

INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS

VIGENCIA 2024

GERENTE

ESTEBAN LÓPEZ BURBANO

ESE HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ

PUERTO CAICEDO - PUTUMAYO

PRESENTACIÓN

Dando cumplimiento al artículo 48 de la ley 1757 de 2015 y la circular No. 000008 de septiembre de 2018, mediante los cuales establece los diferentes lineamientos para reportar obligatoriamente la Rendición de Cuentas, la E.S.E. Hospital Alcides Jiménez pone en conocimiento el presente informe de Rendición de Cuentas por medio del cual da a conocer a la ciudadanía, organizaciones, entidades públicas, entes de control y a la comunidad en general la gestión institucional realizada en la vigencia 2024.

GESTIÓN INSTITUCIONAL DE LA E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ EN LA VIGENCIA 2024

1. INFORME DE INDICADORES DE CALIDAD VIGENCIA 2024

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:

INFORME DE INDICADORES DE CALIDAD RESOLUCIÓN 256 –2024

REPORTADOS A LA PLATAFORMA PISIS DE MSPS

1. Tabla de trabajo:

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	I TRIMESTRE 2024	II TRIMESTRE 2024	III TRIMESTRE 2024	IV TRIMESTRE 2024	DISTANCIA DE LA META	FACTIBILIDAD DE INTERVENCION (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	60%	63%	64%	80%	-10	2	4	8



	de gestación								
P.1.2	Proporción de gestantes con valoración por odontología	96%	93%	87%	90%	-0	2	2	4
P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	0%	0%	0%	0%	10	1	4	4
P.1.5	Relación morbilidad materna extrema/muerte materna temprana (MME/MM)	0%	0.02%	0.06%	0%	0	1	4	4
P.1.6	Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo	100%	100%	100%	0%	0	4	4	16
P.2.4	Proporción de endometritis posparto vaginal	0%	0%	0%	0%	0	3	3	9



P.2. 6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	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	4	3	12
P.2. 8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	0%	0%	0%	0%	0	4	2	8
P.2. 9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	0%	0%	0%	0%	0	4	2	8
P.2. 10	Proporción de eventos adversos	0%	0%	0%	0%	0	4	3	12



	relacionado s con la administraci ón de medicament os en hospitalizaci ón								
P.2. 11	Proporción de eventos adversos relacionado s con la administraci ón de medicament os en urgencias	0%	0%	0%	0%	0	4	3	12
P.2. 12	Tasa de úlceras por presión.	0%	0%	0%	0%	0	4	1	4
P.2. 13	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	0%	0%	0%	0%	-66	3	2	6
P.2. 14	Tasa de reingreso de pacientes	0%	0%	0%	0%	-100	3	2	6



		hospitalizados en menos de 15 días								
EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN	P.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	0.05	0.24	0.21	0.01%	-25	3	2	6
	P.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	0.01	0.20	0.21	0.0	-30	3	2	6
	P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II	8.2	5.0	5.5	4.9	-64	2	3	6
	P.3.14	Proporción de satisfacción global de	95%	95%	93%	93%	6,6666 6667	2	3	6

	usuarios de IPS								
P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	96%	96%	93%	97%	7,7777 7778	2	3	6

2. Mapa de Calor:

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	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		
	BAJO	2		P.1.2	P.3.10 P.3.14 P.3.15	P.1.1		2	BAJO
		1				P.1.4 P.1.5		1	

	1	2	3	4
	BAJO		ALTO	
	GRAVEDAD DEL EFECTO			
	BAJO	MODERAD 0	ALTO	EXTREMO

3. 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

Análisis:

Para la vigencia del **III trimestre** 2024, la proporción de gestantes con consulta de control prenatal antes de las 12 semanas fue del **(64 %)**, los resultados obtenidos se encuentran debajo del valor de referencia (100%) con una distancia a la meta de -40%.

TRIMESTRES EVALUADOS:

III-2024 – IV-2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024: 64%

IV Trimestre 2024: 80%



Para el **IV trimestre** 2024 se observó que el valor obtenido es de **(80%)** sigue estando por debajo del valor de referencia

por lo cual se hace necesario realizar estrategias de mejoramiento para la captación de gestantes.

VALOR DE REFERENCIA:

90%

DISTANCIA A LA META:

III Trimestre 2024:

- 26%

IV Trimestre 2024:

- 10%

**PRIORIZACION DEL
RESULTADO DEL INDICADOR:**

EXTREMO	
ALTO	
MEDIO	
BAJO	

Acciones de causas



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%.

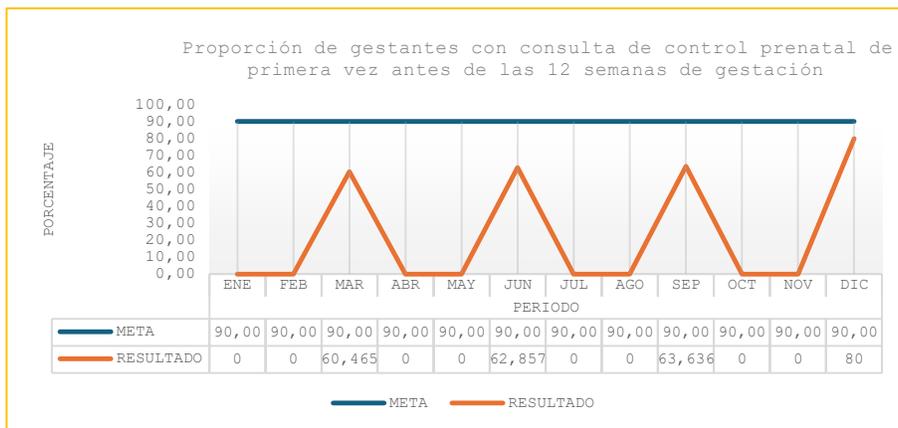
METODO A UTILIZAR:

Diagrama causa efecto

PROCESO (S) PARA MEJORAR:

Se requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador



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 DE INTERVENCION	ACCIONES POR DESARROLLAR	POR	FECHA INICIO	DE	FECHA DE FIN	DE
Liderazgo y trabajo en equipo	Talento humano Enfermero/a y auxiliares. Realizar en brigadas pruebas de embarazo.	humano y	Permanente	Permanente	Permanente	Permanente



**E.S.E HOSPITAL
ALCIDES JIMÉNEZ**
Cuidamos tu salud con vocación y compromiso

E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ
Cuidamos tu salud con vocación y compromiso
NIT. 846.001.669-0

FORMATO DE OFICIOS INSTITUCIONAL

Código: AD-PL-002-F-005

Versión: 3

	Ordenar pruebas de embarazo que posea sintomatología.		Permanente	Permanente
	Búsquedas activas comunitarias.		Permanente	Permanente
	Articulación con entidades de bienestar.			
Planeación y estrategia	Contratación de auxiliares para seguimiento			
	Realización de IEC (infografías, cuñas, perifoneo), importancia de asistir antes de la semana 10.			
	Promocionar Preconcepcional		Mensualmente	Mensualmente
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. Indicador Proporción de gestantes con valoración por odontología

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 2024**, la proporción de gestantes con valoración por odontología fue del **90%**, los resultados obtenidos se encuentran por encima del valor de referencia con una distancia a la meta de 0%.

TRIMESTRES EVALUADOS:
III 2024 - IV 2024

VALOR OBTENIDO:
III Trimestre 2024: 87%
IV Trimestre 2024: 90%

En comparación al **III trimestre 2024** se presentó disminución del valor **(87%)**



estando por debajo del valor de referencia, 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 2024: -3%

IV Trimestre 2024: 0%

**PRIORIZACIÓN DEL
RESULTADO DEL INDICADOR:**

EXTREMO	
ALTO	
MEDIO	
BAJO	

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%.

MÉTODO A UTILIZAR:

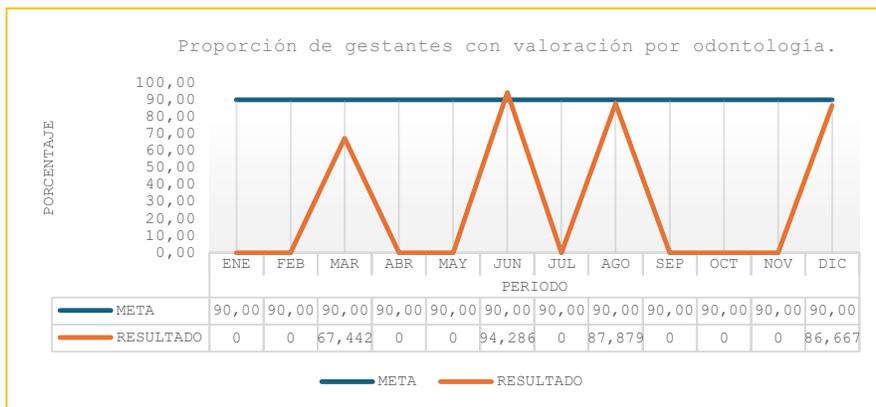
Diagrama causa efecto



PROCESO (S) PARA MEJORAR:

Se requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador



Acciones de mejora

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



ÁREAS 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 estratégica	y Búsquedas activas comunitarias.	Permanente	Permanente

Articulación con entidades de bienestar.			
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		

5. 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

Análisis:

TRIMESTRES EVALUADOS:

Para la vigencia del **III trimestre 2024**, la tasa de mortalidad perinatal fue del 0%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%.

III 2024 - IV-2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024

0%

IV Trimestre 2024

0%

Para la vigencia del **IV trimestre 2024**, la tasa de mortalidad perinatal fue del 0%, los resultados obtenidos NO se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de + 0%.



Por lo que se hace necesario realizar acciones de mejora.

VALOR DE REFERENCIA:

0%

DISTANCIA A LA META:

III Trimestre 2024: 0

IV Trimestre 2024: 0

PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:

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 humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.

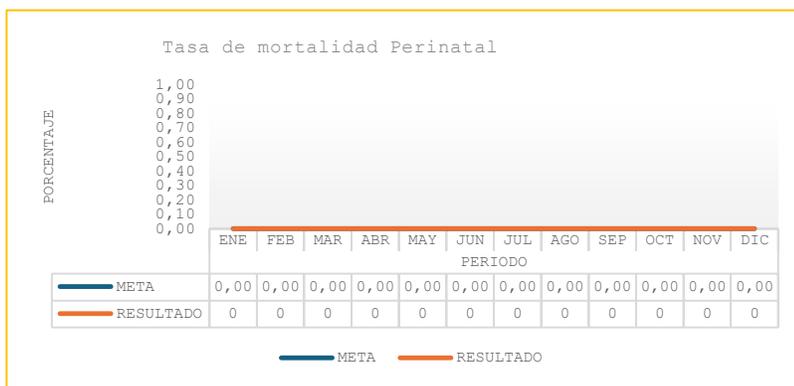
METODO A UTILIZAR:

Diagrama causa efecto

PROCESO (S) PARA MEJORAR:

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador



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.



ÁREAS DE 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 y estrategia		Búsquedas activas comunitarias.	Permanente		Permanente	
		Articulación con entidades de bienestar.				
		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	de	Permanente Permanente
Enfoque de resultados al bien común	NA		
Otras	NA		

6. 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.

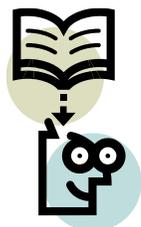
Análisis del resultado del indicador- brecha **Análisis:** **TRIMESTRES EVALUADOS:**

Para la vigencia del **III trimestre 2024**, la relación morbilidad materna extrema/muerte materna temprana (MME/MM) fue del **0.06%**, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%.

III 2024 - IV 2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024
0.06%
IV Trimestre 2024



Para la vigencia del **IV trimestre 2024**, la relación morbilidad materna extrema/muerte materna temprana (MME/MM) fue del **0%**, los resultados obtenidos NO se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de + 0.2%.

0.0%

VALOR DE REFERENCIA:

0%

Se puede observar que aunque el valor del cuarto trimestre esta dentro del valor de referencia se realiza estrategias poder mantener este indicador estable.

DISTANCIA A LA META:

III Trimestre 2024

-0.06

IV Trimestre 2024:

-0

PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:

EXTREMO	Red
ALTO	Green
MEDIO	Yellow
BAJO	Green with X

Acciones de causas

No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos,

METODO A UTILIZAR:

Diagrama causa efecto

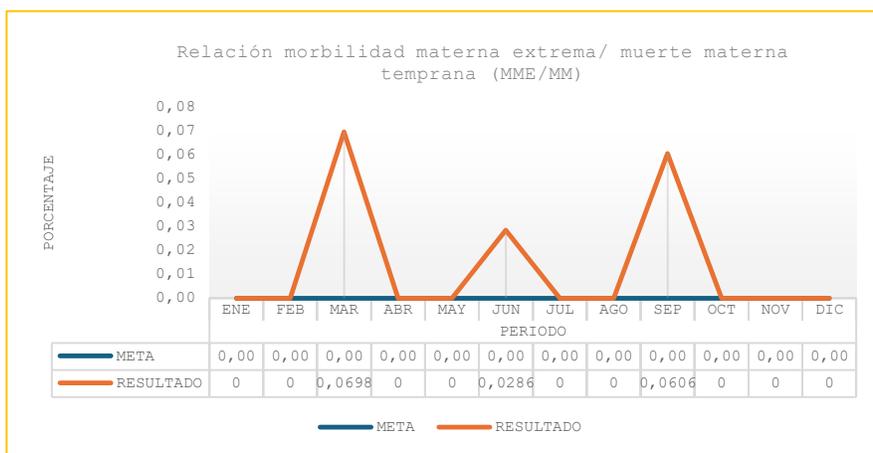


infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.

