Vigilado Supersalud

Los Nogales
Clínica

Informe de Gestión 2025

Científicamente avanzados, **humanamente cálidos.**

Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C
Autopista Norte, Costado Oriental.

www.clinicanogales.com

(601) 593 70 00

Presentación Dirección General

Reciban un cordial y respetuoso saludo. Con total orgullo presentamos el Informe de Gestión correspondiente al año 2025, documento que recoge los principales resultados, avances y aprendizajes de nuestra Institución, fruto del trabajo articulado, responsable y comprometido de cada uno de los colaboradores que hacen parte de la familia Nogales. El 2025 representó un año de retos significativos para el sector salud, que exigieron una gestión rigurosa, ética y centrada en las personas. En este contexto, logramos alcanzar resultados clínicos, administrativos y financieros que reflejan la solidez de nuestros procesos, el cumplimiento de los estándares de calidad y la coherencia con nuestro propósito institucional como clínica acreditada en salud. Expresamos un sincero reconocimiento y agradecimiento a nuestros colaboradores, cuerpo médico, profesionales asistenciales, grupos administrativos y de apoyo, quienes con vocación, disciplina y sentido humano hicieron posible cada logro alcanzado. De igual manera, agradecemos a nuestros pacientes, cuidadores y sus familias, a los aseguradores y aliados estratégicos por su confianza permanente y a los entes de control, cuyo acompañamiento fortalece la transparencia y la mejora continua.

Los resultados presentados en este informe evidencian una institución que aprende, se adapta y evoluciona, manteniendo como eje principal la excelencia clínica, la humanización del servicio y la sostenibilidad institucional. Cada indicador, cada mejora implementada y cada proceso fortalecido reflejan el compromiso colectivo con una atención segura, oportuna y de alta calidad.

Miramos hacia el año 2026 con optimismo y responsabilidad, conscientes de que los desafíos del entorno demandan mayor integración, innovación y liderazgo. Renovamos nuestro llamado a mantener y fortalecer el compromiso con la calidad, la ética, la seguridad del paciente y el trabajo colaborativo, pilares fundamentales para seguir generando valor a nuestros grupos de interés y al sistema de salud de nuestro país.

Los invitamos a continuar construyendo, desde su rol, una institución sólida, confiable y humana, que honra su acreditación no solo en los resultados, sino en la forma como cuida a las personas y transforma vidas.

Con gratitud y confianza en el camino que seguimos recorriendo,

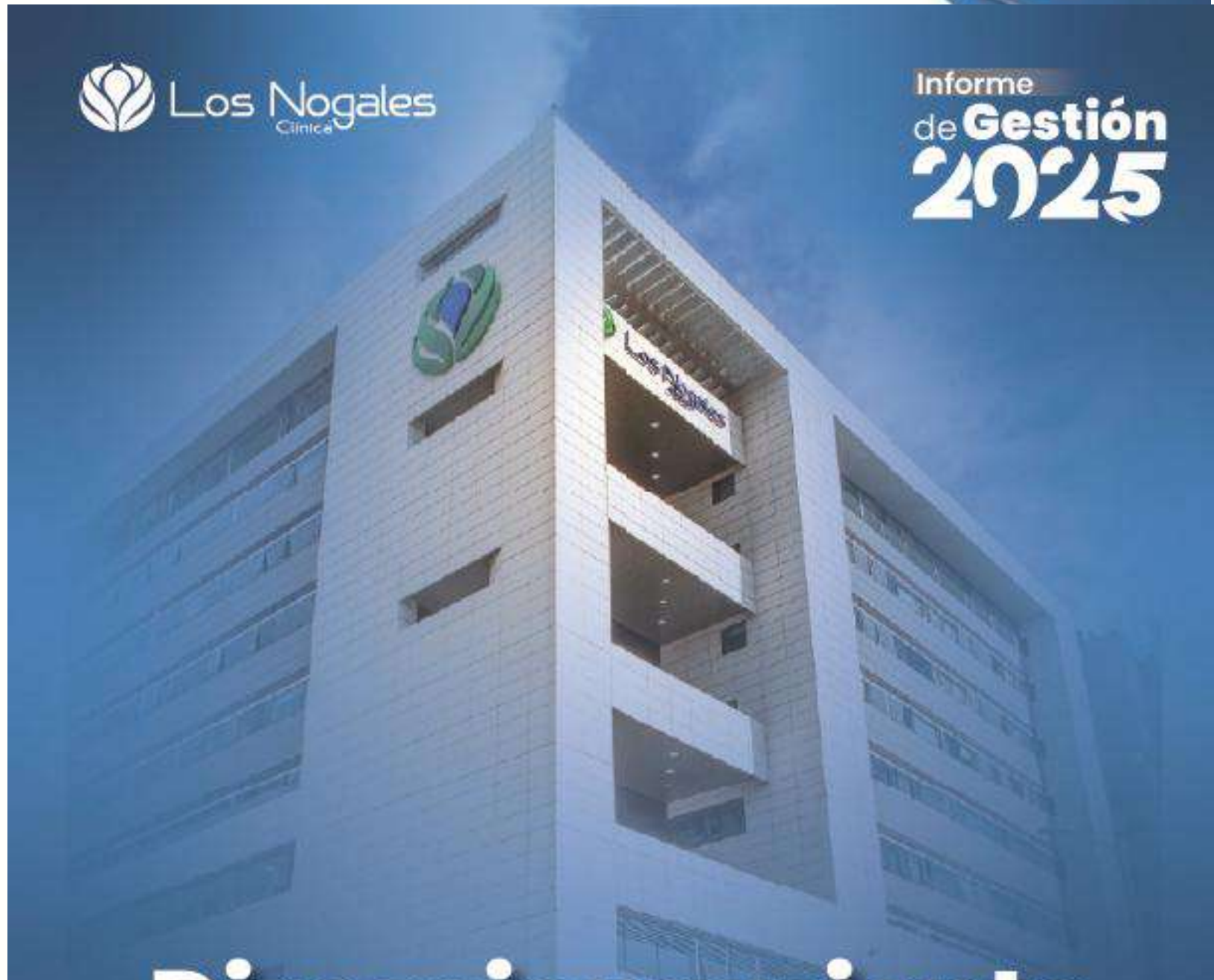
Un abrazo,

María Paz Azula Granada
Directora General

Vigilado Supersalud

Los Nogales
Clínica

Informe de Gestión 2025



Direccionamiento y Gerencia

Vigilado Supersalud

Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C
Autopista Norte, Costado Oriental.
www.clinicanogales.com
(601) 593 70 00

GESTIÓN CLÍNICA

1. PRINCIPALES LOGROS:

Gestión del riesgo

- Fortalecimiento en la tipificación y gestión de riesgo clínico según metodología de evaluación de Icontec en todos los servicios asistenciales institucionales.

- Autoevaluación del subsistema de riesgo en salud con un cumplimiento del 100% de los criterios, según las exigencias de Supersalud y el cuestionario establecido.

- Seguimiento de controles y medición de riesgos residuales, con una gestión del 100% de los riesgos con clasificación extremos.

- Caracterización al 100% de la matriz de riesgo clínico alineada al subsistema de riesgo en salud. Dentro de los avances del subsistema se cuenta a partir de año 2025 con una tipificación especifica de riesgo clínico, lo que evidencia una matriz de riesgo madura y que cumple con la identificación integral del riesgo para su mayor apropiación:
    - Riesgos clínicos de Seguridad el paciente: 106 riesgos
    - Riesgos clínicos Individual: 5 riesgos
    - Riesgos clínicos Poblacional: 19 riesgos
    - Riesgos clínicos Operativos asistenciales: 13 riesgos
    - Riesgos clínicos de Vigilancias de seguridad del paciente: 28 riesgos, discriminados así:
        - Farmacovigilancia: 5 riesgos
        - Hemovigilancia: 9 riesgos
        - Reactivovigilancia: 5 riesgos
        - Biovigilancia: 5 riesgos
        - Tecnovigilancia: 4 riesgos (trabajo con riesgo No Clínico)

De lo anterior, se tiene que los controles efectivos (resultado de controles que tras su ejecución y evaluación logran impactar el riesgo residual con calificación sobresaliente y excelente) ponderaron un cierre en el IV trimestre de evaluación con un cumplimiento del 90.26% (Meta 85%).

De igual importancia, a cierre de IV trimestre la Gestión de riesgos extremos tuvo un promedio global de cumplimiento del 100% y Gestión de riesgos altos un cumplimiento del 76.19%. Para este último, con proyección de impulsar el fortalecimiento en el cumplimiento de los controles, su plan de acción asociado y medición que impacte en los resultados.

- Inclusión como Vigilancia Propia del Programa de Seguridad del paciente en módulo Almera con objetivo de fortalecer la cultura de la gestión del riesgo con identificación y notificación de los potenciales riesgos clínicos.

Vigilado Supersalud

- Despliegue institucional de la Guía de Equipos de Respuesta Rápida (Gris) y Código Azul.
- Curso de Gestión del Riesgo Integral para cumplimiento con reportes normativos Supersalud.

Seguridad del paciente

- Sensibilización sobre la importancia del Programa de seguridad del paciente y la gestión oportuna de casos como herramienta de mejoramiento continuo, presentando aumento de 46 puntos porcentuales en el indicador de cultura de reporte de manera comparativa entre los años 2024 y 2025.

- Durante el año 2025, se logró un cumplimiento de 91% de la programación establecida para el fortalecimiento del despliegue de las guías de buenas prácticas, en función de los resultados y mejora continua. Dicho avance, parte de un seguimiento con criterios de cumplimiento que se lidera desde el programa de seguridad del paciente y los diferentes líderes asignados a cada uno de los paquetes instruccionales; esta metodología se incluye en el seguimiento a las vigilancias propias y adoptadas del programa.

- Sistema de gestión de información – Módulo Seguridad del paciente (Almera): A través de actualizaciones técnicas se optimizó el aprovechamiento y apropiación para la gestión del análisis de eventos de seguridad del paciente por los líderes y coordinadores. Estas tipificaciones facilitan la identificación de causas raíz y oportunidades de mejora, elevando la calidad de los análisis y la toma de decisiones para brindar una atención segura a los pacientes.

- Encuesta de Cultura: Se logró un aumento del 15% en la participación del diligenciamiento de la encuesta de cultura respecto al año anterior 2024, con una mejora de 2,8 puntos porcentuales en la dimensión de frecuencia de reportes. Este progreso fortalece directamente la cultura de reporte, alineándose con el incremento global de notificaciones y promoviendo una notificación proactiva sostenida.

- Víctimas en la ocurrencia de eventos de seguridad del paciente: Documentación de la intervención a las víctimas de seguridad del paciente: primera a razón de paciente, familia y/o cuidador; segunda a razón de personal involucrado y tercera a razón de la institución donde ocurre el evento, lo cual incluye el despliegue de acciones para la atención inmediata al evento en los diferentes niveles de víctimas. Esta estructura permite mitigar el impacto y consecuencias y la prevención de eventos futuros.

- Comunicación permanente y generación de acuerdos de revisión de casos con Salud Total EPS como principal asegurador por porcentaje de participación en atenciones clínicas.
- Creación de tableros de monitoreo estratégico y analítico de indicadores de seguimiento de los paquetes instruccionales en modulo Seguridad de Paciente.

Auditoría medica concurrente

- Generación de matriz de trazabilidad de ordenamientos hospitalarios articulado con informes de pendientes del área.
- Seguimiento a patologías clínicas y quirúrgicas, interconsultas y apoyos diagnósticos priorizados articulado con informes de grupos relacionados de diagnóstico para ejecución de reuniones focales con sociedades médicas.
- Contención costos desde la perspectiva proactiva con planes de mejora con servicios asistenciales y retrospectiva con revisión Honorarios por falta de soportes o reiteración de glosas. Control del costo medico frente a pertinencia de estancia, solicitudes de imágenes, estudios o procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico como resultado del acompañamiento por auditoría médica en ronda de los servicios de unidad de cuidados intensivos e intermedios, hospitalización y urgencias.
- Fortalecimiento en la muestra de auditoría de historias clínicas con respecto al año inmediatamente anterior, pasando de evaluar 4.521 historias clínicas en el 2024 a realizar 5.201 evaluaciones de historia clínica en el 2025.
- Auditoría de consentimiento informado con aumento de muestra a 4 veces la anterior del año 2024.
- Auditoría de transfusión de componentes sanguíneos con cumplimiento del 100% de la muestra mensual establecida, de acuerdo con cada tipo de hemocomponente transfundido para evaluación de pertinencia y trazabilidad de registro de transfusión sanguínea.
- Implementación en la evaluación de pertinencia en procedimientos quirúrgicos priorizados**.**

Auditoría hospitalización:

- Fortalecimiento Auditoría concurrente en el servicio de Hospitalización con una cobertura y seguimiento diario del 100% de la capacidad instalada.
- Fortalecimiento de las sesiones y funcionalidad del comité clínico administrativo.

Vigilado Supersalud

- Espacio de análisis y comunicación efectiva entre la IPS y asegurador para promover acciones encaminadas a minimizar las estancias hospitalarias.
- Monitorización durante la concurrencia de los tiempos de oportunidad en la respuesta de interconsultas básicas y especializadas. Así mismo, monitorización en la oportunidad en la toma de exámenes de apoyo diagnóstico y procedimientos quirúrgicos. Se evidenció que la gestión de lo anterior ayudó a minimizar las estancias inactivas en hospitalización por estas causas.
- Para las especialidades de presencialidad permanente, en hospitalización se presentó en promedio para el 2025 un tiempo de respuesta a interconsulta de 3,3 horas, valor menor a la meta institucional de 6 horas, lo cual refleja la fortaleza de los procesos de gestión clínica. Para las otras especialidades de presencialidad por llamado o por franjas horarias, se mantiene un cumplimiento de alrededor de la meta institucional de 24 horas.
- Disminución del promedio de días de estancia en hospitalización de un valor promedio anual de 5.7 días de estancia en comparación con el año 2024 en el cual el promedio anual acumulado fue de 6.24 días.
- Disminución del promedio de días de estancia en hospitalización de pacientes con patología oncológica con un promedio anual de 10.29 días de estancia en comparación con el año 2024, en el cual el promedio anual acumulado fue de 11.14 días.

Auditoria unidad cuidado intensivo

- Implementación auditoría de concurrencia en la unidad de cuidado intensivo e intermedios con cobertura 100% de los pacientes respecto a la capacidad instalada, encontrado un impacto positivo en la disminución en días de estancia en la UCI con respecto al año inmediatamente inferior.
- Para el 2024 el promedio de estancia en Unidad de cuidados intensivos fue 5.1 días y para el 2025 bajo a 3.9 días de estancia. De igual forma, en unidad de cuidados intermedios se presentó disminución de días en estancia; pasando en el año 2024 de 4.28 días a 3.93 días con una disminución de –8.24 puntos porcentuales.
- Aumento en el giro cama en la unidad de cuidados intensivos; para el 2024 el giro cama promedio fue de 5.72 frente a un 6.07 en el 2025.
- Aumento en el giro cama en la unidad de cuidados intermedios, para el 2024 el giro cama promedio fue de 7.17 frente a un 7.60 en el 2025.

Vigilado Supersalud

Auditoría urgencias/ observación

- Ejecución de auditoría concurrencia en el servicio de urgencias con monitoreo de gestión clínica de ordenamientos médicos e implementación de rondas clínicas en compañía de auditoria concurrente ejecutando revisión al 100% de los pacientes respecto a la capacidad instalada.
- Disminución del tiempo de estancia en observación-urgencias con un promedio en 2024 de 31 horas a 25.5 horas en 2025.
- Durante el 2025 se evidenció una disminución de solicitud de interconsultas a especialidades y supra-especialidades médicas desde el servicio de urgencias en un 10% compatible con mayor resolutividad de especialistas de medicina de emergencia y especialidades de disponibilidad permanente; lo anterior, acorde a evaluación de pertinencia clínica.

Grupos relacionados de diagnostico

- Culminación al 100% de la capacitación del equipo codificador con base en los Manuales de la Organización Panamericana de la Salud OPS – RELACSIS (Red Latinoamérica y del caribe para el fortalecimiento de los sistemas de información en salud).
- Generación de informes de codificación de atenciones clínicas definidas institucionalmente, agrupándose en software Alcor-GRD® con indicadores GRD.
- Conocimiento de los días evitables y los casos de outliers superiores con el objetivo de analizar la eficiencia operativa y el consumo de recursos dentro de la institución con los grupos de interés (servicios asistenciales y especialidades médicas).
- Identificación de áreas de mejora que presentan mayor cantidad de outliers superiores para optimizar la gestión asistencial.
- Disminución global de días evitables (bruto) y de inliers, con estabilización de outliers y tendencia progresiva de disminución entre 300 a 400 días.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Auditoria concurrente integrada	Implementación y ejecución de rondas concurrentes integradas con	100%	31/12/2025	Planeación e implementación del nuevo modelo de auditoria concurrente con interacción bajo la

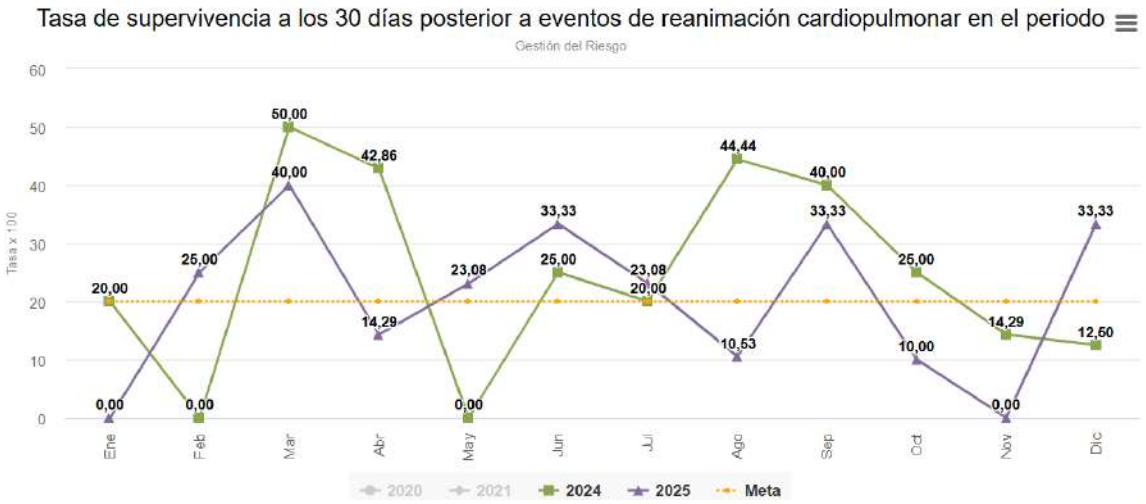
Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	aseguradores a estancias hospitalarias, Unidades cuidado crítico y observación / urgencias con objetivo de evaluar la pertinencia y la racionalidad técnico-científica, para que se logren los mejores desenlaces en salud y minimizando los riesgos clínicos inherentes a la atención asistencial.			misma de área de gestión clínica con los programas de seguridad del paciente, gestión del riesgo y vigilancias clínicos.
Gestión del riesgo clínico Protección institucional	Generación de matrices institucionales de riesgos clínicos enfocado a la prevención, mitigación y control	100%	31/12/2024	Se cuenta con matrices de riesgos clínicos generadas con controles y periodicidad de evaluación.
Código Azul	Implementación y seguimiento de las actualizaciones de los protocolos internos de reanimación cardio, cerebro pulmonar, con	100%	31/12/2025	Indicadores de efectividad clínica han permito generar espacios de construcción de estrategias de mejoramiento en rehabilitación con aseguradores y primeros niveles de

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	validación de indicadores de efectividad clínica inmediata y tardía.			complejidad de atención en salud.

3. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



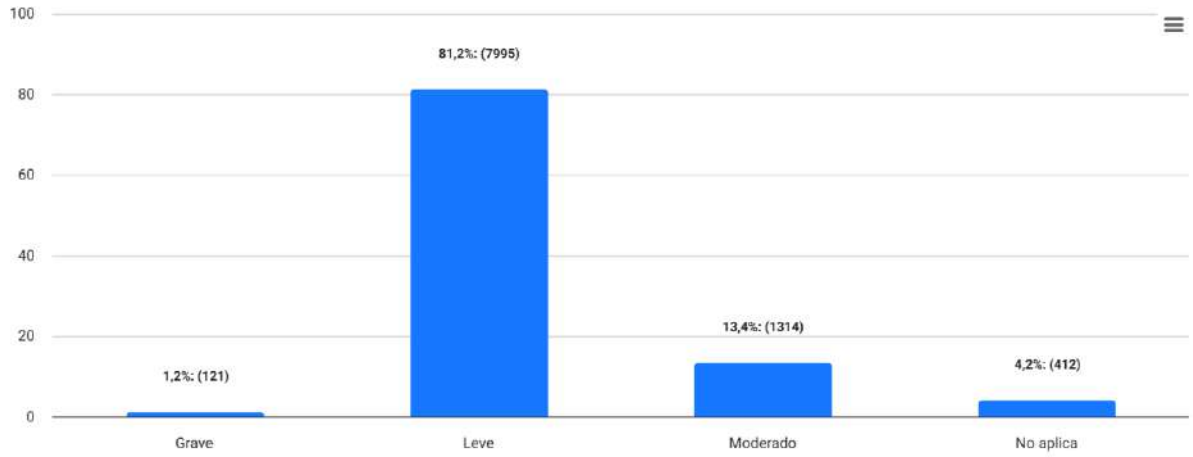
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2025 se presentó un promedio anual de 20.5%, menor al año 2024 que registró un promedio acumulado de 24.5%. El análisis de casos ha demostrado que la supervivencia está asociada a comorbilidades no compensadas en el curso de una patología aguda. Acorde a literatura, el indicador presenta un comportamiento superior en supervivencia con respecto a los valores de supervivencia para instituciones hospitalarias de alta complejidad, indicando un valor de 24% supervivencia al alta hospitalaria en EE. UU (- With The Guidelines - Resuscitation); Rango 15–25% al alta (varía 10% y >30%) en Europa (PubMed); y 22% supervivencia al alta en estudios publicados en Colombia (PubMed).

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2025 se presentó una tendencia al aumento progresivo en la cultura del reporte de indicios de atención insegura al Programa de seguridad del paciente, con mayor proporción en el III trimestre. Lo anterior, como respuesta a las estrategias de fortalecimiento y apropiación de la cultura de seguridad del paciente en la institución.

Impacto sobre el paciente



Fuente: Monitor programa seguridad del paciente - sistema de gestión integrado Almera

Con respecto al impacto sobre el paciente de las situaciones de los reportes generados, una vez analizados y cerrados por el Programa de Seguridad del paciente se evidencio que en el año 2025 el 81.2% de los casos el impacto fue leve, seguido de un 13.4% de impacto moderado y un valor de 1.2% para eventos categorizados como graves. No se presentaron casos en año 2025 categorizados como centinelas.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Las auditorias de historia clínica durante el año 2025 han tenido una mayor cobertura en todos los servicios. De esta manera, se presentó de manera comparativa entre los años 2024 y 2025 una variación positiva anual acumulada de 14.21 puntos reflejando un mayor seguimiento al adecuado registro clínico institucional.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2025 se evidencia un aumento en último trimestre en la adherencia al adecuado diligenciamiento de historia clínica, favorecido por los planes de mejoramiento, intervenciones de socialización con sociedades médicas que se efectuaron durante año 2025.

4. INDICADORES DE CULTURA:

Fuente: Informe talento humano

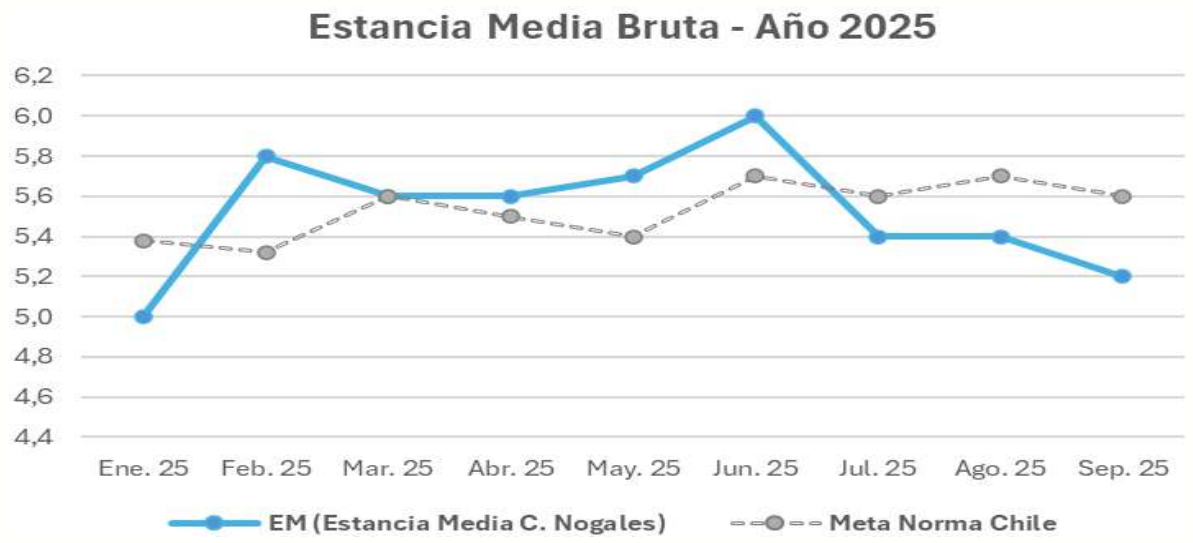
Con relación a la rotación del personal global de la institución, el área de Gestion clínica presento durante el año 2025 una rotación promedio acumulada anual de 0.61% de su planta total que corresponde a 16 personas.

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01

Fuente: Informe talento humano

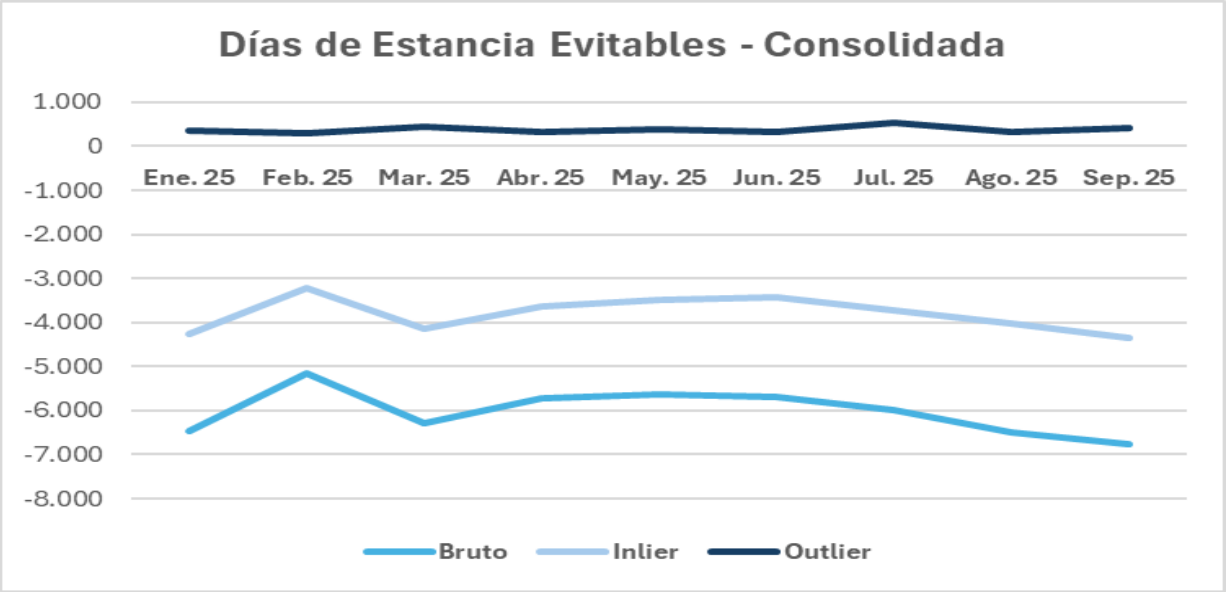
Para el año 2025 se presentó un valor de 79.01 en el resultado de clima laboral del área de gestión clínica, encontrándose el resultado en un rango de Zona de pasión (77% a 84.9%), representado un resultado sobresaliente con un consenso general de la percepción organizacional frente a las facetas evaluadas como positivo, así mismo, nivel de pertenencia organizacional avanzado, con planes a mediano y largo plazo establecidos.

5. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



Fuente: Coordinación gestión clínica Alcor-GRD®

La EM inicia en 5.0 días en enero, logrando un ahorro de 0.4 días frente a la meta. En febrero sube a 5.8 días, con un exceso de 0.4 días. Entre marzo y mayo se mantiene estable (5.6–5.7): en marzo está sobre la meta, mientras que en abril y mayo presenta excesos de 0.1 y 0.3 días, respectivamente. En junio alcanza el valor más alto (6.0 días), con exceso de 0.3 días. A partir de julio mejora el desempeño: en julio y agosto la EM es de 5.4 días, generando ahorros de 0.2 y 0.3 días; y en septiembre desciende a 5.2 días, alcanzando el mayor ahorro del periodo (0.4 días). En conclusión, hubo una mejora en la gestión clínica en los últimos meses analizados ya que no se superó la meta y se generó ahorro de días.

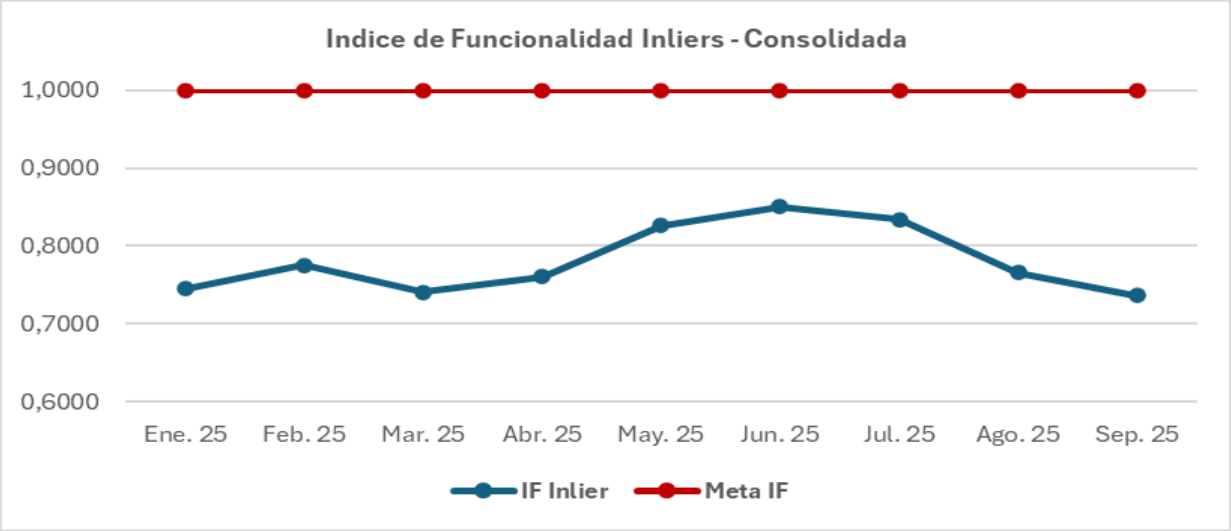


Fuente: Coordinación gestión clínica Alcor-GRD®

Vigilado Supersalud

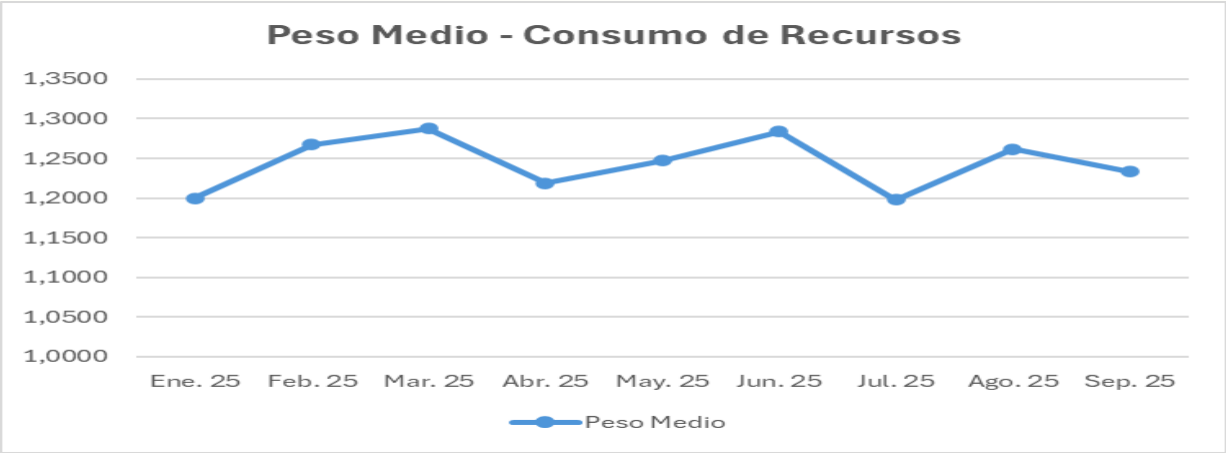
Los días evitables (Bruto) muestran una tendencia al ahorro de días, la cual se mantuvo en valores desde 5000 a 6000 días ahorrados, lo cual representa un consumo de recursos eficiente, demostrando que la institución tomó menos días de estancia para tratar la misma casuística en comparación con la norma Chile 2014.

Los Outliers se mantienen entre 300 a 400 días de consumo superior comparado con la norma, con picos en marzo, julio y agosto, mientras que los Inliers muestran un ahorro entre 3000 a 4000 días, lo anterior evidencia que, aunque los outliers generan un consumo adicional de días que podrían haberse evitado, este impacto se ve compensado por los inliers, los cuales aportan un ahorro significativo en la estancia.



Fuente: Coordinación gestión clínica Alcor-GRD®

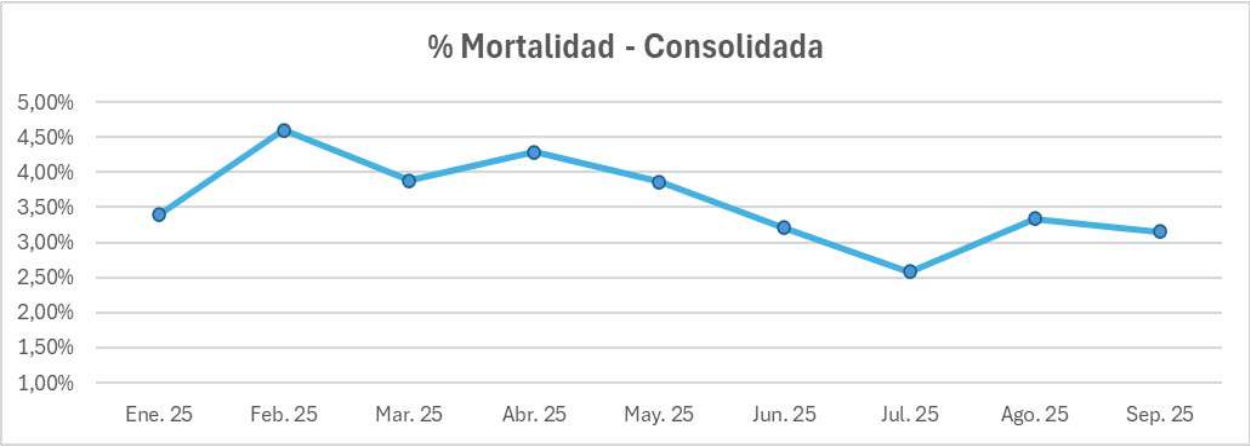
El índice de funcionalidad Inlier se mantiene consistentemente por debajo de la meta máxima establecida por la norma (1.0). Al mantenerse bajo este umbral, se evidencia que la clínica está utilizando menos días de estancia que el estándar de referencia (Norma Chilena 2014), lo que se traduce en un ahorro significativo de recursos. Este comportamiento refleja eficiencia tanto en la gestión de la estancia hospitalaria como en el uso de los recursos institucionales destinados a los pacientes hospitalizados.



Fuente: Coordinación gestión clínica Alcor-GRD®

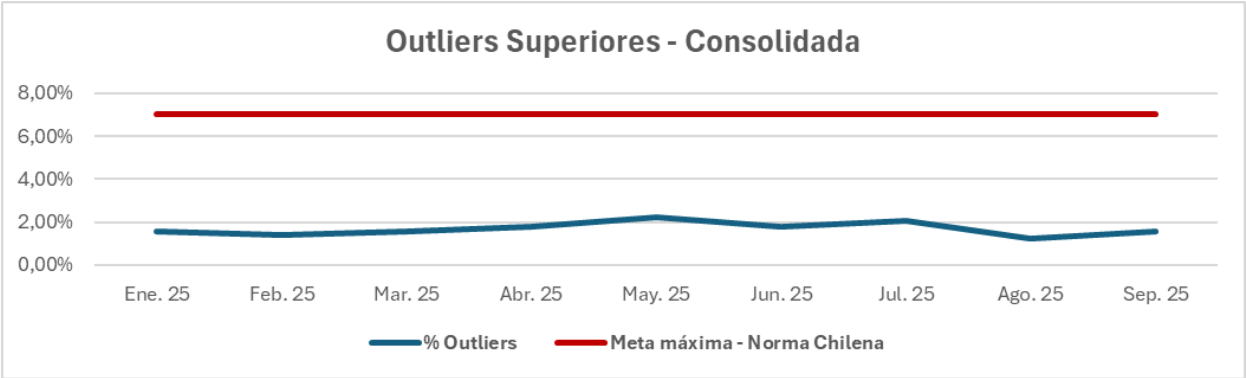
Vigilado Supersalud

El Peso IR Medio se ha mantenido en un rango entre 1,1 y 1,2, valores que se encuentran próximos al umbral de consumo bajo establecido por la norma (<1,0). Este comportamiento indica que el consumo de recursos en la institución se mantiene en un nivel moderado y con tendencia a acercarse al estándar óptimo. El objetivo es implementar estrategias que permitan reducir progresivamente este indicador hacia valores inferiores a 1,0, lo cual impactaría de manera positiva la gestión clínica y generaría un mayor ahorro de recursos para la institución.



Fuente: Coordinación gestión clínica Alcor-GRD®

Ningún fallecido tenía riesgo de mortalidad bajo; la mayoría (99,28%) presentaba enfermedades crónicas. La edad media de los fallecidos está por encima de los 60 años (adultos mayores). 2,63% de los casos fallecidos fueron outliers superiores.



Fuente: Coordinación gestión clínica Alcor-GRD®

ANÁLISIS DE EPISODIOS CON ESTADÍAS PROLONGADAS		
IR GRD Gravedad 1	Sin Complicación	Con Peso <= 1
47,00%	98,50%	49,00%

Fuente: Coordinación gestión clínica Alcor-GRD®

Vigilado Supersalud

El 47.00% de los episodios Outliers Superiores fueron Severidad 1. El porcentaje de outliers superiores se mantuvo por debajo de la meta máxima (7%) durante todos los meses analizados, lo que evidencia una gestión eficiente de la estancia hospitalaria. Esto indica que la ocurrencia de casos extremos se mantuvo dentro de lo esperado según la norma de referencia, demostrando control y adecuada gestión de los pacientes con estancias prolongadas**.**

6. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

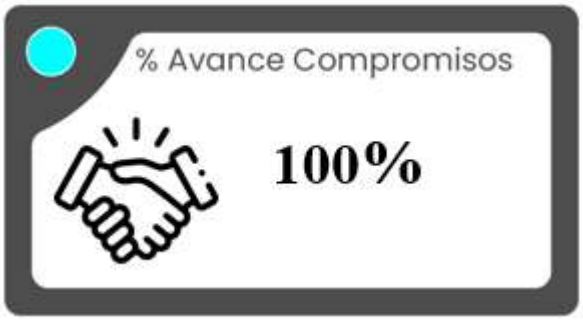
A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Comité Gestión Clínica **Comité Historias Clínicas**

Vigilado Supersalud

Avance de Compromisos.



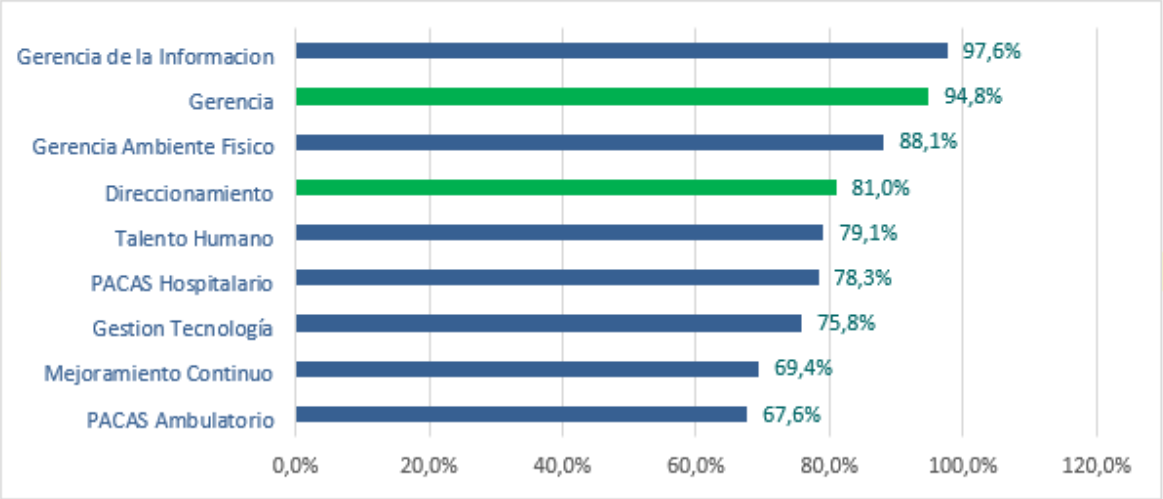
Indicadores.

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Vigilado Supersalud

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **Direccionamiento y Gerencia** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

7. LECCIONES APRENDIDAS

- **Gestión del riesgo:** Durante el año 2025, se trabajó en la madurez de la matriz de riesgo clínico; se identificaron 21 riesgos en los escenarios extremo y alto, que a su vez por el escenario de zona de riesgo son los priorizados por su criticidad. Dichos riesgos se les realizó seguimiento periódico trimestral y semestral validando durante evaluación si se presentó la materialización durante los períodos evaluados. Como aprendizaje, se tiene que medir la frecuencia de la materialización del riesgo impulsó el trabajo desde las diferentes unidades funcionales sobre el cumplimiento del plan de acción para los riesgos extremos y altos con un cierre promedio global de cumplimiento de 90,48%.
- **Seguridad del paciente:** Se estableció una articulación estratégica con el área de mejoramiento continuo, mediante la cual se realiza seguimiento activo de la gestión de eventos. Este enfoque interdepartamental fortalece la identificación de la gestión oportuna y la implementación de acciones correctivas sostenibles. Así mismo, la participación de Vigilancias en Rondas Institucionales permitió que el programa de seguridad del paciente mantuviera un seguimiento riguroso y cumplimiento de las vigilancias programadas, con participación activa en las rondas institucionales de seguridad. Estas acciones permitieron la detección temprana de riesgos, la retroalimentación inmediata al equipo clínico y el refuerzo de prácticas seguras en todos los niveles asistenciales.
- **Auditoria médica concurrente:** La evaluación de adherencia al correcto diligenciamiento de historia clínica institucional ha permitido conocer oportunidades de mejora, y plantear estrategias que contribuyen a favorecer los

registros clínicos por el equipo asistencial e impacto positivo en los resultados de la evaluación de la calidad del diligenciamiento de esta. De igual manera, la auditoría médica de concurrencia es un factor clave para la gestión oportuna, la monitorización y la disminución de las estancias hospitalarias; se ha evidenciado que la presencia activa de los auditores de concurrencia permite identificar retrasos, estancias injustificadas, barreras administrativas y errores de comunicación que impactan de manera negativa en los resultados clínicos y en la contención del costo médico, lo cual promueve de manera positiva la articulación asistencial y administrativa enfocada en implementar acciones correctivas, que contribuyen a la sostenibilidad institucional y a la calidad de la atención en salud enfocada en la mejorar de la eficiencia operacional.

- **Grupos diagnósticos relacionados:** Se continúa trabajando en la optimización de las estancias hospitalarias para reducir costos y tiempos según la patología del paciente. Los resultados de los indicadores funcionales reflejan un avance significativo en este aspecto. Los indicadores de GRD han permitido generar espacios de análisis de estancias prolongadas, con identificación de (Outliers superiores) para identificar sus causas y definir estrategias que prevengan su repetición.

8. PROYECTOS 2026:

Gestión del riesgo:

- Lanzamiento anual de curso de Gestión del Riesgo con el fin de favorecer la comprensión y entendimiento por los colaboradores sobre el subsistema de riesgo en salud.
- Simulacros código azul y equipos de respuesta rápida.
- Realizar seguimiento de dato crítico (laboratorio e imágenes Diagnostico) Vs resultado clínico (muestra).

Seguridad del paciente:

- Fortalecer la educación de líderes y coordinadores en el análisis de eventos de seguridad del paciente para optimizar la gestión oportuna y efectiva.
- Diligenciar la Encuesta sobre Cultura de Seguridad del Paciente, incluyendo análisis de resultados y elaboración de un plan de acción correctiva basado en sus dimensiones clave.
- Realizar monitoreo del avance en los planes de trabajo de los líderes de paquetes instruccionales, con evaluaciones trimestrales del comportamiento de indicadores relevantes.
- Socializar y evaluar las guías de reacción inmediata, verificando su comprensión y aplicación en escenarios reales.
- Capacitar al personal en la identificación temprana de víctimas en eventos de seguridad del paciente, promoviendo respuestas preventivas y de mitigación.

Vigilado Supersalud

Auditoria médica concurrente:

- Implementación de curso virtual en el diligenciamiento de historia clínica que permita adoptar desde el ingreso a todos los profesionales médicos el conocimiento en la calidad en el registro en la historia clínica y su normatividad que aplica.
- Mantener y continuar con el fortalecimiento de la calidad de los registros clínicos institucionales
- Participación en Juntas Médicas clínico-administrativas en el 2026 acorde a los criterios definidos por la dirección médica para promover adherencia, pertinencia y costo efectividad de los tratamientos médicos y/o quirúrgicos.

Grupos diagnósticos relacionados

- Integración de análisis financiero junto con las áreas de TI y Finanzas, un Query que incluya los costos por paciente, desagregados por centro de costo y valor total. Esto permitirá realizar un análisis financiero detallado y generar estrategias para disminuir dichos costos, optimizando el consumo de recursos y mejorando la eficiencia global.

Vigilado Supersalud

HUMANIZACIÓN

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Cumplimiento del 100% POA, con la ejecución de 32 actividades, dirigidas tanto a colaboradores como a pacientes, fortaleciendo de manera integral la estrategia de humanización institucional.
- Implementación de la Encuesta de Humanización, establecida como un instrumento de medición semestral, con el objetivo de ampliar la cobertura poblacional, complementar los procesos de evaluación y generar oportunidades continuas de mejora.
- Diseño, socialización y fortalecimiento de habilidades blandas en los colaboradores.
- Alcance del 80.5% en la medición de los indicadores de humanización 2025, consolidando el seguimiento estratégico del modelo.
- Ejecución al 100% de los planes de trabajo de los ejes de acreditación, asegurando el cumplimiento de los estándares establecidos y el fortalecimiento de la cultura de calidad.
- Tres referenciaciones durante el año 2025, correspondientes a una externa y dos institucionales, como reconocimiento a las buenas prácticas implementadas. Participación como invitados por el Ministerio de Salud, para la socialización de experiencias exitosas en el modelo de humanización y reconocimiento como referentes en el modelo de humanización por la Liga Contra el Cáncer, consolidando el posicionamiento institucional en este enfoque.
- Consolidación de estrategias de salud mental dirigidas a colaboradores, mediante jornadas de intervención y sensibilización sobre manejo del estrés, prevención del suicidio y autocuidado, promoviendo el bienestar emocional y laboral.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO.

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Diseño e implementación de habilidades blandas en colaboradores	Fortalecer habilidades blandas enfocadas en comunicación empática, escucha activa, regulación emocional, manejo	80%	30-12-2026	Se da continuidad al fortalecimiento de las habilidades blandas en los colaboradores a lo largo del año, a través de las líneas

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	del estrés y resolución de conflictos en escenarios clínicos y que favorezcan la experiencia del paciente y familia.			de humanización, en respuesta a los cambios positivos evidenciados tras su implementación y al impacto favorable en la dinámica laboral y la atención en salud.
Jornadas de Autocuidado y Salud Mental del Colaborador	Promover el autocuidado y la salud mental de los colaboradores mediante jornadas de sensibilización, fortaleciendo el bienestar emocional y humanización en el entorno hospitalario.	100%	30-12-2025	A lo largo del año se desarrollaron jornadas de salud mental y autocuidado integradas a las diferentes campañas institucionales, desde los procesos de inducción hasta el curso laboral, logrando un adecuado alcance y cobertura, y fortaleciendo el bienestar emocional de los colaboradores.
Actualización de la Ruta Institucional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida	Actualizar el protocolo institucional de la ruta de atención del riesgo suicida, garantizando una detección oportuna, atención integral y articulación efectiva de los equipos de salud.	60%	30-12-2026	Se realizó el despliegue de la actualización de la ruta de atención del riesgo suicida a finales de 2025. Como objetivo para el año 2026, se establece la ampliación de la cobertura y socialización del protocolo actualizado a todos los servicios y colaboradores.

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Actualización y Socialización del Protocolo de Territorio de Silencio	Actualizar el protocolo institucional de Territorio de Silencio, garantizando condiciones adecuadas de descanso, respeto y humanización en los servicios hospitalarios	80%	30-10-2025	Se realizó el despliegue y socialización del protocolo de Territorio de Silencio en los diferentes servicios, involucrando a colaboradores y usuarios, con una respuesta favorable. Para el año 2026 se proyecta continuar fortaleciendo y consolidando los Territorios de Silencio en la institución.

3. GESTIÓN DEL RIESGO.

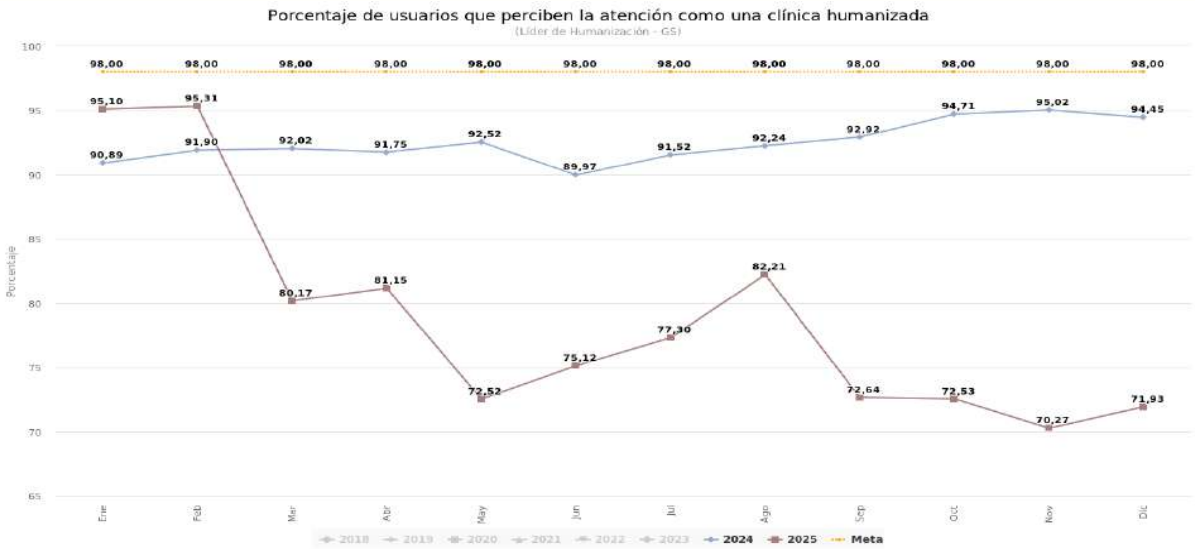
Durante el período evaluado, el proceso de Humanización identificó como principales riesgos el bajo compromiso del personal, la insuficiente medición y seguimiento de los indicadores, el alcance de cobertura, limitación de recursos y la comunicación inefectiva con pacientes y familias, los cuales pueden afectar el cumplimiento de los objetivos del proceso y la experiencia del usuario.

Para la gestión de estos riesgos, se implementaron controles orientados a la planeación y ejecución del POA, seguimiento periódico de los indicadores de humanización, articulación y desarrollo de estrategias de bienestar y cuidado del colaborador. La efectividad de dichos controles fue evaluada de manera continua a través del monitoreo de los resultados y el cumplimiento de las actividades programadas.

