

INFORME DE RENDICION DE CUENTAS VIGENCIA 2025

GERENTE

ESTEBAN LOPEZ BURBANO

ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ

PUERTO CAICEDO-PUTUMAYO

PRESENTACION

Dando cumplimiento al artículo 48 de la ley 1757 de 2015 y la circular N°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 2025

GESTION INSTITUCIONAL DE LA E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ EN LA VIGENCIA 2025

I. INFORME MISIONAL

1. INFORME DE INDICADORES DE CALIDAD VIGENCIA 2025

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 la vigencia 2025. 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 valor. Se hace un análisis y priorización de acciones de mejora. Los resultados muestran un comportamiento favorable en la mayoría de los indicadores evaluados, ubicándose dentro de los rangos de cumplimiento establecidos por la normativa. Este desempeño refleja el compromiso institucional con la mejora continua de la calidad en la atención prestada a la comunidad.

Sin embargo, se identificó como principal oportunidad de mejora la baja captación de gestantes antes de la semana 12 de gestación, lo que limita la implementación temprana de acciones de control prenatal y prevención de riesgos materno-perinatales.

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 2025	II TRIMESTRE 2025	III TRIMESTRE 2025	IV TRIMESTRE 2025	DISTANCIA DE LA META	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (1,2,3Y4)	GRAVEDAD DEL EFECTO	GRADO DE SEVERIDAD
EFFECTIVIDAD	P.1.1	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	60%	61%	63%	72%	-26.8%	2	4	8
	P.1.2	Proporción de gestantes con valoración por odontología	63%	75%	77.5%	79.3%	-16.7%	2	2	4
	P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	0%	0%	0%	0%	0	1	4	4
	P.1.5	Relación morbilidad materna extrema/muerte materna temprana (MME/MM)	0%	0%	0%	0%	0	1	4	4
	P.1.6	Proporción de recién nacidos con	100%	100%	0%	0%	0	4	4	16

		tamizaje para hipotiroidismo								
	P.2.4	Proporción de endometritis posparto vaginal	0%	0%	100%	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 relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	0%	0%	0%	0%	0	4	3	12
P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	0%	0%	0%	0%	0	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%	0.38%	-66	3	3	9
P.2.14	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	0%	0%	0%	0%	-100	3	2	6

EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN	P.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina genera	0.05	0.01	0.011 %	0.016 %	-1.98	3	2	6
	P.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	0.01	0.01	0.01	0.021	- 1.98	3	2	6
	P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II	8.2	3.31	7 min	5 min	-24.5	2	3	6
	P.3.14	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	95%	91%	95%	96.8%	4,6666667	2	3	6
	P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría a su IPS a un familiar o amigo	96%	91%	98%	99%	7,1666666	2	3	6



2. Mapa de Color:

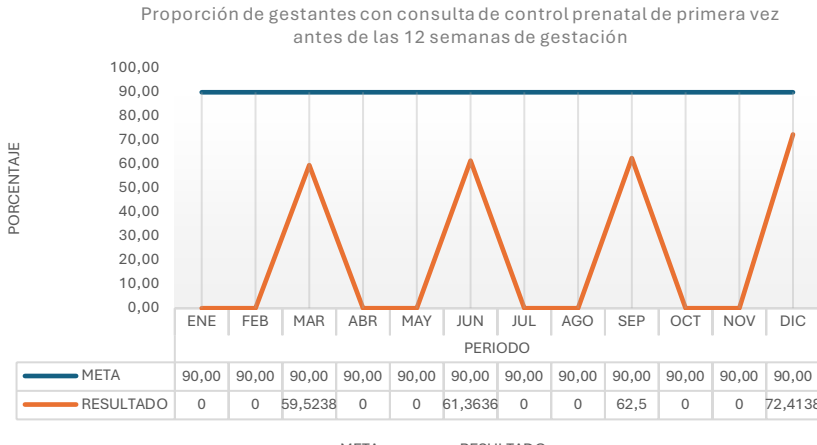

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	ALTO	4	P.12	P.2.8 P.2.9	P.2.7 P.2.10 P.2.11	P.1.6	4	ALTO
		3		P.2.14 P.3.1 P.3.2	p.2.4 p.2.6 p.2.13		3	
	BAJO	2		P.1.2	P.3.10 P.3.14 P.3.15	P.1.1	2	BAJO
		1				P.1.4 P.1.5	1	
			1		2	3	4	
			BAJO		ALTO			
			GRAVEDAD DEL EFECTO					
			BAJO	MODERADO	ALTO	EXTREMO		

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

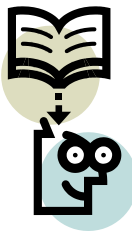
Código: P.1.1



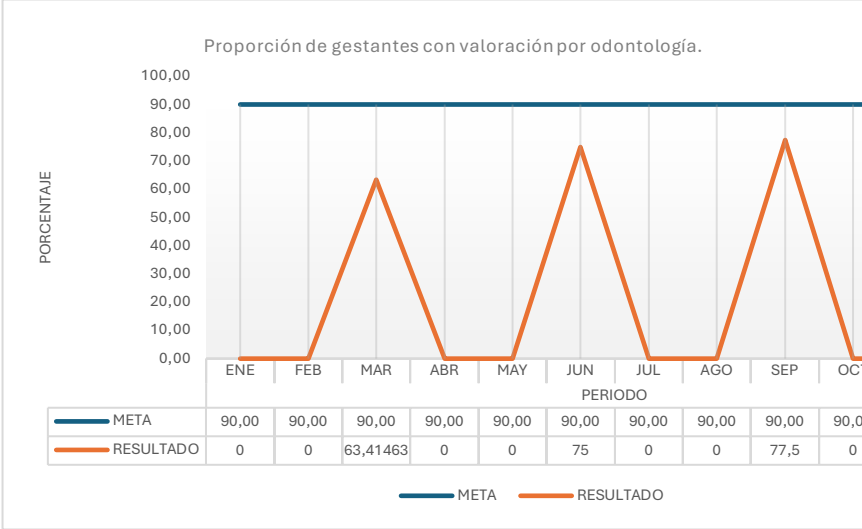
<p>Definición:</p>	<p>Expresa la proporción de gestantes atendidas por primera vez antes de la semana 12.</p>									
<p>Análisis del resultado del indicador- brecha</p> 	<p>Análisis:</p> <p>Para la vigencia del III trimestre 2025, la proporción de gestantes con consulta de control prenatal antes de las 12 semanas fue del (62.5 %), los resultados obtenidos se encuentran debajo del valor de referencia (100%) con una distancia a la meta de -27.5%.</p> <p>Para el IV trimestre 2025 se observó que el valor obtenido es de (72.4%) sigue estando por debajo del valor de referencia por lo cual se hace necesario realizar estrategias de mejoramiento para la captación de gestantes.</p>	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025: 62.5% IV Trimestre 2025: 72.4%</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 90%</p> <p>DISTANCIA A LA META: II Trimestre 2025: - 27.5% III Trimestre 2025: - 17.6%</p> <p>PRIORIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1114 869 1451 1010"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td></td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO	X	MEDIO		BAJO	
EXTREMO										
ALTO	X									
MEDIO										
BAJO										
<p>Acciones de causas</p> 	<p>Se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se debe reforzar todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 100%.</p>	<p>MÉTODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: Se requiere acciones de mejoramiento.</p>								
<p>Tendencia del indicador</p> 										


	<p>Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>PERIODO</th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>59,5238</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>61,3636</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>62,5</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>72,4138</td> </tr> </tbody> </table>	PERIODO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	META	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	RESULTADO	0	0	59,5238	0	0	61,3636	0	0	62,5	0	0	72,4138
PERIODO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																												
META	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00																												
RESULTADO	0	0	59,5238	0	0	61,3636	0	0	62,5	0	0	72,4138																												
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describe las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>Talento humano Enfermero/a y auxiliares.</td> <td>Permanente</td> <td>Permanente</td> </tr> <tr> <td>Realizar en brigadas pruebas de embarazo.</td> <td>Permanente</td> <td>Permanente</td> </tr> <tr> <td>Ordenar pruebas de embarazo que posea sintomatología.</td> <td>Permanente</td> <td>Permanente</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Planeación y estrategia</td> <td>Búsquedas activas comunitarias.</td> <td>Permanente</td> <td>Permanente</td> </tr> <tr> <td>Articulación con entidades de bienestar.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contratación de auxiliares para seguimiento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Realización de IEC (infografías, cuñas, perifoneo), importancia</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	Liderazgo y trabajo en equipo	Talento humano Enfermero/a y auxiliares.	Permanente	Permanente	Realizar en brigadas pruebas de embarazo.	Permanente	Permanente	Ordenar pruebas de embarazo que posea sintomatología.	Permanente	Permanente	Planeación y estrategia	Búsquedas activas comunitarias.	Permanente	Permanente	Articulación con entidades de bienestar.			Contratación de auxiliares para seguimiento				Realización de IEC (infografías, cuñas, perifoneo), importancia													
ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN																																					
Liderazgo y trabajo en equipo	Talento humano Enfermero/a y auxiliares.	Permanente	Permanente																																					
	Realizar en brigadas pruebas de embarazo.	Permanente	Permanente																																					
	Ordenar pruebas de embarazo que posea sintomatología.	Permanente	Permanente																																					
Planeación y estrategia	Búsquedas activas comunitarias.	Permanente	Permanente																																					
	Articulación con entidades de bienestar.																																							
	Contratación de auxiliares para seguimiento																																							
	Realización de IEC (infografías, cuñas, perifoneo), importancia																																							

	de asistir antes de la semana 10.	Mensualmente	Mensualmente
	Promocionar Preconcepcional		
Aprendizaje para la innovación	NA		
Articulación	ICBF Familias en acción	Permanente	Permanente
Gestión por procesos-cadena valor	NA		
Gestión de recursos y alianzas	NA		
Gestión de talento humano	Personal 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	<p>Análisis:</p> <p>En comparación al IV trimestre 2025 se presentó disminución del valor (79.3%) estando por debajo del valor de referencia, se hace necesario realizar estrategias que permitan continuar con la adecuada valoración por odontología de las gestantes.</p> <p>Para la vigencia del III trimestre 2025, la proporción de gestantes con valoración por odontología fue del 77.5%, los resultados obtenidos se encuentran por debajo del valor de</p>
	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 - IV 2025</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025: 77.5% IV Trimestre 2025: 79.3%</p>
	<p>VALOR DE REFERENCIA: 90%</p>
	<p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025: -12.5% IV Trimestre 2025: -10.7%</p>


	referencia con una distancia a la meta de 16.7 %.	<p>PRIORIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="998 493 1334 636"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td>x</td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td></td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO	x	MEDIO		BAJO																										
EXTREMO																																			
ALTO	x																																		
MEDIO																																			
BAJO																																			
<p>Acciones de causas</p> 	<p>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%.</p>	<p>MÉTODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: Se requiere acciones de mejoramiento.</p>																																	
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>Proporción de gestantes con valoración por odontología.</p>  <table border="1" data-bbox="568 1428 1385 1491"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>63,41463</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>75</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>77,5</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	META	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	RESULTADO	0	0	63,41463	0	0	75	0	0	77,5	0
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT																									
META	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00																									
RESULTADO	0	0	63,41463	0	0	75	0	0	77,5	0																									
<p>Acciones de mejora</p>	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1" data-bbox="527 1690 1385 1791"> <thead> <tr> <th>ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN																													
ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN																																

	Liderazgo y trabajo en equipo	Talento humano Enfermero/a y auxiliares	Permanente	Permanente
	Planeación y estrategia	Búsquedas activas comunitarias. Articulación con entidades de bienestar. Contratación de auxiliares para seguimiento Jornadas de salud extramurales Estrategia IEC importancia de odontología en controles de embarazo.	Permanente	Permanente
	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

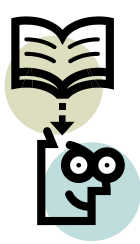
Nombre del indicador: Tasa de mortalidad Perinatal	Código: P.1.4
Definición:	Expresa la proporción de la tasa de mortalidad perinatal.
Análisis del resultado del indicador- brecha	Análisis: TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 - IV-2025



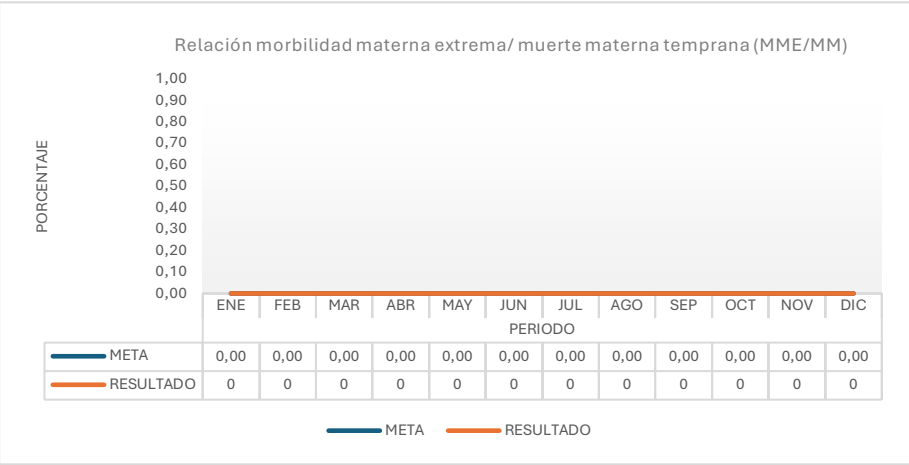

	<p>Para la vigencia del IV trimestre 2025, la tasa de mortalidad perinatal fue del 0%, los resultados obtenidos NO se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de + 0%.</p> <p>Para la vigencia del III trimestre 2025, la tasa de mortalidad perinatal fue del 0%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%.</p> <p>Por lo que se hace necesario realizar acciones de mejora.</p>	<p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 0% IV Trimestre 2025 0%</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 0%</p> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025: 0 IV Trimestre 2025: 0</p> <p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1110 867 1446 1010"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td>X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
EXTREMO										
ALTO										
MEDIO										
BAJO	X									
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>								
<p>Tendencia del indicador</p> 										