PROCESO (S) PARA MEJORAR:

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador



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 DE INTERVENCIÓN	DE ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	DE 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
	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		

7. 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:

TRIMESTRES EVALUADOS:

Análisis del resultado del indicador- brecha



Para la vigencia del **IV trimestre 2024** 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%.

Se puede apreciar que durante el **III trimestre 2024 Y III trimestre 2024** el indicador de tamizaje de recién nacidos para hipotiroidismo se encuentra dentro del valor de referencia y se mantiene dentro de este valor.

III 2024 - IV 2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024

100%

IV Trimestre 2024

100%

VALOR DE REFERENCIA:

100%

DISTANCIA A LA META:

III Trimestre 2024

0

IV Trimestre 2024

0

PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:

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 humanos,

METODO A UTILIZAR:

Diagrama causa efecto

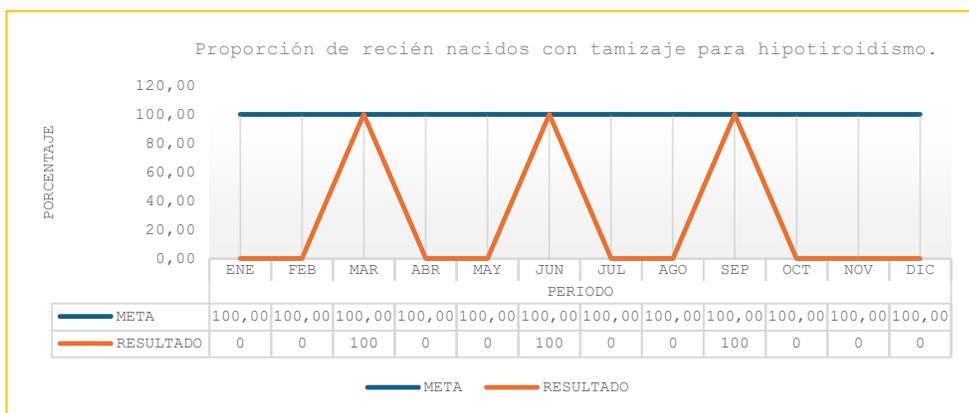


infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 100%.

PROCESO (S) PARA MEJORAR:

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador



Acciones de mejora

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

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

8. 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

Análisis:

Para la vigencia del **IV trimestre 2024**, 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%.

TRIMESTRES EVALUADOS:

III 2024 – IV 2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024

0%

IV Trimestre 2024

0%

VALOR DE REFERENCIA:

0%

DISTANCIA A LA META:



Se puede apreciar que durante el **III trimestre 2024 Y IV trimestre 2024** se ha mantenido la proporción de endometritis posparto vaginal del indicador de referencia.

III Trimestre 2024

0%

IV Trimestre 2024

0%

**PRIORIZACIÓN DEL
RESULTADO DEL INDICADOR:**

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 humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.

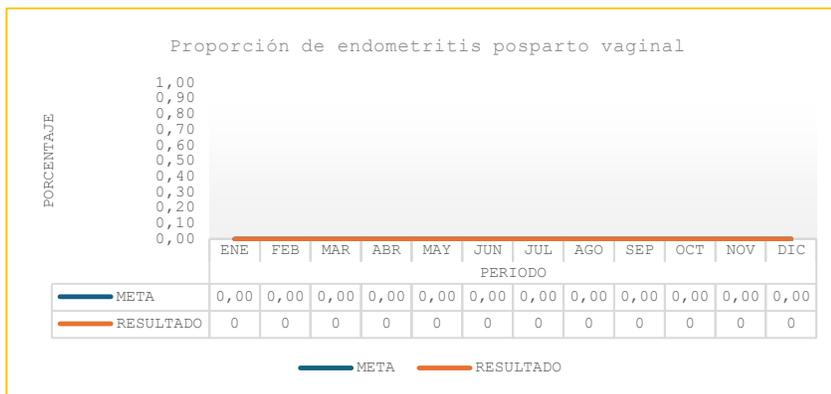
MÉTODO A UTILIZAR:

Diagrama causa efecto

PROCESO (S) PARA MEJORAR:

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador



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.



ÁREAS DE INTERVENCIÓN	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

9. 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:

TRIMESTRES EVALUADOS:

Para la vigencia del **IV trimestre 2024**, 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%.

III 2024 - IV-2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024

0%

IV Trimestre 2024

0%

Durante el **III trimestre 2024 Y IV trimestre 2024** 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.

VALOR DE REFERENCIA:

0%

DISTANCIA A LA META:

III Trimestre 2024

0%

IV Trimestre 2024



%

**PRIORIZACION DEL
RESULTADO DEL INDICADOR:**

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 humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.

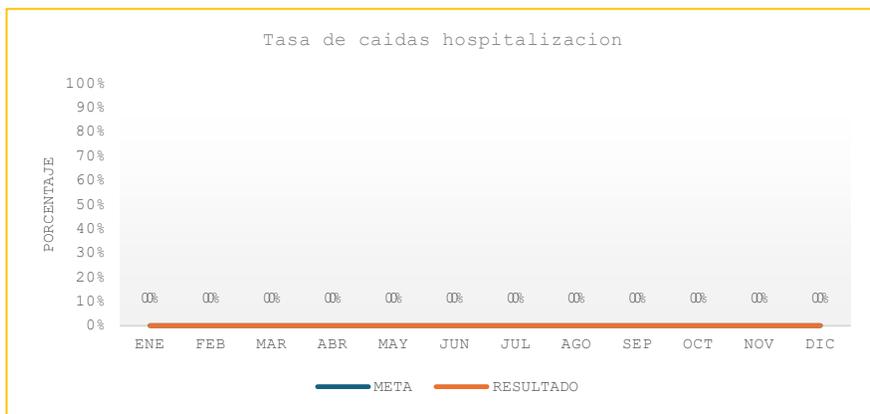
METODO A UTILIZAR:

Diagrama causa efecto

PROCESO (S) PARA MEJORAR:

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador



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.



ÁREAS 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		

10. 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

Análisis:

Para la vigencia del **IV trimestre 2024**, 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%.



Si se compara el **III trimestre 2024 y IV trimestre de 2024**, se puede evidenciar que durante los dos trimestres el valor obtenido se mantiene dentro del valor de referencia.

TRIMESTRES EVALUADOS:

III 2024 – IV 2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024

0%

IV Trimestre 2024

0%

VALOR DE REFERENCIA:

0%

DISTANCIA A LA META:

III Trimestre 2024

0%

IV Trimestre 2024

0%

PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:

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



Acciones de mejora

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



ÁREAS DE INTERVENCIÓN	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			

11. 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: TRIMESTRES EVALUADOS:

Análisis del resultado del indicador- brecha



Para la vigencia del **IV trimestre 2024**, 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%.

Para el **III trimestre 2024 y IV trimestre 2024** 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.

III 2024 – IV 2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024

0%.

IV Trimestre 2024

0%.

VALOR DE REFERENCIA:

0%

DISTANCIA A LA META:

III Trimestre 2024

0%.

IV Trimestre 2024

0%.

PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:

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 humanos,

METODO A UTILIZAR:

Diagrama causa efecto

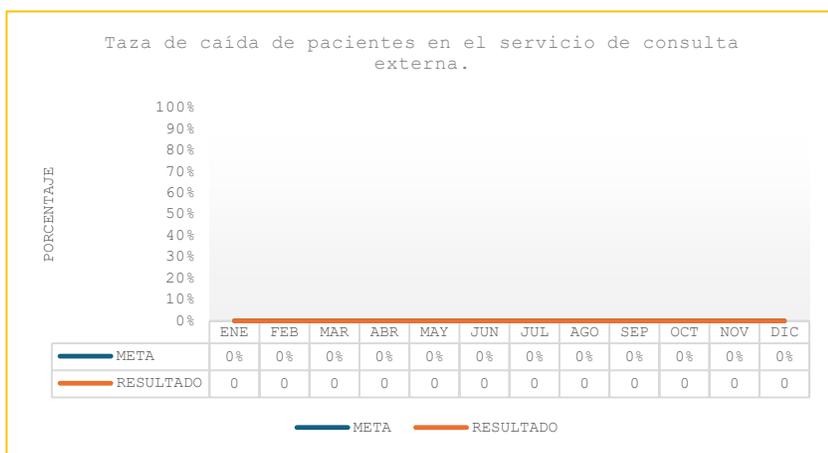


infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.

PROCESO (S) PARA MEJORAR:

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador



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.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN	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

12. 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 **IV trimestre 2024**, 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 2024 – IV 2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024

0%

IV Trimestre 2024

0%



Para el **III trimestre 2024 Y IV trimestre 2024** 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 2024

0%

IV Trimestre 2024

0%

PRIORIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR:

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 humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.

METODO A UTILIZAR:

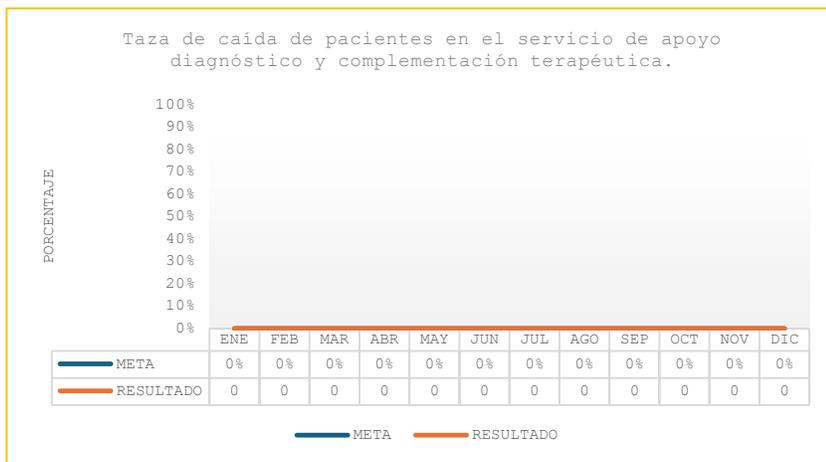
Diagrama causa efecto



PROCESO (S) PARA MEJORAR:

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador



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.



ÁREAS DE INTERVENCIÓN	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 NA
alianzas

Gestión de talento NA
humano

Enfoque de resultados al NA
bien común

Otras NA

13. 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

Análisis:

Para la vigencia del **IV trimestre 2024**, 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%.

Comparados **III trimestre 2024 Y IV trimestre 2024** nos damos cuenta que se mantiene el indicador sobre el valor de referencia.

TRIMESTRES EVALUADOS:

III 2024 – IV 2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024

0%

IV Trimestre 2024

0%

VALOR DE REFERENCIA:

0%

DISTANCIA A LA META:



III Trimestre 2024

0%

IV Trimestre 2024

0%

**PRIORIZACION DEL
RESULTADO DEL INDICADOR:**

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 humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.

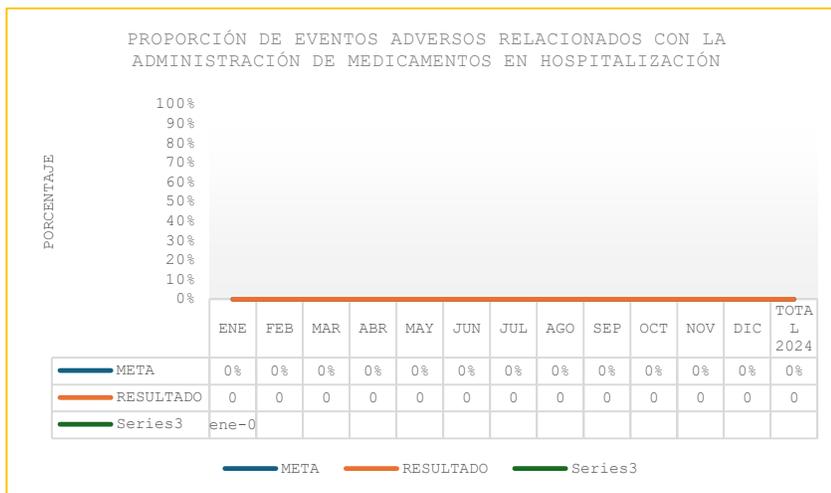
METODO A UTILIZAR:

Diagrama causa efecto

PROCESO (S) PARA MEJORAR:

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador



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.



ÁREAS DE INTERVENCIÓN	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

14. 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

Análisis:

Para la vigencia del **IV trimestre 2024**, 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%.

Comparados el **III trimestre 2024 Y IV trimestre 2024** nos damos cuenta que se mantiene el indicador sobre el valor de referencia.

