

INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS

VIGENCIA 2023



GERENTE

ESTEBAN LOPEZ BURBANO

**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

1. INDICADORES DE CALIDAD

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 256 de 2016 dicta las disposiciones del Sistema de Información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. El objetivo de esta resolución es fortalecer el Sistema de Información de Calidad existente que esté acorde con los cambios al SGSSS establecidos en la Ley 1438 de 2011. Con el Sistema de Información para la Calidad en Salud se espera que mediante indicadores se evalúe el desempeño y resultados de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que permita brindar una información objetiva a los ciudadanos para garantizar su derecho a la libre elección de los prestadores de salud y aseguradores.

En el siguiente informe de la ESE Hospital Alcides Jiménez del Municipio de Puerto Caicedo se pueden consultar los resultados de los indicadores de calidad de las vigencias 2023. Se determinan las distancias de las metas, la priorización de los indicadores trazadores, la ubicación de los puntajes de intervención y su graficación mediante mapas de calor. Se hace un análisis y priorización de acciones de mejora de los siguientes indicadores: 1) Tiempo promedio de espera para la atención del Paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias; 2) Proporción de Satisfacción Global de los Usuarios y 3) Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos. Se finaliza el informe con unas breves conclusiones.

Objetivo:

Monitorear y hacer seguimiento a los indicadores de calidad de los servicios para tomar acciones que garanticen la calidad en los servicios prestados por la ESE Hospital Alcides Jiménez:

DOMINIO	CODIGO	INDICADOR	IV TRIMESTRE 2022	I TRIMESTRE 2023	II TRIMESTRE 2023	III TRIMESTRE 2023	IV TRIMESTRE 2023	META DEL INDICADOR	DISTANCIA DE LA META	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (1,2,3Y4)	GRAVEDAD DEL EFECTO	GRADO DE SEVERIDAD
EFFECTIVIDAD	P.1.1	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	61%	60%	63%	65%	40%	100	-40	2	4	8
	P.1.2	Proporción de gestantes con valoración por odontología	80%	65%	74%	80%	96%	100	-40	2	2	4
	P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	0%	0%	0%	0%	0%	0%	10	1	4	4
	P.1.5	Relación morbilidad materna extrema/muerte materna temprana (MME/MM)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	1	4	4
	P.1.6	Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo	100%	100%	100%	100%		100%	0	4	4	16
		P.2.4	Proporción de endometritis posparto vaginal	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	3	3
P.2.6		Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	3	3	9
P.2.7		Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	4	3	12
P.2.8		Tasa de caída de pacientes en el servicio	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	4	2	8

		de consulta externa										
	P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	4	2	8
	P.2.10	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	4	3	12
	P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	4	3	12
	P.2.12	Tasa de úlceras por presión.	0%	0%	0%	0%	0%	0	4	1	4	4
	P.2.13	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	1%	0%	1%	0%	0%	-66	3	2	6	6
	P.2.14	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	1%	0%	0%	0%	0%	-100	3	2	6	6
ATENCIÓN EXPERIENCIA DE LA	P.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de	2	1	0.03	0.05	0.01	-25	3	2	6	6

	cita de medicina general										
P.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	2	1	0.05	0.06	0.03	-30	3	2	6	
P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II	30		7.6	8.8	6.5	-64	2	3	6	
P.3.14	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	90%		94%	95%	99%	6,666666 67	2	3	6	
P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	90%	98%	98%	100%	100%	7,777777 78	2	3	6	

1. Mapa de Color:

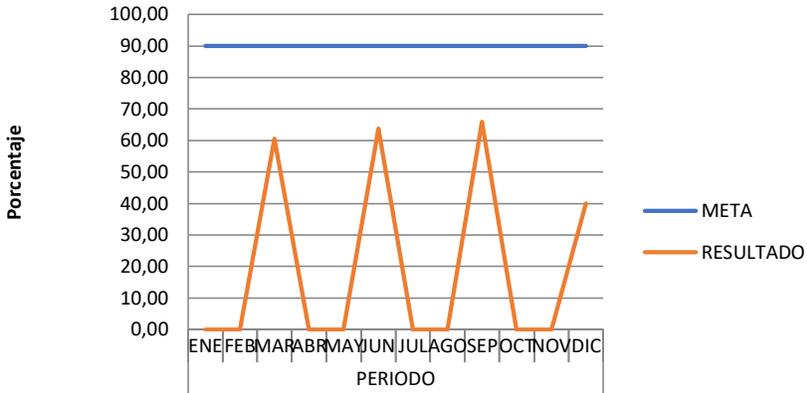
DE FACTIBILIDAD INTERVENCION	BA ALTO	4	P.12	P.2.8 P.2.9	P.2.7 P.2.10 P.2.11	P.1.6	4	ALTO
		3		P.2.13 P.2.14 P.3.1 P.3.2	p.2.4 p.2.6		3	
	2		P.1.2		P.1.1		2	BA

			P.3.10 P.3.14 P.3.15		
1				P.1.4 P.1.5	1
	1	2	3	4	
	BAJO		ALTO		
	GRAVEDAD DEL EFECTO				
	BAJO	MODERADO	ALTO	EXTREMO	

2. Indicador Proporción de gestantes con consulta de control prenatal antes de las 12 semanas de gestación.

Nombre del indicador: Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	Código: P.1.1
Definición:	Expresa la proporción de gestantes atendidas por primera vez antes de la semana 12.
Análisis del resultado del indicador- brecha	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023: 65% IV Trimestre 2023: 40%</p> <p>VALOR DE REFERENCIA:</p>
	<p>Análisis: Para la vigencia del III trimestre 2023, la proporción de gestantes con consulta de control prenatal antes de las 12 semanas fue del 65 %, los resultados obtenidos se encuentran debajo del valor de referencia (100%) con una distancia a la meta de -25%.</p> <p>Para el IV trimestre 2023 se observa que el valor obtenido es de (40%)</p>

	<p>sigue estando por debajo del valor de referencia por lo cual se hace necesario realizar estrategias de mejoramiento para la captación de gestantes.</p>	<p>90% DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023: - 25% IV Trimestre 2023: - 50%</p>								
<p>Acciones de causas</p> 	<p>Se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se debe reforzar todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 100%.</p>	<p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1117 766 1453 913"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td></td> </tr> </table> <p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: Se requiere acciones de mejoramiento.</p>	EXTREMO		ALTO	X	MEDIO		BAJO	
EXTREMO										
ALTO	X									
MEDIO										
BAJO										
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ ¡Calidad en Salud con Calidez Humana!</p>									

	<p style="text-align: center;">Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación</p>  <table border="1" data-bbox="609 871 1201 945"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEPT</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>60</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>64</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>66</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table>		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	META	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	RESULTADO	0	0	60	0	0	64	0	0	66	0	0	40
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC																												
META	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90																												
RESULTADO	0	0	60	0	0	64	0	0	66	0	0	40																												
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1" data-bbox="568 1113 1477 1753"> <thead> <tr> <th>AREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>Talento humano Enfermero/a y auxiliares.</td> <td>Permanente</td> <td>Permanente</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Realizar brigadas de pruebas de embarazo.</td> <td>Permanente</td> <td>Permanente</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ordenar pruebas de embarazo que posea sintomatología.</td> <td>Permanente</td> <td>Permanente</td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td>Búsquedas activas comunitarias.</td> <td>Permanente</td> <td>Permanente</td> </tr> </tbody> </table>	AREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	Liderazgo y trabajo en equipo	Talento humano Enfermero/a y auxiliares.	Permanente	Permanente		Realizar brigadas de pruebas de embarazo.	Permanente	Permanente		Ordenar pruebas de embarazo que posea sintomatología.	Permanente	Permanente	Planeación y estrategia	Búsquedas activas comunitarias.	Permanente	Permanente																			
AREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN																																					
Liderazgo y trabajo en equipo	Talento humano Enfermero/a y auxiliares.	Permanente	Permanente																																					
	Realizar brigadas de pruebas de embarazo.	Permanente	Permanente																																					
	Ordenar pruebas de embarazo que posea sintomatología.	Permanente	Permanente																																					
Planeación y estrategia	Búsquedas activas comunitarias.	Permanente	Permanente																																					



**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**

¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
NIT. 846.001.669-0

FORMATO DE INFORMES INSTITUCIONAL

Código: AD-PL-002-F-006

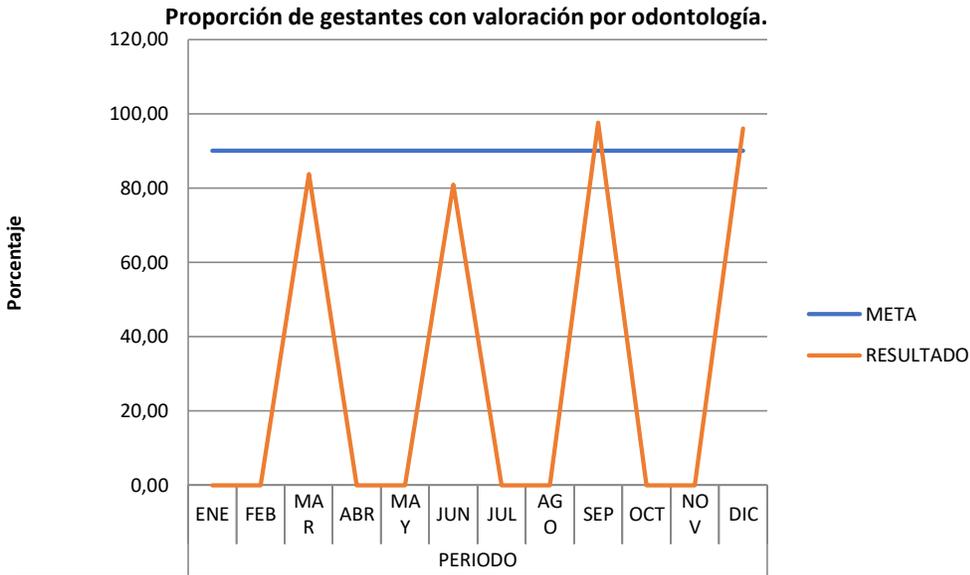
Versión: 1

	Articulación con entidades de bienestar.		
	Contratación de auxiliares para seguimiento		
	Realización de IEC (infografías, cuñas, perifoneo), importancia de asistir antes de la semana 10.	Mensualmente	Mensualmente
	Promocionar Preconcepcional		
Aprendizaje para la innovación	NA		
Articulación	ICBF Familias en acción	Permanente	Permanente
Gestión por procesos-cadena valor	NA		
Gestión de recursos y alianzas	NA		
Gestión de talento humano	Personal demanda inducida	Permanente	Permanente
Enfoque de resultados al bien común	NA		
Otras	NA		

3. Indicador Proporción de gestantes con valoración por odontología

Barrio La Esperanza, Puerto Caicedo - Putumayo, República de Colombia
Correo Electrónico: esealcidesjimenez@yahoo.es
Página web: www.esehospitalalcidesjimenez.gov.co
Celular: 3214529693

Nombre del indicador: Proporción de gestantes con valoración por odontología.		Código: P.1.2								
Definición:	Expresa la proporción de gestantes atendidas por valoración por odontología.									
Análisis del resultado del indicador- brecha 	Análisis: Para la vigencia del IV trimestre 2023 , la proporción de gestantes con valoración por odontología fue del 96% , los resultados obtenidos se encuentran por encima del valor de referencia con una distancia a la meta de + 6%.	TRIMESTRES EVALUADOS: III 2023 - IV-2023 VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 97% IV Trimestre 2023 96%								
	En comparación al III trimestre 2023 se presentó un leve aumento del valor (97%) estando por encima del valor de referencia, que aunque NO este indicador no se encuentra en riesgo, se hace necesario realizar estrategias que permitan continuar con la adecuada valoración por odontología de las gestantes.	VALOR DE REFERENCIA: 90% DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023: +7% IV Trimestre 2023: +6%								
		PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR: <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td></td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO	x	MEDIO		BAJO	
	EXTREMO									
ALTO	x									
MEDIO										
BAJO										
		METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto PROCESO (S) PARA MEJORAR: Se requiere acciones de mejoramiento.								
Acciones de causas 	Se evidencia falencias que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se debe reforzar todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 100%.									
Tendencia del indicador										

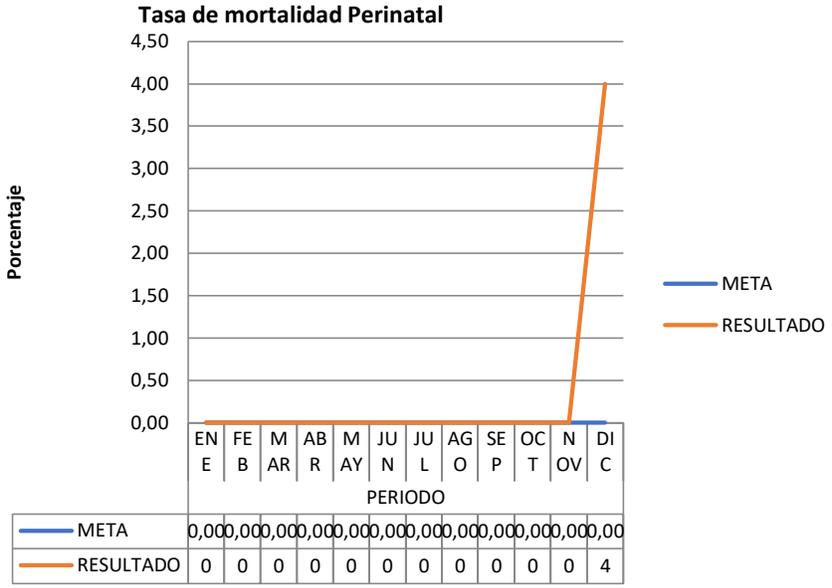
	<p style="text-align: center;">Proporción de gestantes con valoración por odontología.</p>  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">— META</td> <td>90,00</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">— RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>83,72</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>80,85</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>97,56</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>96</td> </tr> </tbody> </table>		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	— META	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	— RESULTADO	0	0	83,72	0	0	80,85	0	0	97,56	0	0	96
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																												
— META	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00																												
— RESULTADO	0	0	83,72	0	0	80,85	0	0	97,56	0	0	96																												
 <p>Acciones de mejora</p>	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">AREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th style="width: 10%;">DE</th> <th style="width: 30%;">ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th style="width: 10%;">FECHA DE INICIO</th> <th style="width: 10%;">DE</th> <th style="width: 15%;">FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td></td> <td>Talento humano Enfermero/a y auxiliares</td> <td>Permanente</td> <td></td> <td>Permanente</td> </tr> <tr> <td>Planeación estrategia</td> <td>y</td> <td>Búsquedas activas comunitarias. Articulación con entidades de bienestar.</td> <td>Permanente</td> <td></td> <td>Permanente</td> </tr> </tbody> </table>	AREAS DE INTERVENCIÓN	DE	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	DE	FECHA DE FIN	Liderazgo y trabajo en equipo		Talento humano Enfermero/a y auxiliares	Permanente		Permanente	Planeación estrategia	y	Búsquedas activas comunitarias. Articulación con entidades de bienestar.	Permanente		Permanente																					
AREAS DE INTERVENCIÓN	DE	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	DE	FECHA DE FIN																																			
Liderazgo y trabajo en equipo		Talento humano Enfermero/a y auxiliares	Permanente		Permanente																																			
Planeación estrategia	y	Búsquedas activas comunitarias. Articulación con entidades de bienestar.	Permanente		Permanente																																			

		Contratación de auxiliares para seguimiento		
		Jornadas de salud extramurales		
		Estrategia IEC importancia de odontología en controles de embarazo.		
		Aprendizaje para la innovación	NA	
		Articulación	ICBF Familias en acción	Permanente Permanente
		Gestión por procesos-cadena valor	NA	
		Gestión de recursos y alianzas	NA	
		Gestión de talento humano	Personal de demanda inducida	Permanente Permanente
		Enfoque de resultados al bien común	NA	
		Otras	NA	

4. Tasa de mortalidad perinatal

Nombre del indicador: Tasa de mortalidad Perinatal	Código: P.1.4
Definición:	Expresa la proporción de la tasa de mortalidad perinatal.
Análisis del resultado del indicador- brecha	TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023 VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 0%
Análisis:	Para la vigencia del III trimestre 2023 , la tasa de mortabilidad perinatal fue del 0%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de