La materialización de los riesgos fue cuantificada mediante indicadores objetivos, tales como el porcentaje de quejas y PQRS relacionadas con el trato humanizado, el avance en la medición de los indicadores de humanización 80,5%, el cumplimiento del POA 100%, cobertura de las estrategias en los diferentes servicios. El análisis de estos resultados permitió evidenciar un adecuado control del riesgo, así como la definición de acciones de mejora orientadas a fortalecer la sostenibilidad y el impacto del modelo de humanización.

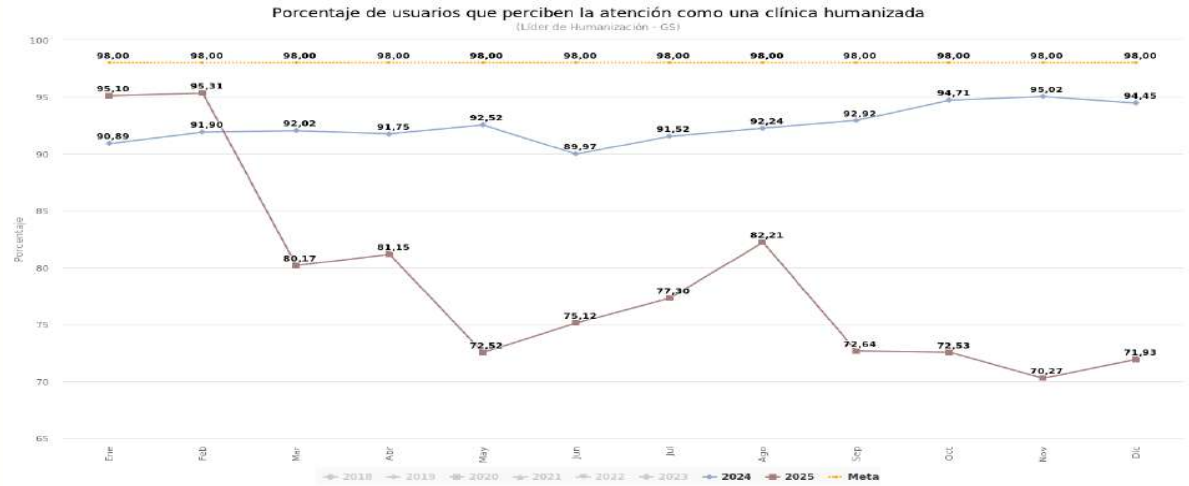
Vigilado Supersalud

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR.

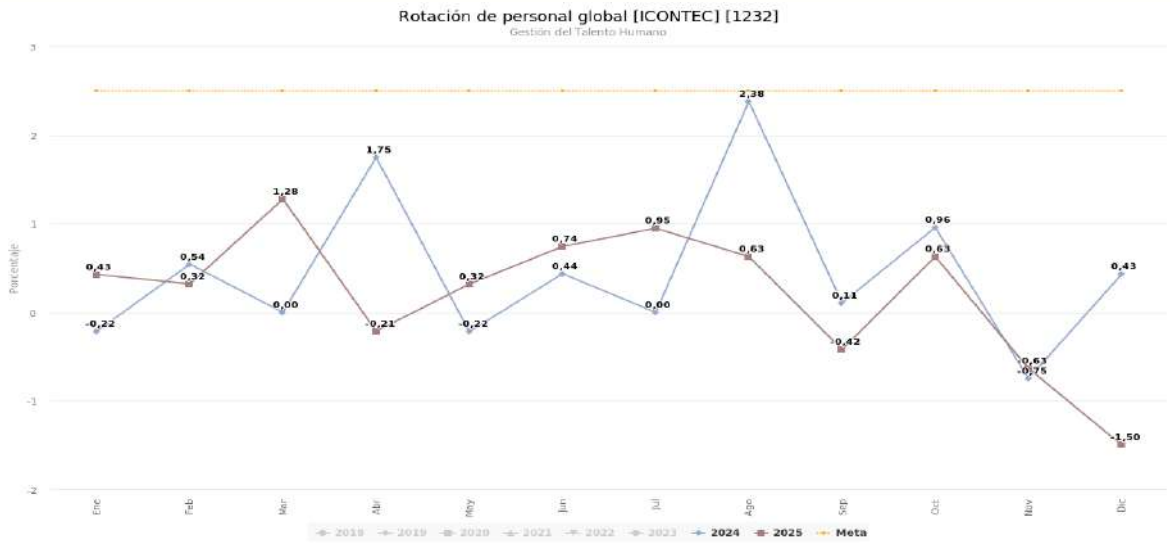


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2025, implementaron acciones estructuradas orientadas al fortalecimiento de los atributos de calidad relacionados con la atención centrada en la persona, trato digno, comunicación efectiva y acompañamiento al paciente y su familia. Las principales acciones desarrolladas fueron:

- Implementación de oportunidades de mejora en Humanización, socializadas y aplicadas al talento humano asistencial y administrativo, orientadas a estandarizar prácticas de trato digno, respeto, confidencialidad y comunicación empática.
- Desarrollo y ejecución de proyectos institucionales de humanización, con énfasis en servicios críticos y de alta complejidad (UCI, hospitalización y urgencias), fortaleciendo el acompañamiento familiar, la información clara y oportuna, y el respeto por la autonomía del paciente.
- Capacitaciones periódicas y actividades de sensibilización, dirigidas al personal de salud y colaboradores, enfocadas en atención centrada en la persona, manejo emocional, comunicación de situaciones difíciles y prevención del desgaste profesional, con registro de asistencia y evaluación.
- Implementación de estrategias de acompañamiento psicoemocional, orientadas a pacientes, familias y colaboradores, especialmente en contextos de hospitalización prolongada, enfermedad crítica y procesos de duelo, contribuyendo a la continuidad y humanización del cuidado.
- Diseño, difusión y socialización de piezas comunicativas institucionales, alineadas con la política de humanización, orientadas a promover el buen trato, los derechos y deberes del paciente y la cultura de servicio humanizado.

6. INDICADORES DE CULTURA.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

RESULTADO GENERAL DIRECCIÓN MÉDICA

Los Nogales Clínica

El clima fue 85,14

14,75

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,06	71,06	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%

Fuente: Informe talento humano

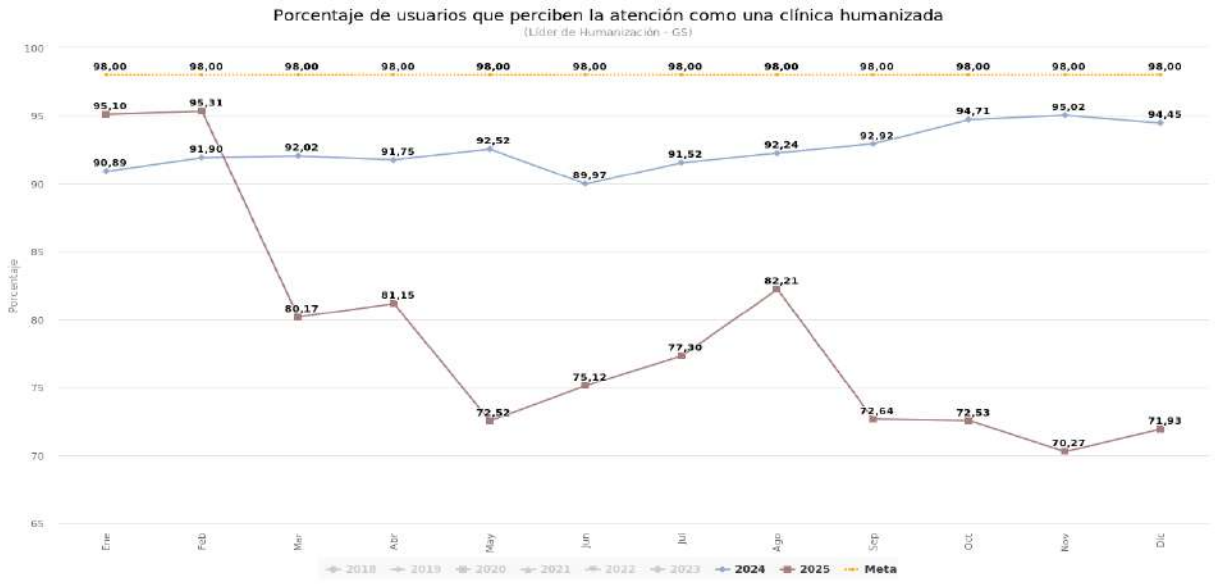
RESULTADO 2025 DIRECCIÓN MÉDICA

Los Nogales Clínica

Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%

Fuente: Informe Humanización

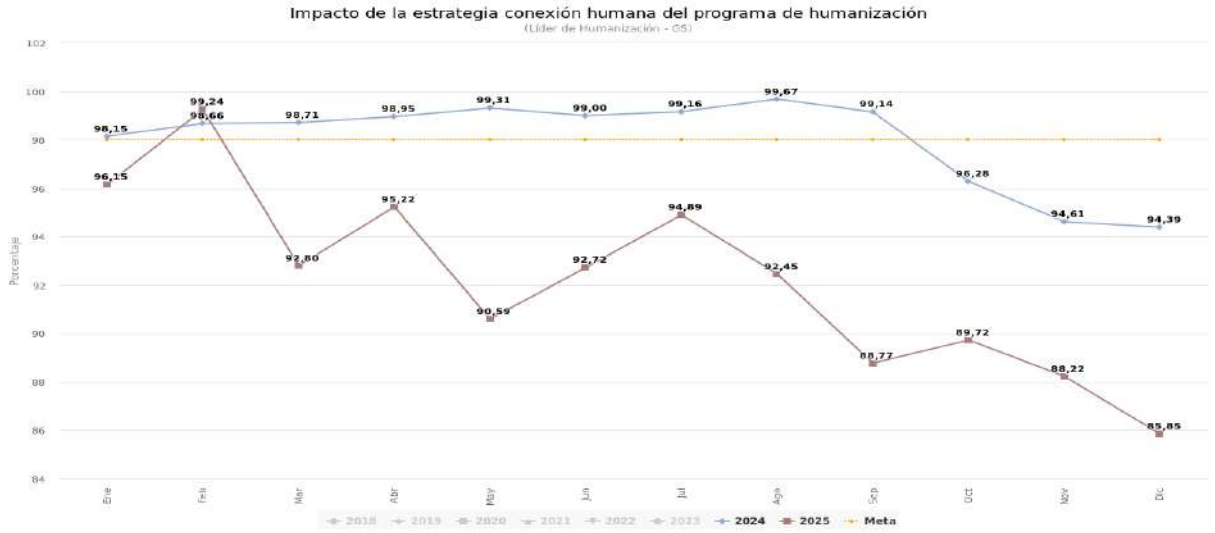
7. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2024, el indicador de percepción de humanización se mantuvo estable y con tendencia positiva, con resultados entre 91,08 % y 94,45 %, evidenciando un adecuado desempeño del proceso de humanización y una percepción favorable por parte de los usuarios.

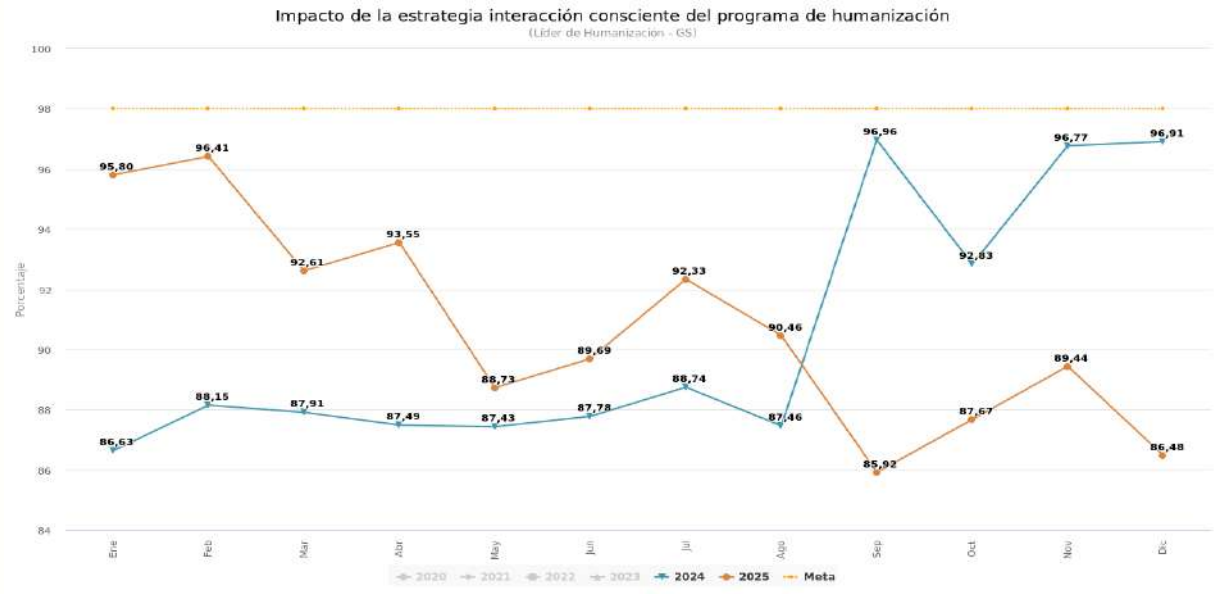
En el año 2025, se identifica un cambio en la tendencia del indicador, con un valor inicial de 95,10 % y una posterior disminución hasta 70,27%. Esta variación no se asocia a un deterioro del proceso asistencial, sino que obedece principalmente a ajustes en la metodología de medición, incluyendo cambios en los criterios de evaluación, forma de aplicación y/o población encuestada, lo cual evidencia el cambio en la comparabilidad directa con los resultados del periodo anterior.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2024, el indicador de Conexión Humana presentó un desempeño favorable, con resultados que oscilaron entre 98,15 % y 94,39 %, evidenciando una alta percepción positiva por parte de los usuarios y estabilidad del proceso asociado.

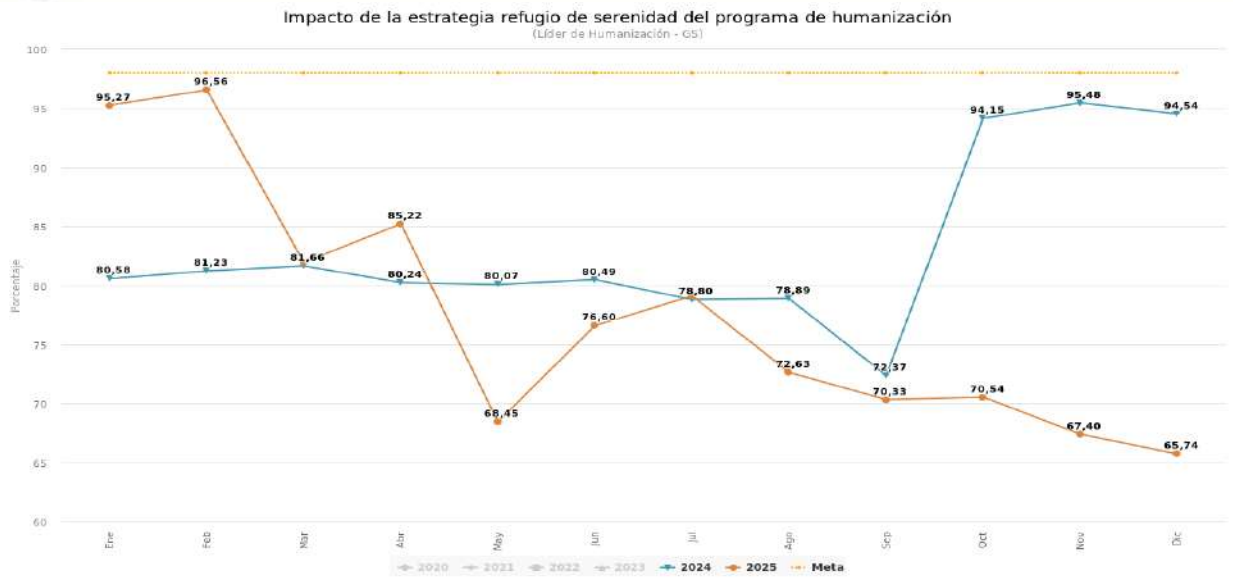
Para el año 2025, el indicador mostró un comportamiento variable, con un valor máximo de 99,24 %, evidenciando un alza inicial en la percepción del indicador; sin embargo, posteriormente se registró una disminución hasta 85,85 %. Esta variación se explica principalmente por ajustes en la metodología de medición y criterios de evaluación, los cuales incrementaron la sensibilidad del instrumento, impactando la comparabilidad directa con los resultados del año anterior.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2024, el indicador de Interacción Consciente evidenció una tendencia positiva, iniciando en 86,63 % y alcanzando un valor máximo de 96,91 %, lo que refleja una mejora progresiva en la percepción del proceso y una adecuada apropiación de las prácticas asociadas al indicador por parte del personal asistencial.

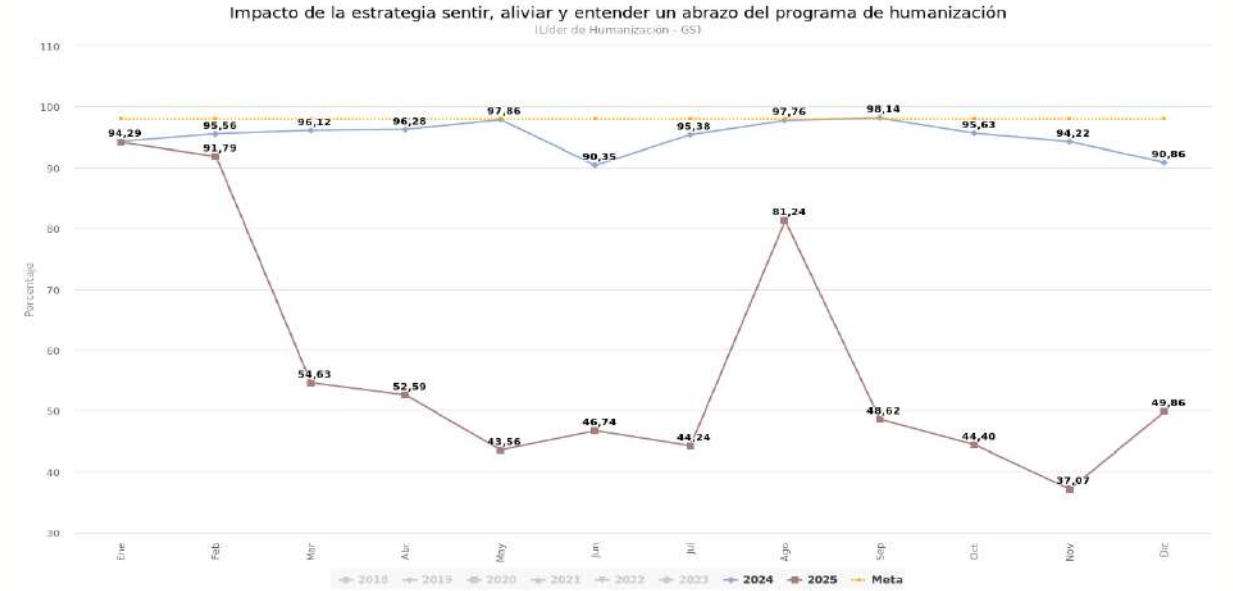
En el año 2025, el indicador inició con un valor de 95,80 %, manteniéndose inicialmente en rangos altos; no obstante, se observa una disminución gradual, con cierre en 86,48 %. Esta variación se interpreta, desde el enfoque de auditoría, como resultado de ajustes en la metodología de medición y criterios de evaluación, así como de una mayor sensibilidad del instrumento, lo que impacta la comparabilidad directa con los resultados del periodo anterior.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2024, el indicador de Refugio de Serenidad presentó una evolución favorable, iniciando con un valor de 80,58 % y alcanzando 94,54 %, lo que evidencia una mejora progresiva en la percepción del entorno asistencial y de las acciones orientadas al bienestar emocional de los usuarios.

En el año 2025, el indicador inicia con un valor de 95,27 %, reflejando una percepción inicialmente alta; sin embargo, se observa posteriormente una disminución hasta 65,74 %. Desde el enfoque de auditoría, esta variación se encuentra directamente relacionada con las mejoras y ajustes implementados en el proceso, así como con cambios en la metodología de medición, los cuales incrementaron la exigencia y sensibilidad del instrumento, afectando la comparabilidad directa con los resultados del periodo anterior.

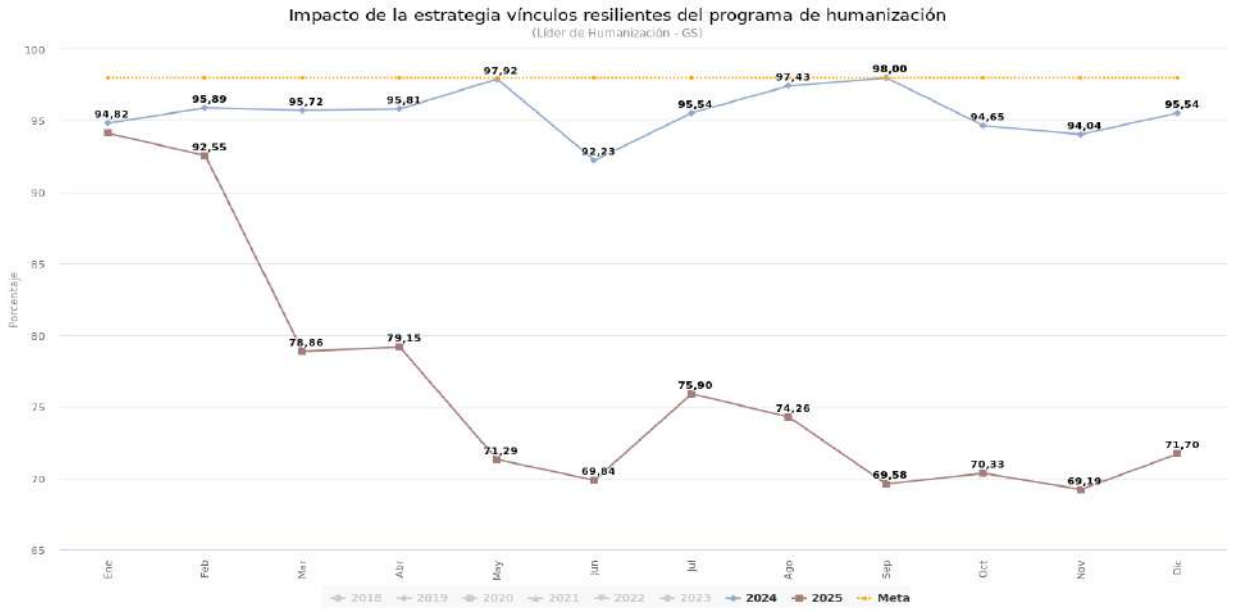


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2024, el indicador Sentir Aliviar un Abrazo presentó resultados estables y altos, iniciando con un valor de 94,29 % y cerrando en 90,86 %, lo que refleja una percepción favorable y sostenida de las prácticas asociadas al acompañamiento y cercanía emocional brindadas a los usuarios.

En el año 2025, el indicador inicia con 94,13 %; no obstante, se evidencia una variación significativa, con una disminución hasta 49,86 %. Desde el enfoque de auditoría, este comportamiento se explica principalmente por cambios sustanciales en la metodología de medición, incluyendo ajustes en los criterios evaluados y en la forma de captura de la percepción del usuario, lo que incrementó la sensibilidad del instrumento y afectó la comparabilidad directa con los resultados del año anterior.

En consecuencia, los resultados del año 2025 no deben interpretarse de manera aislada como un deterioro del proceso, sino como el efecto de una redefinición del indicador y su medición, orientada a obtener una evaluación más precisa y realista de la experiencia del usuario. Los valores obtenidos constituyen una nueva línea base, sobre la cual se realizará el seguimiento y análisis de tendencia en los periodos siguientes.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2024, el indicador de Vínculos Resilientes evidenció un comportamiento estable y favorable, iniciando con un valor de 94,82 % y cerrando en 95,54 %, lo que refleja una adecuada consolidación de las prácticas orientadas al fortalecimiento de relaciones terapéuticas y redes de apoyo.

En el año 2025, el indicador inicia con 94,13 % y presenta una oscilación con un valor mínimo de 71,70 %. Desde el enfoque de auditoría, esta variación se encuentra asociada principalmente a ajustes en la metodología de medición y criterios de evaluación, los cuales incrementaron la sensibilidad del instrumento, impactando la comparabilidad directa con los resultados del año anterior.

Vigilado Supersalud

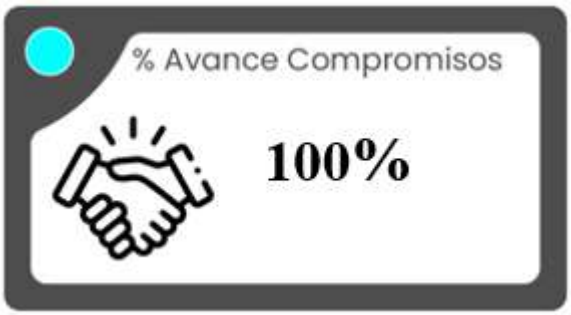
En este sentido, los resultados observados en 2025 no evidencian un deterioro estructural del proceso, sino que corresponden a una redefinición del indicador y su forma de medición, permitiendo identificar con mayor precisión oportunidades de mejora. Los valores obtenidos deben considerarse como una nueva línea base, sobre la cual se realizará el seguimiento y análisis de tendencia en los periodos posteriores.

8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO.

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.



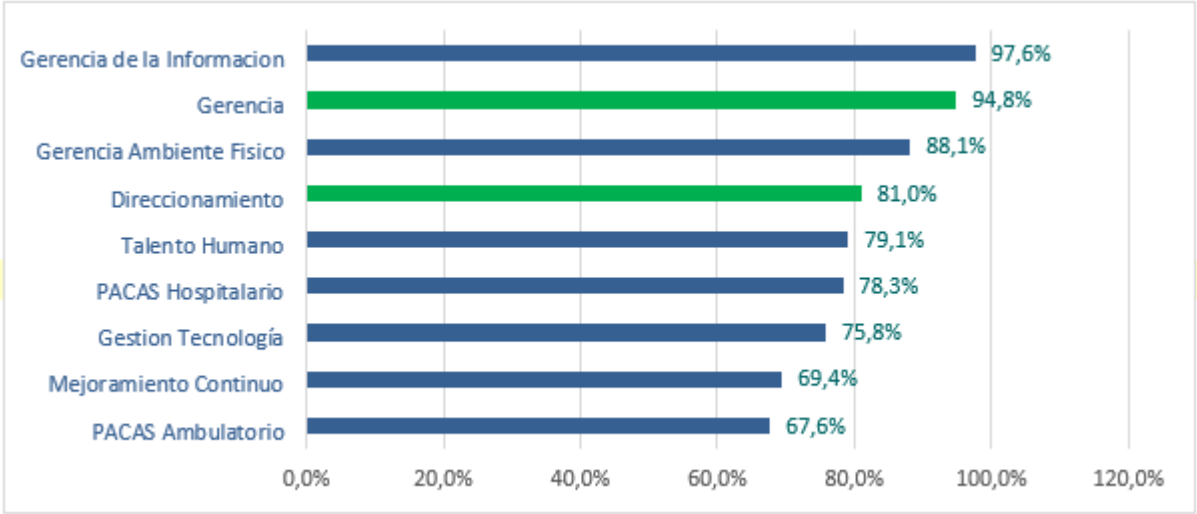
Vigilado Supersalud

Indicadores.

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **Direccionamiento y Gerencia** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- El análisis de las experiencias y resultados del año 2025 permitió identificar avances significativos en la apropiación del enfoque de humanización y oportunidades de mejora para fortalecer el desempeño institucional en 2026. Se evidenció un impacto positivo de las capacitaciones, proyectos e iniciativas implementadas, reflejado en una mejor comunicación, trato digno y atención centrada en la persona.
- Como oportunidades de mejora, se identificó la necesidad de fortalecer la medición de impacto, la estandarización de las acciones entre servicios y la sostenibilidad de las estrategias en el tiempo. Estos aprendizajes servirán para replicar las acciones exitosas, corregir brechas identificadas y optimizar la toma de decisiones, contribuyendo a la mejora continua.

10. PROYECTOS 2026:

- Consolidar el modelo institucional de humanización, integrándolo de forma transversal en los procesos asistenciales y administrativos, fortaleciendo la atención centrada en la persona y el cumplimiento de los estándares de calidad. Fortalecer la medición de la experiencia del usuario y su familia, mediante indicadores estandarizados, análisis de resultados y uso progresivo de herramientas de analítica de datos e inteligencia artificial para la toma de decisiones.
- Incorporar tecnologías e innovación con enfoque humanizado, orientadas a mejorar la comunicación, la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente, garantizando el uso ético, seguro y normativamente adecuado de leer la información.
- Desarrollar estrategias de sostenibilidad institucional, alineadas con las reformas del sistema de salud, optimizando recursos y asegurando la continuidad de las iniciativas de humanización.
- Fortalecer las competencias del talento humano, a través de programas de formación continua en humanización, comunicación efectiva, transformación digital e innovación en salud.
- Alinear las acciones de humanización con el contexto normativo y las buenas prácticas nacionales e internacionales, promoviendo la mejora continua y el cumplimiento de los requisitos de acreditación ICONTEC.

Vigilado Supersalud

RESPONSABILIDAD SOCIAL

1. PRINCIPALES LOGROS:

Con el propósito de consolidar la cultura institucional de sostenibilidad, inclusión, bienestar y compromiso ambiental, durante el mes de junio se desarrolló el mes de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE). Las actividades estuvieron dirigidas a colaboradores, pacientes y visitantes, y se estructuraron en cuatro líneas estratégicas, cada una orientada a fortalecer distintos ejes de la RSE: ambiente, bienestar, cultura organizacional e inclusión.

Las iniciativas ejecutadas evidenciaron alta participación, avances significativos en prácticas sostenibles y un fortalecimiento notable de la cultura organizacional. En total, las acciones del mes involucraron más de 210 participantes directos, además de un flujo amplio de pacientes y visitantes que se sumaron a las actividades de carácter abierto.

Estas acciones contribuyeron al cumplimiento de los compromisos institucionales en gestión ambiental, bioseguridad, sostenibilidad e integración de grupos de interés.

Líneas estratégicas

Semana 1 – ADN Nogales: "Sembrando vida, cosechando futuro"

Actividad orientada al fortalecimiento del sentido de pertenencia y la visibilizarían del compromiso ambiental de la institución, alineada con la conmemoración del Día Mundial del Medio Ambiente.

Principales resultados:

- Entrega de 300 plántulas a colaboradores, pacientes y visitantes.
- Realización de la actividad en un punto estratégico de alta circulación (Lobby Torre 2).
- Impulso de iniciativas complementarias como **Eco-ideas** y **Nico Ambiental**.
- Incremento de la conversación interna sobre sostenibilidad y cuidado del entorno.

Semana 2 – Limpieza con Propósito segregación de residuos e higiene de manos

Iniciativa desarrollada para el fortalecimiento de la bioseguridad, cumplimiento normativo y consolidación de una cultura preventiva.

Principales resultados:

- 60 colaboradores capacitados en segregación de residuos y protocolos de higiene.
- Refuerzo del código de colores institucional y los 5 momentos de la higiene de manos.

Vigilado Supersalud

- Acompañamiento pedagógico mediante las mascotas institucionales Ramona y Nico, facilitando la recordación de los mensajes.
- Evidencia de mejoras en la clasificación de residuos y en la adherencia a protocolos de bioseguridad.

Semana 3 – Juntos lo hacemos posible

Desarrollo de capacitaciones en articulación con unión y la Secretaría de Integración, orientadas a fortalecer la inclusión, el bienestar y la sostenibilidad en las operaciones institucionales y a crear ambientes más inclusivos, conscientes y respetuosos.

Principales resultados:

- 60 participantes en capacitaciones sobre espacios de silencio, lengua de señas y manejo de ropa hospitalaria.
- Cobertura del 100 % de los servicios, demostrando apropiación institucional.
- Fortalecimiento de la inclusión mediante nociones básicas de lengua de señas.
- Optimización operativa gracias a mejores prácticas en la gestión de ropa hospitalaria.

Semana 4 – Juntos lo logramos: Uso eficiente del agua

Actividad incremento de la conciencia ambiental y fortalecimiento del rol individual en la sostenibilidad hídrica institucional.

Principales resultados:

- 90 colaboradores sensibilizados sobre el consumo responsable del agua.
- Jornada formativa de 4 horas, con dinámicas, preguntas y entrega de elementos educativos.
- Mayor comprensión de la situación actual de los embalses y del impacto del consumo hídrico en el entorno.

En términos de gestión, las actividades del Mes de la RSE lograron una alineación integral con las metas institucionales de sostenibilidad, bienestar y cultura organizacional. Entre los resultados más relevantes se destacan:

- Fortalecimiento de la movilización del talento humano, gracias a actividades formativas con alta participación y apropiación.
- Mejoras observables en prácticas de bioseguridad, segregación de residuos, uso eficiente del agua y gestión de la ropa hospitalaria.
- Participación activa de pacientes y visitantes, lo que contribuyó a posicionar a la clínica como una institución responsable y comprometida con su entorno.

Vigilado Supersalud

- Integración efectiva de colaboradores y grupos de interés alrededor de un propósito común: cuidar el ambiente, promover el bienestar y construir comunidad desde la acción colectiva.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO.

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Mes de la Responsabilidad Social Empresarial – Junio	Fortalecer la cultura institucional a través de acciones orientadas a la sostenibilidad ambiental, la inclusión, el bienestar y la responsabilidad social; mediante actividades formativas y participativas dirigidas a colaboradores, pacientes y visitantes, promoviendo prácticas responsables y una mayor conciencia frente al cuidado del entorno.	100%	24 de junio de 2025	El desarrollo del Mes de la RSE permitió avanzar de manera significativa en los compromisos institucionales de sostenibilidad, bienestar, cultura inclusiva y gestión ambiental. Las actividades lograron una amplia participación y generaron mejoras observables en prácticas de bioseguridad, segregación de residuos, uso eficiente del agua y manejo de ropa hospitalaria. Asimismo, se fortaleció la movilización del talento humano, se incrementó la conciencia ambiental y se consolidó la integración entre colaboradores, pacientes, visitantes y otros grupos de interés, alrededor de un propósito común: cuidar el

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
				ambiente, promover el bienestar y construir comunidad desde la acción colectiva.

3. INDICADORES DE MEJORAMIENTO.

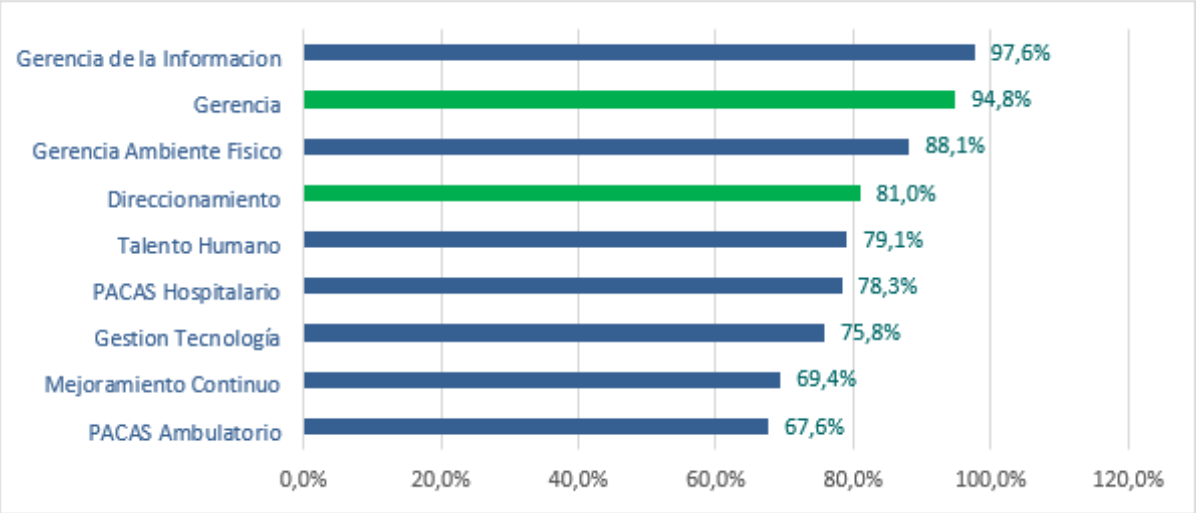
Cumplimiento Cargue de Actas.

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Vigilado Supersalud

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **Direccionamiento y Gerencia** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

4. LECCIONES APRENDIDAS

Durante 2025, el Eje de Responsabilidad Social Empresarial realizó un ejercicio de revisión y reorganización que permitió identificar los ajustes necesarios para fortalecer la gestión futura. El año dejó como principal aprendizaje la importancia de contar con bases documentales formales, como la Política Institucional y el Manual de RSE.

El análisis también evidenció la necesidad de ajustar cronogramas a las capacidades reales del equipo, especialmente tras el cambio en el liderazgo del eje en septiembre, lo cual resaltó la relevancia de planear con criterios de realismo y seguimiento continuo.

Como resultado del proceso, se consolidó un conjunto de iniciativas estratégicas —como programas de fidelización interna, formación en RSE, proyectos ambientales y alianzas comunitarias - que servirán como base para la ejecución priorizada en 2026.

Finalmente, se reafirmó la necesidad de fortalecer la articulación entre áreas misionales y de apoyo, lo que permitirá avanzar con una gestión más integrada y sostenible en el próximo periodo.

5. PROYECTOS 2026:

Para 2026, el Eje de Responsabilidad Social Empresarial (RSE) proyecta una agenda de trabajo orientado a fortalecer su marco institucional y a consolidar una gestión alineada con los objetivos estratégicos de la Cínica. Con base en los análisis realizados durante 2025, se identifican los siguientes retos generales que guiarán las decisiones y prioridades de la gestión 2026.

• Fortalecer el marco institucional de la RSE, avanzando en la consolidación de lineamientos, criterios y directrices que permitan una gestión más estructurada y coherente con las prácticas nacionales e internacionales de sostenibilidad.

• Robustecer las capacidades internas, promoviendo la alineación conceptual y el fortalecimiento del conocimiento técnico en RSE dentro del equipo, con el fin de asegurar criterios comunes y una mejor toma de decisiones.

• Profundizar en estrategias de sostenibilidad y bienestar organizacional, integrando enfoques que aporten al compromiso institucional, al fortalecimiento del talento humano y a la cultura organizacional.

• Avanzar en iniciativas ambientales y comunitarias, considerando opciones que permitan ampliar la presencia institucional, fomentar la articulación territorial y contribuir a los objetivos sociales y ambientales propios del sector.

EXPORTACIÓN DE SERVICIOS Y PLANES ESPECIALES.

1. PRINCIPALES LOGROS:

Durante el año 2025 se realizó la revisión y actualización del Plan de Internacionalización y Promoción de Servicios, lo que permitió identificar los ajustes necesarios y sentar una base para su fortalecimiento en periodos posteriores, sin implicar todavía resultados operativos o comerciales de gran alcance.

Como parte de este proceso de ordenamiento interno, se estructuró el Plan de Comunicaciones y Mercadeo, incorporando la definición de una ruta de atención para el paciente particular, documentada en el mapa de journey correspondiente. Este trabajo permitió formalizar elementos esenciales del proceso, aunque aún en una fase preliminar y de consolidación.

Adicionalmente, se llevaron a cabo gestiones externas enfocadas en comprender mejor el entorno y las oportunidades del sector, entre ellas la participación en la encuesta de ProColombia sobre la estrategia internacional del sector salud y acercamientos con la entidad con el fin de crear una hoja de ruta en la estrategia de internacionalización.

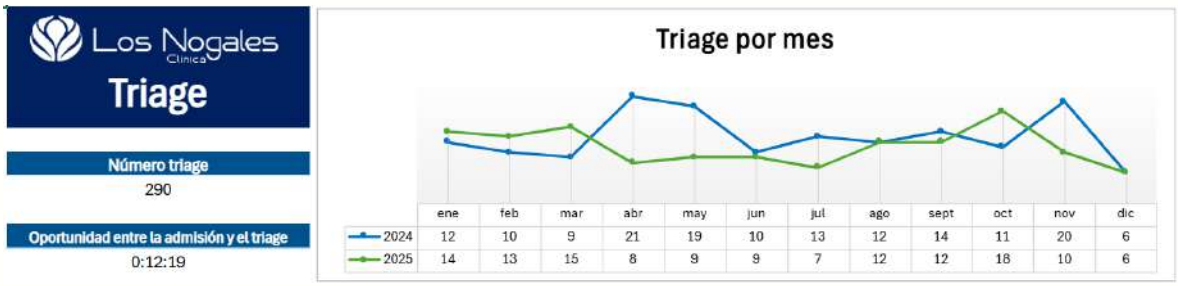
2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Actualización y Organización del Plan de Internacionalización y Promoción de Servicios	Realizar la revisión, ajuste y organización preliminar de los elementos técnicos y operativos relacionados con la internacionalización de servicios, incluyendo aspectos de comunicaciones, mercadeo y ruta de atención del paciente particular, con el fin de contar con insumos actualizados para su desarrollo en etapas posteriores	20%	Diciembre 2026	Durante 2025 se avanzó en la revisión y organización inicial del Plan de Internacionalización y Promoción de Servicios. En este periodo se revisó la ruta de atención del paciente particular como insumo preliminar para el componente internacional. Adicionalmente, se iniciaron las gestiones con ProColombia para acceder a herramientas

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
				técnicas (plantilla del plan exportador, guía de selección de mercados y documentos orientadores para la ruta de paciente internacional), las cuales actualmente se encuentran en proceso de análisis y diligenciamiento por parte del equipo. Aunque el proyecto no alcanzó aún una fase operativa ni la definición del mercado priorizado, se consolidaron elementos diagnósticos y metodológicos que permitirán avanzar en 2026 hacia la construcción de la Ruta de Paciente Internacional y la estrategia comercial asociada.

3. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



Fuente: Portal BISAAD

Fuente: Portal BISAAD

Fuente: Portal BISAAD

Fuente: Portal BISAAD

La atención de paciente particular en 2025 mostró un comportamiento estable, pero de bajo volumen en comparación con 2024. En hospitalización se registraron 29 egresos con una estancia promedio de 6,62 días, reflejando una dinámica aún incipiente y con variaciones mensuales aisladas. En urgencias se atendieron 238 consultas, de las cuales

el 29,41% requirió ingreso a observación, evidenciando que este servicio continúa siendo el principal canal de acceso para el paciente particular. Por su parte, la consulta especializada alcanzó 69 atenciones, con un desempeño inferior al observado el año anterior y sin picos significativos de demanda. En conjunto, los datos muestran que el flujo de pacientes particulares avanza de manera gradual, con incrementos puntuales, pero sin consolidar todavía una tendencia sostenida.

Durante 2025, la facturación asociada a pacientes extranjeros y particulares estuvo alrededor de $39.368.545.729

4. LECCIONES APRENDIDAS

- El proceso evidenció que para avanzar con solidez en la exportación de servicios es indispensable contar con una ruta de atención del paciente particular completamente estructurada, ya que esta constituye la base operativa y experiencial para escalar hacia la ruta de paciente internacional.
- Asimismo, se confirmó la importancia de disponer de información de mercado confiable, una coordinación oportuna con entidades externas y una gobernanza interna clara.
- La experiencia también demostró que la propuesta de valor y las alianzas estratégicas deben definirse desde etapas tempranas y que la internacionalización es un proceso gradual, que requiere expectativas realistas y una estrategia flexible alineada con los recursos disponibles.

5. PROYECTOS 2026:

- Para 2026, el principal reto del proceso será consolidar la ruta de atención del paciente particular como plataforma base para escalar al paciente internacional, garantizando estándares de experiencia, oportunidad y trazabilidad que permitan avanzar hacia la exportación de servicios bajo el modelo de Zona Franca y el marco normativo vigente.
- En coherencia con los objetivos institucionales, se priorizará la formulación y despliegue del Plan de Exportación de Servicios, incluyendo la definición de mercados priorizados, la propuesta de valor competitiva y el fortalecimiento de alianzas estratégicas nacionales e internacionales.
- Asimismo, el año exigirá avanzar en transformación digital y adopción de nuevas tecnologías, integrando herramientas de automatización, analítica de datos e inteligencia artificial que optimicen procesos de comunicación, seguimiento del paciente, gestión comercial y toma de decisiones. Se proyecta, además, la adopción de innovaciones aplicadas al relacionamiento con usuarios internacionales —como asistentes virtuales, traducción asistida, tableros inteligentes y trazabilidad del journey del paciente en tiempo real—, alineadas con

las tendencias del sector salud y los lineamientos regulatorios de protección de datos y transparencia.

- Desde la perspectiva de sostenibilidad, 2026 plantea el desafío de fortalecer la eficiencia operativa, incrementar el uso de herramientas digitales para reducir reprocesos, mejorar la calidad de la información y asegurar que la internacionalización contribuya a la diversificación de ingresos y a la estabilidad financiera institucional. Finalmente, será clave mantener vigilancia continua del contexto regional, nacional e internacional, en especial de las nuevas reformas al sistema de salud, la evolución del turismo médico, los requisitos migratorios y los estándares de calidad y seguridad del paciente, para garantizar que el proceso se mantenga actualizado, pertinente y competitivo.

Vigilado Supersalud

ZONA FRANCA

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Migración a la versión 4.0 del sistema e-franco, optimizando el control de existencias en el sistema mediante una revisión exhaustiva y actualización del inventario.
- Cumplimiento del 100% de los estándares evaluados en las visitas de auditorías externas realizadas por ZF Auditores Especializados.
- Capacitación dirigida a colaboradores y proveedores de acuerdo con la necesidad de las diferentes áreas.
- Revisión, legalización y autorización en tiempo real de 74 salidas temporales por concepto de mantenimiento y revisión de equipos y repuestos solicitados por las diferentes áreas.
- Se realizaron los siguientes inventarios por solicitud del Usuario Operador, dando como resultado la conciliación al 100%:

Fecha	Revisión
22 y 23 de marzo	Equipos de computo
26 y 27 de mayo	Equipos en comodato
21 al 23 de julio	Empresas de Apoyo
27 de noviembre	Acompañamiento inventario general almacén

Fuente: Informe de gestión zona Franca

- Entrega del equipo de resonancia magnética para proceso de destrucción cumpliendo con los requisitos exigidos por el usuario operador y la DIAN, garantizando el cumplimiento de la normatividad aduanera.
- Cumplimiento del 100% en la legalización de mercancías dentro de los 15 días hábiles siguientes a su ingreso (Decreto 0920 del 06 de junio de 2023).

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Destrucción masiva	Dar de baja a los equipos, partes y repuestos que por su condición no cumplen con los estándares requeridos en la	100%	29/12/2025	Se dio de baja a 2515 elementos, que corresponden a mobiliario, partes y equipos de cómputo, partes y repuestos de equipos de

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	prestación del servicio			infraestructura, con un peso total de 3607kg. Adicional se entregó el equipo de resonancia magnética para proceso de destrucción total (1 equipo con 4072kg)

3. GESTIÓN DEL RIESGO

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Riesgo: Ingreso o salida de mercancía de la institución sin realizar registro por zona franca.

Para este riesgo tenemos 4 controles, que se enfocan en la capacitación de acuerdo con las necesidades de los servicios con el fin de prevenir un posible suceso:

- Proceso de inducción especifico a nuevo personal involucrado en el proceso de mercancía con zona franca
- Proceso de inducción general por talento humano en donde se tiene zona franca
- Capacitación con personal de seguridad jefes y personal operativo
- Capacitación masiva a proveedores

Riesgo: Legalización de las facturas fuera del tiempo establecido en el estatuto aduanero (15 días hábiles a partir del ingreso de la mercancía). Se cuenta con dos controles:

- Recibir remisionado solo bajo el visto bueno de la jefatura administrativa y solo en caso de que se requiera urgente para la operación de la institución. (Correctivo)
- Seguimiento e identificación de errores a la documentación soporte del proveedor (Preventivo).

4. INDICADORES DE CULTURA:

RESULTADO GENERAL DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Los Nogales Clínica

El clima fue 80,45
Subió

3,66

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%

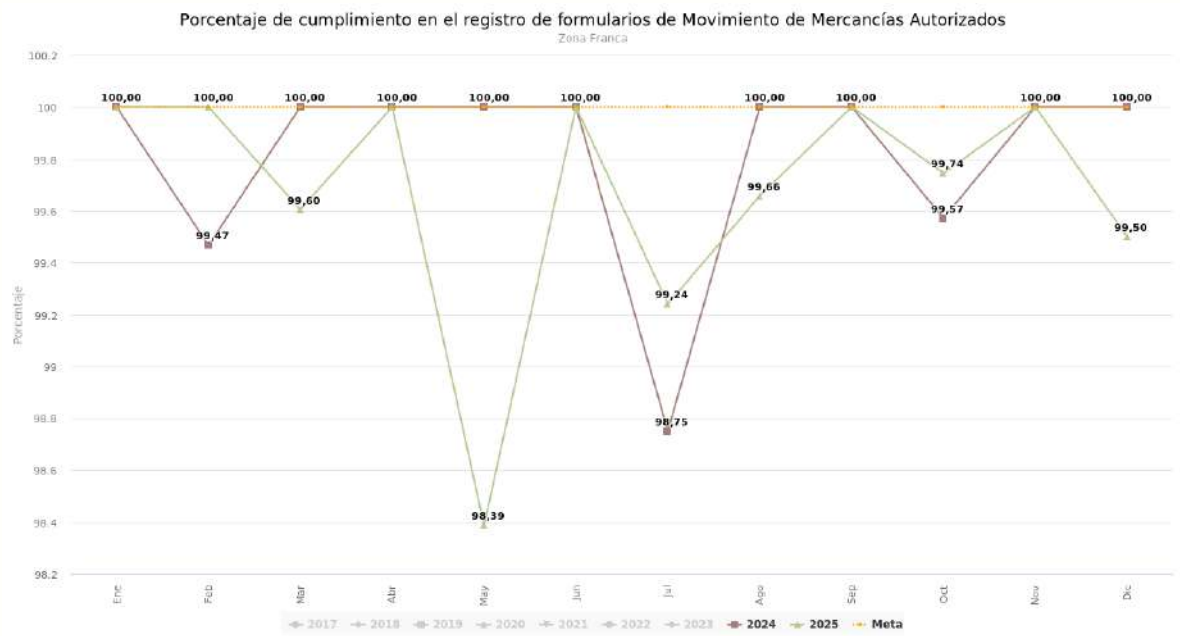
RESULTADO 2025 DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Los Nogales Clínica

Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%

Fuente: Informe talento humano

5. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Al comparar el desempeño de ambos periodos, el promedio de cumplimiento en 2025 se situó en un 99.67%, frente al 99.81% alcanzado en 2024. Si bien se observa una ligera disminución, este comportamiento responde a los procesos de revisión y depuración exhaustiva del inventario iniciados el año anterior. Dicho proceso incrementó el volumen de formularios de salida, permitiendo que las cifras de 2025 reflejen una base de medición más precisa y transparente.

6. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

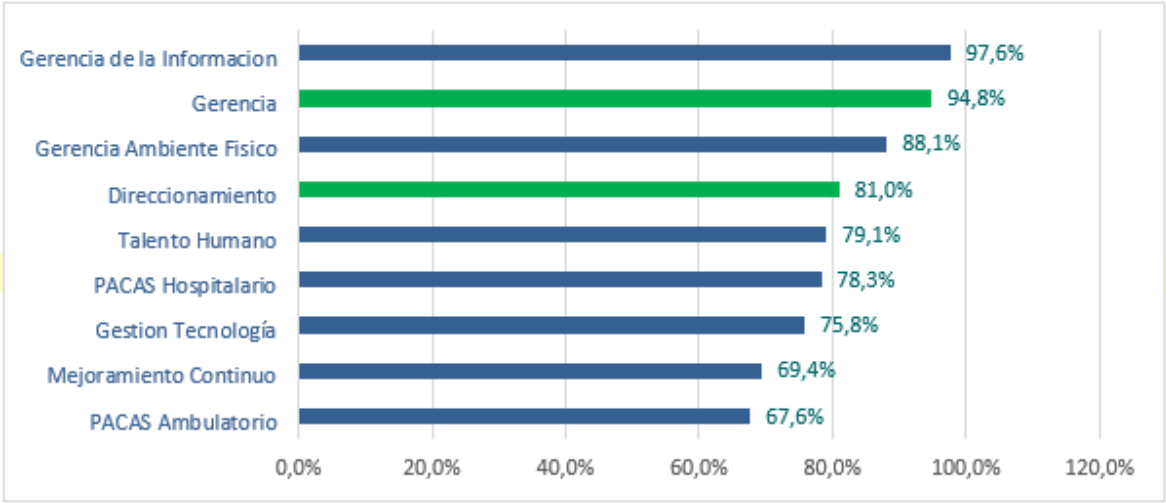
Indicadores.