	<p style="text-align: center;">Tasa de mortalidad Perinatal</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	META	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																												
META	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																												
RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																												
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>Talento humano Enfermero/a y auxiliares</td> <td>Permanente</td> <td>Permanente</td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td>Búsquedas activas comunitarias. Articulación con entidades de bienestar. Contratación de auxiliares para seguimiento Jornadas de salud extramurales Estrategia IEC importancia de odontología en controles de embarazo.</td> <td>Permanente</td> <td>Permanente</td> </tr> </tbody> </table>	ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	Liderazgo y trabajo en equipo	Talento humano Enfermero/a y auxiliares	Permanente	Permanente	Planeación y estrategia	Búsquedas activas comunitarias. Articulación con entidades de bienestar. Contratación de auxiliares para seguimiento Jornadas de salud extramurales Estrategia IEC importancia de odontología en controles de embarazo.	Permanente	Permanente																											
ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN																																					
Liderazgo y trabajo en equipo	Talento humano Enfermero/a y auxiliares	Permanente	Permanente																																					
Planeación y estrategia	Búsquedas activas comunitarias. Articulación con entidades de bienestar. Contratación de auxiliares para seguimiento Jornadas de salud extramurales Estrategia IEC importancia de odontología en controles de embarazo.	Permanente	Permanente																																					

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

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


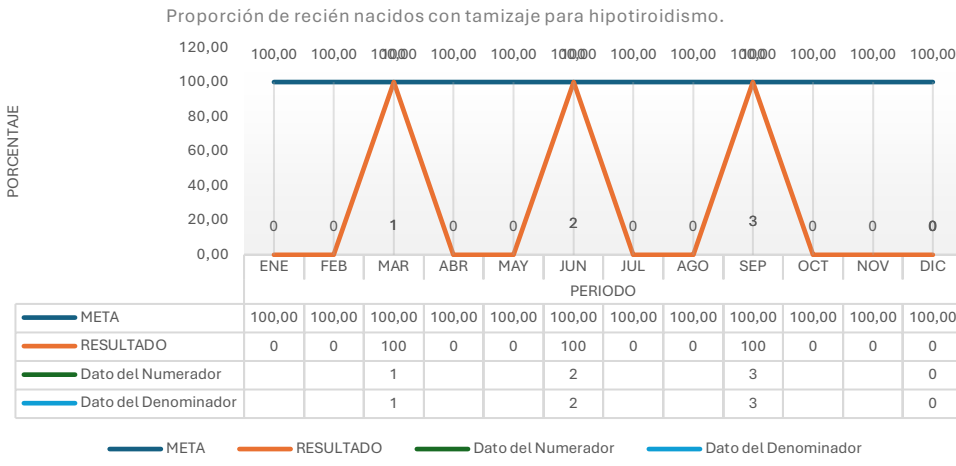

Nombre del indicador: Relación morbilidad materna extrema/ muerte materna temprana (MME/MM)		Código: P.1.5								
Definición:	Expresa la proporción de la morbilidad materna extrema/muerte materna temprana.									
Análisis del resultado del indicador- brecha 	Análisis: Para la vigencia del IV trimestre 2025 , la relación morbilidad materna extrema/muerte materna temprana (MME/MM) fue del 0.0% , los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%. Para la vigencia del III trimestre 2025 , la relación morbilidad materna extrema/muerte materna temprana (MME/MM) fue del 0.0% , los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%. Se puede observar que para las dos vigencias se encuentra dentro del valor de referencia se realiza estrategias poder mantener este indicador estable.	TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 - IV 2025 VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 0.0% IV Trimestre 2025 0.0% VALOR DE REFERENCIA: 0% DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025 -0. IV Trimestre 2025: -0								
	PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR: <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: lightgreen; text-align: center;">X</td> </tr> </table>		EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
	EXTREMO									
	ALTO									
MEDIO										
BAJO	X									

<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																						
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>Relación morbilidad materna extrema/ muerte materna temprana (MME/MM)</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	META	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																												
META	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																												
RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																												
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describe las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Planeación y estrategia</td> <td>Capacitación de atención a embarazadas.</td> <td>Constante</td> <td>Constante</td> </tr> <tr> <td>Seguimiento a gestantes quien presento morbilidades asociadas a embarazo.</td> <td>Constante</td> <td>Constante</td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	AREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	Liderazgo y trabajo en equipo	NA			Planeación y estrategia	Capacitación de atención a embarazadas.	Constante	Constante	Seguimiento a gestantes quien presento morbilidades asociadas a embarazo.	Constante	Constante	Aprendizaje para la innovación	NA																						
AREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN																																					
Liderazgo y trabajo en equipo	NA																																							
Planeación y estrategia	Capacitación de atención a embarazadas.	Constante	Constante																																					
	Seguimiento a gestantes quien presento morbilidades asociadas a embarazo.	Constante	Constante																																					
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 del resultado del indicador- brecha	Análisis: Para la vigencia del IV trimestre 2025 la proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo fue del 0% , puesto que no se presentaron nacidos en la E.S.E Hospital Alcides Jiménez.	TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 - IV 2025 VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 100% IV Trimestre 2025 0% VALOR DE REFERENCIA: 100% DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025 100% IV Trimestre 2025 0% PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR: <table border="1" data-bbox="1177 1386 1510 1528"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: blue; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
EXTREMO										
ALTO										
MEDIO										
BAJO	X									
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.								

<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo.</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>PERIODO</th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>100,00</td> <td>100,00</td> <td>100,00</td> <td>100,00</td> <td>100,00</td> <td>100,00</td> <td>100,00</td> <td>100,00</td> <td>100,00</td> <td>100,00</td> <td>100,00</td> <td>100,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>100</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>100</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>100</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Dato del Numerador</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Dato del Denominador</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	PERIODO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	META	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	RESULTADO	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	0	Dato del Numerador			1			2			3			0	Dato del Denominador			1			2			3			0
PERIODO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																																																						
META	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00																																																						
RESULTADO	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	0																																																						
Dato del Numerador			1			2			3			0																																																						
Dato del Denominador			1			2			3			0																																																						
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Articulación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión por procesos-cadena valor</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de recursos y alianzas</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de talento humano</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfoque de resultados al bien común</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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																											
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																																																																	


8. Proporción de endometritis posparto vaginal



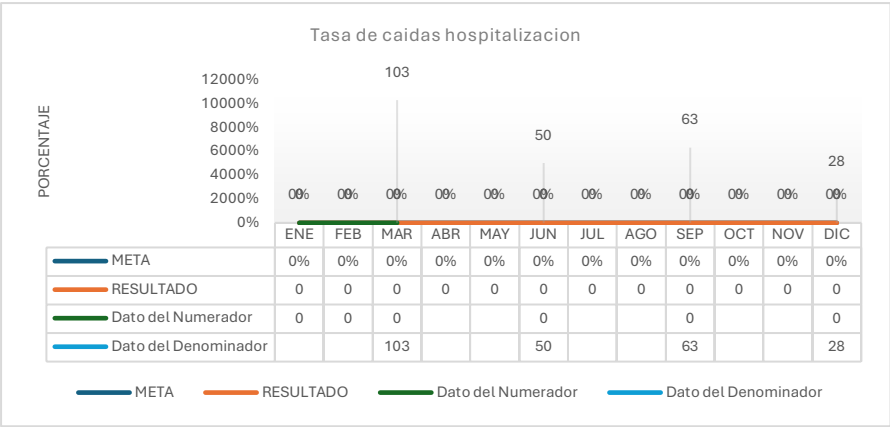

Nombre del indicador: Proporción de endometritis posparto vaginal		Código: P.2.4
Definición:	Expresa la proporción de endometritis posparto.	
Análisis del resultado del indicador- brecha	Análisis:	TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025
	Para la vigencia del IV trimestre 2025 , la proporción de endometritis posparto vaginal	VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 100%

	<p>fue del 0%, puesto que no se presentaron nacidos en la E.S.E Hospital Alcides Jiménez.</p>	<p>IV Trimestre 2025 0%</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 0%</p> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025 100% IV Trimestre 2025 0%</p> <p>PRIORIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1112 661 1453 808"> <tr><td>EXTREMO</td><td>■</td></tr> <tr><td>ALTO</td><td>■</td></tr> <tr><td>MEDIO</td><td>■</td></tr> <tr><td>BAJO</td><td>X ■</td></tr> </table>	EXTREMO	■	ALTO	■	MEDIO	■	BAJO	X ■																																																									
EXTREMO	■																																																																		
ALTO	■																																																																		
MEDIO	■																																																																		
BAJO	X ■																																																																		
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p>	<p>MÉTODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																																																	
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>Proporción de endometritis posparto vaginal</p>  <table border="1" data-bbox="641 1333 1421 1459"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>100</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>100</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>100</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Dato del Numerador</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Dato del Denominador</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	META	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	RESULTADO	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	0	Dato del Numerador			1			2			3			0	Dato del Denominador			1			2			3			0
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																																																							
META	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00																																																							
RESULTADO	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	0																																																							
Dato del Numerador			1			2			3			0																																																							
Dato del Denominador			1			2			3			0																																																							
<p>Acciones de mejora</p>	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1" data-bbox="568 1648 1477 1816"> <thead> <tr> <th>ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	Liderazgo y trabajo en equipo	NA																																																											
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		




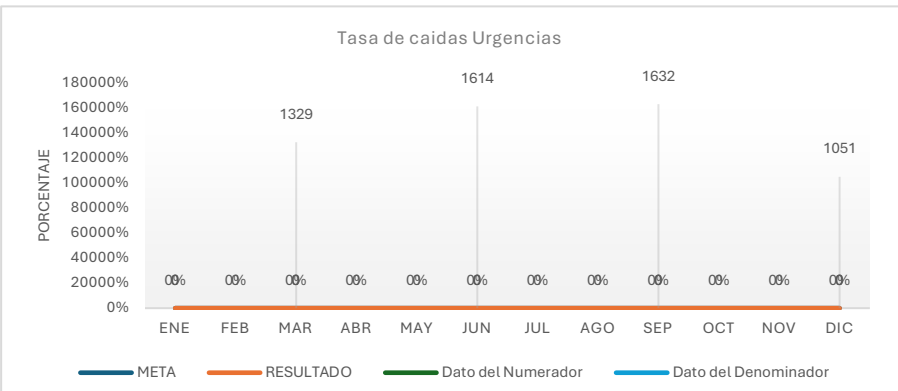
9. Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización


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: Para la vigencia del IV trimestre 2025 , 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%.	TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025							
		VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 0% IV Trimestre 2025 0%							
		VALOR DE REFERENCIA: 0%							
		DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025 0% IV Trimestre 2025 0%							
		PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR: <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: lightgreen; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO
EXTREMO									
ALTO									
MEDIO									
BAJO	X								

<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p>																																																																	
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>Tasa de caídas hospitalización</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Dato del Numerador</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Dato del Denominador</td> <td></td> <td></td> <td>103</td> <td></td> <td></td> <td>50</td> <td></td> <td></td> <td>63</td> <td></td> <td></td> <td>28</td> </tr> </tbody> </table>		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	META	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Dato del Numerador	0	0	0			0			0			0	Dato del Denominador			103			50			63			28	<p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																																																							
META	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%																																																							
RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																							
Dato del Numerador	0	0	0			0			0			0																																																							
Dato del Denominador			103			50			63			28																																																							
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describe las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Articulación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión por procesos-cadena valor</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de recursos y alianzas</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de talento humano</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfoque de resultados al bien común</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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																												
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.