	<p>referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%.</p> <p>Para la vigencia del IV trimestre 2023, la tasa de mortabilidad perinatal fue del 4%, los resultados obtenidos NO se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de + 4%.</p> <p>Por lo que se hace necesario realizar acciones de mejora NOTA: Los 2 casos reportados para el mes de diciembre NO pertenencia a la ESE, pero fue quien notificó,</p>	<p>IV Trimestre 2023 - 4%</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 0%</p> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023: 0 IV Trimestre 2023: - 4</p> <p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1112 772 1448 909"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: blue; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
EXTREMO										
ALTO										
MEDIO										
BAJO	X									
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>								
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5;">E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em; opacity: 0.5;">¡Calidad en Salud con Calidez Humana!</p>									

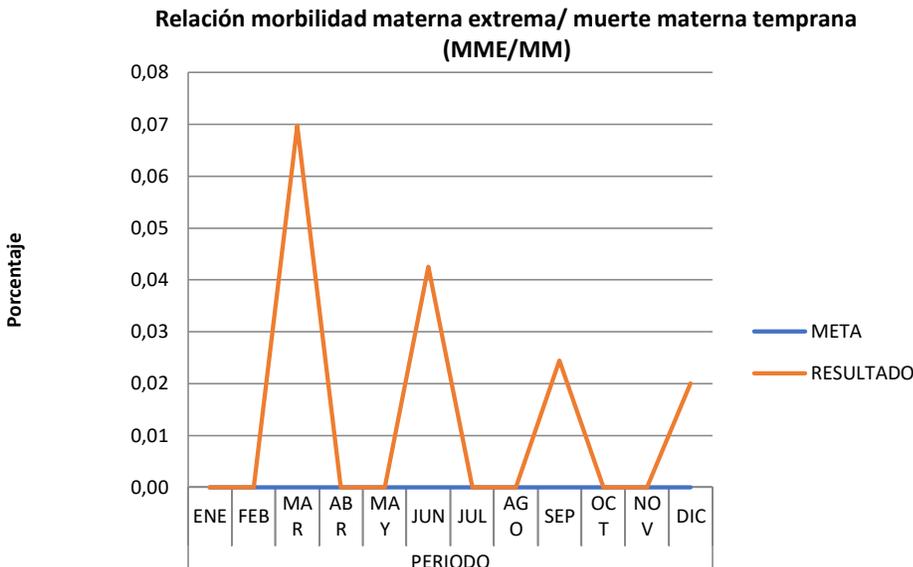
	<p style="text-align: center;">Tasa de mortalidad Perinatal</p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>EN</th> <th>FE</th> <th>M</th> <th>AB</th> <th>M</th> <th>JU</th> <th>JU</th> <th>AG</th> <th>SE</th> <th>OC</th> <th>N</th> <th>DI</th> </tr> <tr> <th></th> <th>E</th> <th>B</th> <th>AR</th> <th>R</th> <th>AY</th> <th>N</th> <th>L</th> <th>O</th> <th>P</th> <th>T</th> <th>OV</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		EN	FE	M	AB	M	JU	JU	AG	SE	OC	N	DI		E	B	AR	R	AY	N	L	O	P	T	OV	C	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	RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	EN	FE	M	AB	M	JU	JU	AG	SE	OC	N	DI																																									
	E	B	AR	R	AY	N	L	O	P	T	OV	C																																									
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																																									
RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4																																									
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREAS INTERVENCIÓN</th> <th>DE</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>DE</th> <th>FECHA DE FIN</th> <th>DE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td></td> <td>Talento humano Enfermero/a y auxiliares</td> <td>Permanente</td> <td></td> <td>Permanente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación estrategia</td> <td>y</td> <td>Búsquedas activas comunitarias. Articulación con entidades de bienestar.</td> <td>Permanente</td> <td></td> <td>Permanente</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	AREAS INTERVENCIÓN	DE	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	DE	FECHA DE FIN	DE	Liderazgo y trabajo en equipo		Talento humano Enfermero/a y auxiliares	Permanente		Permanente		Planeación estrategia	y	Búsquedas activas comunitarias. Articulación con entidades de bienestar.	Permanente		Permanente																																
AREAS INTERVENCIÓN	DE	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	DE	FECHA DE FIN	DE																																															
Liderazgo y trabajo en equipo		Talento humano Enfermero/a y auxiliares	Permanente		Permanente																																																
Planeación estrategia	y	Búsquedas activas comunitarias. Articulación con entidades de bienestar.	Permanente		Permanente																																																

		Contratación de auxiliares para seguimiento		
		Jornadas de salud extramurales		
		Estrategia IEC importancia de odontología en controles de embarazo.		
	Aprendizaje para la innovación	NA		
	Articulación	NA		
	Gestión por procesos-cadena valor	NA		
	Gestión de recursos y alianzas	NA		
	Gestión de talento humano	Personal de demanda inducida	Permanente	Permanente
	Enfoque de resultados al bien común	NA		
	Otras	NA		

5. Relación morbilidad materna extrema/muerte materna temprana (MME/MM)

Nombre del indicador: Relación morbilidad materna extrema/muerte materna temprana (MME/MM)	Código: P.1.5
Definición:	Expresa la proporción de la morbilidad materna extrema/muerte materna temprana.
Análisis del resultado del indicador- brecha	TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023

	<p>Para la vigencia del III trimestre 2023, la relación morbilidad materna extrema/muerte materna temprana (MME/MM) fue del 0.02%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%.</p> <p>Para la vigencia del IV trimestre 2023, la relación morbilidad materna extrema/muerte materna temprana (MME/MM) fue del 0,2%, los resultados obtenidos NO se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de + 0.2%.</p> <p>Se puede observar que No esta dentro del valor de referencia por lo cual se hace necesario realizar estrategias de mejoramiento para la captación de gestantes.</p>	<p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 0.02% IV Trimestre 2023 0.02%</p> <hr/> <p>VALOR DE REFERENCIA: 0%</p> <hr/> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023: -0.02 IV Trimestre 2023 -0.02</p> <hr/> <p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1149 898 1487 1037"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td></td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO	X	BAJO	
EXTREMO										
ALTO										
MEDIO	X									
BAJO										
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <hr/> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>								
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p style="text-align: center;">E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ ¡Calidad en Salud con Calidez Humana!</p>									

	<p style="text-align: center;">Relación morbilidad materna extrema/ muerte materna temprana (MME/MM)</p>  <table border="1" data-bbox="609 997 1307 1071"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,07</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,04</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,02</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,02</td> </tr> </tbody> </table>		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	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	RESULTADO	0	0	0,07	0	0	0,04	0	0	0,02	0	0	0,02
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																												
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																												
RESULTADO	0	0	0,07	0	0	0,04	0	0	0,02	0	0	0,02																												
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1" data-bbox="568 1207 1526 1753"> <thead> <tr> <th>AREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Planeación y estrategia</td> <td>Capacitación de atención a embarazadas.</td> <td>Constante</td> <td>Constante</td> </tr> <tr> <td>Seguimiento a gestantes quien presento morbilidades asociadas a embarazo.</td> <td>Constante</td> <td>Constante</td> </tr> </tbody> </table>	AREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	Liderazgo y trabajo en equipo	NA			Planeación y estrategia	Capacitación de atención a embarazadas.	Constante	Constante	Seguimiento a gestantes quien presento morbilidades asociadas a embarazo.	Constante	Constante																								
AREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN																																					
Liderazgo y trabajo en equipo	NA																																							
Planeación y estrategia	Capacitación de atención a embarazadas.	Constante	Constante																																					
	Seguimiento a gestantes quien presento morbilidades asociadas a embarazo.	Constante	Constante																																					



**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

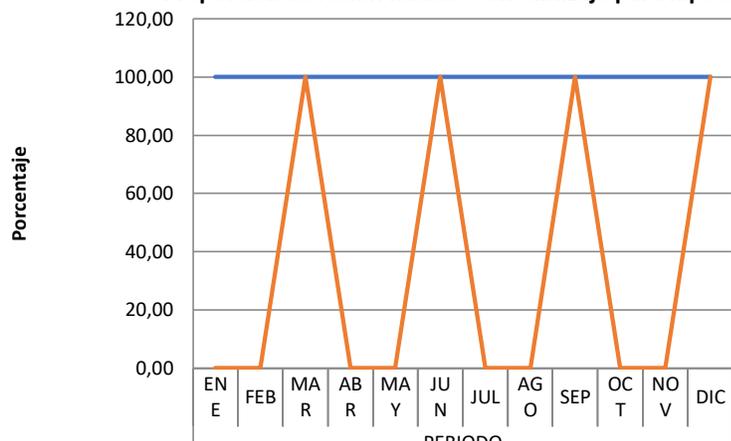
E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
NIT. 846.001.669-0

FORMATO DE INFORMES INSTITUCIONAL
Código: AD-PL-002-F-006
Versión: 1

		Seguimiento		
	Aprendizaje para la innovación	NA		
	Articulación	NA		
	Gestión por procesos-cadena valor	NA		
	Gestión de recursos y alianzas	NA		
	Gestión de talento humano	NA		
	Enfoque de resultados al bien común	NA		
	Otras	NA		

6. Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo

Nombre del indicador: Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo.		Código: P.1.6
Definición:	Expresa la proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo.	
Análisis del resultado del indicador- brecha 	Análisis: Para la vigencia del III trimestre 2023 , la proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo fue del 100%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (100%) con una distancia a la meta de 0%.	TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023
		VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 100% IV Trimestre 2023 100%
		VALOR DE REFERENCIA: 100%
	Se puede apreciar que durante el III trimestre 2023 Y IV trimestre 2023 el indicador de tamizaje de recién nacidos para hipotiroidismo se encuentra dentro	DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023 0 IV Trimestre 2023

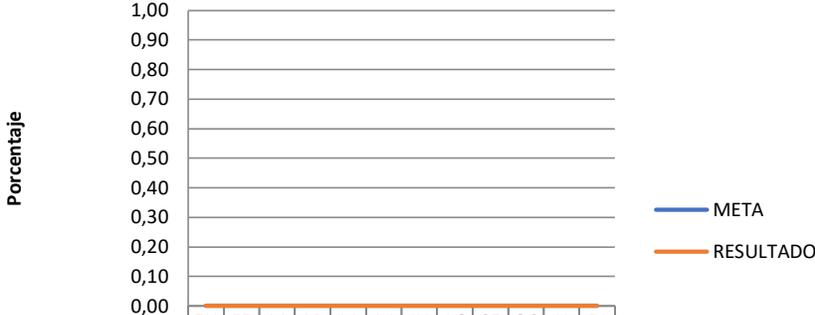
	del valor de referencia y se mantiene dentro de este valor.	<p>0</p> <p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1177 514 1510 651"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: green; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X																															
EXTREMO																																									
ALTO																																									
MEDIO																																									
BAJO	X																																								
<p>Acciones de causas</p> 	No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 100%.	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																							
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p style="text-align: center;">Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo.</p>  <table border="1" data-bbox="609 1554 1323 1627"> <thead> <tr> <th></th> <th>EN E</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>100,</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>100</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>100</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>100</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>			EN E	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	META	100,	100,	100,	100,	100,	100,	100,	100,	100,	100,	100,	100,	RESULTADO	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	100
	EN E	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																													
META	100,	100,	100,	100,	100,	100,	100,	100,	100,	100,	100,	100,																													
RESULTADO	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	100																													

<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREAS DE INTERVENCION</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Articulación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión por procesos-cadena valor</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de recursos y alianzas</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de talento humano</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfoque de resultados al bien común</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	AREAS DE INTERVENCION	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	Liderazgo y trabajo en equipo	NA			Planeación y estrategia	NA			Aprendizaje para la innovación	NA			Articulación	NA			Gestión por procesos-cadena valor	NA			Gestión de recursos y alianzas	NA			Gestión de talento humano	NA			Enfoque de resultados al bien común	NA			Otras	NA		
AREAS DE INTERVENCION	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN																																						
Liderazgo y trabajo en equipo	NA																																								
Planeación y estrategia	NA																																								
Aprendizaje para la innovación	NA																																								
Articulación	NA																																								
Gestión por procesos-cadena valor	NA																																								
Gestión de recursos y alianzas	NA																																								
Gestión de talento humano	NA																																								
Enfoque de resultados al bien común	NA																																								
Otras	NA																																								

7. Proporción de endometritis posparto vaginal

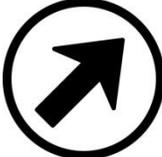
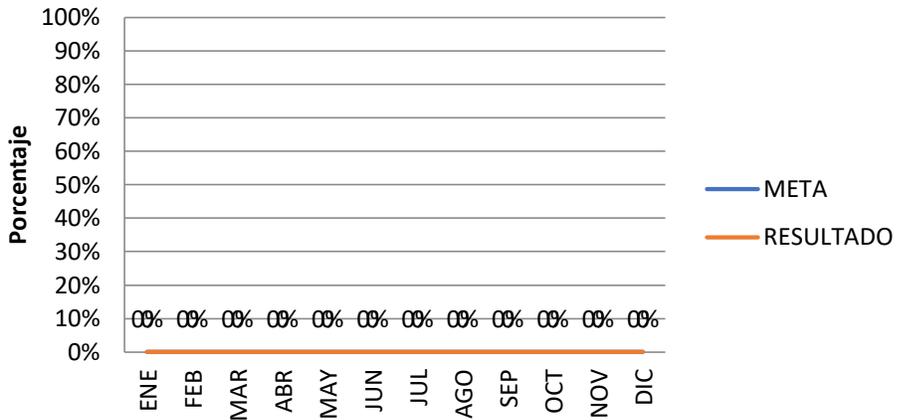
Nombre del indicador:	Proporción de endometritis posparto vaginal	Código: P.2.4
Definición:	Expresa la proporción de endometritis posparto.	
Análisis del resultado del indicador- brecha	<p>Análisis: Para la vigencia del III trimestre 2023, la proporción de endometritis posparto vaginal fue del 0%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%.</p> <p>Se puede apreciar que durante el III trimestre 2023 Y IV trimestre 2023 se ha</p>	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 0% IV Trimestre 2023 0%</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 0%</p>

	<p>mantenido la proporción de endometritis posparto vaginal del indicador de referencia.</p>	<p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023 0% IV Trimestre 2023 0%</p> <p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1117 636 1451 772"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: blue; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
EXTREMO										
ALTO										
MEDIO										
BAJO	X									
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>								
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ ¡Calidad en Salud con Calidez Humana!</p>									

	<p style="text-align: center;">Proporción de endometritis posparto vaginal</p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>EN E</th> <th>FE B</th> <th>M AR</th> <th>AB R</th> <th>M AY</th> <th>JU N</th> <th>JU L</th> <th>AG O</th> <th>SE P</th> <th>OC T</th> <th>N OV</th> <th>DI C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>— META</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>— RESULTADO</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		EN E	FE B	M AR	AB R	M AY	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	N OV	DI C	— 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	— RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																															
	EN E	FE B	M AR	AB R	M AY	JU N	JU L	AG O	SE P	OC T	N OV	DI C																																																											
— 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																																																											
— RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																											
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREAS INTERVENCION</th> <th>DE</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA INICIO</th> <th>DE</th> <th>FECHA DE FIN</th> <th>DE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Articulación</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión por procesos-cadena valor</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de recursos y alianzas</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de talento humano</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfoque de resultados al bien común</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	AREAS INTERVENCION	DE	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA INICIO	DE	FECHA DE FIN	DE	Liderazgo y trabajo en equipo		NA					Planeación y estrategia		NA					Aprendizaje para la innovación		NA					Articulación		NA					Gestión por procesos-cadena valor		NA					Gestión de recursos y alianzas		NA					Gestión de talento humano		NA					Enfoque de resultados al bien común		NA					Otras		NA				
AREAS INTERVENCION	DE	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA INICIO	DE	FECHA DE FIN	DE																																																																	
Liderazgo y trabajo en equipo		NA																																																																					
Planeación y estrategia		NA																																																																					
Aprendizaje para la innovación		NA																																																																					
Articulación		NA																																																																					
Gestión por procesos-cadena valor		NA																																																																					
Gestión de recursos y alianzas		NA																																																																					
Gestión de talento humano		NA																																																																					
Enfoque de resultados al bien común		NA																																																																					
Otras		NA																																																																					

