



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 *

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN BL... ▼

2. Fecha de reporte *

11/6/2026



3. Nombre Funcionario que entrega la información *

MATEO PESTANA

4. Cargo Funcionario que entrega la información *

MEDICO DE PHD

5. Telefono de contacto Funcionario que entrega la información *

3006761576

6. Correo Electrónico Funcionario que entrega la información *

mateopestana@hotmail.com

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 búsqueda activa para remisión al Programa de Hospitalización en la Modalidad Extramural Domiciliaria? *

☒ Si

☐ No

10. Quien realiza la busqueda activa *

IPS



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

☒ Si☐ No

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

☒ Si☐ No

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

☒ Si☐ 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) ***

- Numero de ingresos a PHD
- TIEMPO PROMEDIO DE PHD

16. Observaciones

Sugiere que El medico tratante de inicio a tramite de remision y el seguimiento oportuno



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](#)