<p>Análisis del resultado del indicador- brecha</p> 	<p>Análisis: Para la vigencia del IV trimestre 2025, la tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias fue del 0%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%.</p> <p>Si se compara el III trimestre 2025 y IV trimestre de 2025, se puede evidenciar que durante los dos trimestres el valor obtenido se mantiene dentro del valor de referencia.</p>	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 0% IV Trimestre 2025 0%</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 0%</p> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025 0% IV Trimestre 2025 0%</p> <p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1112 934 1448 1075"> <tr><td>EXTREMO</td><td></td></tr> <tr><td>ALTO</td><td></td></tr> <tr><td>MEDIO</td><td></td></tr> <tr><td>BAJO</td><td>X</td></tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
EXTREMO										
ALTO										
MEDIO										
BAJO	X									
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>								
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>Tasa de caídas Urgencias</p> 									

<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e6e6fa;"> <th style="width: 25%;">ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th style="width: 25%;">ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th style="width: 25%;">FECHA DE INICIO</th> <th style="width: 25%;">FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Articulación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión por procesos-cadena valor</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de recursos y alianzas</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de talento humano</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfoque de resultados al bien común</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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		
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																																								


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



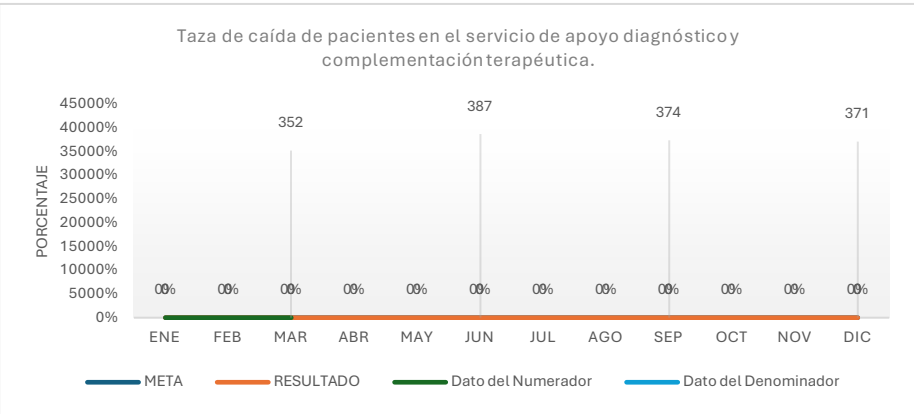

Nombre del indicador: tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa.	Código: P.2.8
Definición:	Expresa la proporción de tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa.
<p>Análisis del resultado del indicador- brecha</p> 	<p>Análisis: Para la vigencia del IV trimestre 2025, la tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa fue del 0%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%.</p> <p>Para el III trimestre 2025 y IV trimestre 2025 se evidencia que el valor obtenido fue 0% por lo que se mantiene dentro del factor de referencia. Por lo que se puede deducir que se está prestando una atención a los pacientes con condiciones seguras dentro de la institución.</p>
	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 0%. IV Trimestre 2025 0%.</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 0%</p> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025 0%. IV Trimestre 2025</p>

		<p>0%.</p> <p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td>X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X																																																									
EXTREMO																																																																			
ALTO																																																																			
MEDIO																																																																			
BAJO	X																																																																		
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																																																	
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>Taza de caída de pacientes en el servicio de consulta externa.</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Dato del Numerador</td> <td>0</td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dato del Denominador</td> <td></td> <td></td> <td>2278</td> <td></td> <td></td> <td>2312</td> <td></td> <td></td> <td>2102</td> <td></td> <td></td> <td>2084</td> </tr> </tbody> </table>			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	META	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Dato del Numerador	0		0			0			0		0		Dato del Denominador			2278			2312			2102			2084
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																																																							
META	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%																																																							
RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																																																							
Dato del Numerador	0		0			0			0		0																																																								
Dato del Denominador			2278			2312			2102			2084																																																							
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Articulación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión por procesos-cadena valor</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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																																											
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																																																																		

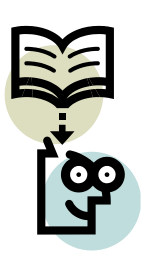

	Gestión de recursos y alianzas	NA		
	Gestión de talento humano	NA		
	Enfoque de resultados al bien común	NA		
	Otras	NA		


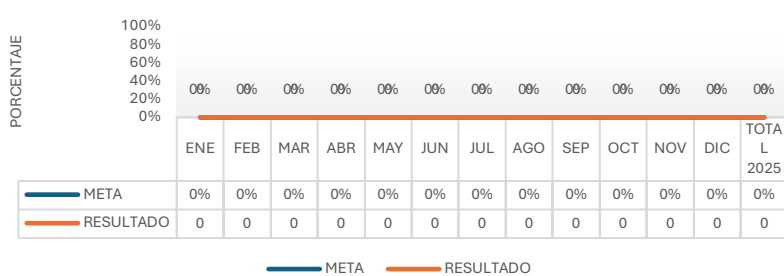

12. Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

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 2025 , 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%. Para el III trimestre 2025 Y IV trimestre 2025 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.	TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025 VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 0% IV Trimestre 2025 0% VALOR DE REFERENCIA: 0% DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025 0% IV Trimestre 2025 0%								
	PRIORIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR: <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: lightgreen; text-align: center;">X</td> </tr> </table>		EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
	EXTREMO									
	ALTO									
MEDIO										
BAJO	X									
Acciones de causas	No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos,									
		MÉTODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto								

	<p>infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p>	<p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																								
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>Taza de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.</p> 																																									
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1" data-bbox="570 1020 1479 1598"> <thead> <tr> <th>ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Articulación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión por procesos-cadena valor</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de recursos y alianzas</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de talento humano</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfoque de resultados al bien común</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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		
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																																									

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 2025 , 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 2025 Y IV trimestre 2025 nos damos cuenta que se mantiene el indicador sobre el valor de referencia.	TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025								
		VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 0% IV Trimestre 2025 0%								
		VALOR DE REFERENCIA: 0%								
		DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025 0% IV Trimestre 2025 0%								
		PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR: <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: green; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
EXTREMO										
ALTO										
MEDIO										
BAJO	X									
Acciones de causas 	No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.	METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto								
		PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.								
Tendencia del indicador										

	<p style="text-align: center;">PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN HOSPITALIZACIÓN</p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> <th>TOTAL 2025</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL 2025	META	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL 2025																														
META	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%																														
RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																														
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e6e6fa;"> <th>ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Liderazgo y trabajo en equipo</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Planeación y estrategia</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Aprendizaje para la innovación</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Articulación</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gestión por procesos-cadena valor</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gestión de recursos y alianzas</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gestión de talento humano</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Enfoque de resultados al bien común</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otras</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	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				
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																																										


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

<p>Nombre del indicador: Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de Urgencias.</p>	<p>Código: P.2.11</p>	
<p>Definición:</p>	<p>Expresa la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización.</p>	
<p>Análisis del resultado del indicador- brecha</p>	<p>Análisis: Para la vigencia del IV trimestre 2025, la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias fue del 0%, los resultados obtenidos</p>	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025 VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 0% IV Trimestre 2025</p>

	<p>se encuentran dentro del valor de referencia (0%) con una distancia a la meta de 0%.</p> <p>Comparados el III trimestre 2025 Y IV trimestre 2025 nos damos cuenta que se mantiene el indicador sobre el valor de referencia.</p>	<p>0%</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 0%</p> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025 0% IV Trimestre 2025 0%</p> <p>PRIORIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1117 663 1451 806"> <tr><td>EXTREMO</td><td>Red</td></tr> <tr><td>ALTO</td><td>Verde oscuro</td></tr> <tr><td>MEDIO</td><td>Amarillo</td></tr> <tr><td>BAJO</td><td>Verde claro X</td></tr> </table>	EXTREMO	Red	ALTO	Verde oscuro	MEDIO	Amarillo	BAJO	Verde claro X
EXTREMO	Red									
ALTO	Verde oscuro									
MEDIO	Amarillo									
BAJO	Verde claro X									
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>								
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN URGENCIAS</p> 									
<p>Acciones de mejora</p>	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1" data-bbox="570 1633 1476 1797"> <thead> <tr> <th>ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	Liderazgo y trabajo en equipo	NA			
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		



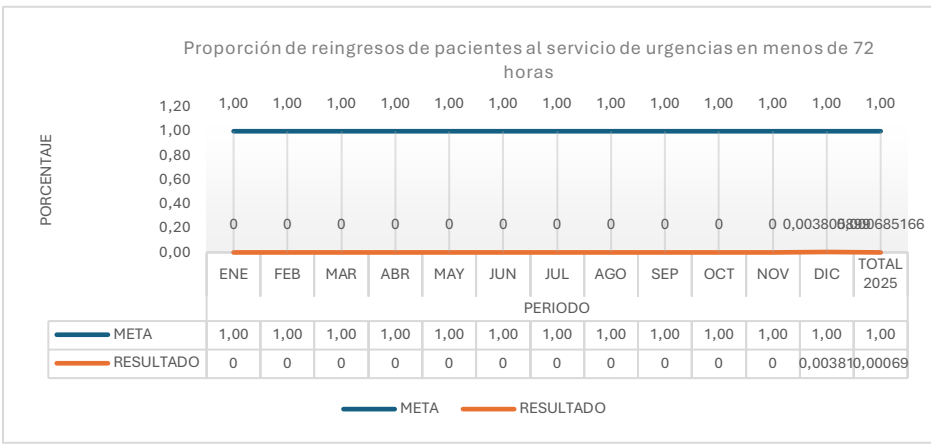
15. Tasa de úlceras por presión.


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 2025 , 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%. Se compara el III trimestre 2025 Y IV trimestre 2025 donde se evidencia que se mantiene estable la tasa de proporción dentro del valor de referencia (0).	TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025								
		VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 0% IV Trimestre 2025 0%								
		VALOR DE REFERENCIA: 0%								
		DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025 0% IV Trimestre 2025 0%								
Acciones de causas	No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos,	PRIORIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR: <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: green; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
		EXTREMO								
ALTO										
MEDIO										
BAJO	X									
		MÉTODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto								

	<p>infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 0%.</p>	<p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																										
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>Tasa de Ulceras por Presion</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> <th>TOTAL 2025</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL 2025	META	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL 2025																															
META	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%																															
RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																															
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Articulación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión por procesos-cadena valor</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de recursos y alianzas</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión de talento humano</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfoque de resultados al bien común</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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				
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.

<p>Nombre del indicador: Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas</p>	<p>Código: P.2.13</p>
<p>Definición:</p>	<p>Expresa la proporción de reingresos al servicio de urgencias en menos de 72 horas.</p>

<p>Análisis del resultado del indicador- brecha</p> 	<p>Análisis: Para la vigencia del III Trimestre 2025, 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 + 1%.</p> <p>Comparando el III trimestre 2025 con el IV trimestre 2025 se evidencia que hay un aumento en la cantidad de reingresos. Aunque el resultado se encuentra dentro del valor de referencia, se hace necesario reforzar la atención e integridad de los pacientes.</p>	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 0. % IV Trimestre 2025 0.38%</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 1%</p> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025 + 1 % IV Trimestre 2025 + 0.62 %</p> <p>PRIORIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1096 903 1429 1039"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td></td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO	X	MEDIO		BAJO																																			
EXTREMO																																												
ALTO	X																																											
MEDIO																																												
BAJO																																												
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 1%.</p>	<p>MÉTODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																										
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>Proporción de reingresos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas</p>  <table border="1" data-bbox="584 1606 1453 1732"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> <th>TOTAL 2025</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,003810</td> <td>0,000685166</td> </tr> </tbody> </table>			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL 2025	META	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,003810	0,000685166
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL 2025																															
META	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00																															
RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,003810	0,000685166																															

<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p>			
	ÁREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
	Liderazgo y trabajo en equipo	Capacitaciones coordinador médico con médicos generales	26/01/2026	31/01/2026
	Planeación y estrategia	Aplicación de GPC	Permanente	Permanente
	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



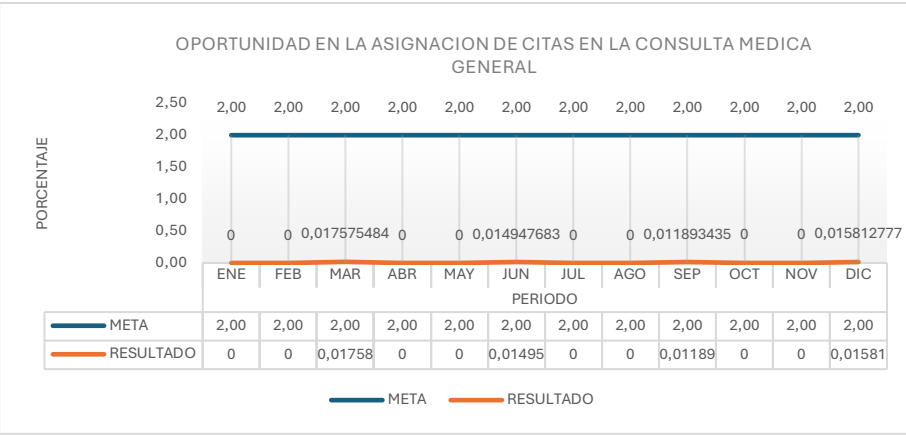

<p>Nombre del indicador: Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días.</p>		<p>Código: P.2.14</p>
<p>Definición:</p>	<p>Expresa la tasa de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días.</p>	
<p>Análisis del resultado del indicador- brecha</p> 	<p>Análisis: Para la vigencia del IV trimestre 2025, la tasa de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días fue del 0%, los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (1%) con una distancia a la meta de +1%.</p>	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025</p>
	<p>Se aprecia que para que para la vigencia del III trimestre 2025 Y IV trimestre 2025 no se presentaron reingresos por lo que se puede deducir que durante los dos trimestres se ha brindado una buena atención a los usuarios de la IPS.</p>	<p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 0% IV Trimestre 2025 0%</p>
		<p>VALOR DE REFERENCIA: 1%</p>
		<p>DISTANCIA A LA META: II Trimestre 2025 +1% III Trimestre 2025 +1%</p>

		<p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: green; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X																															
EXTREMO																																									
ALTO																																									
MEDIO																																									
BAJO	X																																								
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 1%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																							
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>Tasa de reingresos de pacientes hospitalizados en menos de 15 días.</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>PERIODO</th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		PERIODO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	META	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PERIODO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																													
META	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00																													
RESULTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																													
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describe las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Articulación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión por procesos-cadena valor</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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																	
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.