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Vigilado Supersalud

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **Direccionamiento y Gerencia** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- El registro en tiempo real de los ingresos y salidas de mercancía y la precisión en nuestros registros asegura la trazabilidad exigida por las autoridades aduaneras (DIAN), mitigando riesgos legales y consolidando nuestra transparencia en el manejo de bienes exentos de aranceles e IVA.
- Se hace necesario revisar y mejorar el proceso de destrucción con el fin de liberar espacio de inventario obsoleto o innecesario, lo que permite una organización más ágil.

10. PROYECTOS 2026:

- Legalización oportuna de los ingresos de mercancía. (Decreto 0920 del 06 de junio de 2023)
- Capacitación continua a los proveedores y personal interno
- Torre III, Plan Maestro Torre IV
- Desarrollar un procedimiento cíclico y controlado para la destrucción de mercancías por deterioro absoluto o daño total, garantizando el cumplimiento de la normativa aplicable.

Vigilado Supersalud

FACTURACIÓN Y CUENTAS MÉDICAS

1. PRINCIPALES LOGROS:

Cumplimiento a las metas de presupuesto así:

FACTURACIÓN 2025			
PERIODO	FACTURADO	PRESUPUESTO	CUMPLIMIENTO
ENERO	$ 34,665,502,561	$ 34,654,665,314	100.0%
FEBRERO	$ 24,226,924,912	$ 35,296,994,408	68.6%
MARZO	$ 37,630,613,955	$ 38,573,206,853	97.6%
ABRIL	$ 41,964,290,010	$ 37,848,849,564	110.9%
MAYO	$ 42,850,215,229	$ 39,562,761,529	108.3%
JUNIO	$ 37,661,423,540	$ 37,669,663,687	100.0%
JULIO	$ 41,673,045,769	$ 39,386,256,503	105.8%
AGOSTO	$ 44,660,175,243	$ 40,928,214,383	109.1%
SEPTIEMBRE	$ 48,393,742,201	$ 40,406,525,825	119.8%
OCTUBRE	$ 48,274,297,277	$ 40,927,995,898	117.9%
NOVIEMBRE	$ 52,393,030,614	$ 39,759,383,046	131.8%
DICIEMBRE	$ 47,236,212,425	$ 40,014,799,086	118.0%
PROMEDIO	$ 41,802,456,145		107.3%

Fuente: Informe de gestión facturación y cuentas medicas

RADICACIÓN 2025			
PERIODO	RADICADO	PRESUPUESTO	CUMPLIMIENTO
ENERO	$ 36,819,800,140	33,961,572,007	108.4%
FEBRERO	$ 17,917,205,454	34,591,054,520	51.8%
MARZO	$ 27,404,191,130	37,801,742,716	72.5%
ABRIL	$ 38,338,305,004	37,091,872,573	103.4%
MAYO	$ 52,252,762,878	38,771,506,298	134.8%
JUNIO	$ 42,679,064,537	36,916,270,414	115.6%
JULIO	$ 44,312,665,834	38,598,531,373	114.8%
AGOSTO	$ 38,295,549,755	40,109,650,095	95.5%
SEPTIEMBRE	$ 51,077,097,330	39,598,395,309	129.0%
OCTUBRE	$ 49,253,843,199	40,109,435,980	122.8%
NOVIEMBRE	$ 50,329,344,131	38,964,195,385	129.2%
DICIEMBRE	$ 55,344,295,595	39,214,503,105	141.1%
PROMEDIO	$ 42,002,010,416		109.9%

Fuente: Informe de gestión facturación y cuentas medicas

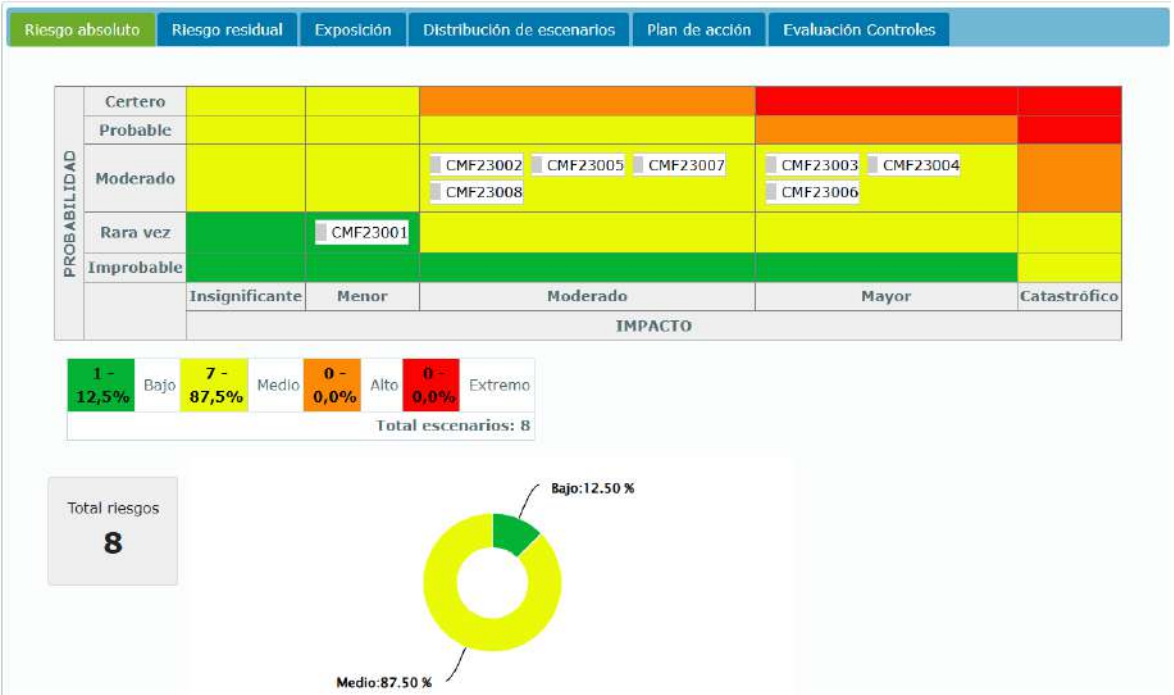
Vigilado Supersalud

- Ejecutar reuniones interdisciplinarias y acuerdos de servicio con las áreas involucradas en el proceso (admisiones, cajas, farmacia, convenios, asistenciales)
- Establecer acuerdos de niveles de servicio con las áreas involucradas en el trámite y soporte de la cuenta médica.
- Verificación de cumplimiento de nueva normatividad en facturación electrónica y RIPS. (en Ajuste).
- Reorganizar el equipo priorizando cobertura en puntos críticos y gestionando los pendientes.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Implementación Resoluciones 2275 y 1884 - 2284 y 1885	Realizar radicación y facturación electrónica mediante la plataforma del Ministerio de la Protección Social	95%	Inicia 01 de febrero de 2025. Se Continúa realizando seguimiento y soporte.	1. Se requiere fortalecer cumplimiento de los procesos y protocolos institucionales. 2. Se fortalece integración entre las tres IPS del grupo Empresarial: Virrey Solís, Centro Policlínico de Olaya y Clínica Los Nogales. 3. Se continúa avanzando en el proceso de radicación con los Aseguradores. Algunos presentan mayores avances y mejor adaptabilidad al cambio tecnológico. 4. Se continúa a la espera del desarrollo de las notas de ajuste por parte del equipo de tecnología.

3. GESTIÓN DEL RIESGO



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La valoración del riesgo se realiza con base en los hallazgos de las revisiones de auditoria administrativa y de pertinencia. De esta manera se soporta el control y manejo de las posibles inconsistencias atenuando el impacto cuando existe un hallazgo oportuno.

En los casos en los que el riesgo logra materializarse, estas mismas auditorias entran en acción ya sea para corregir la cuenta antes de radicar o soportar y contestar la glosa ante las Entidades Aseguradoras.

A continuación, la cuantificación de hallazgos previos a la radicación:

Riesgo	Materializado	Número de veces
Error en la liquidación y Cobro de honorarios médicos	SI	13
Cuenta medica con soportes insuficientes.	SI	No cuantificado
Generación de factura de servicios de salud con errores	SI	2966
Ingreso inoportuno o errado de pacientes en urgencias	SI	127
Cargue y liquidación errónea de servicios y prestaciones.	SI	2966

Riesgo	Materializado	Número de veces
Error en la liquidación de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos.	SI	13
Aceptación de glosa no pertinente	NO	
Respuesta y radicación de glosas inoportuna	NO	

Fuente: Informe Facturación y cuentas medicas

4. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Satisfacción 96.2%
Tasa PQRS 0.01
NPS (Nivel de recomendación): No se realiza medición para Cuentas Médicas y Facturación

Satisfacción	
2024	96%
2025	96%

Atributos Afectados 2025		
1	Humanización	10
2	Comunicación	6
3	Continuidad	5
4	Oportunidad	4
Total PQRS		25
Tasa PQRS 2025		0.04

ATRIBUTO: SERVICIO													
SERVICIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
LN- FACTURACIÓN Y CUENTAS MÉDICAS	2	2	2	2	5	0	4	1	3	4	0	0	25

Fuente: Informe Experiencia 2025

Estrategias:

Con el fin de generar adherencia a las normas, protocolos y cultura:

- Se realiza capacitación con el equipo de trabajo, apoyado por cajas, talento humano y trabajo social en los temas: manejo de conflictos, trabajo en equipo, enfoque diferencial, cobro a pacientes, SARLAFT, manejo de pacientes particulares, entre otros temas.

Vigilado Supersalud

- En el estudio, análisis y respuesta de las manifestaciones o PQRS reportadas, se incluye al colaborador involucrado para generar conciencia y dimensionar las consecuencias de una falta u omisión.
- En casos recurrentes o graves, se realizan procesos disciplinarios a los colaboradores responsables.

5. INDICADORES DE CULTURA:

Rotación de Personal:

Cargo	Renuncia trabajador	Terminación con justa causa	Terminación de obra o labor contratada	Terminación periodo de prueba	Total
Auxiliar de facturación	24	1		5	30
Auxiliar facturación (s)	8		2	1	11
Analista de glosas	2	1			3
Auxiliar de radicación (s)	2				2
Auditor (a) medico	2				2
Auxiliar de radicación	2				2
TOTAL	**40**	**2**	**2**	**6**	**50**

Fuente: Informe talento humano

El cargo con mayor rotación es Auxiliar de Facturación. Se realiza revisión para mejorar durante el proceso de selección ítems como la experiencia en el cargo, formación y el conocimiento técnico debido a que 23 de las 40 personas que presentaron renuncia, tenían procesos disciplinarios en curso por incumplimientos o faltas importantes. Al interior del área se genera ajuste en el proceso de inducción para brindar confianza y seguridad a los nuevos colaboradores.

RESULTADO GENERAL 2025 FACTURACIÓN - CUENTAS

El clima fue de: 66,86 y bajo

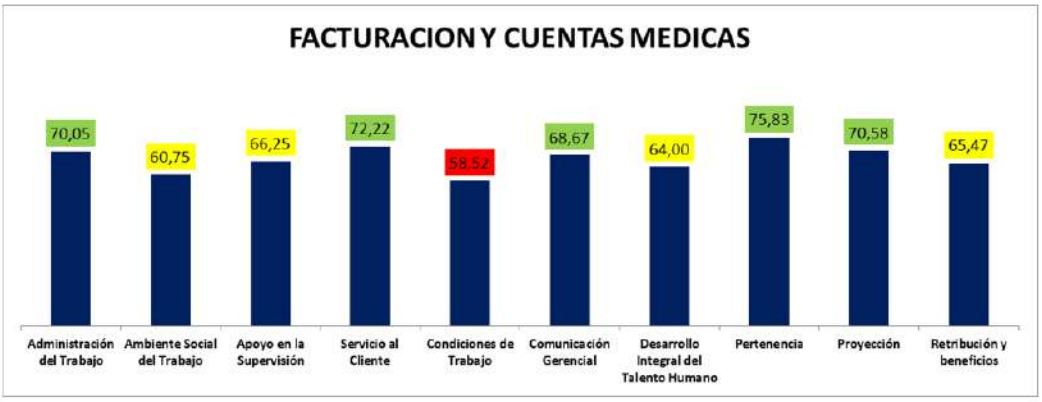
3,69 puntos porcentuales.

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%

Fuente: Informe talento humano

RESULTADO 2025 FACETAS



Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%

Fuente: Informe talento humano

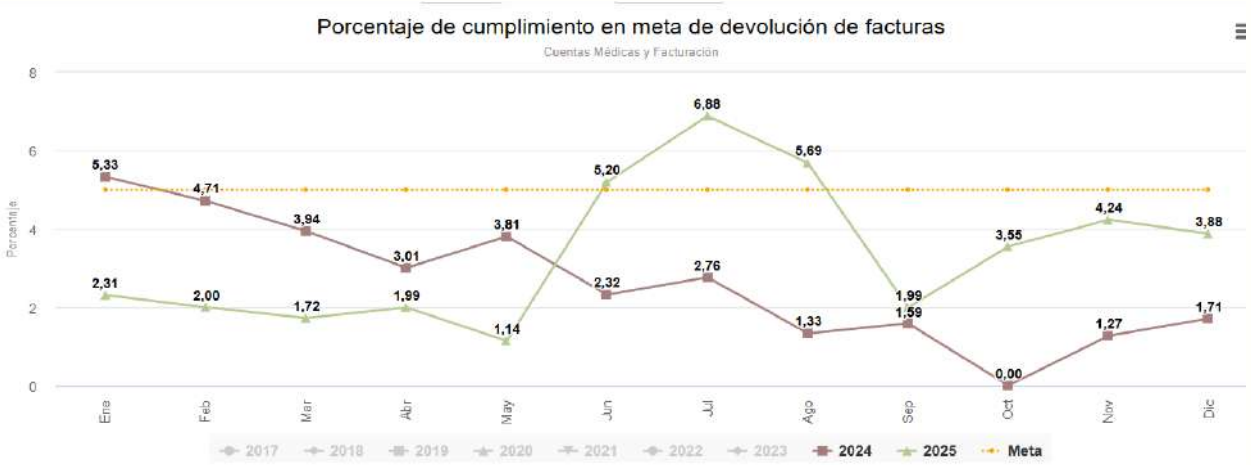
6. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En los primeros meses del año, debido a la entrada en vigor de la resolución 2275 de 2023 se presentan novedades con el software que afectaron el adecuado desarrollo de los procesos y actividades. Las dificultades presentadas con Salud IPS generaron retraso en la facturación que impidió el cumplimiento de la meta institucional en febrero y marzo de 2025. A partir de abril se genera plan de choque, se logra estabilizar el proceso para dar cumplimiento a la meta del presupuesto y finalizar el año de forma adecuada. En el año anterior 2024, se presenta dificultad en la generación de facturas, la mayor parte del atraso ocasionada por el cambio en el sistema de información del 2023.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Las novedades presentadas en facturación desencadenaron retraso en la radicación que impide el cumplimiento de la meta institucional en febrero, marzo y agosto. Se realiza rastreo en busca de facturas mayores a 30 días desde su generación para radicación inmediata. Se logra cumplimiento de la meta de presupuesto, se cierra el 2025 a satisfacción. Al comparar con el año anterior, se evidencia que el atraso tiende a disminuir. Es de aclarar que el represamiento tuvo su punto de inicio en el 2023 con el cambio de sistema de información.

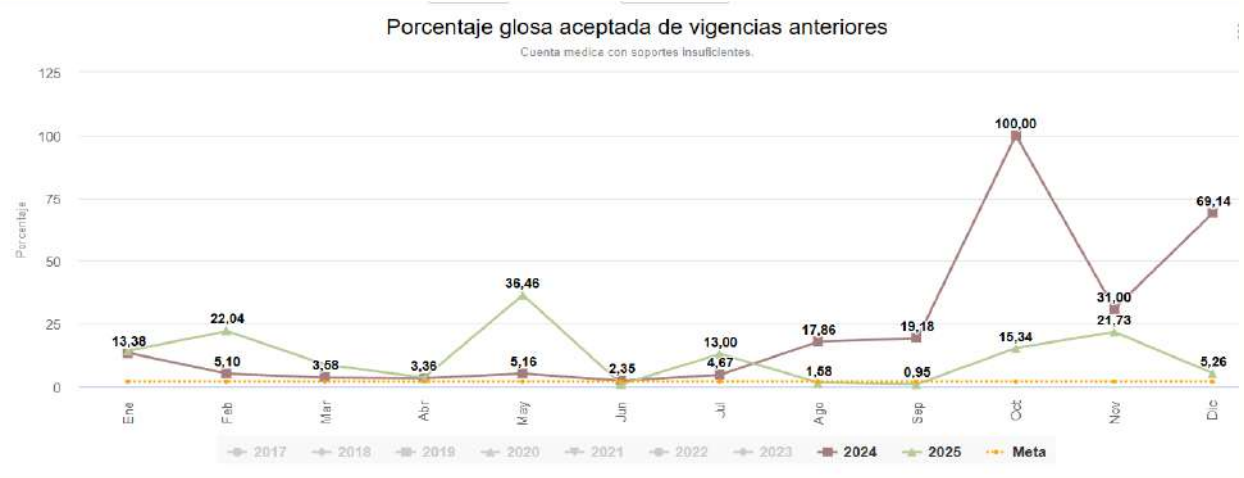


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el 2024 la causa principal de las devoluciones obedeció a servicios NO PBS y tarifas. En el año 2025 a diferencia del año anterior, la entrada en vigor de la resolución 2275 de 2023, se presentan novedades debido al vencimiento de facturas conforme a las fechas de emisión y los términos establecidos para la radicación. Esta situación generó un crecimiento desbordado en las devoluciones en los meses de junio, julio, agosto y noviembre de 2025 obligando a la anulación y nueva generación de las facturas vencidas.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El porcentaje de glosa aceptada de la vigencia actual (año en curso) se mantiene bajo el 1%. El proceso de revisión y seguimiento de las cuentas en pre-radicación ha mostrado ser beneficioso para el mejoramiento. El reporte de glosas comparado con el año 2024 se mantiene en un nivel muy similar. Las principales causas corresponden a fallas en la marcación por parte del asegurador generado por cambio en el direccionamiento y vigencia de las autorizaciones. Así mismo el cambio en el proceso de radicación con RIPS.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

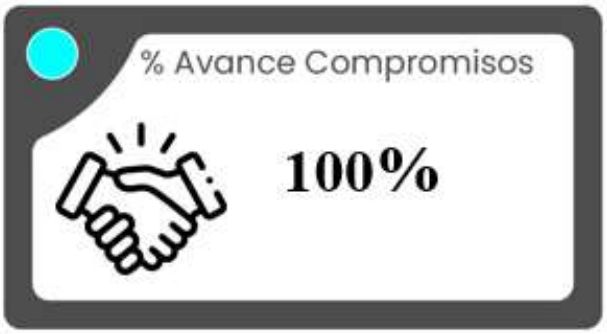
Las facturas de vigencias anteriores (años anteriores), continúan presentándose en el proceso de respuesta de glosas, debido al trámite propio de las ERP y Aseguradores, de la misma forma se presentó en el año inmediatamente anterior. Estas facturas no contaban con el proceso de seguimiento y revisión que se encuentra establecido actualmente y generan una aceptación mayor. Se registra un nuevo hallazgo relacionado con la implementación de Salud IPS frente a errores de tarifas causadas por fallas del aplicativo.

7. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

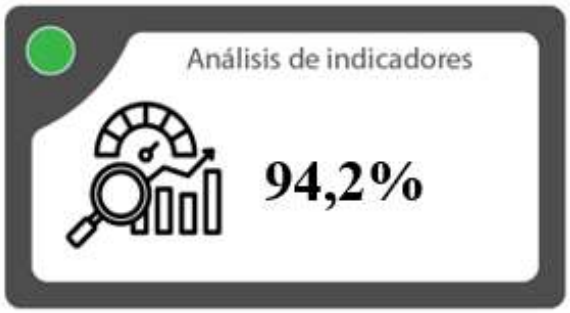
A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.



Indicadores.

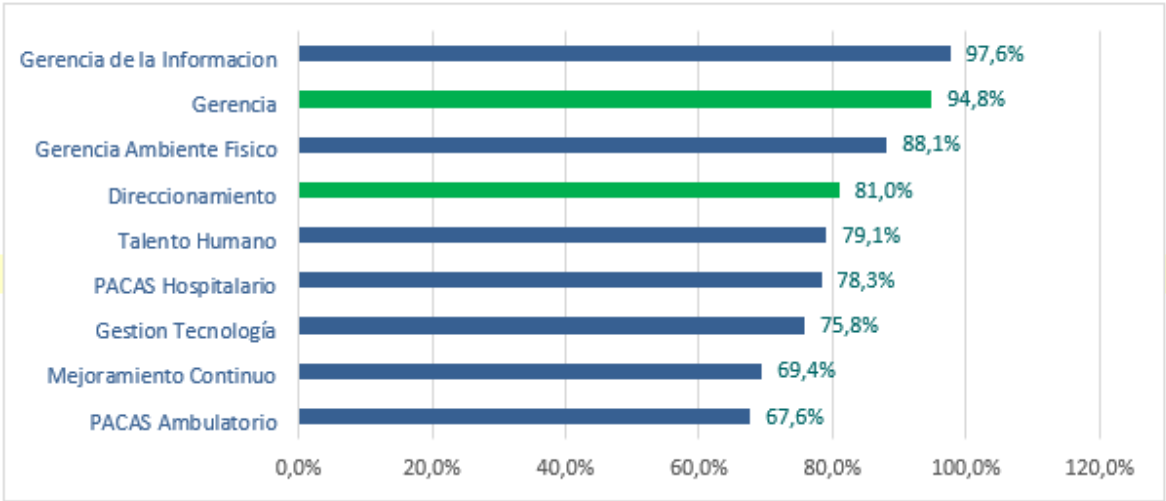


Vigilado Supersalud

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **Direccionamiento y Gerencia** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

8. LECCIONES APRENDIDAS

- Cumplimiento al 100% de las metas económicas de presupuesto establecido.
- Control del porcentaje de glosa pre-radicación, se mantiene inferior al 1% gracias a la Auditoría de cuentas en pre-factura que logra identificar oportunidades de mejora asistenciales, así mismo, revisión administrativa de las cuentas para identificar oportunidades de mejora administrativas: autorizaciones, contratación, cobro y liquidación de servicios.
- Ejecución de reuniones interdisciplinarias periódicas y acuerdos de servicio con las áreas involucradas en el proceso (Oncología, admisiones, cajas, farmacia, convenios, Servicios asistenciales y SAS de médicos especialistas).
- Implementación del 100 % del aplicativo Salud IPS.

Vigilado Supersalud

- Implementación del 95 % de las resoluciones 2275 de 2023 y 1885 de 2024 en RIPS y FEV.
- Disminución del movimiento no facturado (pendiente por facturar) generado por el cambio de normatividad. Pasando de $ $12,358,737,123 a $ $10,636,441,955
- Preparación para implementación de nueva normatividad en RIPS y FEV, Se viene asistiendo a las capacitaciones brindadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Se continúa con los seguimientos y ajustes para el cumplimiento y puesta en marcha el 01 de febrero de 2025.
- Disminución en ciclo interno de la factura, ajustándose a la normatividad vigente, menos de 22 días.

9. PROYECTOS 2026:

- Cumplimiento de Metas Económicas establecidas para el 2025.
- Continuar con la implementación de nueva resolución 1884 de 2024 (RIPS) y 1885 de 2024 referentes a soporte, facturación y radicación electrónica.
- Estabilización de la generación de facturas para cumplir con la normatividad vigente de FEV y RIPS.
- Lograr la facturación del total de las cuentas pendientes y radicarlas ante las Entidades responsables del pago.
- Lograr el cierre anual y el respectivo paz y salvo con cada Asegurador. Generando especial seguimiento a entidades en observación.
- Continuar con el plan de trabajo establecido para favorecer la disminución de generación y aceptación de glosas.
- Disminución de cargos directos (manuales) para disminuir corrección y completitud de RIPS.
- Reducir las fallas y hallazgos evidenciados en la generación de JSON y CUV para la radicación, ocasionadas por los aplicativos involucrados.
- Solucionar las dificultades con los errores de cuenta contable para permitir facturación oportuna.
- Gestionar con tecnología la inclusión de las hojas de gastos para cargue por órdenes de servicio evitando digitación manual e inoportunidades en cuentas con descuento por pronto pago.

CAJAS

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Implementación de la facturación electrónica y RIPS (cajas).
- Entregar a diario dinero y váucher al área de tesorería
- Se realizan arqueos a las cajas constantemente, verificando el dinero que se recauda y las bases de los cajeros.
- el proceso (tiempos) de devolución de excedentes de dinero a los pacientes Mejorar y reforzando la entrega oportuna con un control y seguridad de entrega.
- Se han realizado 6 procesos disciplinarios por llegadas tarde, ausencias no justificadas, inadecuada atención al paciente.
- Reestructuración y señalización adecuación caja preferencial direccionada al adulto mayor, personas con discapacidad, planes complementarios en los servicios de la clínica, programas especiales

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Plan de Contingencia Tecnológica Integral del Área de Cajas	Diseñar e implementar un plan de contingencia tecnológica integral que garantice la continuidad del proceso de facturación ambulatoria y recaudo ante caídas del sistema de información ambulatoria, fallas de red, mantenimientos programados o eventos tecnológicos no previstos, minimizando barreras de acceso	40%	Diciembre de 2026	La implementación de un plan de contingencia tecnológica integral permite a la clínica mantener la operación del área de cajas sin afectar la atención al usuario. Este proyecto reduce la dependencia de procesos manuales, asegura la integridad de la información financiera y fortalece la continuidad del servicio.

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	y reprocesos administrativos.			
Actualización, estandarización y Control de datafonos y Medios de Pago	Optimizar el proceso de recaudo mediante la actualización y estandarización de los datafonos y demás medios de pago electrónicos, garantizando transacciones seguras, ágiles y confiables, y asegurando la correcta conciliación con el sistema financiero y el área de tesorería.	70%	Junio 2026	Fortalecer el control del recaudo, disminuye errores operativos y reprocesos, y mejora la experiencia del usuario. La estandarización de los medios de pago contribuye a la transparencia financiera y facilita la conciliación diaria, aspecto esencial para la sostenibilidad económica de la clínica.
Implementación del Kiosco Recaudador Integrado	Implementar un kiosco recaudador de dinero integrado al sistema de facturación ambulatoria, que permita a los usuarios realizar pagos de manera autónoma, reduciendo filas, tiempos de espera y carga operativa del personal de cajas.	40%	Enero 2027	La automatización del recaudo mediante kioscos representa una modernización significativa del área de cajas. Este proyecto mejora la accesibilidad, optimiza los tiempos de atención y reduce el riesgo de errores humanos, fortaleciendo el control financiero institucional.
Auditoría Automatizada del Recaudo vs	Implementar auditorías automatizadas en	40%	Junio 2026	La auditoría automatizada del recaudo reduce

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Copagos y Cuotas Moderadoras	el sistema que permitan comparar en tiempo real el valor recaudado por el cajero frente al valor del copago o cuota moderadora definida por la entidad, garantizando exactitud, trazabilidad y control financiero.			diferencias financieras, fortalece el control interno y previene errores humanos. Este proyecto mejora la conciliación con tesorería y aporta a la transparencia del proceso de facturación ambulatoria.
implementación de Pagos por PSE	Implementar el control de pagos bajo la modalidad PSE, asegurando la correcta identificación de los valores asumidos por la entidad, el paciente y los excedentes, evitando cobros indebidos y reprocesos.	40%	Julio2026	La implementación de pagos por PSE fortalece la articulación entre cajas, facturación y aseguradores, mejora la oportunidad del recaudo y reduce inconformidades asociadas a cobros erróneos.

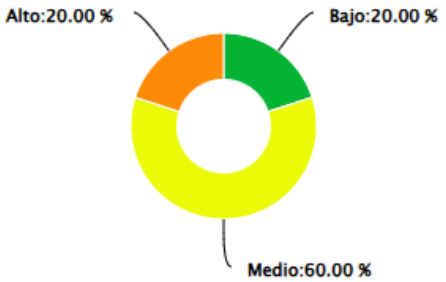
3. GESTIÓN DEL RIESGO

PROBABILIDAD					
Certero			CAJ23004		
Probable					
Moderado		CAJ23002	CAJ23005		
Rara vez				CAJ23003	
Improbable			CAJ23001		
	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
	IMPACTO				

Total riesgos
5

1 - 20,0%	Bajo	3 - 60,0%	Medio	1 - 20,0%	Alto	0 - 0,0%	Extremo

Total escenarios: 5



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Unidad de riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo	Controles
Cajas	Facturación ambulatoria con cobro a tarifas o cuotas moderadoras erróneas	Certero	Moderado	Alto	Reducir el riesgo	2
Cajas	Demora en la radicación de facturas	Moderado	Moderado	Medio	Reducir el riesgo	3
Cajas	Demoras o atraso en entrega de dineros (Saldos a favor del usuario)	Rara vez	Mayor	Medio	Reducir el riesgo	2
Cajas	Recaudar dinero proveniente de personas naturales/ jurídicas que financien el terrorismo y o lavado de activos.	Improbable	Moderado	Bajo		1
Cajas	Tener perdida de dinero en efectivo en el proceso de custodia por parte del área de cajas	Moderado	Menor	Medio	Reducir el riesgo	2

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Vigilado Supersalud

Garantizar que todos los recaudos, facturaciones y movimientos de dinero del área de cajas se realicen de forma segura, exacta, oportuna y trazable, minimizando el riesgo de fraude, pérdidas económicas, errores de facturación y afectación al usuario.

Riesgo alto:

Facturación ambulatoria con cobros erróneos

- Asegurar la correcta liquidación y cobro de servicios ambulatorios
- Implementar doble validación tarifaria antes del cierre de factura.
- Reducir al 50% los casos de re-facturación por errores tarifarios.
- capacitar al 100% del personal en el manual tarifario y convenios.
- Realizar auditoria aleatoria mensual del 10% de facturas.

Riesgo alto:

Pérdida de dinero en efectivo

- Proteger el efectivo mediante controles físicos, tecnológicos y administrativos.
- Realizar arqueos diarios y sorpresivos de caja.
- Asegurar cámaras funcionales en el 100% de cajas.
- Reducir a cero los faltantes no justificados.
- Implementar rotación de cajeros en turnos críticos.

Riesgo Medio:

Demora en la radicación de facturas

- Garantizar la radicación oportuna y completa de facturas.
- Radicar el 5% de facturas en los tiempos establecidos
- Implementar checklist obligatorio de radicación.
- Disminuir 30% devoluciones por errores administrativos.

Riesgo Medio:

Demoras en devolución de saldos a favor

- Garantizar devolución oportuna y transparente de saldos a favor.
- Pagar Devoluciones dentro del plazo institucional definido.
- Implementar registro digital trazable de devoluciones.
- Reducir 40% quejas relacionadas con devoluciones.
- Realizar conciliación semanal de saldos pendientes.

Vigilado Supersalud

Riego bajo

Lavado de Activos y financiación del terrorismo

- Fortalecer controles de identificación y trazabilidad de pagos.
- Identificar al pagador en pagos en efectivo superiores al monto definido.
- Implementar reporte interno de operaciones inusuales.
- Capacitar al personal en SARLAFT / SAGRILAFT anualmente.
- Mantener archivo digital de soportes de pagos de alto valor.

4. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Año 2024

MES	Actitud de Servicio	Demora en la Atencion	Información / Tramites Administrativo	Barreras de Acceso	Oportunidad de Agendas	Percepcion Manejo Entendible y Comprensible	Seguridad Del Paciente	Confort e Infrestructura	TOTAL
Enero	3	4							7
Febrero	6	2							8
Marzo	4	0	1	0	1	0	0	0	6
Abril	3	3	2						8
Mayo	3	4							7
junio		1							1
Julio	3	3		1					7
Agosto	2	2				1			5
septiembre	2	1							3
octubre	2	1							3
Noviembre	3	6							6
Diciembre		1	3						4
Total	**31**	**28**	**6**	**1**	**1**	**1**	**0**	**0**	**65**

Fuente: Informe experiencia 2025

Año 2025

Cajas

Satisfacción	
2024	96%
2025	96%

Atributos Afectados 2025		
1	Oportunidad	27
2	Humanización	16
3	Comunicación	10
4	Accesibilidad	2
5	Continuidad	2
Total PQRS		57
Tasa PQRS 2025		0,12

Fuente: Informe experiencia 2025

Frente al comportamiento de las quejas registradas en el año 2024 y 2025 en el área de cajas, se puede evidenciar una disminución, lo que indica un avance significativo en la gestión del proceso, no obstante, aún persiste oportunidades de mejora.

- En el Año 2024 se registraron 65 quejas
- En el año 2025 se registraron 57 quejas
- Lo que refleja una disminución del 12, 3 %

Acciones que se realizaron:

Se realizaron comités primarios con el área de psicología generando intervención al grupo de cajas, llamados de atención por actitud, firma de acta de compromiso de ética, retroalimentación por parte de coordinación cajas a los colaboradores que negatividad en cuanto a un trato amable empático, educativo, concientizar que se tratan de seres humanos que requieren una prestación de servicio.

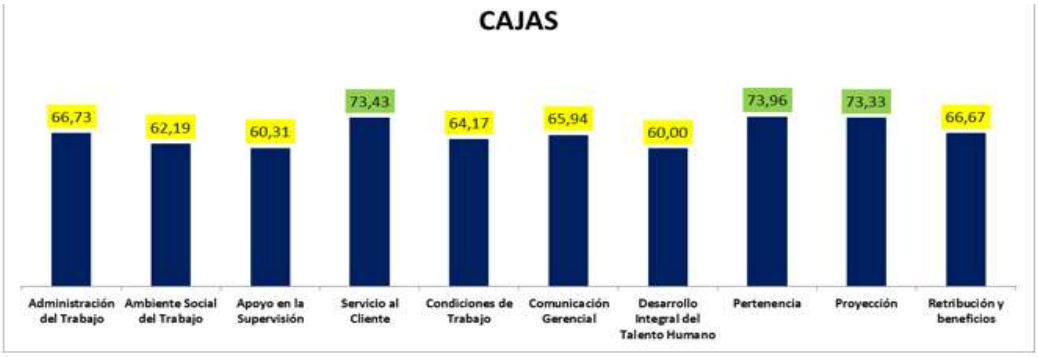
5. INDICADORES DE CULTURA:

El clima fue de: 66,06 y bajo en:

1,60 punto porcentual

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,58	72,95	2,37

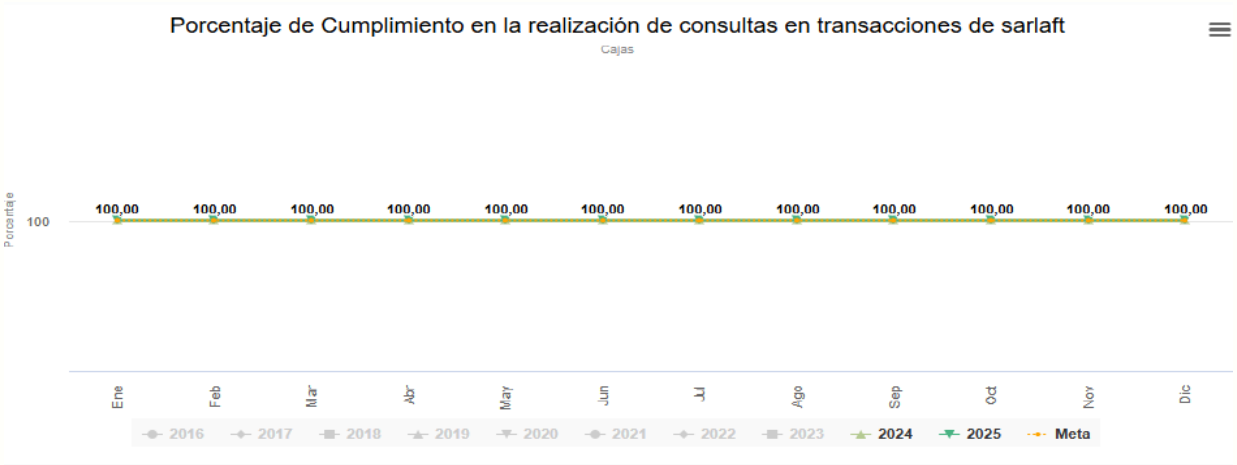
Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%



Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%

Fuente: Informe talento humano

6. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Con el indicador de cumplimiento de realización de consultas en transacciones de Sarlaft, por normatividad se realiza verificación con precisión exacta de los soportes físicos que se reciben(documentos-soportes-dinero en efectivo) en el software Cómplice sistema de información que previene los tipos de riesgos como fraude, lavado de activos, financiación del Terrorismo (AML, LAFT, ANTICORRUPCION) validación de documentos de identidad de las personas como lo es del paciente y del pagador que se hace en tiempo real. Este proceso se realiza cada año y no tiene modificación.

Año 2024

Se mantiene estable, dando cumplimiento al 100%, sin embargo, se presentó una disminución en el mes de febrero por debajo del 95%, en marzo y julio el porcentaje es de 96% y 99%, en agosto a diciembre se mantiene al 100%

Año 2025

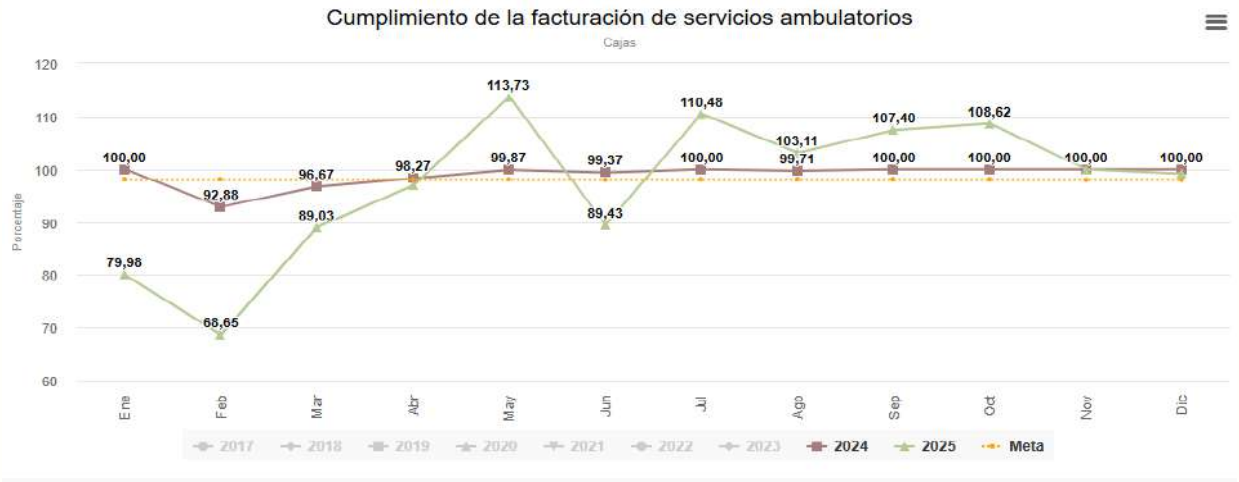
Frente al indicador se muestra un comportamiento estable en el año 2025, se mantiene al 100%, no se evidencia un descenso o incumplimientos, dando cumplimiento a buenas prácticas en la gestión de riesgo en la organización.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024 se aprecia un comportamiento estable, sin embargo, en los primeros meses del año, se tienen disminuciones para el cumplimiento de la meta en cuanto a la facturación ambulatoria, dado así el indicador se mantiene en 96%, hasta mitad de año, en el mes de agosto en adelante el indicador llega al 100%, para finalizar el mes de diciembre de 2024 se refleja un control operativo manteniendo estable la facturación ambulatoria.

Año 2025

Se evidencia inestabilidad en el primer trimestre, donde el valor de 80% al 70% corresponde (implementación RIPS), lo que ocasiono un retraso en la facturación y picos inestables, en el mes de abril se evidencia un avance en la recuperación del indicador, el cual demuestra recuperación al 100% estabilizando el aporte a la meta institucional al mes de diciembre de 2025 al 100%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024 en el mes de febrero se presentó una caída de la meta, a mediados de los meses de marzo en adelante se evidencia una recuperación por debajo; a mitad de año en mes de julio la meta supera el 98, 99%, en agosto a final de año se da cumplimiento a la meta institucional al 100% al mes de diciembre de 2024.

Año 2025

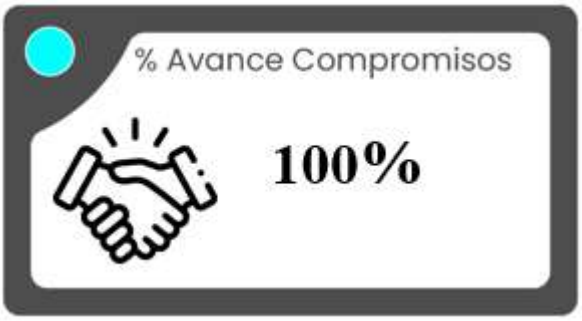
Se presentan picos inestables, con valores bajos de cumplimiento en la meta desde el mes de enero con un porcentaje de 80%, en el mes de febrero con 69%, (implementación RIPS), en el mes marzo se demuestra una recuperación progresiva, logrando estabilizar la meta institucional al 100%, en el transcurso desde el mes de abril a diciembre del año 2025.

7. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

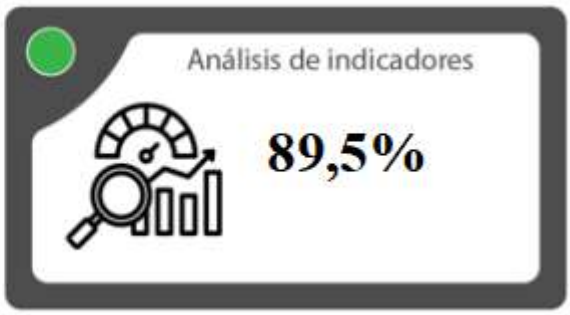
A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.



Indicadores.

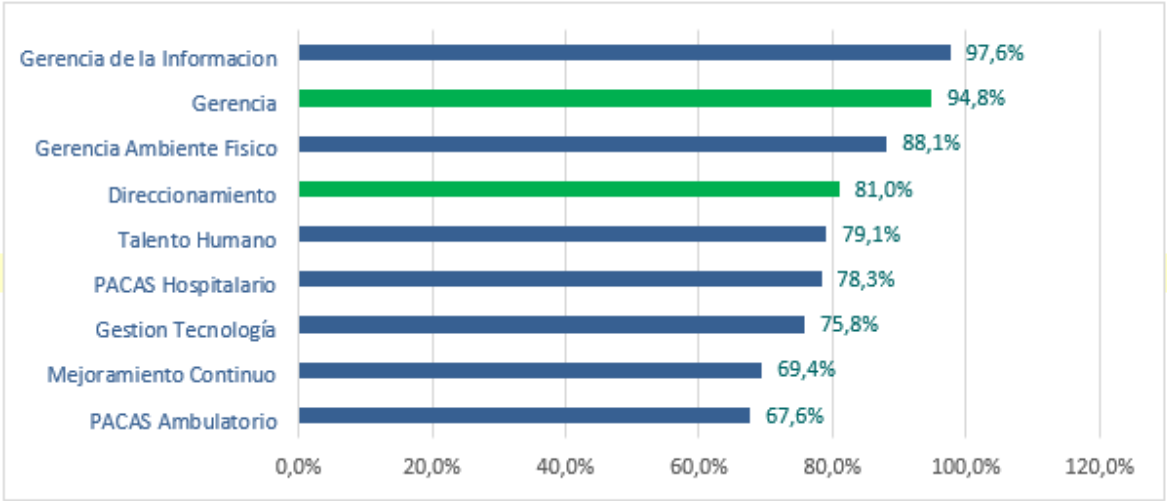


Vigilado Supersalud

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

8. LECCIONES APRENDIDAS

- Analizar las situaciones que se presentaron en el transcurso del año, frente a quejas, reclamos, los tiempos de espera de la facturación ambulatoria.
- La actitud del personal que impacta y genera una percepción del servicio no poco agradable, se debe implementar estrategias de escucha activa, habilidades blandas, manejo de situaciones difíciles con el usuario,

Vigilado Supersalud

- Demoras en la facturación ambulatoria, verificar el flujo de trabajo para evitar reprocesos, errores y dar productividad al tiempo que se invierte en las labores a diario.

- Tener un debido control con apoyo del sistema en auditoria de los procesos del área

9. PROYECTOS 2026:

Los retos y proyectos para el área de cajas son los siguientes:

Retos:

- Un debido manejo de quejas y reclamos en el área, poder brindar un trato humanizado
- Los usuarios que tengan inconformidad con el cobro de valores (copagos y cuotas moderadoras)
- Falta de habilidades blandas para explicar cobro de copagos, tramite de saldos a favor del usuario
- Los tiempos y movimientos de la facturación ambulatoria
- Manejo de efectivo, riesgo de faltantes o sobrantes
- Fraude interno y externo en el área de cajas
- Manejo de información confidencial
- Exposición de datos, cifras, valores o información no autorizada en las ventanillas
- Falta de canales virtuales, kioscos de recaudo

Proyectos:

Modelo de atención humanizado – cajas

- Se trata de reducir las quejas y mejorar la percepción del servicio
- Capacitación en cuanto a manejo de usuarios difíciles
- Convertir las quejas en oportunidades d mejora
- Mejorar el clima laboral, tener procesos claros del área

Optimización de tiempos en la facturación ambulatoria

- Reducir los tiempos y los reprocesos que se presentan a diario en el área de cajas
- Calculo automático de copagos y cuotas moderadoras, el cajero no podrá modificar los valores que arroja el sistema
- habilitación de herramientas digitales en las cajas, pantallas para el llamado de los usuarios indicando la atención en ventanilla
- Kioscos recaudadores de dinero, agiliza y optimiza tiempos del usuario
- Recauda dinero en tiempo real, evitando fraudes y hurtos

Vigilado Supersalud

Manejo de dinero en efectivo

- Incentivar a la era de la tecnología y los medios de pago electrónicos
- Crear topes máximos por cajero en efectivo
- Arqueos aleatorios con auditoria
- Alerta por anulaciones frecuentes en el área con inteligencia artificial en el sistema

Proyecto con IA

- Crear patrones de inteligencia identificando devoluciones inusuales
- Diferencias de valores frecuentes en los arqueos que se realizan al área de cajas
- Crear una barrera de privacidad en la información (filtros de privacidad en los equipos, bloqueos automáticos en sesiones no permitidas

Innovación con kioscos recaudadores de dinero

- Reducir filas y tiempos de espera en los front
- Brindar seguridad en el área de cajas
- Generar menor manipulación de dinero en efectivo por los colaboradores
- Genera una auditoria digital por pago
- Menor margen de error en cuanto a las anulaciones diarias
- Registro automático sin errores de digitación
- Con IA, identificar pagos duplicados
- Identificar Intentos de fraude
- Un punto de recaudo más seguro
- Menos consumo y uso del papel

CONTABILIDAD

1. PRINCIPALES LOGROS:

Cumplimiento al 100% del cronograma de entrega de informes a entes de control, registrando las operaciones de la compañía a fin de mantener la información financiera de acuerdo con la realidad económica de la empresa, generando de forma periódica reportes hacia las áreas de apoyo de los avances de la consolidación de esta, para mejorar el tiempo de radicación de información, y así ejecutar de forma eficaz los cierres contables.

Teniendo como reto la consolidación de la planta de colaboradores del área para cumplir a tiempo con las responsabilidades correspondientes, con esfuerzo se logra dar finalización de todos los procesos para cumplir el resultado esperado, Además de adoptar, acciones de control que nos permitieron cada día aumentar la fiabilidad de la información, y disminuir al máximo posibles errores que se pueden presentar por diferentes factores como humanos y de sistema.

Finalmente, como área se logró, identificar diferentes situaciones de riesgo de etapa preventiva, las cuales se pudieron ajustar para evitar materialización de algún riesgo, ejecutando así de una mejor manera las actividades del área.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Mejorar la radicación de los soportes para la postulación de la CAP.	Tener el 100% de los soportes, para la postulación oportuna de las cuentas por pagar.	89%	31 de diciembre de 2026	Se gestionó a partir de un reporte de manera diaria - semanal y mensual, lo que permitió mejorar el indicador de radicación por parte de las áreas.

3. GESTIÓN DEL RIESGO

MATRIZ DE RIESGOS

Unidad de Riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	atamiento de Ries	Controles
Gestión Contable	Perdida de activos fijos por falta de control	Rara vez	Moderado	Medio	Reducir el riesgo	4
Gestión Contable	Información contable inconsistente	Probable	Mayor	Alto	Reducir el riesgo	2
Gestión Contable	Reportes normativos a entes de control y declaraciones tributarias nacionales y	Improbable	Moderado	Bajo	Reducir el riesgo	2
Gestión Contable	Pérdida o deterioro de Documentos y soportes que respaldan las transacciones	Moderado	Moderado	Medio	Reducir el riesgo	1

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Vigilado Supersalud

Información contable inconsistente: Es un riesgo que se puede materializar, debido a la manualidad que hay en los procesos y la falta de confiabilidad que existe en el sistema, a pesar de tener controles de validación a fin de mitigar al máximo errores, ante la magnitud de la información, es inminente no tener una probabilidad de inconsistencia, sin embargo se busca la preservación de los recursos de la clínica por tanto se analiza y se generan los planes de mejoramiento con el fin de blindar al máximo el riesgo, adoptando durante el año medidas como:

- Control de facturas Dian de forma consolidada y diaria, esto nos permite tener un control del 100% de los documentos radicados por los proveedores y así saber qué gestión se realizó frente a este.
- Informe de prontos pago con y sin soporte postulación de los prontos pagos con 3 filtros de revisión para disminuir la pérdida de recursos y aprovechar el beneficio otorgado por los proveedores.
- Gestión de Anticipos, recuperación de recursos a través de la gestión de anticipos generados a los proveedores, con el fin de legalizarlos y disminuir riesgos de pérdida.
- Reporte de Errores del sistema a soporte técnico, se busca opciones para arreglar los errores que muestra el sistema en la presentación de la información, los cuales en su mayoría puede conducir a errores significativos si no se validan de forma adicional en bases como Excel.
- Reportes internos de los documentos que deben radicar al área de contabilidad para la gestión de las cuentas por pagar y por cobrar.
- Revisiones de validación de la información y pruebas de confiabilidad antes de emitir algún informe.
- Reporte de resultados del periodo, con propósito de exponer la realidad económica de la compañía y de puntos para tener en cuenta para mejorar la gestión en el siguiente periodo.

Reportes a entes de control: No se materializa para la vigencia debido a que se cumple con todas las responsabilidades que se tiene ante los entes de control.

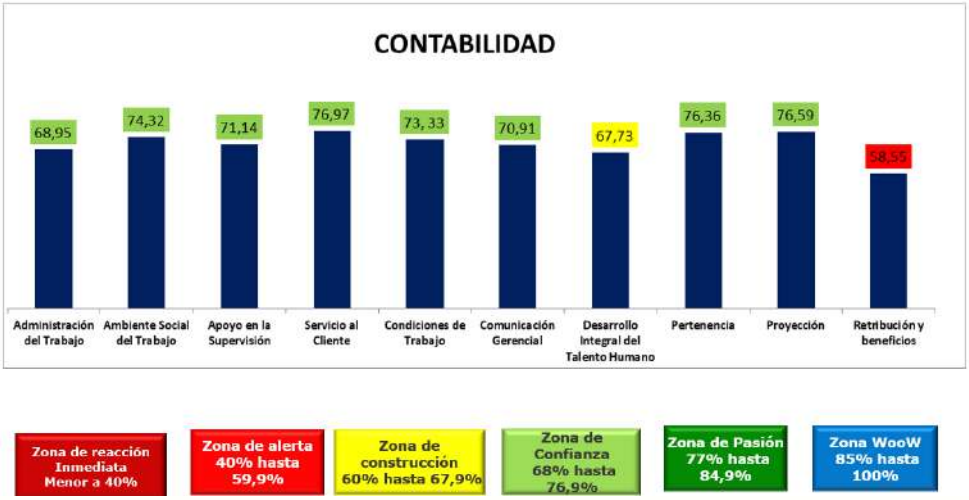
Pérdida o deterioro de documentos soporte: Este es un riesgo que se ha buscado mitigar a partir de controles en la entrega de documentos y el manejo de estos, con esto se mantiene una trazabilidad soportada de que el documento mantenga una ruta adecuada y se disminuya al máximo la perdida de algún soporte.