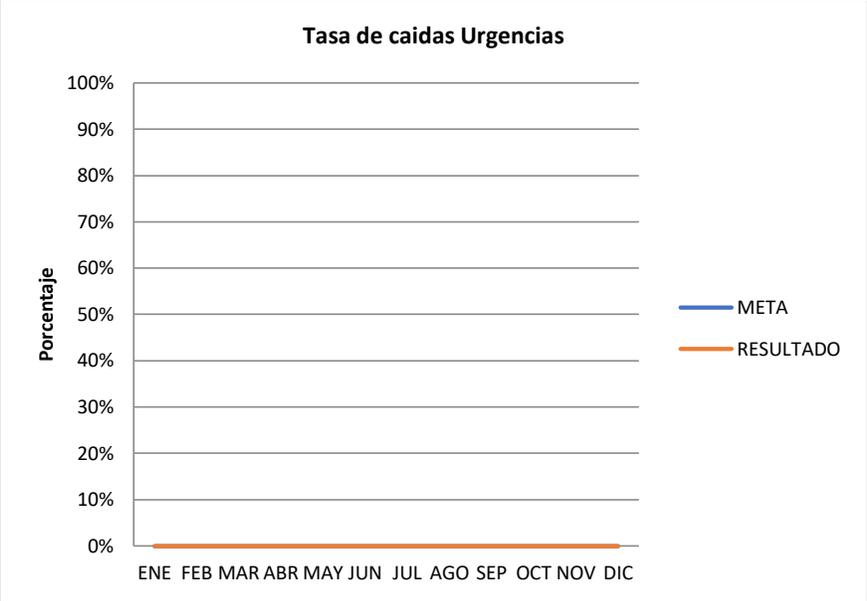
8. Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización

Nombre del indicador: Proporción de tasa de caídas de pacientes en el servicio de hospitalización.		Código: P.2.6							
Definición:	Expresa la proporción de la tasa de caídas de pacientes en el servicio de hospitalización.								
Análisis del resultado del indicador- brecha 	Análisis: Para la vigencia del III trimestre 2023 , la tasa de caídas de pacientes en el servicio de hospitalización fue del 0%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%. Durante el III trimestre 2023 Y IV trimestre 2023 se evidencia que la tasa para este indicador se encuentra de acuerdo al valor de referencia, con la misma puntuación por lo cual no es necesario realizar acciones de mejora.	TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023 VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 0% IV Trimestre 2023 0%							
		VALOR DE REFERENCIA: 0%							
		DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023 0% IV Trimestre 2023 0%							
		PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR: <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: green; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO
EXTREMO									
ALTO									
MEDIO									
BAJO	X								
Acciones de causas 	No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.	METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.							

<p>Tendencia del indicador</p> 	<h3 style="text-align: center;">Tasa de caídas hospitalización</h3>  <p>The graph displays the percentage of hospitalization falls over a 12-month period. The Y-axis represents the percentage from 0% to 100%. The X-axis lists the months from ENE to DIC. A blue line represents the 'META' (target) and an orange line represents the 'RESULTADO' (result). Both lines are at 0% for every month.</p>																																																												
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1" data-bbox="568 1071 1510 1659"> <thead> <tr> <th>ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA INICIO</th> <th>DE</th> <th>FECHA DE FIN</th> <th>DE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Articulación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión por procesos-cadena valor</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de recursos y alianzas</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de talento humano</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfoque de resultados al bien común</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA INICIO	DE	FECHA DE FIN	DE	Liderazgo y trabajo en equipo	NA					Planeación y estrategia	NA					Aprendizaje para la innovación	NA					Articulación	NA					Gestión por procesos-cadena valor	NA					Gestión de recursos y alianzas	NA					Gestión de talento humano	NA					Enfoque de resultados al bien común	NA					Otras	NA				
ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA INICIO	DE	FECHA DE FIN	DE																																																								
Liderazgo y trabajo en equipo	NA																																																												
Planeación y estrategia	NA																																																												
Aprendizaje para la innovación	NA																																																												
Articulación	NA																																																												
Gestión por procesos-cadena valor	NA																																																												
Gestión de recursos y alianzas	NA																																																												
Gestión de talento humano	NA																																																												
Enfoque de resultados al bien común	NA																																																												
Otras	NA																																																												

9. Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias

Nombre del indicador: tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias.	Código: P.2.7								
Definición:	Expresa la proporción de tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias.								
Análisis del resultado del indicador- brecha 	<p>Análisis: Para la vigencia del III trimestre 2023, la tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias fue del 0%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%.</p> <p>Si se compara el III trimestre 2023 y IV trimestre de 2023, se puede evidenciar que durante los dos trimestres el valor obtenido se mantiene dentro del valor de referencia.</p> <p>TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 0% IV Trimestre 2023 0%</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 0%</p> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023 0% IV Trimestre 2023 0%</p> <p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1112 1186 1448 1323"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td>■</td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td>■</td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td>■</td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td>X ■</td> </tr> </table>	EXTREMO	■	ALTO	■	MEDIO	■	BAJO	X ■
EXTREMO	■								
ALTO	■								
MEDIO	■								
BAJO	X ■								
Acciones de causas 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p> <p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>								

<p>Tendencia del indicador</p> 	<p style="text-align: center;">Tasa de caídas Urgencias</p> 																																																																						
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1" data-bbox="565 1142 1484 1740"> <thead> <tr> <th>AREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>DE</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>DE</th> <th>FECHA DE FIN</th> <th>DE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Articulación</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión por procesos-cadena valor</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de recursos y alianzas</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de talento humano</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfoque de resultados al bien común</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	AREAS DE INTERVENCIÓN	DE	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	DE	FECHA DE FIN	DE	Liderazgo y trabajo en equipo		NA					Planeación y estrategia		NA					Aprendizaje para la innovación		NA					Articulación		NA					Gestión por procesos-cadena valor		NA					Gestión de recursos y alianzas		NA					Gestión de talento humano		NA					Enfoque de resultados al bien común		NA					Otras		NA				
AREAS DE INTERVENCIÓN	DE	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	DE	FECHA DE FIN	DE																																																																	
Liderazgo y trabajo en equipo		NA																																																																					
Planeación y estrategia		NA																																																																					
Aprendizaje para la innovación		NA																																																																					
Articulación		NA																																																																					
Gestión por procesos-cadena valor		NA																																																																					
Gestión de recursos y alianzas		NA																																																																					
Gestión de talento humano		NA																																																																					
Enfoque de resultados al bien común		NA																																																																					
Otras		NA																																																																					

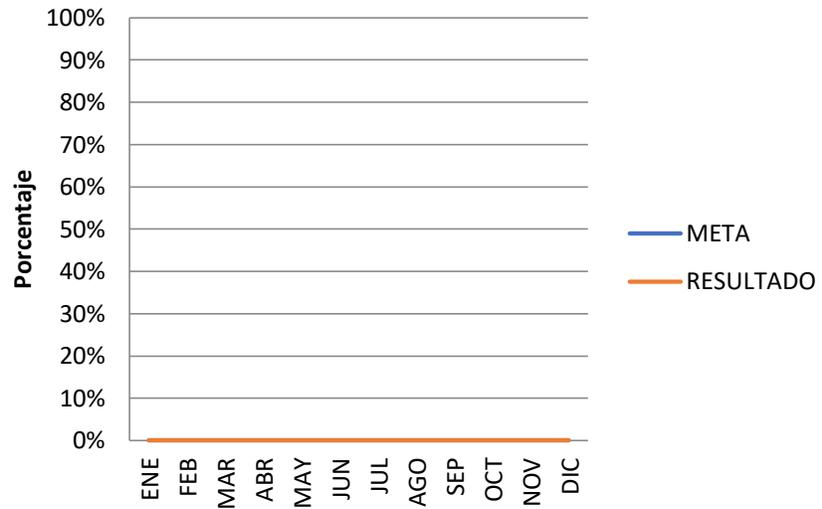
10. Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa

Nombre del indicador: tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa.	Código: P.2.8								
Definición:	Expresa la proporción de tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa.								
Análisis del resultado del indicador- brecha 	<p>Análisis: Para la vigencia del III trimestre 2023, la tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa fue del 0%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%.</p> <p>Para el III trimestre 2023 y IV trimestre 2023 se evidencia que el valor obtenido fue 0% por lo que se mantiene dentro del factor de referencia. Por lo que se puede deducir que se está prestando una atención a los pacientes con condiciones seguras dentro de la institución.</p> <p>TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 0%. IV Trimestre 2023 0%.</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 0%</p> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023 0%. IV Trimestre 2023 0%.</p> <p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1112 1270 1448 1407"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td>X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
EXTREMO									
ALTO									
MEDIO									
BAJO	X								
Acciones de causas 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p> <p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>								

Tendencia del indicador



Taza de caída de pacientes en el servicio de consulta externa.



Acciones de mejora

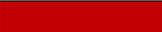
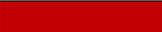
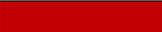


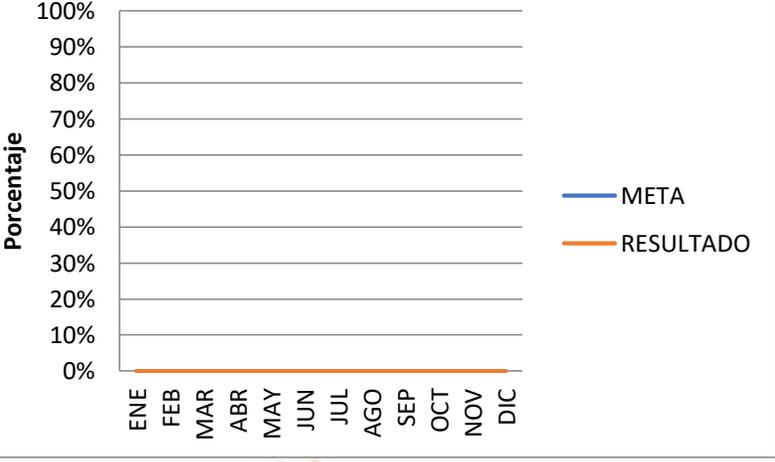
Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.

AREAS INTERVENCION	DE	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA INICIO	DE	FECHA DE FIN	DE
Liderazgo y trabajo en equipo		NA				
Planeación y estrategia		NA				
Aprendizaje para la innovación		NA				
Articulación		NA				
Gestión por procesos-cadena valor		NA				
Gestión de recursos y alianzas		NA				
Gestión de talento humano		NA				

	Enfoque de resultados al bien común	NA		
	Otras	NA		

11. Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

Nombre del indicador: tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.		Código: P.2.9							
Definición:	Expresa la proporción de tasa de caída de pacientes en el servicio de terapéutica.								
Análisis del resultado del indicador- brecha 	Análisis: Para la vigencia del III trimestre 2023 , la tasa de caídas de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica fue del 0%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%.	TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023 VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 0% IV Trimestre 2023 0%							
	Para el III trimestre 2023 Y IV trimestre 2023 el indicador para esta tasa fue del 0% valor dentro del factor de referencia. Por lo que se puede deducir que no se han presentado caída de pacientes en el área de servicio terapéutico.	VALOR DE REFERENCIA: 0%							
		DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023 0% IV Trimestre 2023 0%							
		PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR: <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td></td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO
EXTREMO									
ALTO									
MEDIO									
BAJO									
Acciones de causas	No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores	METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto							

	<p>humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p>	<p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																				
<p>Tendencia del indicador</p> 	<div style="text-align: center;"> <h3>Taza de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.</h3>  <p>Porcentaje</p> <p>100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0%</p> <p>ENE FEB MAR ABR MAY JUN JUL AGO SEP OCT NOV DIC</p> <p>— META — RESULTADO</p> </div>																					
<p>Acciones de mejora</p>	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1" data-bbox="570 1444 1474 1738"> <thead> <tr> <th>AREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Articulación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		AREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	Liderazgo y trabajo en equipo	NA			Planeación y estrategia	NA			Aprendizaje para la innovación	NA			Articulación	NA		
AREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN																			
Liderazgo y trabajo en equipo	NA																					
Planeación y estrategia	NA																					
Aprendizaje para la innovación	NA																					
Articulación	NA																					

	Gestión por procesos-cadena valor	NA		
	Gestión de recursos y alianzas	NA		
	Gestión de talento humano	NA		
	Enfoque de resultados al bien común	NA		
	Otras	NA		

12. Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización.

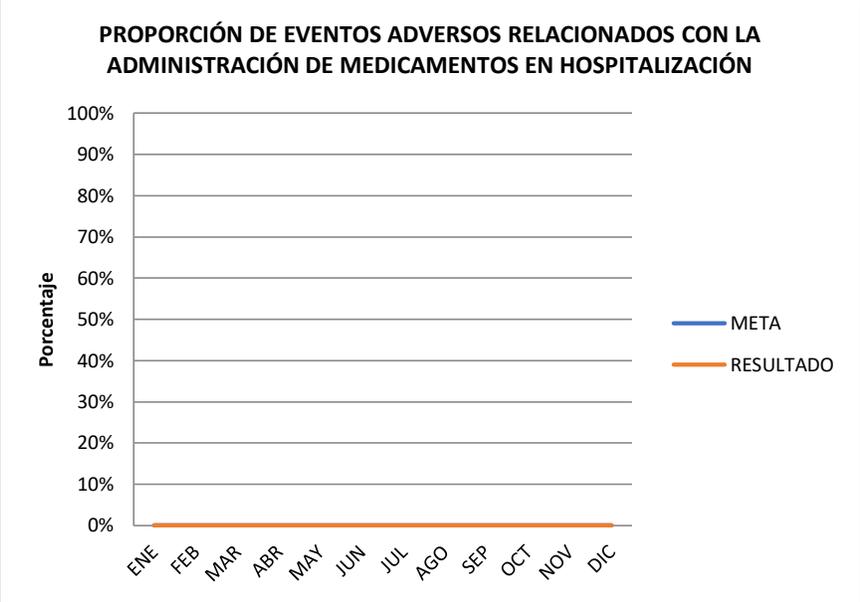
Nombre del indicador:	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización.	Código: P.2.10
Definición:	Expresa la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización.	
Análisis del resultado del indicador- brecha	<p>Análisis: Para la vigencia del III trimestre 2023, la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización fue del 0%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%.</p> <p>Comparados III trimestre 2023 Y IV trimestre 2023 nos damos cuenta que se mantiene el indicador sobre el valor de referencia.</p>	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 0% IV Trimestre 2023 0%</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 0%</p> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023 0% IV Trimestre 2023 0%</p>



**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
NIT. 846.001.669-0

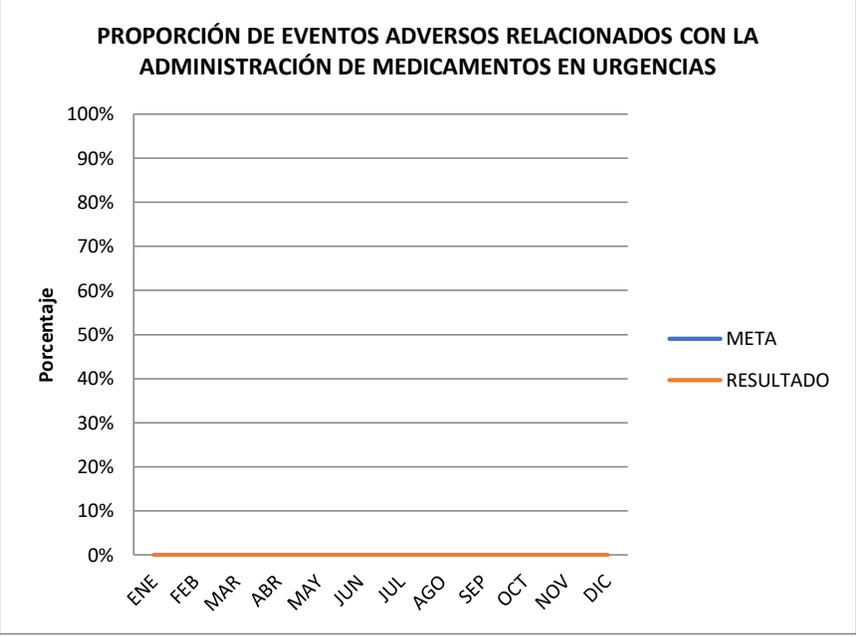
FORMATO DE INFORMES INSTITUCIONAL
Código: AD-PL-002-F-006
Versión: 1

		<p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: green; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
EXTREMO										
ALTO										
MEDIO										
BAJO	X									
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>								
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p style="text-align: center;">PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACIÓN</p> 									
<p>Acciones de mejora</p>	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p>									

	AREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
	Liderazgo y trabajo en equipo	NA		
	Planeación y estrategia	NA		
	Aprendizaje para la innovación	NA		
	Articulación	NA		
	Gestión por procesos-cadena valor	NA		
	Gestión de recursos y alianzas	NA		
	Gestión de talento humano	NA		
	Enfoque de resultados al bien común	NA		
	Otras	NA		

13. Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el área de Urgencias.