TRIMESTRES EVALUADOS:

III 2024 - IV-2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024

0%

IV Trimestre 2024

0%

VALOR DE REFERENCIA:

0%

DISTANCIA A LA META:

III Trimestre 2024

0%

IV Trimestre 2024



0%

**PRIORIZACIÓN DEL
RESULTADO DEL INDICADOR:**

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:

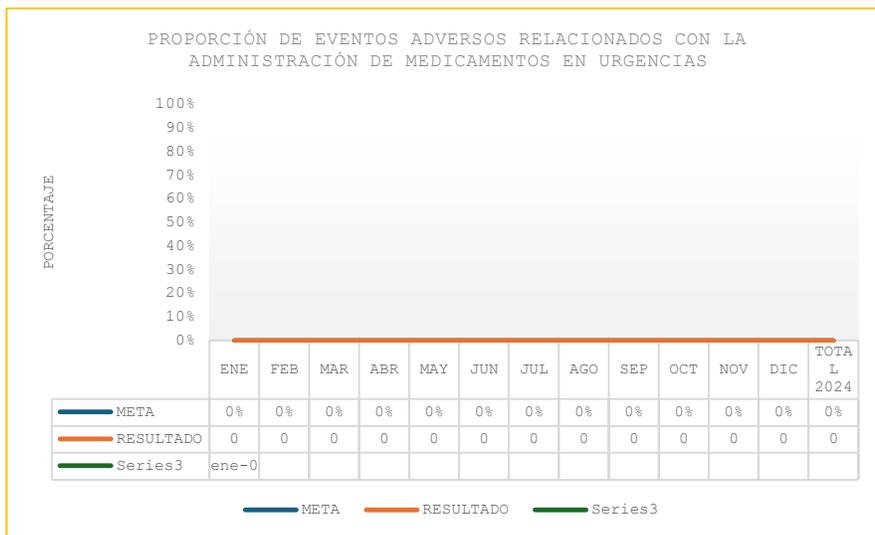
Diagrama causa efecto

PROCESO (S) PARA MEJORAR:

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador





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.



ÁREAS DE INTERVENCIÓN	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

15. 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.

Análisis del resultado del indicador- brecha

Análisis:
Para la vigencia del **IV trimestre 2024**, 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%.

TRIMESTRES EVALUADOS:

III 2024 – IV 2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024

0%

IV Trimestre 2024

0%



Se compara el **III trimestre 2024 Y IV trimestre 2024** donde se evidencia que se mantiene estable la tasa de proporción dentro del valor de referencia (0).

VALOR DE REFERENCIA:

0%

DISTANCIA A LA META:

III Trimestre 2024

0%

IV Trimestre 2024

0%

**PRIORIZACION DEL
RESULTADO DEL INDICADOR:**

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 humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.

METODO A UTILIZAR:

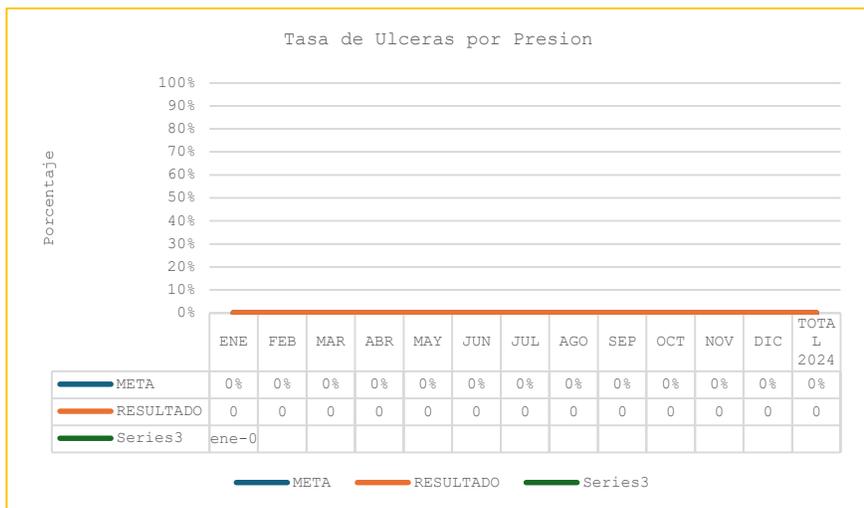
Diagrama causa efecto

PROCESO (S) PARA MEJORAR:

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador





Acciones de mejora

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



ÁREAS 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

16. 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

Análisis:
Para la vigencia del **III Trimestre 2024**, la proporción de reingresos en menos de 72 horas fue del **0%**, el resultado obtenido se encuentra dentro del valor de referencia (1%) con una distancia a la meta de + 0.2%.



Comparando el **III trimestre 2024** donde se presentaron reingresos en comparación al **IV trimestre 2024** se evidencia que **AUMENTO** la cantidad de 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.

TRIMESTRES EVALUADOS:

III 2024 – IV 2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024

0.0%

IV Trimestre 2024

0.002%

VALOR DE REFERENCIA:

1%

DISTANCIA A LA META:

III Trimestre 2024

+ 1 %

IV Trimestre 2024

+0.009 %

**PRIORIZACION DEL
RESULTADO DEL INDICADOR:**

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 1%.

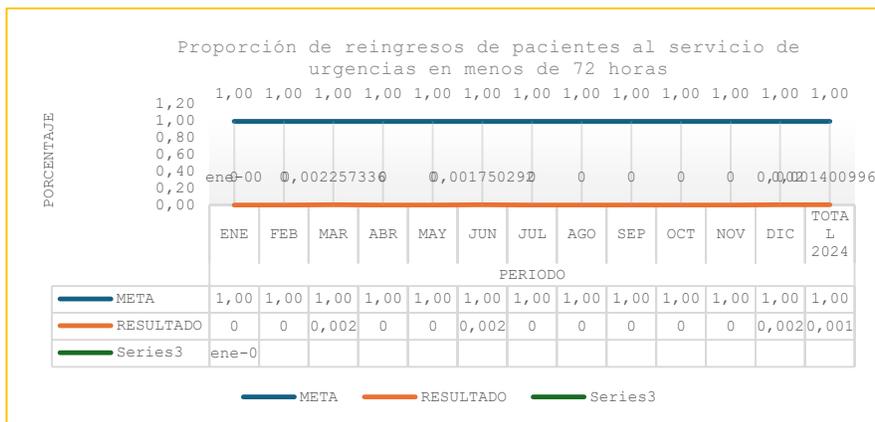
METODO A UTILIZAR:

Diagrama causa efecto

PROCESO (S) PARA MEJORAR:

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador



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.



ÁREAS 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

17. 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

Análisis:
Para la vigencia del **IV trimestre 2024**, 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%.

TRIMESTRES EVALUADOS:

III 2024 - IV-2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024

0%

IV Trimestre 2024

0%

Se aprecia que para que para la vigencia del **III trimestre 2024 Y IV trimestre 2024** 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.

VALOR DE REFERENCIA:

1%

DISTANCIA A LA META:

III Trimestre 2024

+1%

IV Trimestre 2024

+1%



**PRIORIZACION DEL
RESULTADO DEL INDICADOR:**

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 humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 1%.

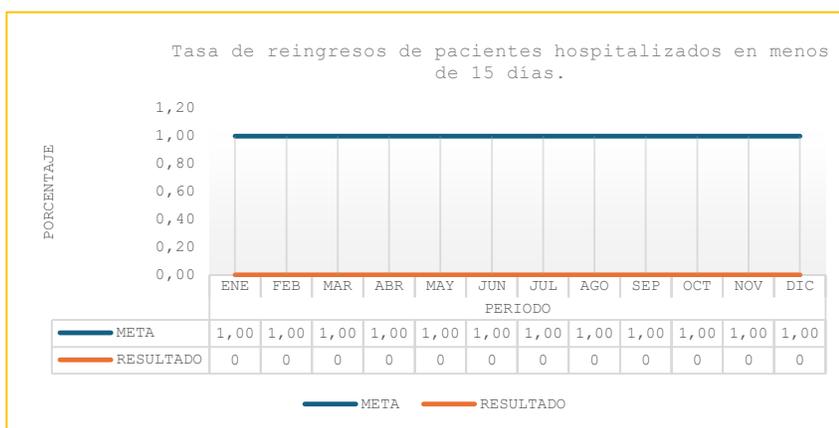
METODO A UTILIZAR:

Diagrama causa efecto

PROCESO (S) PARA MEJORAR:

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador



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.



ÁREAS 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		

18. 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

Análisis:
Para la vigencia del **III trimestre 2024**, el tiempo promedio de espera para la asignación de cita con medicina general fue del **0.21** (días), el resultado obtenido se encuentra dentro del valor de referencia (2%) con una distancia a la meta de 1.77.



Para el **IV trimestre 2024** el resultado del tiempo promedio de la asignación de cita fue del **0,01**, aunque se mantiene en el valor de referencia se puede observar que la distancia a la meta es mas corta por lo que se puede indicar que es necesario iniciar a implementar estrategias para reducir el tiempo de espera para la asignación de citas.

TRIMESTRES EVALUADOS:

III 2024 - IV-2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024

0.21 Día

IV Trimestre 2024

0.01 Día

VALOR DE REFERENCIA:

2

DISTANCIA A LA META:

III Trimestre 2024

+1.79

IV Trimestre 2024

+1.99

PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:

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 humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 2 DIAS. Aunque se puede ir analizando posibles estrategias para mejoramiento del servicio.

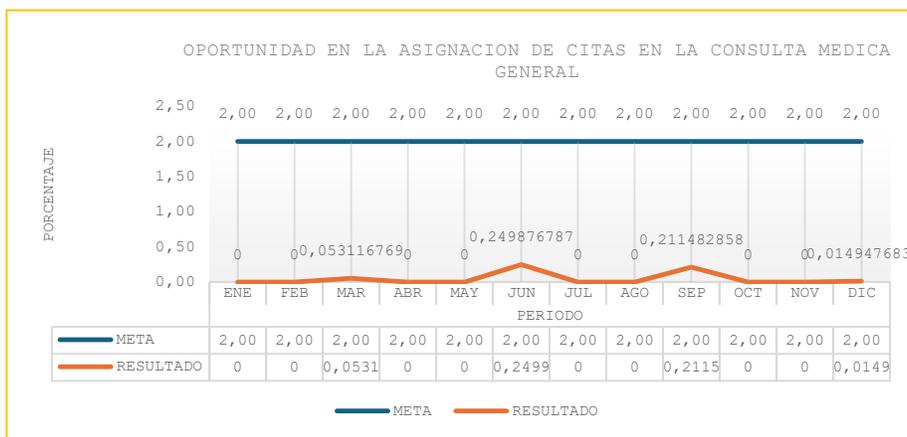
METODO A UTILIZAR:

Diagrama causa efecto

PROCESO (S) PARA MEJORAR:

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador



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.



ÁREAS DE INTERVENCIÓN	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

19. 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:

TRIMESTRES EVALUADOS:

Para la vigencia del **III trimestre 2024**, el tiempo promedio de espera para la asignación de citas odontológicas fue del **0,21** el resultado obtenido se encuentran dentro del valor de referencia (2) con una distancia a la meta de +1.9

III 2024 – IV 2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024

0.20 día

IV Trimestre 2024

+0.014día



Durante el **IV trimestre 2024** se evidencia que los valores obtenidos fueron de 0.014 se mantienen dentro del valor de referencia.

VALOR DE REFERENCIA:

2 Días

DISTANCIA A LA META:

III Trimestre 2024

+1.9

IV Trimestre 2024

+1.9

**PRIORIZACION DEL
RESULTADO DEL INDICADOR:**

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 humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 100%.

METODO A UTILIZAR:

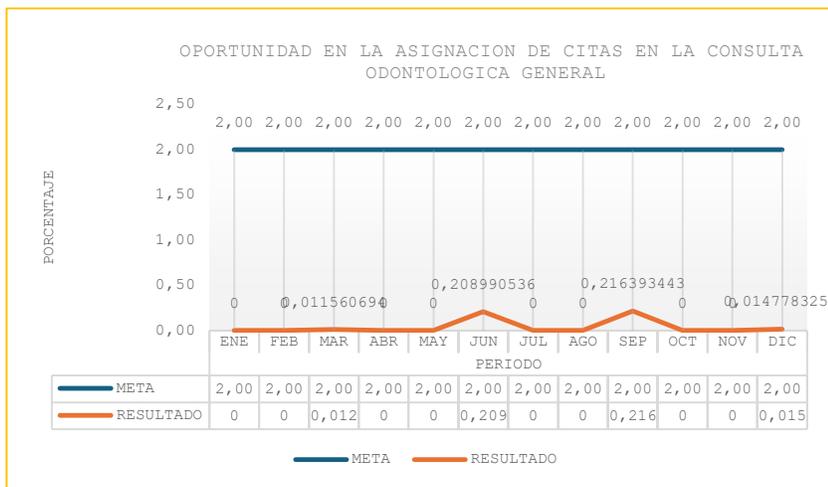
Diagrama causa efecto

PROCESO (S) PARA MEJORAR:

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador





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 DE INTERVENCIÓN	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

20. 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 **Análisis:** **TRIMESTRES EVALUADOS:**

Para la vigencia del **IV trimestre 2024**, el III 2024 – IV 2024

el tiempo de espera para la atención de triage II fue del **4,9 Minutos**, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (30) con una distancia a la meta de -25%. **VALOR OBTENIDO:**

Para el **III trimestre 2024** se evidencia el resultado obtenido presenta un leve

III Trimestre 2024

5,5 minutos

IV Trimestre 2024

4.9 minutos



aumento en **5.5 minutos** de espera para la atención de triage II, porcentaje que se mantiene estable y dentro del valor de referencia.