4. INDICADORES DE CULTURA:

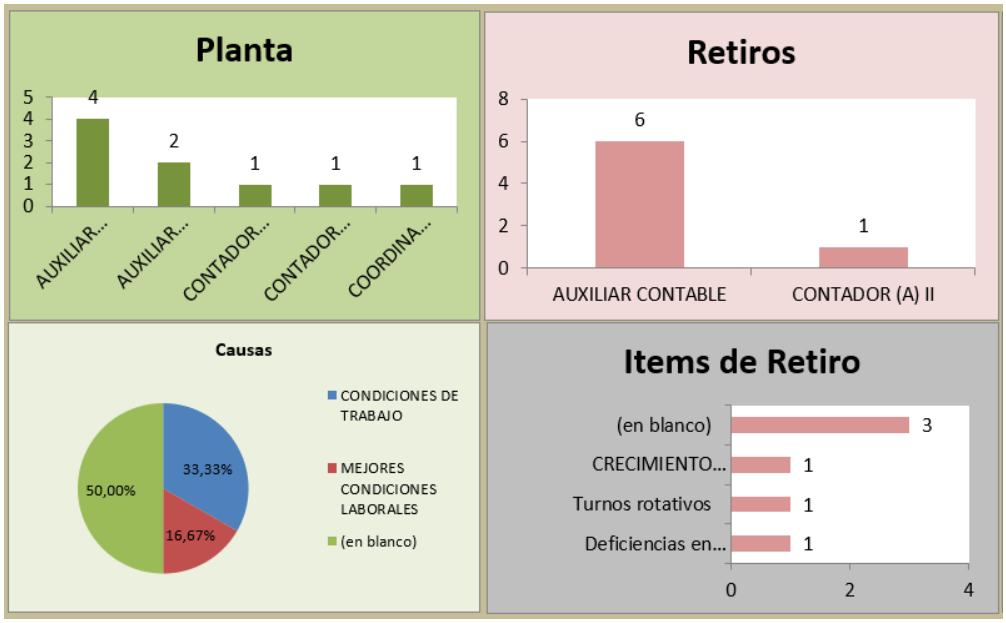
Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68.96	71.96	3.00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Fuente: Informe talento humano

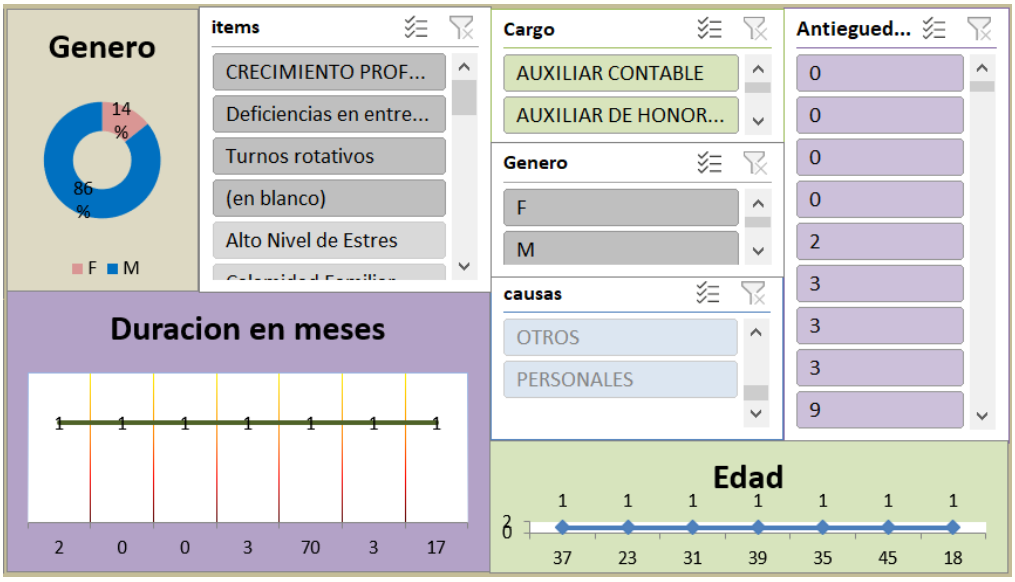
De acuerdo con la evaluación de clima organizacional del área contable, aumento en 2,92% con respecto al año 2024 y de esta manera podemos identificar que el personal se encuentra en una zona de confianza de 76.97% en referencia al servicio al cliente y el aspecto con menor calificación obedece a retribución y beneficios con un promedio del 58.55%



Fuente: Informe talento humano



Fuente: Informe talento humano



Fuente: Informe talento humano

7. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:

Esta información se puede consultar en el siguiente enlace;

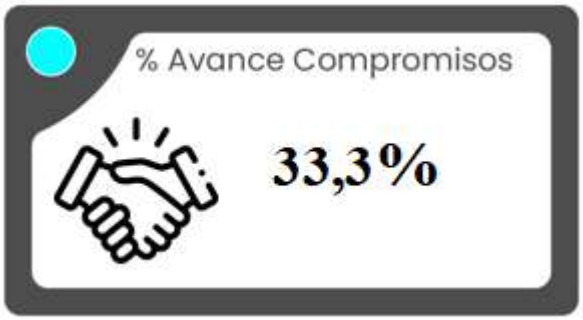
https://www.clinicanogales.com/gobierno-corporativo#Informes-de-gestion

8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

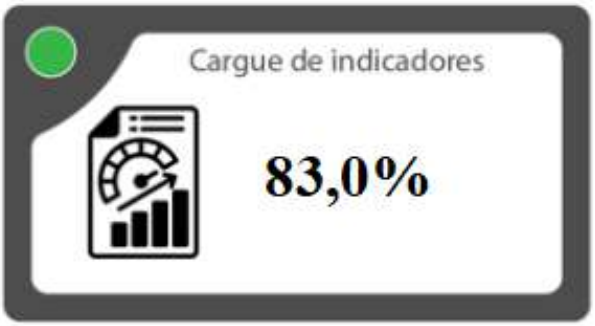
Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.



Vigilado Supersalud

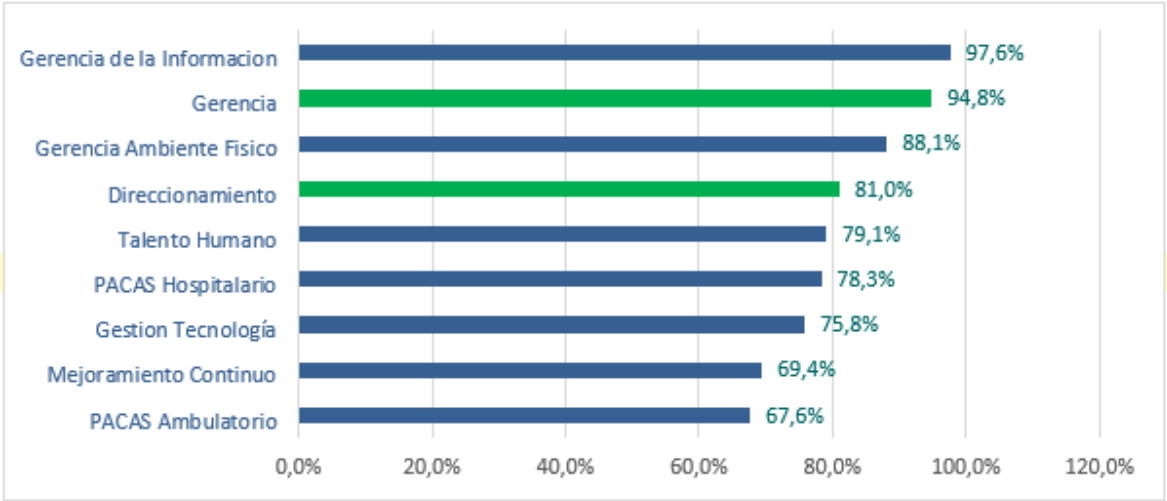
Indicadores.



Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **Direccionamiento y Gerencia** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS.

Dentro de la gestión contable se evidenciaron grandes retos en términos de personal y tiempo de ejecución de las actividades, lo que genero la búsqueda de nuevas formas de trabajo, de aumento de productividad y mayor control en la información, dado cada situación que se presentaba durante la operación, nos obligaba a evaluar el proceso y mejorarlo constantemente para disminuir al máximo situaciones que nos pusieran en riesgo como área, así mismo nos llevó a explorar diferentes formas de analizar la información y entender a un más el negocio con el objetivo de medir el impacto de cada actor del proceso tanto administrativo, como asistencial y así engranar adecuadamente las cifras, además de conocer más el sistema identificando notablemente sus falencias y forma de trabajar, de esta manera adecuar los procesos internos apoyándonos de otras herramientas.

10. PROYECTOS 2026.

El principal proyecto del área, es consolidar el equipo en todos los procesos para aumentar la productividad y disminuir los tiempos de entrega de información, además de seguir cumpliendo al 100% con el cronograma de reportes a entes de control, ajustando todas las situaciones encontradas en 2025, y estableciendo planes de trabajo que nos permitan seguir aumentando los controles y el análisis de información, para brindar información clave que permita la toma de decisiones de la alta gerencia y el desarrollo de proyectos.

CARTERA

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Cumplimiento de la meta de recaudo mensual (sin Salud Total), alcanzando un porcentaje acumulado del 133% frente a la meta establecida del 95%.
- Ejecución del Plan Operativo Anual (POA) al 100%, evidenciando que las actividades desarrolladas en la gestión de cartera contribuyeron al logro de los objetivos propuestos.
- Reducción del porcentaje de cartera radicada con vencimiento superior a 90 días, logrando un acumulado del 9,24% frente a la meta del 20%.
- Optimización de la rotación de cartera radicada, alcanzando un promedio acumulado de 67 días, mejorando la meta establecida de 90 días.
- Entrega oportuna del reporte trimestral de la Circular 030, sin inconsistencias ni requerimientos de validación o corrección por parte de las entidades responsables de pago.
- Seguimiento mensual conjunto con el área jurídica a las entidades en intervención, en seguimiento especial y aquellas con difícil gestión de cobro.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Ejecutar las estrategias del POA 2025 de manera oportuna	Lograr la recuperación total y oportuna de las cuentas por cobrar a entidades y población particular, garantizando los fondos necesarios para cumplir con las obligaciones económicas	100%	31/12/2025	El POA se ejecutó al 100%, evidenciando que las acciones implementadas en la gestión de cartera permitieron alcanzar las metas propuestas
Cumplimiento de la meta de recaudo mensual mediante gestión efectiva de cobro	Definir una meta adecuada de recaudo mensual y asegurar su cumplimiento	100%	31/12/2025	Se cumplió el objetivo, asegurando un flujo de caja óptimo y la liquidez requerida
Disminución de cartera superior a 90 días mediante	Fortalecer la gestión de cobro mediante acciones específicas como	100%	31/12/2025	Se logró reducir la cartera vencida, continuando con acciones específicas

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
seguimiento a entidades de difícil cobro y/o en proceso jurídico	seguimiento de acuerdos y procesos legales			y apoyo jurídico para mantener el resultado
Disminución de los días de rotación de cartera mediante cruces más efectivos y continuos	Reducir la morosidad y optimizar el flujo de caja	100%	31/12/2025	Se cumplió el objetivo, mejorando la rotación y garantizando la liquidez necesaria

3. GESTIÓN DEL RIESGO

- Pérdida de información: No contar con datos actualizados de las cuentas por cobrar implica desconocer la situación real de la cartera, lo que puede generar errores en la gestión de cobro, retrasos en el recaudo, afectación del flujo de caja y dificultades en procesos jurídicos. Para mitigar este riesgo se implementan controles como la realización periódica de backups y la adecuada custodia de soportes físicos y digitales; sin embargo, la materialización del riesgo tendría un impacto alto en la liquidez, con una probabilidad baja si los controles no se verifican regularmente.
- Incobrabilidad de la cartera a entidades y pacientes: Genera afectación en el recaudo, dificultades en el flujo de caja y posibles castigos de cartera, impactando directamente la liquidez. Para mitigar este riesgo se aplican controles como la gestión activa de cobro, establecimiento de acuerdos de pago, elaboración de informes de cartera y seguimiento jurídico; sin embargo, la materialización del riesgo tendría un impacto alto, con una probabilidad alta si los controles no se ejecutan de manera oportuna y efectiva.
- Falta de conciliaciones de cartera actualizadas o su no realización: Ocasiona dificultades en la conciliación de glosas y devoluciones, afectación en el recaudo y problemas en el flujo de caja. Para mitigar este riesgo se aplican controles como la circularización de cartera y el uso de herramientas disponibles por las entidades (páginas web, oficios físicos y correos electrónicos específicos) para obtener información y realizar cruces de cartera, con el fin de conocer el estado de glosas, devoluciones y pagos; sin embargo, la materialización del riesgo tendría un impacto alto en la liquidez, con una probabilidad media si los controles no se ejecutan de manera sistemática y oportuna.

Vigilado Supersalud

- Generación de estados de cartera inconsistentes e imprecisos: Ocasiona que las cifras presentadas no reflejen la realidad, reduciendo la veracidad y fiabilidad de la información financiera y afectando la toma de decisiones. Para mitigar este riesgo se implementa como control la elaboración de informes a través del sistema de información; sin embargo, la materialización del riesgo tendría un impacto alto en la credibilidad y gestión financiera, con una probabilidad media si los controles no se aplican de manera adecuada y periódica.

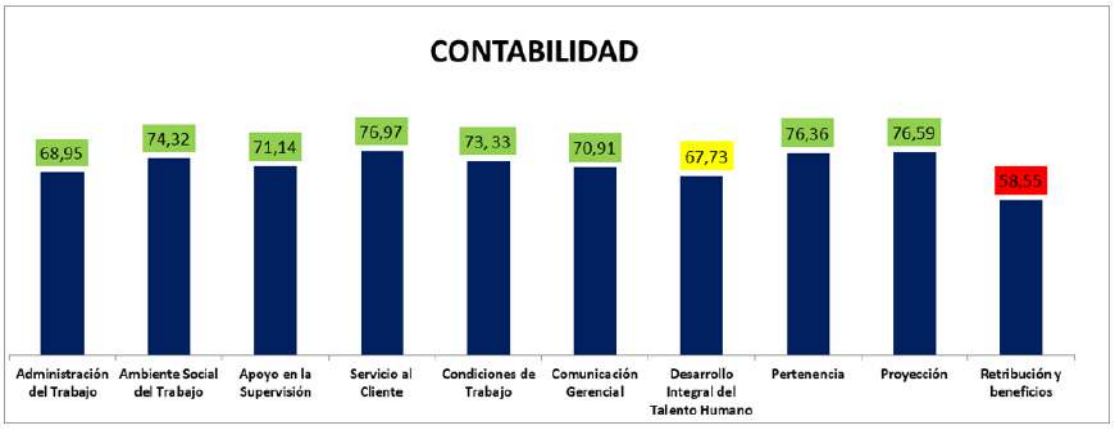
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo	Controles
Perdida de Información	Improbable	Mayor	Bajo	Compartir o transferir el riesgo	2
Incobrabilidad de la cartera a las entidades y pacientes	Probable	Mayor	Alto	Evitar el riesgo	3
Conciliaciones de cartera desactualizadas o no realizadas	Rara vez	Moderado	Medio	Evitar el riesgo	2
Estados de Cartera Inconsistentes e Imprecisos	Rara vez	Moderado	Medio	Evitar el riesgo	1

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

4. INDICADORES DE CULTURA:

El clima organizacional fue de 71.47 en el 2025, aumento 2.92 con respecto al 2024. Indicando que el área se encuentra en zona de confianza (de 68% a 76.9%):

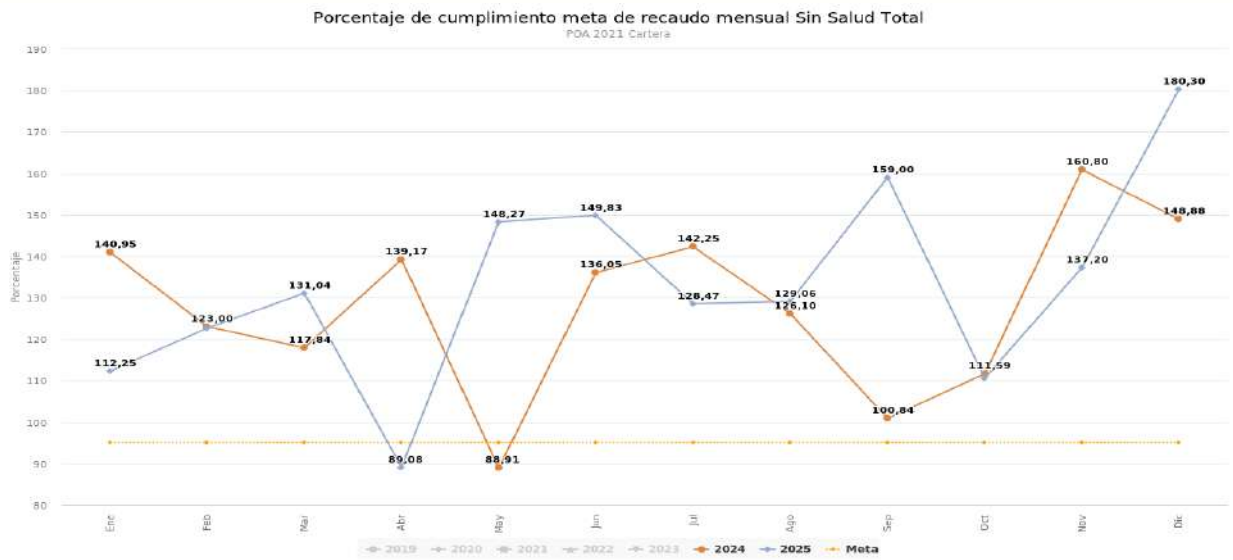


Fuente: Informe talento humano

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	65,71	N/A	65,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

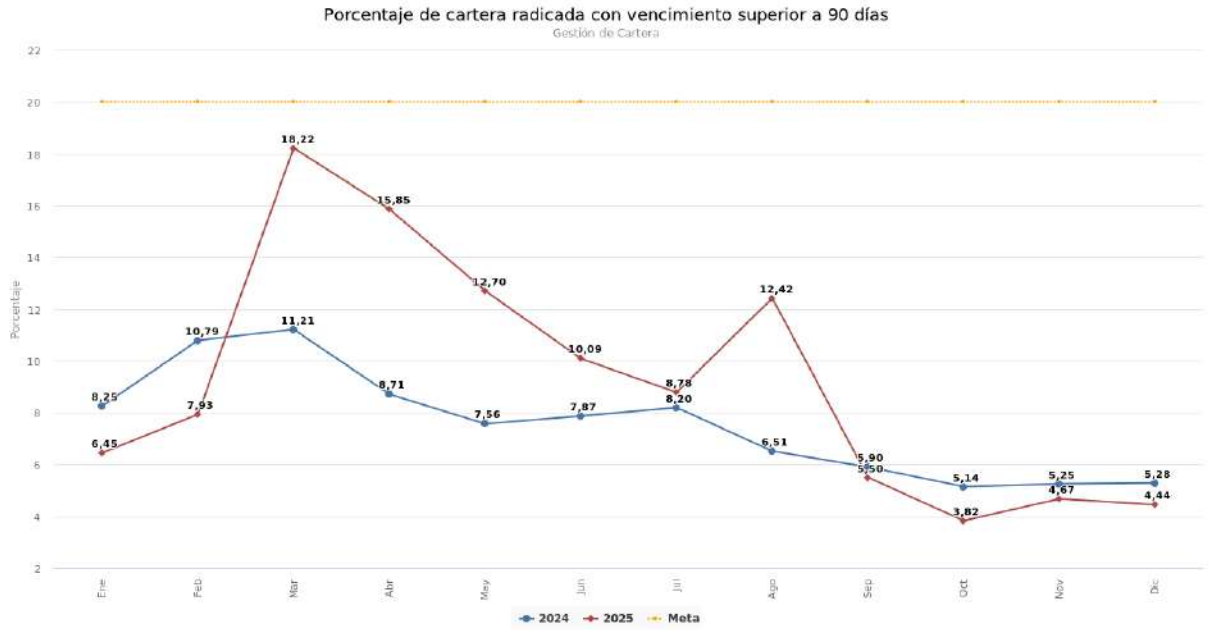
Fuente: Informe talento humano

5. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



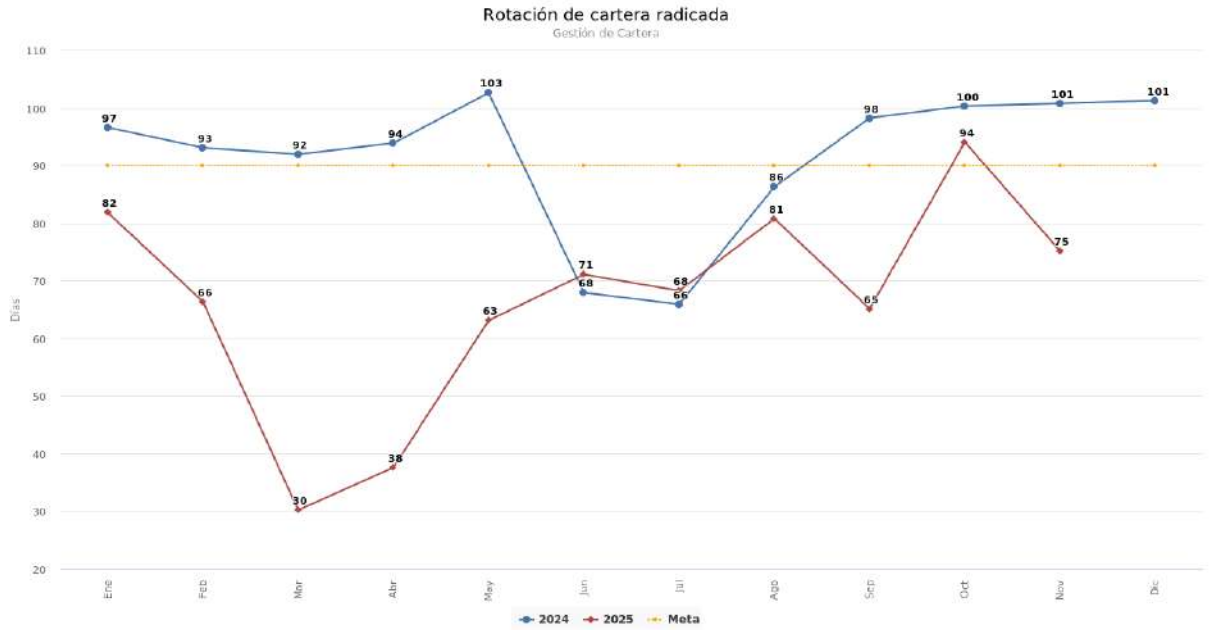
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Porcentaje de cumplimiento meta de recaudo mensual Sin Salud Total, entre el año 2024 y 2025 presenta un aumento, indicando que el resultado ha sido favorable manteniendo su ejecución acumulada por encima de la meta establecida del 95%.
Acumulado 2025: 133%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Porcentaje de cartera radicada con vencimiento superior a 90 días, se mantuvo todo el año 2025 con un porcentaje dentro de la meta establecida del 20%. Acumulado 2025: 9.24%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Rotación de cartera radicada en el año 2025, presenta una disminución en los días con relación al año 2024, indicando que el resultado ha sido favorable manteniendo su

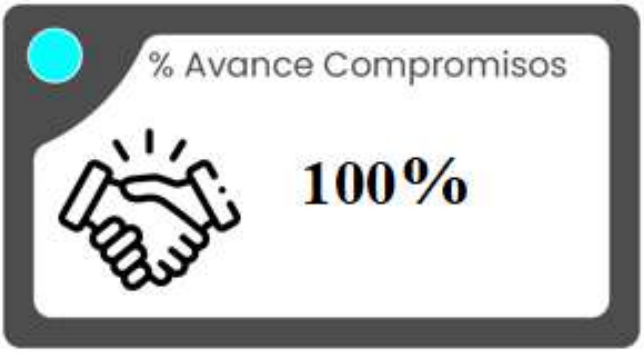
ejecución acumulada por debajo de la meta establecida de 90 días. Acumulado 2025: 67 días.

6. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

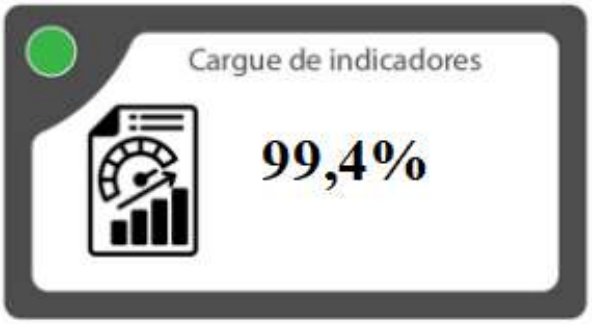
Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.



Vigilado Supersalud

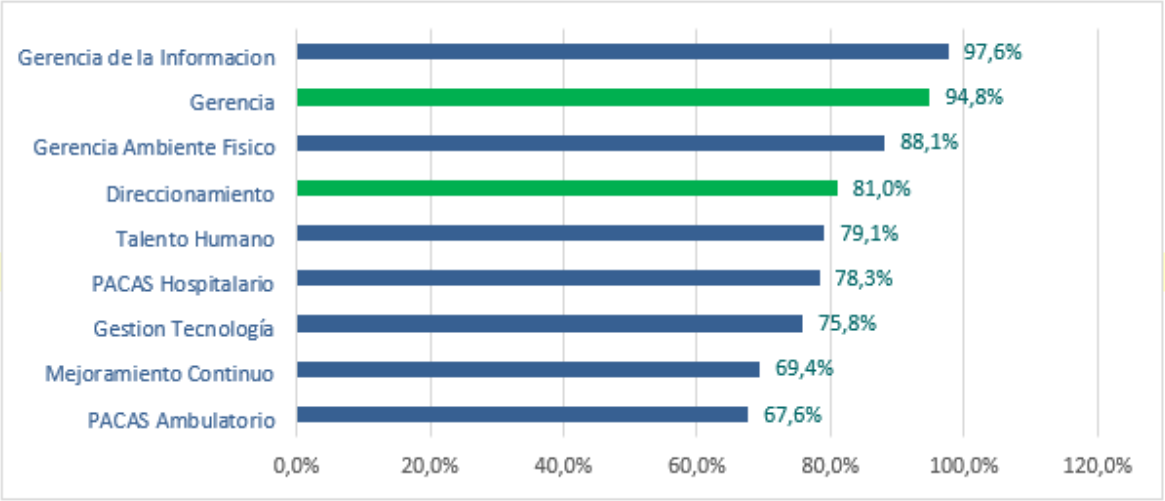
Indicadores.



Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **Direccionamiento y Gerencia** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

7. LECCIONES APRENDIDAS

- Fortalecimiento del trabajo conjunto con el área jurídica: La articulación entre cartera y jurídico fue clave para la gestión de entidades en intervención y casos de difícil cobro, reduciendo riesgos de incobrabilidad y mejorando la efectividad en procesos legales.
- Importancia de la conciliación periódica: La realización sistemática de conciliaciones con las entidades contribuyó a la gestión de glosas y devoluciones, mejorando el flujo de caja y reduciendo riesgos asociados a información desactualizada.
- Importancia de la trazabilidad documental: Mantener soportes físicos y digitales organizados y accesibles facilitó auditorías y procesos jurídicos, confirmando que la custodia documental es esencial para la transparencia.

8. PROYECTOS 2026:

- Proyecto de fortalecimiento del bienestar laboral incrementando el aprovechamiento de los beneficios EFR por parte de los colaboradores.
- Proyecto de formación y capacitación con el fin de mejorar las competencias tecnológicas y normativas del área de cartera.
- Optimización de cartera y recaudo manteniendo el porcentaje de cartera vencida >90 días por debajo del 20% y garantizar el recaudo oportuno.
- Proyecto de migración tecnológica del módulo de cartera a través del cambio del sistema con el fin de mejorar procesos.

COSTOS Y PRESUPUESTO

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Cumplimiento en la Estandarización de los Informes de presupuesto y ejecución, se analizaron mensualmente y se enviaron a la dirección general, para su revisión en los respectivos comités para la toma de decisiones. En los informes enviados se evidencia que, acumulado a noviembre, la institución presentó un desempeño financiero sobresaliente. La utilidad presupuestada era de $79.112 millones de pesos, pero finalmente se ejecutaron $84.273 millones de pesos, lo que equivale a un cumplimiento del 107%.
- Seguimiento a la ejecución presupuestal por tercero y cuenta para análisis de los líderes administrativos y generar las justificaciones de las variaciones. En el rubro de Servicios, se presentó una disminución de $5.198 millones, explicada principalmente por la reclasificación contable del Call center y por una sobreestimación inicial del presupuesto respecto al comportamiento real observado el año anterior.
- Costeo de procedimientos de Ecografía Endoscópica, se crearon 6 paquetes en los cuales se definieron el costo y se propuso tarifas validadas con Salud Total EPS para ampliar el portafolio del servicio de Gastroenterología.
- Proyección financiera de farmacia ambulatoria, se realizó un estudio para determinar la viabilidad de colocar una farmacia para pacientes ambulatorios en el cual se comparó con sedes de Hospitalarte, se definió los artículos del portafolio, las cantidades de inventarios y el valor de la siembra. El ejercicio obtuvo un margen neto del 19% y la inversión se recupera en el primer año.
- Se realizó el costo de la sedación para estudios de resonancia, definiendo dos paquetes con el propósito de facilitar el cobro y estandarizar el procedimiento conforme al protocolo establecido por el Dr. Pabón. El primer paquete corresponde a la sedación con una duración estimada de tres horas, con un valor de $439.223, y el segundo a la sedación de una hora, con un valor de $168.972. Estos paquetes permiten unificar el proceso de facturación según el tiempo requerido durante la realización de la resonancia.
- Avance en la plataforma de Riesgo actuarial y la revisión de entregables por parte del proveedor. Se continúa acompañando el cargue de información, validación y revisión de entregables del proveedor, actualmente ellos ya generaron las pruebas testing y se continua en el análisis del tablero de Riesgo Actuarial.
- Proyección de inversión del Proyecto de Radio farmacia. Se participa en la elaboración del estudio financiero preliminar del proyecto, se obtuvo una inversión de 10.2 millones de dólares.
- Se realizó la evaluación de costos del Proyecto de Patología Digital, determinándose que su implementación generará una utilidad estimada del 29%, sin embargo, esta nueva tecnología no incrementa utilidad.
- Se realizó el costeo estándar de los métodos de esterilización Sterrad y Vapor, consolidando los costos de personal, insumos, infraestructura, servicios y gastos administrativos. Para Sterrad, el costo estándar diario es de $2.451.187 con una tarifa de $3.063.984, por el contrario, para el método Vapor, el costo estándar diario asciende a $2.234.595 con una tarifa de $2.793.244. Este análisis permite

Vigilado Supersalud

definir tarifas coherentes y ajustadas al costo real de los procesos de esterilización.

- Se elaboró la proyección de ingresos para el año 2026 basada en la producción estimada de los servicios de la clínica. El análisis proyecta ingresos por $498.007 millones de pesos, lo que representa un incremento del 4% frente al año anterior.
- Se realizó el costeo de los paquetes de la Clínica de Trastornos del Movimiento, desarrollando un total de 10 paquetes, con el fin de estandarizar tarifas y facilitar los procesos de facturación y análisis de costos del servicio.
- Se realizó una capacitación dirigida a los líderes asistenciales y administrativos sobre la autogestión de los costos de sus servicios. La sesión se llevó a cabo el 1 de agosto de 2025 y contó con la participación de 35 líderes, fortaleciendo sus competencias en el análisis y control de los recursos operativos.
- Se realizó la proyección financiera del Servicio de Otología para 2025–2032 estima un resultado neto total de $12.570 millones de pesos, evidenciando un alto potencial de rentabilidad del servicio.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

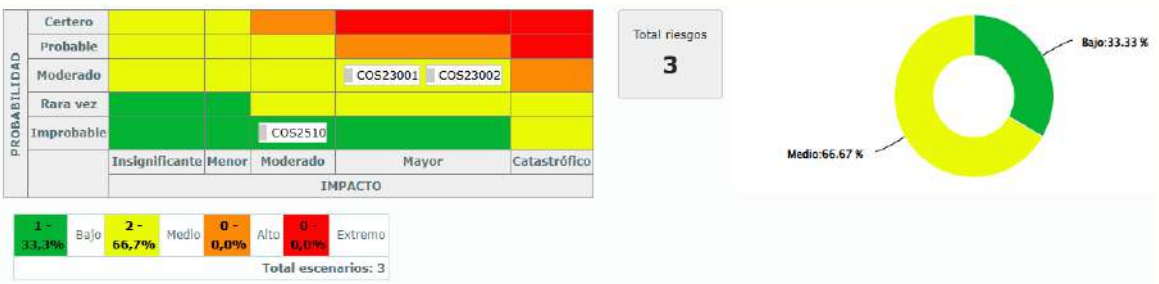
Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Torre IV	Aprobación ampliación Zona Franca.	25%	31 de marzo de 2026	Se debe seguir definiendo las variables para realizar las proyecciones financieras necesarias.
Radio farmacia (Ciclotrón)	Viabilidad Financiera de la inversión del servicio de radiofarmacia.	20%	31 de diciembre de 2026	El énfasis inicial es la definición de la inversión y definir los productos a proyectar su producción.
Capacitar a lideres asistenciales para la gestión y análisis de Costos	Dar herramientas de análisis a los líderes asistenciales y administrativos para la gestión de los costos de la clínica.	100%	01 de agosto de 2025	Continuar con sesiones prácticas y análisis de ejecución de presupuesto y reforzar conceptos de costos.
Crear la nueva estructura de Informes de Presupuesto	Mejorar la base de los informes de presupuesto y ejecución y generar una mejor visualización de los datos por UF, Ceco, cuenta, etc.	70%	31 de marzo de 2026	Unificar la base de información de presupuesto y ejecución para mejorar los reportes gráficos, análisis de información segmentada,

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
				instructivos de CPO y Nogales.
Actualización de Paquetes	Actualizar contenido y el costeo de los paquetes ofrecidos actualmente en la clínica.	50%	31 de diciembre de 2026	Definir una metodología de revisión y ajuste de los paquetes que permita determinar el contenido y el costo detallado para todos los usuarios internos de la clínica y las aseguradoras.

3. GESTIÓN DEL RIESGO

El grafico a continuación presenta la clasificación de los riesgos identificados y evaluados durante el 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Al revisar el mapa de riesgos de la Unidad de Gestión de Costos se identifica, en general, que el nivel de exposición es moderado. Hay tres riesgos identificados: dos están clasificados como Medio y uno como Bajo. El hecho de que no haya riesgos en niveles Alto o Extremo muestra que el ambiente de control funciona relativamente bien.

Sin embargo, los riesgos que sí están en nivel Medio tienen un elemento común: están relacionados con la calidad de la información. Y este punto es clave, porque cualquier error o falta de precisión termina afectando directamente el desempeño financiero de la Clínica. Por eso, aunque el panorama no es crítico, sí es importante fortalecer estos procesos para evitar impactos mayores en el futuro.

Vigilado Supersalud

4. INDICADORES DE CULTURA:

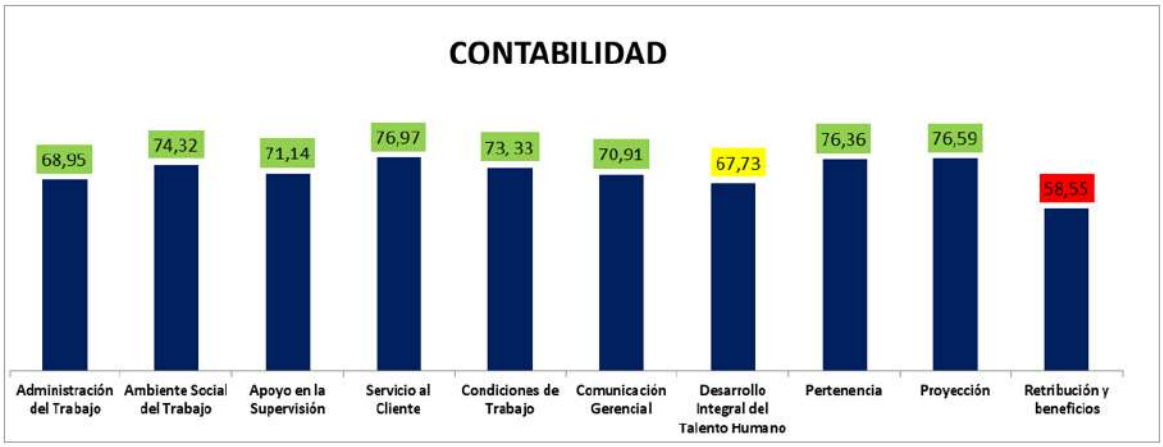
El clima fue 83,54

2,59

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,34	-2,88
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%

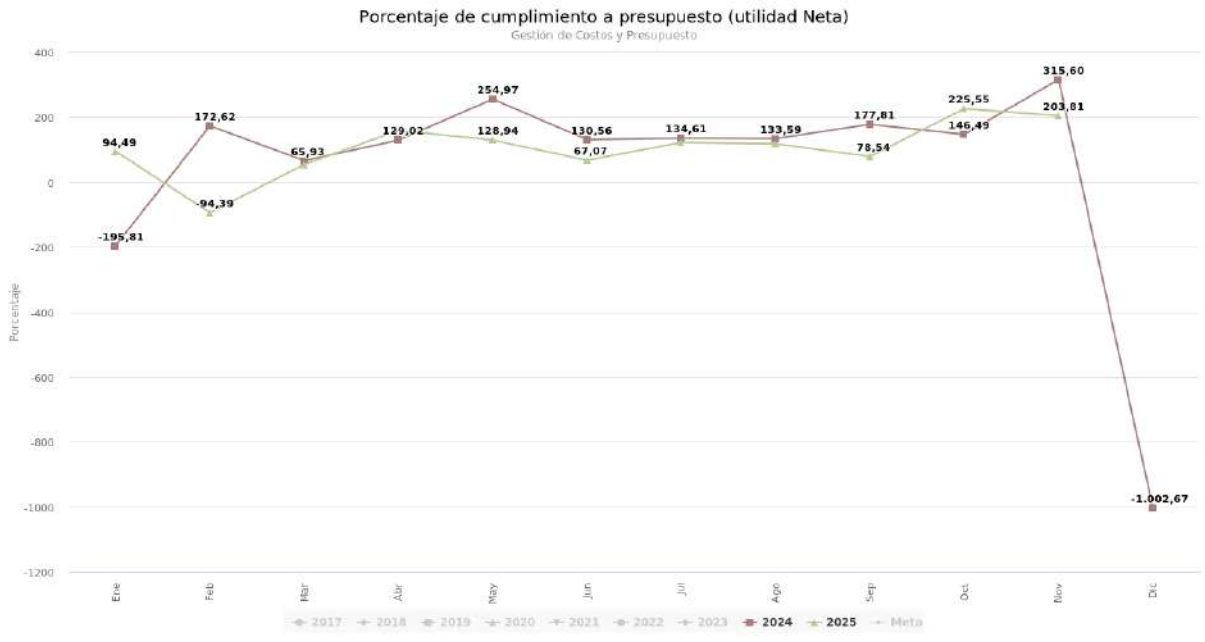
Fuente: Informe talento humano



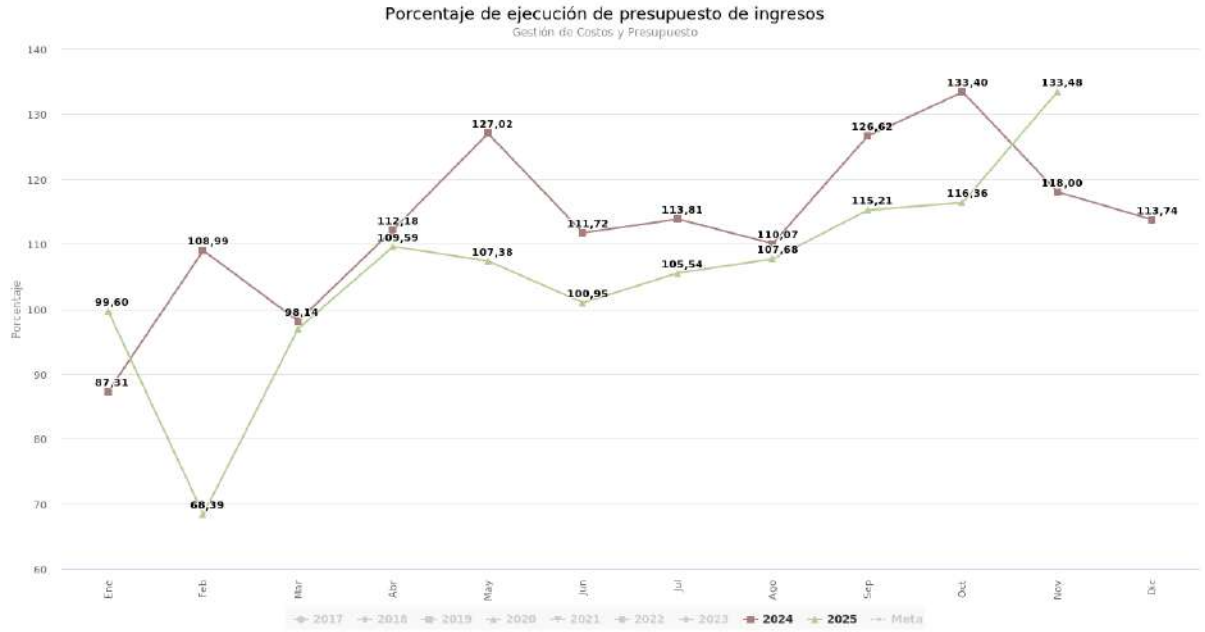
Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%

Fuente: Informe talento humano

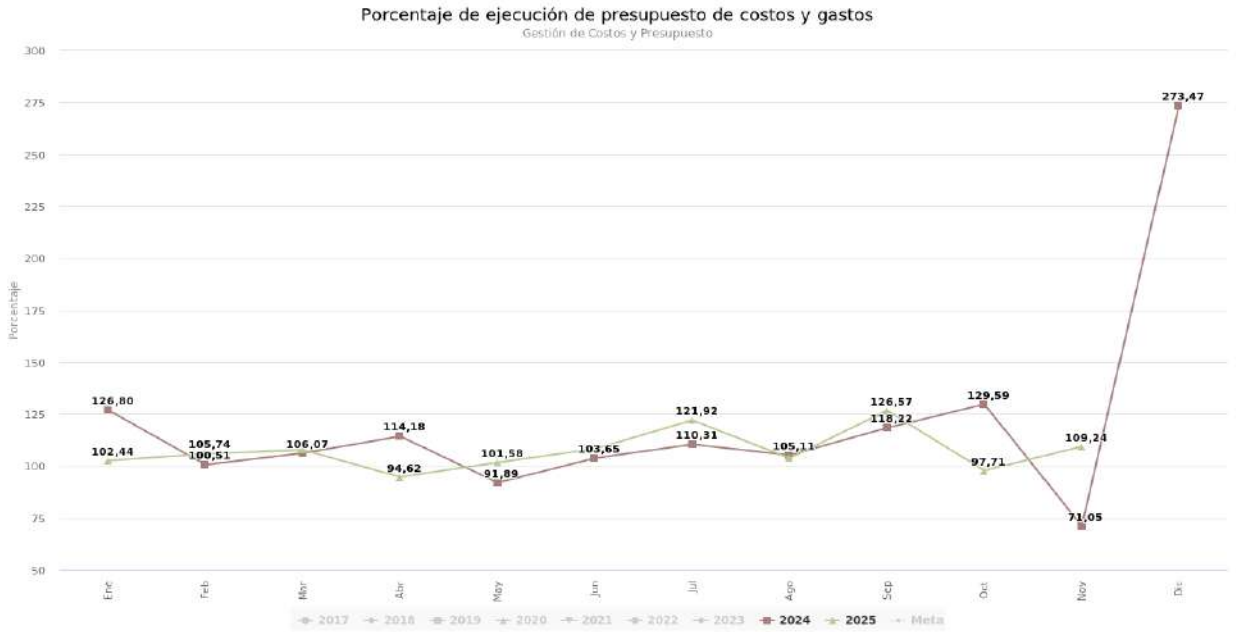
5. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Acumulado a noviembre, la institución presentó un desempeño financiero sobresaliente. La utilidad presupuestada era de $79.112 millones de pesos, pero finalmente se ejecutaron $84.273 millones de pesos, lo que equivale a un cumplimiento del 107%.

En términos acumulados del año 2025, la utilidad presenta un cumplimiento del 107%, es decir, un superávit de $5.161 millones frente al presupuesto. No obstante, al incluir las provisiones de medicamentos y cuentas por cobrar del 2024, el cumplimiento asciende al 166%, generando una sobre ejecución de $52.351 millones. Esto se debe a que durante el año se han reversado provisiones por un total de $47.190 millones, lo cual eleva la utilidad acumulada a $131.463 millones a noviembre.

En cuanto a ingresos, acumulado a noviembre mostró un comportamiento positivo: se registró un incremento de $27.175 millones de pesos frente al presupuesto, equivalente a un crecimiento del 6%.

Frente a la proyección acumulada a noviembre, se identificaron cinco variaciones relevantes: el ajuste contable de medicamentos e insumos por $27.593 millones, mayores ingresos operacionales por $5.958 millones, una reducción de costos por servicios de $5.198 millones, un incremento de $2.191 millones en costos de personal y un aumento de $866 millones en gastos financieros por intereses y variación en la tasa de cambio.

En cuanto al desempeño por servicios, los más rentables del año fueron Oncología, SAME, Radioterapia, Cirugía General y Electrofisiología, destacándose Oncología con una utilidad de $37.344 millones y SAME con $30.614 millones, impulsado por un volumen de atención superior a lo proyectado.

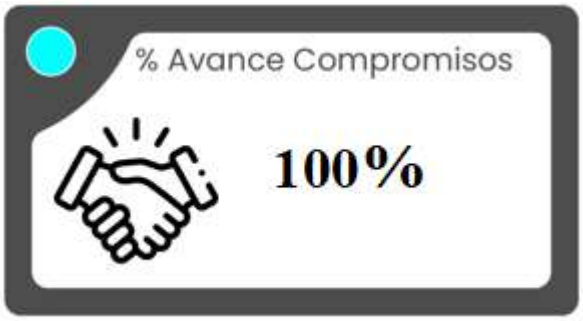
Vigilado Supersalud

6. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

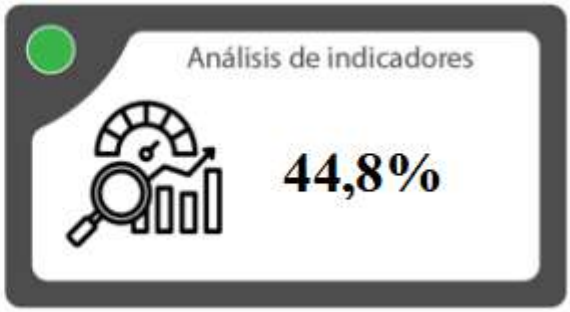
A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.



Indicadores.

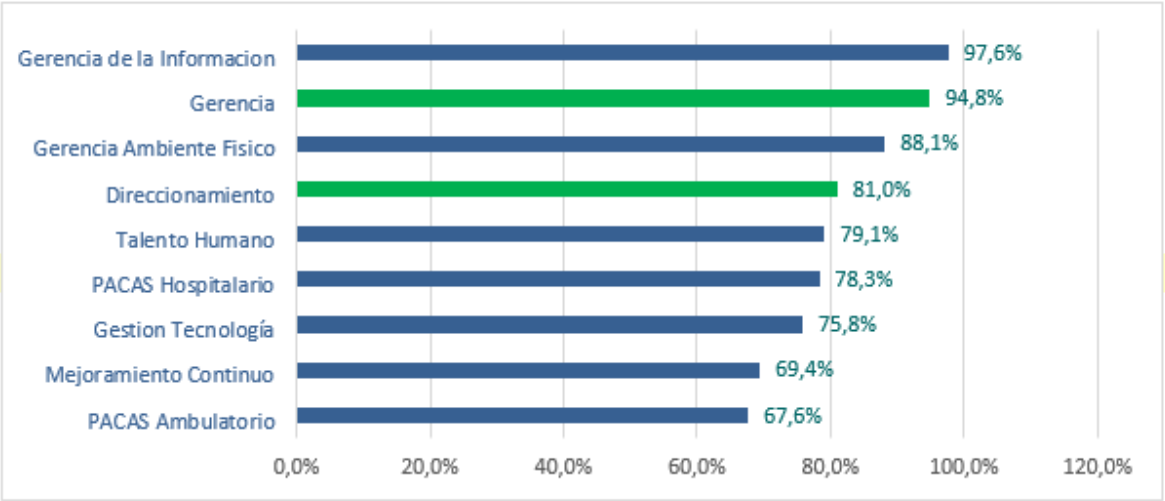


Vigilado Supersalud

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **Direccionamiento y Gerencia** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

7. LECCIONES APRENDIDAS

- Continuar fortaleciendo las capacidades de los líderes de la institución en la comprensión y gestión de la estructura de costos de la clínica, con el objetivo de promover una toma de decisiones más informada, eficiente y alineada con la sostenibilidad financiera.
- Ampliar el nivel de detalle de la ejecución y del presupuesto, incorporando el apoyo de un tercero para realizar el seguimiento a los proveedores asociados a los costos, con el fin de fortalecer el control, validar el cumplimiento y garantizar información más precisa para la toma de decisiones.
- Unificar los informes de ingresos y costos para que se generen y presenten de manera simultánea, garantizando coherencia en la información, mejor comparabilidad entre ambos resultados y una visión integral del desempeño financiero del grupo empresarial.

Vigilado Supersalud

- Continuar mejorando la calidad de la información mediante la depuración de las cuentas contables por servicio, con el fin de obtener datos más precisos que faciliten el análisis y fortalezcan la toma de decisiones.

8. PROYECTOS 2026:

- **Reconocimiento y Autogestión de los Costos de Mi Servicio:** Esta estrategia se basa en proporcionar conocimiento claro y accesible a los líderes de los servicios asistenciales y administrativos sobre cómo funciona la estructura de costos y presupuesto de la Clínica con el fin de mejorar su comprensión de los informes de ejecución de presupuesto y la capacidad de generar acciones basada en la información recibida periódicamente.
  El objetivo es explicar conceptos fundamentales de costos y la forma de cómo se acumulan y se calculan los costos por elemento en cada servicio asistencial y administrativo de la Clínica. A través de una metodología de autoaprendizaje basado en información y guías aplicadas a la práctica, en sesiones para todos los líderes.

- **Modelos de Contratación con Sociedades Médicas:** Crear nuevos modelos de contratación que No incentiven las actividades por evento y contribuya de esta forma a reducir el costo al asegurador. Las especialidades de Oncología, Urología, Cardiología, Dolor y Radiología Intervencionista serán el enfoque principal en este año.

- **Actualización de Paquetes de Atención:** Revisar Contenido, actualizar costos y evaluar tarifas de los paquetes de los servicios, con el fin de mejorar el costo ofrecido al asegurador y mejorar su cobertura. Adicional comunicar internamente esta información y ajustar parametrizaciones en el sistema.
  Determinar la frecuencia de facturación de paquetes y realizar planeación por Pareto según frecuencia de facturación.

- **Plan maestro Torre IV:** Se realizan proyecciones de la inversión necesaria para la construcción de la Torre IV de acuerdo con la metodología de ampliación de zona franca. Se participa en la elaboración del respectivo documento con los temas asignados.

- **Unificación de la Estructura de los Informes entre Clínica Los Nogales y Centro Policlínico del Olaya:** Con el propósito de estandarizar los procesos de reporte y facilitar el análisis institucional, se implementará la unificación de la estructura de los informes generados en Nogales y CPO. Esta homologación permitirá contar con un único instructivo y formatos similares para facilitar la consolidación de la información de costos de las clínicas, garantizando mayor claridad en los análisis y una gestión más eficiente de los datos entre ellas.

Vigilado Supersalud

CONTROL INTERNO

1. PRINCIPALES LOGROS

A pesar de las limitaciones operativas, durante el año 2025 se destacan los siguientes logros en la Clínica los Nogales:

- Ejecución de auditoría de cumplimiento al SARLAFT, contribuyendo al fortalecimiento del Control normativo.
- Revisión de facturación mediante auditorias por evento reduciendo riesgos asociados a los pagos no procedentes.
- Implementación de auditorías continúas de arqueos de caja, como mecanismo de control preventivo.

Se destaca un mayor control de las cajas menores a través de los arqueos realizados de manera periódica, no se evidencian faltantes representativos, cumpliendo con los lineamientos institucionales.

Se destaca un mayor control en las cajas generales (cajeros) participando del Comité de cajas para sus funciones. Se logra la estabilización del proceso en un % mayor ya que no se han evidenciado faltantes representativos y fraudes posteriores al comité.