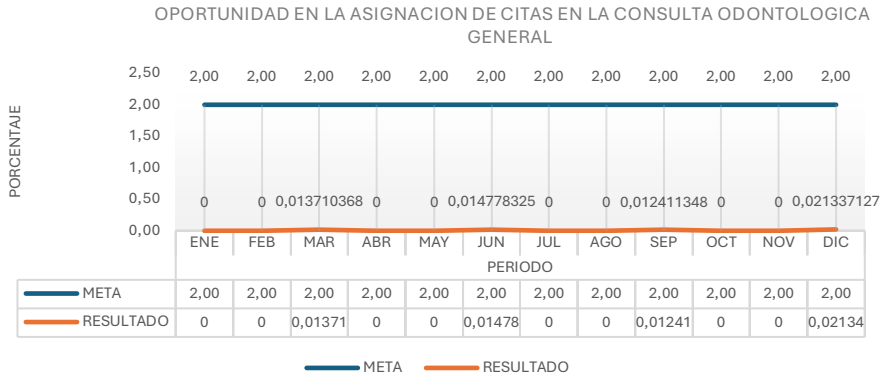

Nombre del indicador: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.		Código: P.3.1							
Definición:	Expresa la proporción de tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general.								
Análisis del resultado del indicador- brecha 	Análisis: Para la vigencia del IV trimestre 2025 , el tiempo promedio de espera para la asignación de cita con medicina general fue del 0.016 (días), el resultado obtenido se encuentra dentro del valor de referencia (2%) con una distancia a la meta de 1.99. Para el III trimestre 2025 el resultado del tiempo promedio de la asignación de cita fue del 0,011 (días), aunque se mantiene en el valor de referencia se puede observar que la distancia a la meta es más 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 2025 – IV 2025 VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 0.01 Día IV Trimestre 2025 0.01Día							
	VALOR DE REFERENCIA: 2								
	DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025 +1.99 IV Trimestre 2025 +1.99								
	PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR: <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: lightgreen; text-align: center;">X</td> </tr> </table>		EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO
EXTREMO									
ALTO									
MEDIO									
BAJO	X								
Acciones de causas	No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos,								
		METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto							

	<p>infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 2 DIAS. Aunque se puede ir analizando posibles estrategias para mejoramiento del servicio.</p>	<p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																								
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p style="text-align: center;">OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS EN LA CONSULTA MEDICA GENERAL</p>  <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,01758</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,01495</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,01189</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,01581</td> </tr> </tbody> </table>			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	META	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	RESULTADO	0	0	0,01758	0	0	0,01495	0	0	0,01189	0	0	0,01581	
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																														
META	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00																														
RESULTADO	0	0	0,01758	0	0	0,01495	0	0	0,01189	0	0	0,01581																														
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #e6e6fa;">ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th style="background-color: #e6e6fa;">ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th style="background-color: #e6e6fa;">FECHA DE INICIO</th> <th style="background-color: #e6e6fa;">FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Liderazgo y trabajo en equipo</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Planeación y estrategia</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Aprendizaje para la innovación</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Articulación</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gestión por procesos-cadena valor</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gestión de recursos y alianzas</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gestión de talento humano</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Enfoque de resultados al bien común</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otras</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		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		
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																																									

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

<p>Nombre del indicador: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general.</p>	<p>Código: P.3.2</p>
--	----------------------


Definición:	Expresa la proporción de tiempo promedio de espera para la asignación de citas de odontología general.									
<p>Análisis del resultado del indicador- brecha</p> 	<p>Análisis: Para la vigencia del IV trimestre 2025, el tiempo promedio de espera para la asignación de citas odontológicas fue del 0,02 el resultado obtenido se encuentran dentro del valor de referencia (2) con una distancia a la meta de +1.9</p> <p>Durante el III trimestre 2025 se evidencia que los valores obtenidos fueron de 0.012 se mantienen dentro del valor de referencia.</p>	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 +0.01día IV Trimestre 2025 +0.02 día</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 2 Días</p> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025 +1.9 IV Trimestre 2025 +1.9 día</p> <p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1105 1073 1443 1209"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: lightgreen; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X
EXTREMO										
ALTO										
MEDIO										
BAJO	X									
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 100%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>								
Tendencia del indicador										

	<p style="text-align: center;">OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITAS EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA GENERAL</p>  <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> <td>2,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,01371</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,01478</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,01241</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0,02134</td> </tr> </tbody> </table>		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	META	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	RESULTADO	0	0	0,01371	0	0	0,01478	0	0	0,01241	0	0	0,02134	
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																													
META	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00																													
RESULTADO	0	0	0,01371	0	0	0,01478	0	0	0,01241	0	0	0,02134																													
 <p>Acciones de mejora</p>	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #e6b89c;">AREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th style="background-color: #e6b89c;">ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th style="background-color: #e6b89c;">FECHA DE INICIO</th> <th style="background-color: #e6b89c;">FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Liderazgo y trabajo en equipo</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Planeación y estrategia</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Aprendizaje para la innovación</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Articulación</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gestión por procesos-cadena valor</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gestión de recursos y alianzas</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gestión de talento humano</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Enfoque de resultados al bien común</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otras</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	AREAS DE 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		
AREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN																																						
Liderazgo y trabajo en equipo	NA																																								
Planeación y estrategia	NA																																								
Aprendizaje para la innovación	NA																																								
Articulación	NA																																								
Gestión por procesos-cadena valor	NA																																								
Gestión de recursos y alianzas	NA																																								
Gestión de talento humano	NA																																								
Enfoque de resultados al bien común	NA																																								
Otras	NA																																								


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

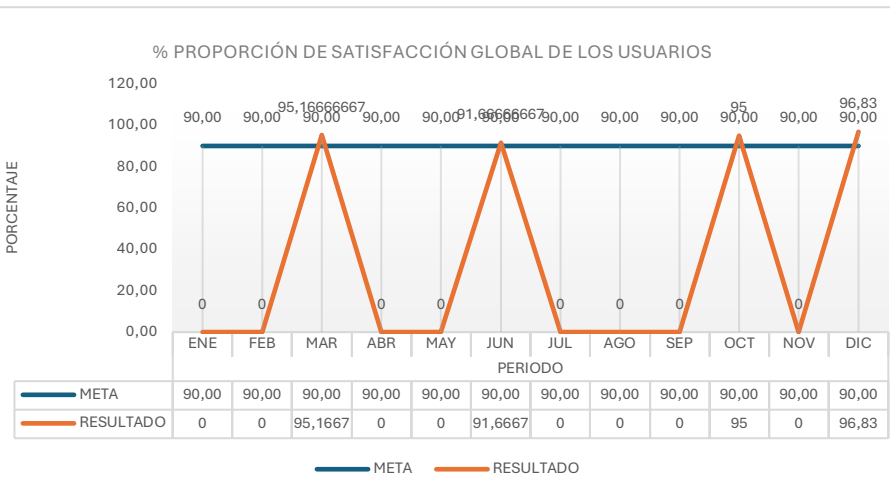
<p>Nombre del indicador: Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II.</p>	<p>Código: P.3.10</p>		
<p>Definición:</p>	<p>Expresa la proporción de tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage II.</p>		
<p>Análisis del resultado del indicador- brecha</p>	<p>Análisis: Para la vigencia del III trimestre 2025, el tiempo de espera para la atención de triage II fue del 7 Minutos, los resultados obtenidos se</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025</td> </tr> <tr> <td>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025</td> </tr> </table>	TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025	VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025
TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025			
VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025			


	<p>encuentran dentro del valor de referencia (30) con una distancia a la meta de -23.</p> <p>Para el IV trimestre 2025 se evidencia el resultado obtenido presenta disminución siendo este de 5.02 minutos de espera para la atención de triage II, porcentaje que se mantiene estable y dentro del valor de referencia.</p>	<p>7 minutos IV Trimestre 2025 5.02 minutos</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 30</p> <p>DISTANCIA A LA META:</p> <p>III Trimestre 2025 +23 minutos</p> <p>IV Trimestre 2025 +24.98 minutos</p> <p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1" data-bbox="1110 867 1446 1010"> <tr><td>EXTREMO</td><td>Red</td></tr> <tr><td>ALTO</td><td>Green</td></tr> <tr><td>MEDIO</td><td>Yellow</td></tr> <tr><td>BAJO</td><td>Green X</td></tr> </table>	EXTREMO	Red	ALTO	Green	MEDIO	Yellow	BAJO	Green X																															
EXTREMO	Red																																								
ALTO	Green																																								
MEDIO	Yellow																																								
BAJO	Green X																																								
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 100%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																							
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>CLASIFICADO COMO TRIAGE 2 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS</p>  <table border="1"> <caption>Resultados del Indicador (Porcentaje)</caption> <thead> <tr><th>PERIODO</th><th>RESULTADO (%)</th><th>META (%)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>ENE</td><td>0</td><td>30,00</td></tr> <tr><td>FEB</td><td>0</td><td>30,00</td></tr> <tr><td>MAR</td><td>4,968085106</td><td>30,00</td></tr> <tr><td>ABR</td><td>0</td><td>30,00</td></tr> <tr><td>MAY</td><td>0</td><td>30,00</td></tr> <tr><td>JUN</td><td>5,090361446</td><td>30,00</td></tr> <tr><td>JUL</td><td>0</td><td>30,00</td></tr> <tr><td>AGO</td><td>0</td><td>30,00</td></tr> <tr><td>SEP</td><td>0</td><td>30,00</td></tr> <tr><td>OCT</td><td>7</td><td>30,00</td></tr> <tr><td>NOV</td><td>0</td><td>30,00</td></tr> <tr><td>DIC</td><td>5,026548673</td><td>30,00</td></tr> </tbody> </table>		PERIODO	RESULTADO (%)	META (%)	ENE	0	30,00	FEB	0	30,00	MAR	4,968085106	30,00	ABR	0	30,00	MAY	0	30,00	JUN	5,090361446	30,00	JUL	0	30,00	AGO	0	30,00	SEP	0	30,00	OCT	7	30,00	NOV	0	30,00	DIC	5,026548673	30,00
PERIODO	RESULTADO (%)	META (%)																																							
ENE	0	30,00																																							
FEB	0	30,00																																							
MAR	4,968085106	30,00																																							
ABR	0	30,00																																							
MAY	0	30,00																																							
JUN	5,090361446	30,00																																							
JUL	0	30,00																																							
AGO	0	30,00																																							
SEP	0	30,00																																							
OCT	7	30,00																																							
NOV	0	30,00																																							
DIC	5,026548673	30,00																																							

<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e67e96; color: white;"> <th style="width: 25%;">ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th style="width: 25%;">ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th style="width: 25%;">FECHA DE INICIO</th> <th style="width: 25%;">FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Liderazgo y trabajo en equipo</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Planeación y estrategia</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Aprendizaje para la innovación</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Articulación</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gestión por procesos-cadena valor</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gestión de recursos y alianzas</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Gestión de talento humano</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Enfoque de resultados al bien común</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otras</td><td>NA</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	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		
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																																								


21. Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS



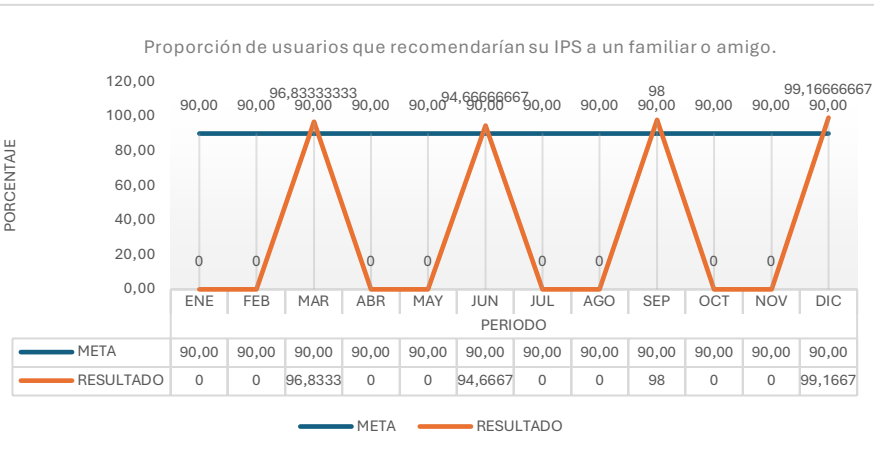

Nombre del indicador: Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS		Código: P.3.14
Definición:	Expresa la proporción de satisfacción global de usuarios de IPS.	
<p>Análisis del resultado del indicador- brecha</p> 	<p>Análisis: Para la vigencia del III trimestre 2025, la proporción de satisfacción global de los usuarios que asisten a la Institución fue de 95%, los resultados obtenidos se encuentran sobre el valor de referencia (90%) con una distancia a la meta del + 5%.</p> <p>Se evidencia que para el IV trimestre de 2025 el valor de 96.8% satisfacción de los usuarios se mantiene estable con un alto porcentaje de satisfacción.</p>	<p>TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025</p> <p>VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 95% IV Trimestre 2025 96.8%</p> <p>VALOR DE REFERENCIA: 90%</p> <p>DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025 +5% IV Trimestre 2025 +6.8%</p>

		<p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: lightgreen; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X																														
EXTREMO																																								
ALTO																																								
MEDIO																																								
BAJO	X																																							
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 100%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																						
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p style="text-align: center;">% PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>95,16667</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>91,66667</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>95</td> <td>0</td> <td>96,83</td> </tr> </tbody> </table>		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	META	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	RESULTADO	0	0	95,16667	0	0	91,66667	0	0	0	95	0	96,83
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																												
META	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00																												
RESULTADO	0	0	95,16667	0	0	91,66667	0	0	0	95	0	96,83																												
<p>Acciones de mejora</p>	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ÁREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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																									
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		

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 IV trimestre 2025 , la proporción usuarios que recomendarían la E.S.E Hospital Alcides Jiménez fue del 99 % , los resultados obtenidos se encuentran dentro del valor de referencia (90%) con una distancia a la meta de +9%.	TRIMESTRES EVALUADOS: III 2025 – IV 2025
	Se evidencia que para el III trimestre de 2025 el valor de satisfacción de los usuarios se mantiene, pero se mantiene estable con un alto porcentaje del 98% de recomendación por parte de los usuarios que asisten a la institución.	VALOR OBTENIDO: III Trimestre 2025 98% IV Trimestre 2025 99%
		VALOR DE REFERENCIA: 90%
		DISTANCIA A LA META: III Trimestre 2025 +8% IV Trimestre 2025 +9%