VALOR DE REFERENCIA:

30

DISTANCIA A LA META:

III Trimestre 2024

+24.5 minutos

IV Trimestre 2024

+25.1 minutos

PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:

EXTREMO	Red
ALTO	Green
MEDIO	Yellow
BAJO	Green with 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:

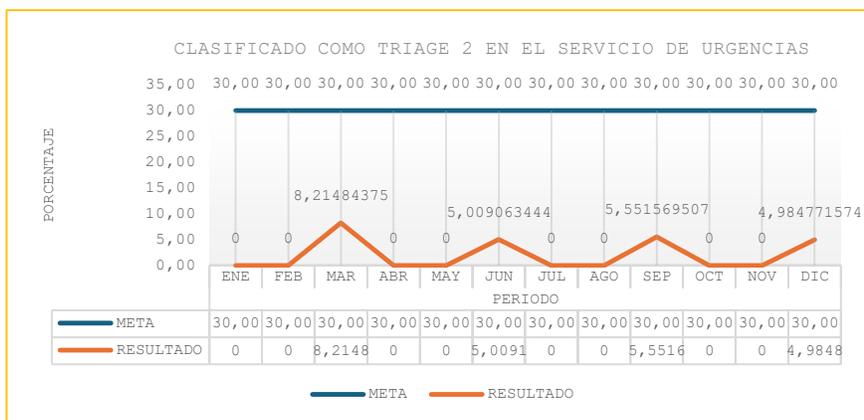
Diagrama causa efecto



PROCESO (S) PARA MEJORAR:

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador



Acciones de mejora

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



AREAS DE INTERVENCIÓN	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

21. 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

Para la vigencia del **III trimestre 2024**, la proporción de satisfacción global de los usuarios que asisten a la Institución fue de **93%**, los resultados obtenidos se encuentran sobre el valor de referencia (90%) con una distancia a la meta del + 7%.

TRIMESTRES EVALUADOS:

III 2024 – IV 2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024

87%

IV Trimestre 2024

93%



Se evidencia que para el **IV trimestre de 2024** el valor de **93%** satisfacción de los usuarios baja un punto, pero se mantiene estable con un alto porcentaje de satisfacción.

VALOR DE REFERENCIA:

90%

DISTANCIA A LA META:

III Trimestre 2024

-3%

IV Trimestre 2024

+3%

**PRIORIZACION DEL RESULTADO
DEL INDICADOR:**

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 humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 100%.

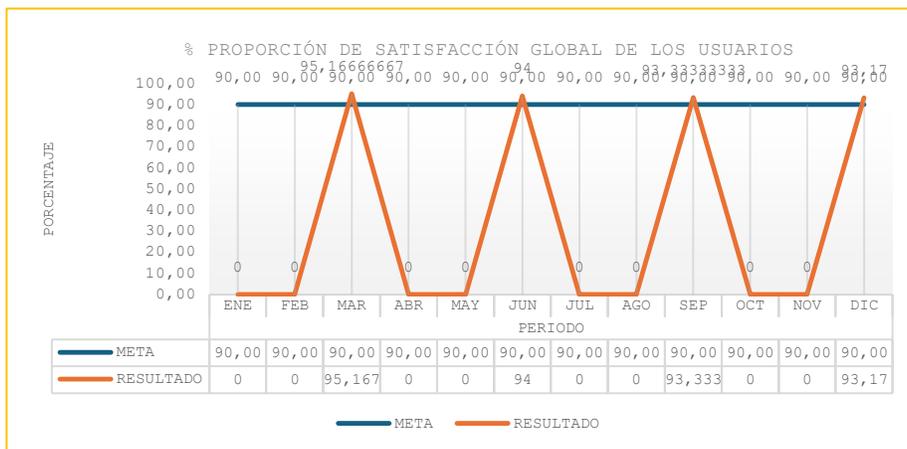
METODO A UTILIZAR:

Diagrama causa efecto

PROCESO (S) PARA MEJORAR:

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador



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.



ÁREAS DE INTERVENCIÓN	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

22. 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

Análisis:

Para la vigencia del **III trimestre 2024**, la proporción usuarios que recomendarían la E.S.E Hospital Alcides Jiménez fue del 93 %, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (90%) con una distancia a la meta de +9%.

Se evidencia que para el **IV trimestre de 2024** el valor de satisfacción de los usuarios se mantiene, pero se mantiene estable con un alto porcentaje del **97%** de recomendación por parte de los usuarios que asisten a la institución.

TRIMESTRES EVALUADOS:

III 2024 – IV 2024

VALOR OBTENIDO:

III Trimestre 2024

93%

IV Trimestre 2024

97%

VALOR DE REFERENCIA:

90%

DISTANCIA A LA META:

III Trimestre 2024

+3%



IV Trimestre 2024

+7%

**PRIORIZACION DEL
RESULTADO DEL INDICADOR:**

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 humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 100%.

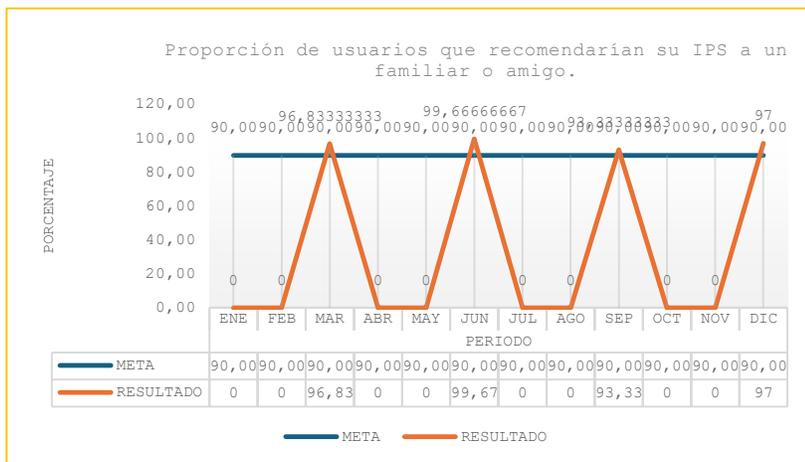
METODO A UTILIZAR:

Diagrama causa efecto

**PROCESO (S) PARA
MEJORAR:**

No requiere acciones de mejoramiento.

Tendencia del indicador



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 DE INTERVENCIÓN	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

2. Promoción y Mantenimiento de la Salud

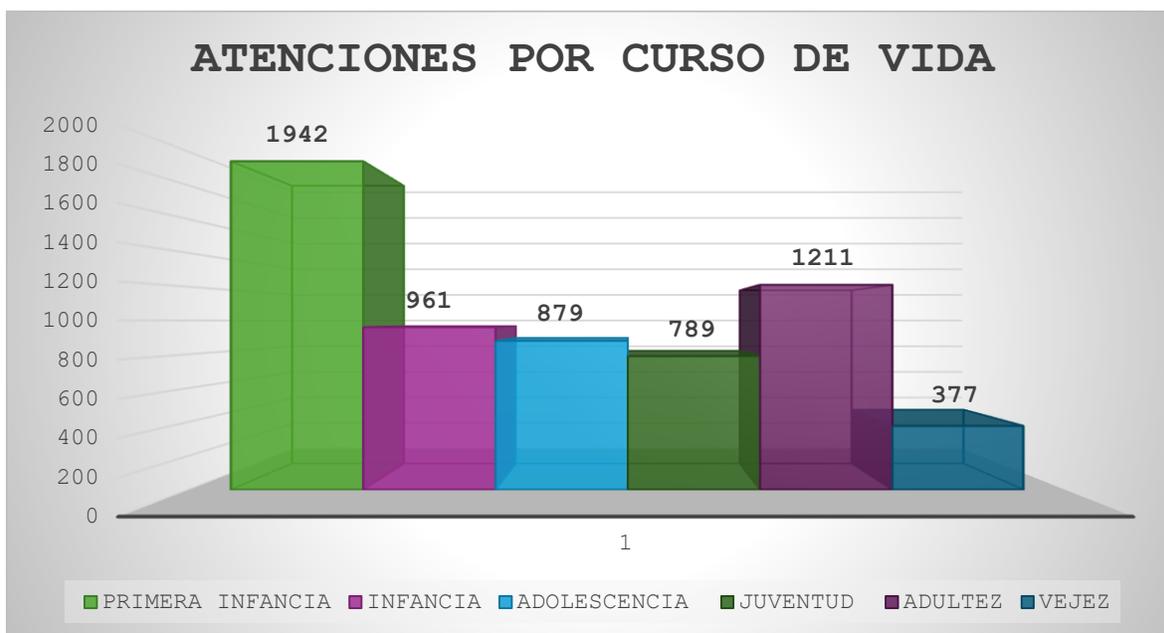
Son actividades basadas en el autocuidado y autocontrol, dirigidas a personas y familias para identificar riesgos y detectar tempranamente enfermedades y así brindar un tratamiento oportuno.

Las actividades realizadas fueron las contempladas en la resolución 3280 de 2018 de la RPMS que se enmarca en el concepto de atención integral en salud, comprendida como: —el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos”.

Para realizar las actividades en la vigencia 2024 se tuvieron en cuenta los cursos de vida de:

1. Primera infancia
2. Infancia
3. Adolescencia
4. Juventud
5. Adultez
6. Vejez

Para la vigencia 2024 se realizaron las siguientes actividades por cursos de vida:



Así mismo se tuvieron en cuenta los siguientes entornos para las intervenciones:

1. Hogar
2. Comunitario
3. Educativo
4. Laboral
5. Institucional

Cabe destacar que aún no se ha logrado concientizar a toda la población de hacer uso de las actividades de promoción y mantenimiento, por tanto, el trabajo es arduo porque se debe empezar con la parte educativa para sensibilizar a la población y que accedan a los servicios, por tanto la ESE, se articula en actividades tales como plantones, actividades masivas para promocionar las actividades de la promoción y mantenimiento de la salud.

También se realiza atenciones individuales tanto en la parte interinstitucional como extra institucional.



Acompáñanos al
Curso de Preparación para la Maternidad y Paternidad

Viernes 6 de Dic. | E.S.E Hospital Alcides Jiménez | 9:00 a.m.

Acompáñanos y juntos aprendamos



Nunca es muy temprano para prevenir

Realízate el autoexamen en 5 pasos

- 1** Observa tu pecho en el espejo e identifica su forma.
- 2** Explora tus mamas y los axilas.
- 3** Recuéstate y vuelve a palparlas.
- 4** Presiona los pezones suavemente.
- 5** Si notas cambios en el tamaño, forma o flujo de sangre o pezones hundidos, consulta con tu médico.

✓ Mujeres: entre 50 y 69 años realizarse la mamografía
✓ Hombres: en caso de anomalías realizarse una ecografía de mama.

El cáncer no distingue género, la detección temprana salva vidas

3. INFORME VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA AÑO 2023 Y 2024 E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ.

Importancia de la salud pública.

En el marco de los lineamientos de la Seguridad Social en Salud de Colombia, la salud pública se entiende como el conjunto de políticas diseñadas para garantizar, de manera integral, la salud de la población. Estas acciones se dirigen tanto a nivel individual como colectivo, y sus resultados se constituyen en indicadores clave de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones deben ser implementadas bajo la rectoría del Estado, promoviendo la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

El Estado tiene la responsabilidad de conducir, regular, modular la financiación, vigilar el aseguramiento y armonizar la prestación de los servicios de salud.

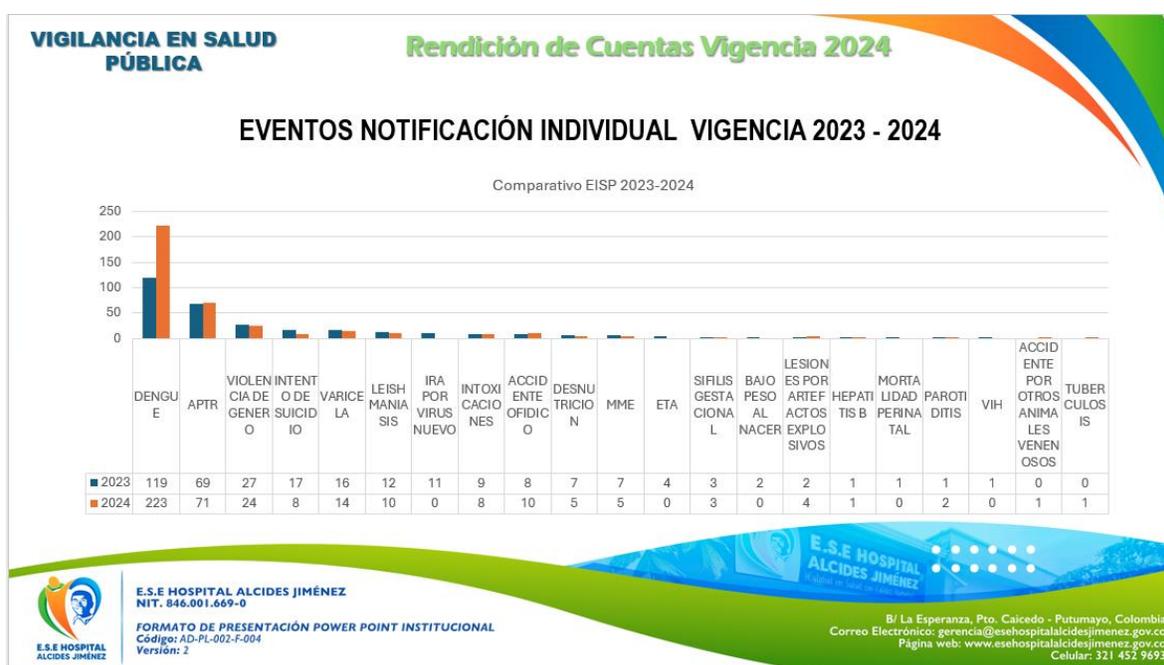
En el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la salud pública tiene varios objetivos clave, entre los cuales se destacan: fortalecer la capacidad institucional de planificación y gestión; desarrollar las capacidades del recurso humano en salud, y fomentar procesos de investigación continua dirigidos a mejorar las condiciones de salud, tanto individuales como colectivas.