2. AVANCE DE PROYECTOS

Control Interno implementó un seguimiento al pasivo vacacional de la clínica con la finalidad de disminuirlo en el tiempo y evitar la materialización de riesgos futuros asociados a inconformidades con los colaboradores.

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Seguimiento a pasivo vacacional	Disminuir el pasivo vacacional de los colaboradores de la clínica	80%	En proceso	Se logra la disminución con validación constante

De acuerdo con los recursos disponibles, el alcance de la gestión de Control Interno durante el año 2025 se limitó a:

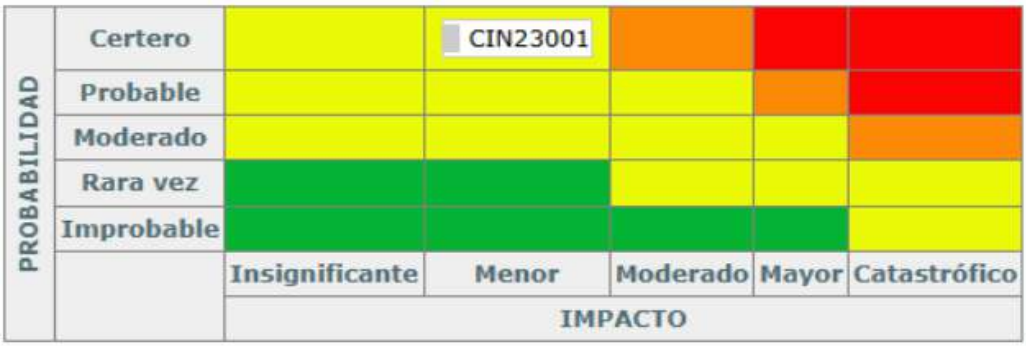
- Auditoria de cumplimiento de SARLAFT, enfocada en la verificación del grado de aplicación de los lineamientos establecidos
- Auditorias por evento. Orientadas a la revisión de la facturación enviadas por la administración
- Auditorias cíclicas: Consistentes en la realización periódica de arqueos de caja y fondos.

Vigilado Supersalud

- Verificación física y documental de los inventarios
- Verificación del pasivo vacacional para los colaboradores de la Clínica.

3. GESTIÓN DEL RIESGO

La Gestión del Riesgo durante el año 2025 se desarrolló de manera operativa y focalizada concentrándose en el riesgo asociado a: COD: CIN 23001 Riesgo: incumplimiento en la ejecución del plan de auditoria establecido para el periodo.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

De acuerdo con la siguiente grafica se puede evidenciar que el riesgo cargado al proceso de Control Interno se encuentra en exposición media sin que se materialice.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

MEDICIONES ADICIONALES

- Incumplimiento normativo de SARLAFT
- Riesgos financieros derivados de la facturación y pagos.
- Manejo y custodia de recursos financieros
- Perdida, deterioro o deficiencias en inventarios

4. INDICADORES PRODUCTIVIDAD:

El área de control interno tiene dos indicadores como se presentan a continuación:

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

De las actividades definidas por los procesos a través de los planes de mejora, se ha logrado lo siguiente:

- PM SARLAFT/FPADM 2025-I: con corte a marzo de 2025 se logró el cierre del 100% de las actividades.
- Para las auditorias integrales a la totalidad de los procesos asistenciales y administrativos, y el seguimiento estructurado a todos los planes de mejoramiento no se ejecutaron debido a la limitación del recurso humano.

Auditoria de cumplimiento

Se realizó auditoria de cumplimiento al sistema de administración del riesgo lavado de activos y financiación del terrorismo (SARLAFT) primer semestre 2025 con el fin de:

- Verificar la aplicación de los lineamientos definidos en el Manual Sarlaft Auditoria primer semestre 2025
- Identificar brechas con el fin de realizar la implementación de controles y procedimientos
- Generar observaciones orientadas al fortalecimiento del cumplimiento normativo y la gestión de riego LA/FT. Estipulados en la circular externa 009 de 2026- y circular externa 005 de 2021.

Auditorias por evento- facturación

Se revisaron órdenes de compra de proveedores (MEDTRONIC, Boston y Cordis) enviadas por la administración donde estas validaciones quedan categorizadas como auditorias por evento. Emitiendo 60 informes contemplados en el Plan anual. Estas Órdenes de compra son remitidas por el área de Administración (Insumos especiales) donde están orientadas a:

Vigilado Supersalud

- Verificar la razonabilidad y coherencia de la facturación remitida
- Identificar inconsistencias, reprocesos y riegos asociados de pago
- Emitir observaciones preventivas para mitigar riesgos financieros y administrativos.

Auditorias cíclicas- arqueos de caja
Es importante mencionar, se ejecutaron doce (12) auditorias cíclicas (11 de cajas menores y generales y 1 de almacén general)

Los arqueos de caja y fondos se realizaron con el propósito de:

- Verificar la existencia y custodia de los recursos
- Validar concordancia entre saldos físicos y registros disponibles
- Identificar debilidades recurrentes en los controles de manejo de efectivo.

De acuerdo con las validaciones y seguimiento se evidencio un 100% al cumplimiento de bases manejo de efectivo cumpliendo con la transparencia dentro de Clínica Los Nogales.

Validación del pasivo vacacional
Se han realizado seguimientos a febrero, mayo, agosto, octubre y noviembre 2025. En el mes de mayo se logró la disminución del 22% del total de días cumplidos de vacaciones. Con corte a noviembre de 2025 se registraron y tomaron el 100% de las vacaciones enviadas previamente por los jefes de área.

5. GESTIÓN INTERNA Y DESARROLLO

Formación y desarrollo del Talento Humano

Durante el año 2025 no se ejecutaron estrategias de formación desde el área de Control Interno, pero si fueron realizados el 100% de los cursos definidos a través de plataforma de Unitotal correspondientes a SARLAFT Y SICOF

Evaluación del Clima Organizacional

Para mantener un buen ambiente laboral, la relación en el área de control interno está basada en la aplicación de los valores corporativos, y una relación cordial a pesar de las dificultades que se puedan presentar en el ámbito laboral. Se permite la participación en las actividades institucionales, lo cual genera apropiación del conocimiento, y que el colaborador perciba un entorno agradable para trabajar; lo anterior, genera un impacto positivo en todo el personal con los cuales el área tiene contacto.

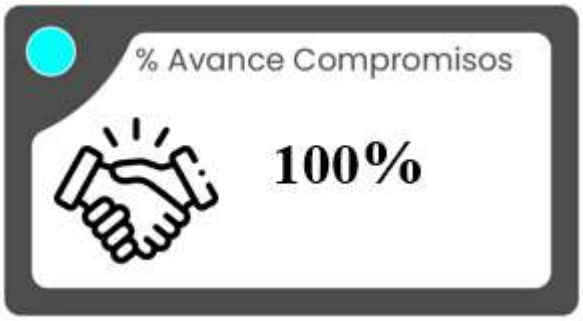
Vigilado Supersalud

6. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

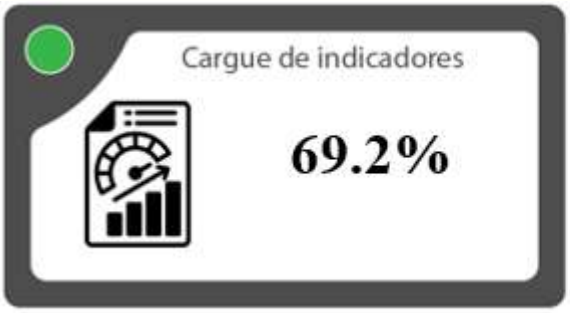
A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

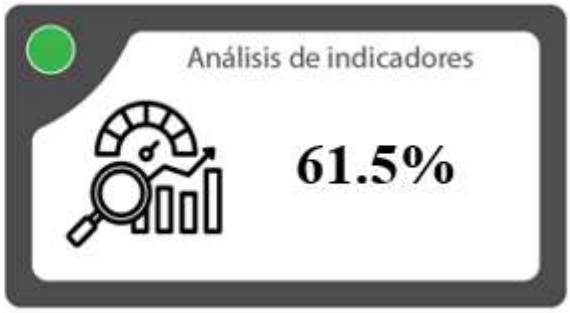
Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.



Indicadores.



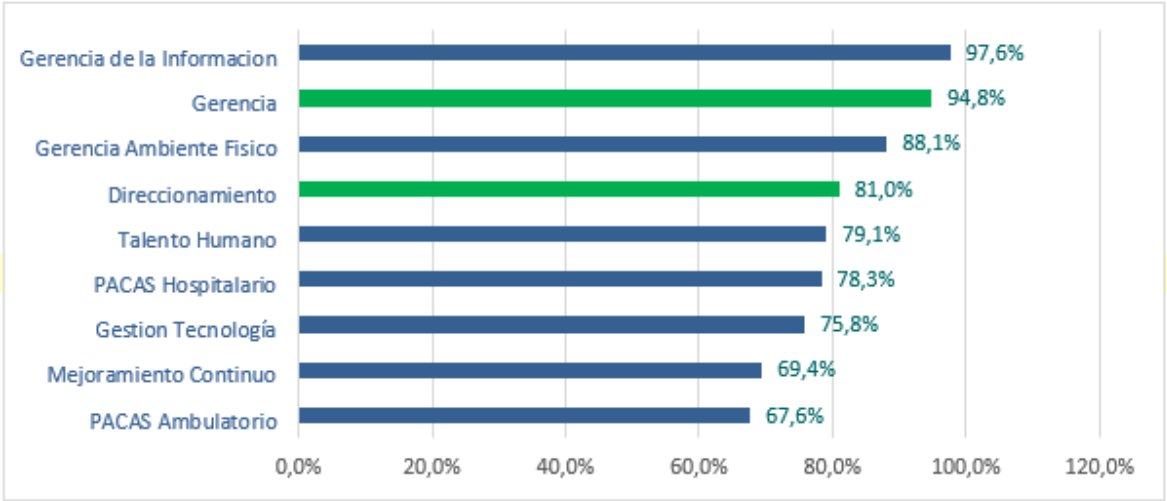


Vigilado Supersalud

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **Direccionamiento y Gerencia** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

7. GESTIÓN LECCIONES APRENDIDAS

Durante el año 2025 se identificaron las siguientes lecciones:

1. Cobertura de auditorías de cumplimiento y financieras se ve directamente impactada por la disponibilidad del recurso.
2. La auditorias por eventos, permiten detectar riesgos críticos de forma oportuna
3. La gestión del riesgo debe fortalecerse, mediante enfoques más estructurados evaluando impacto y probabilidad por porcentaje.
4. Colaboración y comunicación efectiva entre los equipos y procesos son fundamentales para lograr los objetivos y metas establecidas.

5. Necesidad de monitoreo y evaluación continua es importante realizar un monitoreo y evaluación continua de los procesos para identificar las debilidades y tomar medidas preventivas y/o correctivas oportunas.
6. La planificación y programación adecuadas de las tareas permiten asegurar la eficiencia en la gestión de los recursos financieros y evitar sobrecostos.
7. Importancia de la delegación de responsabilidades permite mejorar la eficiencia y oportunidad en la realización de tareas y reportes.

8. PROYECTOS Y RETOS AÑO 2026

Con el fin de fortalecer el sistema de Control Interno de la Clínica los Nogales se proyecta para un 2026:

- Fortalecer a Control Interno con mayor recurso humano
- Ampliar el alcance de auditorías de cumplimiento incluyendo SICOF
- Implementar seguimiento formal a los hallazgos y planes de mejora
- Robustecer la gestión del riesgo de SARLAFT Y SICOF incluyendo segmentación, actualización de proveedores, capacitación, cursos, Estandarizar Auditorias.

CANAL línea ética y anticorrupción clínica los nogales: Con el fin de fortalecer el Sistema de control interno y los mecanismos de transparencia en la Clínica los Nogales, para el año 2026 se establecen los siguientes retos:

- Actualizar y fortalecer el canal anticorrupción de la Clínica de los Nogales, brindando claridad a los colaboradores sobre los eventos de opacidad, fraude y corrupción, así como los mecanismos de reporte, confidencialidad y tratamiento de la información.
- Fortalecer el Sistema de SICOF. Mediante procesos de socialización y capacitación dirigidos a todos los colaboradores de la Clínica, con el propósito de mejorar la comprensión, aplicación y cumplimiento de los lineamientos establecidos.
- Estandarizar y documentar las auditorias cíclicas y auditorias evento, garantizando mayor trazabilidad consistencias y oportunidad en los controles ejecutados.

Fuente: Pagina Web Clínica de Los Nogales/ SICOF - Canal Anticorrupción - Clínica Nogales

Los Nogales
Clínica

Informe de Gestión 2025

PACAS Hospitalario

Vigilado Supersalud

Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C
Autopista Norte, Costado Oriental.
www.clinicanogales.com
(601) 593 70 00

HOSPITALIZACIÓN

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Incremento del 2% en el número de egresos ocurridos en el año 2025 en comparación con el año 2024, que se relaciona con un incremento importante en el número de egresos de especialidades quirúrgicas que presentó en su segmento un incremento de 43% con relación al año anterior sumado al positivo incremento del 5% en el número de egresos por especialidades oncológicas.
- Disminución de -6% en la estancia hospitalaria global pasando de 6,60 días a 6,20 días; resultado derivado de la disminución del -6% del promedio estancia hospitalaria de especialidades clínico-quirúrgicas, -4% en el promedio estancia de especialidades clínicas, -9% del promedio estancia hospitalaria de especialidades oncológicas y -16% del promedio estancia hospitalaria de especialidades quirúrgicas.
- Se obtuvo una importante disminución en el consumo de recursos de interconsultas solicitadas del 27% durante el año 2025, obtenido desde el fortalecimiento de la eficiencia clínica e interacciones interdisciplinarias desde la pertinencia y de acuerdo con las necesidades en salud de los pacientes.
- Implementación de la cultura de Gobierno Clínico en el servicio de hospitalización con la finalidad de optimizar procesos y resultados clínicos y de eficiencia que derivó en cambios importantes en la dinámica de procesos internos para la obtención de resultados globales y fortalecimiento de la sinergia con otras áreas y servicios intrainstitucionales.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Gerenciando con amor	Generación de estrategias para lograr la eficiencia del servicio y el aprovechamiento de los recursos con enfoque en la seguridad del paciente, disminución de la estancia promedio frente a la obtención de resultados positivos en la experiencia del paciente.	92,50%	31-12-2025	Se fortaleció el enfoque en la disminución de la estancia desde los indicadores de eficiencia del servicio generando resultados positivos de eficiencia en el servicio denotando una mejora global y constante a lo largo del año 2025.
Gestión clínica / cuidado y eficiencia	Impactar en las barreras que afectan la	94,25%	31-12-2025	El modelo asistencial tuvo ajustes a lo largo del

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	optimización del servicio asistencial, la obtención de resultados derivados de la integración del modelo asistencial y la sinergia de sus componentes Médico y de enfermería con enfoque en la generación de mejores resultados clínicos.			año 2025 y una suma de estrategias para fortalecer la gestión clínica y, por tanto, los resultados clínicos de nuestros pacientes que se integrará a las mejoras del modelo de enfermería para continuar generando resultados operacionales, clínicos y en la experiencia del paciente.
Optimización de recursos / ecoeficiencia en salud	Ejecución de tácticas operativas para optimizar los recursos garantizando la seguridad y la calidad en los resultados en salud de nuestros pacientes y evitando el desperdicio en todos los aspectos del ciclo de atención del paciente.	86,25%	31-12-2025	Fueron identificadas e intervenidas fugas de recursos que se sumaron a las cifras de mejora del servicio en el año 2025. Así mismo se puntualizaron oportunidades de mejora que se encuentran en gestión con otras áreas, aseguradores y prestadores externos.
Tu experiencia, nuestro compromiso/ la experiencia del paciente y su familia es nuestro objetivo	Implementación de gobernanza clínica en la que se propende por la mejora continua desde el restablecimiento de responsabilidades, metas y optimización de procesos para garantizar el cumplimiento de hitos en la seguridad y la excelencia	80%	31-12-2025	Involucrar e integrar más a los profesionales, líderes y pacientes en la toma de decisiones mediante el control de los riesgos y seguimiento, evidenció un cambio constante y positivo que propende por mejorar la experiencia del paciente y su familia

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
				y los resultados del servicio.

3. GESTIÓN DEL RIESGO

La probabilidad de caída del paciente durante el proceso de atención y la probabilidad de afectación en el paciente por la inadecuada identificación y gestión de riesgos que impactan en el desenlace clínico fueron identificados como riesgos altos; La posibilidad de eventos adversos por flebitis, lesiones en piel, no adecuación del proceso de reconciliación medicamentosa, morbilidad en manejo de Infección Urinaria complicada y retrasos en la realización de procedimientos diagnósticos de gastroenterología, fueron 5 riesgos clasificados como riesgo Medio para el servicio de Hospitalización en el año 2025.

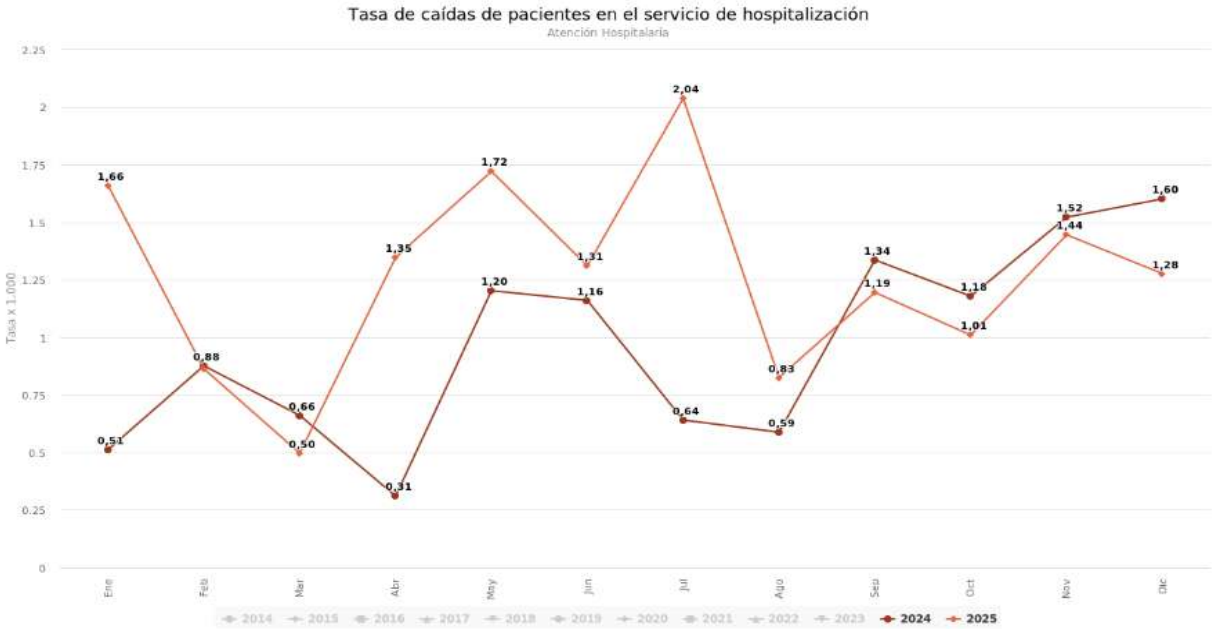
Unidad de riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo
Atención Hospitalaria	1. Posibilidad de caída del paciente durante el proceso de atención	Probable	Mayor	Alto	Evitar el riesgo
Atención Hospitalaria	2. Posibilidad de eventos adversos e incidentes asociados a Flebitis química	Moderado	Mayor	Medio	Evitar el riesgo
Atención Hospitalaria	3. Posibilidad de eventos adversos e incidentes asociados a Úlceras por presión	Moderado	Mayor	Medio	Reducir el riesgo
Atención Hospitalaria	4. Probabilidad de afectación en el paciente por inadecuada identificación y gestión de riesgos que impactan en los desenlaces clínicos.	Probable	Mayor	Alto	Reducir el riesgo
Atención Hospitalaria	5. Probabilidad de inadecuada o nula realización por médico la reconciliación medicamentosa al ingreso y egreso hospitalario.	Probable	Moderado	Medio	Evitar el riesgo
Atención Hospitalaria	6. Probabilidad de mayor morbilidad en manejo de IVU complicada	Probable	Moderado	Medio	Evitar el riesgo
Atención Hospitalaria	7. Probabilidad de retrasos en la realización de procedimientos diagnósticos de gastroenterología asociado a transferencia de la información y su entendimiento.	Probable	Moderado	Medio	Evitar el riesgo

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

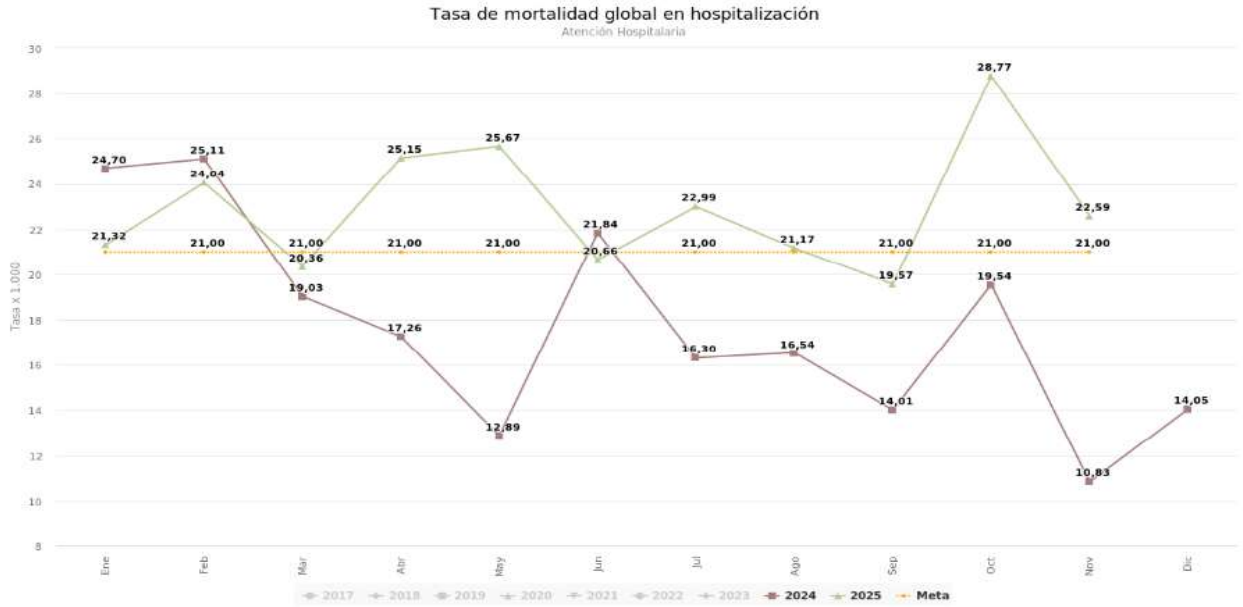
Con las intervenciones pertinentes a cada riesgo que se realizaron durante el 2025, se logra desescalar el riesgo absoluto de 2 riesgos altos y 5 riesgos medios, a riesgo residual en el que se contemplan 6 riesgos medios y 1 bajo, eliminando riesgos altos basados en la gestión eficiente de los riesgos identificados en la matriz.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

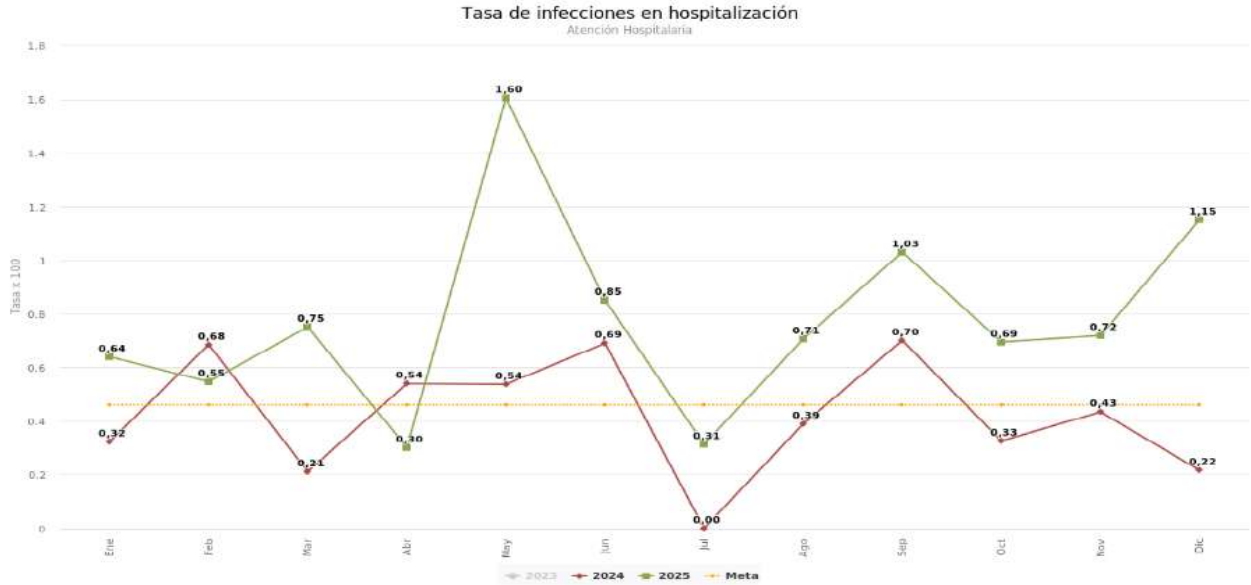
4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



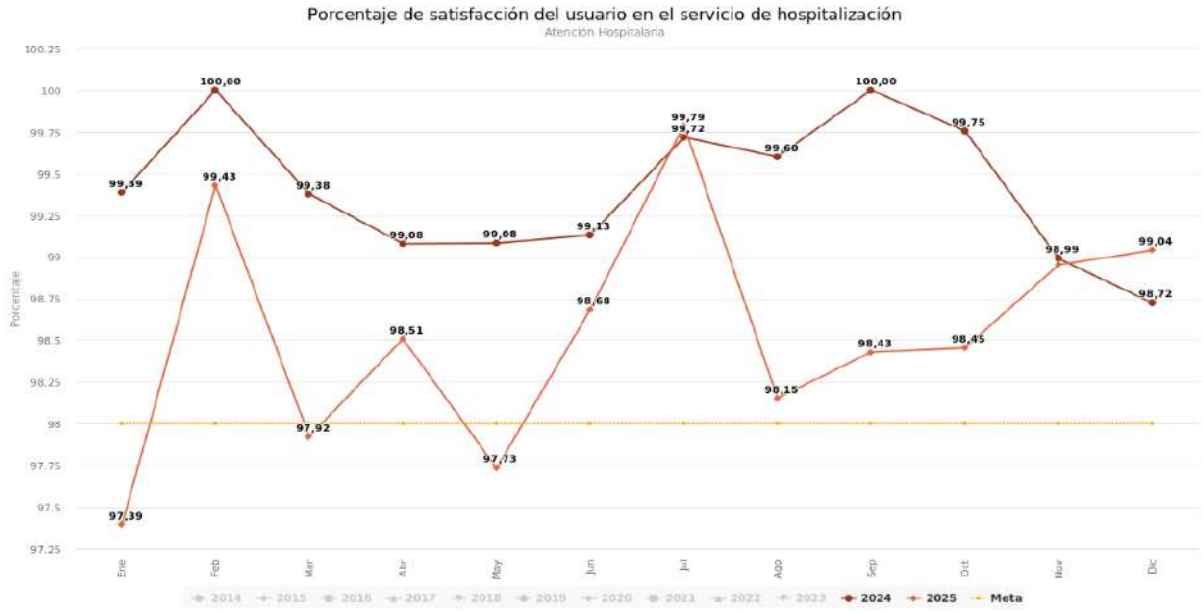
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En aspectos de Gestión clínica nos encontramos frente a grandes retos que se convierten en una gran oportunidad de mejora y fortalecimiento de las barreras de contención de eventos de seguridad en el paciente. Entendiendo que la tasa de mortalidad global obedece a desenlaces del gran porcentaje de pacientes con diagnósticos y pronósticos con alta posibilidad de mortalidad que incrementa este indicador.

5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El porcentaje de satisfacción del año presenta el mismo resultado del año inmediatamente anterior con un promedio de 99%.

Hospitalización	**Satisfacción**		
	2024	99%	
	2025	99%	
	Atributos Afectados 2025		
	1	Oportunidad	82
	2	Humanización	79
	3	Confort	34
	4	Pertinencia	31
	5	Seguridad del Paciente	21
	6	Comunicación	17
	7	Continuidad	9
	8	Accesibilidad	8
	Total PQRS		**281**
	Tasa PQRS 2025		**24,7**
	Indicador NPS		
	2024	98%	
	2025	95%	

Fuente: Informe Experiencia 2025

Los atributos más afectados en el año 2025 fueron oportunidad y humanización, determinando la priorización de estrategias para mejorar estos aspectos de manera

prioritaria debido al deterioro del indicador NPS 2025 que bajó 3 puntos porcentuales con relación al año 2024. Nos apoyamos en los proyectos de Humanización que la institución adelanta y se proyecta la interiorización con los equipos.

6. INDICADORES DE CULTURA:

El clima laboral del servicio presentó un incremento de 3 puntos con relación al año anterior que se basó en el fortalecimiento de la comunicación con asertividad y el acompañamiento en todos los procesos. El aumento de la sinergia con otras áreas y servicios que fortaleció la gobernanza clínica del servicio y, por ende, la confianza de los colaboradores en los procesos, y recibiendo el reconocimiento a su desempeño desde la importancia de cada acto realizado y su aporte permanente.

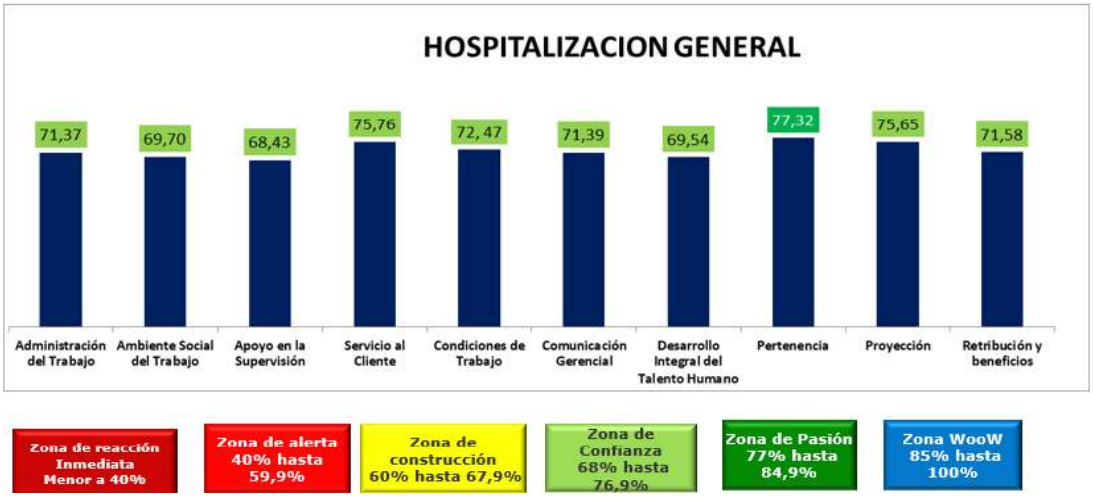
El clima 71,96 y subió

3,00 Puntos porcentajes

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Fuente: Informe talento humano

Se evidencia que las facetas evaluadas se encuentran 90% en zona de confianza y 10% en zona de pasión, lo cual es muy positivo al ubicar el sentimiento grupal dentro de la confianza y el sentido de pertenencia que impulsan y sostienen el logro de objetivos.



Fuente: Informe talento humano

En cuanto a la rotación de colaboradores, se encuentra una rotación acumulada y promedio encabezada por auxiliares de enfermería, seguida por enfermeros jefes y camilleros que suman el 70% de la rotación y a impactar con estrategias desde el Departamento de Enfermería para dar un giro positivo al comportamiento de la rotación evidenciada el año 2025, sobre la cual se ejecutarán estrategias para su contención.

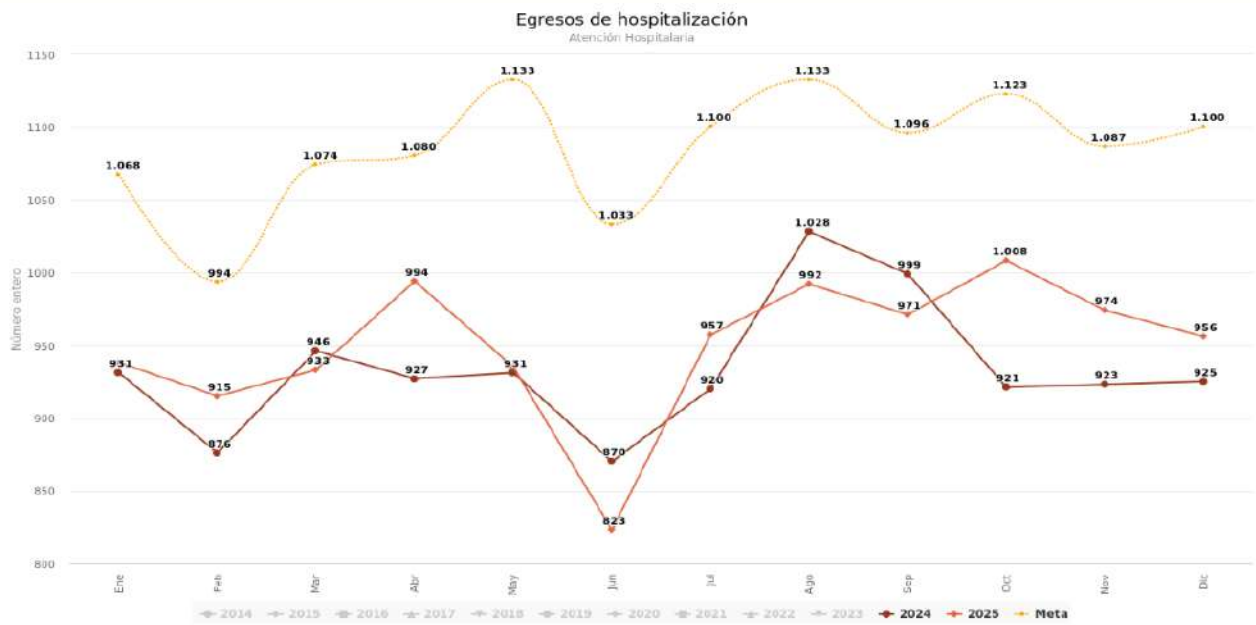
Cargo	Maestra	Retiros	Planta	Rotación acumualada	Rotación promedio
AUXILIAR DE ENFERMERIA (S)	5	4	1	400,00%	33,33%
ENFERMERO (A) JEFE (N) (S)	19	13	6	216,67%	18,06%
CAMILLERO (A) (S)	5	3	2	150,00%	12,50%
AUXILIAR DE ENFERMERIA (N) (S)	17	8	9	88,89%	7,41%
ENFERMERO (A) JEFE	37	16	21	76,19%	6,35%
AUXILIAR DE ENFERMERIA	84	29	55	52,73%	4,39%
ENFERMERO (A) JEFE (N)	30	9	21	42,86%	3,57%
CAMILLERO (A)	17	5	12	41,67%	3,47%
MEDICO GENERAL	32	9	23	39,13%	3,26%
AUXILIAR DE ENFERMERIA (N)	52	13	39	33,33%	2,78%
MEDICO GENERAL (S)	4	1	3	33,33%	2,78%
ENFERMERO (A) JEFE COORD HOSPTALIZACION	1		1	0,00%	0,00%

Fuente: Informe talento humano

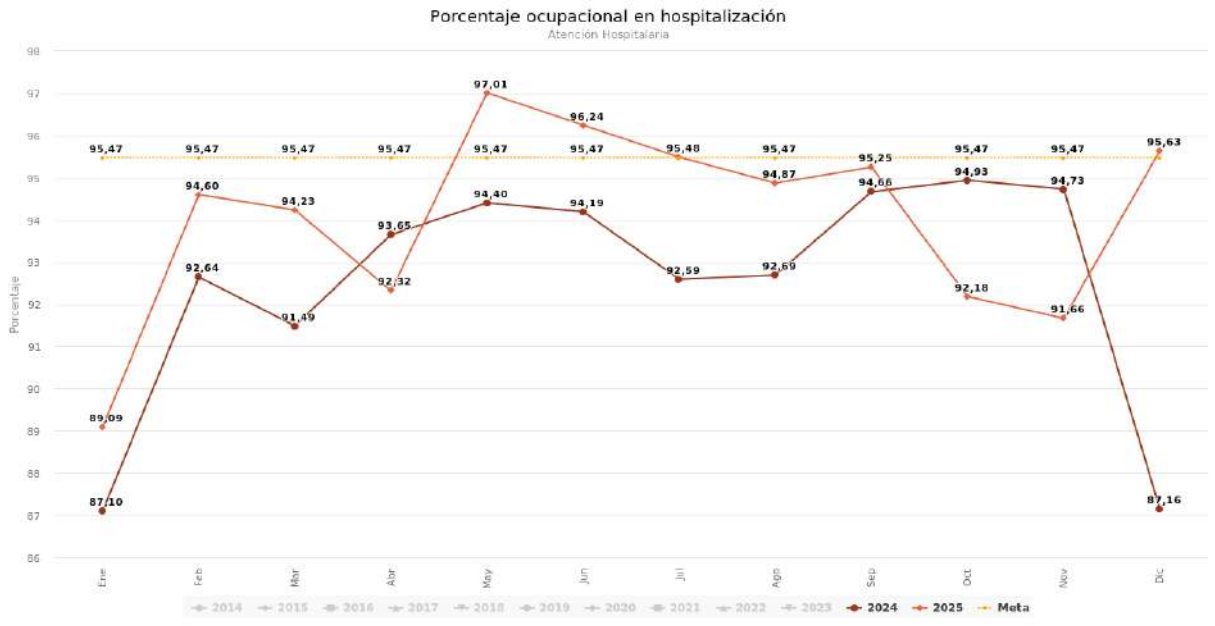
7. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:

El seguimiento a indicadores de productividad del servicio de Hospitalización resalta el incremento de 2% en el número de egresos global, una importante disminución de -6% en el promedio estancia del que se destaca la disminución de estancia de paciente quirúrgico en un 16% y la de pacientes oncológicos en -6%.

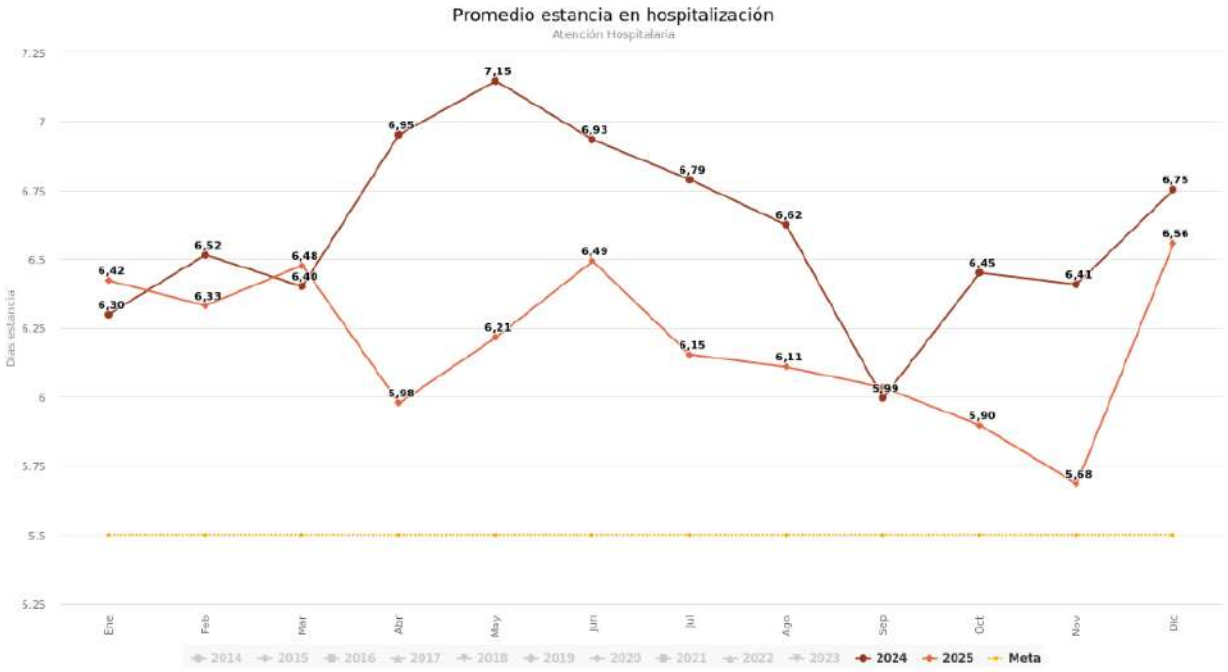
Ahorros generados desde la contención del gasto basados en la pertinencia de solicitudes especialmente en interconsultas y apoyo diagnóstico.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



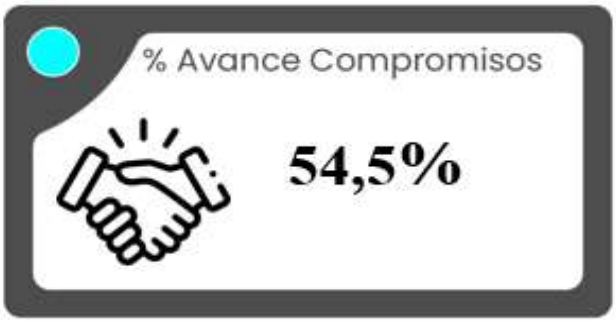
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

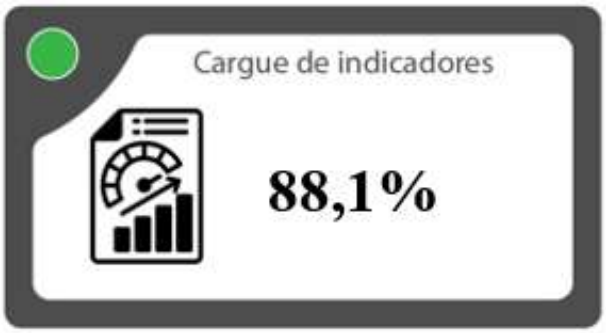
Cumplimiento Cargue de Actas.

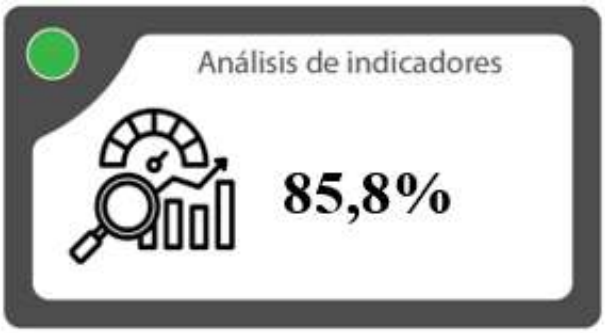
Avance de Compromisos.



Vigilado Supersalud

Indicadores.

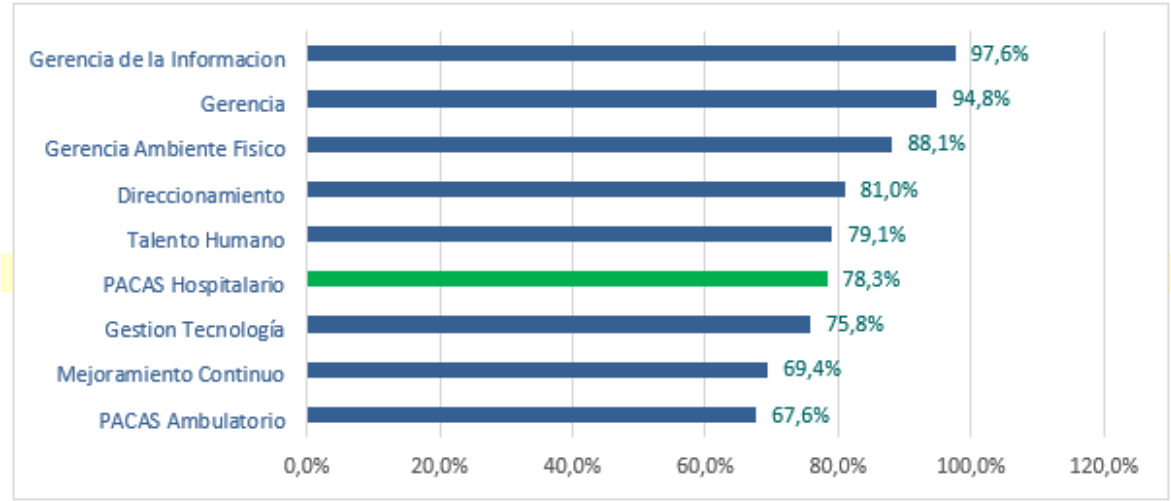




Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS hospitalario arrojando los siguientes resultados:

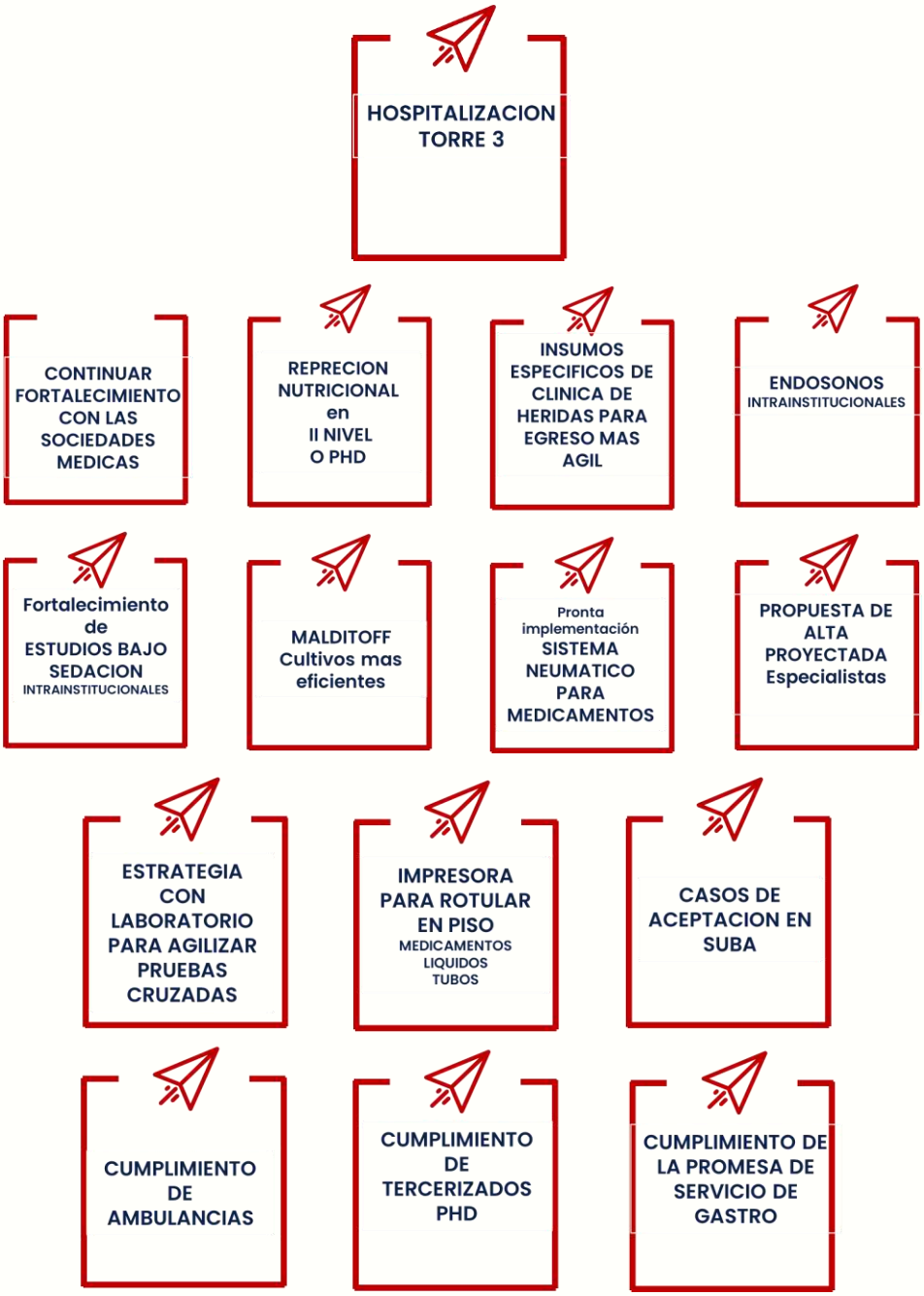


Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- La estrategia de implementación de Gobierno Clínico fue una gran ganancia que como sistema propende y establece enfoque en la mejora continua, establece responsabilidades, define estándares y prioriza el cumplimiento fluido procesos para garantizar la seguridad y la excelencia en la atención; se involucró a los profesionales, paciente y líderes en la toma de decisiones mediante el control de los riesgos, formación de los equipos y seguimiento con el apoyo de auditoría se evidencia una mejora continua y sostenible con relación a los procesos planteados. Con un cambio discreto pero constante y positivo que propende por el mejor uso de los recursos y fortalecer la satisfacción del paciente y su familia en la experiencia de nuestro servicio, le daremos continuidad y fortaleza en el año 2026.
- La importancia de la sinergia entre especialistas, con el cual se optimizaron indicadores de seguridad, calidad, satisfacción y ahorro del servicio de hospitalización, así como optimizar la experiencia del paciente y su familia.
- Reconocer la importancia del liderazgo asistencial y administrativo en la integración de conceptos y la definición de conductas de manera oportuna, segura adherido a la pertinencia clínica.
- La importancia del seguimiento y la rigurosidad del dato y el seguimiento analítico al mismo.
- El enfoque en la experiencia del paciente y su familia como prioridad, genera soluciones y canales de comunicación que facilitan la resolución de necesidades en salud de nuestros pacientes y optimiza los resultados de la unidad.
- El acompañamiento y resolutividad de los líderes de procesos es una herramienta vital para la gestión y dinamismo del servicio.
- El impacto que tienen los procesos de inducción y educación en los colaboradores, por su repercusión positiva en la continuidad e integralidad de los procesos, en el ambiente laboral, los resultados del servicio y en el sentido de pertenecía que fortalece la marca institucional.

10. PROYECTOS 2026:



Fuente: Coordinación Hospitalización

Vigilado Supersalud

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO E INTERMEDIO

1. PRINCIPALES LOGROS:

Durante el año 2025 las unidades de cuidado intensivo e intermedio atravesaron por un cambio de coordinación de enfermería lo que llevo a enfrentar varios retos para el equipo al igual que constantes seguimientos y supervisión a los procesos. Lo que lleva a arrojar datos y variaciones en algunos de los indicadores y resultados de la gestión en general.

En comparación con el año 2024 han presentado una estabilidad frente a la eficacia y la productividad con un equipo interdisciplinario comprometido y adherente a los procesos y procedimientos institucionales lo cual se puede evidenciar los siguientes logros cumplidos:

- En el año 2025 las unidades de cuidado intensivo e intermedio fortalecen su modelo de comunicación interdisciplinaria, robusteciendo el estándar de rondas médicas, juntas médicas y juntas familiares para optimizar la experiencia del paciente y su familia, impactar en la contención de los costos de atención e incrementar la eficiencia hospitalaria.
- La revista médica evoluciona fortaleciendo al equipo especializado del servicio con la participación de químico farmacéutico y auditor médico, quienes incorporan a la dinámica del servicio intervenciones valiosas que optimizan los resultados clínicos y operacionales del servicio.
- Implementación de tablero de mando entre las unidades de cuidado intensivo e intermedio y Referencia, para el manejo en tiempo real para el proceso de solicitud de camas que optimizó 100% el aprovechamiento de la capacidad instalada.
- Incremento del indicador de ocupación de las camas de UCI resolviendo la necesidad de solicitantes (urgencias, salas de cirugía, hospitalización y remisiones), el cual registra un promedio de ocupación de 90.95% que representa un incremento de 6.1 % con relación al año 2024 con un promedio de ocupación de 85.65%.
- Se inicia el proceso de auditoría del registro de las transfusiones y medicamentos en historia clínica así impactando en el cobro y la adherencia a historia clínica.
- Se realiza el Informe de pendientes diario que asegura el 98% de la gestión de imágenes diagnósticas, interconsultas, procedimientos y cirugías para disminuir tiempo en la toma de decisiones y continuidad del tratamiento.
- Se Optimizo los tiempos de promedio estancia logrando un acumulado de 4.9 días sobrepasando la meta que es 5 días.
- Se aumentó la adherencia al manejo de los news y los códigos grises que favorecen el ingreso rápido y oportuno de pacientes a las unidades.
- Se obtuvo un incremento de 147, % en la cultura de seguridad del paciente incrementando los reportes y sumando los incidentes y los riesgos junto con el programa de seguridad del paciente se logró mejorar los conceptos y la calidad de los reportes.
- Se realiza el 100% de las actividades de POA institucional 2025.

