Caracterización del Servicio de Hospitalización en la Modalidad Extramural Domiciliaria V2

Este instrumento tiene como fin **caracterizar el Programa de Hospitalización Extramural Domiciliaria** en la IPS visitada para identificar brechas operativas y oportunidades de mejora continua. El formulario debe diligenciarse **mensualmente y por única vez** durante la primera visita programada. Agradecemos registrar la información con la mayor objetividad técnica posible para garantizar la calidad del proceso

1. IPS *

   HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARI...

2. Fecha de reporte *

   6/2/2026

3. Nombre Funcionario que entrega la información *

   Keile Jessel Rondon Esquivel

4. Cargo Funcionario que entrega la información *

Subdirectara de urgencias

5. Telefono de contacto Funcionario que entrega la información *

   3135976812

6. Correo Electrónico Funcionario que entrega la información *

   urgencias.subdirec@hus.org.co

7. Actualmente, ¿la IPS está aplicando las disposiciones contenidas en la Circular 009 de 2025, emitida por la Secretaria Distrital de Salud en relación con los servicios de Hospitalización en la Modalidad Extramural Domiciliaria? *

   - ( ) Si
   - (•) No

8. ¿La IPS tiene habilitado el servicio de Hospitalización Extramural Domiciliaria? *

   - ( ) Si
   - (•) No

9. ¿La IPS realiza busqueda activa para remisión al Programa de Hospitalización en la Modalidad Extramural Domiciliaria? *

   - (•) Si

- [ ] No

10. Quien realiza la busqueda activa *

EAPB

11. ¿La IPS cuenta con criterios de ingreso para la Modalidad de Hospitalización Extramural Domiciliaria? *

- [ ] Si
- [x] No

12. ¿La IPS cuenta con equipo multidisciplinario para la atención en el servicio de hospitalización en la modalidad extramural domiciliaria? *

- [ ] Si
- [x] No

13. ¿La institución cuenta con proceso documentado y normalizado para atención de Hospitalización Extramural Domiciliaria? *

- [ ] Si
- [x] No

14. ¿Cuentan con indicadores de seguimiento para el programa de Hospitalización Extramural Domiciliaria? *

- ○ Si
- ◉ No

15. Mencione los indicadores de seguimiento para el programa de Hospitalización Extramural Domiciliaria **(Si la IPS no tiene indicadores registre No Aplica)** *

    no aplica

Microsoft 365

Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.

Microsoft Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial Crear mi propio formulario

Privacidad y cookies | Términos de uso