Otros ámbitos de gran importancia para el desarrollo de las acciones de salud pública incluyen el seguimiento, la evaluación y el análisis de la situación de salud (vigilancia epidemiológica); la prevención de enfermedades y la promoción de la salud; la participación ciudadana en los procesos de planeación en salud; el fortalecimiento de las políticas y la capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; el desarrollo de recursos humanos y la capacitación en salud pública; el saneamiento básico; la investigación, y la reducción del impacto de emergencias y desastres en la salud, entre otros.

La Vigilancia en Salud Pública (VSP) se concibe como un proceso continuo, regular e integrador que abarca la observación, investigación, recolección, procesamiento, análisis, evaluación y divulgación de la información epidemiológica. Su propósito es orientar las acciones y políticas de salud pública.

Existe una interrelación estrecha entre la vigilancia y la información, ya que la primera requiere el soporte de información precisa y actualizada para operar eficazmente y cumplir con los requerimientos de los entes decisorios. Este proceso implica recorrer las características de la información, su definición y las etapas de un sistema de información, para finalmente entender su utilidad y aplicación en los sistemas de vigilancia en salud pública.

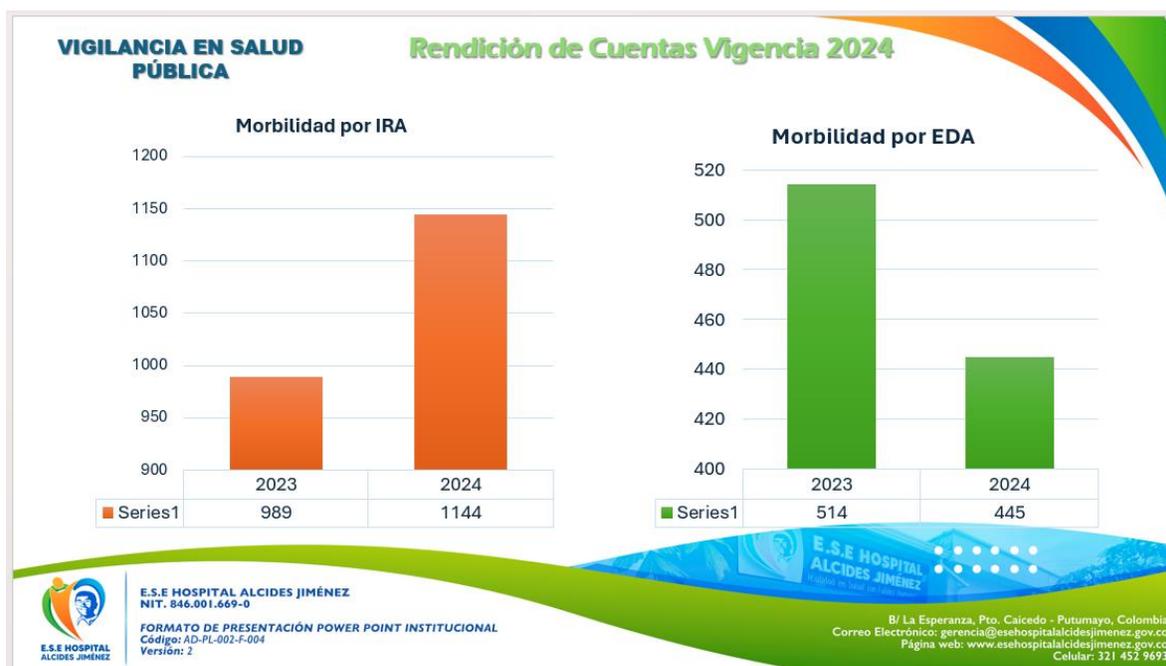
INFORME EPIDEMIOLOGICO AÑO 2023-2024



Durante el análisis comparativo de los eventos de interés en salud pública (EISP) entre los años 2023 y 2024, se observó que el evento con mayor aumento fue el **dengue**, pasando de 119 a 223 casos, lo que representa un incremento del 87% y lo posiciona como el principal problema de salud pública en 2024. Le siguieron las **agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (APTR)**, que subieron de 69 a 71 casos, y los **accidentes ofídicos**, que aumentaron de 8 a 10. También se duplicaron los casos de **lesiones por artefactos explosivos**, pasando de 2 a 4, y se registraron aumentos en **parotiditis** (de 1 a 2), **VIH** (de 1 a 2) y **tuberculosis**, que pasó de 0 a 1 caso en 2024. Por el contrario, se evidenciaron reducciones importantes en varios eventos: los **intentos de suicidio**

disminuyeron de 17 a 8 casos, **varicela** de 16 a 14, **leishmaniasis** de 12 a 10, **IRA por virus nuevo** de 11 a 8, **desnutrición** de 7 a 5, **morbilidad materna extrema (MME)** de 7 a 5, **enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)** de 4 a 0 y **sífilis gestacional** de 3 a 0. También se redujeron los casos de **bajo peso al nacer** (de 2 a 1) y **hepatitis B**, **mortalidad perinatal** y **accidente por otros animales venenosos**, que pasaron de 1 a 0 en todos los casos. Algunos eventos se mantuvieron estables, como las **intoxicaciones** (9 casos en ambos años) y **violencia de género**, que presentó una leve reducción de 27 a 24 casos.

Comparativo de morbilidad por EDA- IRA 2023Y 2024.



En el análisis de la morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) correspondiente a la vigencia 2024, se evidencian tendencias opuestas entre ambos eventos. La morbilidad por IRA presentó un incremento notable del 15.7 %, pasando de 989 casos en 2023 a 1.144 en 2024, lo cual refleja una mayor circulación de agentes respiratorios durante el año.

Por otro lado, la morbilidad por EDA disminuyó en un 13.4 %, bajando de 514 casos en 2023 a 445 en 2024, lo que podría atribuirse a mejoras en las condiciones sanitarias.

4. EVOLUCIÓN Y ESTADO DE LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN CON LAS EAPB VIGENCIA 2024.

EPS	CONTRATO N°	POBLACION	VALOR	VALOR UPC	% DE CONTRATACION	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	MODALIDAD
AIC	239-2024	6.113	\$ 1.395.229.045,00	591.294	38,60%	01/01/2024	31/12/2024	CAPITADO
AIC	333-2023	6.113	\$ 816.135.304,00	N/A	SOAT DIFERENCIAL VIGENTE MENOS EL 11%	01/01/2024	31/12/2024	SERVICIOS MEDICOS BAJA/MEDIANA
AIC	425-2024	6.113	0	N/A	SOAT DIFERENCIAL VIGENTE MENOS EL 11%	01/01/2024	31/12/2024	PRESTAR LOS SERVICIOS DE TOMA Y TRANSPORTE DE
EMSSANAR	634-1CS230001	5.127	\$ 1.673.361.030,00	N/A	TARIFA NEGOCIADA	01/07/2024	31/05/2025	CAPITADO
EMSSANAR	634-1EC240001	5.127	\$ 55.000.000,00	N/A	TARIFA NEGOCIADA	01/07/2024	31/05/2025	SERVICIOS MEDICOS CONTRIBUTIVO
EMSSANAR	634-1ES240001	5.127	\$ 110.000.000,00	N/A	TARIFA NEGOCIADA	01/07/2024	31/05/2025	SERVICIOS MEDICOS SUBSIDIADO
MALLAMAS EPS	20228656915888	GENERAL	SIN VALOR	N/A	SOAT DIFERENCIAL PUTUMAYO	01/01/2024	31/12/2024	CONTRIBUTIVO
MALLAMAS EPS	20228656915876	GENERAL	SIN VALOR	N/A	SOAT DIFERENCIAL PUTUMAYO	01/01/2024	31/12/2024	EVENTO SUBSIDIADO
NUEVA EPS	CONSECUTIVO-015	45	SIN VALOR	N/A	SOAT PUTUMAYO VIGENTE MENOS EL 06%	01/01/2024	31/12/2024	EVENTO SUBSIDIADO
NUEVA EPS	CONSECUTIVO-01C	64	SIN VALOR	N/A	SOAT PUTUMAYO VIGENTE MENOS EL 06%	01/01/2024	31/12/2024	CONTRIBUTIVO
UNIMAP	HC-053-17	215	\$ 50.000.000,00	N/A	SOAT PUTUMAYO VIGENTE MENOS EL 10%	01/03/2024	31/12/2024	ESPECIAL EVENTO SERVICIOS MEDICOS
POLICIA NACIONAL	85-5-20130-24	GENERAL	\$ 4.000.000,00	N/A	SOAT NACIONAL	1/01/2024	31/08/2024	ESPECIAL EVENTO SERVICIOS MEDICOS
DIRECCION DE SANIDAD MILITAR EJERCITO	CD-146 DIGSA	GENERAL	\$ 20.000.000,00	N/A	SOAT NACIONAL	24/07/2024	31/12/2024	ESPECIAL EVENTO SERVICIOS MEDICOS
FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO FOMAG	N/A	GENERAL	LIBRE	N/A	SOAT PUTUMAYO -10%	1/05/2024	30/12/2024	ESPECIAL EVENTO SERVICIOS MEDICOS

5. ESTADO DE LOS CONTRATOS DE LA VIGENCIA 2024

En relación a la contratación en la vigencia 2024 fueron ejecutados en su totalidad 1015 contratos, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

CANT CONTRATOS	TIPO DE CONTRATO	VR. CONTRATADO	ESTADO DE CONTATOS
865	Personal Indirecto	\$ 6.665.037.271	TERMINADO
48	Gastos Generales	\$ 3.356.537.450	TERMINADO
102	Gastos de Operación Comercial	\$ 1.342.163.651	TERMINADO
1015	TOTAL	\$ 11.358.238.372	

Como se puede ver en la tabla anterior, para la vigencia del año 2024 en la Empresa Social del Estado (E.S.E) Hospital Alcides Jiménez, se aprobó un presupuesto definitivo por un valor total de dieciséis mil ciento noventa y ocho millones setecientos cincuenta y dos mil novecientos ochenta y tres pesos moneda corriente (\$16.198.752.983). Este monto ha sido debidamente distribuido entre las diferentes áreas y programas institucionales, con el objetivo de garantizar la continuidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, así como fortalecer los procesos administrativos, asistenciales y de infraestructura del hospital.

- Durante la vigencia del año 2024, la E.S.E Hospital Alcides Jiménez llevó a cabo un total de 865 contratos orientados a la vinculación de personal indirecto, con el propósito de fortalecer la operación institucional en las distintas áreas de apoyo asistencial, administrativo y logístico. La inversión destinada para esta modalidad de contratación ascendió a la suma de seis mil seiscientos sesenta y cinco millones treinta y siete mil doscientos setenta y un pesos moneda corriente (\$6.665.037.271), lo cual refleja el compromiso del hospital con la continuidad del servicio, el fortalecimiento del talento humano y el cumplimiento de los objetivos estratégicos establecidos para el presente ejercicio fiscal.
- En el transcurso de la vigencia 2024, la E.S.E Hospital Alcides Jiménez realizó un total de 48 contrataciones destinadas a la cobertura de gastos generales, entendidos estos como aquellos necesarios para el normal funcionamiento operativo de la institución, incluyendo servicios públicos, mantenimiento, suministros, insumos no médicos, vigilancia, aseo, entre otros. El monto total invertido en esta categoría ascendió a tres mil trescientos cincuenta y seis millones quinientos treinta y siete mil cuatrocientos cincuenta pesos moneda corriente (\$3.356.537.450), lo cual evidencia el esfuerzo institucional por garantizar condiciones adecuadas y sostenibles que permitan el cumplimiento eficiente de su misión en la prestación de servicios de salud.
- Durante la vigencia 2024, la E.S.E Hospital Alcides Jiménez gestionó un total de 102 contratos relacionados con gastos de operación comercial, los cuales comprenden aquellas actividades necesarias para el desarrollo y sostenibilidad de los procesos comerciales de la entidad, tales como adquisición de bienes y servicios asociados a la facturación, recaudo, gestión de cartera, soporte

logístico y demás operaciones orientadas a la generación de ingresos. El valor total ejecutado en esta categoría fue de mil trescientos cuarenta y dos millones ciento sesenta y tres mil seiscientos cincuenta y un pesos moneda corriente (\$1.342.163.651), reflejando la importancia estratégica de estas inversiones para fortalecer la capacidad operativa y financiera del hospital.

