 05/11/2024
 Código MDE-GCMC-SIC-F-002
 Versión: 03

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 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	1	0	0	0	1						2
DENOMINADOR	2153	2046	2112	2328	2734	2364	2694						16431
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,05%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	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 2153 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
FEBRERO : Durante el mes evaluado de los 2046 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
Marzo : Durante el mes evaluado de los 2112 Pacientes atendidos en el hospital Se presento una caídas de un paciente de ortopedia en el baño	se realizo plan de mejora con el personal implicado en el evento.
ABRIL : Durante el mes evaluado de los 2046 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
MAYO : Durante el mes evaluado de los 2734 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
JUNIO : Durante el mes evaluado de los 2364 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento caídas	no se requieren planes de mejoramiento
NOVIEMBRE:	NOVIEMBRE:
DICIEMBRE:	DICIEMBRE:

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

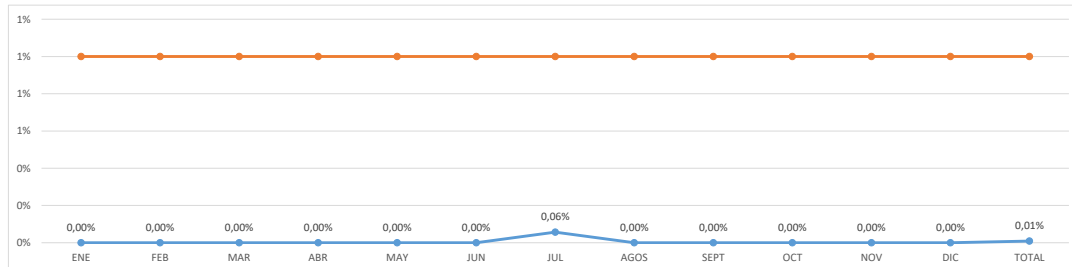
Versión: 03

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 periodo
	Fuente del numerador: Reporte del coordinador de seguridad del paciente y estadística.
	Denominador: Total de personas atendidas en urgencias en el periodo
	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 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	2						2
DENOMINADOR	3106	2822	3205	3117	3214	3055	3513						22032
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,06%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	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 3106 Pacientes atendidos en el servicio de urgencias no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento ☐
FEBRERO: Durante el mes evaluado de los 2822 Pacientes atendidos en el servicio de urgencias no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento ☐
MARZO: Durante el mes evaluado de los 3205 Pacientes atendidos en el servicio de urgencias no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento ☐
ABRIL: Durante el mes evaluado de los 3117 Pacientes atendidos en el servicio de urgencias no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento ☐
MAYO: Durante el mes evaluado de los 3214 Pacientes atendidos en el servicio de urgencias no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento ☐
JUNIO: Durante el mes evaluado de los 3214 Pacientes atendidos en el servicio de urgencias no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento ☐

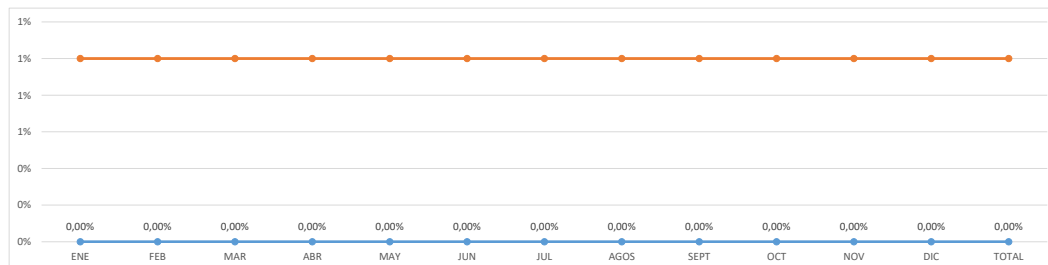
FICHA TECNICA DE INDICADORES

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 2024													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0						0
DENOMINADOR	2000	2439	2366	2297	2447	2567	2666						16782
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	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 2000 Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento
FEBRERO: Durante el mes evaluado de los 2439 Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento
MARZO: Durante el mes evaluado de los 2366 Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento
ABRIL: Durante el mes evaluado de los 2297 Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento
MAYO: Durante el mes evaluado de los 2447 Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento
JUNIO: Durante el mes evaluado de los 2567 Pacientes atendidos en el servicio de consulta externa no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento

FICHA TECNICA DE INDICADORES

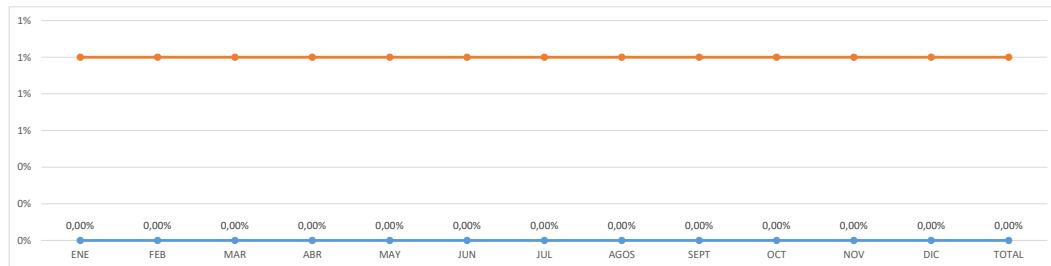
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