		<p>PRIORIZACION DEL RESULTADO DEL INDICADOR:</p> <table border="1"> <tr> <td>EXTREMO</td> <td style="background-color: red;"></td> </tr> <tr> <td>ALTO</td> <td style="background-color: green;"></td> </tr> <tr> <td>MEDIO</td> <td style="background-color: yellow;"></td> </tr> <tr> <td>BAJO</td> <td style="background-color: green; text-align: center;">X</td> </tr> </table>	EXTREMO		ALTO		MEDIO		BAJO	X																															
EXTREMO																																									
ALTO																																									
MEDIO																																									
BAJO	X																																								
<p>Acciones de causas</p> 	<p>No se evidencia causas que impidan el cumplimiento de la meta propuesta. Se cuenta con todos los factores humanos, infraestructura, procesos que permiten que el resultado este en 100%.</p>	<p>METODO A UTILIZAR: Diagrama causa efecto</p> <p>PROCESO (S) PARA MEJORAR: No requiere acciones de mejoramiento.</p>																																							
<p>Tendencia del indicador</p> 	<p>Proporción de usuarios que recomendarían su IPS a un familiar o amigo.</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ENE</th> <th>FEB</th> <th>MAR</th> <th>ABR</th> <th>MAY</th> <th>JUN</th> <th>JUL</th> <th>AGO</th> <th>SEP</th> <th>OCT</th> <th>NOV</th> <th>DIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>META</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> <td>90,00</td> </tr> <tr> <td>RESULTADO</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>96,8333</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>94,6667</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>98</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>99,1667</td> </tr> </tbody> </table>			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	META	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	RESULTADO	0	0	96,8333	0	0	94,6667	0	0	98	0	0	99,1667
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC																													
META	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00	90,00																													
RESULTADO	0	0	96,8333	0	0	94,6667	0	0	98	0	0	99,1667																													
<p>Acciones de mejora</p> 	<p>Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de acción.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREAS DE INTERVENCIÓN</th> <th>ACCIONES POR DESARROLLAR</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE FIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liderazgo y trabajo en equipo</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Planeación y estrategia</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aprendizaje para la innovación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Articulación</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestión por procesos-cadena valor</td> <td>NA</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		AREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	Liderazgo y trabajo en equipo	NA			Planeación y estrategia	NA			Aprendizaje para la innovación	NA			Articulación	NA			Gestión por procesos-cadena valor	NA																	
AREAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES POR DESARROLLAR	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN																																						
Liderazgo y trabajo en equipo	NA																																								
Planeación y estrategia	NA																																								
Aprendizaje para la innovación	NA																																								
Articulación	NA																																								
Gestión por procesos-cadena valor	NA																																								

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

2. PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

La promoción y mantenimiento de la salud (PyMS) son acciones integrales destinadas a fortalecer el bienestar, prevenir enfermedades y detectar riesgos tempranamente a lo largo de todo el ciclo vital.

Las actividades realizadas están contempladas en la ruta integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la 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”.

En cumplimiento de la resolución durante la vigencia se realizaron una serie de actividades con el fin de dar cumplimiento a la actividad; contratos establecidos con la EAPB y convenios, estas actividades fueron desarrolladas intr. Y extrainstitucional, se realizaron actividades

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

Dentro de estos cursos de vida se realizan otra actividad complementaria, que permiten una atención integral.



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.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Durante el 2025 se ejecutaron las siguientes actividades:

- Jornadas educativas en instituciones educativas
- Charlas comunitarias sobre hábitos saludables
- Estrategias IEC (Información, Educación y Comunicación)

Prevención de la enfermedad

- Jornadas de vacunación (esquema regular, COVID-19, influenza, VPH)

- Tamizajes (hipertensión, diabetes, salud oral, cáncer)
- Captación temprana de gestantes
- Seguimiento a población en riesgo

LOGROS ALCANZADOS

- Incremento en la cobertura de vacunación en población infantil.
- Fortalecimiento de la participación comunitaria.
- Atenciones en los diferentes cursos de vida.

DIFICULTADES PRESENTADAS

- Baja adherencia de la población a algunos programas
- Barreras geográficas y de acceso en zonas rurales.
- Desinformación y creencias erróneas en la comunidad.

El área de PyM ha cumplido parcialmente con las metas establecidas, evidenciando avances significativos en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. No obstante, se requiere continuar fortaleciendo estrategias para mejorar la cobertura y el impacto en la comunidad.





3. INFORME DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA AÑO 2024-2025 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.

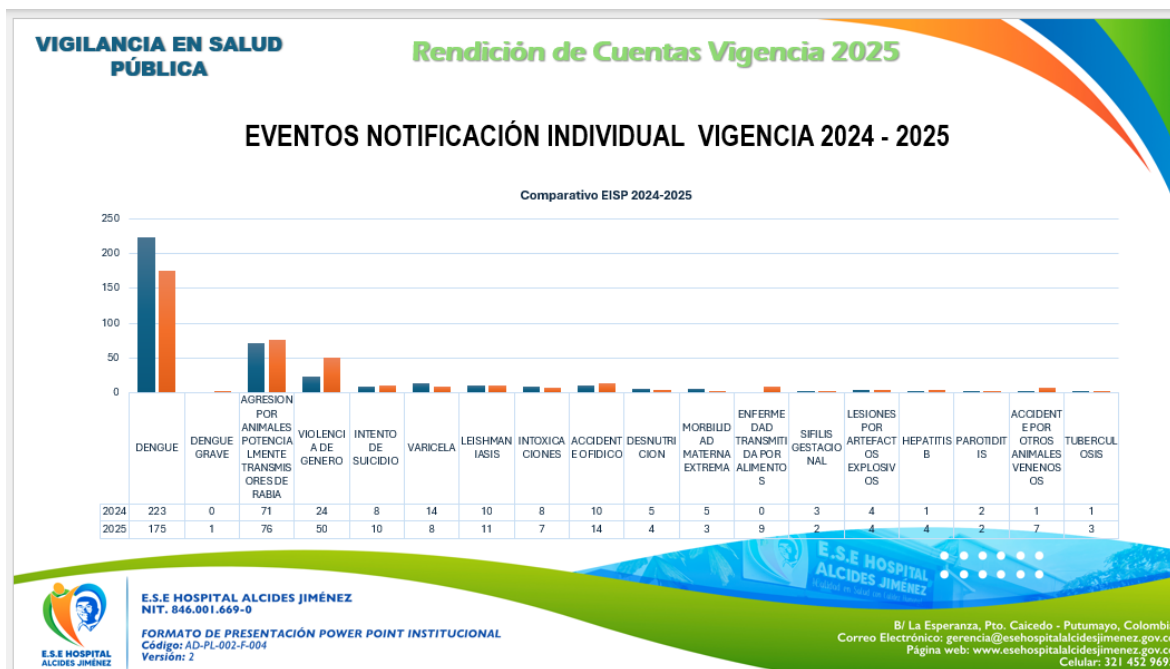
El Estado tiene la responsabilidad de conducir, regular, modular la financiación, vigilar el aseguramiento y armonizar la prestación de los servicios de salud.

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.

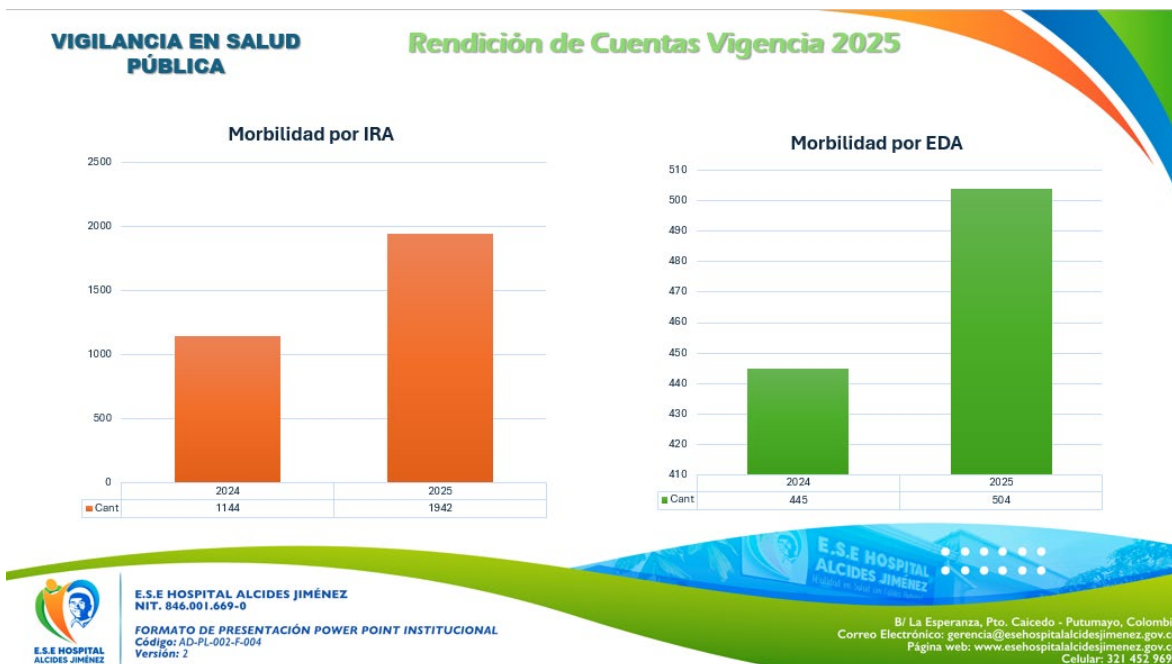
INFORME EPIDEMIOLOGICO AÑO 2024-2025



El análisis comparativo de los Eventos de Interés en Salud Pública entre 2024 y 2025 evidencia un comportamiento heterogéneo, caracterizado por la disminución de algunos eventos transmisibles y el incremento de otros de relevancia epidemiológica, especialmente aquellos asociados a factores sociales, ambientales y de exposición. Se destaca una reducción importante en los casos de dengue, que pasan de 223 en 2024 a 175 en 2025, lo cual podría estar relacionado con el fortalecimiento de las acciones de control vectorial, la educación comunitaria o variaciones en los ciclos epidemiológicos; sin embargo, se registra la aparición de un caso de dengue grave en 2025, lo que indica la necesidad de mantener la vigilancia activa. De igual forma, se observa una disminución en eventos como varicela (14 a 8), intoxicaciones (8 a 7), desnutrición (5 a 4), morbilidad materna extrema (5 a 3) y sífilis gestacional (3 a 2), lo que sugiere una posible mejoría en algunos indicadores de salud o en la oportunidad de la atención. No obstante, preocupa el aumento significativo de la violencia de género, que se incrementa de 24 a 50 casos, evidenciando una problemática social creciente o un fortalecimiento en la detección y notificación, lo cual demanda intervenciones intersectoriales urgentes. Asimismo, se incrementan las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (71 a 76), los accidentes ofídicos (10 a 14) y los accidentes por otros animales venenosos (1 a 7), lo que refleja una mayor exposición a riesgos ambientales y la necesidad de intensificar estrategias de prevención, educación y control zoonótico. Otro hallazgo relevante es la aparición de casos de enfermedad transmitida por alimentos, pasando

de 0 a 9, lo cual constituye una alerta sanitaria que puede estar relacionada con deficiencias en las condiciones higiénico-sanitarias o en la manipulación de alimentos. También se evidencia un aumento en hepatitis B (1 a 4), lo que sugiere la necesidad de fortalecer las acciones de vacunación, detección temprana y seguimiento. En contraste, eventos como leishmaniasis, lesiones por artefactos explosivos y parotiditis mantienen un comportamiento relativamente estable. En conjunto, este panorama indica que, aunque existen avances en el control de algunas enfermedades transmisibles, persisten y emergen riesgos importantes asociados a determinantes sociales, ambientales y conductuales, por lo que se requiere fortalecer las estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia epidemiológica y articulación intersectorial para el abordaje integral de estos eventos.

Comparativo de morbilidad por EDA- IRA 2024 Y 2025.



El análisis de la morbilidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) para la vigencia 2025, en comparación con 2024, evidencia un incremento significativo en ambos eventos, lo que refleja un aumento en la demanda de servicios de salud y posibles cambios en los factores de riesgo asociados. En el caso de la IRA, se observa un aumento considerable al pasar de 1.144 casos en 2024 a 1.942 casos en 2025, lo que representa un incremento cercano al 70%, situación que puede estar relacionada con factores

estacionales, condiciones climáticas, circulación de virus respiratorios, hacinamiento o baja adherencia a medidas de prevención como el uso de tapabocas en población sintomática y el lavado de manos; este comportamiento sugiere la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción y prevención, especialmente en población vulnerable como niños menores de cinco años y adultos mayores. Por su parte, la morbilidad por EDA también presenta un incremento, pasando de 445 casos en 2024 a 504 en 2025, lo que corresponde a un aumento aproximado del 13%.