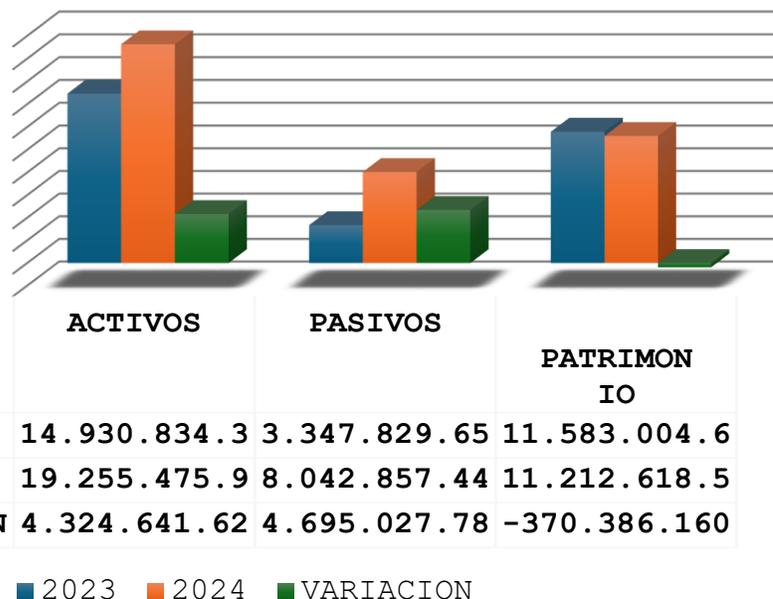
Durante la vigencia 2024, la E.S.E Hospital Alcides Jiménez llevó a cabo un proceso de contratación integral que abarcó diversas categorías, logrando la formalización de un total de 1.015 contratos. Estas contrataciones se realizaron con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los planes operativos, asegurar la continuidad en la prestación de los servicios de salud y fortalecer el funcionamiento administrativo de la entidad.

El valor total ejecutado en estos contratos ascendió a once mil trescientos cincuenta y ocho millones doscientos treinta y ocho mil trescientos setenta y dos pesos moneda corriente (\$11.358.238.372), con una ejecución del 100%, lo que evidencia una gestión eficiente de los recursos asignados y un cumplimiento riguroso de los compromisos contractuales establecidos para el periodo.

6. CONDICIONES FINANCIERAS DE LA ENTIDAD Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA

En la siguiente gráfica se muestra la variación en cuanto a los Activos, Pasivos y Patrimonio de la ESE Hospital Alcides Jiménez

20.000.000.000
18.000.000.000
16.000.000.000
14.000.000.000
12.000.000.000
10.000.000.000
8.000.000.000
6.000.000.000
4.000.000.000
2.000.000.000
-2.000.000.000



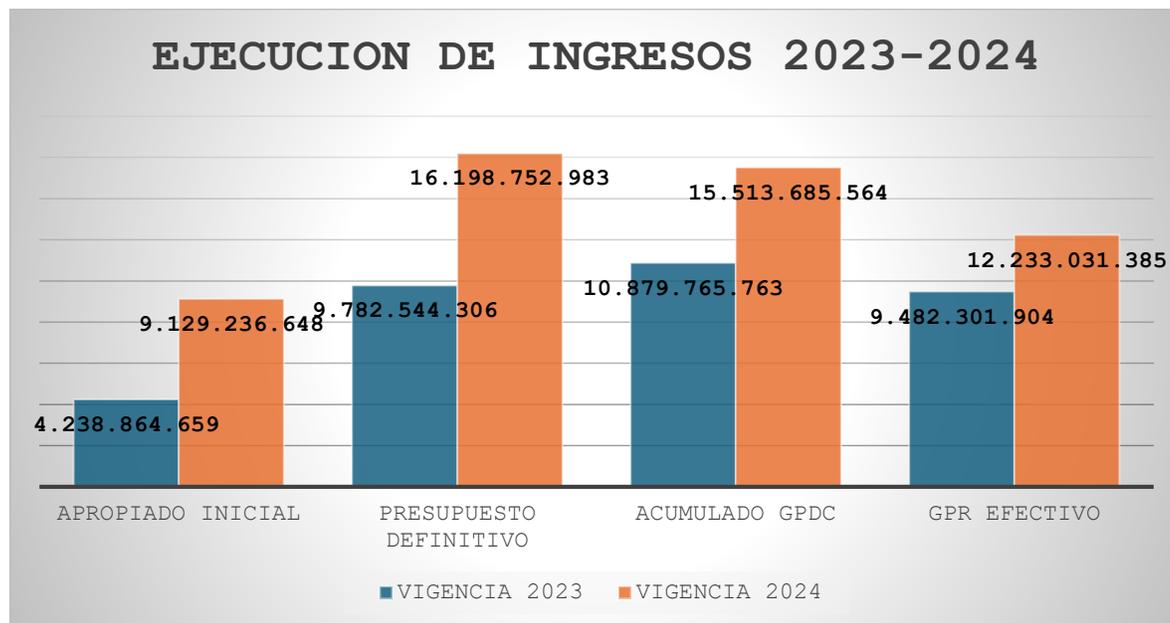
De acuerdo a la gráfica se puede evidenciar que los activos pasaron de \$14.930.834.314 del 2023 a \$19.225.475.943 en la vigencia 2024, con un aumento de \$4.324.641.629; esto se debe al aumento de las cuentas de las cuentas por cobrar y Propiedad planta y equipo.

En cuanto a los pasivos se puede ver que pasaron de \$3.347.829.651 en la vigencia 2023 a \$8.042.857.440 para la vigencia 2024, es decir un aumento de \$4.695.027.789 correspondiente a los diferentes convenios celebrados a nivel nacional, departamental y municipal, los cuales son susceptibles de pago para la vigencia 2025.

En relación al Patrimonio de la entidad, pasó de \$11.583.004.663 del año 2023 a \$11.212.618.503 al año 2024, una disminución de \$370.386.160, reflejado de acuerdo a los costos y gastos en que incurrió la entidad.

7. ANALISIS COMPARATIVO DE LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL VIGENCIAS 2023 VS 2024

Mediante la siguiente gráfica se da a conocer un comparativo de la ejecución de ingresos entre las vigencias 2023 y 2024 en la ESE Hospital Alcides Jiménez:



	PRESUPUESTO INICIAL	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECONOCIMIENTO	RECAUDADO
2023	4.238.864.659	9.782.544.306	10.879.765.762	9.482.301.904
2024	9.129.236.648	16.198.752.983	15.513.685.564	12.233.031.385

Durante la vigencia 2024, la E.S.E Hospital Alcides Jiménez contó inicialmente con un presupuesto de ingresos por un valor de nueve mil ciento veintinueve millones doscientos treinta y seis mil seiscientos cuarenta y ocho pesos moneda corriente (\$9.129.236.648). No obstante, a lo largo del año fiscal, dicho presupuesto experimentó un ajuste al alza, alcanzando un presupuesto definitivo de dieciséis mil ciento noventa y ocho millones setecientos cincuenta y dos mil novecientos ochenta y tres pesos moneda corriente (\$16.198.752.983). Este aumento representó una variación

significativa, evidenciando una gestión eficaz en la captación y optimización de recursos financieros.

En comparación con la vigencia 2023, cuyo presupuesto definitivo fue de nueve mil setecientos ochenta y dos millones quinientos cuarenta y cuatro mil trescientos seis pesos con tres centavos moneda corriente (\$9.782.544.306,03), se observa un crecimiento sustancial de (\$6.416.208.676,97), equivalente a un incremento aproximado del 65.6%. Esta diferencia refleja no solo una mayor capacidad de gestión financiera por parte de la institución, sino también una proyección presupuestal más ambiciosa alineada con las necesidades operativas y asistenciales del hospital.

Este comportamiento positivo en la evolución de los ingresos presupuestados permite fortalecer la capacidad de respuesta institucional, ampliar la cobertura de servicios y mejorar la sostenibilidad financiera de la E.S.E en el mediano y largo plazo.

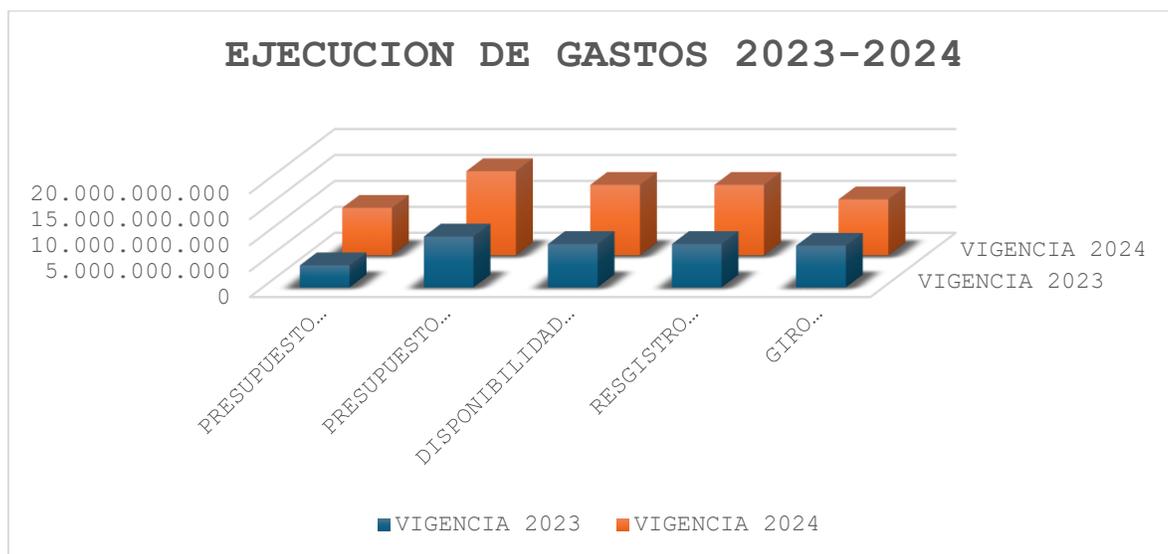
Es importante destacar que los ingresos percibidos por la E.S.E Hospital Alcides Jiménez se clasifican según las diferentes fuentes y modalidades de financiación vinculadas a la prestación de servicios de salud. Estas categorías permiten una adecuada gestión contable y financiera, facilitando el seguimiento y la toma de decisiones estratégicas. Entre las principales fuentes de ingreso se encuentran:

- Régimen Subsidiado: Corresponde a los recursos provenientes del sistema de salud destinados a garantizar la atención de la población con menores ingresos, quienes no cuentan con capacidad de pago.
- Régimen Contributivo: Ingresos derivados de la atención a afiliados al sistema de salud que cotizan a través de empleadores o como trabajadores independientes.
- Plan de Intervenciones Colectivas (PIC): Recursos asignados por entes territoriales para el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la comunidad.

- Seguros Obligatorios de Accidentes de Tránsito (SOAT): Fondos recibidos por la atención a víctimas de accidentes de tránsito amparadas por este tipo de seguro.
- Administradoras de Riesgos Laborales (ARL): Ingresos generados por la atención de eventos derivados de riesgos laborales cubiertos por estas entidades.
- Fuerzas Militares y Policía Nacional: Recursos por la prestación de servicios a personal activo o beneficiarios de estas instituciones del Estado.
- Entidades de Régimen Especial: Incluye ingresos de servicios prestados a usuarios afiliados a entidades como universidades públicas o empresas estatales con régimen propio.
- Población Extranjera: Ingresos por atención a ciudadanos no nacionales, bajo distintos mecanismos de pago o convenios especiales.
- Particulares: Recursos generados por servicios pagados directamente por los usuarios que no están afiliados a ningún régimen o desean servicios adicionales.
- Planes Complementarios y Medicina Prepagada: Ingresos asociados a usuarios que acceden a servicios especiales a través de pólizas o planes voluntarios.
- Equipos Básicos: Servicios facturados en el marco de convenios o estrategias de atención primaria mediante equipos interdisciplinarios en territorio.
- Copagos y Cuotas Moderadoras: Aportes realizados por los usuarios conforme a la normatividad vigente para ciertos servicios, dependiendo del régimen al que pertenezcan.
- Programa PAPSIVI: Recursos del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado.
- Discapacidad: Ingresos por servicios especializados prestados a personas con discapacidad, según planes de atención y convenios vigentes.

- FRISCO: Fondos provenientes del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado, asociados a programas o pacientes específicos bajo esta modalidad.
- Esta clasificación permite a la E.S.E estructurar una contabilidad más precisa, facilitar auditorías y garantizar una distribución eficiente de los recursos conforme a los marcos legales y las prioridades institucionales.