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 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0						0
DENOMINADOR	531	1548	1486	1480	1400	1380	1520						9345
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	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%

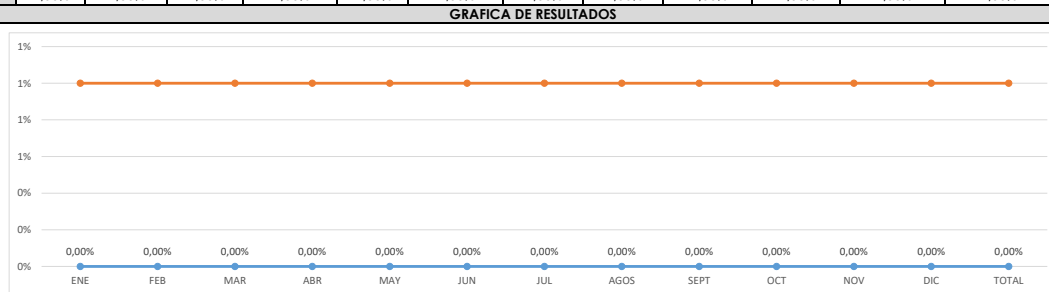
GRAFICA DE RESULTADOS



ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Durante el mes evaluado de los 531 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 1548 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 1486 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 1480 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 1400 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 1380 Pacientes atendidos en el servicio de apoyo diagnóstico no se presentaron caídas	no se requieren planes de mejoramiento

PROCESO:	GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO
NOMBRE DEL INDICADOR:	Proporcion 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

[illegible][illegible]

FICHA TECNICA DE INDICADORES

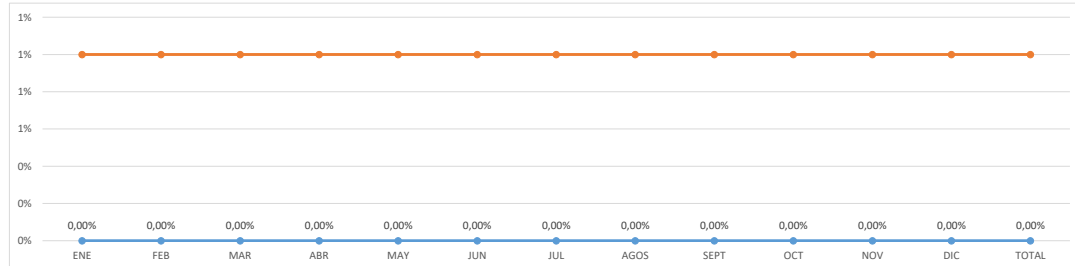
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

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 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0						0
DENOMINADOR	2153	2046	2112	2328	2734	2364	2694						16431
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!	#iDIV/0!	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 2153 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 2046 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 2112 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 2328 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 2734 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 2364 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento reaccion alergica a medicamentos	No se realizo plan de mejora

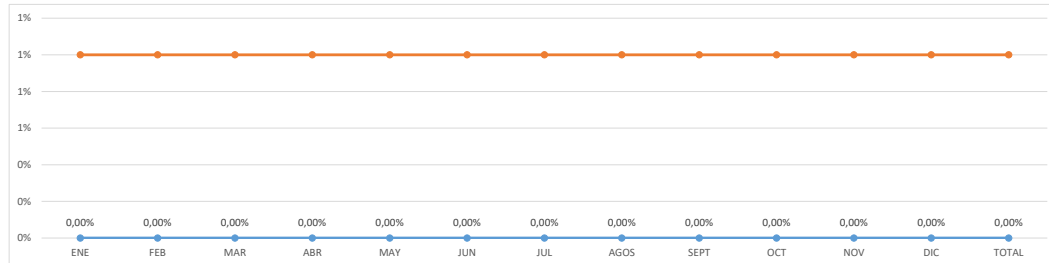
FICHA TECNICA DE INDICADORES

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 ADMON. DE MEDICAMENTOS EN LA UCI
PROPOSITO:	Fortalecer la gestión de la seguridad del paciente en el servicio de UCI 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 UCI.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de UCI
	Fuente del numerador: Reporte del coordinador de seguridad del paciente y estadística.
	Denominador: Total de personas atendidas en UCI
	Fuente del denominador: RIPS-Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
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 2024													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0						0
DENOMINADOR	234	206	219	184	243	203	271						1560
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	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 234 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento reaccion a medicamentos	ENERO: no se requieren planes de mejoramiento
FEBRERO : Durante el mes evaluado de los 206 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento reaccion a medicamentos	FEBRERO: no se requieren planes de mejoramiento
MARZO : Durante el mes evaluado de los 219 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento reaccion a medicamentos	MARZO: no se requieren planes de mejoramiento
ABRIL : Durante el mes evaluado de los 184 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento reaccion a medicamentos	ABRIL: no se requieren planes de mejoramiento
MAYO : Durante el mes evaluado de los 243 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento reaccion a medicamentos	MAYO: no se requieren planes de mejoramiento
JUNIO : Durante el mes evaluado de los 203 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento reaccion a medicamentos	JUNIO: no se requieren planes de mejoramiento
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