II. INFORME ADMINISTRATIVO

4. EVOLUCION Y ESTADO DE LOS PROCESOS DE CONTRACION DE LA RED – 2025

EPS	NOMBRE	POBLACION	V. PERCAPITA	VALOR TOTAL	% CONTRATACION	FECHA INICIO	FECHA FINAL	MODALIDAD
EMSSANAR	634-1CS240001	5,127	\$ 29,670.00	\$ 1,673,355,394.81	NOTA TECNICA-1	01/07/2024	31/05/2025	CAPITADO
EMSSANAR	OTRO SI N°-1- 634-1CS240001	11,166	\$ 31,240.00	\$ 1,394,137,182.96	NOTA TECNICA-2	01/02/2025	31/05/2025	CAPITADO
EMSSANAR	OTRO SI N°-2- 634-1CS240001	9,785	\$ 31,240.00	\$ 691,200,424.00	NOTA TECNICA-2	01/06/2025	31/07/2025	CAPITADO
EMSSANAR	OTRO SI N°-2- 634-1CS240001	9,785	\$ 31,240.00	\$ 180,000,000.00	NOTA TECNICA-EQB	01/05/2025	31/07/2025	CAPITADO
EMSSANAR	OTRO SI N°-3- 634-1CS240001	9,785	\$ 31,240.00	\$ 677,653,596.00	NOTA TECNICA-2	01/08/2025	30/09/2025	CAPITADO
EMSSANAR	OTRO SI N°-4- 634-1CS240001	9,785	\$ 31,240.00	\$ 848,580,867.00	NOTA TECNICA-2	01/10/2025	31/12/2025	CAPITADO
EMSSANAR	634-1EC240001	GENERAL	N/A	\$ 55,000,000.00	TARIFA NEGOCIADA	01/07/2024	31/05/2025	EVENTO
EMSSANAR	634-1ES240001	GENERAL	N/A	\$ 10,000,000.00	TARIFA NEGOCIADA	01/07/2024	31/05/2025	EVENTO
EMSSANAR	634-1EC250001	GENERAL	N/A	\$ 5,000,000.00	TARIFA NEGOCIADA	01/06/2025	31/12/2025	EVENTO
EMSSANAR	634-1ES250001	GENERAL	N/A	\$ 98,000,000.00	TARIFA NEGOCIADA	01/06/2025	31/12/2025	EVENTO
EMSSANAR	634-1EC250002	GENERAL	N/A	\$ 2,935,000.00	TARIFA NEGOCIADA	11/06/2025	10/08/2025	BOLSA EVENTO
EMSSANAR	634-1ES250002	GENERAL	N/A	\$ 178,625,000.00	TARIFA NEGOCIADA	11/06/2025	10/08/2025	BOLSA EVENTO
EMSSANAR	OTRO SI N° 1- 634-1EC250002	GENERAL	N/A	\$ 2,201,250.00	TARIFA NEGOCIADA	11/08/2025	30/09/2025	BOLSA EVENTO
EMSSANAR	OTRO SI N° 1- 634-1ES250002	GENERAL	N/A	\$ 133,968,750.00	TARIFA NEGOCIADA	11/08/2025	30/09/2025	BOLSA EVENTO
EMSSANAR	OTRO SI N° 2- 634-1EC250002	GENERAL	N/A	EN TIEMPO	TARIFA NEGOCIADA	01/10/2025	31/10/2025	BOLSA EVENTO
EMSSANAR	OTRO SI N° 2- 634-1ES250002	GENERAL	N/A	EN TIEMPO	TARIFA NEGOCIADA	01/10/2025	31/10/2025	BOLSA EVENTO
EMSSANAR	OTRO SI N° 3- 634-1EC250002	GENERAL	N/A	EN TIEMPO	TARIFA NEGOCIADA	01/11/2025	31/12/2025	BOLSA EVENTO
EMSSANAR	OTRO SI N° 3- 634-1ES250002	GENERAL	N/A	EN TIEMPO	TARIFA NEGOCIADA	01/11/2025	31/12/2025	BOLSA EVENTO
MALLAMAS EPS	20258656921216	10	N/A	\$ 8,000,000.00	SOAT DIFERENCIA PTYO-3%	01/07/2025	31/12/2025	PORTABILIDAD_CONTRIBUTIVO
MALLAMAS EPS	20258656921109	1813	N/A	\$ 220,000,000.00	SOAT DIFERENCIA PTYO-3%	01/07/2025	31/12/2025	PORTABILIDAD_SUBSIDIADO
NUEVA EPS	02-01-09	GENERAL	N/A	\$ 360,000,000.00	SOAT PTYO-06%	23/01/2024	31/12/2024	EVENTO_SUBSIDIADO
NUEVA EPS	01-01-09	GENERAL	N/A	\$ 360,000,000.00	SOAT PTYO-06%	01/01/2023	31/12/2023	EVENTO_CONTRIBUTIVO
NUEVA EPS	ACTA - No. GR-50-1039-25	GENERAL	N/A	FIEBRE AMARILLA	TARIFA NEGOCIADA	01/06/2025		EVENTO_SUBSIDIADO
NUEVA EPS	ACTA - No. GR-50-1039-25	GENERAL	N/A	FIEBRE AMARILLA	TARIFA NEGOCIADA	01/06/2025		EVENTO_CONTRIBUTIVO
NUEVA EPS	01-02-03-	512	\$ 40,000.00	\$ 245,760,000.00	NOTA TECNICA-1	01/10/2025	30/09/2026	CAPITA_SUBSIDIADO
NUEVA EPS	01-02-03-	1099	\$ 40,000.00	\$ 527,520,000.00	NOTA TECNICA-2	01/10/2025	30/09/2026	CAPITA_CONTRIBUTIVO
POLICIA NACIONAL	85-5-20138-25	GENERAL	N/A	\$ 4,000,000.00	TARIFAS UVB	25/07/2025	31/12/2025	EVENTO
FOMAG	12076-472-2025	GENERAL	GENERAL	SIN VALOR	SOAT PTYO-10%	01/01/2025	31/07/2025	EVENTO

Durante la vigencia 2025, la E.S.E Hospital Alcides Jiménez adelantó diferentes procesos de contratación con entidades aseguradoras y otras instituciones del sistema de salud, con el propósito de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud y asegurar la sostenibilidad operativa y financiera de la institución.

De acuerdo con la información consolidada en el cuadro anterior, se evidencia que la mayor participación en la contratación corresponde a la EPS EMSSANAR, con la cual se suscribieron diversos contratos bajo modalidades de capitación, evento y bolsa de eventos, orientados a la atención de población afiliada en los diferentes servicios ofertados por la institución. Estos contratos incluyen tanto acuerdos para población asignada como para la prestación de servicios específicos, con valores contratados que representan una parte significativa de los ingresos institucionales.

En el caso de MALLAMAS EPS, se observa la suscripción de contratos bajo modalidad de pago por evento y capitación contributiva, dirigidos principalmente a la atención de población afiliada a esta aseguradora, contribuyendo a la diversificación de las fuentes de contratación de la E.S.E.

Por su parte, la Nueva EPS presenta contratos en diferentes modalidades, entre ellas evento contributivo y capitación subsidiado, lo que evidencia la participación de la institución en la atención de población perteneciente a distintos regímenes del sistema de salud.

Asimismo, se identifican contratos suscritos con otras entidades, como la Policía Nacional, bajo modalidad de evento, lo cual amplía la cobertura de servicios prestados por la institución a otros usuarios del sistema.

En cuanto al estado de los procesos contractuales, se evidencia que varios contratos cuentan con nota técnica aprobada o tarifa negociada, mientras que otros se encuentran en proceso de definición tarifaria o en trámite de formalización, lo cual hace parte de la dinámica normal de negociación entre prestadores y aseguradores dentro del sistema de salud.

De manera general, la evolución de los procesos de contratación durante la vigencia 2025 refleja un esfuerzo institucional por mantener relaciones contractuales activas con diferentes actores del sistema, garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud y fortalecer la estabilidad financiera de la E.S.E Hospital Alcides Jiménez.

5. ESTADO DE LOS CONTRATOS DE LA VIGENCIA 2025

En relación a la contratación en la vigencia 2025 fueron ejecutados en su totalidad 1.143 contratos, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera

CANT CONTRATOS	TIPO DE CONTRATO	VR. CONTRATADO	ESTADO DE CONTRATOS
1023	Personal Indirecto	\$ 7.093.592.438	TERMINADO
117	Gastos Generales	\$ 4.171.873.501,76	TERMINADO
3	Gastos de Operación Comercial	\$ 374.921.368	TERMINADO
1143	TOTAL	\$ 11.640.387.307,76	

Como se puede ver en la tabla anterior, para la vigencia del año 2025 en la empresa social del estado (E.S.E) Hospital Alcides Jiménez, se aprobó un presupuesto definitivo por un valor total de Catorce mil novecientos setenta y nueve millones cien mil seis pesos con noventa y un centavos moneda corriente

(14.979.100.006.91).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 2025, la E.S.E Hospital Alcides Jiménez llevó a cabo un total de 1.023 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 siete mil noventa y tres millones quinientos noventa y dos mil cuatrocientos treinta y ocho pesos moneda corriente (\$7.093.592.438), 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 2025, la E.S.E Hospital Alcides Jiménez realizó un total de 117 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 cuatro mil ciento setenta y un millones ochocientos setenta y tres mil quinientos un peso con setenta y seis centavos moneda corriente (\$4.171.873.501,76), 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.

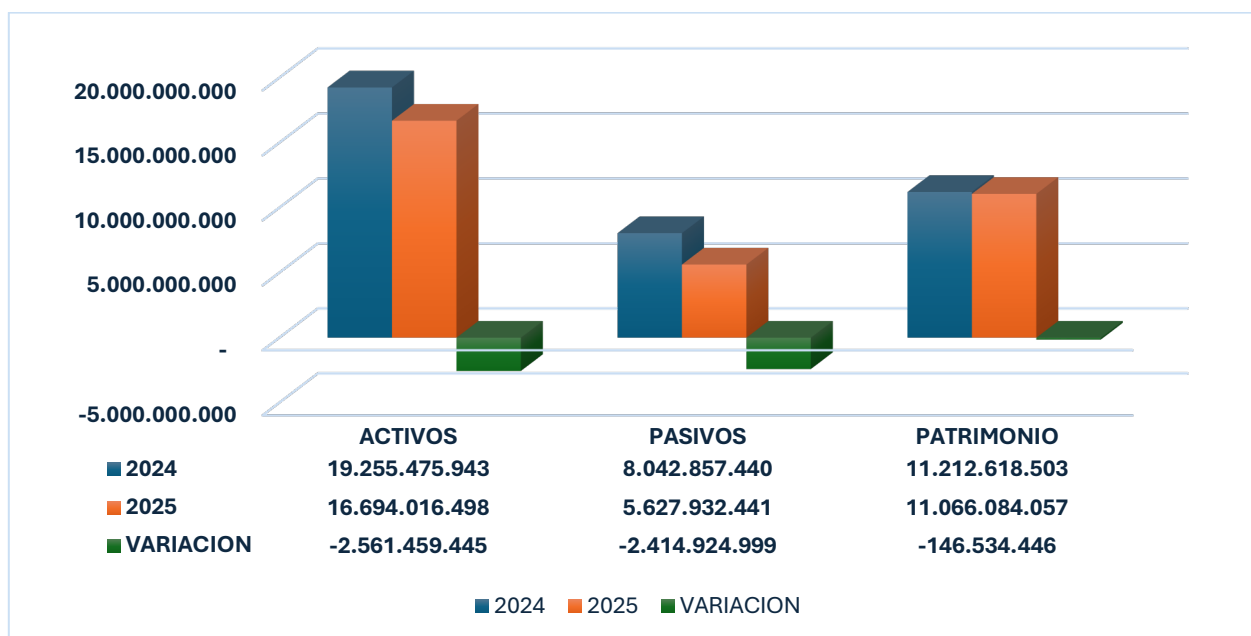
Durante la vigencia 2025, la E.S.E Hospital Alcides Jiménez gestionó un total de 3 contratos relacionados con gastos de operación comercial, los cuales comprenden aquellas actividades necesarias para el desarrollo y sostenibilidad de los procesos comerciales de la entidad, tales como adquisición de bienes 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 trescientos setenta y cuatro millones novecientos veintiún mil trescientos sesenta y ocho pesos moneda corriente (\$374.921.368), reflejando la importancia estratégica de estas inversiones para fortalecer la capacidad operativa y financiera del hospital

Durante la vigencia 2025, 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 1.143 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 seiscientos cuarenta millones trescientos ochenta y siete mil trescientos siete pesos con setenta y seis centavos moneda corriente (\$11.640.387.307,76), 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 GESTION 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



De acuerdo a la gráfica se puede evidenciar que los activos pasaron de \$19.255.475.943 del 2024 a \$16.694.016.498 en la vigencia 2025, con una disminución de \$ 2.561.459.445.; esto se debe a la disminución de las cuentas por cobrar

En cuanto a los pasivos se puede ver que pasaron de \$ 8.042.857.440 en la vigencia 2024 a \$ 5.627.932.441 para la vigencia 2025, es decir una disminución de \$ 2.414.924.999 correspondiente a que los diferentes convenios celebrados a nivel nacional, departamental y municipal, los cuales fueron finalizando

En relación al Patrimonio de la entidad, pasó de \$11.212.618.503 del año 2024 a \$ 11.066.084.057 al año 2025, una disminución de \$146.534.446, reflejado de acuerdo a los costos y gastos en que incurrió la entidad.

7. ANALISIS COMPARATIVO DE LA EJECUCION PRESUPUESTAL VIGENCIAS 2024-2025

Mediante la siguiente gráfica se da a conocer un comparativo de la ejecución de ingresos entre las vigencias 2024 y 2025 en la ESE Hospital Alcides Jiménez:



	PRESUPUESTO INICIAL	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECONOCIMIENTO	RECAUDADO
2024	9.129.236.648	16.198.752.983	15.513.685.564	12.233.031.385
2025	6.093.826.326	14.979.100.007	14.780.092.966	14.780.092.966

Durante la vigencia 2025, la E.S.E Hospital Alcides Jiménez contó inicialmente con un presupuesto de ingresos por un valor de seis mil noventa y tres millones ochocientos veintiséis mil trescientos veintiséis pesos moneda corriente (\$6.093.826.326). No obstante, a lo largo del año fiscal, dicho presupuesto experimentó un ajuste al alza, alcanzando un presupuesto definitivo de Catorce mil novecientos setenta y nueve millones cien mil siete pesos moneda corriente (\$14.979.100.007). Este aumento representó una variación significativa, evidenciando una gestión eficaz en la captación y optimización de recursos financieros

En comparación con la vigencia 2024, cuyo presupuesto definitivo fue de seis mil noventa y tres millones ochocientos veintiséis mil trescientos veintiséis pesos moneda corriente (\$6.093.826.326), se observa un crecimiento sustancial de (\$8.885.273.681), 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.