Vigilado Supersalud

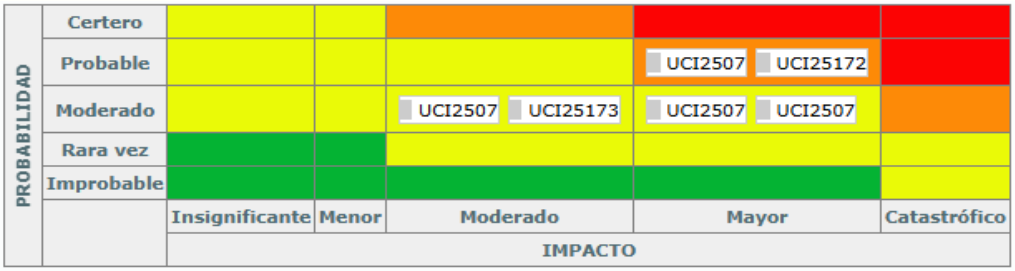
Adicionalmente se abordaron múltiples temáticas interdisciplinarias para mejorar la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la eficiencia de las acciones de los colaboradores para mejorar el proceso. Nos enfocamos en información no solo para mejorar la capacidad de desempeño del personal y fomentar mayor resolutivita y eficiencia, sino para reforzar la capacidad de la unidad para alcanzar sus objetivos estratégicos y operativos en el año 2025 por lo que se realizó un total de 23 charlas en el año 16 equipo médico y 10 equipo de enfermería, se logró un 47% de asistencia/participación en las charlas médicas y un asistencial promedio de 87% de asistencia/participación. A continuación, se describe los temas relacionados de educación médica y del personal de enfermería.

- 17 charlas académica virtual por parte del personal médico de la unidad desde enero a octubre del 2025.
- 7 charlas al personal de enfermería 2 virtuales y 8 presenciales.

Fecha	Temas tratados en reunión interdisciplinaria	% de asistencia
29 de enero	Toxindromes	39%
07 de febrero	Varicela En Pacientes Inmunosuprimidos	39%
05 de marzo	Meningoencefalitis Tuberculosa	42%
25 de abril	Choque cardiogénico	39%
07 de mayo	Aspectos Éticos Del Fin De Vida	50%
09 de mayo	Sdra: Estrategias De Manejo	68%
21 de mayo	ACV isquémico	14%
28 de mayo	Consideraciones Perioperatorias Del Paciente Con Hemofilia	43%
18 de junio	Intoxicación Por Monóxido De Carbono	57%
11 de junio	Estrategias De Manejo Para El Fin De Vida	43%
18 de julio	Hematoma Subdural Asociado A Uso De Warfarina	57%
06 de agosto	Programa De Cuidados Intensivos Cardiovasculares Y Cirugía Cardiaca Clínica Los Nogales	22%
22 de Agosto	Código Stroke Intrahospitalario	64%
16 de septiembre	Muerte Encefálica	28%
19 De septiembre	Neumonía Asociada Al Ventilador, Enfoque Relacionado Con Preguntas	54%
01 de octubre	Dengue: caso clínico	71%
28 de octubre	Choque POS CEC	71%

Fecha	Temas tratados en reunión interdisciplinaria	% de asistencia
6 de mayo	• Protocolos clínicos del acceso vascular y la terapia intravenosa uci – 2025 • Taxonomía de seguridad del paciente • Manejo de primera segunda y tercera víctima de seguridad del paciente • Comunicación y empatía	98%
16 de julio	• Generalidades de la reforma laborar • Manejo de residuos hospitalarios • 8 metas de seguridad del paciente • Neuromonitoreo BIS e INVOS	86%
12 de septiembre	• Generalidades de la UCI • Reglamento interno del trabajo • Matriz del riesgo de UCI • Manejo de lesiones en piel	80%
28 de octubre	• Uso de monogafas -SST • Manejo de residuos, ropa hospitalaria y alimentación • Accesos vasculares paso de Picc	92%
1 de diciembre	• Coordinadora de trasplante UCI • Uso de formatos • Formato de seguimiento de catéter central	96%

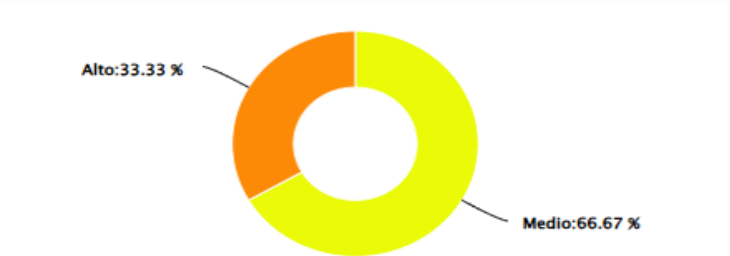
2. GESTIÓN DEL RIESGO



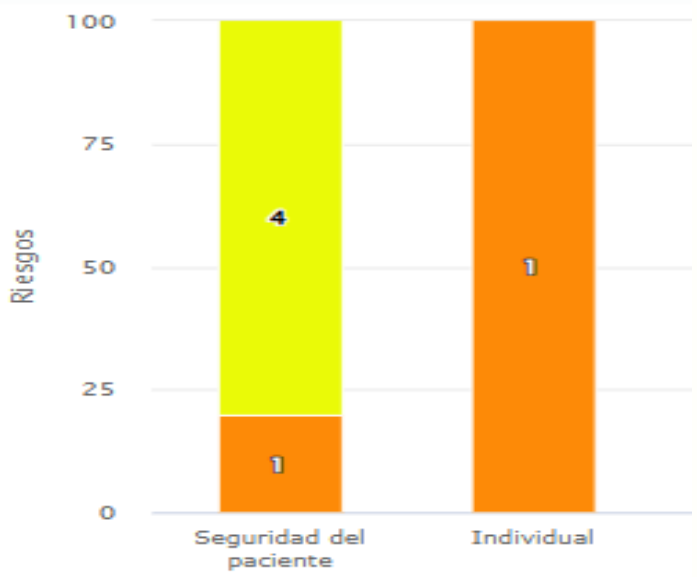
Total riesgos
6

0 - 0,0%	Bajo	4 - 66,7%	Medio	2 - 33,3%	Alto	0 - 0,0%	Extremo

Total escenarios: 6



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Dentro de la matriz de riesgo de las unidades de cuidado intensivo e intermedio tenemos 6 riesgos priorizados de los cuales 2 de ellos son de alto riesgo y 4 con riesgo medio, siendo únicamente tipificados como seguridad del paciente y riesgo individual.

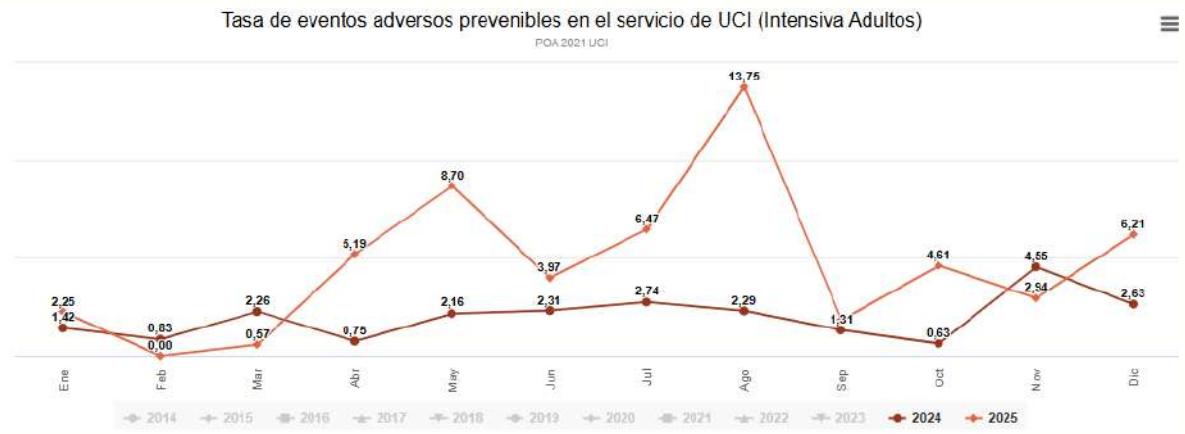
Dentro de los criterios para seleccionar los de alto riesgo fueron la probabilidad de materialización de los cuales encontramos la Probabilidad de afectación en el manejo diagnóstico y tratamiento del paciente por Sepsis severa y shock séptico y la Posibilidad de eventos adversos e incidentes asociados a Úlceras por presión la cual presenta un aumento del 61.93% comparado con el año 2024, sin embargo, esto se presenta también por el aumento en el reporte de eventos de seguridad del paciente

Adicionalmente se identifican los riesgos moderados que forman parte de las actividades asistenciales diarias del personal, pero los indicadores y los controles no han mostrado materialización, pero si seguimiento dentro de los cuales encontramos los siguientes:

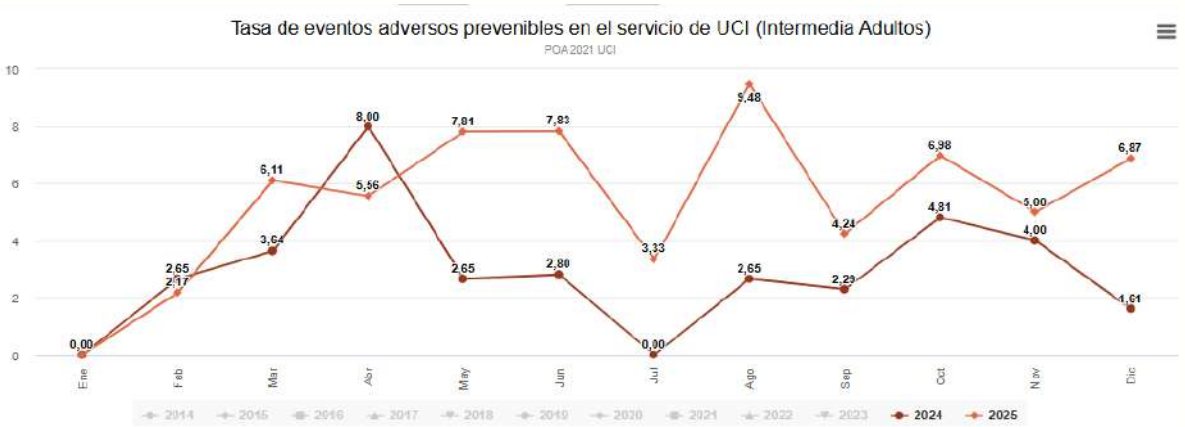
- Probabilidad de reingreso a UCI de paciente que fue trasladado a Hospitalización con mayor carga de morbi-mortalidad la cual teniendo en cuenta el comparativo anual disminuimos la tasa de reingreso en el 28%
- Posibilidad de afectación en la salud de paciente por extubaciones no programadas en UCI es un dato que se encuentra en formación para la formación de un indicador con datos específicos dado que actualmente su materialización es rara vez forma parte de los proyectos 2026 para adquirir datos concisos
- Posibilidad de eventos adversos e incidentes asociados a Flebitis química presento una estabilidad de adherencia la protocolo dado que en el periodo 2024 arrojo un porcentaje de 95,67 % y en el 2025 un porcentaje de 95,70 %, esto está dado por el control de los seguimientos a este riesgo en especifico
- Posibilidad de afectación en el paciente en su estancia en UCI por Complicaciones trombóticas (líneas arteriales) es un riesgo del cual no cuenta con datos

específicos, pero si con el proyecto de la creación de un indicador que mida la materialización de este riesgo, dado que en el año 2025 se evidenciaron 2 casos de este tipo

3. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



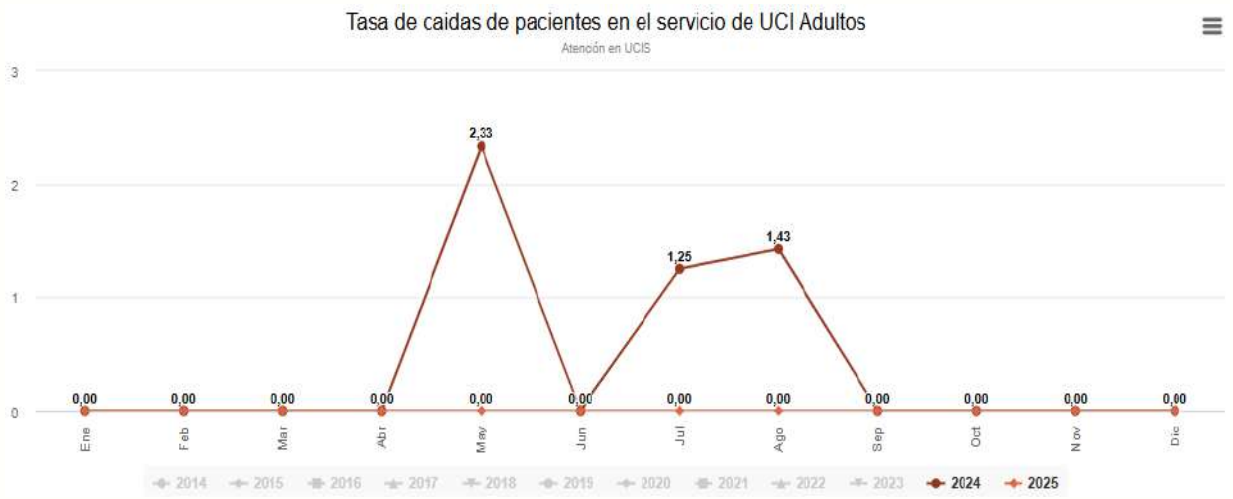
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



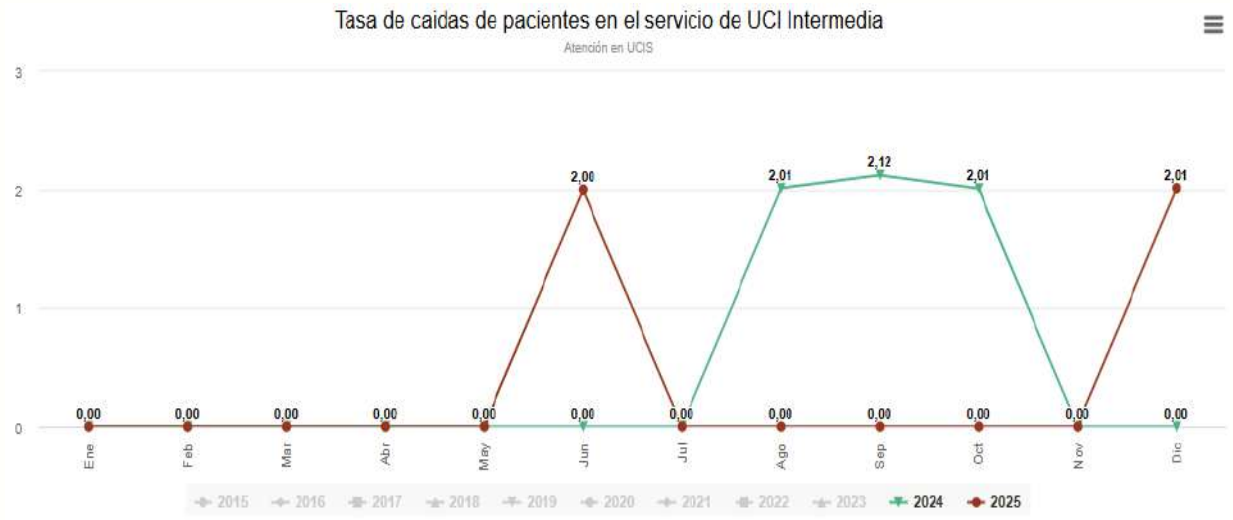
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el cambio de coordinación a partir del mes de abril del año 2025 se incrementó la sensibilización y el aumento de la cultura de reporte de los eventos adversos de seguridad del paciente, motivo por el cual se ve reflejado el aumento porcentual de UCI Intermedio con un 73,46% y de UCI Intensivo de 147,99 % en comparación con el año 2024. Sin embargo, esto no significa que aumentaran la incidencia de los eventos, sino que se empezó a reportar más.

Los eventos con mayor incidencia son las lesiones por presión, la extracción de dispositivo médico y las flebitis mecánicas. Sin eventos centinelas en año 2025.



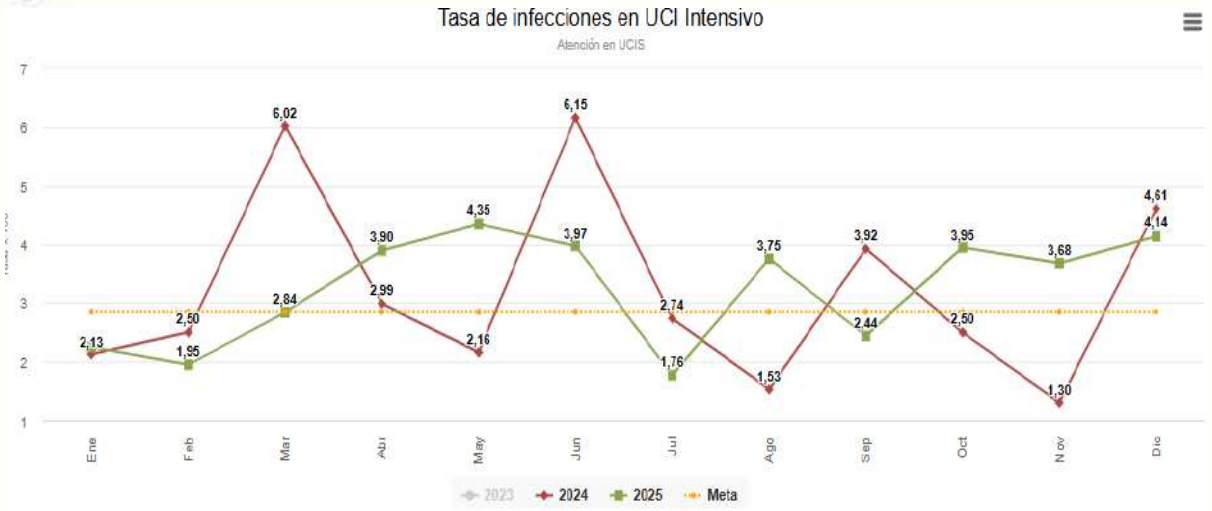
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



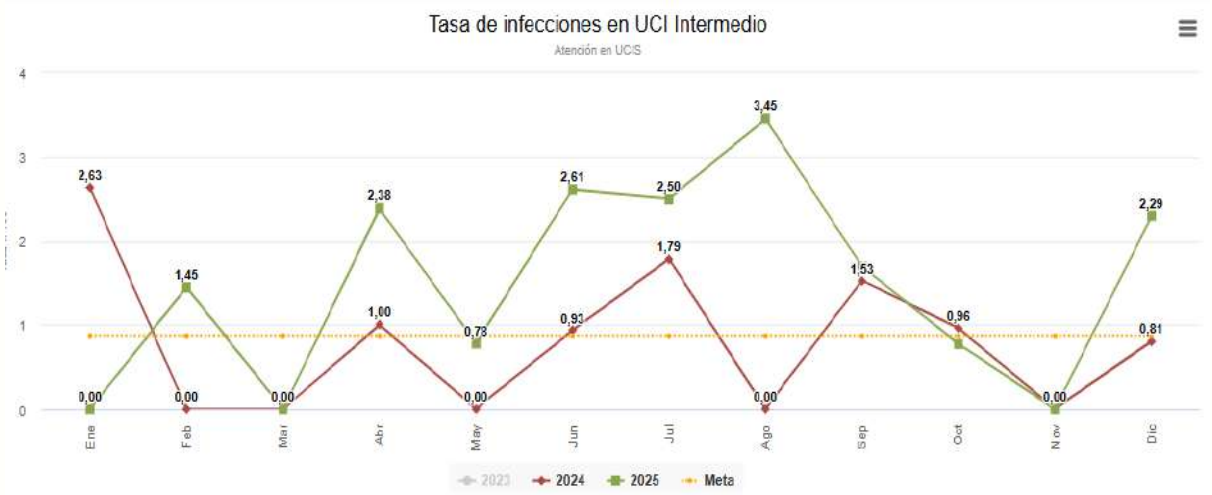
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En las unidades de cuidado intensivo no se evidenciaron caídas durante todo el año 2025 en comparación con el año 2024 que se presentaron 4, sin embargo, en las unidades de cuidado intermedio se presentaron 2 caídas en el año 2025 en comparación de 4 que se presentaron durante el año 2024. Con base en la anterior información se puede evidenciar una mejoría significativa en medidas preventivas implementadas y en la capacitación constante al personal de enfermería sobre las barreras de seguridad frente a las caídas teniendo en cuenta que se disminuyeron en un 100% en la UCI Intensiva y 34% en UCI Intermedio en comparación con el año 2024.

Vigilado Supersalud

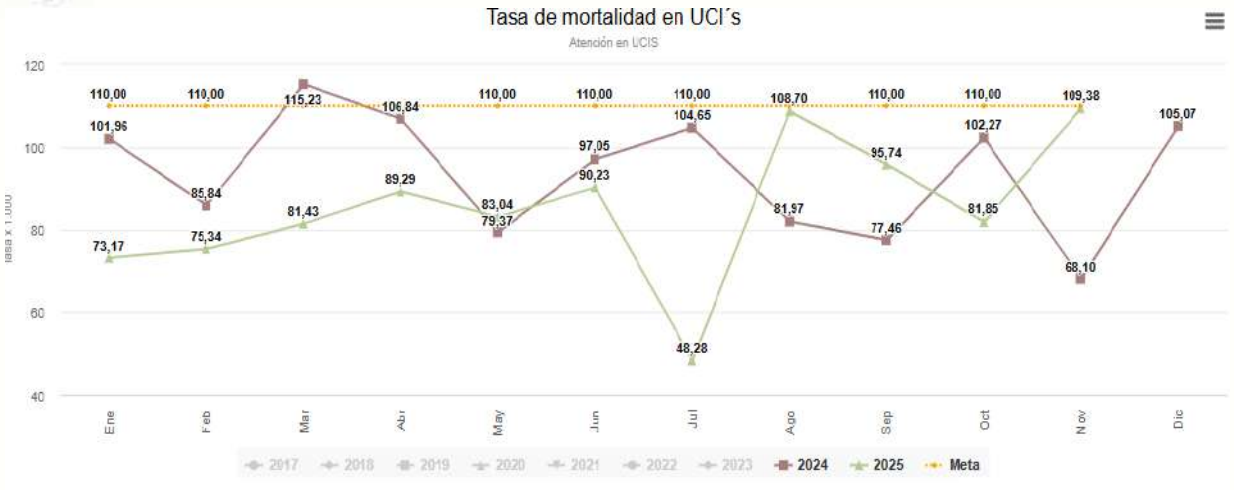


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

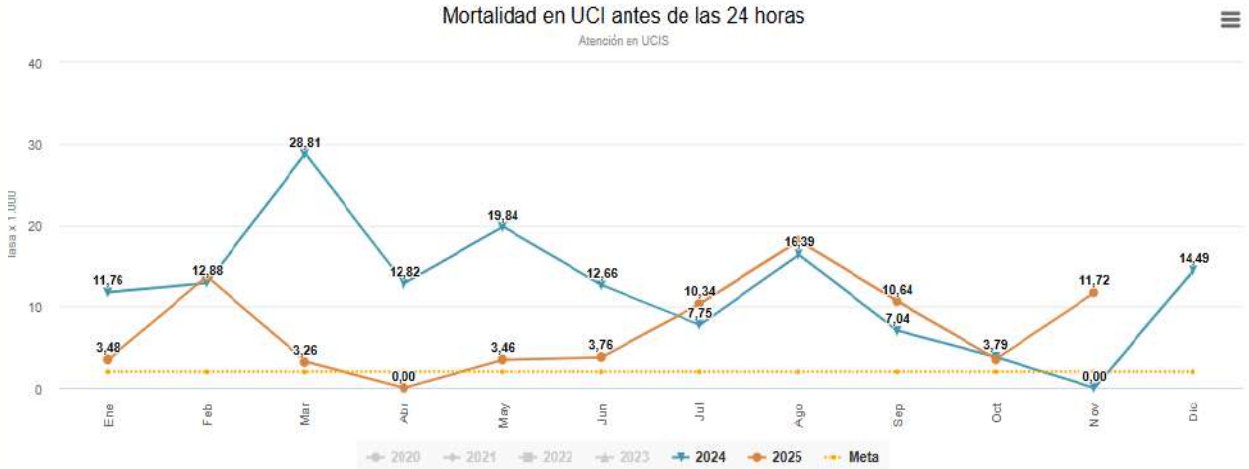


FUENTE: Almera indicador Tasa de infecciones en UCI Intermedio ID - 056

Durante el año 2025 se evidencia un aumento en el 1.13% en UCI Intensiva y un 85% en UCI Intermedio en el número de infecciones asociadas a el cuidado de la salud reportadas en comparación con el año 2024, esto directamente relacionado con infecciones de sitio operatorio, flebitis e infecciones urinarias que se complican o se adquieren fuera del servicio de UCI pero ingresan a la unidad donde se identifican y se reportar, por esta razón se ve el incremento de estas infecciones sin embargo, el comité de infecciones realizo un comité extraordinario para mitigar las infecciones que venían de sitio operatorio sobre todo las de cirugía cardiovascular las cuales se evidencio la contención de las medidas implementas para la disminución de infecciones en el último trimestre del año 2025



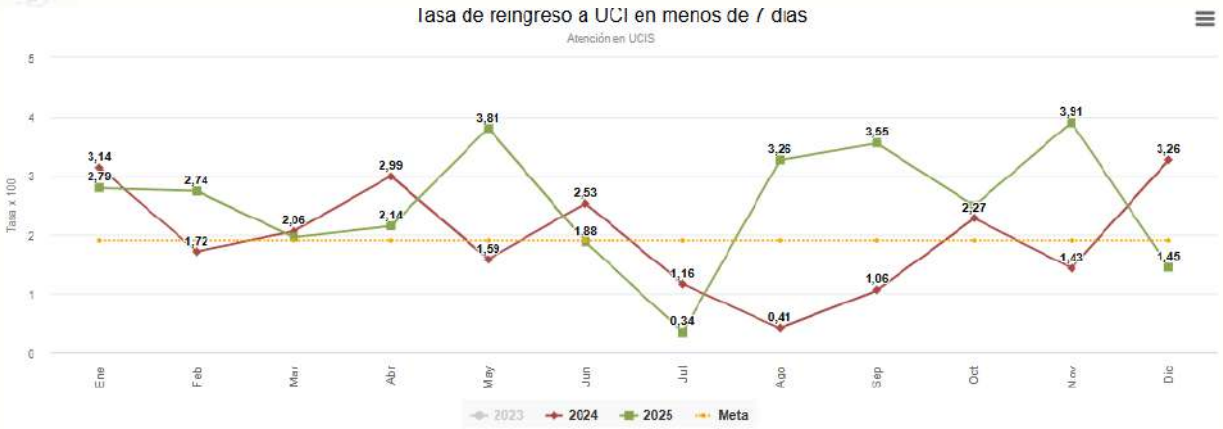
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La tasa de mortalidad de las unidades de cuidado intensivo e intermedio presento una disminución del 11.35% en comparación con el año 2024, esto obedece a que se implementaron medidas interdisciplinarias para fijar techos terapéuticos y limitaciones del esfuerzo con los pacientes con enfermedades oncológica, motivo por el cual son identificados y remitidos al servicio de hospitalización para garantizar una muerte digna.

Respecto a la mortalidad antes de las 24 horas evidenciamos una disminución del 42,21% frente al año 2024, sin embargo, no la suficiente dado que la principal causa de mortalidad sigue siendo choque séptico, por lo que se insiste en los grupos de hospitalización general en la implementación de herramientas de detección temprana e intervenciones (código sepsis) a la cabecera del paciente que permitan una mejor vida sobre de los pacientes.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

la tasa de reingresos en menos de 7 días de las unidades de cuidado intensivo e intermedio presento un aumento del 28% frente al año 2024, sin embargo, es de aclarar que no necesariamente se debe a la descompensación de los pacientes sin no a la intervención del plan de mejora de optimizar las unidades, dado que los pacientes que tiene indicación quirúrgica en un plazo mayor a 24 horas por disponibilidad de sala o adquisición de material quirúrgico son trasladados a los servicios de hospitalización y reingresan en su postoperatorio para vigilancia lo que aumenta el indicador de reingreso porcentualmente, para el porcentaje que si reingresa por los factores de riesgo encontrados son la no compensación de su patología de base o infecciones asociadas al cuidado de salud. Durante el año 2025 se tomaron medidas de control para mitigar y evitar los reingresos incorporando en la orden de traslado a piso la escala de riesgo de reingreso a la unidad la cual permite identificar al personal de hospitalización el estado del paciente por lo que se hará una alerta a los grupos de hospitalización para gestión clínica y así disminuir este indicador y mejorar la atención de pacientes en sus áreas.

4. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios	Satisfacción		
	2024	100%	
	2025	99%	
		99%	
	Atributos Afectados 2025		
	1	Humanización	21
	2	Continuidad	6
	3	Pertinencia	4
	4	Confort	3
	5	Comunicación	2
	6	Seguridad del Paciente	2
	7	Accesibilidad	1
	8	Oportunidad	1
	Total PQRS		40
	Tasa PQRS 2025		11.8
	Indicador NPS		
	2024	99%	
	2025	98%	

Fuente: Informe Experiencia 2025

Durante el año 2025 se evidencio una leve diminución en el nivel de satisfacción de los usuarios principalmente ligado a el atributo de humanización, por lo que se realizó un intervención parte del equipo de humanización y se involucró a todo el personal de la UCI en la semana de humanización lo que se vio reflejado en el aumento de la felicitaciones y la disminución significativa del número de quejas, adicionalmente el personal involucrado en estas quejas se tomaron las medidas pertinentes a lugar junto con los respetivos compromisos que llevaron a una mejoría significativa en el último trimestre del año

5. INDICADORES DE CULTURA:

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
UCI	72,10	74,86	2,76

Zona de reacción inmediata Menor a 40%	Zona de alerta 40% hasta 59,9%	Zona de construcción 60% hasta 67,9%	Zona de Confianza 68% hasta 76,9%	Zona de Pasión 77% hasta 84,9%	Zona WooW 85% hasta 100%

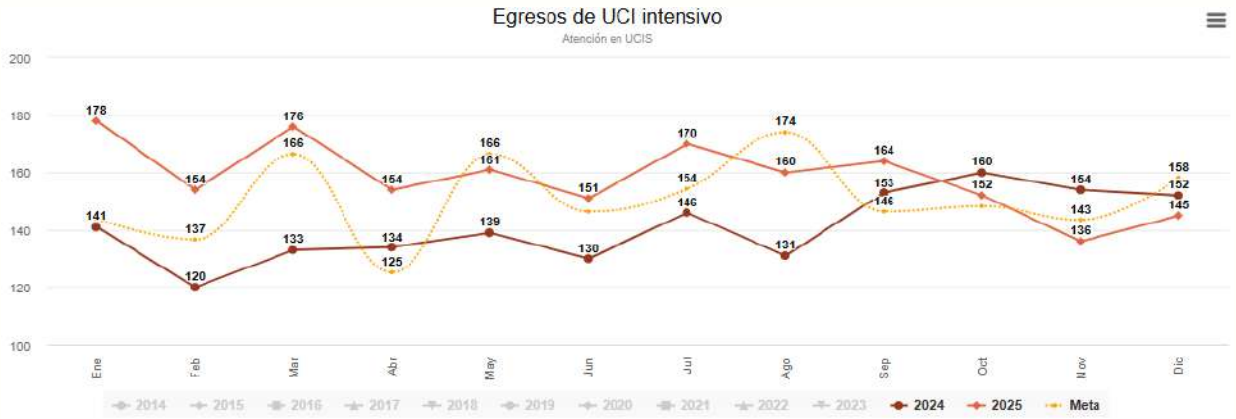
Fuente: Informe Talento Humano

A finales del año 2025 se realizó la encuesta de clima organizacional enviada por talento humano la cual arrojo un valor de 74,86 lo que nos ubica en la zona de confianza percibida por el personal asistencial la cual aumento 2 puntos porcentuales en comparación del año 2024, lo que traduce que el clima laboral en las UCI ha aumentado en el bienestar del personal, y se ha visto reflejado en la calidad del cuidado brindado a los pacientes y una menor incidencia de errores médicos y una mayor satisfacción del paciente Dentro de las estrategias desarrolladas durante el periodo 2025 fueron:

- Disminuir la sobrecarga laboral y promover trabajo colaborativo se realizó cambio de modelo de atención en la UCI cardiovascular.
- Mejorar la comunicación se realiza intervención de elementos claves de comunicación asertiva entre los profesionales de la salud.
- Promover la participación activa de los profesionales, teniendo en cuenta las opiniones a la hora de tomar decisiones, haciendo que sientan que su criterio es importante para la institución.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

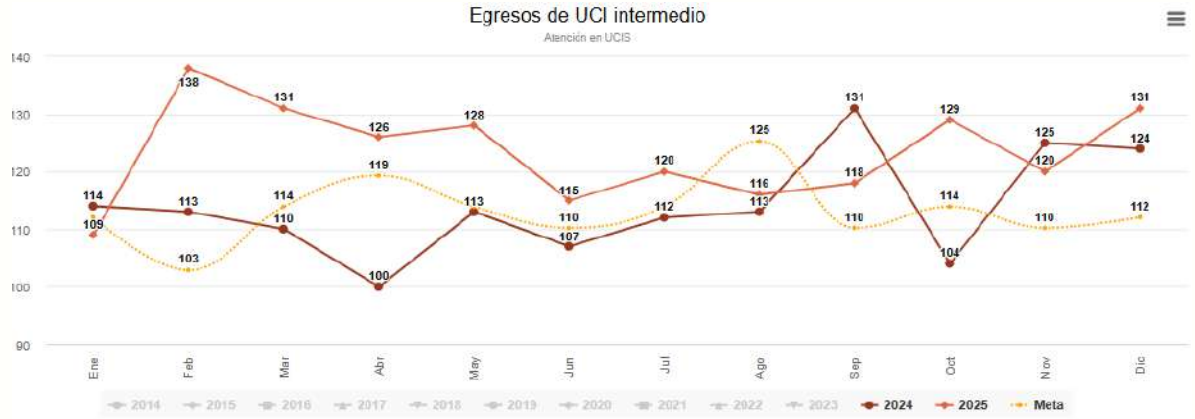
Por lo que se evidencia en el indicador de rotación de personal asistencial disminuyo referente al año 2024, y especificado el servicio la UCI presenta una rotación promedio de 0.8% teniendo en cuenta que la principal causa de restiro son motivos personales (cambios de ciudad, ascenso de carrera, cambio de profesión)



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2025, se presenta un comportamiento positivo del número de egresos en el servicio de UCI INTENSIVA con un total de egresos de 1901 comparado con 1693 del año 2024, para un aumento del 12% en el año 2025, lo que muestra un desempeño superior con mayor volumen, mejor estabilidad mensual y una mayor cercanía o superación de la meta institucional.

Estos resultados reflejan una mejora en la eficiencia operativa del servicio y constituyen un indicador positivo para la gestión clínica y administrativa de la unidad incorporando estrategias como prefactura a las posibles salidas con 24 horas de antelación y agilizar los trámites administrativos de paz y salvo y entregas de órdenes de manejo ambulatorio.

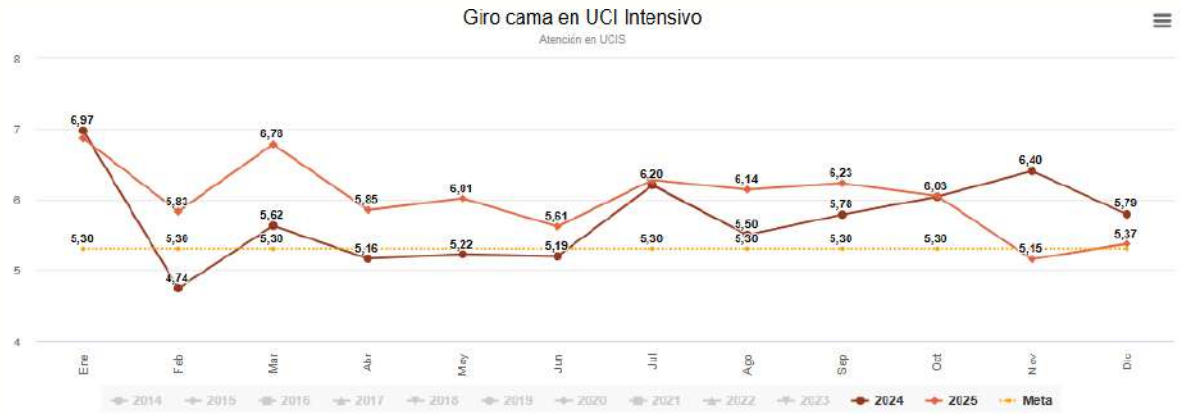


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

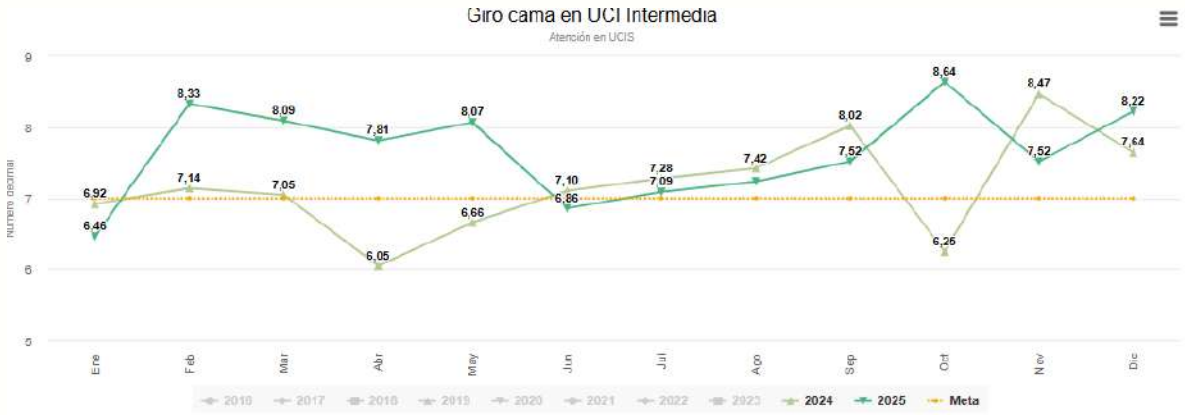
Los egresos de la uci intermedia en el año 2025 fueron en total 1481 para un aumento del 8% con respecto al año 2024 con un total de 1367 egresos alcanzando las metas de manera consecutivas durante todo el año.

Lo que evidencia que en 2025 la UCI intermedia presentó un desempeño superior respecto a 2024, con mayor número de egresos, mejor estabilidad mensual y mayor

cumplimiento de la meta institucional reflejando una mejora en la eficiencia operativa del servicio y un uso más efectivo de la capacidad instalada con la asignación oportuna de camas de pacientes con posible salida, acompañamiento permanente del equipo médico para la gestión de ordenes ambulatorias y agilizar la salida con el uso de alta temprana.

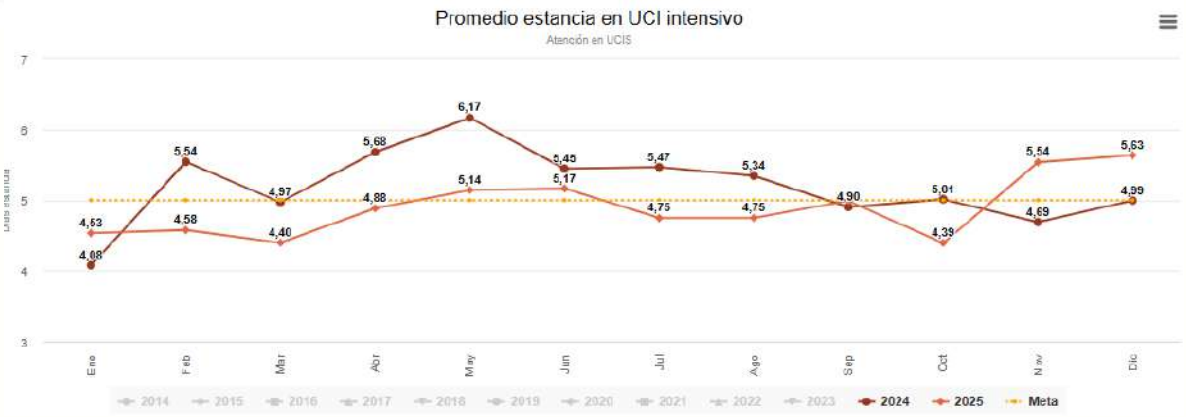


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

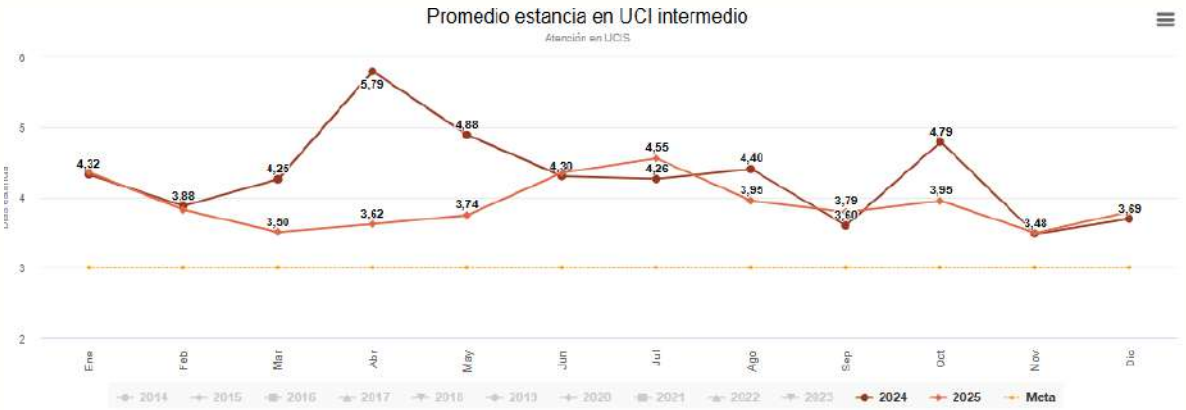


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Tenemos una disminución del 5.1% en el giro cama en la unidad de cuidado intensivo y un disminución del 6.7%, explicado por el aumento en el promedio de estancia por pacientes con patologías crónicas o eventos neurológicos que desplazan el promedio de estancia hacia la derecha por lo se encaminaran esfuerzos hacia al disminución de éstas estancias intensificando la estrategia de rondas por las coordinaciones y alertas por parte de los auditores para gestionar de manera oportuna procedimientos y mejorar tiempos de oportunidad en toma de decisiones disminuyendo el tiempo de estancia en las Unidades.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El análisis comparativo del promedio de estancia en UCI intensivo muestra que el año 2025 presenta un mejor desempeño respecto a 2024 con una disminución del promedio estancia de la UCI Intensivo del 5.1% y de la UCI Intermedio del 9,1% con estancias más cortas, menor variabilidad mensual y mayor cercanía a la meta institucional.

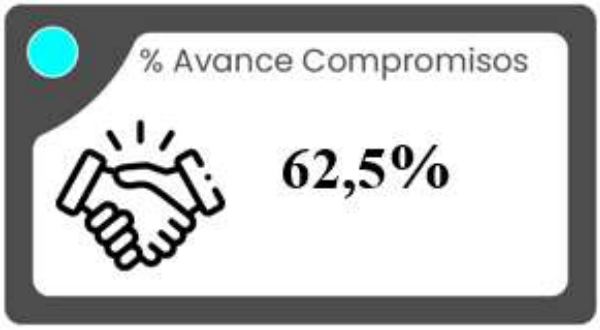
Estos resultados reflejan una mejora en la eficiencia clínica y en la gestión del recurso cama, constituyéndose en un indicador clave de avance en la gestión de la unidad para el 2025 este año se intensifico en procesos de egresos temprano desde la Unidad hacia el domicilio y generación de PHD o unidades de cuidado crónico.

6. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

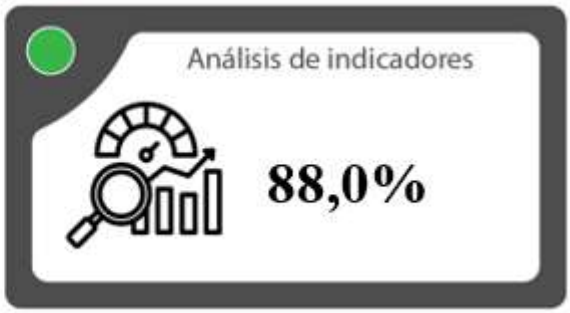
A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.



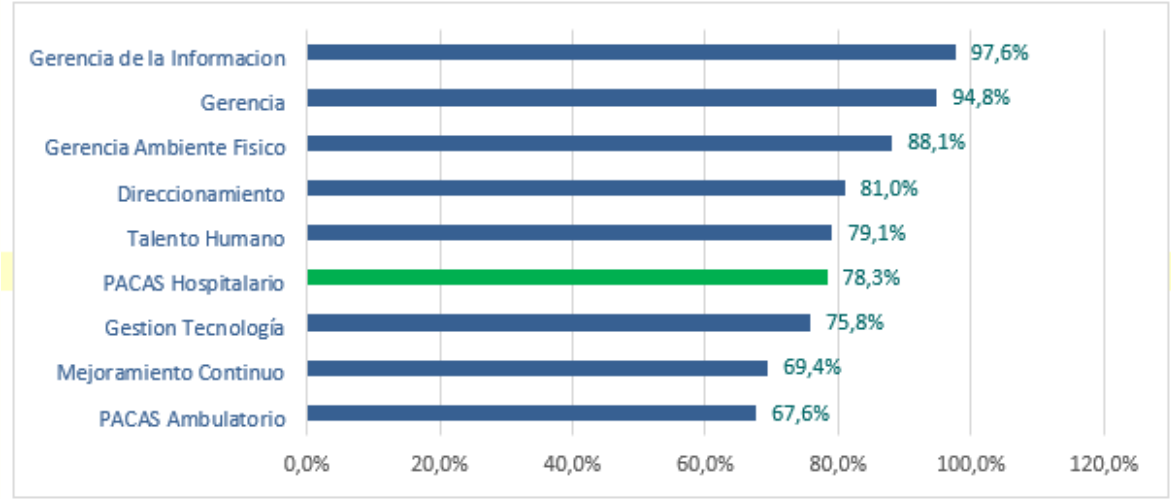
Indicadores.



Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – **PUMI.**

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS hospitalario arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

7. LECCIONES APRENDIDAS

- Aumentar los reportes de seguridad del paciente han mostrado una mayor cantidad de oportunidades de mejora que resaltan las falencias y los errores más comunes en la unidad
- Las estrategias de comunicación asertiva y trabajo en equipo forman parte indispensable para el desarrollo de la dinámica de los servicios de las unidades de cuidado intensivo la cual ha requerido múltiples intervenciones durante el año 2025
- La auditoría clínica diaria aporta para la gestión de días estancias y giro cama
- La gestión de pendientes diaria aporta y contribuye mejorar y los egresos
- Las capacitaciones continuas logran mejorar la adherencia a los protocolos y manuales institucionales

8. PROYECTOS 2026

- Realizar y mejorar la adherencia de guías de analgesia sedación y manejo de delirium guiados por enfermería, protocolo de sujeción terapéuticas, movilización temprana y de las guías de atención de las 5 causa de ingreso UCIS. IAM, Fibrilación auricular, manejo sepsis y choque séptico y falla cardiaca
- Aumentar en 10% la satisfacción de los usuarios en el servicio de la UCIS, mediante la estrategia de educación valoración de la necesidad y el fortalecimiento de la comunicación, paciente familia y personal asistencial.
- Estratificación del riesgo clínico del 90 % de los pacientes atendidos con definición de objetivos y metas terapéuticas a largo y corto plazo durante el turno o la estancia en las ucis, estandarizar la atención
- Fortalecimiento de estrategias que promuevan la comunicación y el trabajo en equipo para todo el talento humano.

UNIDAD DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS UTPH

1. PRINCIPALES LOGROS:

Durante el año 2025, la Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos presentó avances significativos en la capacidad resolutiva, el acceso oportuno, la calidad asistencial y la seguridad del paciente, consolidándose como unidad de referencia regional.

- **Apertura y consolidación del trasplante alogénico:** Uno de los principales logros del periodo fue la apertura del programa de trasplante alogénico, tanto idéntico como haploidéntico, posicionando a la institución como centro de referencia para los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Tolima y Meta.
  Durante 2025 se realizaron 10 trasplantes alogénico, distribuidos en:
  - 3 trasplantes alogénico - idénticos
  - 7 trasplantes alogénico haploidéntico

  En la evaluación al día +30 postrasplante, no se registraron recaídas de la enfermedad, lo cual evidencia resultados clínicos favorables en la fase temprana postrasplante.

- **Incremento de la actividad trasplantadora:** Se evidenció un crecimiento sostenido en el número total de trasplantes realizados:
  - 2024 se realizaron 57 trasplantes autólogo.
  - 2025 se realizaron 69 trasplantes, distribuidos en: 59 autólogo y 10 alogénico

  Esto representa un incremento del 21 % en la actividad trasplantadora total, reflejando el fortalecimiento de la capacidad operativa y asistencial de la unidad.

- **Mejora en la adherencia a la guía de manejo de neutropenia febril:** Como resultado del trabajo articulado entre los equipos médico y de enfermería, se logró un impacto positivo en la adherencia a la guía institucional de manejo de neutropenia febril:
  - 2024: adherencia del 77,4 %
  - 2025: adherencia del 93,62 %

  Este incremento de 16,22 puntos porcentuales demuestra la efectividad de las estrategias de estandarización clínica y educación del personal, contribuyendo a la seguridad del paciente.

- **Aumento de valoraciones de primera vez y mejora en la oportunidad:** Se evidenció un aumento significativo en el acceso de pacientes nuevos a la unidad, con mantenimiento y mejora de la oportunidad en la atención:
  - 2024: 122 consultas de primera vez
  - Oportunidad promedio: 8,5 días
  - 2025: 184 consultas de primera vez
  - Oportunidad promedio: 8,41 días

Vigilado Supersalud

Lo anterior representa un incremento del 51 % en las valoraciones iniciales, acompañado de una mejora en la oportunidad de atención, a pesar del aumento en la demanda.

- **Incremento en estudios pretrasplante con mejor oportunidad:** Se fortaleció el proceso de evaluación pretrasplante, con aumento significativo en el número de estudios realizados y reducción en los tiempos de respuesta:
  - 2024: 80 estudios pre-TPH
  - Oportunidad promedio: 8,5 días
  - 2025: 109 estudios pre-TPH
  - Oportunidad promedio: 7 días

  Esto representa un incremento del 90 % en estudios pretrasplante, con una mejora de 1,5 días en la oportunidad, favoreciendo la planificación oportuna del trasplante.

- **Fortalecimiento de la gestión del riesgo: prevención de caídas:** Durante 2025 se evidenció una mejora en la gestión del riesgo y en la educación brindada a los pacientes:
  - 2024: 3 caídas de pacientes
  - 2025: 1 caída de pacientes

  Lo anterior refleja una reducción del 66 % en eventos de caída, asociada al fortalecimiento de las estrategias preventivas y educativas.

- **Retos críticos enfrentados durante el 2025:** Uno de los principales retos fue el manejo de pacientes trasplantados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), dada la complejidad clínica de esta población.
  Como respuesta, se implementaron estrategias de articulación y comunicación entre los equipos de la UTPH y la UCI, lo que permitió mejorar la coordinación del manejo clínico y la continuidad del cuidado del paciente trasplantado.

- **Formación y desarrollo del talento humano:** Con el fin de fortalecer las competencias del equipo asistencial, durante 2025 se realizaron capacitaciones al 100 % del personal de la Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos, enfocadas en el manejo del paciente postrasplante alogénico. Las principales temáticas abordadas fueron:
  - Protocolos de acondicionamiento.
  - Manejo transfusional.
  - Incompatibilidades ABO donante–receptor.
  - Citomegalovirus y manejo de reactivación refractaria.
  - Enfermedad injerto contra huésped.

Estas capacitaciones fueron impartidas por hematólogo experto proveniente de España, lo que contribuyó al fortalecimiento del conocimiento especializado y a la estandarización de la práctica clínica.