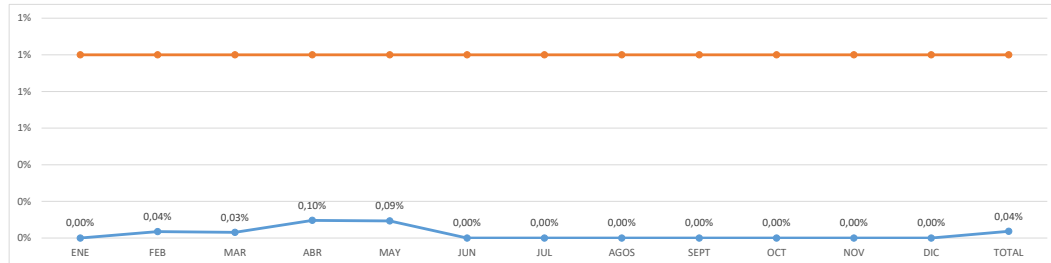
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN 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 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	1	1	3	3	0	0						8
DENOMINADOR	3106	2822	3205	3117	3214	3055	3513						22032
RESULTADOS	0,00%	0,04%	0,03%	0,10%	0,09%	0,00%	0,00%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	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 3106 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 2822 Pacientes atendidos en el hospital Se una presento reaccion alergica a medicamentos	Se realizo plan de mejora - alerta en la historia clinica 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
MARZO : Durante el mes evaluado de los 3205 Pacientes atendidos en el hospital Se una presento reaccion alergica a medicamentos	Se realizo plan de mejora - alerta en la historia clinica 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
ABRIL : Durante el mes evaluado de los 3117 Pacientes atendidos en el hospital Se presentaron tres reaccion alergica a medicamentos	No se realizo plan de mejora
MAYO : Durante el mes evaluado de los 3214 Pacientes atendidos en el hospital Se presentaron tres reaccion alergica a medicamentos	Se realizo plan de mejora - alerta en la historia clinica 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
JUNIO : Durante el mes evaluado de los 3055 Pacientes atendidos en el hospital no se presentaron reaccion alergica a medicamentos	No se realizo plan de mejora

FICHA TECNICA DE INDICADORES

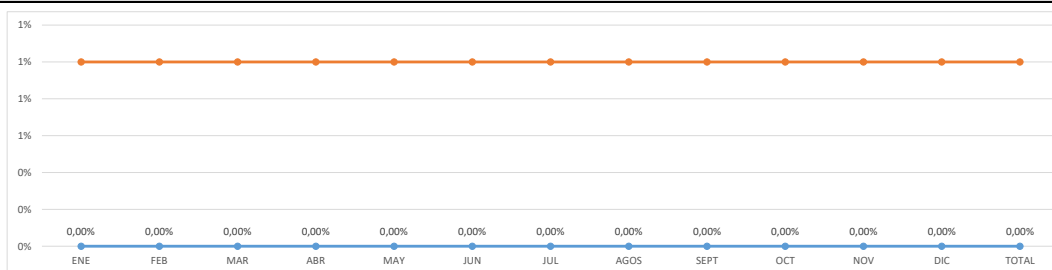
Fecha: 05/11/2024
 Código MDE-GCMC-SIC-F-002
 Versión: 03

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 periodo determinado.
MARCO NORMATIVO:	RESOLUCIÓN 0256 DE 2016
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución en el periodo
	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.
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 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0							0
DENOMINADOR	2135	2046	2112	2328	2734	2364							13719
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	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 2135 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento UPP	No se realizo plan de mejora
FEBRERO: Durante el mes evaluado de los 2046 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento UPP	No se realizo plan de mejora
MARZO: Durante el mes evaluado de los 2112 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento UPP	No se realizo plan de mejora
ABRIL : Durante el mes evaluado de los 2328 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento UPP	No se realizo plan de mejora
MAYO : Durante el mes evaluado de los 2734 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento UPP	No se realizo plan de mejora
JUNIO : Durante el mes evaluado de los 2734 Pacientes atendidos en el hospital no Se presento UPP	No se realizo plan de mejora

FICHA TECNICA DE INDICADORES

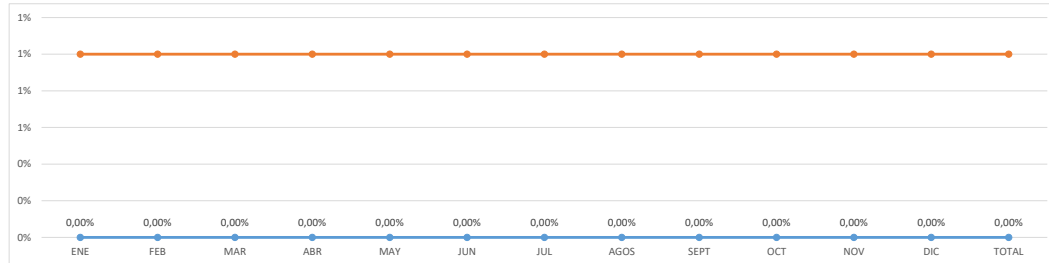
Fecha: 05/11/2024
 Código MDE-GCMC-SIC-F-002
 Versión: 03