Nombre del indicador: Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de Urgencias.	Código: P.2.11
Definición:	Expresa la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización.
Análisis del resultado del indicador- brecha	<p>Análisis: Para la vigencia del III trimestre 2023, la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización fue del 0%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%.</p> <p>Comparados el III trimestre 2023 Y IV trimestre 2023 nos damos cuenta que</p>
	TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023
	VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 0% IV Trimestre 2023 0%
	VALOR DE REFERENCIA: 0%
	DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023 0%

	se mantiene el indicador sobre el valor de referencia.	IV Trimestre 2023 0% PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR: <table border="1" data-bbox="1117 573 1453 709"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: green; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
EXTREMO										
ALTO										
MEDIO										
BAJO	X									
Acciones de causas 	No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.	METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.								
Tendencia del indicador 	<div style="text-align: center;"> PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN URGENCIAS </div>  <p>The graph displays the percentage of adverse events related to medication administration in the emergency department. The Y-axis represents the percentage from 0% to 100%. The X-axis lists the months from January (ENE) to December (DIC). A blue line represents the 'META' (target) at 0%, and an orange line represents the 'RESULTADO' (result), which is also at 0% for every month.</p>									

<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p>				
	AREAS DE INTERVENCIÓN	DE	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
	Liderazgo y trabajo en equipo		NA		
	Planeación y estrategia		NA		
	Aprendizaje para la innovación		NA		
	Articulación		NA		
	Gestión por procesos-cadena valor		NA		
	Gestión de recursos y alianzas		NA		
	Gestión de talento humano		NA		
	Enfoque de resultados al bien común		NA		
Otras		NA			

14. Tasa de úlceras por presión.

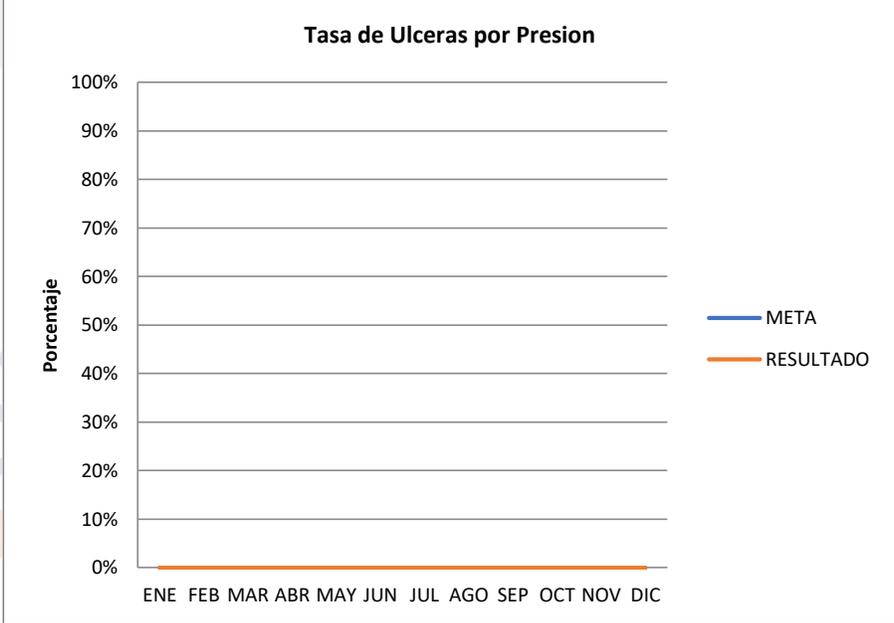
Nombre del indicador: Tasa de úlceras por presión.		Código: P.2.12
Definición:	Expresa la proporción de tasa de úlceras por presión.	
<p>Análisis del resultado del indicador- brecha</p> 	<p>Análisis: Para la vigencia del III trimestre 2023, la proporción de tasa de úlceras por presión fue del 0%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%.</p> <p>Se compara el III trimestre 2023 Y IV trimestre 2023 donde se evidencia que se mantiene estable la tasa de proporción dentro del valor de referencia (0).</p>	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023</p>
		<p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 0% IV Trimestre 2023 0%</p>
		<p>VALOR DE REFERENCIA: 0%</p>
		<p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023 0% IV Trimestre 2023 0%</p>



**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
NIT. 846.001.669-0

FORMATO DE INFORMES INSTITUCIONAL
Código: AD-PL-002-F-006
Versión: 1

		<p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: green; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
EXTREMO										
ALTO										
MEDIO										
BAJO	X									
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>								
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p style="text-align: center;">Tasa de Ulceras por Presion</p> 									

<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p>				
	AREAS DE INTERVENCIÓN	DE	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
	Liderazgo y trabajo en equipo		NA		
	Planeación y estrategia		NA		
	Aprendizaje para la innovación		NA		
	Articulación		NA		
	Gestión por procesos-cadena valor		NA		
	Gestión de recursos y alianzas		NA		
	Gestión de talento humano		NA		
	Enfoque de resultados al bien común		NA		
Otras		NA			

15. Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.

Nombre del indicador: Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Código: P.2.13
Definición:	Expresa la proporción de reingresos al servicio de urgencias en menos de 72 horas.
Análisis del resultado del indicador- brecha	<p>Análisis: Para la vigencia del IV Trimestre 2023, la proporción de reingresos en menos de 72 horas fue del 0,8%, el resultado obtenido se encuentra dentro del valor de referencia (1%) con una distancia a la meta de + 0.2%.</p> <p>Comparando el III trimestre 2023 donde se presentaron reingresos en</p>
	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 0.0% IV Trimestre 2023 0.8%</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 1%</p>

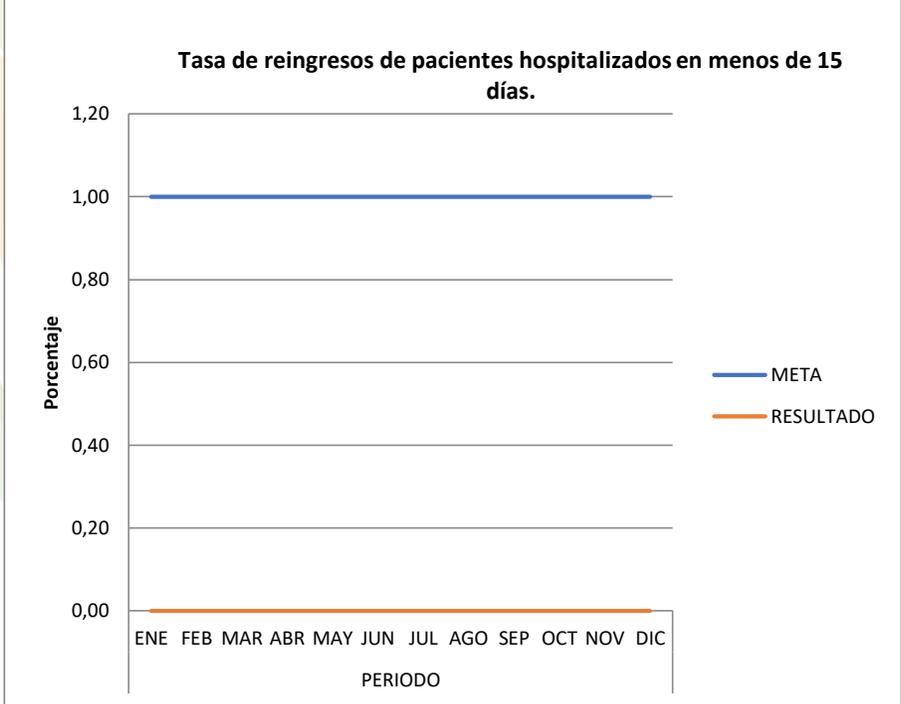
	<p>comparación al IV trimestre 2023 se evidencia que se presentaron la misma cantidad de reingresos reingresos en un porcentaje mínimo. Aunque el resultado se encuentra dentro del valor de referencia, se hace necesario reforzar la atención e integridad de los pacientes.</p>	<p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023 +1.0 % IV Trimestre 2023 + 0.2 %</p> <p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1112 636 1448 772"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: green; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
EXTREMO										
ALTO										
MEDIO										
BAJO	X									
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 1%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>								
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p style="text-align: center;">E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ ¡Calidad en Salud con Calidez Humana!</p>									

	<p style="text-align: center;">Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>PERIODO</th> <th>EN</th> <th>FE</th> <th>M</th> <th>AB</th> <th>M</th> <th>JU</th> <th>JU</th> <th>AG</th> <th>SE</th> <th>OC</th> <th>N</th> <th>DI</th> </tr> <tr> <th></th> <th>E</th> <th>B</th> <th>AR</th> <th>R</th> <th>AY</th> <th>N</th> <th>L</th> <th>O</th> <th>P</th> <th>T</th> <th>OV</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,01</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,01</td> </tr> </tbody> </table>	PERIODO	EN	FE	M	AB	M	JU	JU	AG	SE	OC	N	DI		E	B	AR	R	AY	N	L	O	P	T	OV	C	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	RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0,01	0	0	0,01		
PERIODO	EN	FE	M	AB	M	JU	JU	AG	SE	OC	N	DI																																											
	E	B	AR	R	AY	N	L	O	P	T	OV	C																																											
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																																											
RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0,01	0	0	0,01																																											
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREAS DE INTERVENCION</th> <th>DE</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>DE</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Articulación</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión por procesos-cadena valor</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de recursos y alianzas</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de talento humano</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfoque de resultados al bien común</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	AREAS DE INTERVENCION	DE	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	DE	FECHA DE FIN	Liderazgo y trabajo en equipo		NA				Planeación y estrategia		NA				Aprendizaje para la innovación		NA				Articulación		NA				Gestión por procesos-cadena valor		NA				Gestión de recursos y alianzas		NA				Gestión de talento humano		NA				Enfoque de resultados al bien común		NA			
AREAS DE INTERVENCION	DE	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	DE	FECHA DE FIN																																																		
Liderazgo y trabajo en equipo		NA																																																					
Planeación y estrategia		NA																																																					
Aprendizaje para la innovación		NA																																																					
Articulación		NA																																																					
Gestión por procesos-cadena valor		NA																																																					
Gestión de recursos y alianzas		NA																																																					
Gestión de talento humano		NA																																																					
Enfoque de resultados al bien común		NA																																																					

	Otras	NA		
--	-------	----	--	--

16. Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días

Nombre del indicador:	Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días.	Código: P.2.14								
Definición:	Expresa la tasa de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días.									
Análisis del resultado del indicador- brecha	<p>Análisis: Para la vigencia del III trimestre 2023, la tasa de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días fue del 0%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (1%) con una distancia a la meta de +1%.</p> <p>Se aprecia que para que para la vigencia del III trimestre 2023 Y IV trimestre 2023 no se presentaron reingresos por lo que se puede deducir que durante los dos trimestres se ha brindado una buena atención a los usuarios de la IPS.</p>	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 0% IV Trimestre 2023 0%</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 1%</p> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023 +1% IV Trimestre 2023 +1%</p> <p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td>X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
EXTREMO										
ALTO										
MEDIO										
BAJO	X									
Acciones de causas	No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los	METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto								

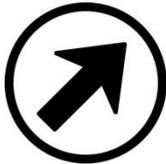
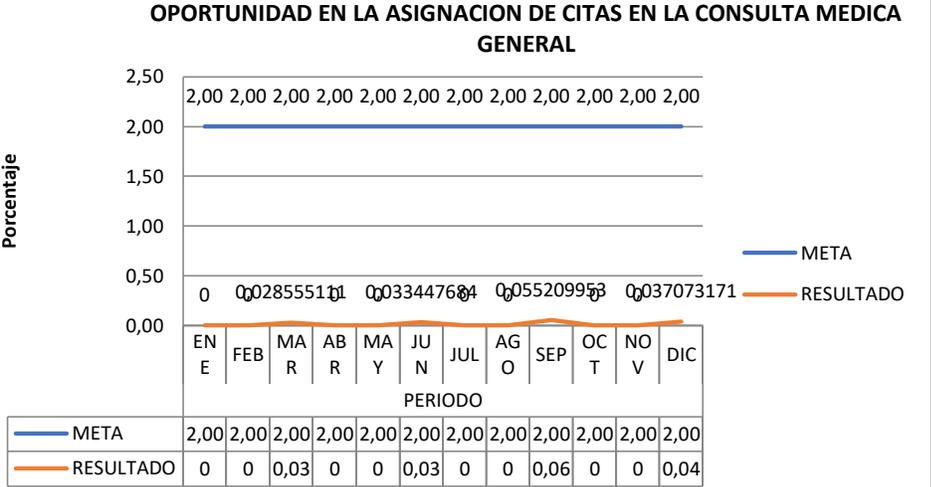
	<p>factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 1%.</p>	<p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																							
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p style="text-align: center;">Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días.</p>  <table border="1"> <caption>Data for Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días</caption> <thead> <tr> <th>PERIODO</th> <th>META</th> <th>RESULTADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ENE</td><td>1,00</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>FEB</td><td>1,00</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>MAR</td><td>1,00</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>ABR</td><td>1,00</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>MAY</td><td>1,00</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>JUN</td><td>1,00</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>JUL</td><td>1,00</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>AGO</td><td>1,00</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>SEP</td><td>1,00</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>OCT</td><td>1,00</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>NOV</td><td>1,00</td><td>0,00</td></tr> <tr><td>DIC</td><td>1,00</td><td>0,00</td></tr> </tbody> </table>		PERIODO	META	RESULTADO	ENE	1,00	0,00	FEB	1,00	0,00	MAR	1,00	0,00	ABR	1,00	0,00	MAY	1,00	0,00	JUN	1,00	0,00	JUL	1,00	0,00	AGO	1,00	0,00	SEP	1,00	0,00	OCT	1,00	0,00	NOV	1,00	0,00	DIC	1,00	0,00
PERIODO	META	RESULTADO																																							
ENE	1,00	0,00																																							
FEB	1,00	0,00																																							
MAR	1,00	0,00																																							
ABR	1,00	0,00																																							
MAY	1,00	0,00																																							
JUN	1,00	0,00																																							
JUL	1,00	0,00																																							
AGO	1,00	0,00																																							
SEP	1,00	0,00																																							
OCT	1,00	0,00																																							
NOV	1,00	0,00																																							
DIC	1,00	0,00																																							
<p>Acciones de mejora</p>	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREAS INTERVENCION</th> <th>DE</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA INICIO</th> <th>DE</th> <th>FECHA DE FIN</th> <th>DE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td></td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		AREAS INTERVENCION	DE	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA INICIO	DE	FECHA DE FIN	DE	Liderazgo y trabajo en equipo		NA					Planeación y estrategia		NA					Aprendizaje para la innovación		NA															
AREAS INTERVENCION	DE	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA INICIO	DE	FECHA DE FIN	DE																																			
Liderazgo y trabajo en equipo		NA																																							
Planeación y estrategia		NA																																							
Aprendizaje para la innovación		NA																																							

	Articulación	NA		
	Gestión por procesos-cadena valor	NA		
	Gestión de recursos y alianzas	NA		
	Gestión de talento humano	NA		
	Enfoque de resultados al bien común	NA		
	Otras	NA		

17. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.