Vigilado Supersalud

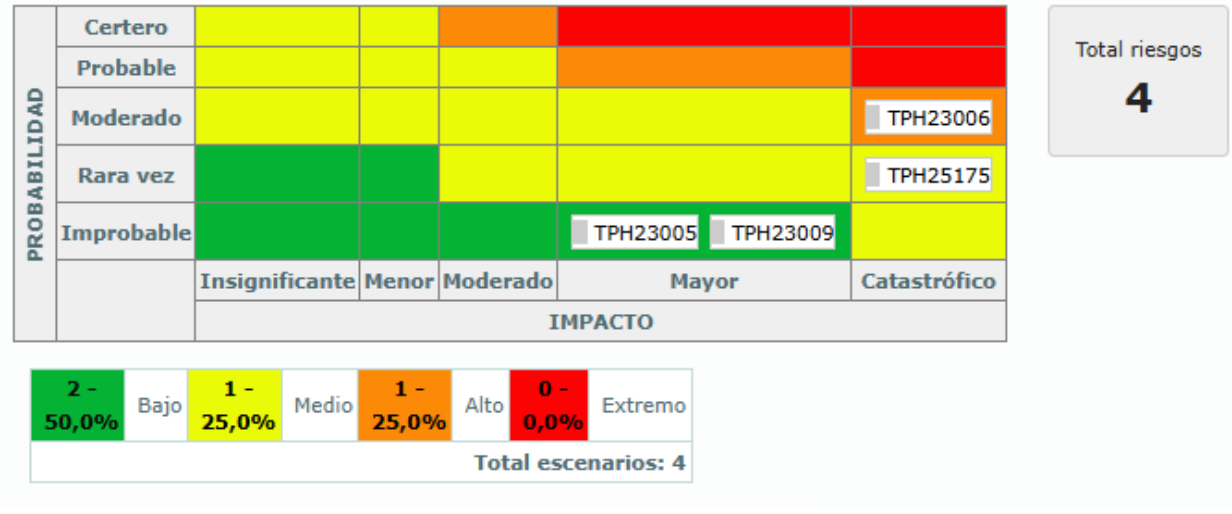
2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Trasplante alogénico	Implementar trasplante intrafamiliar alogénico idéntico y haploidéntico	100 %	01/06/2025	Se han realizado 10 trasplantes alogénico, con buenos resultados clínicos, se ha realizado articulación con las diferentes dependencias que participan en la atención.

3. GESTIÓN DEL RIESGO

Dentro de los riesgos de la UTPH se encuentran cuatro de los cuales se priorizó la intervención de probabilidad de afectación en salud en el paciente por fallas en la detección temprana de neutropenia febril.

El abordaje se realizó en conjunto con el equipo de la unidad de cuidados intensivos estableciendo estrategias para optimizar la comunicación, adicionalmente se realiza capacitación del rol de enfermería en el paciente con sepsis, lo cual se reflejó en un aumento de la adherencia a la guía de manejo de neutropenia febril de 77,4 % en 2024 a 93,62 % en 2025.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Unidad de riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo	Controles
Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos	1. Probabilidad de afectación al paciente por caída durante la hospitalización en el servicio TAMO	Rara vez	Catastrófico	Medio	Reducir el riesgo	1
Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos	4. Probabilidad de afectación de salud en el paciente por sangrado durante aféresis	Improbable	Mayor	Bajo	Evitar el riesgo	1
Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos	3. Probabilidad de afectación de salud en el paciente por fallas en la detección temprana de neutropenia febril	Moderado	Catastrófico	Alto	Evitar el riesgo	2
Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos	2. Probabilidad de afectación de salud en el paciente por complicaciones severas durante la infusión de progenitores hematopoyéticos.	Improbable	Mayor	Bajo	Evitar el riesgo	1

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Posterior a la implementación de los controles establecidos en la matriz de riesgos, se realizó la evaluación de los eventos priorizados, evidenciando una disminución significativa en la probabilidad de ocurrencia de estos, lo que permitió ubicar la mayoría de los riesgos en zona baja.

Unidad de riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo	Controles
Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos	1. Probabilidad de afectación al paciente por caída durante la hospitalización en el servicio TAMO	Improbable	Catastrófico	Medio	Reducir el riesgo	1
Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos	4. Probabilidad de afectación de salud en el paciente por sangrado durante aféresis	Improbable	Mayor	Bajo		1
Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos	3. Probabilidad de afectación de salud en el paciente por fallas en la detección temprana de neutropenia febril	Improbable	Moderado	Bajo		2
Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos	2. Probabilidad de afectación de salud en el paciente por complicaciones severas durante la infusión de progenitores hematopoyéticos.	Improbable	Mayor	Bajo		1

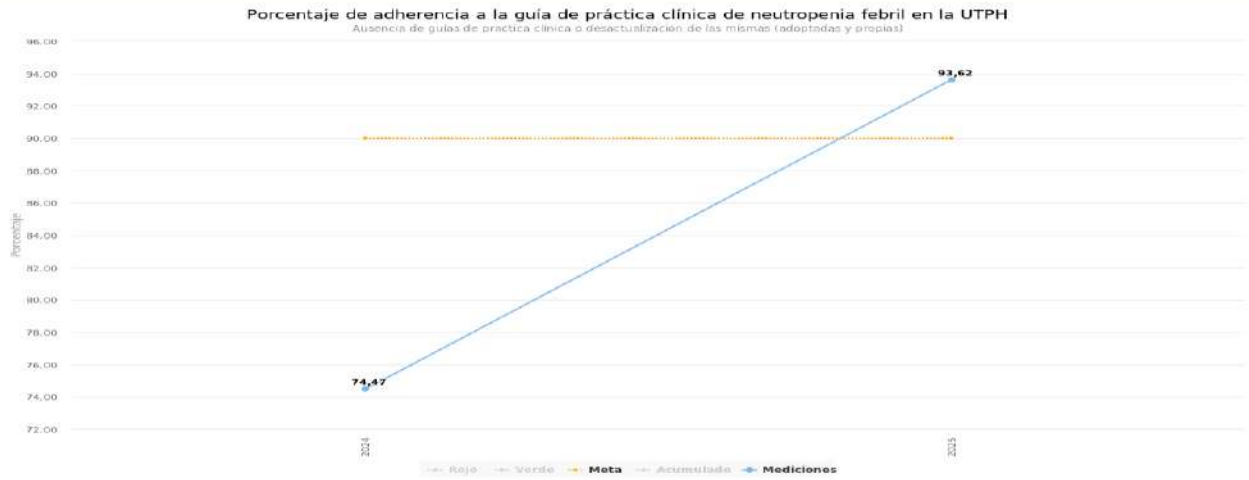
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

De acuerdo con la matriz de riesgo residual: El riesgo de caídas durante la hospitalización se mantiene en zona media, con probabilidad improbable e impacto catastrófico, bajo tratamiento de reducción del riesgo.

En cuanto a los riesgos asociados al sangrado durante aféresis y complicaciones severas durante la infusión de progenitores hematopoyéticos continúan en zona baja evidenciando efectividad de los controles establecidos como la revisión de hemogramas previo paso a procedimiento para determinar requerimiento transfusional y para las reacciones durante la infusión el protocolo de premedicación y monitorización del paciente antes, durante y después.

Vigilado Supersalud

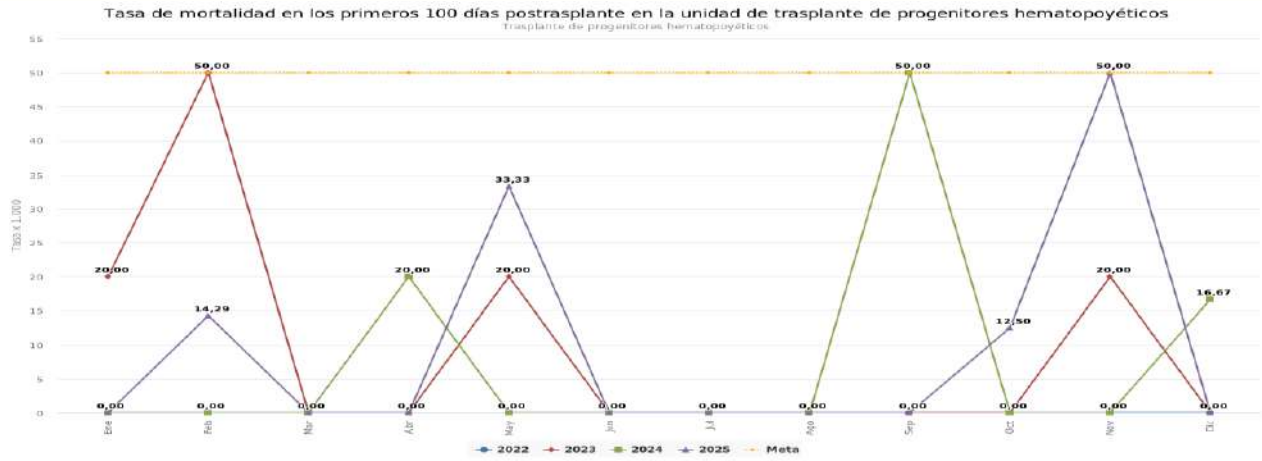
4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2024, la adherencia a la guía institucional de neutropenia febril fue del 74,47 %, ubicándose en rango de cumplimiento parcial según la semaforización institucional. La principal oportunidad de mejora identificada es la revaloración del paciente posterior a la instauración del tratamiento, con una adherencia baja del 2%, constituyéndose como el principal factor de incumplimiento.

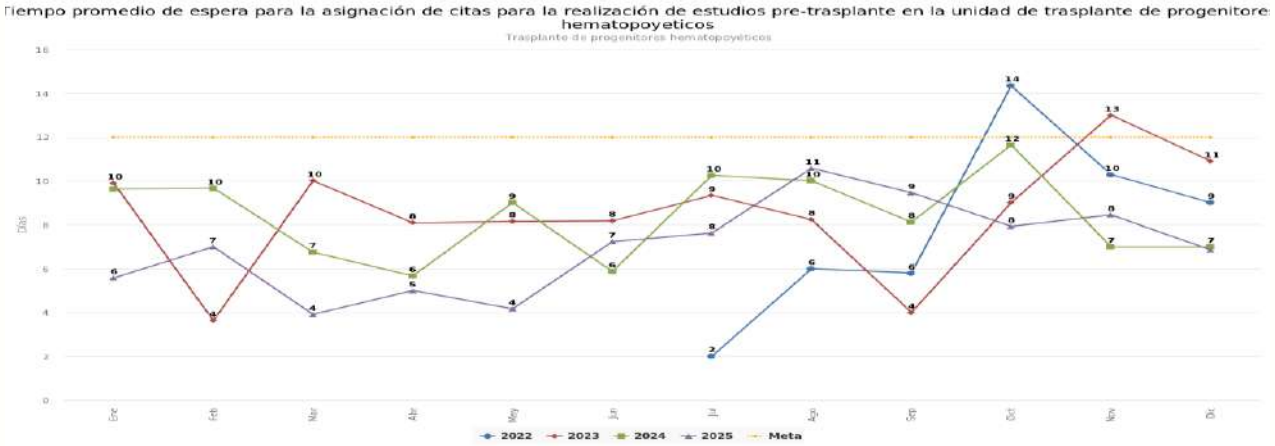
Para el año 2025, la adherencia al protocolo institucional alcanzó un 93,62 %, logrando cumplir la meta institucional y evidenciando una mejoría significativa frente al año anterior, se identifica nuevamente como oportunidad de mejora la revaloración del paciente posterior al inicio de la terapia, la cual presentó un incremento importante del 21 % en 2024 al 57 % en 2025.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2024 se realizaron 57 trasplantes, registrándose 4 fallecimientos, causa choque séptico. En el año 2025 se realizaron 69 trasplantes, con 5 fallecimientos 80 % por choque séptico y 20 % por disfunción multiorgánica.

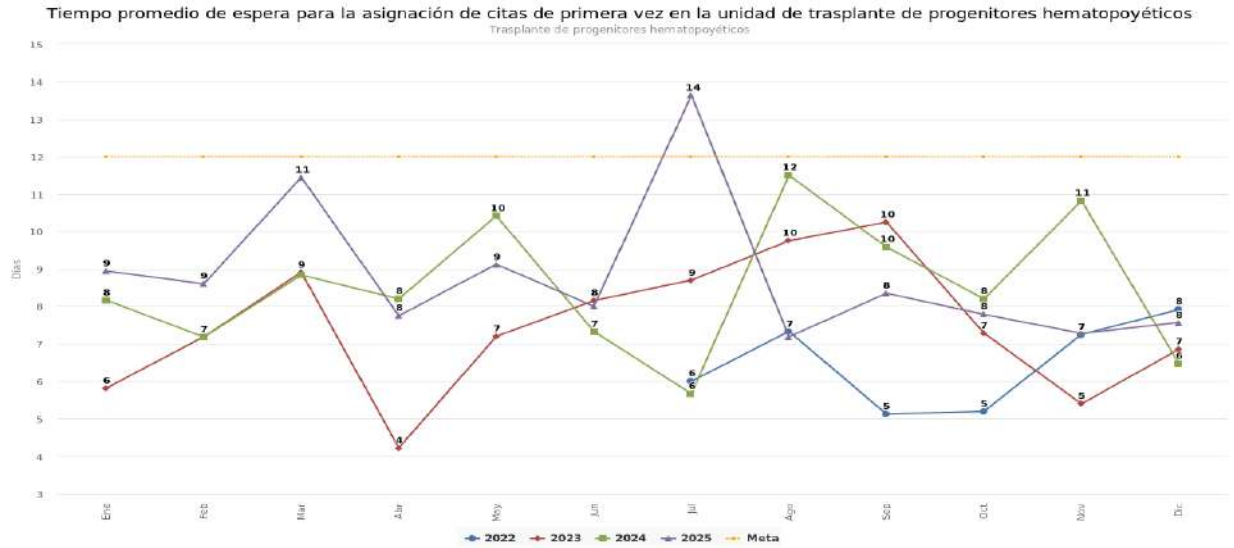
El indicador de mortalidad se mantiene estable entre ambos períodos, pese al aumento de la actividad trasplantadora en 2025, se debe continuar fortaleciendo la prevención de infecciones, detección precoz de sepsis y manejo oportuno del paciente crítico.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2024 se realizaron 80 estudios pre-trasplante, con un tiempo promedio de espera de 8,5 días para la asignación de citas. El resultado se mantuvo dentro del rango esperado frente a la meta institucional, evidenciando variaciones mensuales, con picos cercanos a la meta máxima permitida.

Para el año 2025 se realizaron 109 estudios pre-trasplante, lo que representa un incremento respecto al año anterior. Sin embargo, el tiempo promedio para toma de estudios pre-trasplante disminuyó a 7 días logrando una mejora en la oportunidad de atención.

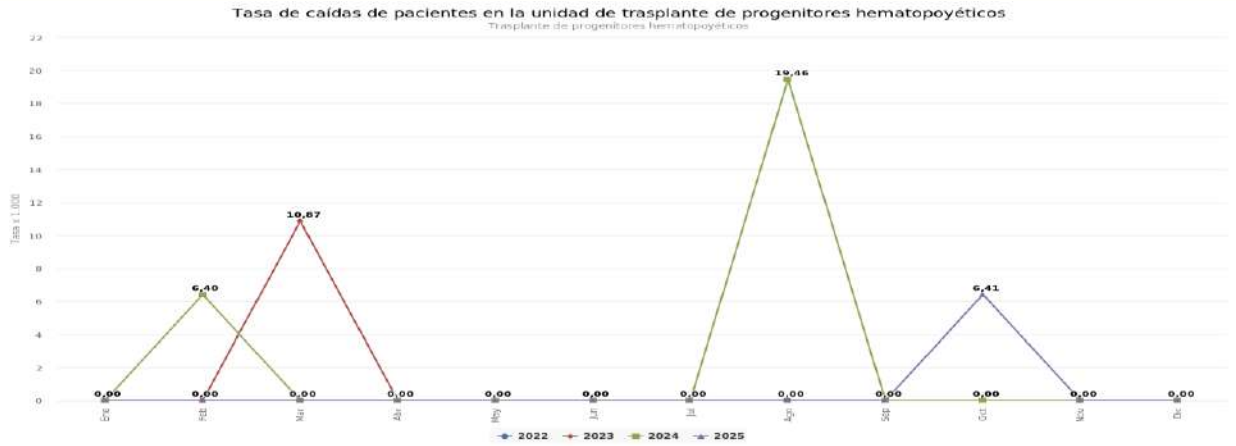


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2024 se atendieron 122 consultas de primera vez, con un tiempo promedio de espera de 8,5 días. Para el año 2025 se registraron 184 consultas de

primera vez, lo que representa un aumento significativo en la demanda del servicio. Se observa un incremento del 50.8 % en el número de consultas.

A pesar de este incremento el tiempo promedio de espera se mantuvo estable en 8,41 días logrando absorber mayor demanda sin generar represamiento de citas.



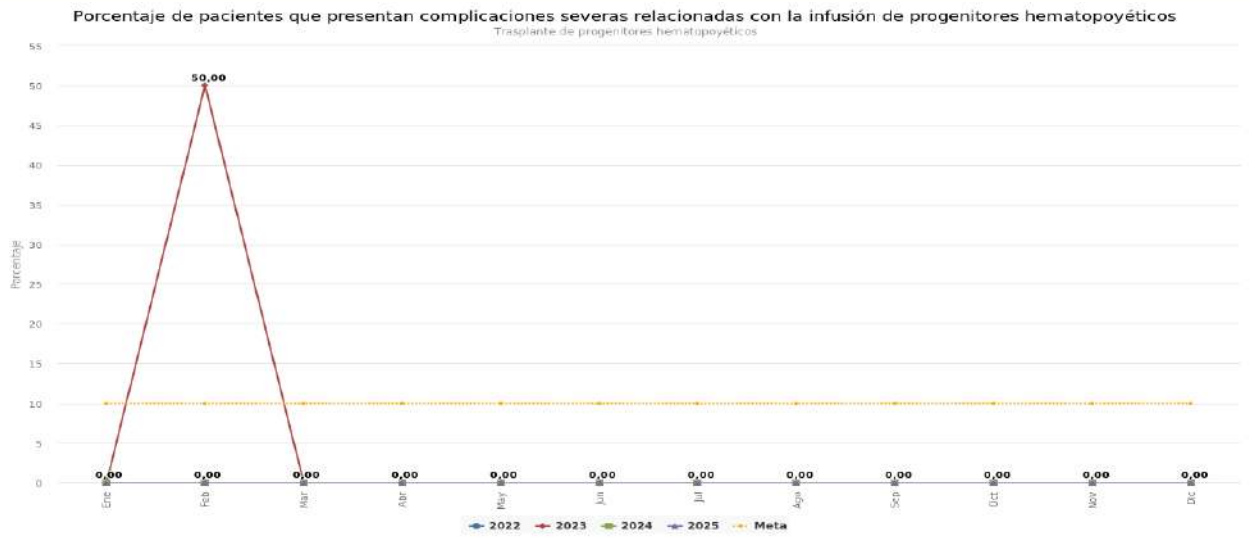
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2024 se presentaron 3 eventos de caídas, evidenciando picos específicos durante algunos meses del año. Durante el año 2025 se registró 1 sola caída, lo que evidencia una disminución significativa de eventos adversos; se fortalecieron estrategias de educación al paciente y familiar en cuanto a la adherencia a las indicaciones dadas por el personal de salud, así como medidas para la mitigación del riesgo.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante los años 2024 y 2025 no se presentan complicaciones severas durante la aféresis, como estrategias de mitigación del riesgo se encuentra la revisión del hemograma previo inicio con el fin de determinar requerimiento transfusional previo o posterior.

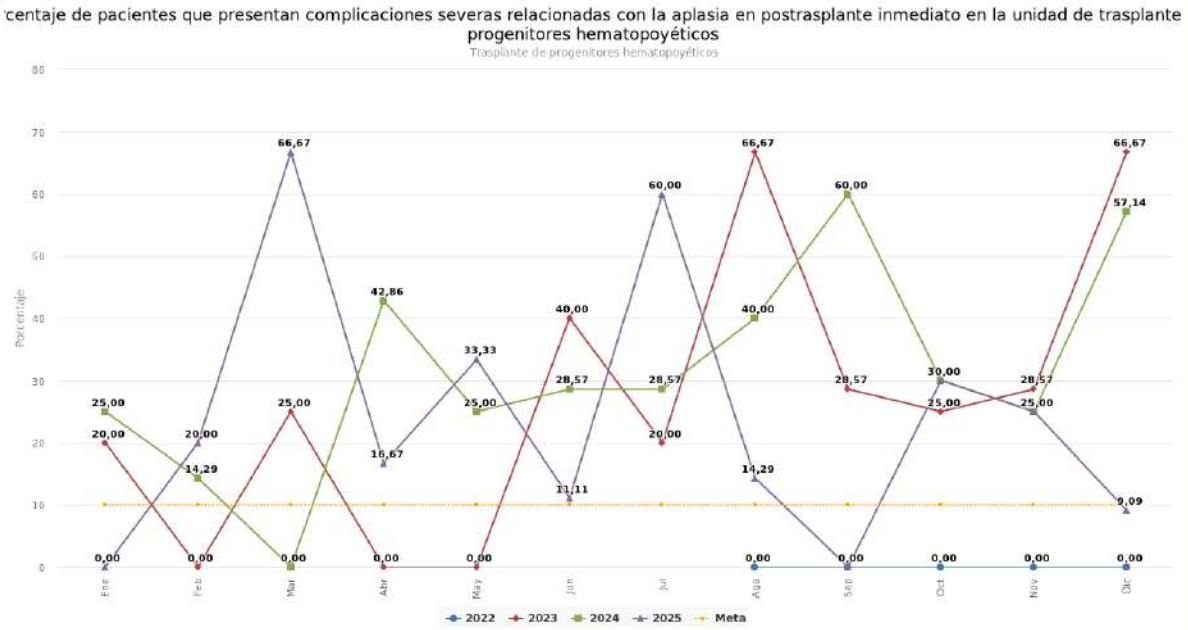
Durante el 2025 con la inclusión de los donantes, se realiza consulta por enfermería oncológica con el fin de evaluar accesos venosos y conciliación medicamentosa para prevenir síndromes compartiméntales.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el 2024 y 2025 no se presentan complicaciones severas relacionadas con la infusión de progenitores hematopoyéticos se establece estrategia de mitigación del riesgo la instauración de protocolo de premedicación previo trasplante.

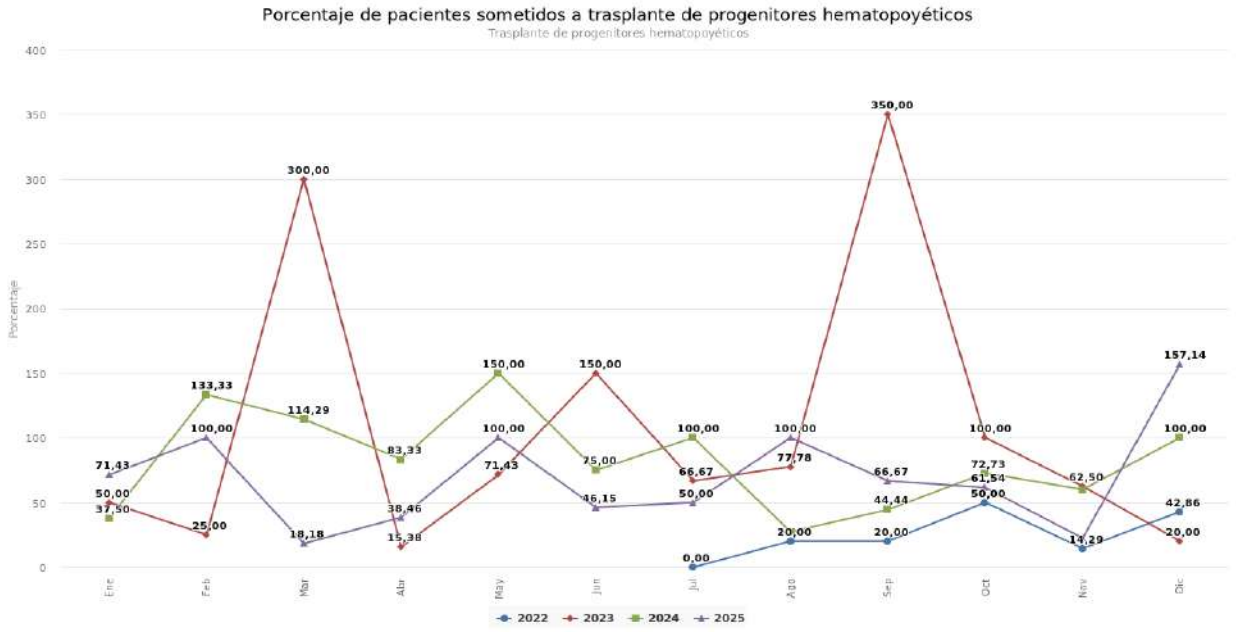
Para el 2025 con el inicio de trasplante alogénico se evalúa desde el pre trasplante la presencia de incompatibilidades ABO con el fin de determinar necesidad de reducción de plasma previa infusión, adicionalmente se monitoriza el usuario durante 24 horas posterior al trasplante.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2024 se realizaron 57 trasplantes, de los cuales 24 pacientes requirieron traslado a UCI, lo que corresponde a una tasa del 42,1 %. A pesar del alto número de traslados solo se presentan 4 fallecimientos. En el año 2025 se realizaron 69 trasplantes, con 18 traslados a UCI, lo que corresponde a una tasa del 26,1 %, evidenciando una disminución significativa frente al año anterior. A pesar del aumento en el número de trasplantes se disminuye el número de pacientes críticos y se presentaron 5 fallecimientos.

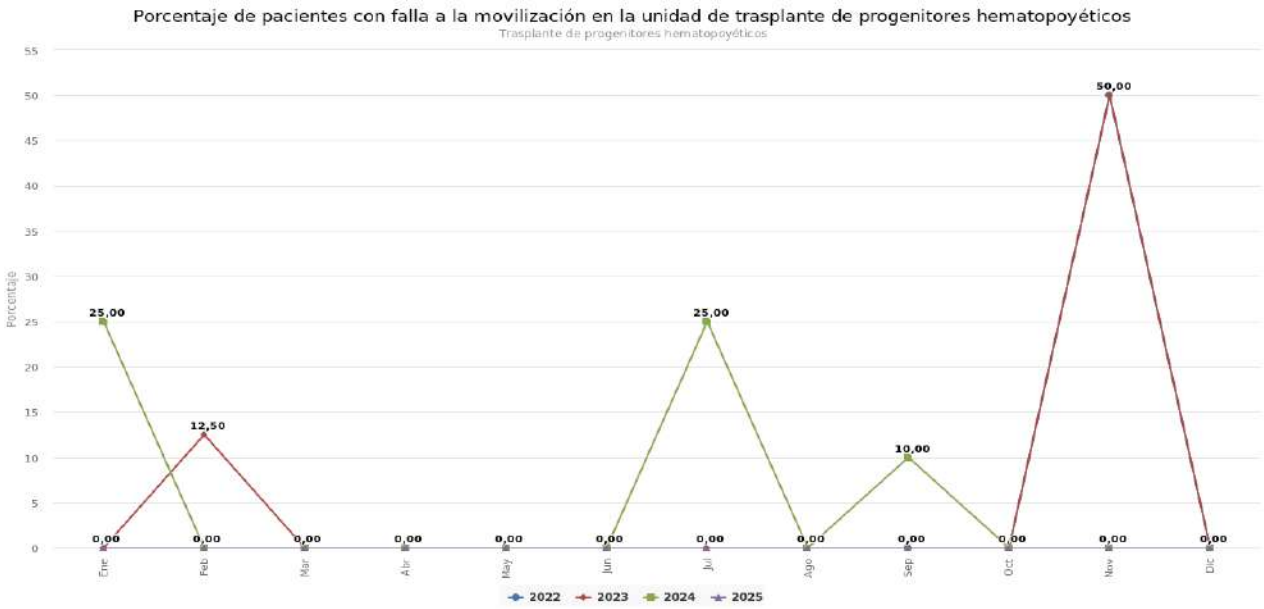
Se evidencia una reducción del 16 % en los pacientes que son trasladados a la unidad de cuidados intensivos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

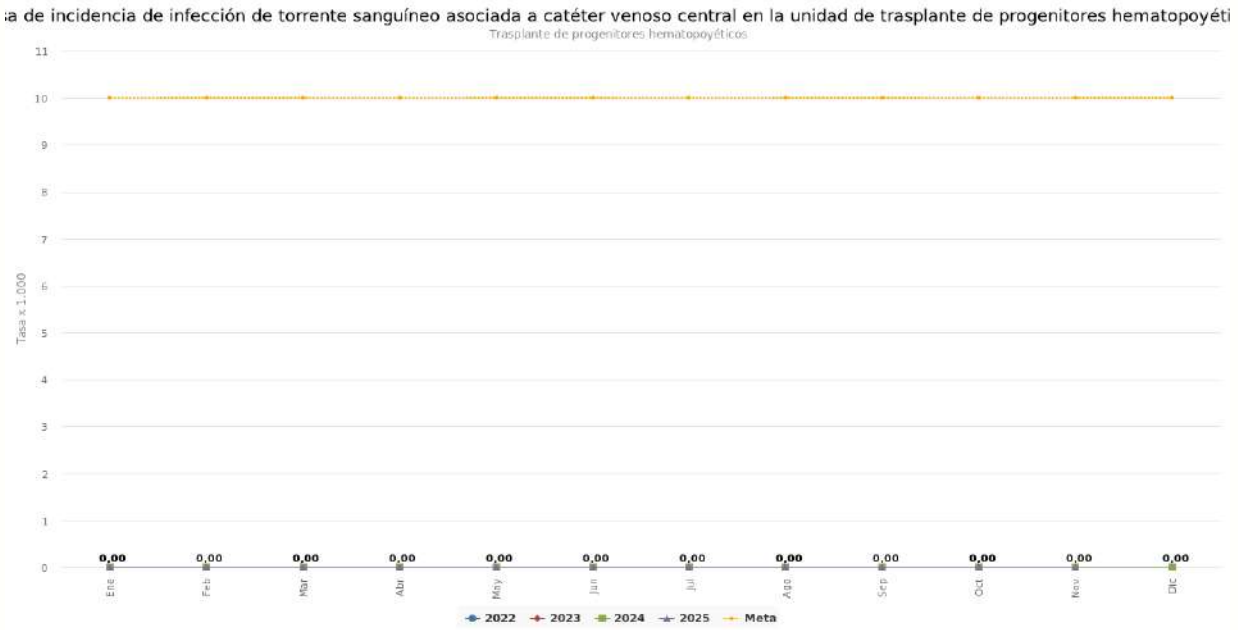
Durante el año 2024 se realizaron 80 evaluaciones pre-trasplante, de las cuales 57 pacientes lograron acceder efectivamente al procedimiento, evidenciando que el 71,25 % de los pacientes son trasplantados.

En 2025 se evidenció un incremento significativo en las evaluaciones pre-trasplante, pasando a 109 pacientes, sin embargo, se realizaron 69 trasplantes, en donde 63.3 % son trasplantados.



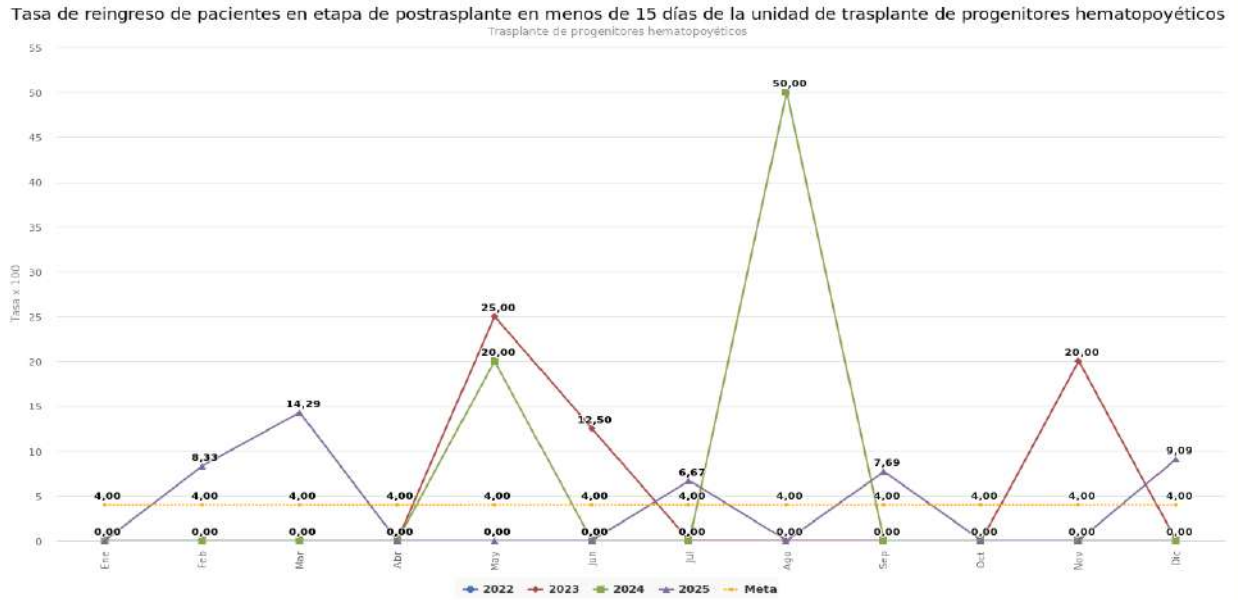
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el 2024 se presenta un 5 % de falla a la movilización, mientras que el 2025 no se presentan. Se realiza evaluación minuciosa de los factores de riesgo de falla a la movilización.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el 2024 y 2025 no se presentan infecciones de torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central.

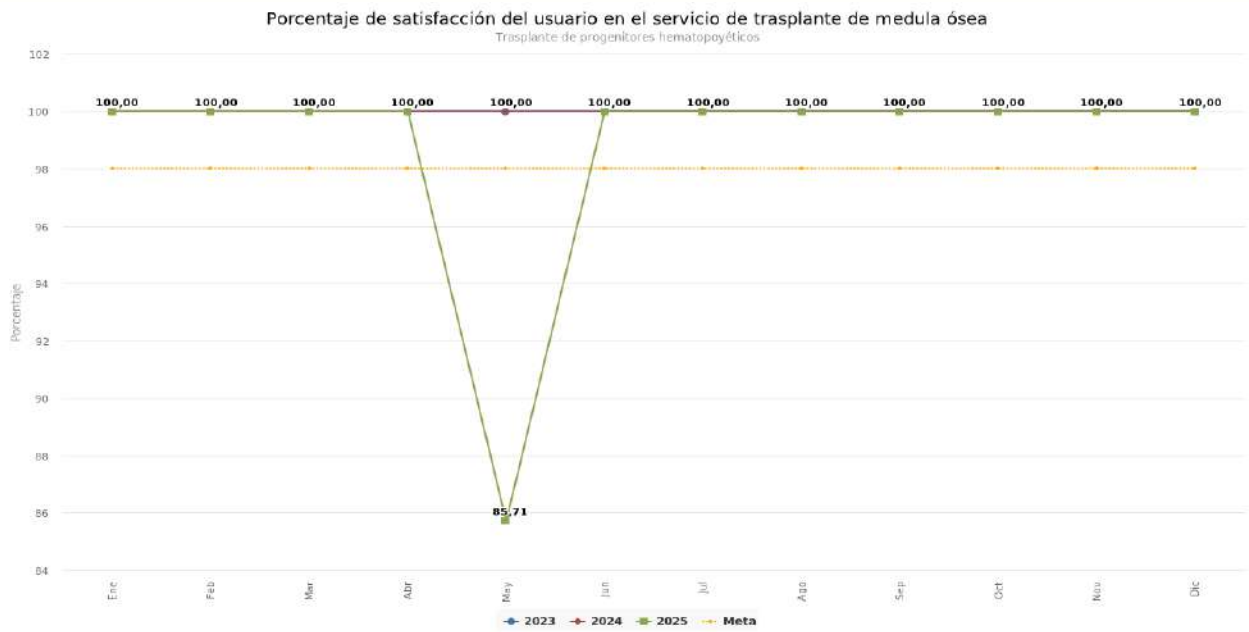


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el 2024 se registraron 2 reingresos en los primeros 15 días post egreso, se debe tener en cuenta que solo se realizaban trasplantes autólogos quienes tienen menor complejidad clínica.

Para el 2025 se presentaron 5 reingresos, evidenciando un incremento frente a 2024, el aumento es explicado por mayor número de trasplante y el inicio de trasplante alogénico en donde los pacientes tienen mayor complejidad, mayor porcentaje de complicaciones y se debe realizar un seguimiento más estrecho.

5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el 2024 la satisfacción en la unidad de trasplante progenitores hematopoyéticos es el 100 %, para el 2025 se observa una disminución durante el mes de mayo 2025 en donde se evidencia afectación en la oportunidad de los traslados para exámenes diagnósticos; para lo que se fortalecen estrategias de comunicación entre servicios con el fin de garantizar la toma oportuna.

TAMO			
	Satisfacción		
	2024	98%	
	2025	98%	
	Atributos Afectados 2025		
	1	Oportunidad	1
		Total PQRS	1
		Tasa PQRS 2025	0,12
	Indicador NPS		
	2024	99%	
	2025	100%	

Fuente: Informe Experiencia 2025

De igual manera se refleja en los atributos afectados, dado que durante el año la queja presentada corresponde a la oportunidad para los traslados.

6. INDICADORES DE CULTURA:

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Fuente: Informe talento humano

En 2024 la unidad de trasplante progenitores hematopoyéticos se ubicó en Zona de Pasión, reflejando un alto nivel de compromiso, sentido de pertenencia y percepción organizacional positiva.

Para el 2025 se logra avanzar a Zona WoW, lo cual representa que se cuenta con un equipo de trabajo altamente cohesionado, se tienen estrategias de comunicación efectiva

y se estimula el liderazgo en las personas. No se tiene rotación de personal lo que ha permitido brindar continuidad a la atención de los pacientes, fortalecimiento del trabajo en equipo y mayor eficiencia operativa.

7. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:

Promedio mes

2023	2024	2025	Variación 2024 vs 2025
100	99	146	47%

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2023	56	63	66	72	77	90	96	87	86	96	99	100
2024	106	103	104	103	104	104	105	109	101	93	101	99
2025	123	120	121	127	133	127	132	151	149	151	144	146

Fuente: Base de información de servicios asistenciales BISA

Durante 2025 la unidad de trasplante progenitores hematopoyéticos presentó un incremento del 47 % en pacientes activos, pasando de un promedio mensual de 99 pacientes en 2024 a 146 en 2025. Este crecimiento sostenido refleja el fortalecimiento del programa, mayor captación institucional y ampliación de la oferta asistencial, especialmente con la implementación del trasplante alogénico. El aumento en volumen se gestionó de manera eficiente, manteniendo indicadores de calidad y seguridad dentro de estándares aceptables.

Promedio mes

2023	2024	2025	Variación 2024 vs 2025
5	5	6	21%

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2023	5	2	6	2	5	9	4	7	7	5	5	2
2024	3	4	8	5	3	6	4	3	4	8	3	6
2025	5	7	2	5	6	6	4	7	6	8	2	11
META	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7

Fuente: Base de información de servicios asistenciales BISA

Durante el 2025 la unidad de trasplante de progenitores hematopoyéticos presentó un crecimiento sostenido en su productividad, evidenciado por el aumento del 47 % en el número de pacientes activos, pasando de un promedio mensual de 99 en 2024 a 146 en 2025. De igual manera, se registró un incremento del 51 % en las consultas de primera vez, pasando de 122 atenciones en 2024 a 184 en 2025, lo que refleja una mayor captación de pacientes candidatos a trasplante. Este aumento en la demanda se

Vigilado Supersalud

gestionó eficientemente, manteniendo tiempos de oportunidad adecuados, con un promedio de 8,41 días en 2025 frente a 8,5 días en 2024.

Adicionalmente, la actividad trasplantadora presentó un incremento del 21 %, pasando de 57 procedimientos en 2024 a 69 en 2025, asociado al inicio de trasplante alogénico.

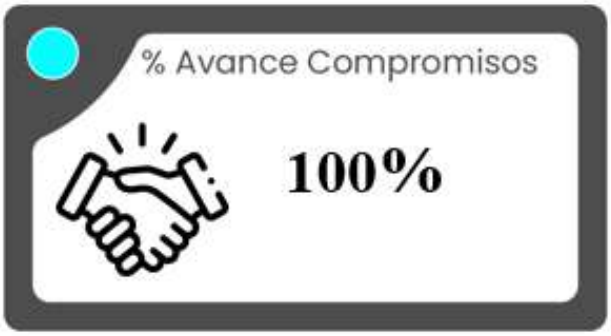
8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

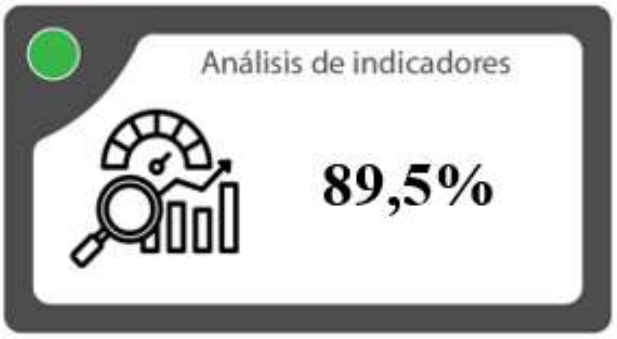
Cumplimiento Cargue de Actas.

Trasplante y donación de órganos **Biovigilancia**

Avance de Compromisos.



Indicadores.

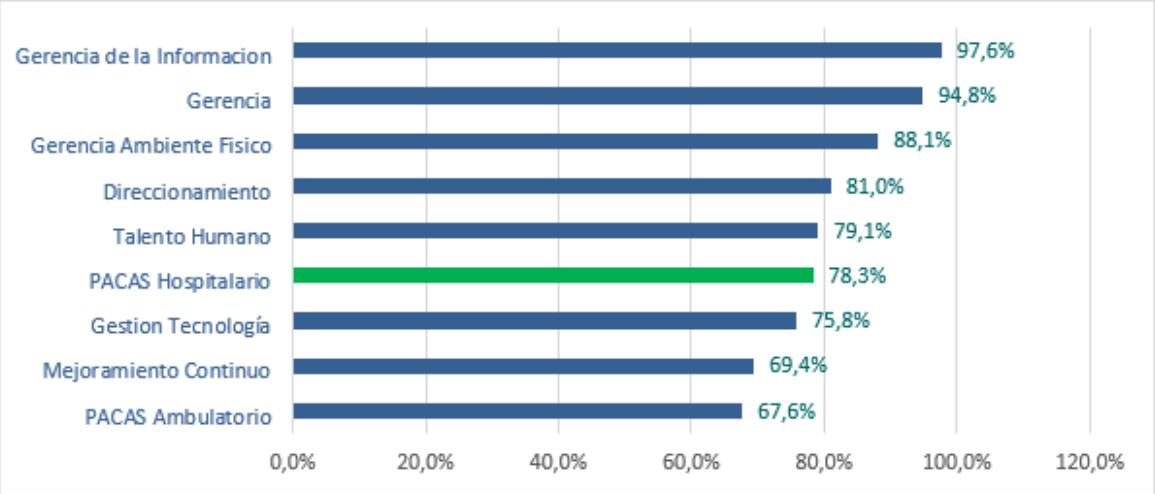


Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Vigilado Supersalud

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS hospitalario arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- Realizando un análisis de los resultados obtenidos en 2025 se abre la puerta para identificar aprendizajes clave para fortalecer el desempeño futuro de la Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos.
- Se destaca entre los principales aspectos positivos el crecimiento sostenido de la productividad lo cual es posible gracias a la consolidación del trabajo en equipo, estabilidad y compromiso del talento humano, estandarización de procesos clínicos y capacitación continua.
- Asimismo, con la apertura del trasplante alogénico se vislumbra la importancia de la planificación, capacitación especializada y la articulación Inter servicios como un reto para asumir mayor complejidad clínica en el manejo de los pacientes, sin afectar los indicadores de calidad, seguridad y efectividad clínica.
- Como oportunidades de mejora, se identifica la necesidad de reforzar el seguimiento de pacientes de alta complejidad, especialmente en el contexto de reingresos y manejo en UCI. Estas lecciones orientan la toma de decisiones para 2026, enfocándose en replicar las estrategias exitosas, fortalecer la gestión del riesgo y anticipar los desafíos asociados al crecimiento del programa, con el fin de consolidar resultados sostenibles y de alto impacto.

Vigilado Supersalud

10. PROYECTOS 2026:

- Aumentar al 75 % la revaloración en paciente con neutropenia febril, siendo el ítem que más bajo cumplimiento tiene.
- Iniciar con la medición de la calidad de vida en el paciente postrasplante progenitores hematopoyéticos
- Evaluar la implementación de trasplante alogénico no relacionado y re-infusión de linfocitos del donante
- Evaluar la necesidad de aumento de la capacidad instalada ante crecimiento en actividad trasplantadora y mantener la oportunidad ofrecida a los pacientes para ingreso a trasplante.

ADMISIONES Y REFERENCIA

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Continuar con el convenio con Air liquide para entrega oportuna de equipos de oxígeno a los pacientes de Salud Total en un tiempo igual o inferior a 24 horas (Indicador efectividad en el alta temprana por oxigeno domiciliario).
- Junto con las coordinaciones asistenciales se incrementó el porcentaje de ingresos de pacientes en 18.3 %, comparado con el año 2024, esto gracias al aumento de egresos de hospitalización (aumento en el 43% de pacientes quirúrgicos) y disminución de la estancia hospitalaria.
- Junto con la coordinación de salas de cirugía y programación se logró incrementar el porcentaje de pre admisión de pacientes en un 19%, teniendo un porcentaje del 75% de los pacientes, realizando este proceso con fin de validar la completitud de los requerimientos para procedimiento quirúrgico, sin novedad.
- Junto con el área de infecciones se realiza revisión de aislamientos y cohortización de pacientes, para optimizar la asignación de camas. Se realiza seguimiento mediante un drive, en el cual se puede confirmar los diferentes aislamientos solicitados.
- El personal de admisiones y referencia participan y realizan los cursos de la plataforma Unitotal.
    - Reinducción institucional
    - Gestión integral de residuos hospitalarios
    - Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto
    - Sistema de gestión del riesgo
    - Protocolo de código lila y muerte digna por el área psicosocial.
    - Modelo para IPS agrupación de servicios prestadores Salud Total
    - Capacitación de RIPS

2. GESTIÓN DEL RIESGO

PROBABILIDAD	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
Certero		REF23003			
Probable					
Moderado				REF2508	
Rara vez				REF23001	
Improbable					

IMPACTO

Total riesgos
3

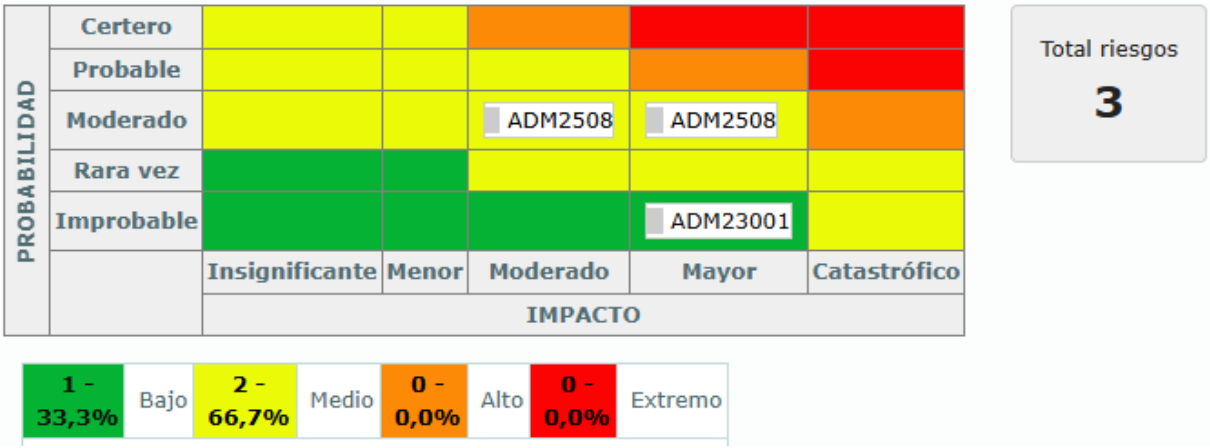
0 - 0,0%	Bajo	3 - 100,0%	Medio	0 - 0,0%	Alto	0 - 0,0%	Extremo

Total escenarios: 3

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Vigilado Supersalud

- Probabilidad de afectación en salud al paciente en la continuidad terapéutica por asegurador (PHD, Unidad de cuidado crónico, HOSPICE, fin de vida), se realiza seguimiento telefónico desde egreso seguro con el fin de identificar posibles desviaciones y al identificarlas compartirlas con el asegurador para trabajar continuamente en el mejoramiento de estas altas tempranas y lograr que el paciente se reintegre a su medio social, generando así satisfacción por parte del paciente y su familia.
- Probabilidad de afectación en salud al paciente por inadecuada transferencia de información clínica y necesidades previo a traslado interno entre servicios ante solicitud de unidad
- Probabilidad de deterioro clínico del paciente durante el traslado para toma de medios de apoyo diagnóstico externo, se realiza seguimiento a través de Formato seguimiento contrarreferencia citas interinstitucionales y se confirma con personal asistencial condiciones de retorno a la clínica, este soporte se está entregando a archivo clínico, con el fin de que esta información repose en la historia clínica del paciente.

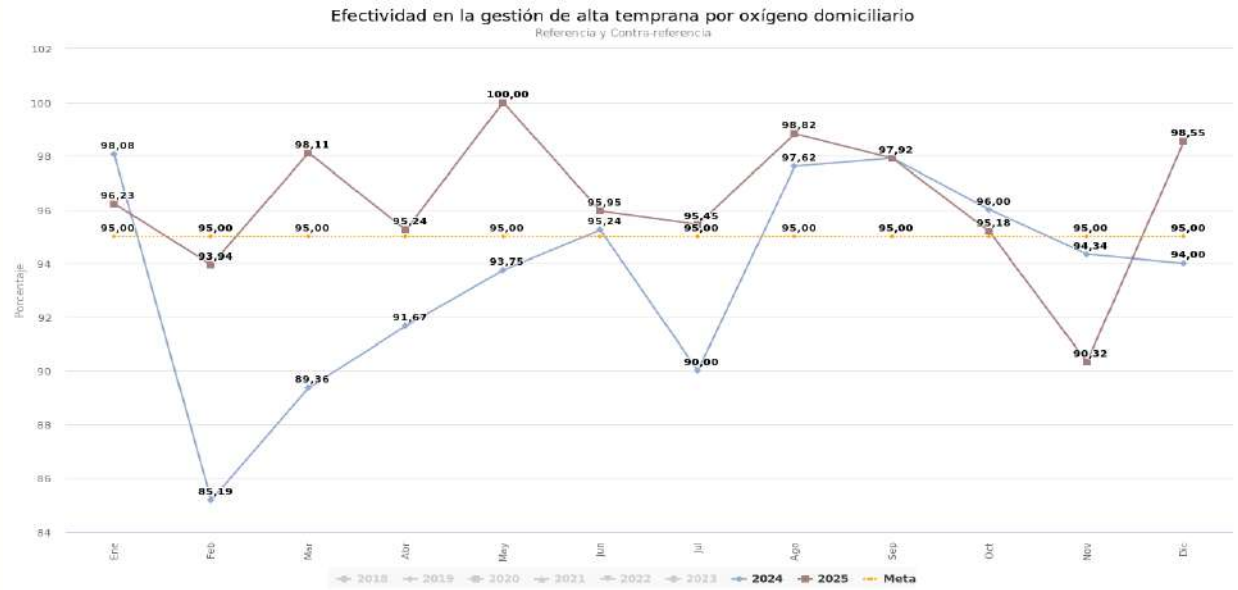


- **Fuente: Sistema de gestión integrado Almera**

- Probabilidad de afectación institucional por suplantación de paciente, este riesgo lo gestionamos, con el cumplimiento del procedimiento de admisiones por los funcionarios del área, durante el registro y admisión para ingreso a los diferentes ámbitos hospitalarios.
- Probabilidad de afectación en salud al paciente por retrasos en el proceso de admisión, se trabaja con el equipo de admisiones en la oportunidad de obtener los direccionamientos o autorizaciones de los aseguradores para los diferentes ámbitos clínicos, así mismo la oportunidad de realización de la apertura de hospitalización
- Posibilidad de registro incorrecto de datos del paciente Iniciamos a trabajar identificando las causas de este riesgo, como es el error de digitación del personal de admisión y facturación, datos no claros por parte de paciente y/o familia: Asegurador o entidad que cubriría la prestación de servicios o paciente no orientado o pobre informante o habitante de calle.