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:	Numerador: Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión en el servicio de UCI, en el periodo
	Fuente del numerador: Reporte del coordinador de seguridad del paciente y estadística.
	Denominador: Sumatoria de días estancia de los pacientes en los servicios de UCI
	Fuente del denominador: RIPS-Dispuesto en SISPRO Ministerio de salud y protección social.
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 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0						0
DENOMINADOR	234	206	219	184	243	203	271						1560
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	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



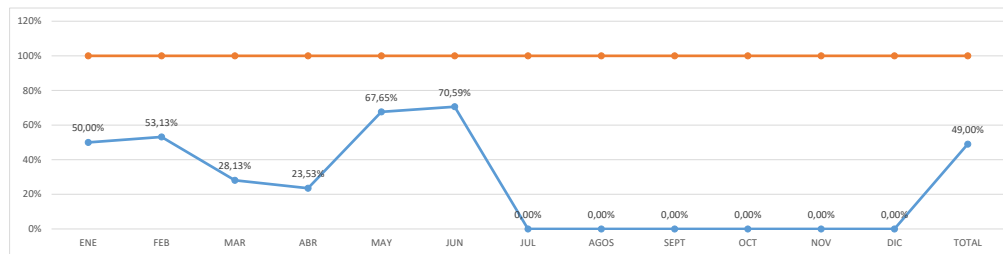
ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Durante el mes evaluado de los 234 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento upp	no se requieren planes de mejoramiento
FEBRERO : Durante el mes evaluado de los 206 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento upp	no se requieren planes de mejoramiento
MARZO : Durante el mes evaluado de los 219 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento upp	no se requieren planes de mejoramiento
ABRIL : Durante el mes evaluado de los 184 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento upp	no se requieren planes de mejoramiento
MAYO : Durante el mes evaluado de los 243 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento upp	no se requieren planes de mejoramiento
JUNIO : Durante el mes evaluado de los 203 Pacientes atendidos en el servicio de UCI no Se presento upp	no se requieren planes de mejoramiento

PROCESO:	GESTIÓN DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO
NOMBRE DEL INDICADOR:	Tasa de consentimientos informados correctamente diligenciados en sala de cirugía.
PROPOSITO:	Garantizar el cumplimiento de los principios éticos y legales en la atención quirúrgica mediante el seguimiento del diligenciamiento adecuado del consentimiento informado.
DEFINICIÓN:	El consentimiento informado se define como la aceptación libre por parte de un paciente para un acto procedimiento quirúrgico después de el especialista tratante comunicarle adecuadamente su situación clínica.
MARCO NORMATIVO:	Res.1995 de 2015, Decreto 780 de 2016, Res. 3100 de 2019 Programa Institucional de Seguridad del paciente
FORMULA DE MEDICION:	Numerador: Número de pacientes con consentimiento informado correctamente diligenciados y firmados en el servicio de cirugía. Muestra aleatoria representativa tomada de la formula de la contraloría general de la república
	Fuente del numerador: Reporte del prestador del servicio de cirugía / líder del proceso reporte en informe mensual de cirugía. Muestra aleatoria representativa tomada de la formula de la contraloría general de la república
	Denominador: Número total de pacientes con intervenciones quirúrgicas en el periodo
	Fuente del denominador: Reporte del prestador del servicio de cirugía / líder del proceso reporte en informe mensual de cirugía.
	Unidad de medida: Por 100(%)
META:	≥100%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	Cirugía
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Líder de la oficina de Seguridad del Paciente y estadística

[illegible]

GRAFICA DE RESULTADOS



ANÁLISIS DE DATOS	
ANÁLISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Durante el mes evaluado de los 447 Pacientes atendidos en el servicio de cx se realiza la auditoria a 34 consentimientos informados .Muestra aleatoria representativa tomada de la formula de la contraloria general de la república de los cuales 17 se encontraron mal diligenciados	no se requieren planes de mejoramiento
FEBRERO : Durante el mes evaluado de los 447 Pacientes atendidos en el servicio de cx se realiza la auditoria a 34 consentimientos informados .Muestra aleatoria representativa tomada de la formula de la contraloria general de la república de los cuales 20 se encontraron mal diligenciados	no se requieren planes de mejoramiento
MARZO : Durante el mes evaluado de los 519 Pacientes atendidos en el servicio de cx se realiza la auditoria a 32 consentimientos informados .Muestra aleatoria representativa tomada de la formula de la contraloria general de la república de los cuales 9 se encontraron mal diligenciados	no se requieren planes de mejoramiento
ABRIL : Durante el mes evaluado de los 538 Pacientes atendidos en el servicio de cx se realiza la auditoria a 34 consentimientos informados .Muestra aleatoria representativa tomada de la formula de la contraloria general de la república de los cuales 8 se encontraron mal diligenciados	no se requieren planes de mejoramiento
MAYO : Durante el mes evaluado de los 503 Pacientes atendidos en el servicio de cx se realiza la auditoria a 34 consentimientos informados .Muestra aleatoria representativa tomada de la formula de la contraloria general de la república de los cuales 11 se encontraron mal diligenciados	no se requieren planes de mejoramiento
JUNIO : Durante el mes evaluado de los 489 Pacientes atendidos en el servicio de cx se realiza la auditoria a 34 consentimientos informados .Muestra aleatoria representativa tomada de la formula de la contraloria general de la república de los cuales 10 se encontraron mal diligenciados	no se requieren planes de mejoramiento