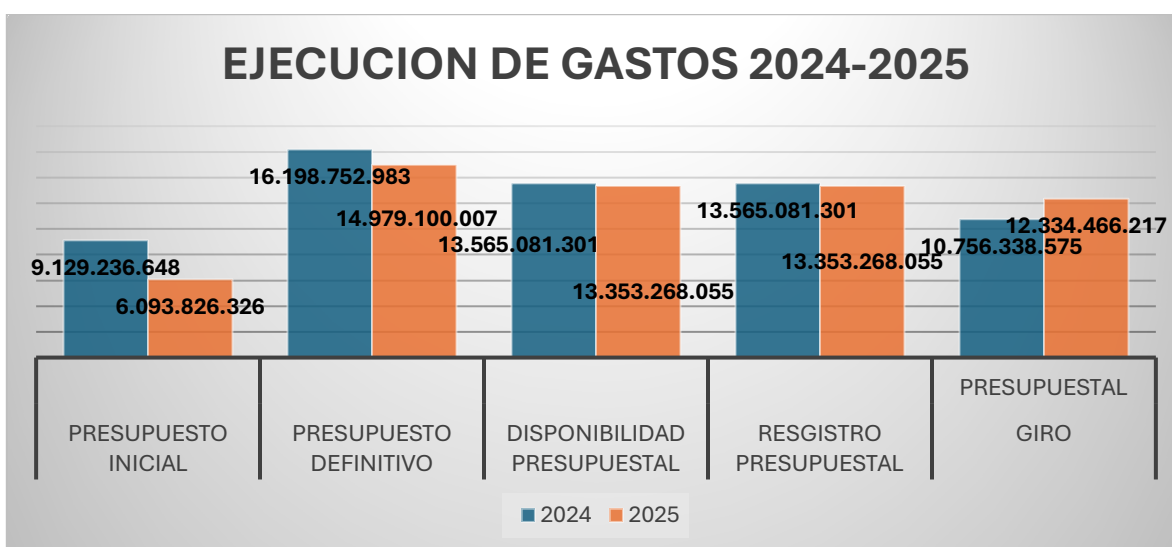
Es importante destacar que los ingresos percibidos por la E.S.E Hospital Alcides Jiménez se clasifican según las diferentes fuentes y modalidades de financiación vinculadas a la prestación de servicios de salud. Estas categorías permiten una adecuada gestión contable y financiera, facilitando el seguimiento 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.
- Recuperación de cartera de vigencias anteriores
- 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 2024 y 2025 se presenta la siguiente grafica donde se evidencia un aumento en el presupuesto para la última vigencia:



VIGENCIA	PRESUPUESTO INICIAL	PRESUPUESTO DEFINITIVO	DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	REGISTRO PRESUPUESTAL	GIRO PRESUPUESTAL
2024	9.129.236.648	16.198.752.983	13.565.081.301	13.565.081.301	10.756.338.575
2025	6.093.826.326	14.979.100.007	13.353.268.055	13.353.268.055	12.334.466.217

Durante la vigencia 2025, la E.S.E Hospital Alcides Jiménez registró una ejecución inicial de gastos por un valor de seis mil noventa y tres millones ochocientos veintiséis mil trescientos veintiséis pesos moneda corriente (\$6.093.826.326). Sin embargo, a lo largo del año fiscal, se realizaron ajustes presupuestales que permitieron ampliar dicha proyección, alcanzando un presupuesto definitivo de Catorce mil novecientos setenta y nueve millones cien mil siete pesos moneda corriente (\$14.979.100.007).

Este aumento refleja una ampliación 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 con la vigencia 2024, cuyo presupuesto definitivo fue de seis mil noventa y tres millones ochocientos veintiséis mil trescientos veintiséis pesos moneda corriente (\$6.093.826.326), se observa un crecimiento sustancial de (\$8.885.273.681), 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 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 2025 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. INFORMACION SOBRE LA GESTION DEL RIESGO FINANCIERO

RAZON CORRIENTE	Activo Corriente/Pasivo Corriente		La E.S.E hospital Alcides Jiménez, por cada peso que debe, tiene 1,88 pesos para respaldar la deuda
	10.606.592.320	5.627.932.441	
	<u>1,88</u>		
ENDEUDAMIENTO	Pasivo Total/Activo Total		La participación de los acreedores para la vigencia 2025 es del 0,34% sobre el total de los activos
	5.627.932.441	16.694.016.498	
	<u>0,34</u>		
CAPITAL DE TRABAJO	Activo Corriente-Pasivo Corriente		La E.S.E hospital Alcides Jiménez, cuenta con un Capital de Trabajo de \$ 4.978.659.879
	10.606.592.320	5.627.932.441	
	<u>4.978.659.879</u>		

Razón corriente: La E.S.E Hospital Alcides Jiménez por cada peso que debe en el corto plazo cuenta con \$1,88 para respaldar dicha obligación.

Esto indica que la entidad tiene capacidad de pago en el corto plazo, mantiene niveles adecuados de liquidez y los activos corrientes cubren las obligaciones inmediatas.

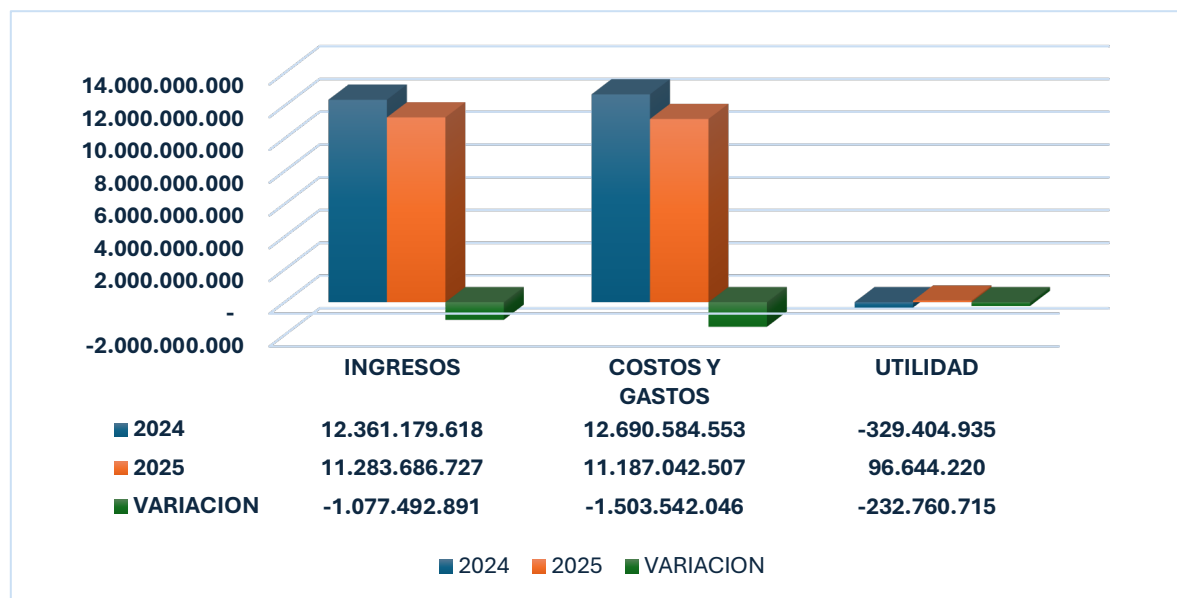
Endeudamiento: El nivel de endeudamiento de la entidad es del 34%, lo que significa que el 34% de los activos del hospital están financiados por terceros, y el 66% corresponde a recursos propios o patrimonio; este nivel de endeudamiento se considera moderado y manejable, lo que indica que la entidad mantiene una estructura financiera relativamente estable.

Capital del trabajo: La E.S.E Hospital Alcides Jiménez cuenta con un capital de trabajo positivo de \$4.978.659.879, lo que significa que dispone de recursos suficientes para cubrir sus obligaciones de corto plazo, tiene margen financiero para atender sus operaciones y mantiene estabilidad en su funcionamiento operativo

9. PRESENTACION Y ANALISIS COMPARATIVO DE LOS ESTADOS FINANCIEROS

DESCRIPCION	31 DE DICIEMBRE DE 2024	31 DE DICIEMBRE DE 2025	VARIACION
VENTA DE SERVICIOS	7.927.699.436	6.918.842.639	- 1.008.856.797
COSTO DE VENTAS	8.539.703.216	7.570.641.938	- 969.061.278
GASTOS DE OPERACIÓN	4.022.304.428	3.567.181.537	-455.122.891
UTILIDAD OPERACIONAL	- 4.624.308.208	-4.218.980.836	-2.433.040.966
TRANSFERENCIAS Y SUBVENCIONES	3.660.857.384	4.341.258.614	680.401.230
OTROS INGRESOS	772.622.798	23.585.474	-749.037.324
OTROS GASTOS	128.576.909	49.219.032	-79.357.877

UTILIDAD DEL EJERCICIO	-329.404.935	96.644.220	- 232.760.715
-------------------------------	---------------------	-------------------	----------------------



La gráfica comparativa evidencia el comportamiento de los ingresos, costos y gastos, así como el resultado del ejercicio de la E.S.E Hospital Alcides Jiménez durante las vigencias 2024 y 2025. En relación con los ingresos totales, se observa una disminución al pasar de \$12.361.179.618 en 2024 a \$11.283.686.727 en 2025, lo que representa una variación negativa de \$1.077.492.891. Esta reducción puede estar asociada a factores como la disminución en la facturación de servicios de salud, variaciones en la demanda de servicios o retrasos en el reconocimiento de cuentas por parte de las entidades responsables de pago.

No obstante, frente a este comportamiento de los ingresos, se evidencia una reducción significativa en los costos y gastos, los cuales pasaron de \$12.690.584.553 en 2024 a \$11.187.042.507 en 2025, lo que representa una disminución de \$1.503.542.046. Este resultado refleja la implementación de medidas de control del gasto y optimización de los recursos institucionales, orientadas a mejorar la eficiencia administrativa y financiera de la entidad.

Como resultado de lo anterior, el hospital presenta una mejoría en el resultado del ejercicio, pasando de una pérdida de \$329.404.935 en la vigencia 2024 a una utilidad de \$96.644.220 en la vigencia 2025. Este comportamiento evidencia un avance en la gestión financiera institucional, en la medida en que la reducción de los costos y gastos permitió compensar la disminución de los ingresos y mejorar el resultado final del ejercicio.

Este resultado positivo se explica principalmente por la reducción de gastos operacionales, aumento de transferencias y subvenciones y el control en gastos no operacionales.

El análisis comparativo evidencia que, aunque la E.S.E Hospital Alcides Jiménez presentó una disminución en los ingresos por venta de servicios, la implementación de medidas de control del gasto y el incremento de las transferencias permitieron mejorar el resultado financiero institucional. No obstante, se mantiene el desafío de fortalecer la generación de ingresos propios por prestación de servicios de salud, con el fin de mejorar la sostenibilidad financiera de la entidad.

10. GESTION DE LA OFICINA DEL SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO EN LA VIGENCIA 2025

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 y 2025 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 2024 y 2025, 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

10.1ANÁLISIS COMPARATIVO DEL COMPORTAMIENTO TOTAL DE LAS PQRSF PRESENTADAS EN LAS VIGENCIAS 2024 – 2025

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 PQRSF de la Entidad son los siguientes:

1. Consulta Externa sede principal Hospital Alcides Jiménez.
2. Servicio de Urgencias sede principal Hospital Alcides Jiménez.
3. Área de Hospitalización sede Principal Hospital Alcides Jiménez.

ACCIONES	EVENTOS 2024	PORCENTAJE 2024	EVENTOS 2025	PORCENTAJE 2025	DIFERENCIA EVENTOS 2024 -2025
PETICIONES	7	3%	2	2,8 %	5
QUEJAS	100	43%	37	53,6 %	63

RECLAMOS	8	3,4%	2	2,8 %	6
SUGERENCIAS	23	9,7%	4	5,7 %	19
FELICITACIONES	97	41%	24	34,7 %	73
TOTAL	235	100%	69	100%	166

TABLA QUE REFLEJA TOTAL, PQRSF PRESENTADOS EN LA ESE HOSPITAL ALCIDES JIMÉNEZ.

SERVICIO COMPARATIVO POR AÑO 2024 – 2025.

ANÁLISIS INDIVIDUAL

- En relación con las peticiones de los años 2024 y 2025, se evidencia una disminución tanto en el número como en el porcentaje de estas. En 2024, las peticiones representaron el 3% de las PQRSF, mientras que en 2025 este porcentaje descendió al 2,8%. Asimismo, el total de acciones de PQRSF también presentó una reducción, pasando de 235 en 2024 a 69 en 2025.
- En relación con las quejas de los años 2024 y 2025, se observa una disminución del 37,9% en el porcentaje de quejas en 2025 respecto a 2024. El número de quejas también se redujo, pasando de 100 a 37.
- En relación con los reclamos, en 2024 se presentaron 8, mientras que en 2025 la cifra disminuyó a 2, evidenciando una reducción significativa. Son poco los reclamos que se visualizan en los eventos presentados de PQRSF.
- En relación con las sugerencias de los años 2024 y 2025, se presentó una reducción del 11,4% en 2025 respecto a 2024, tanto en el total de PQRSF diligenciadas por los usuarios como en el número de sugerencias registradas.
- En relación con las felicitaciones de los años 2024 y 2025, se evidenció una disminución en 2025, con 73 felicitaciones menos respecto a 2024, lo que representa una reducción del 43,9% en las felicitaciones registradas.