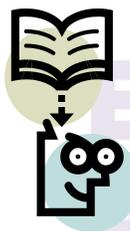
Nombre del indicador: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.	Código: P.3.1
Definición:	Expresa la proporción de tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general.
Análisis del resultado del indicador- brecha	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 0.05 Día IV Trimestre 2023 0.03 Día</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 2</p> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023 +1.95 IV Trimestre 2023 +1.97</p>

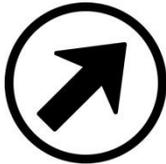
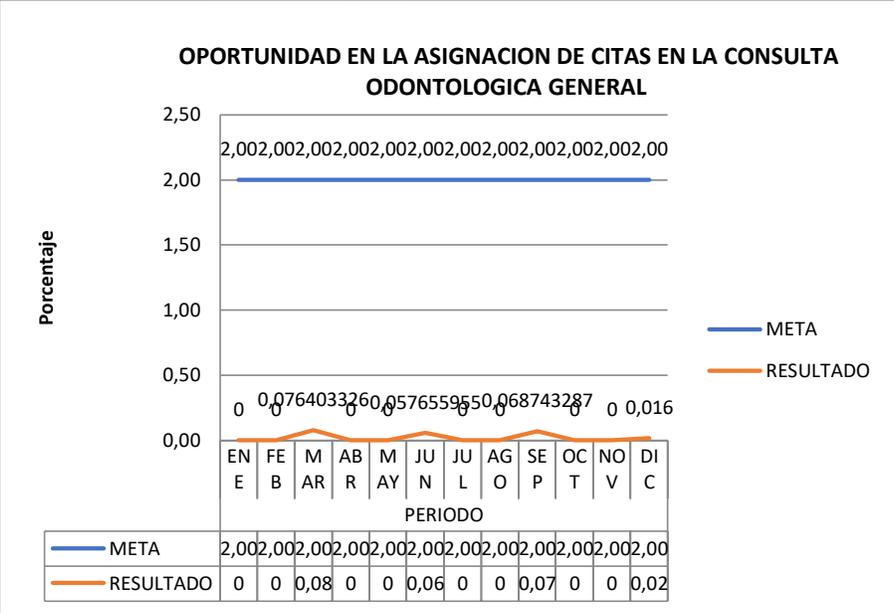


	<p>estrategias para reducir el tiempo de espera para la asignación de citas.</p>	<p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1143 474 1479 611"> <tr><td>EXTREMO</td><td style="background-color: red;"></td></tr> <tr><td>ALTO</td><td style="background-color: green;"></td></tr> <tr><td>MEDIO</td><td style="background-color: yellow;"></td></tr> <tr><td>BAJO</td><td style="background-color: green; text-align: center;">X</td></tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X																															
EXTREMO																																									
ALTO																																									
MEDIO																																									
BAJO	X																																								
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 2 DIAS. Aunque se puede ir analizando posibles estrategias para mejoramiento del servicio.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																							
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p style="text-align: center;">OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS EN LA CONSULTA MEDICA GENERAL</p>  <table border="1" data-bbox="602 1356 1305 1524"> <thead> <tr> <th></th> <th>EN E</th> <th>FEB</th> <th>MA R</th> <th>AB R</th> <th>MA Y</th> <th>JU N</th> <th>JUL</th> <th>AG O</th> <th>SEP</th> <th>OC T</th> <th>NO V</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>2,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,03</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,03</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,06</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,04</td> </tr> </tbody> </table>			EN E	FEB	MA R	AB R	MA Y	JU N	JUL	AG O	SEP	OC T	NO V	DIC	META	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	RESULTADO	0	0	0,03	0	0	0,03	0	0	0,06	0	0	0,04
	EN E	FEB	MA R	AB R	MA Y	JU N	JUL	AG O	SEP	OC T	NO V	DIC																													
META	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00																													
RESULTADO	0	0	0,03	0	0	0,03	0	0	0,06	0	0	0,04																													
<p>Acciones de mejora</p>	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1" data-bbox="570 1667 1533 1764"> <thead> <tr> <th>AREAS DE INTERVENCION</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		AREAS DE INTERVENCION	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN																																			
AREAS DE INTERVENCION	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN																																						

	Liderazgo y trabajo en equipo	NA		
	Planeación y estrategia	NA		
	Aprendizaje para la innovación	NA		
	Articulación	NA		
	Gestión por procesos-cadena valor	NA		
	Gestión de recursos y alianzas	NA		
	Gestión de talento humano	NA		
	Enfoque de resultados al bien común	NA		
	Otras	NA		

18. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general

Nombre del indicador: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general.	Código: P.3.2
Definición:	Expresa la proporción de tiempo promedio de espera para la asignación de citas de odontología general.
Análisis del resultado del indicador- brecha 	Análisis: Para la vigencia del IV trimestre 2023 , el tiempo promedio de espera para la asignación de citas odontológicas fue del 0,01 el resultado obtenido se encuentran dentro del valor de referencia (2) con una distancia a la meta de +1.9
	TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023
	VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 0.06 día IV Trimestre 2023 0.01 día
	VALOR DE REFERENCIA: 2 Días
DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023 +1.94 IV Trimestre 2023 +1.99	

		<p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: lightgreen; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X																																												
EXTREMO																																																						
ALTO																																																						
MEDIO																																																						
BAJO	X																																																					
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 100%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																																				
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p style="text-align: center;">OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA GENERAL</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>EN</th> <th>FE</th> <th>M</th> <th>AB</th> <th>M</th> <th>JU</th> <th>JU</th> <th>AG</th> <th>SE</th> <th>OC</th> <th>NO</th> <th>DI</th> </tr> <tr> <th></th> <th>E</th> <th>B</th> <th>AR</th> <th>R</th> <th>AY</th> <th>N</th> <th>L</th> <th>O</th> <th>P</th> <th>T</th> <th>V</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>2,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,08</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,06</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,07</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,02</td> </tr> </tbody> </table>			EN	FE	M	AB	M	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI		E	B	AR	R	AY	N	L	O	P	T	V	C	META	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	RESULTADO	0	0	0,08	0	0	0,06	0	0	0,07	0	0	0,02
	EN	FE	M	AB	M	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI																																										
	E	B	AR	R	AY	N	L	O	P	T	V	C																																										
META	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00																																										
RESULTADO	0	0	0,08	0	0	0,06	0	0	0,07	0	0	0,02																																										
<p>Acciones de mejora</p>	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p>																																																					

	AREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
	Liderazgo y trabajo en equipo	NA		
	Planeación y estrategia	NA		
	Aprendizaje para la innovación	NA		
	Articulación	NA		
	Gestión por procesos-cadena valor	NA		
	Gestión de recursos y alianzas	NA		
	Gestión de talento humano	NA		
	Enfoque de resultados al bien común	NA		
	Otras	NA		

19. Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II.

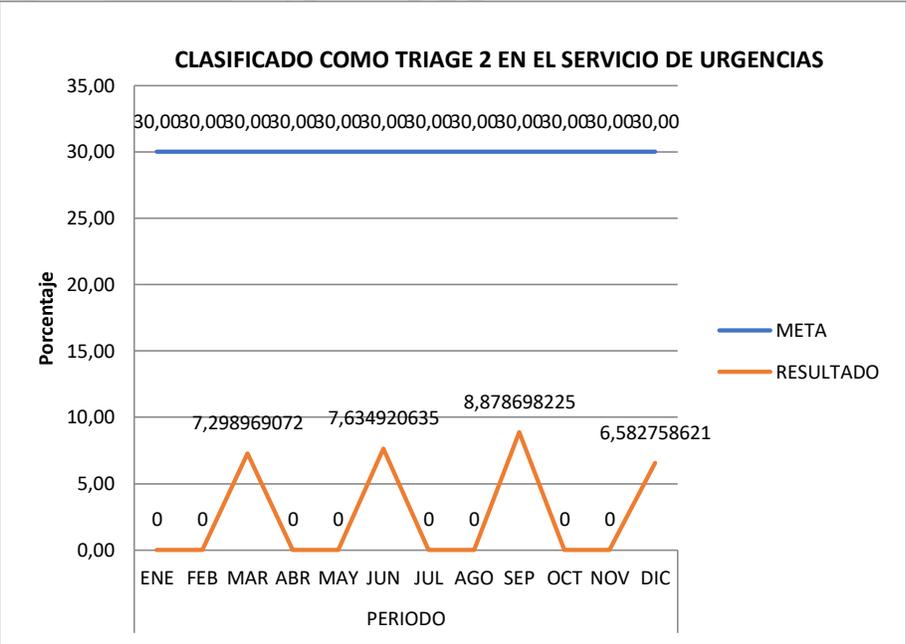
Nombre del indicador: Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II.	Código: P.3.10
Definición:	Expresa la proporción de tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II.
Análisis del resultado del indicador- brecha	<p>Análisis: Para la vigencia del IV trimestre 2023, el tiempo de espera para la atención de triage II fue del 6.5 Minutos, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (30) con una distancia a la meta de -23.5%.</p> <p>Para el III trimestre 2023 se evidencia el resultado obtenido presenta un leve aumento en 8.8 minutos de espera para la atención de triage II,</p>
	TRIMESTRES EVALUADOS: II-2023- III 2023
	VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 8.8 Minutos IV Trimestre 2023 6.5 minutos
	VALOR DE REFERENCIA: 30
	DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023



**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
NIT. 846.001.669-0

FORMATO DE INFORMES INSTITUCIONAL
Código: AD-PL-002-F-006
Versión: 1

	<p>porcentaje que se mantiene estable y dentro del valor de referencia.</p>	<p>+21.2 minutos IV Trimestre 2023 +23.5 minutos</p> <p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1112 573 1448 709"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: blue; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X																															
EXTREMO																																									
ALTO																																									
MEDIO																																									
BAJO	X																																								
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 100%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																							
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p style="text-align: center;">CLASIFICADO COMO TRIAGE 2 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</p>  <table border="1" data-bbox="565 1094 1471 1738"> <thead> <tr> <th>PERIODO</th> <th>RESULTADO (%)</th> <th>META (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ENE</td><td>0</td><td>30.00</td></tr> <tr><td>FEB</td><td>0</td><td>30.00</td></tr> <tr><td>MAR</td><td>7.298969072</td><td>30.00</td></tr> <tr><td>ABR</td><td>0</td><td>30.00</td></tr> <tr><td>MAY</td><td>0</td><td>30.00</td></tr> <tr><td>JUN</td><td>7.634920635</td><td>30.00</td></tr> <tr><td>JUL</td><td>0</td><td>30.00</td></tr> <tr><td>AGO</td><td>0</td><td>30.00</td></tr> <tr><td>SEP</td><td>8.878698225</td><td>30.00</td></tr> <tr><td>OCT</td><td>0</td><td>30.00</td></tr> <tr><td>NOV</td><td>0</td><td>30.00</td></tr> <tr><td>DIC</td><td>6.582758621</td><td>30.00</td></tr> </tbody> </table>		PERIODO	RESULTADO (%)	META (%)	ENE	0	30.00	FEB	0	30.00	MAR	7.298969072	30.00	ABR	0	30.00	MAY	0	30.00	JUN	7.634920635	30.00	JUL	0	30.00	AGO	0	30.00	SEP	8.878698225	30.00	OCT	0	30.00	NOV	0	30.00	DIC	6.582758621	30.00
PERIODO	RESULTADO (%)	META (%)																																							
ENE	0	30.00																																							
FEB	0	30.00																																							
MAR	7.298969072	30.00																																							
ABR	0	30.00																																							
MAY	0	30.00																																							
JUN	7.634920635	30.00																																							
JUL	0	30.00																																							
AGO	0	30.00																																							
SEP	8.878698225	30.00																																							
OCT	0	30.00																																							
NOV	0	30.00																																							
DIC	6.582758621	30.00																																							

<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p>				
	AREAS DE INTERVENCIÓN	DE	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
	Liderazgo y trabajo en equipo		NA		
	Planeación y estrategia		NA		
	Aprendizaje para la innovación		NA		
	Articulación		NA		
	Gestión por procesos-cadena valor		NA		
	Gestión de recursos y alianzas		NA		
	Gestión de talento humano		NA		
	Enfoque de resultados al bien común		NA		
Otras		NA			

20. Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS

Nombre del indicador: Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	Código: P.3.14
Definición:	Expresa la proporción de satisfacción global de usuarios de IPS.
Análisis del resultado del indicador- brecha	<p>Análisis: Para la vigencia del IV trimestre 2023, la proporción de satisfacción global de los usuarios que asisten a la Institución fue de 97%, los resultados obtenidos se encuentran sobre el valor de referencia (90%) con una distancia a la meta del + 7%.</p> <p>Se evidencia que para el III trimestre de 2023 el valor de 97% satisfacción de los usuarios baja un punto, pero se</p>
	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 95% IV Trimestre 2023 97%</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 90%</p> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023</p>



**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
NIT. 846.001.669-0

FORMATO DE INFORMES INSTITUCIONAL
Código: AD-PL-002-F-006
Versión: 1

	mantiene estable con un alto porcentaje de satisfacción.	+5% IV Trimestre 2023 +7% PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR: <table border="1" data-bbox="1149 573 1485 709"><tr><td>EXTREMO</td><td>■</td></tr><tr><td>ALTO</td><td>■</td></tr><tr><td>MEDIO</td><td>■</td></tr><tr><td>BAJO</td><td>X ■</td></tr></table>	EXTREMO	■	ALTO	■	MEDIO	■	BAJO	X ■
EXTREMO	■									
ALTO	■									
MEDIO	■									
BAJO	X ■									
Acciones de causas 	No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 100%.	METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.								
Tendencia del indicador 										

**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!



**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**

¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
NIT. 846.001.669-0

FORMATO DE INFORMES INSTITUCIONAL

Código: AD-PL-002-F-006

Versión: 1

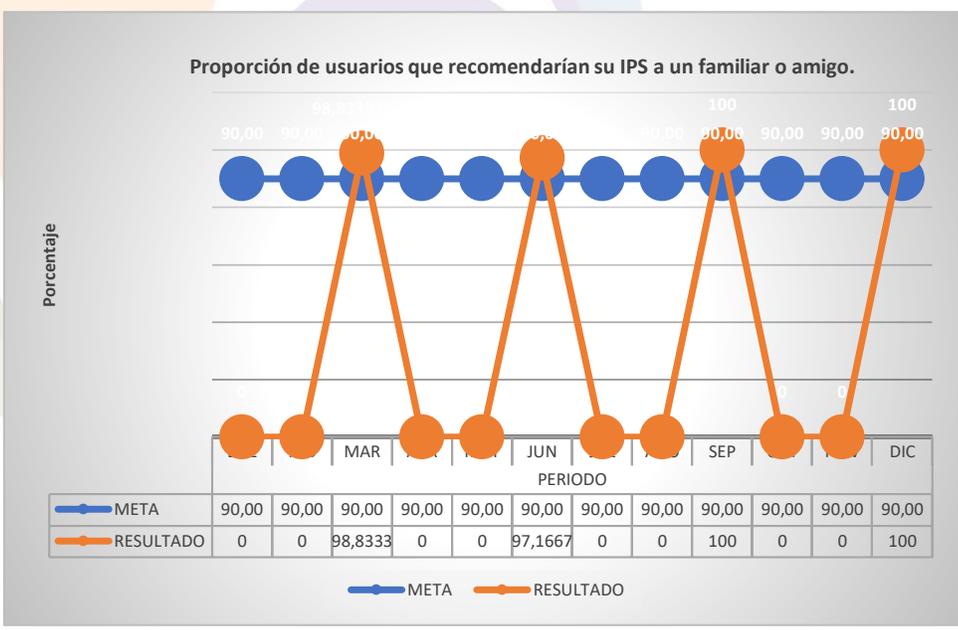
		<p align="center">% PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS</p>																							
		EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC												
		0,00	0,00	90,00	0,00	0,00	90,00	0,00	0,00	90,00	0,00	0,00	90,00												
		0	0	95	0	0	94,5	0	0	95,7	0	0	97,0												
Acciones de mejora	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Articulación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión por procesos-cadena valor</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	AREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	Liderazgo y trabajo en equipo	NA			Planeación y estrategia	NA			Aprendizaje para la innovación	NA			Articulación	NA			Gestión por procesos-cadena valor	NA		
AREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN																						
Liderazgo y trabajo en equipo	NA																								
Planeación y estrategia	NA																								
Aprendizaje para la innovación	NA																								
Articulación	NA																								
Gestión por procesos-cadena valor	NA																								



	Gestión de recursos y alianzas	NA		
	Gestión de talento humano	NA		
	Enfoque de resultados al bien común	NA		
	Otras	NA		

21. Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo

Nombre del indicador: Proporción de usuarios que recomendarían su IPS a un familiar o amigo.		Código: P.3.15								
Definición:	Expresa la proporción de usuarios que recomendarían su IPS a un familiar o amigo.									
Análisis del resultado del indicador- brecha	<p>Análisis: Para la vigencia del III trimestre 2023, la proporción usuarios que recomendarían la E.S.E Hospital Alcides Jiménez fue del 100 %, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (90%) con una distancia a la meta de +10%.</p> <p>Se evidencia que para el III trimestre de 2023 el valor de satisfacción de los usuarios se mantiene, pero se mantiene estable con un alto porcentaje de recomendación por parte de los usuarios que asisten a la institución.</p>	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III-2023- IV 2023</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2023 100% IV Trimestre 2023 100%</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 90%</p> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2023 +10% IV Trimestre 2023 +10%</p> <p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td>X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
EXTREMO										
ALTO										
MEDIO										
BAJO	X									