FICHA TECNICA DE INDICADORES

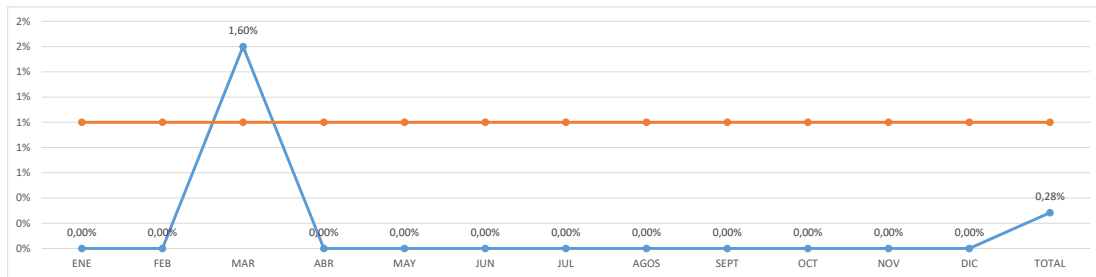
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

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 atribuibles 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 Cirugía

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	0	0	2	0	0	0	0						2
DENOMINADOR	88	90	125	94	124	99	85						705
RESULTADOS	0,00%	0,00%	1,60%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0,28%
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:	
JUNIO:	
JULIO:	
AGOSTO:	
SEPTIEMBRE:	
OCTUBRE:	
NOVIEMBRE:	
DICIEMBRE:	

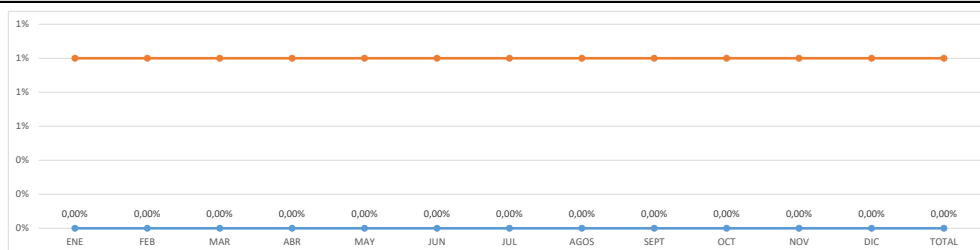
FICHA TECNICA DE INDICADORES

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

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.
	Unidad de medida: Por 100(%)
META:	<1%
PERIODICIDAD:	Mensual
SERVICIO:	Hospitalización
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider servicio de hospitalización

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024													TOTAL
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	
NUMERADOR	0	0	0	0									0
DENOMINADOR	2820	2516	2874	2822									11032
RESULTADOS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	#iDIV/O!	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

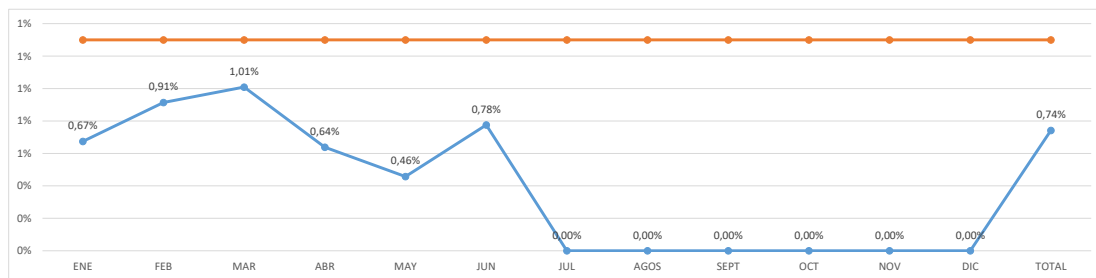


ANALISIS DE DATOS

ANALISIS DEL INDICADOR	ACCIONES A TOMAR
ENERO: Durante el mes evaluado de los 1003 Pacientes atendidos en el hospital 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:

FORMULA DE MEDICION:

RESULTADOS DE LA MEDICION 2026



ANALISIS DE DATOS

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

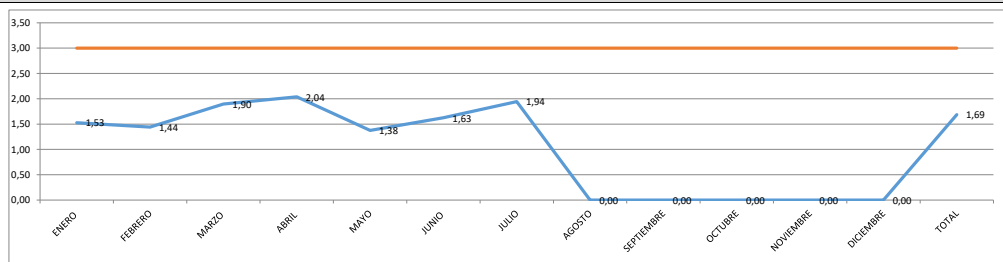
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA
NOMBRE DEL INDICADOR:	oportunidad de la asignación de citas en la consulta medica 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 2024

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	81	62	74	53	11	13	35						329
DENOMINADOR	53	43	39	26	8	8	18						195
RESULTADOS	1,53	1,44	1,90	2,04	1,38	1,63	1,94	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	1,69
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