En cuanto al comparativo de la ejecución de gastos entre las vigencias 2023 y 2024 se presenta la siguiente grafica donde se evidencia un aumento en el presupuesto para la última vigencia:



	PRESUPUESTO INICIAL	PRESUPUESTO DEFINITIVO	DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	REGISTRO PRESUPUESTAL	GIRO PRESUPUESTAL
2023	4.238.864.659	9.782.544.306,32	8.341.308.717,96	8.341.308.717,96	8.009.994.894,26
2024	9.129.236.648	16.198.752.983	13.565.081.301	13.565.081.301	10.756.338.575

Durante la vigencia 2024, la E.S.E Hospital Alcides Jiménez registró una ejecución inicial de gastos por un valor de nueve mil ciento veintinueve millones doscientos treinta y seis mil seiscientos cuarenta

y ocho pesos moneda corriente (\$9.129.236.648). Sin embargo, a lo largo del año fiscal, se realizaron ajustes presupuestales que permitieron ampliar dicha proyección, alcanzando un presupuesto definitivo de dieciséis mil ciento noventa y ocho millones setecientos cincuenta y dos mil novecientos ochenta y tres pesos (\$16.198.752.983).

Este aumento refleja una ampliación del 77.4% respecto al presupuesto inicial, lo cual obedece a una gestión dinámica de recursos y a la necesidad de fortalecer distintas áreas operativas, asistenciales y administrativas ante la creciente demanda de servicios de salud.

En comparación, durante la vigencia 2023, el hospital contó con un presupuesto definitivo de nueve mil setecientos ochenta y dos millones quinientos cuarenta y cuatro mil trescientos seis pesos moneda corriente (\$9.782.544.306). La diferencia entre los presupuestos definitivos de ambos periodos representa un crecimiento absoluto de \$6.416.208.677, equivalente a un incremento aproximado del 65.6% en el presupuesto ejecutado durante 2024 con relación al año anterior.

Este comportamiento refleja no solo una mayor capacidad institucional para gestionar recursos adicionales, sino también una expansión significativa de las operaciones y compromisos de gasto, en línea con las estrategias de fortalecimiento y mejora continua en la calidad de los servicios ofrecidos por la E.S.E.

Para efectos de control, análisis y rendición de cuentas, los gastos ejecutados por la E.S.E Hospital Alcides Jiménez durante la vigencia 2024 se clasifican en diferentes categorías, según su naturaleza y finalidad dentro del funcionamiento institucional. Estas categorías permiten una adecuada gestión financiera, facilitando la identificación de prioridades y la toma de decisiones estratégicas. Las principales categorías de gasto son:

- Gastos de Personal Directo: Incluyen todas las erogaciones asociadas a la contratación y remuneración del talento humano vinculado directamente con la planta del hospital, tales como médicos, enfermeros, auxiliares, administrativos y demás funcionarios con relación laboral directa.

- Gastos de Personal Indirecto: Corresponden a los pagos realizados a través de contratos por prestación de servicios o modalidades de vinculación diferentes a la planta permanente. Este tipo de contratación permite reforzar temporalmente áreas críticas o cubrir necesidades específicas de atención.
- Gastos Generales: Comprenden los costos necesarios para el funcionamiento operativo del hospital, tales como servicios públicos, aseo, vigilancia, papelería, mantenimiento de infraestructura y equipos, insumos no médicos, entre otros.
- Gastos de Operación Comercial: Incluyen aquellos gastos relacionados con la gestión de procesos administrativos y comerciales que permiten la sostenibilidad financiera de la institución, como la facturación, auditoría de cuentas médicas, recuperación de cartera, soporte informático y logístico.

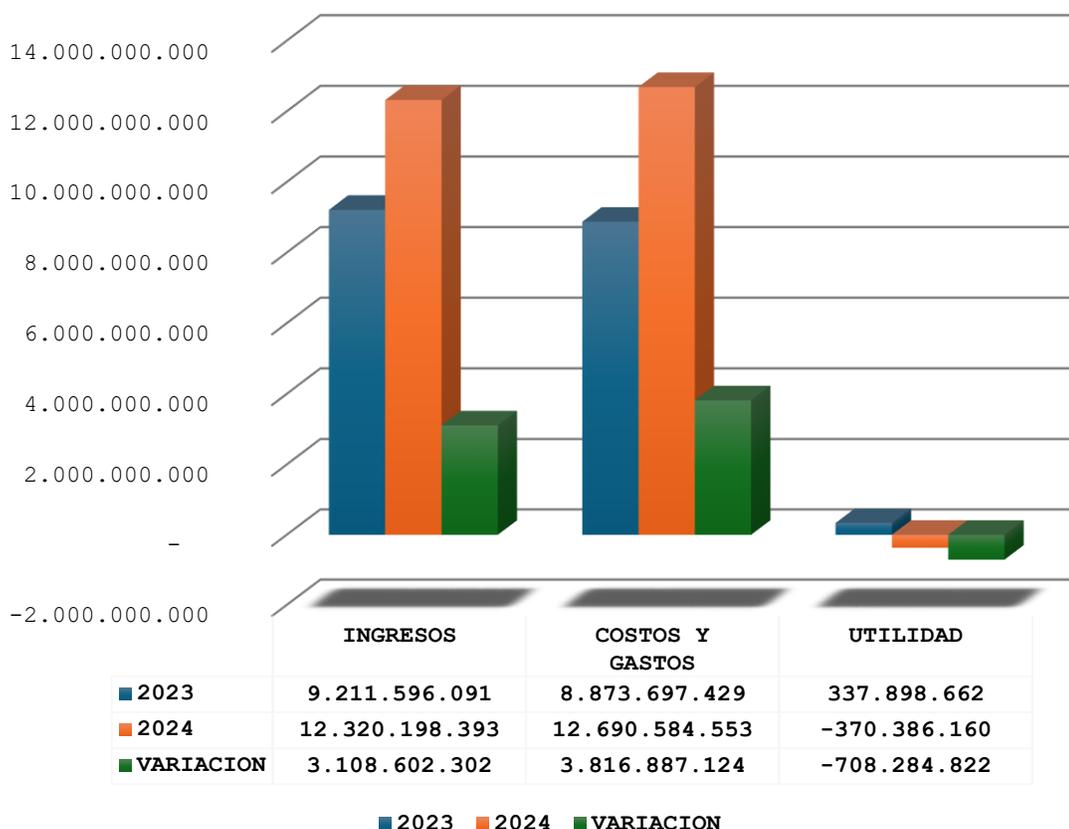
Esta clasificación proporciona una visión integral del uso de los recursos institucionales, permitiendo evaluar la eficiencia del gasto, identificar áreas de mejora y garantizar el cumplimiento de los objetivos misionales de la E.S.E.

8. INFORMACIÓN SOBRE LA GESTIÓN DEL RIESGO FINANCIERO

RAZON CORRIENTE	Activo Corriente/Pasivo Corriente		La E.S.E Hospital Alcides Jiménez, por cada peso que debe, tiene 1,66 pesos para respaldar la deuda.
	13.401.889.079	8.042.857.440	
	<u>1,66</u>		
ENDEUDAMIENTO	Pasivo Total/Activo Total		La participación de los acreedores para la vigencia 2.024 es del 0.44% sobre el total de los activos.
	8.042.857.440	19.255.475.943	
	<u>0,41</u>		
CAPITAL DE TRABAJO	Activo Corriente-Pasivo Corriente		La E.S.E Hospital Alcides Jiménez, cuenta con un Capital de Trabajo de \$5.359.031.639
	13.401.889.079	8.042.857.440	
	<u>5.359.031.639</u>		

9. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS ESTADOS FINANCIEROS

DESCRIPCION	31 DE DICIEMBRE DE 2023	31 DE DICIEMBRE DE 2024	VARIACION
VENTA DE SERVICIOS	8.177.174.314	7.886.718.211	- 290.456.103
COSTO DE VENTAS	5.303.395.436	8.539.703.216	3.236.307.780
GASTOS DE OPERACIÓN	3.519.665.535	4.022.304.428	502.638.893
<u>UTILIDAD</u> <u>OPERACIONAL</u>	- <u>645.886.657</u>	- <u>4.675.289.433</u>	- <u>4.029.402.776</u>
TRANSFERENCIAS Y SUBVENCIONES	863.595.900	3.660.857.384	2.797.261.484
OTROS INGRESOS	170.825.877	772.622.798	601.796.921
OTROS GASTOS	50.636.458	128.576.909	77.940.451
<u>UTILIDAD DEL</u> <u>EJERCICIO</u>	- <u>337.898.662</u>	- <u>370.386.160</u>	- <u>708.284.822</u>



Debido a que los costos y gastos en la vigencia 2024 fueron mayores que los ingresos, se refleja una utilidad negativa.

10. GESTIÓN DE LA OFICINA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO EN LA VIGENCIA 2024.

Se presenta informe de la ESE Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo, basado en la satisfacción y Atención al Usuario, correspondiente a la vigencia 2023 y 2024 las cuales comprenden del 01 de enero al 31 de Diciembre de los años 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 y 2024, objetivo esencial para que el funcionamiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG tome 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 peticiones, 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

10.1 ANÁLISIS COMPARATIVO DEL COMPORTAMIENTO TOTAL DE LAS PQRSF PRESENTADAS EN LAS VIGENCIAS 2023 – 2024

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 respuestas 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.

TOTAL PQRSF PRESENTADOS EN LA ESE HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ. SERVICIO COMPARATIVO POR AÑO 2023 – 2024.

ACCIONES	EVENTOS 2023	PORCENTAJE 2023	EVENTOS 2024	PORCENTAJE 2024	DIFERENCIA EVENTOS 2023-2024
PETICIONES	8	6,15%	7	3%	1
QUEJAS	73	56,15%	100	43%	27
RECLAMOS	5	3,84%	8	3,4%	3

SUGERENCIAS	8	6,15%	23	9,7%	15
FELICITACIONES	36	27,69%	97	41%	61
TOTAL	130	100%	235	100%	

ANÁLISIS INDIVIDUAL

- Con relación a las peticiones del año 2023 y el 2024 se presentó un descenso en el número de peticiones y en el porcentaje de peticiones, pero hubo un aumento en el total de PQRSF, en el año 2023 con un total de 130 PQRSF diligenciadas por los usuarios y en el año 2024 un total de 235, las cuales en el año 2023 el 6% de las PQRSF son peticiones, y en el año 2024 disminuyeron con un 3%.
- Con relación a las quejas del año 2023 y el 2024 se presentó un descenso del 13% en el porcentaje de quejas en el 2024 respecto al año 2023, aunque el número de quejas aumentó de 73 a 100, el porcentaje disminuyó debido a que el total de PQRSF aumentó en el año 2024.
- Con relación a los reclamos se mantienen en un promedio del 4% durante los dos años en comparación, es decir, son poco los reclamos que se visualizan en los eventos presentados de PQRSF.
- Con relación a las sugerencias del año 2023 y el 2024 se presentó un aumento del 4% en el año 2024 con respecto al año 2023, tanto como en el número de PQRSF diligenciadas por los usuarios como en el número de sugerencias.
- Con relación a las felicitaciones del año 2023 y el 2024 se presentó un aumento de 61 felicitaciones en el año 2024, aumentando un 13% de felicitaciones diligenciadas en el año 2024.

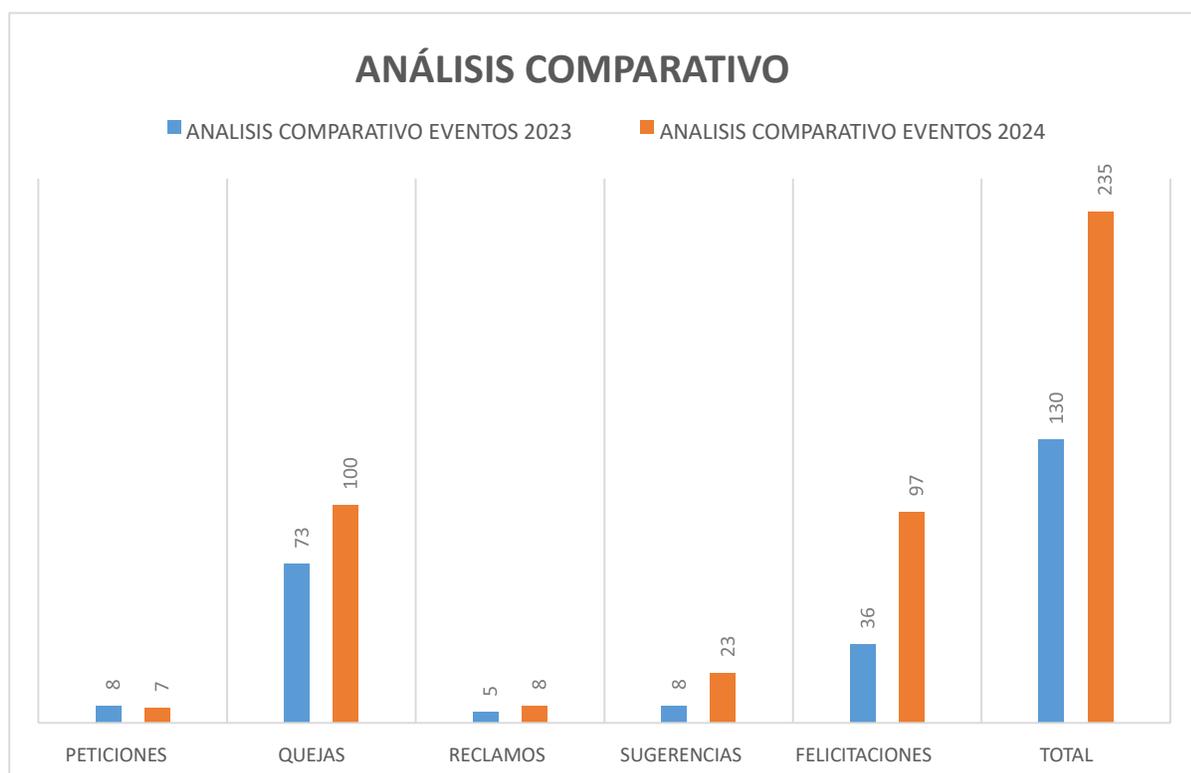
ANÁLISIS GENERAL

Durante el año 2023 se registraron un total de 130 eventos, mientras que en el año 2024 la cifra aumentó a 235, lo que representa un incremento de 105 eventos de PQRSF diligenciados por los

usuarios, equivalentes a un 80%, aumentando una mayor interacción de los usuarios con los canales disponibles de la ESE Hospital Alcides Jiménez para expresar sus opiniones.