<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 100%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																			
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>Proporción de usuarios que recomendarían su IPS a un familiar o amigo.</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>PERIODO</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AUG</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>90,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>98,8333</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>97,1667</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>100</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>		PERIODO	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DIC	META	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	RESULTADO	0	0	98,8333	0	0	97,1667	0	0	100	0	0	100
PERIODO	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DIC																											
META	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00																											
RESULTADO	0	0	98,8333	0	0	97,1667	0	0	100	0	0	100																									
<p>Acciones de mejora</p>	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREAS DE INTERVENCION</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA INICIO</th> <th>DE</th> <th>FECHA DE FIN</th> <th>DE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Articulación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		AREAS DE INTERVENCION	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA INICIO	DE	FECHA DE FIN	DE	Liderazgo y trabajo en equipo	NA					Planeación y estrategia	NA					Aprendizaje para la innovación	NA					Articulación	NA									
AREAS DE INTERVENCION	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA INICIO	DE	FECHA DE FIN	DE																																
Liderazgo y trabajo en equipo	NA																																				
Planeación y estrategia	NA																																				
Aprendizaje para la innovación	NA																																				
Articulación	NA																																				

	Gestión por procesos-cadena valor	NA		
	Gestión de recursos y alianzas	NA		
	Gestión de talento humano	NA		
	Enfoque de resultados al bien común	NA		
	Otras	NA		

1. CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS MUNICIPAL

I. CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 128 DEL 30 JUNIO 2022

OBJETO DEL CONTRATO:

“CONVENIO INTERADMINISTRATIVO PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE LAS DIMENSIONES EN SALUD PÚBLICA MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS VIGENCIA 2023, EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO, DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO (Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, dimensión de convivencia social y salud mental, dimensión seguridad alimentaria y nutricional, dimensión sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables, dimensión vida saludables y enfermedades transmisibles, dimensión salud laboral)”

ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ/PTO CAICEDO	
CONVENIO PIC MUNICIPAL N° 191 DE 2023	
CONCEPTO	VALOR
VALOR INICIAL DEL CONVENIO	190.956.629,40
VALOR ADICIONADO	-
VALOR DISMINUIDO DEL CONVENIO	-
VALOR TOTAL DEL CONVENIO	190.956.629,40
VALOR CONVENIO EJECUTADO	190.956.629,40
VALOR RECIBIDO POR EL CONTRATISTA	
Orden de pago N 09 DE JUNIO DE 2023	38.191.352,88

VALOR NO EJECUTADO A FAVOR DEL MUNICIPIO	\$ 8.700.000
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	-
PORCENTAJE DE EJECUCION	95.44%



I. CONVENIOS INTERADMINISTRATIVOS PLAN DE INTERVECIONES COLECTIVAS DEPARTAMENTAL

a. CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 780 DE 2023

OBJETO DEL CONTRATO:

“ CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO, DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO, VIGENCIA 2023”

¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ/PTO CAICEDO	
CONVENIO PIC DEPARTAMENTEL N° 780 de 2023	
CONCEPTO	VALOR
VALOR INICIAL DEL CONVENIO	125.947.935,00

VALOR ADICIONADO	
VALOR DISMINUIDO DEL CONVENIO	-
VALOR TOTAL DEL CONVENIO	125.947.935,00
VALOR CONVENIO EJECUTADO	125.947.935,00
VALOR RECIBIDO POR EL CONTRATISTA	62.763.510,00
Orden de pago	62.763.510,00
VALOR NO EJECUTADO A FAVOR DEL MUNICIPIO	Pendiente revisión por SSD
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	63.184.425,00
VALOR RENDIMIENTOS FINANCIEROS	Pendiente revisión por SSD
Porcentaje de ejecución	Pendiente revisión por SSD



d) CONVENIO DE OPERACIONES

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CVI-007-2023

OBJETO DEL CONTRATO:

“ CONVENIO INTERADMINISTRATIVO ENTRE EL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ DEL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO PARA ANUAR ESFUERZOS TECNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS QUE PERMITAN LA FINANCIACIÓN DE LOS GASTOS DE OPERACIÓN DESTINADOS A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE

SALUD MEDIANTE EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE GESTIÓN FINANCIERA, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 857 DEL 29 DE MAYO DE 2020.”

ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ/PTO CAICEDO	
CONVENIO OPERACIONES VIGENCIA 2023 CVI 007 DE 2023	
CONCEPTO	VALOR
VALOR INICIAL DEL CONVENIO	571.353.110,00
VALOR ADICIONADO	-
VALOR DISMINUIDO DEL CONVENIO	-
VALOR TOTAL DEL CONVENIO	571.353.110,00
VALOR CONVENIO EJECUTADO	571.353.110,00
VALOR RECIBIDO POR EL CONTRATISTA	
Orden de pago DEL 20 JUNIO DE 2023	457.082.488,00
VALOR NO EJECUTADO A FAVOR DEL DEPARTAMENTO	pendiente
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	571.353.110,00
VALOR RENDIMIENTOS FINANCIEROS	pendiente
% Porcentaje de cumplimiento	pendiente

- Póliza de cumplimiento al día.
- Planes de Inversión al día.
- Se hizo entrega de primer, segundo y tercer informe, pendiente revisión por SSD de las 3 áreas: calidad, producción y financiera.



2. PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD – VIGENCIA 2023

Son actividades basadas en el autocuidado y autocontrol, dirigidas a personas y familias para identificar riesgos y detectar tempranamente enfermedades y así brindar un tratamiento oportuno.

Durante la vigencia 2023 la ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ realizo las siguientes actividades:

En cuanto a Vacunación se realizaron múltiples acciones:



**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!



Primera infancia e infancia:



**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!



Adolescencia y Juventud

Registro Fotográfico



Registro Fotográfico



ALCIDES JIMÉNEZ
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!



Adultez y vejez

Registro Fotográfico



Registro Fotográfico



**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

Citología

<p>Registro Fotográfico</p> 	<p>Registro Fotográfico</p> 
	

Otros controles realizados

<p>Registro Fotográfico</p>  <p>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</p> <p>Son enfermedades infecciosas provocadas por microorganismos, bacterias, virus, hongos o parásitos y se contraen a través de relaciones sexuales donde no se usó condón, o a través de la sangre y otros fluidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mayoría de ITS son SILENCIOSAS (VPH, sífilis, VIH, clamidia). - Las ITS se propagan de persona a persona a través de contactos sexuales (genitales, orales y anales). <p>Las ITS pueden afectar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el hombre: boca, testículos, pene próstata, prepucio, escroto, uretra. - En la mujer: Boca, vagina, vulva, matriz, trompas de Falopio, ovarios y uretra. 	<p>Registro Fotográfico</p>  <p>¿Cómo puedo detectar si tengo ITS? (Enfermedades de Transmisión Sexual)</p> <p>Pruebas de Orina. Con una simple muestra de orina, puedes saber si tienes: - Clamidia - Gonorrea</p> <p>Pruebas en Sangre Con una simple muestra de Sangre, puedes diagnosticar: - Virus del VIH - Herpes - Hepatitis B - Sífilis</p> <p>Pruebas de Hisopo - VPH - Herpes - Clamidia - Sífilis - Tricomoniasis</p>
---	--



3. AREA DE SALUD PUBLICA

Importancia de la salud pública.

En el marco de los lineamientos de la Seguridad Social en Salud de Colombia, la salud pública se concibe como el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

La conducción, regulación, modulación de la financiación, vigilancia de aseguramiento y la armonización de la prestación de los servicios de salud, son responsabilidades del Estado.

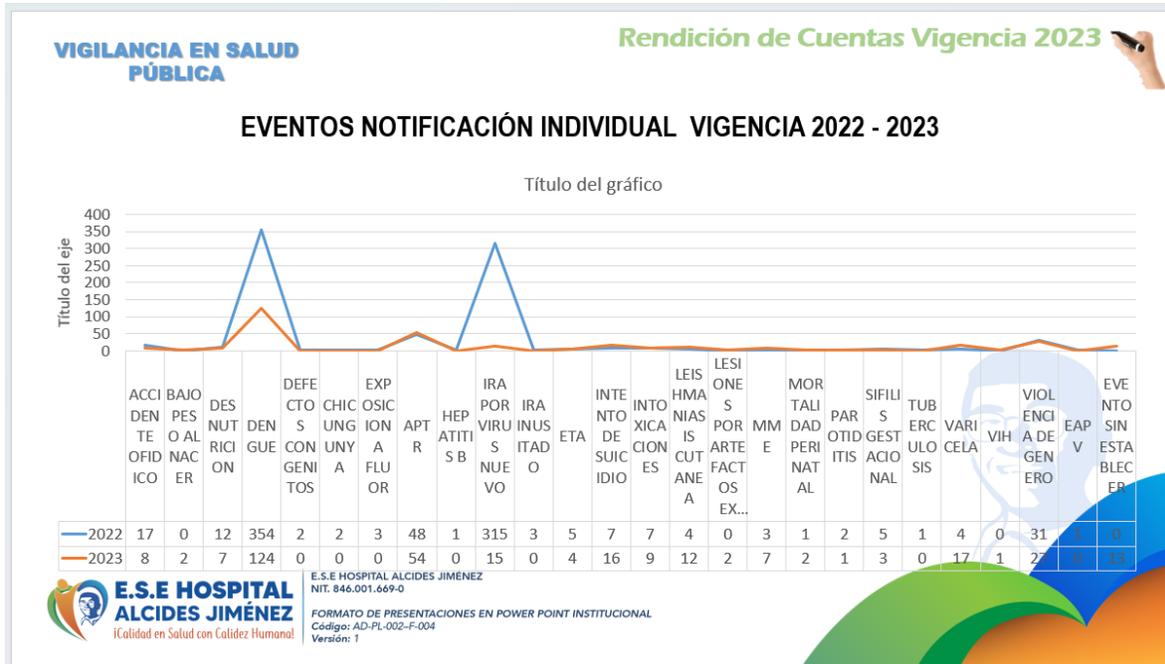
En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Salud pública tiene entre sus objetivos, fortalecer la capacidad institucional de planificación y gestión; desarrollar las características y condiciones del recurso humano en salud, y elaborar procesos permanentes de investigación dirigida a mejorar las condiciones de salud individuales y colectivas.

Otros ámbitos de gran importancia para el desarrollo de las acciones de salud pública, tienen que ver con el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud (vigilancia epidemiológica); la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; la participación de los ciudadanos en los procesos de planeación en salud; el desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública; el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; el saneamiento básico; la investigación, la reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud, entre otras.

La Vigilancia en Salud Pública (VSP) es concebida como un proceso integrador, regular y continuo de observación, investigación, recolección, procesamiento, análisis, evaluación y divulgación de la información epidemiológica, para orientar las acciones y las políticas de salud pública. Entre estos dos conceptos existe una interrelación muy estrecha, porque la vigilancia requiere un soporte indispensable de la información para poder operar y cumplir los requerimientos de generar información para los entes decisorios. Se pretende dar un recorrido sobre las características de la información, su definición y las etapas de un sistema de información, para terminar con la utilidad y aplicación que tienen sobre los sistemas de vigilancia en salud pública.

INFORME EPIDEMIOLOGICO AÑO 2022-2023

**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!



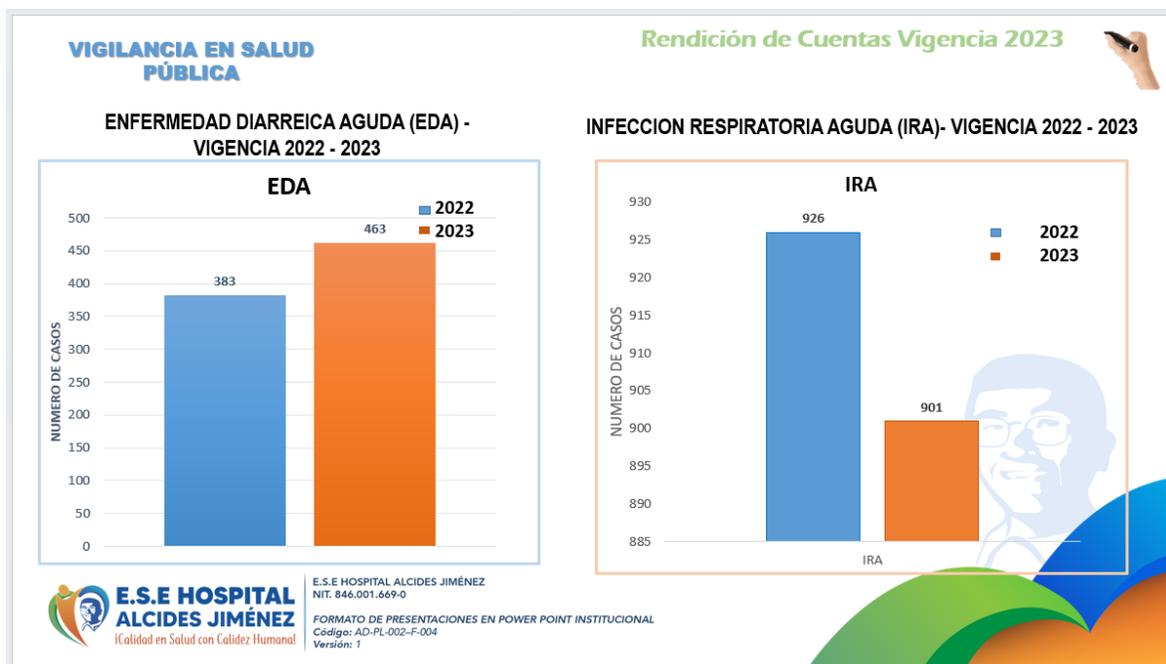
Para la vigencia 2023 se puede observar un incremento en la mayoría de los eventos importantes en salud pública, pero también la disminución de otros, analizando la gráfica se pudo observar que, el evento de Ira por virus nuevo que evidencia una disminución de más del 90% donde en el 2022 se notificaron 315 casos y para el 2023 se notificaron 15 casos; también se evidencia que para el evento de IRA inusitada (348) se presentaron 3 casos positivos en el 2022, que según lineamientos eran pacientes que presentaban COVID y se encontraban hospitalizados en la institución; se evidencia también el aumento en los casos de dengue, para el 2022 se notificaron 354 casos y para el 2023 se notificaron 124 casos con una disminución de más del 100%; eventos como agresiones por animales para el 2022 se presentaron 48 casos y para el 2023 se presentaron 54 casos, aumentando un 12,5%; el evento de violencia de género o intrafamiliar en este evento hubo una disminución de los casos de un -12,9%, ya que para el 2022 se notificaron 31 casos y para el 2023 se notificaron 27 casos, para el evento de intento de suicidio se obtuvo que para el año 2022 se presentaron 7 casos y para el año 2023 se presentaron 16 casos teniendo un aumento de más de 90%; seguido con desnutrición donde se evidencia que para el 2022 se presentaron 11 casos y para el 2023 se presentaron 7 casos; accidente ofídico para la

vigencia 2022 se notificaron 17 casos en comparación con la vigencia 2023 se notificaron 8 casos evidenciando un aumento del 52,9% de los casos, el evento de Enfermedades Transmitidas por alimentos para el año 2022 se presentaron 5 casos y para el 2023 se presentaron 4 casos, intoxicaciones por sustancias químicas en el año 2022 se reportaron 7 casos y para el año 2023 se reportaron 9 casos, leishmaniasis cutánea para el año 2022 se presentaron 4 casos y para el 2023 se notificaron 12 casos evidenciando un aumento del 50% de los casos, varicela individual para el año 2022 se notificaron 4 casos y para el año 2023 se notificaron 16 casos evidenciando una aumento de más del 90% de los casos, para el evento de lesiones por artefactos explosivos solo para la vigencia 2022 se notificaron 2 casos, el evento de sífilis gestacional para el 2022 se notificaron 5 casos y para el 2023 3 casos, morbilidad materna extrema para la vigencia 2022 se notificaron 3 casos y para el 2023 se notificaron 7 casos, mortalidad perinatal para el año 2022 se notificó 1 caso y para el 2023 se notificó 2 casos, parotiditis en la vigencia 2022 se notificaron 2 casos y para la vigencia 2023 se notificó 1 caso, para el evento defectos congénitos en el 2023 no se presentaron casos y en la vigencia 2022 se presentó 1 caso, para el evento de EAPV para el 2023 no se presentaron casos y para el 2022 solo se presentó 1 caso, para finalizar, de los eventos Tuberculosis, vih y hepatitis b, solo se notificó un caso de cada evento en la vigencia 2022 y en la vigencia 2023 no se presentaron casos de ninguno de estos eventos.