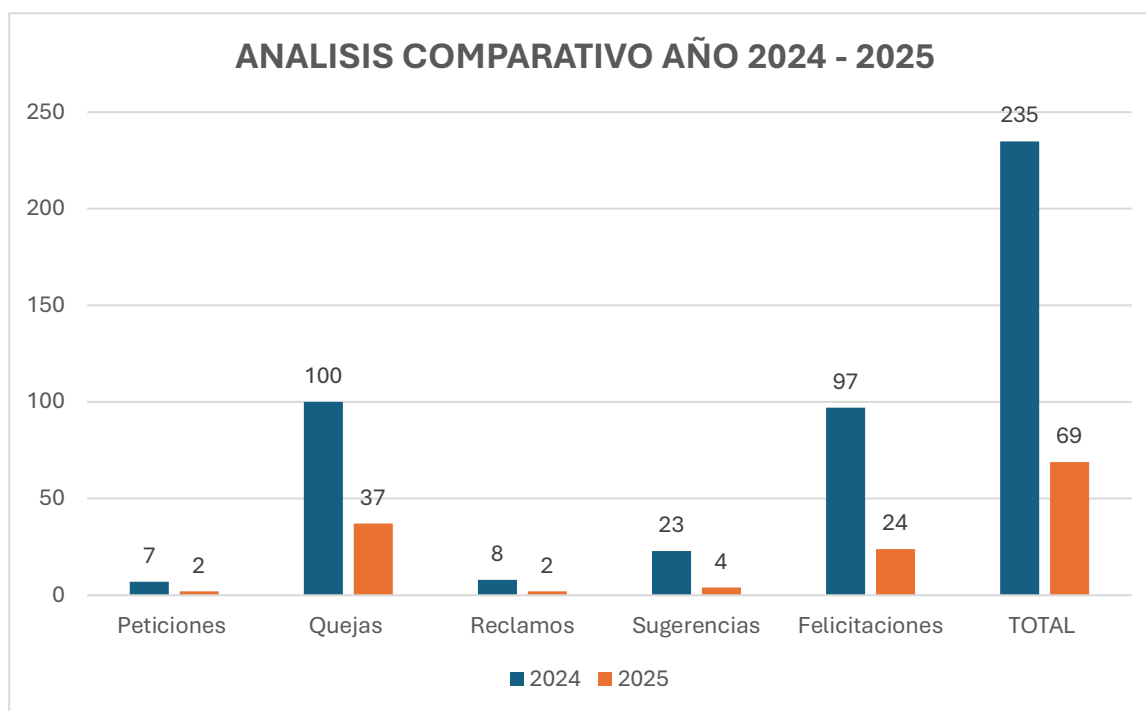
ANÁLISIS GENERAL

Durante el año 2024 se registraron un total de 235 eventos, mientras que en 2025 la cifra disminuyó a 69, lo que representa una reducción de 166 eventos de PQRSF diligenciados por los usuarios, equivalente

aproximadamente a un 70,6%. Esto evidencia una menor interacción de los usuarios con los canales disponibles de la ESE Hospital Alcides Jiménez para expresar sus opiniones.

El descenso en el total de eventos refleja una menor participación ciudadana. Asimismo, se evidencia una disminución en categorías como felicitaciones, sugerencias y quejas, lo que indica una reducción general en la interacción de los usuarios con los canales disponibles. En este contexto, la variación en los porcentajes debe interpretarse en función de la disminución del total de eventos registrados.

ANÁLISIS GRÁFICO COMPARATIVO POR VIGENCIAS



ANÁLISIS GRÁFICO: Al analizar los resultados de los periodos 2024 y 2025, en relación con las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones registradas en la ESE Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo, a través de los diferentes canales de comunicación (escrito, presencial, telefónico y buzones), se evidencia lo siguiente: Para el año 2024 se registraron 7 peticiones, 100 quejas, 8 reclamos, 23 sugerencias y 97 felicitaciones. En comparación, para el año 2025 se reportaron 2 peticiones, 37 quejas, 2 reclamos, 4 sugerencias y 24 felicitaciones. Al contrastar ambos periodos, se observa una disminución pasando de 7 peticiones a 2 peticiones. De igual manera, las quejas presentaron una disminución significativa, al pasar de 100 a 37, al igual que los reclamos, que disminuyeron de 8 a 2. De igual forma, las sugerencias y felicitaciones también registraron una reducción, pasando de 23 a 4 y de 97 a 24, respectivamente. En términos generales, se evidencia una disminución en la mayoría de las categorías de PQRSF, lo que puede interpretarse como una menor participación de los usuarios en el uso de los canales dispuestos por la institución para la manifestación de sus opiniones.

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

Vigencia 2024-2025

ASUNTOS MAS COMUNES DE LAS PQRSF (OPORTUNIDADES DE MEJORA)		ASUNTOS MAS COMUNES DE LAS PQRSF (OPORTUNIDADES DE MEJORA)
No	Vigencia 2024	Vigencia 2025
1°	Mala atención por parte del personal médico de consulta externa	Mala atención por parte del personal de la salud de Consulta Externa
2°	Mala atención en el servicio de urgencias	Mala atención en el servicio de asignación de citas
3°	Mala atención en el servicio de asignación de citas	Mala atención en el servicio de urgencias
4°	Entrega inoportuna de medicamentos	Entrega inoportuna de medicamentos

Fuente: Informe de PQRSF Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo, 2025.

ANÁLISIS GRAFICO DE LAS CUATRO PRIMERAS CAUSAS DE PQRSF – VIGENCIA 2024-2025

REPRESENTACIÓN PORCENTUAL DE LAS CUATRO PRIMERAS CAUSAS DE PQRSF EN LA ESE HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ AÑO 2024-2025				
Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia	2024		2025	
	N° de PQRSF presentada por esta causa	Porcentaje	N° de PQRSF presentada por esta causa	Porcentaje
Mala atención por parte del área de urgencias	12	5.1 %	13	18.8 %
Mala atención por parte del personal de salud	59	25.1 %	20	28.9 %
Mala atención en el servicio de asignación de citas	22	9.3 %	5	7.2 %
Entrega inoportuna de medicamentos	15	6.3 %	1	1.4 %
Falta de oportunidad en asignación de citas	30	12.7 %	6	8.6 %
Felicitaciones	97	41.2 %	24	34.7 %

Total	235	100%	69	100%
--------------	------------	------	-----------	------

ANÁLISIS: Dentro de la tabla se observan las principales causas de PQRSF registradas en la ESE Hospital Alcides Jiménez de Puerto Caicedo, comparando los años 2024 y 2025.

La categoría “Mala atención por parte del personal de salud” presentó una disminución significativa, pasando de 59 eventos en 2024 a 20 en 2025, lo que evidencia una mejora en la percepción de los usuarios frente a la atención brindada por el personal de salud.

En cuanto a “Mala atención en el servicio de urgencias”, se observa un leve incremento, pasando de 12 eventos en 2024 a 13 en 2025, lo que indica la necesidad de fortalecer las acciones de mejora en este servicio específico.

Respecto a “Mala atención en la asignación de citas”, se evidencia una disminución importante, pasando de 22 a 5 eventos, lo que sugiere avances en la gestión de este proceso.

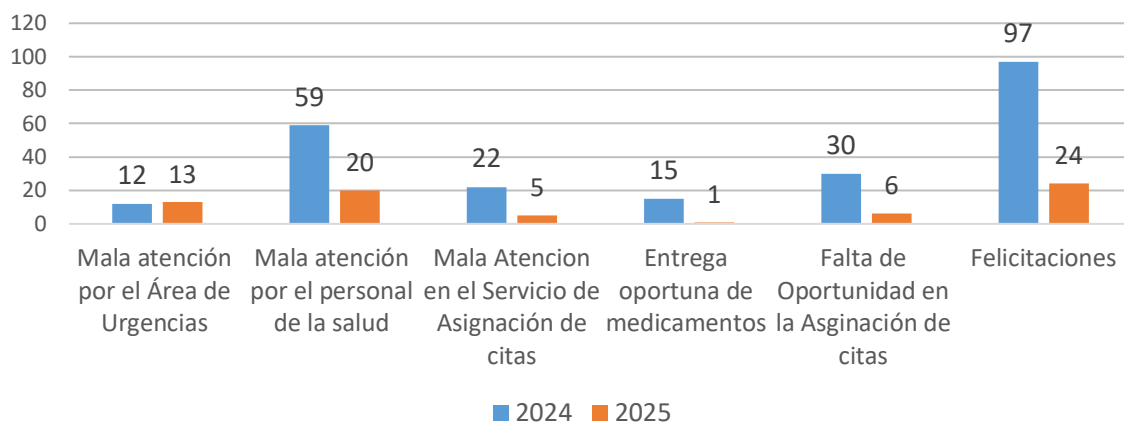
Frente a la “Entrega inoportuna de medicamentos”, se presenta una mejora notable, con una reducción de 15 eventos en 2024 a 1 en 2025, reflejando un fortalecimiento en el servicio de farmacia.

En relación con la “Oportunidad en la asignación de citas”, los eventos disminuyeron de 30 a 6, lo que indica una mejora en la accesibilidad y tiempos de respuesta en este servicio.

Finalmente, las “Felicitaciones” también disminuyeron de 97 en 2024 a 24 en 2025, lo cual está en consonancia con la reducción general en el número total de PQRSF, evidenciando una menor participación de los usuarios en los canales institucionales.

En términos generales, se observa una disminución en la mayoría de las causas analizadas, lo que puede interpretarse como una mejora en algunos servicios y, al mismo tiempo, una menor interacción de los usuarios con los mecanismos de reporte institucionales.

CAUSAS DE PQRSF EN EL AÑO 2024 - 2025



Para el año 2025 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 2025 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 2025, 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 2025

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 2025, se evidencian 2 fallos

judiciales en los cuales se concedió la solicitud del usuario en favor de la garantía del servicio de salud por parte de la E.S.E.

Lo anterior justifica en el hecho de que durante el periodo mencionado se radicaron tutelas que fueron resueltas de forma favorable al usuario con 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 2024 – 2025.


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, Vacunación, Rayos X, Trabajo Social, Urgencias, Hospitalización, 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					CODIGO: SIAU-M-001-F-001			
	NIT:846001669.0								
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:				MARQUE CON UNA X LA OPCION QUE MAS					
1=MUY BUENA 2= BUENA 3=REGULAR 4=MALA 5=MUY MALA 6= NO RESPONDE				SE ACERQUE A SU RESPUESTA					
SERVICIO:				MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	NO RESPONDE
FECHA:									
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	¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los sevicios de salud que ha recibido en la IPS?			MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	RESPONDE
6	¿Recomendaría a familiares y amigos esta IPS?			SI	PROBLEMA MUY SI	DEFINITO TAMBIEN	POSIBLEMENTE NO	NO RESPONDE	

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 2025:

PARA EL AÑO 2025:

MES	ENCUESTAS APLICADAS	% SATISFACCIÓN	% INSATISFACCIÓN
Enero			
Febrero	600	97,6 %	2,4 %
Marzo			
Abril			
Mayo	600	91,6 %	8,4 %
Junio			

Julio			
Agosto	600	95 %	5 %
Septiembre			
Octubre			
Noviembre	600	96,8 %	3,2 %
Diciembre			
Total Anual	2.400	-	-

Durante la vigencia 2025 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, Fisioterapia, extramural, remisión, laboratorio que al realizar las encuestas a 2400 usuarios podemos observar lo siguiente:

III. CONCLUSIONES GENERALES

1. Durante la vigencia 2025, la E.S.E Hospital Alcides Jiménez desarrolló las acciones necesarias para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud a la población del municipio de Puerto Caicedo y su área de influencia, fortaleciendo el acceso oportuno a los diferentes servicios asistenciales ofertados por la institución.
2. En el marco de la gestión institucional, la entidad avanzó en el cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en materia de calidad en la prestación de los servicios de salud, mediante el seguimiento a los indicadores definidos en el Sistema de Información para la Calidad, permitiendo evaluar el desempeño institucional y generar acciones orientadas al mejoramiento continuo.
3. En cuanto a la gestión de servicios de salud, la institución mantuvo la prestación de servicios en las diferentes áreas asistenciales, tales como consulta externa, urgencias, hospitalización, laboratorio clínico, odontología, vacunación, programas de promoción y mantenimiento de la salud, entre otros, contribuyendo a la atención integral de los usuarios.
4. Desde el componente administrativo y financiero, la entidad adelantó procesos de contratación con diferentes aseguradoras y entidades del sistema de salud, lo que permitió garantizar la operación institucional y mantener la prestación de servicios a la población afiliada a los distintos regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
5. En relación con la satisfacción de los usuarios, la institución implementó mecanismos de medición mediante la aplicación de encuestas en los diferentes servicios, permitiendo identificar la percepción de los usuarios frente a la atención recibida y generar insumos para fortalecer la calidad y humanización en la prestación de los servicios de salud.
6. Los resultados obtenidos durante la vigencia 2025 evidencian el compromiso institucional con el mejoramiento continuo, la eficiencia administrativa y la prestación de servicios con calidad, orientados

a satisfacer las necesidades de salud de la población y fortalecer la confianza de la comunidad en la institución.

7. Finalmente, la E.S.E Hospital Alcides Jiménez reafirma su compromiso con la transparencia, la participación ciudadana y la rendición de cuentas, presentando a la comunidad los resultados de la gestión realizada durante la vigencia 2025, en cumplimiento de los principios de la función pública y del control social.