El incremento en total de eventos releja una mayor participación ciudadana, destacando así el aumento en las felicitaciones y sugerencias, lo cual, se puede interpretar como un indicador positivo de satisfacción y compromiso por parte de los usuarios, aunque las quejas aumentaron en número, su porcentaje disminuyó ya que se observan otras acciones mayores en cuanto al total de eventos aplicados.

ANÁLISIS GRÁFICO COMPARATIVO POR VIGENCIAS



ANÁLISIS GRÁFICO: Al analizar los resultados arrojados en los dos periodos 2023 y 2024, 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 2024 la cifra fue de 7, “QUEJAS” en el año 2024 hubo un aumento en cuanto al número de quejas diligenciadas de 100 quejas asumiendo así que existió inconformidad en la prestación de los servicio 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 23 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 97.

10.2 CUATRO PRIMERAS CAUSAS GENERADORAS DE PQRSF EN LA E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ DE PUERTO CAICEDO.

Vigencia 2023-2024

ASUNTOS MAS COMUNES DE LAS PQRSF (OPORTUNIDADES DE MEJORA)		ASUNTOS MAS COMUNES DE LAS PQRSF (OPORTUNIDADES DE MEJORA)
No	Vigencia 2023	Vigencia 2024
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 urgencias
3°	Entrega inoportuna de medicamentos	Mala atención en el servicio de asignación de citas
4°	Mala atención en el servicio de urgencia	Entrega inoportuna de medicamentos

Fuente: Informe de PQRSF Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo, 2024.

ANÁLISIS GRAFICO DE LAS CUATRO PRIMERAS CAUSAS DE PQRSF – VIGENCIA 2023-2024

REPRESENTACION PORCENTUAL DE LAS CUATRO PRIMERAS CAUSAS DE PQRSF EN LA ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ AÑO 2023-2024				
Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia	2023		2024	
	N° de PQRS presentada por esta causa	Porcentaje	N° de PQRS presentada por esta causa	Porcentaje
Mala atención por parte del área de urgencias	11	13.75%	12	5%
Mala atención por parte del personal de salud	22	28%	59	25%
Mala atención en el servicio de asignación de citas	8	10%	22	9%
Entrega inoportuna de medicamentos	1	1.25%	15	6%
Falta de oportunidad en asignación de citas	2	3%	30	12%
FELICITACIONES	36	45%	97	41%
total	80	100%	235	100%

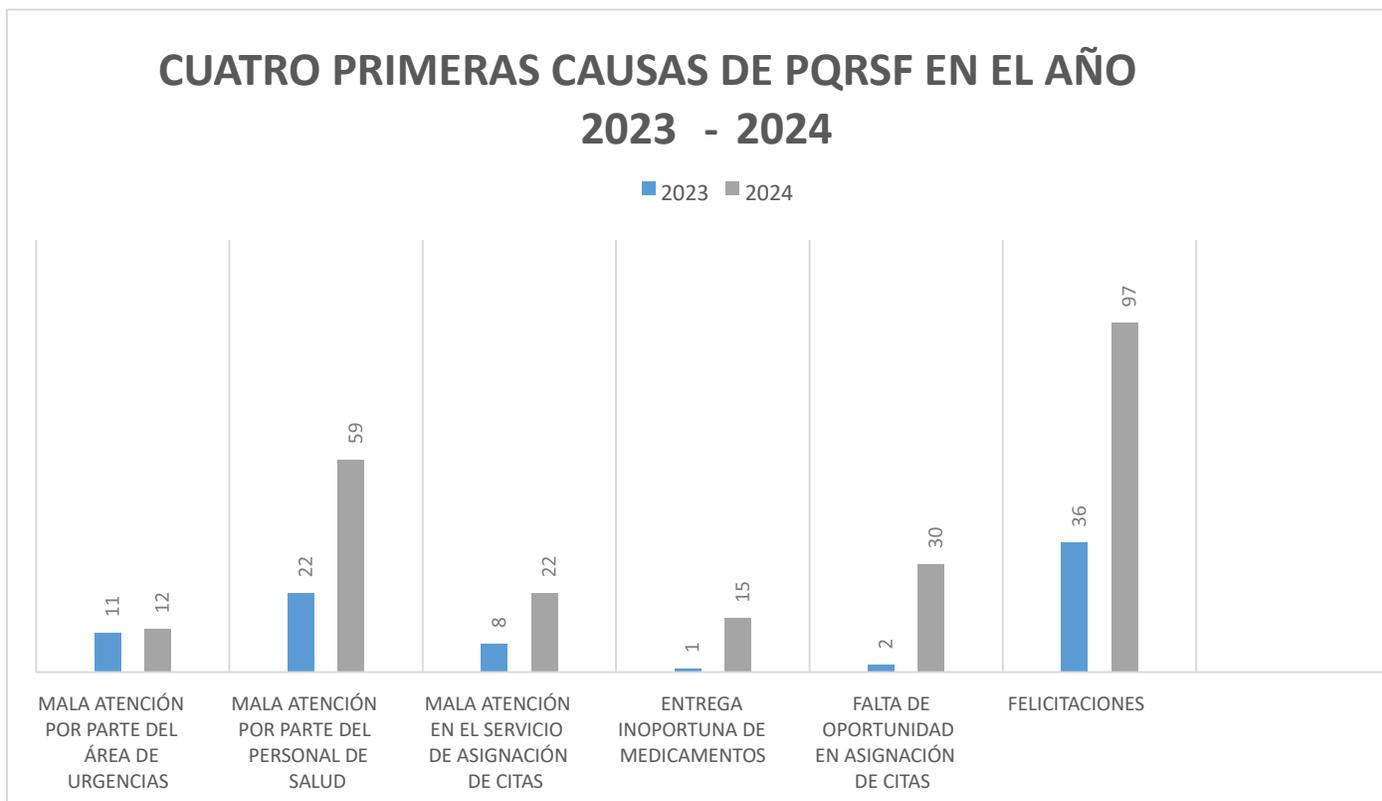
ANÁLISIS: Dentro de la tabla se observan las principales causas presentada en la ESE Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo, de quejas exteriorizadas de forma escrita por la “Mala atención por parte del personal de salud”. Por la cual nuestros usuarios han manifestado inconformidades, teniendo en cuenta las vigencias 2023 fue de un 28% y para el 2024 fue de 25% lo que indica que esta causa representa una menor proporción del año 2024, esto quiere decir que hubo una mejora en la atención relativa del personal de la salud, no obstante, hay un incremento de las quejas.

Seguida por “Mala atención por parte de servicio de urgencias” para el 2024 se representó un aumento de 1 evento en una PQRSF para el servicio de urgencias, aunque el porcentaje para este año disminuyó, hubo un aumento en los eventos registrados, también, quiere decir que ésta no está siendo causal de queja de los usuarios relativamente.

Frente “Mala atención en el servicio de asignación de citas” para el 2023 fue de 10% con 8 eventos, para el 2024 fue de 9% con 22 eventos, estos eventos aumentaron significativamente pero el porcentaje se mantuvo estable.

Continuando con “Entrega inoportuna de medicamentos” para el 2023 fue de 1 PQRSF y para el 2024 se hallaron 15 eventos, aumentando el porcentaje, es una señal clara de que ésta problemática ha empeorado significativamente y es reconocida por los usuarios, lo que nos compete como Hospital trabajar en mejoras continuas para el servicio de Farmacia.

Finalmente, “Falta de oportunidad en asignación de citas” para el 2023 fue de 3% y para el 2024 fue de un 12% aumentó drásticamente, reflejando un deterioro en el servicio de asignación de citas, evidenciando como problema frecuente dentro de las instalaciones del Hospital.



Para el año 2023 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 E.S.E 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.

10.3 NUMERO DE FALLOS DE TUTELA A FAVOR DE LOS USUARIOS EN RELACIÓN CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Se presenta informe de la ESE Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo, basado en la satisfacción y Atención al Usuario, correspondiente a la vigencia 2024 el cual comprende desde el 01 de enero hasta 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 2024, 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.

Asunto: Informe sobre fallos de tutelas en favor de los usuarios en relación con la prestación de servicios de salud durante el año 2024

En cumplimiento de las funciones asignadas y atendiendo la solicitud de reporte sobre las acciones de tutelas con fallo a favor de los usuarios en relación con la prestación del servicio de salud, me permito informar que, luego de revisar el registro de tutelas recibidas y gestionadas durante la vigencia 2024, no se evidencian fallos judiciales en los cuales se haya concedido la solicitud del usuario en favor de la garantía del servicio de salud por parte de la E.S.E.

Lo anterior se justifica en el hecho de que durante el periodo mencionado no se radicaron tutelas que hayan sido resueltas de forma favorable al usuario con órdenes que impliquen la prestación directa de los servicios por parte del Hospital.

10.4 MECANISMO DE ATENCIÓN 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.

10.5 ASOCIACIÓN 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.

10.6 LOGROS OBTENIDOS COMO TRABAJO CONJUNTO ENTRE LA ADMINISTRACIÓN Y LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS:

- Mejora en la comunicación de los usuarios con la E.S.E Hospital Alcides Jiménez.
- Escucha activa de la resolución de problemas y conflictos que se encuentren dentro de la E.S.E.
- Educación y capacitación de los usuarios para entender mejor la comprensión de los servicios de la salud.

10.7 INFORME DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN VIGENCIA 2023 – 2024.

El Proceso de Servicio de Atención al Usuario, implementa desde su enfoque el procedimiento denominado IDENTIFICACIÓN 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					CODIGO:SIAU-M-001-F-001
	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EL OBJETIVO DE LA ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO ES CONOCER LA OPINION 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=MALA 5=MUY MALA 6= NO RESPON			MARQUE CON UNA X LA OPCION QUE MAS			
SERVICIO:	SE ACERQUE A SU RESPUESTA					
FECHA:	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NO RESPON
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 idoneo para el servicio?					
4	¿Considera que la información brindada por el personas hacia usted es?					
5	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	RESPONDE
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los sevcios de salud que ha recibido en la IPS?						
6	SI	PROBABLEMTE SI	DEFINITIVAMENTE SI	POSIBLEMENTE NO	NO RESPONDE	
¿Recomendaría a familiares y amigos esta IPS?						
OBSERVACIONES:						

!!!Gracias por realizar la encuesta de satisfacción del usuario, tu opinión es de gran ayuda para mejorar nuestro servicio!!!

En la siguiente tabla se presenta el consolidado general de encuestas de satisfacción aplicadas durante la vigencia 2024:

Durante la vigencia 2024 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:

PARA EL AÑO 2024:

MES	ENCUESTAS APLICADAS	% SATISFACCIÓN	% INSATISFACCIÓN	NO SABE RESPONDE	NO
Enero	600	92%	7%	0	
Febrero				0	
Marzo				0	
Abril	600	95%	5%	0	
Mayo				0	
Junio				0	
Julio	600	95%	5%	0	
Agosto				0	
Septiembre				0	
Octubre	600	97%	3%	0	
Noviembre				0	
Diciembre				0	
Total Anual	2.400			0	

PLAN DE MEJORAMIENTO:

PROBLEMA A RESOLVER	ACTIVIDAD A REALIZAR	CUANDO		RESPONSABLE	CONQUE SE VERIFICA
		Fecha inc.	Fecha term.		
		E.S.E. HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ NIT. 846.001.669-0			Código: SGC -PG -001-F-002
PLAN DE MEJORAMIENTO PARA EL AÑO 2025					Versión: 02 Página 1 de 1
Servicio De Consulta Externa	Capacitar al personal de salud de esta área para que de manera diligente se atiendan a los usuarios y la atención al mismo sea óptima y humanizada.	ENERO	JUNIO	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	JUNIO	Coordinadora de SIAU	Actas de socialización
Facturación	Capacitar al personal del área correspondiente para mejorar atención al usuario desde el programa de humanización	ENERO	JUNIO	Coordinadora de SIAU	Actas de socialización
Servicio Farmacéutico	Socializar al personal la importancia de la puntualidad de entregar los insumos a pacientes y ejecutar la calidad del servicio.	ENERO	JUNIO	Coordinadora de SIAU	Actas de socialización
Línea Telefónica	Realizar gestión pertinente para el funcionamiento de la línea telefónica	ENERO	JUNIO	Coordinadora de SIAU	Asignación citas telefónicas.