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

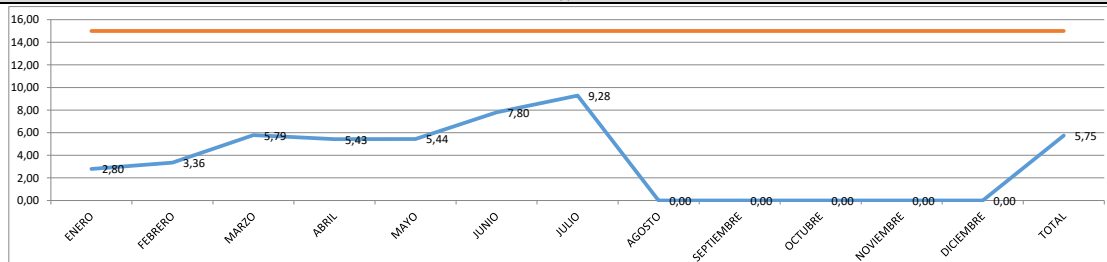
Versión: 03

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 fecha 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 2026

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	554	631	1169	825	936	1505	1912						7532
DENOMINADOR	198	188	202	152	172	193	206						1311
RESULTADOS	2,80	3,36	5,79	5,43	5,44	7,80	9,28	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	5,75
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

11



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

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

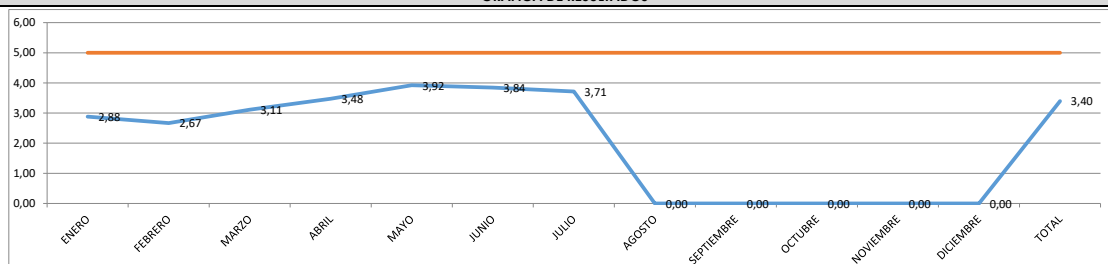
Versión: 03

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 2024

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	885	835	1173	1627	1271	1445	1370						8606
DENOMINADOR	307	313	377	468	324	376	369						2534
RESULTADOS	2,88	2,67	3,11	3,48	3,92	3,84	3,71	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	3,40
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

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

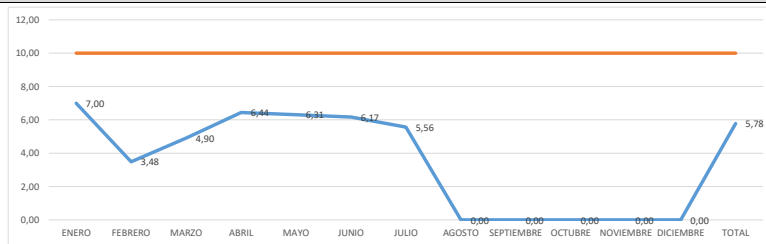
Versión: 03

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 2024

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	1581	644	1133	1823	1414	1506	1196						9297
DENOMINADOR	226	185	231	283	224	244	215						1608
RESULTADOS	7,00	3,48	4,90	6,44	6,31	6,17	5,56	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	5,78
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

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

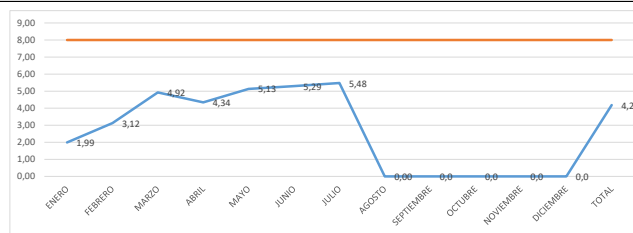
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA
NOMBRE DEL INDICADOR:	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Obstetricia
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 2024

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	533	703	970	1107	1185	1032	871						6401
DENOMINADOR	268	225	197	255	231	195	159						1530
RESULTADOS	1,99	3,12	4,92	4,34	5,13	5,29	5,48	#!DIV/0!	#!DIV/0!	#!DIV/0!	#!DIV/0!	#!DIV/0!	4,2
META:	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00	8,00

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

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

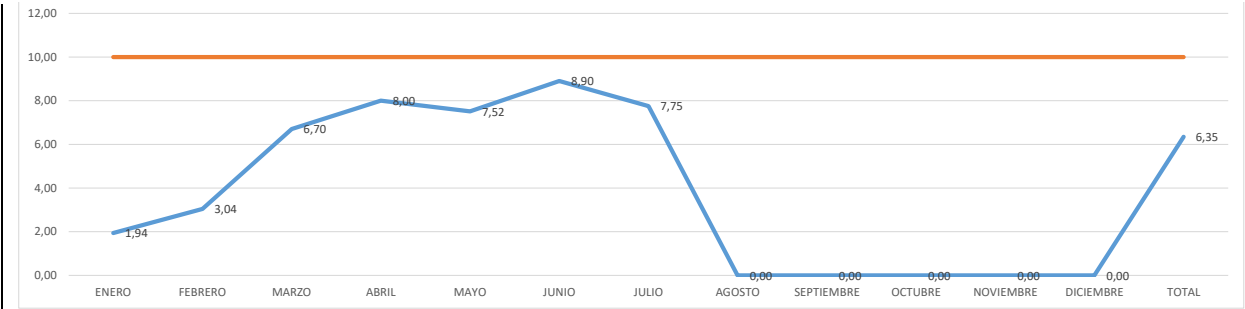
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA
NOMBRE DEL INDICADOR:	Oportunidad de la asignacion 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 2026

MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	241	481	965	1232	917	1487	1062						6385
DENOMINADOR	124	158	144	154	122	167	137						1006
RESULTADOS	1,94	3,04	6,70	8,00	7,52	8,90	7,75	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	6,35
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

FICHA TECNICA DE INDICADORES

Fecha: 05/11/2024

Código MDE-GCMC-SIC-F-002

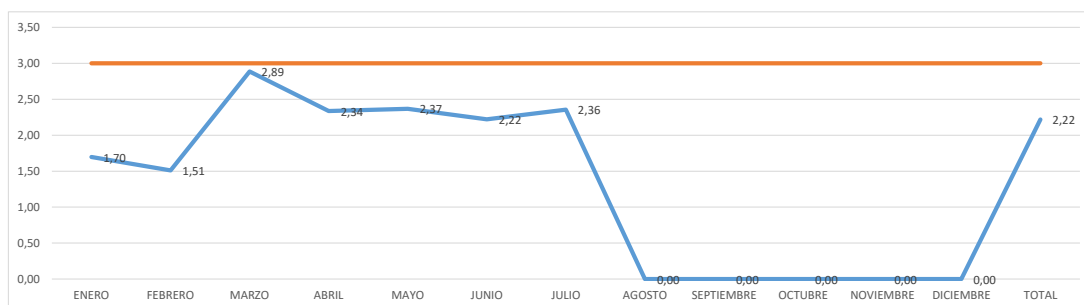
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE CONSULTA EXTERNA
NOMBRE DEL INDICADOR:	Oportunidad 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 2026

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	1098	1107	2185	1649	2464	1464	1844						11811
DENOMINADOR	647	733	757	706	1041	659	783						5326
RESULTADOS	1,70	1,51	2,89	2,34	2,37	2,22	2,36	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	2,22
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

FICHA TECNICA DE INDICADORES

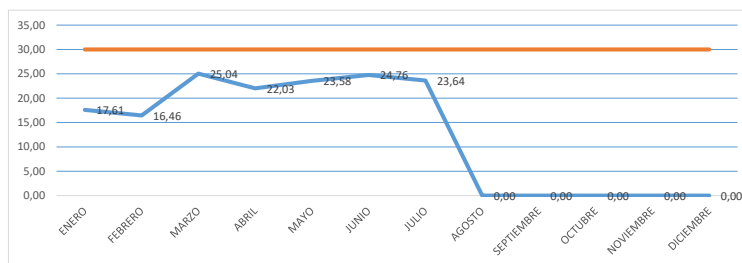
Fecha: 05/11/2024
 Código MDE-GCMC-SIC-F-002
 Versión: 03

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:	Numerador: 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 2026

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
NUMERADOR	1250	1695	2229	1608	1556	1139	1749						11226
DENOMINADOR	71	103	89	73	66	46	74						522
RESULTADOS	17,61	16,46	25,04	22,03	23,58	24,76	23,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	21,51
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: Se presento un total 1250 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, comparado con 71 pacientes clasificados en triage II para un resultado de 17 minutos promedio, lo que corresponde a la capacidad de respuesta medica de la insiticion.	ENERO: Se sigue el monitero del indicador.
FEBRERO: Se presento un total 1695 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, comparado con 103 pacientes clasificados en triage II para un resultado de 16 minutos promedio, lo que corresponde a un aumento de pacientes clasificados en triage II no obstante se mantiene la capacidad de respuesta medica de la insiticion.	FEBRERO: Se sigue el monitero del indicador.
MARZO: Se presento un total 2229 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, comparado con 89 pacientes clasificados en triage II para un resultado de 25 minutos promedio, se verifica el la tendencia a aumento de tiempo, que corresponde a la capacidad operativa dentro del servicio, no obstante se cumple con el estandar.	MARZO: Se sigue el monitero del indicador.
ABRIL: Se presento un total 1608 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, comparado con 76 pacientes clasificados en triage II para un resultado de 22 minutos promedio, lo que corresponde a la capacidad de respuesta medica de la insiticion.	ABRIL: Se sigue el monitero del indicador.
MAYO:	MAYO:
JUNIO:	JUNIO:

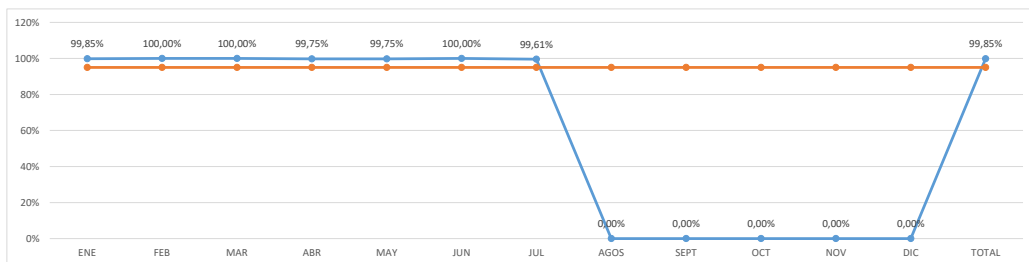
FICHA TECNICA DE INDICADORES

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
PROPOSITO:	evaluar el nivel de satisfacción general de los usuarios con los servicios prestados por la Institución Prestadora de Salud (IPS), con el fin de identificar fortalezas y oportunidades de mejora en la atención.
DEFINICIÓN:	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos en la IPS.
MARCO NORMATIVO:	Resolución 0256 de 2016
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 del prestador del servicio/ 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
SERVICIO:	SIAU
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Lider de la oficina de SIAU

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	666	720	762	795	796	778	757						5274
DENOMINADOR	667	720	762	797	798	778	760						5282
RESULTADOS	99.85%	100.00%	100.00%	99.75%	99.75%	100.00%	99.61%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	99.85%
META:	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%

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. (MB481-B185-R1)
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 ha seguido prestando un muy buen servicio, con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.	FEBRERO: Seguir brindando los mejores servicios en nuestra institución, para que los usuarios sigan estando satisfechos con el trato brindado por nuestro personal. (MB351-B369)
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 ha seguido prestando un muy buen servicio, con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.	MARZO: Seguir brindando los mejores servicios en nuestra institución, para que los usuarios sigan estando satisfechos con el trato brindado por nuestro personal. (MB240-B518-R4)
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 ha seguido prestando un muy buen servicio, con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.	ABRIL: Seguir brindando los mejores servicios en nuestra institución, para que los usuarios sigan estando satisfechos con el trato brindado por nuestro personal. (MB185-B610-R2)
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 se ha seguido prestando un muy buen servicio, con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.	MAYO: Seguir brindando los mejores servicios en nuestra institución, para que los usuarios sigan estando satisfechos con el trato brindado por nuestro personal. (MB376-B420-R2)
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 ha seguido prestando un muy buen servicio, con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.	JUNIO: Seguir brindando los mejores servicios en nuestra institución, para que los usuarios sigan estando satisfechos con el trato brindado por nuestro personal. (MB356-B422)

FICHA TECNICA DE INDICADORES

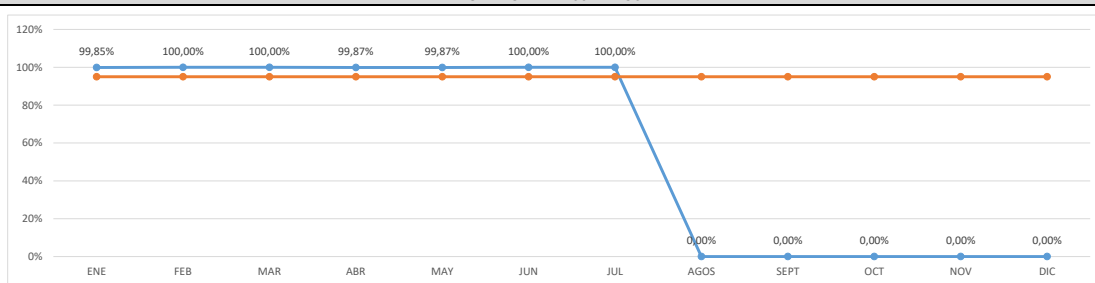
Fecha: 05/11/2024
Código MDE-GCMC-SIC-F-002
Versión: 03

PROCESO:	GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA
NOMBRE DEL INDICADOR:	Proporción de usuarios que recomendaría la IPS a familiares y amigos
PROPOSITO:	medir el grado de satisfacción y confianza que los usuarios tienen en la atención recibida por la IPS, a través de su disposición a recomendarla a familiares y amigos.
DEFINICIÓN:	Expresa la proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos
MARCO NORMATIVO:	Resolución 0256 de 2016
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 del prestador del servicio/ 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
SERVICIO:	SIAU
CARGO RESPONSABLE DE LA MEDICION:	Líder de la oficina de SIAU

RESULTADOS DE LA MEDICION 2024

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NUMERADOR	666	720	762	796	797	778	760						5279
DENOMINADOR	667	720	762	797	798	778	760						5282
RESULTADOS	99,85%	100,00%	100,00%	99,87%	99,87%	100,00%	100,00%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	99,94%
META:	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%

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 ha 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 acompaños 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 (DS611-PS55-DN1)
FEBRERO: 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 ha mantenido en el buen servicio ofertados con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.	FEBRERO: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompaños 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 (DS466-PS254)
MARZO: 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 ha mantenido en el buen servicio ofertados con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.	MARZO: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompaños 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 (DS374-PS388)
ABRIL: 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 ha mantenido en el buen servicio ofertados con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.	ABRIL: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompaños 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 (DS330-PS466- DN1)
MAYO: 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 ha mantenido en el buen servicio ofertados con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.	MAYO: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompaños 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 (DS514-PS283- DN1)
JUNIO: 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 ha mantenido en el buen servicio ofertados con el fin de satisfacer sus necesidades en el menor tiempo posible.	JUNIO: Seguir brindando el apoyo a los usuarios en los acompaños 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 (DS508-PS270)