Comparativo de morbilidad por EDA- IRA 2022 Y 2023.

Para la vigencia 2023 se pudo observar una disminución no muy significativa en los casos reportados de IRA con código 995, con un -2,6% en comparación al año anterior.

**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!



Para la vigencia 2023 se pudo observar un aumento no muy significativo en los casos reportados de EDA con un aumento del 20,8% en comparación al año anterior, se evidencia de igual forma la tendencia al aumento de los eventos reportados.

**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

4. CONTRATACIÓN:

Para la vigencia 2023 se trabajó de acuerdo a los siguientes contratos con las diferentes EAPB:

Rendición de cuentas vigencia 2023

ESTADO ACTUAL DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN DE LA RED 2023

Contratación Modalidad Cápita.

ITEM	NO. CONTRATO	ENTIDAD O EPS	POBLACION CONTRATA DA	VALOR MES CONTRATO	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE INICIO (DD/MM/AA)	PLAZO EN MESES	FECHA TERMINACION (DD/MM/AA)
1	239-2023	AIC	5.677	101.864.508.92	1.222.374.107.00	01/01/2023	12	31/12/2023
2	634-ICS230001	EMSSANAR	5568	154.398.617.00	1.235.188.936.00	01/05/2023	8	31/12/2023

Contratación Modalidad Evento.

Item	NO. CONTRATO	ENTIDAD O EPS	CANTIDAD MENSUAL	VALOR TOTAL CONTRATO	FECHA DE INICIO (DD/MM/AA)	PLAZO EN MESES	FECHA TERMINACION (DD/MM/AA)
1	333-2023	AIC	V/M	136.647.359	01/01/2023	12	31/12/2023
2	335-2023	AIC	V/M	1.832.093.228	01/01/2023	12	31/12/2023
3	425-2023	AIC	V/M	0	01/01/2023	12	31/12/2023
4	634-ICS230001	EMSSANAR	V/M	1.235.188.936	01/06/2023	N/A	31/12/2023
5	634-IECS230001	EMSSANAR	V/M	183.998.496	01/06/2023	N/A	31/12/2023
6	634-IECS230001	EMSSANAR	V/M	111.870.000	01/06/2023	N/A	INDEFINIDO
7	20228656915888	MALLAMAS EPS	V/M	SIN VALOR	01/01/2023	12	31/12/2023
8	20228656915876	MALLAMAS EPS	V/M	SIN VALOR	01/01/2023	12	31/12/2023
9	CONSECUTIVO-015	NUEVA EPS	V/M	SIN VALOR	01/01/2023	12	31/12/2023
10	CONSECUTIVO-01C	NUEVA EPS	V/M	SIN VALOR	01/01/2023	12	31/12/2023
11	HC-053-17	UNIMAP	V/M	50.000.000	01/01/2023	12	31/12/2023
12	MODIFICACION N° 002 DE 2022 CTO 85-S-20153-21 (1.000.000 PARA VIGENCIA 2023 Y 1.000.000 PARA VIGENCIA MAYO 2023)	POLICIA NACIONAL	V/M	5.000.000	31/10/2022		31/05/2023

E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
NIT. 846.001.669-0
FORMATO DE PRESENTACIÓN POWER POINT INSTITUCIONAL
Código: AD-PL-002-F-004
Versión: 2

E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
B/ La Esperanza, Pto. Caicedo - Putumayo, Colombia
Correo Electrónico: gerencia@esehospitalalcidesjimenez.gov.co
Página web: www.esehospitalalcidesjimenez.gov.co
Celular: 321 452 9693

En el tema de contratación presupuestal para la vigencia 2023 fueron ejecutados en su totalidad (795) contratos que se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

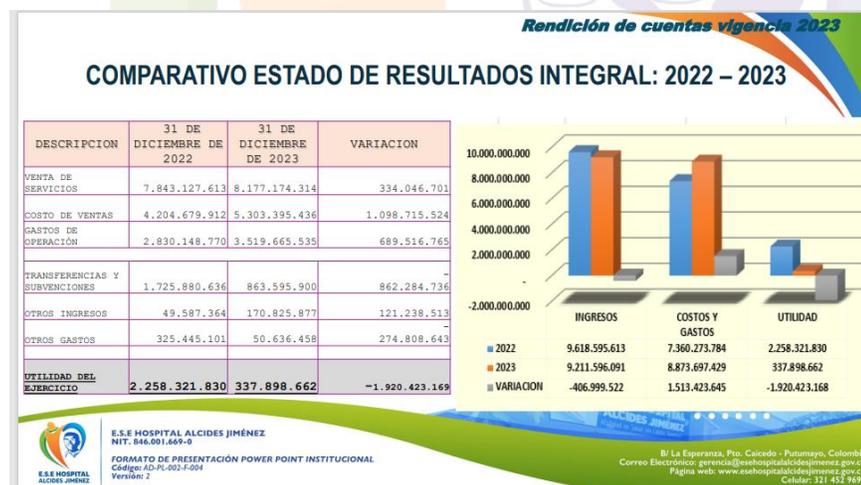
# DE CONTRATOS C CONTRATOS	DESCRIPCIÓN	VR. CONTRATADO
689	Personal Indirecto	\$ 3.894.587.373
44	Gastos Generales	\$ 1.754.015.650
62	Gastos de Operación Comercial	\$ 1.316.412.420

5. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y FINANCIERA

Para la vigencia 2023 se consolidó la siguiente información financiera:



¡Calidad en Salud con Calidez Humana!



**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

Rendición de cuentas vigencia 2023

INDICADORES CONTABLES VIGENCIA 2023

RAZON CORRIENTE	Activo Corriente/Pasivo Corriente		La E.S.E Hospital Alcides Jiménez, por cada peso que debe, tiene 19.32 pesos para respaldar la deuda.
	9.979.726.864	516.585.774	
	19,32		
ENDEUDAMIENTO	Pasivo Total/Activo Total		La participación de los acreedores para la vigencia 2.023 es del 0.22% sobre el total de los activos.
	3.347.829.651	14.930.834.314	
	0,22		
CAPITAL DE TRABAJO	Activo Corriente-Pasivo Corriente		La E.S.E Hospital Alcides Jiménez, cuenta con un Capital de Trabajo de \$9.463.141.090
	9.979.726.864	516.585.774	
	9.463.141.090		



E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
NIT. 846.001.669-0
FORMATO DE PRESENTACIÓN POWER POINT INSTITUCIONAL
Código: AD-PL-002-F-004
Versión: 2

B/ La Esperanza, Pto. Caicedo - Putumayo, Colombia
Correo Electrónico: gerencia@esehospitalalcidesjimenez.gov.co
Página web: www.esehospitalalcidesjimenez.gov.co
Teléfono: 321 4529693

6. SATISFACCION DE USUARIOS

Se presenta informe de la ESE Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo, basado en la satisfacción y Atención al Usuario, correspondiente a la vigencia 20223 el cual comprende del 01 de enero al 31 de Diciembre del año en mención, en cumplimiento a la Ley 498 de 1998, para que con fundamento en el principio de la información y participación ciudadana se proyecte la mejora continua que se ha pretendido interiorizar a la Entidad durante la vigencia 2023, objetivo esencial para que el funcionamiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG tome las acciones correctivas, preventivas y oportunas para el mejoramiento del servicio.

- Sistema de Información y Atención al Usuario
- Referencia y Contra referencia.

La E.S.E.HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ cuenta con Oficina de Atención al Usuario con personal calificado y altamente comprometido con la satisfacción de los usuarios y pacientes de la Institución.

El objetivo principal de la oficina de atención al usuario es identificar diariamente las necesidades y expectativas tanto de los pacientes como de sus familiares, por medio de mecanismos que permitan interpretar, satisfacer y dar pronta respuesta a sus insatisfacciones, quejas y reclamos.

Desde esta oficina se lideran los procesos de:

- **ORIENTACIÓN AL USUARIO**, informando a los usuarios y pacientes sobre los servicios procesos y procedimientos institucionales.

- **DIVULGACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES**, se visitan permanentemente los servicios del Hospital, hablando con los pacientes y sus familias, hablándoles acerca de sus derechos y deberes. Fortalecido por el Comité de Ética Hospitalaria.
- **EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO**, se hacen rondas diarias por todos los servicios de la Institución, encuestando a los pacientes sobre diversos tópicos, con el fin de monitorear la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, para con estos insumos al final del mes se consolida la información y se presentan el informe de satisfacción de los usuarios.
- **GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS**, donde se reciben todas las solicitudes de los pacientes y sus familias y a gestionarlas, ya sea dando solución inmediata o mediata a dichas solicitudes, de este proceso se hace un consolidado mensual. Las respuestas a las quejas son de obligatorio cumplimiento, ya que su análisis es a través del comité de Peticiones, Quejas y Reclamos Sugerencias y Felicitaciones en donde se genera un plan de mejora oportuno y adecuado para resolver la PQRSF

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL COMPORTAMIENTO TOTAL DE LAS PQRSF PRESENTADAS EN LAS VIGENCIAS 2022 – 2023

Nuestro compromiso es brindar servicios de salud enmarcada en una alta calidad y calidez humana enmarcados en el trabajo en equipo logrando como base para el bienestar de nuestros usuarios su familia y la comunidad en general.

Las personas tienen como derecho constitucional fundamental la presentación de peticiones quejas reclamos y solicitudes, respetuosas y a recibir oportuna respuesta y los servidores públicos tienen como obligación dar las respuesta oportunas en los términos que establece la Ley y procedimientos internos que regule las acciones administrativas de la entidad.

Los buzones de PQRS de la Entidad son los siguientes:

1. Consulta Externa sede principal Hospital Alcides Jiménez.
2. Servicio de Urgencias sede principal Hospital Alcides Jiménez.
3. Servicio de PyM sede principal Hospital Alcides Jiménez.

**TOTAL PQRSF PRESENTADOS EN LA ESE HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ.
SERVICIO COMPARATIVO POR AÑO 2022-2023**

ACCIONES	EVENTOS 2022	PORCENTA JE 2022	EVENTOS 2023	PORCENTA JE 2023	DIFERENCIA EVENTOS 2022-2023	PORCENTA JE DIFERENCIA
PETICIONES	2	4%	8	6,15%	6	7,14%
QUEJAS	26	57%	73	56,15%	47	55,95%
RECLAMOS	0	0%	5	3,84%	5	5,95%
SUGERENCIAS	6	13%	8	6,15%	2	2,38%
FELICITACIONES	12	26%	36	27,69%	24	28,57%
TOTAL	46	100%	130	100%	84	100%

ANÁLISIS INDIVIDUAL

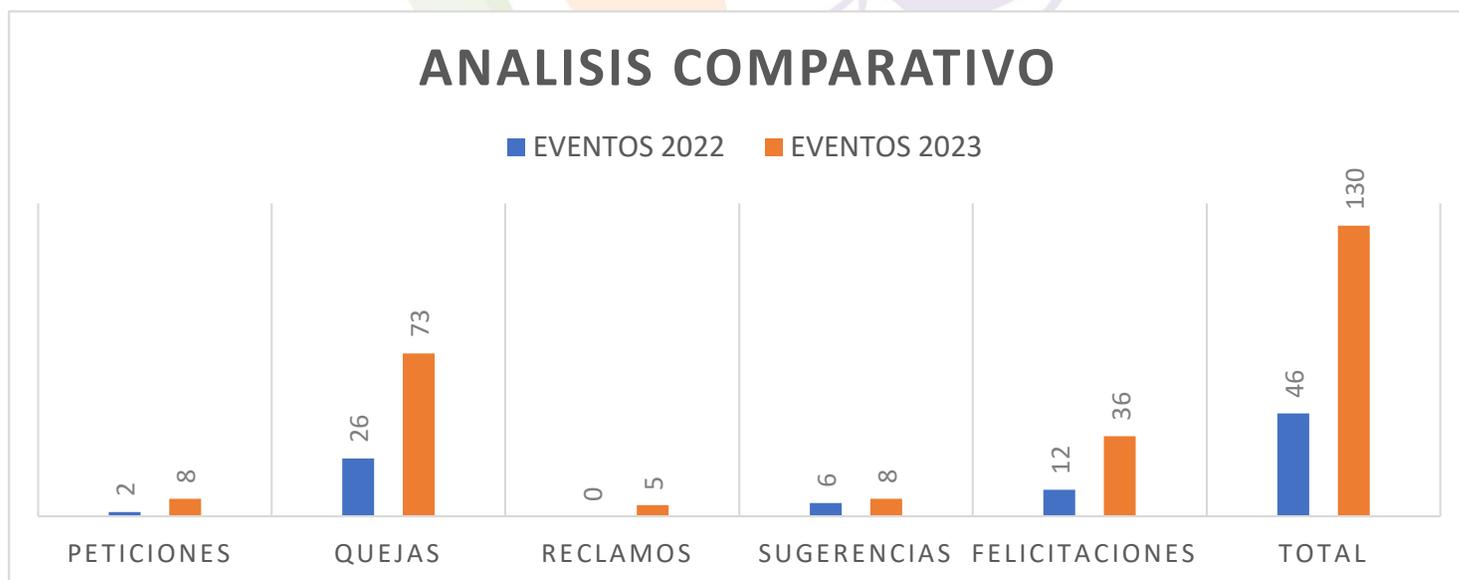
- Con relación a las peticiones del año 2022 y el 2023 se presentó un aumento del 100% teniendo en cuenta el número de PQRS. ya que para el año 2022 del 100%(46 PQRS) el 4% corresponden a peticiones y para el año 2023 del 100%(130 PQRS) el 4% corresponden a peticiones.
- Con relación a las quejas del año 2022 y el 2023 se presentó un aumento significativo del 55.95% teniendo en cuenta el número de PQRS. ya que para el año 2022 del 100% (46 PQRS) el 57% corresponden a quejas y para el año 2023 del 100%(130 PQRS) el 56.15% corresponden a quejas.
- Con relación a reclamos asciende en 5.95% en comparación de ambos periodos.

- Con relación a las sugerencias del año 2022 y el 2023 se presentó un aumento del 2.38% teniendo en cuenta el número de PQRS. ya que para el año 2022 del 100% (46 PQRS) el 13% corresponden a sugerencias y para el año 2023 del 100%(130 PQRS) el 6.15% corresponden a sugerencias.
- Con relación a las felicitaciones del año 2022 y el 2023 se presentó un aumento de 28.57% teniendo en cuenta el número de PQRS ya que para el año 2022 del 100% (46 PQRS) el 26% corresponden a las felicitaciones y para el año 2023 del 100%(130 PQRS) el 27.69% corresponden a felicitaciones.

ANÁLISIS GENERAL

Teniendo en cuenta el número de PQRSF de los años 2022 y 2023 y su relación se evidencia que con respecto al análisis individual para el año 2023 se evidencia un incrementado mínimo en cuanto a peticiones, de la misma maneja en cuanto a quejas, reclamos, sugerencias y por ultimo un aumento en cuanto a felicitaciones.

ANÁLISIS GRAFICO COMPARATIVO POR VIGENCIAS



ANALISIS GRAFICO: Al analizar los resultados arrojados en los dos periodos 2022 y 2023, en cuanto a Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y felicitaciones demostradas en la ESE Hospital Alcides Jiménez

de Puerto Caicedo; presentadas a través de los diferentes canales de comunicación (escrito, presencial, telefónico o buzones), con que cuenta la institución para recepcionar las diferentes inquietudes de los usuarios, podemos encontrar que al comparar las dos vigencias en mención, en el ítem de “PETICIONES” para el año 2023 la cifra fue de 8, “QUEJAS” en el año 2022 hubo un aumento bastante considerable 55.95% con un total de 73 quejas asumiendo así que existió inconformidad en la prestación de los servicios pero se dio solución oportuna a los mismos dentro del plan de mejoramiento. Además, se evidencia aumento en cuanto a “SUGERENCIAS” con una cifra de 5 sugerencias referenciadas por los usuarios para el año en mención, finalmente se resalta las “FELICITACIONES” ante los funcionarios de la E.S.E Hospital Alcides Jiménez en la prestación de los servicios las cuales aumentaron en comparación a la vigencia pasada con un total de 36.

ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE PETICIONES QUEJAS RECLAMOS Y SUGERENCIAS PRESENTADAS EN LAS DOS VIGENCIAS

Las causas generadoras de PQRS, cambiaron ostensiblemente frente a las del 2022, lo cual nos determina que la imagen de la ESE Hospital Alcides Jiménez se ha visto mejorada durante la gestión del año 2023.

CINCO PRIMERAS CAUSAS GENERADORAS DE PQRS EN LA ESE HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ DE PUERTO CAICEDO. Vigencias 2022-2023

ASUNTOS MAS COMUNES DE LAS PQRS (OPORTUNIDADES DE MEJORA)		ASUNTOS MAS COMUNES DE LAS PQRS (OPORTUNIDADES DE MEJORA)
No	Vigencia 2022	Vigencia 2023
1°	Mala atención por parte del personal de salud	Mala atención por parte del personal médico de consulta externa
2°	La falta de oportunidad de citas	Mala atención en el servicio de urgencia
3°	Entrega inoportuna de medicamentos	Mala atención en el servicio de asignación de citas
4°	Mala atención en el servicio de urgencia	Entrega de medicamentos
5°	Deterioro de instalaciones del hospital	Oportunidad de citas

Fuente: Informe de PQRS Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo, 2023.

ANÁLISIS GRAFICO DE LAS CINCO PRIMERAS CAUSAS DE

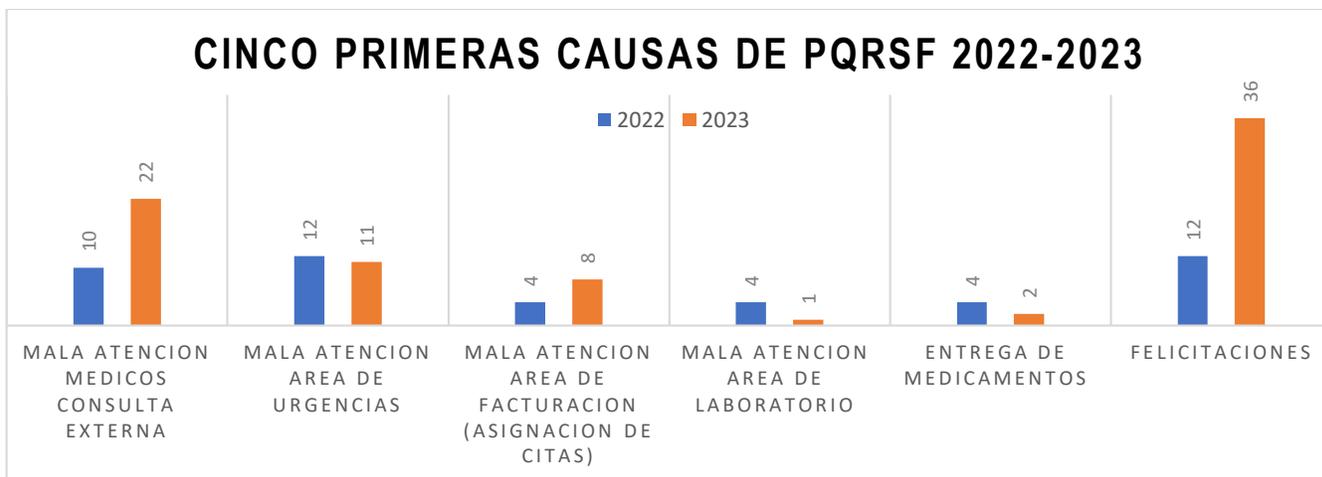
PQRS – VIGENCIA 2022-2023

REPRESENTACION PORCENTUAL DE LAS CINCO PRIMERAS CAUSAS DE PQRSF EN LA ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ AÑO 2022-2023				
Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia	2022		2023	
	N° de PQRS presentada por esta causa	Porcentaje	N° de PQRS presentada por esta causa	Porcentaje
Mala atención por parte del área de urgencias	12	26%	11	13.75
Mala atención por médicos de consulta externa	10	22%	22	27.5%
Mala atención por parte de los facturadores.	4	9%	8	10%
Mala atención por parte del personal de laboratorio.	4	9%	1	1.25%
Entrega de medicamentos	4	9%	2	2.5%
FELICITACIONES	12	26%	36	45%
total	46	100%	80	100%

ANALISIS: Dentro de la tabla se observa en las letras de color rojo el principal causa” presentada en la ESE Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo, de quejas exteriorizadas de forma escrita por la “Mala atención por parte de algunos médicos de área de consulta externa”. Por la cual nuestros usuarios han manifestado inconformidades, teniendo en cuenta las vigencias 2022 fue de un 22 % y para el 2023 fue de 27.5% se puede evidenciar un aumento del 5.5% por lo cual se intensifica capacitación en cuanto atención a pacientes de acuerdo a programa de humanización de la E.S.E.

Seguida por “Mala atención por parte de servicio de urgencias” para el 2021 fue de 12 acciones halladas en buzón y para el 2023 fue 11 acciones halladas en diferentes buzones lo cual indica que hubo una disminución en cuanto a las acciones que los usuarios hacen en mala atención de servicio de urgencias. Frente a la mala atención por parte de área de facturación” para el 2022 fue de 9% y para el 2023 fue de 10% indicando aumento. Continuando “mala atención por parte de laboratorio” para el 2022 fue de 4 pqrs y para el 202 se halló 1 pqrs mostrándonos disminución.

Terminamos con “entrega de medicamentos” para el 2022 fue de 9% y para el 2023 fue de un 2.5%



Para 2022 en el análisis se puede observar que de las quejas presentadas por nuestros usuarios en las malas atenciones mencionadas por parte de algunos funcionarios de la institución, la ESE Hospital Alcides Jiménez ha implementado planes de mejora capacitando a todo el personal de la E.S.E en cuanto atención de calidad a los usuarios de acuerdo al programa de humanización del servicio en salud y del mismo modo la información y orientación respetuosa y educada de los procesos de atención en nuestras áreas, sin dejar atrás que se han realizado cambios de acuerdo a todas las acciones referenciadas por los usuarios.

INFORME DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCION VIGENCIA 2023

El Proceso de Servicio de atención al usuario, implementa desde su enfoque el procedimiento denominado IDENTIFICACION Y GESTIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS, el cual se lleva a cabo en la oficina de SIAU Servicio de Información y Atención al Usuario y la recolección de información se hace a través de los formatos de Medición de la Percepción y Satisfacción del Usuarios en los siguientes servicios: Laboratorio, consulta externa, odontología, urgencias, hospitalización, terapia ocupacional, nutrición, PyM, psicología, farmacia, fonoaudiología, fisioterapia, remisión y extramural en brigadas.

La Medición de la Satisfacción, permite evaluar la percepción de la calidad de los servicios prestados a los ciudadanos frente a los servicios recibidos, así mismo, permite establecer las necesidades y expectativas de los mismos, generando oportunidades para la mejora continua.

La aplicación de las encuestas de satisfacción, están a cargo del Equipo de Servicio al usuario conformado por usuarios y profesional de Trabajo Social, quienes la realizan durante las diferentes fases del ciclo de atención

y servicios, la aplicación del instrumento de manera física, permitiendo contar con información en tiempo real, facilitando el seguimiento en relación al cumplimiento de la meta y muestra establecida.

FORMATO DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

		ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ NIT:846001669.0 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO					CODIGO: SIAU-M-001-F-001
EL OBJETIVO DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO ES CONOCER LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS Y QUE APARTIR DE ESTA INFORMACIÓN SE IMPLEMENTEN ACCIONES QUE PERMITAN MEJORAR LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS							
Clasifique su nivel de satisfacción de acuerdo con la siguiente escala de clasificación:							
MUY BUENA 2= BUENA 3=REGULAR 4=MÁLA 5=MUY MALA 6= NO RESPONDE			MARQUE CON UNA X LA OPCION QUE MAS				
SERVICIO:		SE ACERQUE A SU RESPUESTA					
FECHA:		MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NO RESPONDE
1	¿Cómo califica la atención brindada por el personal?						
2	¿Cómo califica las instalaciones, elementos, productos o equipos empleados en el servicio?						
3	¿Considera que el personal se encuentra capacitado y es idóneo para el servicio?						
4	¿Considera que la información brindada por el personal es adecuada?						
5	¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la IPS?						
6	¿Recomendaría a familiares y amigos esta IPS?	SI	PROBLEMA MUY SI	DEFINITO TAMBIEN	POSIBLEMENTE NO	NO RESPONDE	
OBSERVACIONES:							
<p style="text-align: center;">!!!Gracias por realizar la encuesta de satisfacción del usuario, tu opinión es de gran ayuda para mejorar nuestro servicio!!!</p>							

En la siguiente tabla se presenta el consolidado general de encuestas de satisfacción aplicadas durante la vigencia 2023

Durante la vigencia 2023 se aplicó un total de 2400 encuestas en la E.S.E Hospital Alcides Jiménez, desagregado por servicios: Consulta externa, urgencias, PYM, hospitalización, nutrición, psicología, fisioterapia, farmacia, odontología, fonoaudiología, terapia ocupacional, extramural, remisión, laboratorio que al realizar las encuestas a 2400 usuarios podemos observar lo siguiente:

MES	ENCUESTAS APLICADAS	% SATISFACCIÓN	% INSATISFACCIÓN	NO SABE	NO RESPONDE
Enero				0	
Febrero	600	95%	5%	0	
Marzo				0	
Abril	600	94,5%	5,5%	0	

Mayo				0
Junio				0
Julio	600	95,6%	4,3%	0
Agosto				0
Septiembre				0
Octubre	600	96,9%	3%	0
Noviembre				0
Diciembre				0
Total Anual	2.400			0

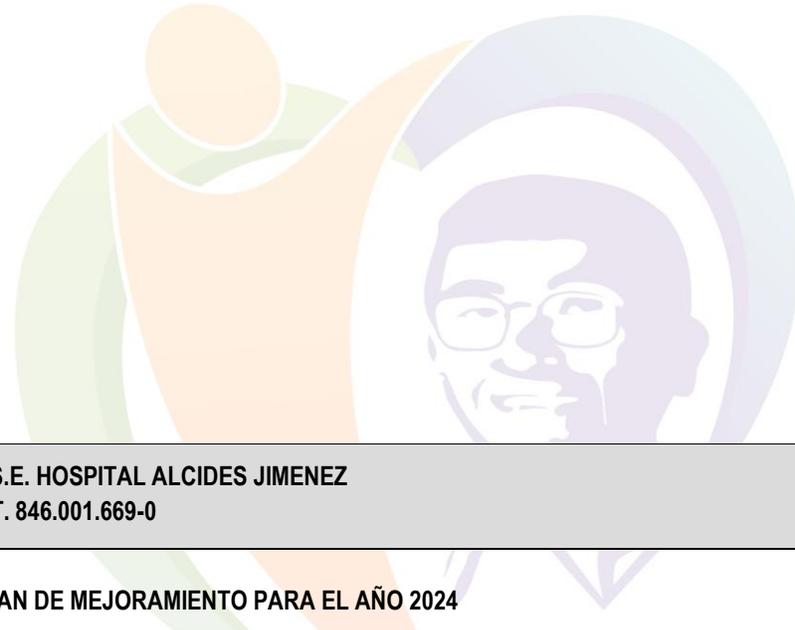
ASOCIACION DE USUARIOS – LOGROS OBTENIDOS

Actualmente se cuenta con una (1) asociación de usuarios. El cual se reúne dos (2) veces por mes mediante la cual se realiza el respectivo acompañamiento de apertura al buzón de sugerencias institucional, Ejercer veeduría en la institución, mediante sus representantes ante las empresas promotoras de salud y/o ante las oficinas de atención a la comunidad garantizando la buena prestación de servicios de salud, atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.

MECANISMO DE ATENCION PRIORITARIA

Hace referencia a la prioridad de atención, que se debe tener con (niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, las embarazadas, las personas con algún tipo de discapacidad, los reclusos(as), comunidades indígenas, los enfermos mentales, víctimas de la violencia, desplazados, víctimas del conflicto armado; para cualquier trámite referente a la atención en la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo.

**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!



	E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ NIT. 846.001.669-0				Código: SGC -PG -001-F-002
					Versión: 01
PLAN DE MEJORAMIENTO PARA EL AÑO 2024					Página 1 de 1
PROBLEMA RESOLVER	A ACTIVIDAD A REALIZAR	CUANDO		RESPONSABLE	CONQUE SE VERIFICA
		Fecha inc.	Fecha term.		
servicio de consulta externa	Capacitar al personal de salud de esta área para que manera diligente se atiendan a los usuarios y la atención al mismo sea óptima y humanizada	ENERO	MARZO	Coordinadora de SIAU	Actas de socialización
Atención de urgencias.	Capacitar al personal de esta área concientizando a que la atención debe ser emergente con todo el cuidado necesario para la satisfacción del usuario.	ENERO	MARZO	Coordinadora de SIAU	Actas de socialización
Facturación	Capacitar al personal del área correspondiente para mejorar atención al usuario desde el programa de humanización	ENERO	MARZO	Coordinadora de SIAU	Actas de socialización



**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**

¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

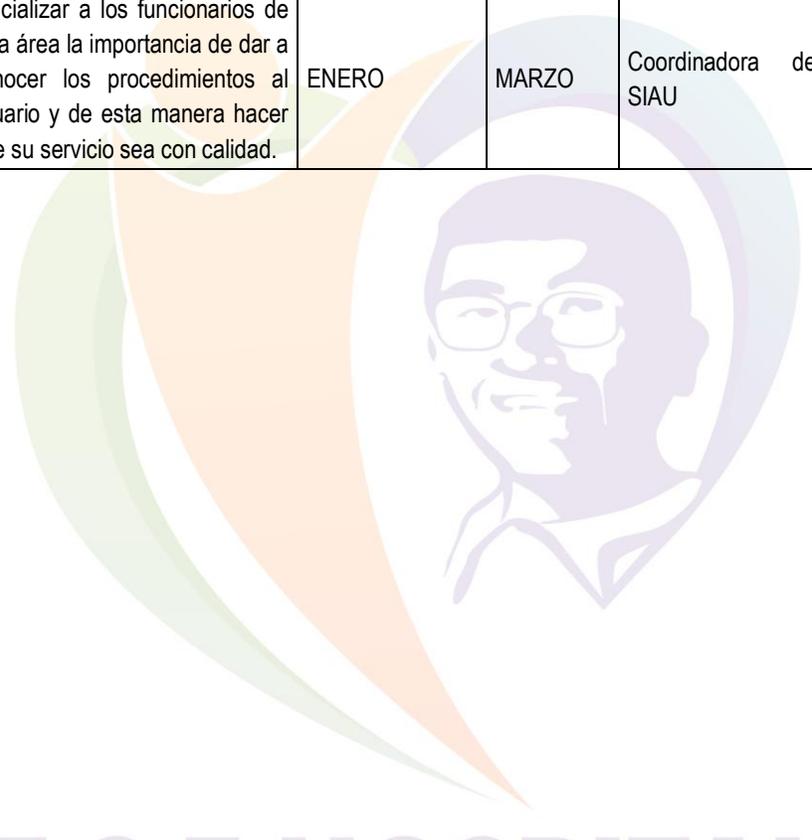
E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
NIT. 846.001.669-0

FORMATO DE INFORMES INSTITUCIONAL

Código: AD-PL-002-F-006

Versión: 1

Servicio farmacéutico	Socializar al personal la importancia de la puntualidad de entregar los insumos a pacientes y ejecutar la calidad del servicio	ENERO	MARZO	Coordinadora de SIAU	de Actas de socialización
laboratorios	Socializar a los funcionarios de esta área la importancia de dar a conocer los procedimientos al usuario y de esta manera hacer que su servicio sea con calidad.	ENERO	MARZO	Coordinadora de SIAU	de Actas de socialización



**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
¡Calidad en Salud con Calidez Humana!

Barrio La Esperanza, Puerto Caicedo - Putumayo, República de Colombia
Correo Electrónico: esealcidesjimenez@yahoo.es
Página web: www.esehospitalalcidesjimenez.gov.co
Celular: 3214529693