Vigilado Supersalud

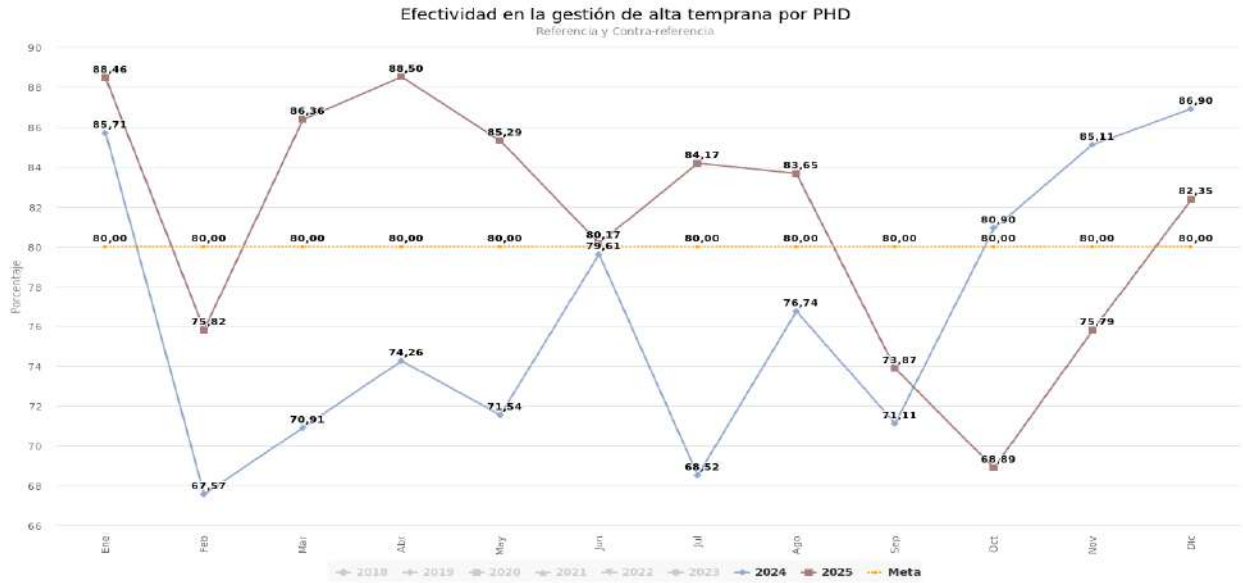
3. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

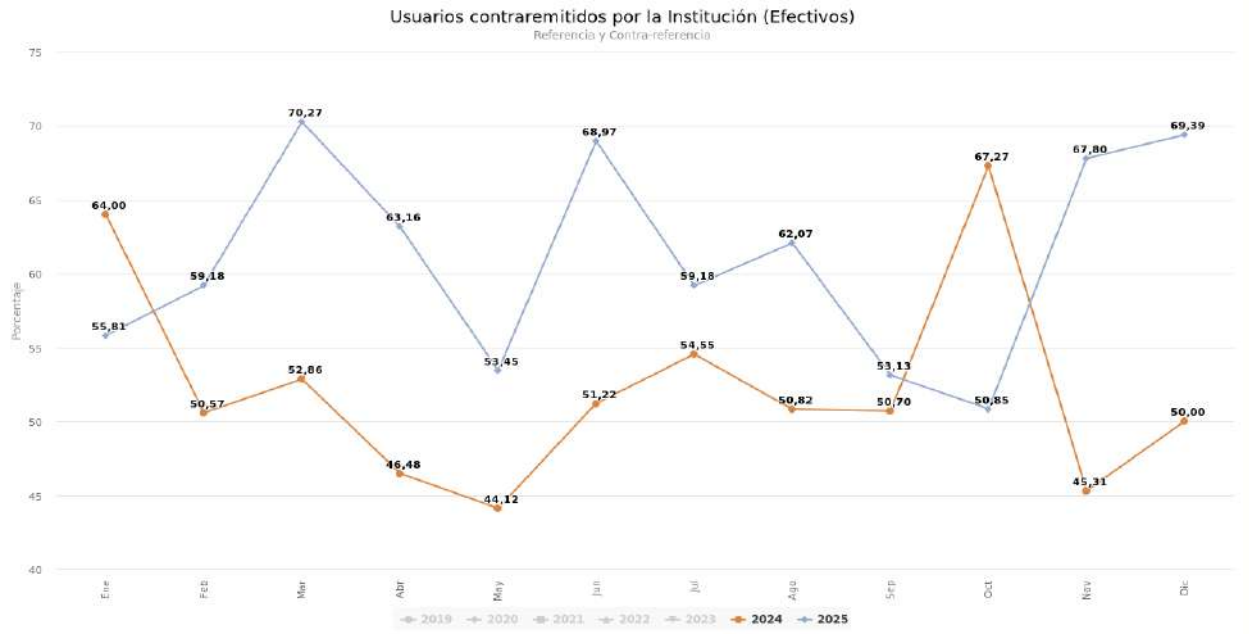
Nuestro porcentaje de cumplimiento en el indicador de efectividad en la gestión de alta temprana por oxigeno domiciliario en el año 2024 comparado con el año 2025 es muy similar. En el año 2024 tuvimos un porcentaje de 94.8% y en el año 2025 un porcentaje de 94.8%. Continuamos con la entrega de equipos de oxigenoterapia para los usuarios de la aseguradora Salud Total, con la IPS AIR LIQUIDE, con unos tiempos de oportunidad inferiores a 24 horas

La oportunidad en la entrega de equipos de oxígeno nos permite colaborar con el giro cama, disminución de las estancias hospitalarias y permitir al paciente volver a su ámbito familiar y personal para su recuperación.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Nuestro porcentaje de cumplimiento en el indicador de efectividad en la gestión de alta temprana PHD domiciliario en el año 2025 tiene un porcentaje de efectividad de 81.11%, comparado con el año 2024 con un porcentaje de efectividad de 76.57%. Las principales razones de desviación en el cumplimento de este indicador son: cambio de condición clínica, la cual cambia durante la espera del trámite y otras porque en la espera del trámite terminan el antibiótico o le faltan menos de dos días para terminarlo. Durante este año se trabajaron estrategias para fortalecer el alta temprana, como son: comités de largas estancias, entrega de medicamentos pre condicionantes hasta para 5 días, entrega de insumos pre condicionantes y seguimiento continuo.

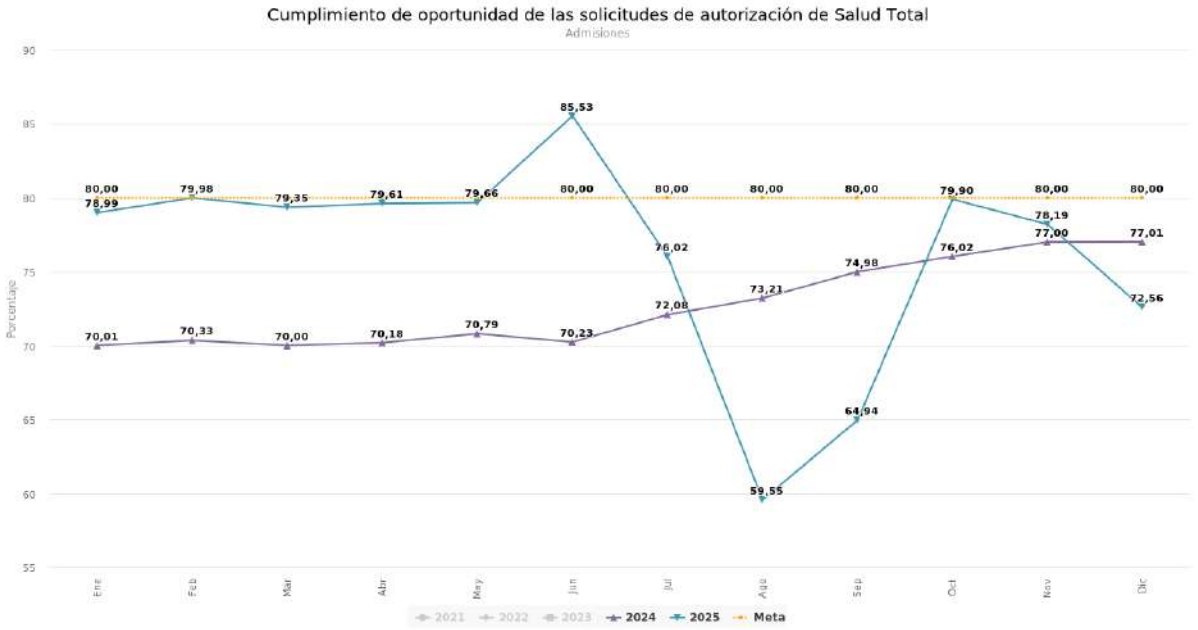


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador nos permite realizar seguimiento al porcentaje de pacientes remitidos desde la clínica, el porcentaje de remisiones del año 2025 es de 61.10%, y en el año 2024 52.33%.

Las principales razones por las cuales se inicia proceso de contra remisión son:

- No disponibilidad de la especialidad.
- Remisión a menor nivel de complejidad
- No convenio con el asegurador.
- No disponibilidad de cama

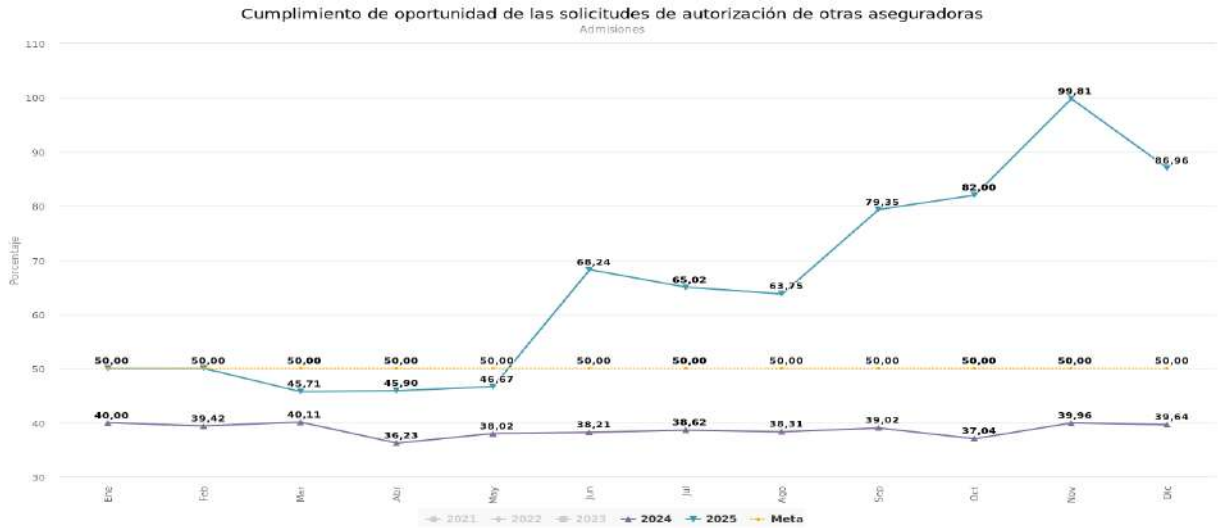


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La medición de este indicador realiza seguimiento mensual de la oportunidad de la obtención de direccionamientos o autorizaciones por parte de la aseguradora Salud Total requeridas para la prestación de servicios de salud de manera oportuna.

La oportunidad está definida en 30 minutos. Nuestra meta 80% de las autorizaciones requeridas.

Al comparar el año 2024, con el año 2025 se observa una disminución en la curva de seguimiento de esta oportunidad, la cual ha iniciado a incrementar lenta y sostenidamente, novedad que tiene múltiples causas (Novedades con la página de Salud Total, novedades con IT Salud, software institucional y no adherencia por el cliente interno al proceso), a las cuales se les ha trabajado para fortalecer el proceso.

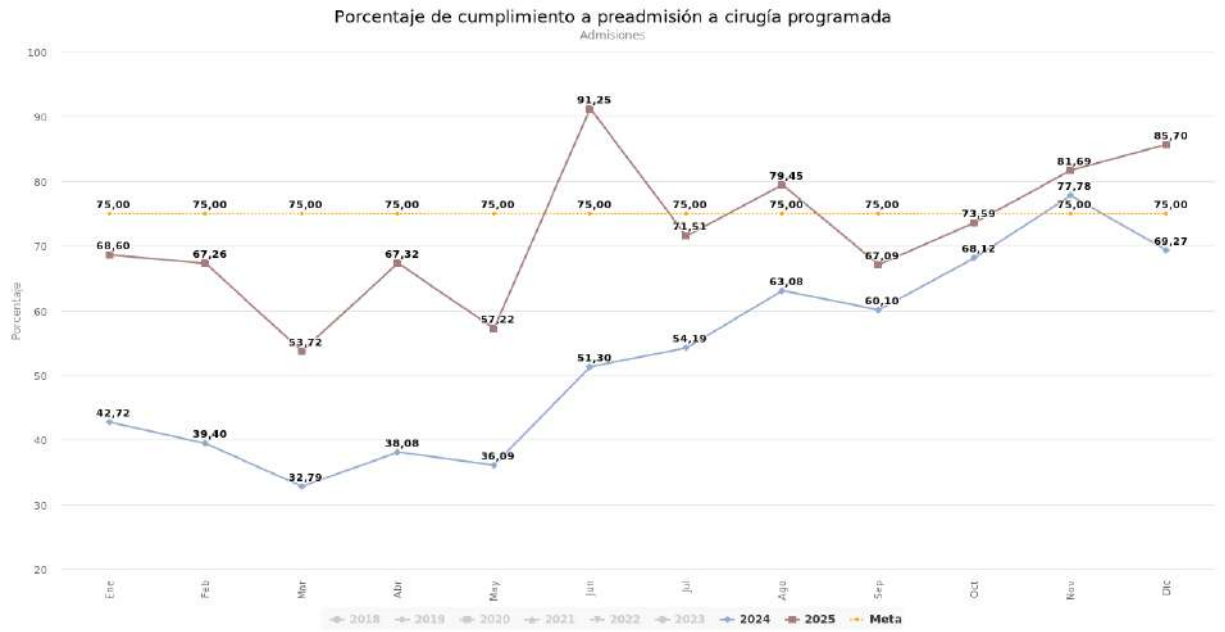


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La medición de este indicador realiza seguimiento mensual de la oportunidad de la obtención de direccionamientos o autorizaciones por parte de aseguradoras diferentes a Salud Total, requeridas para la prestación de servicios de salud de manera oportuna.

La oportunidad está definida en 6 horas. Nuestra meta 80% de las autorizaciones requeridas.

Al comparar el año 2024, con el año 2025 se observa un crecimiento en la curva de seguimiento de esta oportunidad.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador mide el porcentaje de preadmisión realizada a los pacientes programados para procedimiento quirúrgico, buscando lograr que el paciente cumpla con todos los requisitos administrativos necesario para la realización de su procedimiento quirúrgico y disminuir el número de cancelaciones por razones administrativas.

Como plan de mejora desde la coordinación de salas de cirugía se definió e inicio el agendamiento a través de la plataforma de don doctor, esta plataforma envía al celular registrado por el paciente y/o su familia, el mensaje de texto indica fecha y hora de la cita para la preadmisión al paciente.

Comparando el año 2024 con el año 2025, se evidencia un mayor porcentaje de cumplimiento en el 2025 disminuyendo así el número de cancelaciones por razones administrativas.

4. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Admisiones y Referencia

Satisfacción	
2024	97%
2025	96%

Atributos Afectados 2025		
1	Comunicación	7
2	Humanización	4
3	Continuidad	4
4	Oportunidad	3
5	Confort	2
6	Seguridad del Paciente	1
Total PQRS		21
Tasa PQRS 2025		0.41

Fuente: Informe Experiencia 2025

- Intervención con Medical en clima organizacional, comunicación asertiva y efectiva con el cliente interno y el cliente externo, comunicación verbal y comunicación no verbal.
- Retroalimentación verbal y por escrito cuando recibimos PQRS de comunicación no asertiva o efectiva.
- Socialización de Tips para la comunicación.

  - Presentación Personal
  - Porte adecuado del uniforme institucional, carnet institucional visible.
  - Diríjase al paciente con amabilidad y Respeto
  - Llame al paciente por su nombre y apellido completo, de manera clara
  - Mantenga la cortesía con el uso del apelativo (Sr. Sra, Srta).
  - Manejo del lenguaje corporal
  - Mantener contacto visual con el paciente
  - Evitar el uso del dispositivo móvil, durante la atención
  - Conserve una expresión facial amigable y profesional
  - Gestión De Las Necesidades Del Paciente Y Su Familia
  - Informar acerca de la ubicación de espacios físicos dentro de la institución
  - Brindar orientación en procesos asistenciales y administrativos
  - Atención cálida y oportuna del Paciente
  - Asegurar la atención dentro de los tiempos establecidos
  - Priorizar la atención según la condición y/o necesidad del paciente
  - Ambiente Saludable
  - Mantener un tono de voz adecuado y respetuoso
  - Evitar el consumo de alimentos en espacios no permitidos

Nuestro lema institucional “**Científicamente avanzados, humanamente cálidos**”

Vigilado Supersalud

Otros Tips que son aspectos clave para una excelente atención al cliente externo:

1. Actitud y Protocolo
   - Saludó cordial: Saludar amablemente y de manera profesional, mirar al paciente y su familia a los ojos.
   - Imagen personal: Mantener una imagen impecable y profesional.
   - Identificación: Si es por teléfono, presentarse y mencionar la empresa.
   - Proactividad: Disposición permanente para ayudar.
2. Comunicación Efectiva
   - Escucha activa: Prestar atención sin interrumpir, incluso si el cliente está equivocado.
   - Empatía: Ponerse en el lugar del cliente para entender su situación.
   - Lenguaje claro: Usar un lenguaje asertivo y amable.
   - Transparencia: Ofrecer información precisa y honesta.
3. Solución de Problemas
   - Rapidez y eficacia: Proporcionar soluciones reales en el menor tiempo posible.
   - Cumplimiento de promesas: No prometer lo que no se puede cumplir.
   - Manejo de quejas: Gestionar los reclamos con paciencia y orientar a una solución.
   - Ayuda activa: Mostrar proactividad al resolver inconvenientes.
4. Fidelización y Calidad
   - Personalización: Adaptar la atención a las necesidades específicas de cada cliente.
   - Calidad garantizada: Asegurar que el producto o servicio supere las expectativas.
   - Seguimiento: Asegurarse de que el cliente esté satisfecho antes de cerrar la interacción.

     Recomendaciones Adicionales
   - Evitar distracciones: No usar el celular personal durante la atención.
   - Conocimiento del producto: Conocer a fondo lo que se ofrece para brindar asesoría precisa.

5. CULTURA Y CLIMA ORGANIZACIONAL

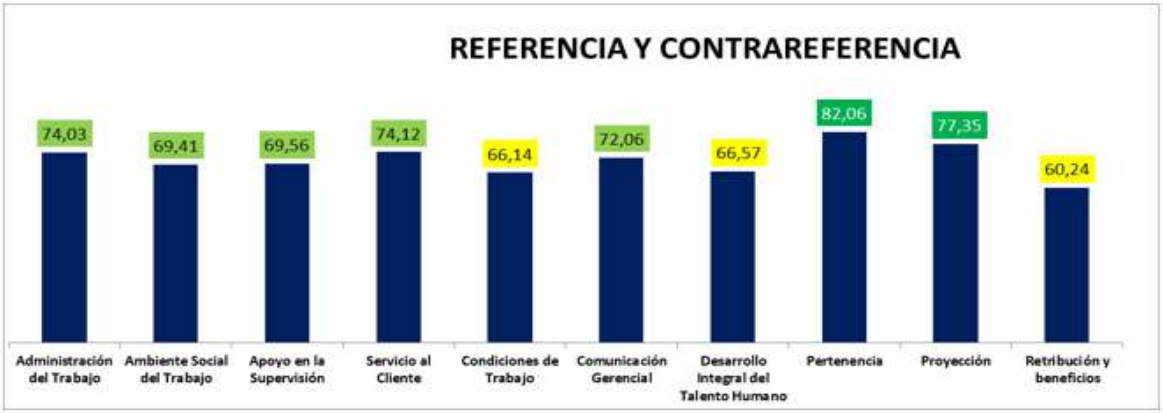
El clima fue de 70,95

Subió 6,16 Puntos porcentuales

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	81,95	84,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	75,29	77,14	1,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,34	-2,88
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	**70,38**	**72,95**	**2,57**

Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%

Fuente: Informe talento humano



Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%

Fuente: Informe talento humano

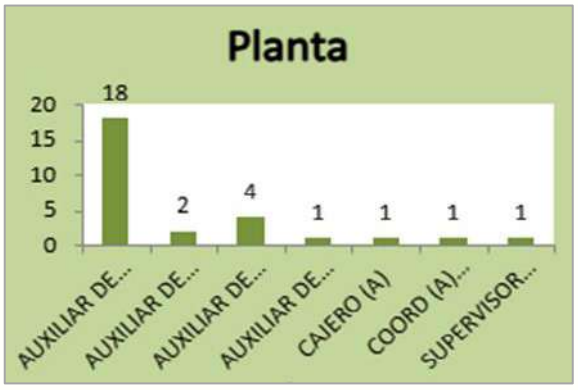
Estos resultados muestran que hemos mejorado el clima en nuestra área, continuamos con aspectos a construir como son:

- Condiciones de trabajo
- Desarrollo integral del Talento Humano
- Retribución y beneficios

Vigilado Supersalud

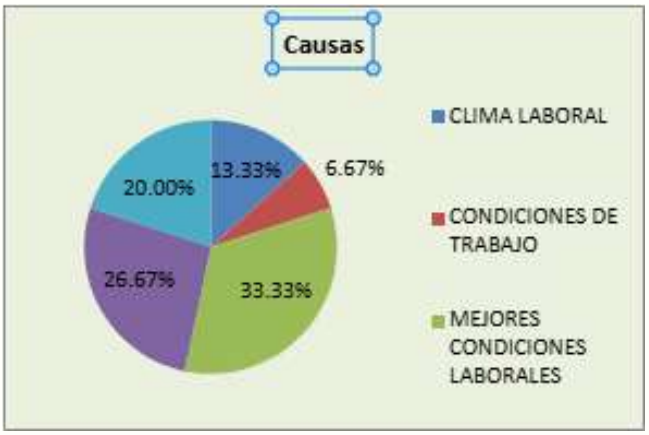
Rotación de personal.

Personal 2025 referencia-contrarreferencia y admisiones



Fuente: Informe Talento Humano

Causas de rotación



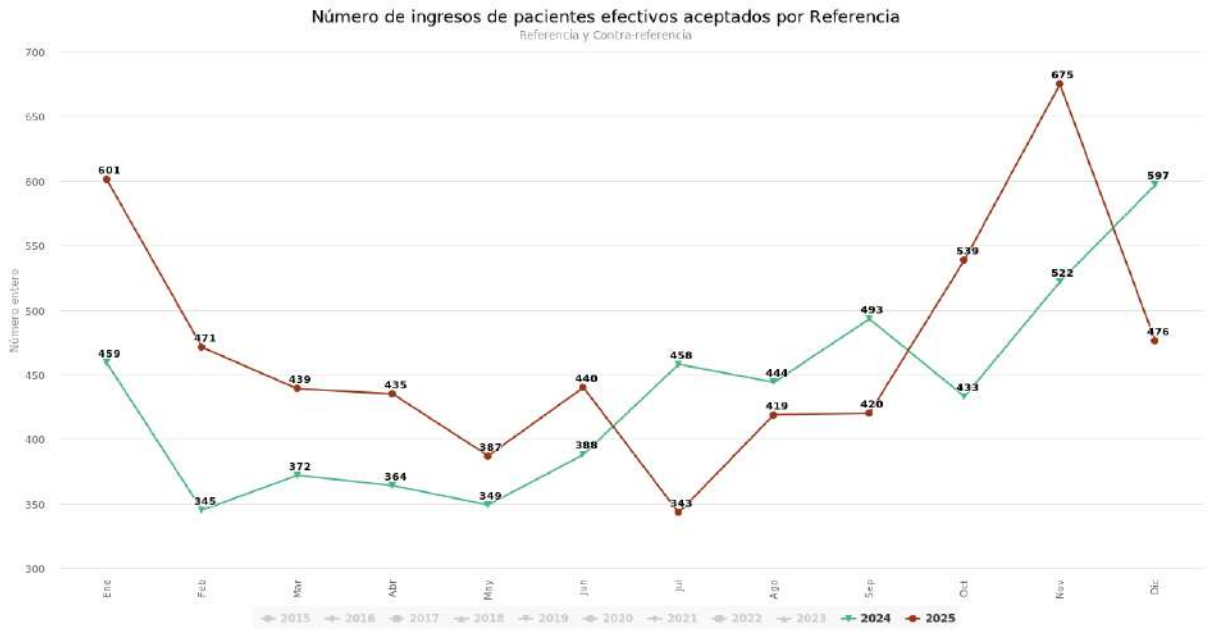
Fuente: Informe Talento Humano

Inicio Proyecto laboral Independiente	1
Falta de Reconocimiento laboral	1
Crecimiento Profesional	1
Deficiencias en entrenamiento y formación al cargo	1
Trato inadecuado de Jefe Inmediato	1
Mejores beneficios	2
Mejores ingresos económicos	2
Calamidad Familiar	3
(en blanco)	3
Total general	**15**

Fuente: Coordinación Admisiones y Referencia

Vigilado Supersalud

6. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



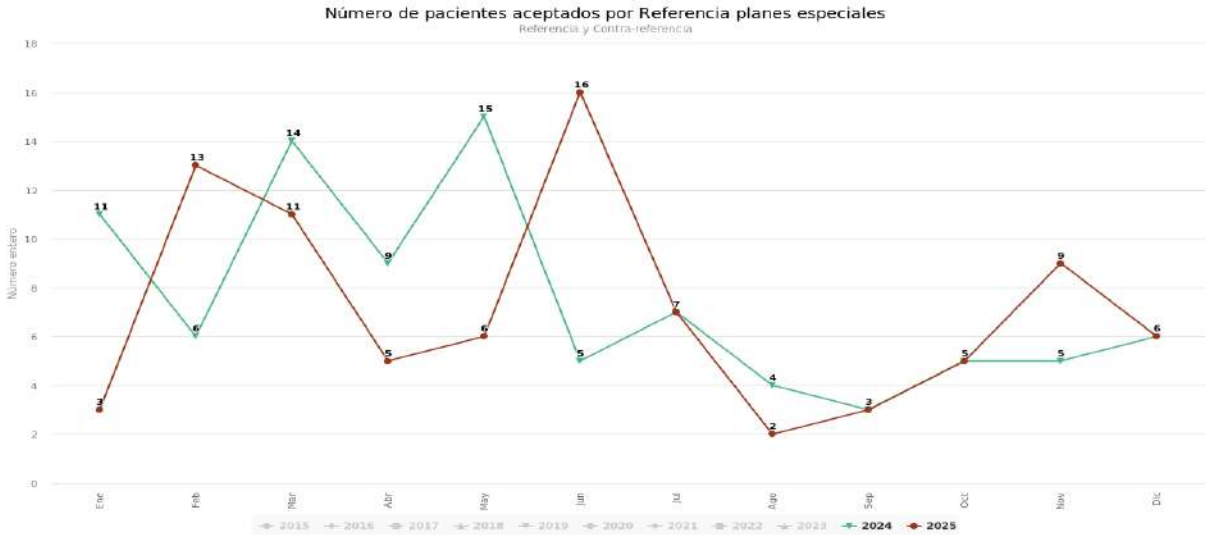
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador nos permite realizar seguimiento y comparación entre el número de pacientes aceptados referencia y el número de pacientes que ingresa efectivamente a la institución.

El mayor número de pacientes aceptados e ingresos efectivos es de la EPS Salud Total.

Los pacientes del PBS que han sido aceptados y no aceptan traslado es principalmente por distancia entre el domicilio y la Clínica o porque son de fuera de la ciudad.

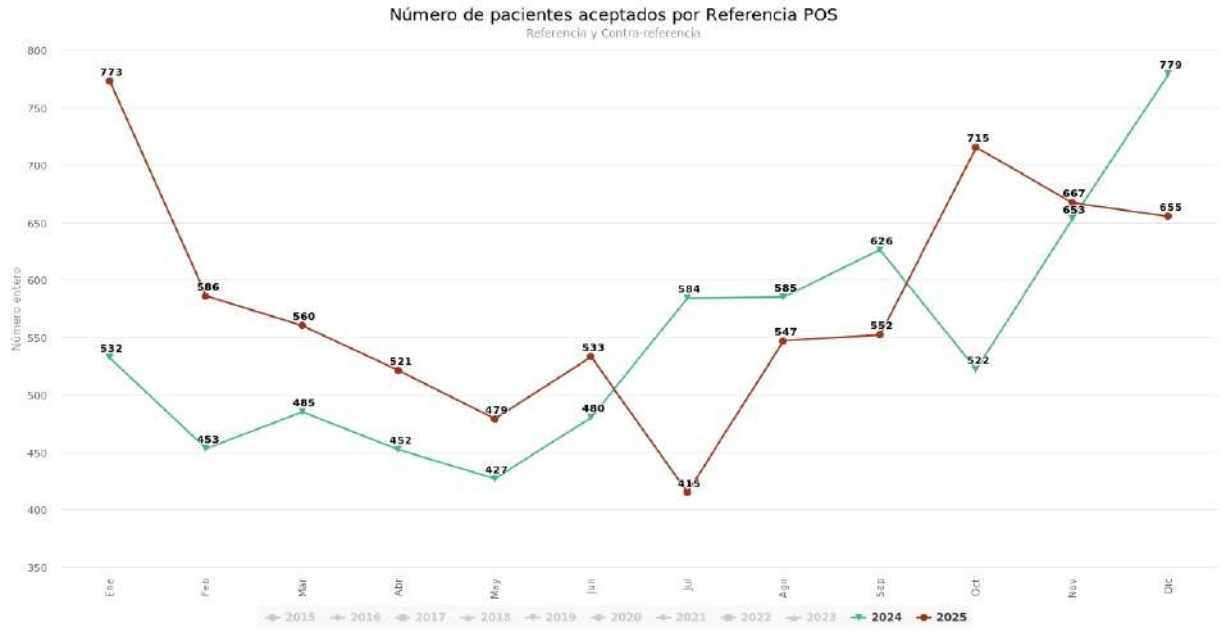
Comparando el año 2024 con el año 2025 se observa un crecimiento del 10%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador nos permite realizar seguimiento a los pacientes aceptados de planes especiales (medicina prepagada, pólizas, pacientes con planes complementarios) con convenio institucional.

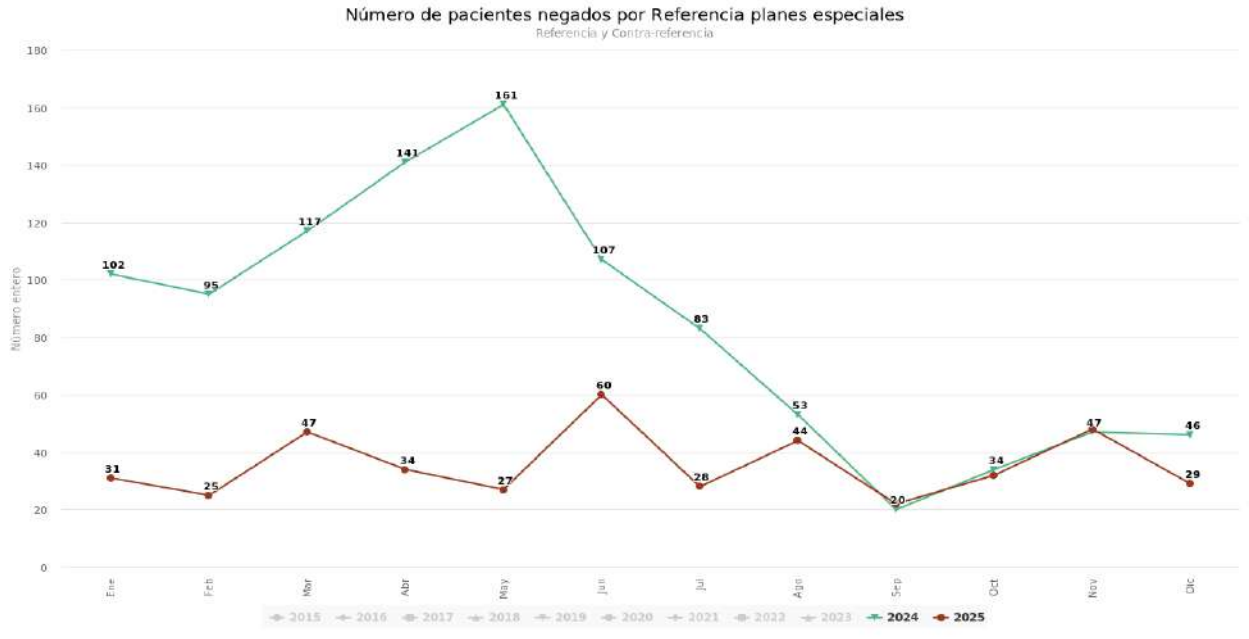
Comparando el año 2024 con el año 2025 observamos una leve disminución en la curva, nuestras principales razones para no aceptación, son dificultades administrativas, por no convenios con aseguradores de PBS como Famisanar, Sanitas, Nueva EPS, Compensar, otra de las razones son especialidades no ofertadas o no disponibilidad de equipo tecnológico para estudios diagnósticos con los que no contamos en la institución como las resonancias bajo sedación, Endo sonografías, electromiografías, ECMO , entre otras.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador nos permite realizar seguimiento a los pacientes aceptados por referencia, con cobertura por el PBS

Comparando el año 2024 con el año 2025 observamos una leve disminución en la curva, justificada en la disminución de aceptación de pacientes a través de referencia por el aumento en el volumen de pacientes que ingresan a la institución por sus propios medios, ingresando por el servicio de urgencias o por el servicio de salas de cirugía, adicional a los pacientes que ingresan por UCI y en su recuperación necesitan continuar hospitalizados.



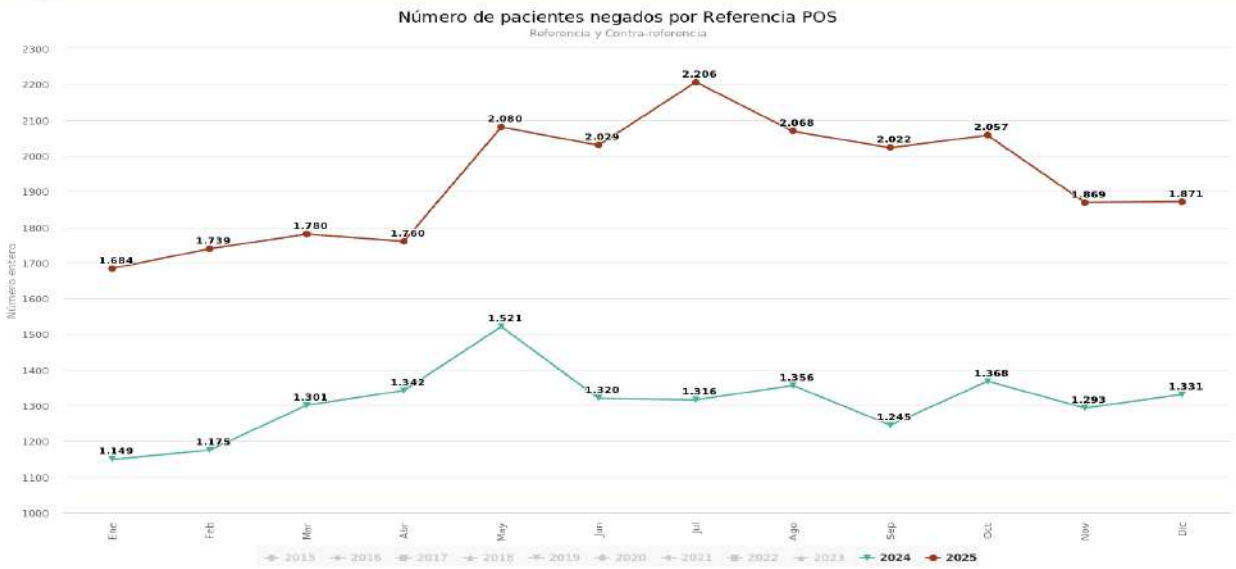
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador nos permite realizar seguimiento a los pacientes negados o no aceptados de planes especiales (medicina prepagada, pólizas, pacientes con planes complementarios) con convenio institucional.

Las principales razones para negación de pacientes de planes especiales o medicina prepagada son por no oferta de la especialidad solicitada, especialmente especialidades como pediatría y sus subespecialidades, gineco-obstetricia, psiquiatría, unidad de salud mental, los pacientes que presentan en remisión para estudios diagnósticos con los que no contamos en la institución como las resonancias bajo sedación, endosonografías, electromiografías y otros, así mismo por no disponibilidad de camas, posoperatorio de otra institución, o por dificultades administrativas por periodo de carencia o periodo de preexistencia, o por la cobertura ofrecida del PAC.

Al no tener la cobertura del plan especial, su cubrimiento queda por el PBS del paciente, siendo importante que la EPS tenga convenio institucional de prestación de servicios de salud para sus afiliados, algunas aseguradoras muy comunes sin convenio con la clínica son: Famisanar, Sanitas, Nueva EPS, Compensar.

Al comparar el año 2024, con el año 2025 observamos un decrecimiento de la curva, con unos datos de disminución de negación del 57%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

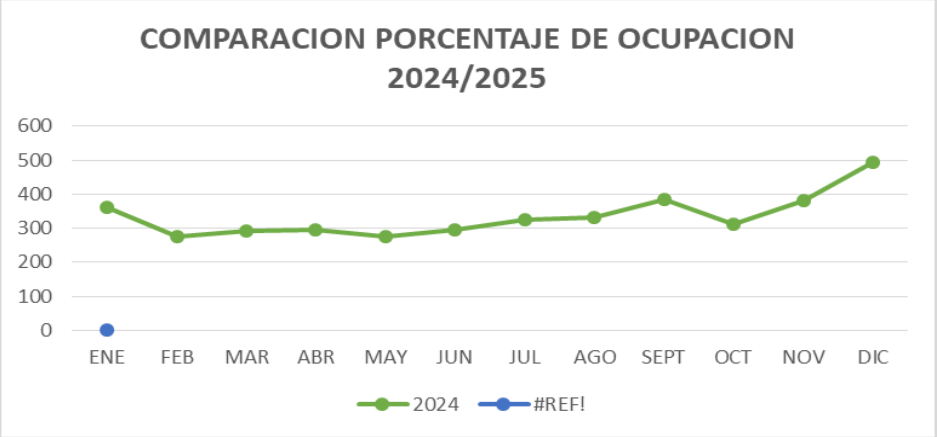
Este indicador nos permite realizar seguimiento a los pacientes negados o no aceptados por referencia, con cobertura por el PBS.

Las no aceptaciones están fundamentadas en criterios, como son: criterio médico, no disponibilidad en camas de aislamiento, no disponibilidad de camas en el servicio de urgencias, no disponibilidad de camas en UCIA o UCII, no disponibilidad de la especialidad y otras razones administrativas.

Comparando el año 2024 con el año 2025 observamos un incremento marcado en la curva. Mostrando en el año 2025 un aumento del 49.6%

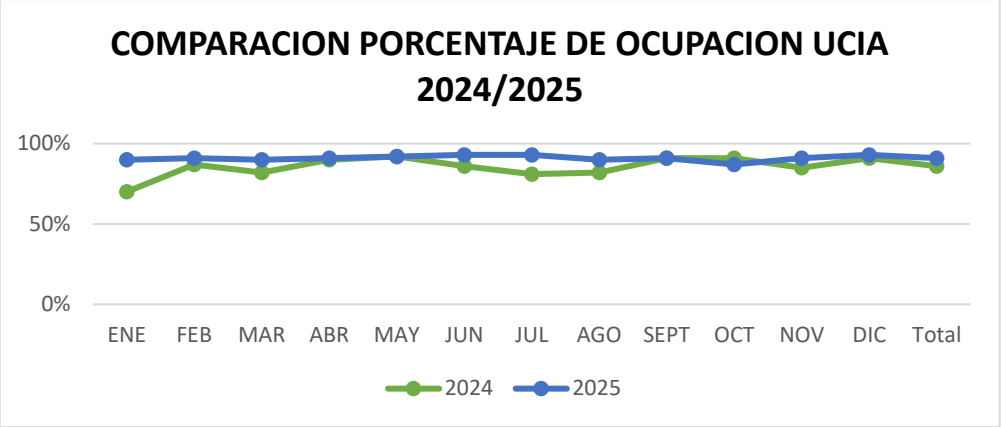
COMPARACIÓN PORCENTAJE DE OCUPACIÓN HOSPITALIZACIÓN 2024/2025

AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	Total
2024	87%	93%	91%	94%	94%	94%	93%	93%	95%	95%	95%	87%	93%
2025	89%	95%	94%	92%	97%	96%	95%	95%	95%	92%	92%	96%	94%



Fuente: Sistema de información BISA

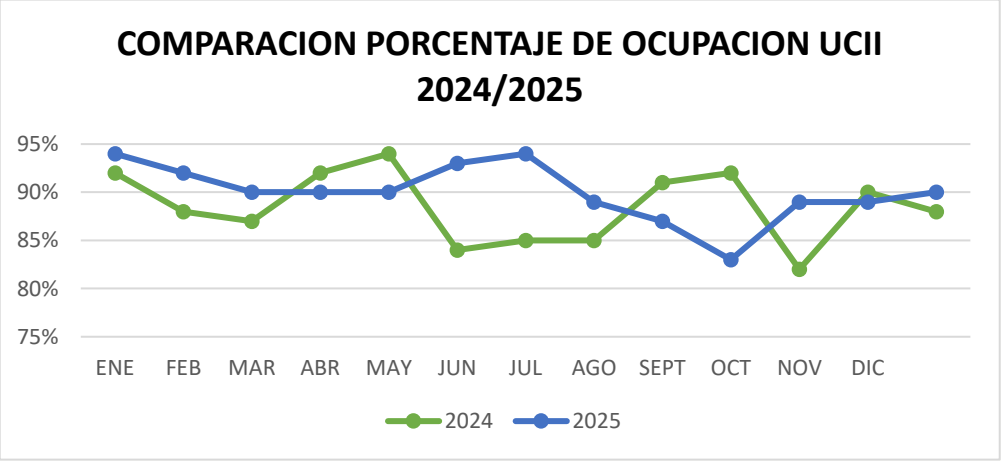
En comparación 2024/2025, se observa un leve aumento en la ocupación de hospitalización



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	Total
2024	70%	87%	82%	90%	92%	86%	81%	82%	91%	91%	85%	91%	86%
2025	90%	91%	90%	91%	92%	93%	93%	90%	91%	87%	91%	93%	91%

Fuente: Sistema de información BISA

Al revisar el indicador y comparar el año 2024/2025, se observa un aumento de 4% en la ocupación de la Unidad de cuidado intensivo.



	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	
2024	92%	88%	87%	92%	94%	84%	85%	85%	91%	92%	82%	90%	88%
2025	94%	92%	90%	90%	90%	93%	94%	89%	87%	83%	89%	89%	90%

Fuente: Sistema de información BISA.

Vigilado Supersalud

Al revisar el indicador y comparar el año 2024/2025, se observa un aumento de 2% en la ocupación de la Unidad de cuidado intensivo.

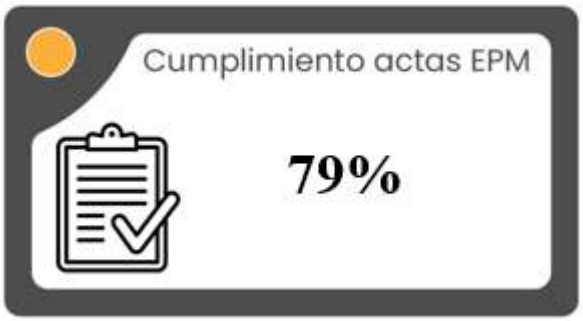
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	Total
2024	363	275	291	294	274	297	324	333	383	313	380	493	4020
2025	473	360	326	327	303	335	246	313	340	415	407	361	4206

Fuente: Sistema de información BISA

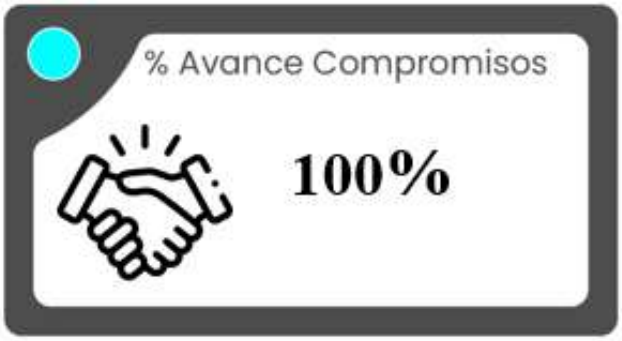
7. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.



Avance de Compromisos.



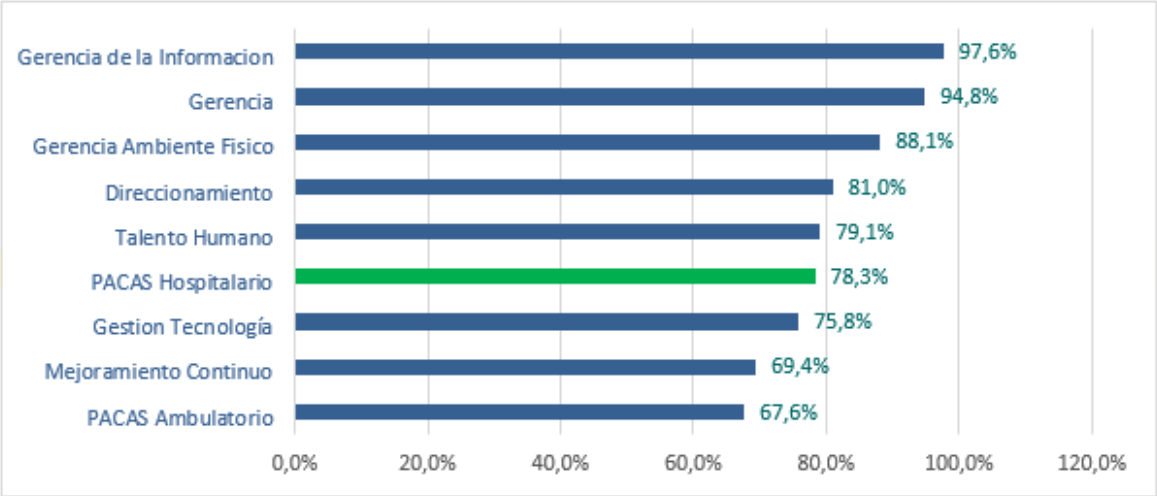
Indicadores.

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Vigilado Supersalud

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS hospitalario arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

8. LECCIONES APRENDIDAS

- El registro oportuno en el sistema Almera de la gestión realizada, nos permite realizar un análisis de causas que afectan nuestros indicadores e iniciar acciones de mejora oportunas
- La generación de nuevas métricas e indicadores para el proceso de referencia y admisiones ha permitido una mejor toma de decisiones con base en resultados, permitiéndonos evidenciar desviaciones en el proceso.
- El personal de admisiones tiene una rotación importante, lo que genera que requiera una supervisión y retroalimentación constante, algunos porque definen irse a otra institución, otros porque se presentan para iniciar plan carrera para áreas como cajas o facturación por una mejor remuneración económica.
- Los cargos de supervisión idealmente deben ser reemplazados por personal antiguo, el cual tenga adherencia a los valores y cultura institucionales, facilitando así guiar al equipo de trabajo.
- Se debe establecer un protocolo de atención al paciente particular, el cual debe tener un responsable por área para garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y trato diferencial para el paciente y su familia. Así mismo disponer de una persona de facturación quien aclare y brinde la información del estado de la cuenta, al ser requerida por el paciente y/o su familia.
    - Desde el área de convenios se debe tener una disponibilidad, los 7 días a la semana, para realización de cotizaciones requeridas para la prestación de servicio y brindarle información al paciente de los costos, así mismo

debemos cumplir con los tiempos de parametrización y cargue a la factura de los insumos especiales no parametrizados.

- Junto con el área de facturación debemos realizar revisión a las novedades expuestas por copagos.

9. PROYECTOS 2026:

- Junto con el área de sistemas desarrollar una aplicación para seguimiento de asignación de camas, incluido medición de tiempos. (Click de egreso hospitalario, cargue completo al sistema, entrega de paz y salvo, egreso, desinfección. Asignación de cama, traslado de paciente)
- Junto con el área de sistemas desarrollar una forma eficiente de medir tiempos desde la generación de una orden médica para procedimientos quirúrgicos, no quirúrgicos, hospitalizaciones hasta la generación de la autorización o direccionamiento de la aseguradora.
- Desarrollar estrategias para fidelizar el cliente interno y el cliente externo a la Clínica
- Junto con la aseguradora Salud total generar estrategias para agilizar las citas extrainstitucionales, los egresos por alta temprana.
- Optimizar al personal de admisiones para generar un seguimiento conjunto de urgencias y observación, agilizando así los procesos para el paciente y el personal asistencial.

ENFERMERÍA

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Cumplimiento del programa anual de capacitaciones: Se alcanzó un 92.5 % de cumplimiento del programa anual de capacitaciones del personal de enfermería, realizado en conjunto con Medical Talento. Las capacitaciones incluyeron protocolos institucionales y cursos en plataforma, enfocados en temas específicos de las unidades funcionales, con el objetivo de fortalecer las prácticas de cuidado y consolidar habilidades en procedimientos clínicos.
- Creación del grupo de investigación NogScience: El 5 de mayo de 2025 se aprobó oficialmente el grupo de investigación NogScience, cuyo objetivo es contribuir al desarrollo científico y académico del cuidado de la salud humana en Colombia.
- Lista de verificación de barreras de seguridad: Se implementó una lista de verificación para el acompañamiento en gestión del riesgo y seguridad del paciente, evaluando aspectos como administración segura de medicamentos, riesgo de caídas y lesiones en piel. Para 2025, esta actividad se articuló con la participación de líderes de enfermería en el cronograma anual de jornadas académicas y comités primarios.
- Actualización de formatos clínicos y educativos: Se realizaron ajustes al formato tarjeta de medicamentos y Kardex de enfermería, promoviendo una valoración integral del paciente. Asimismo, se ajustó el formato de educación al paciente, con el objetivo de fortalecer la transferencia de cuidados y las intervenciones basadas en los planes de enfermería.
- Ajuste y medición del modelo de enfermería: Se identificó la necesidad de ajustar y ampliar la medición del modelo de enfermería, solicitando cambios en los indicadores y aumentando la cobertura con verificación en servicios de hospitalización, urgencias y UCI, con el fin de asegurar una evaluación más completa y precisa del desempeño del personal.

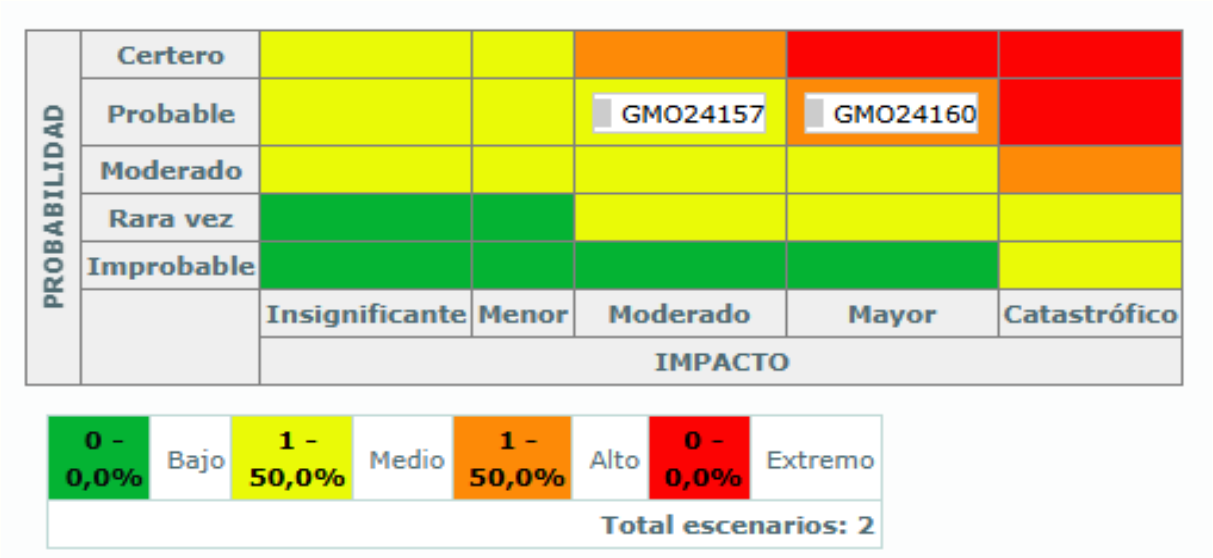
2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
creación de grupo de investigación	Evaluar las prácticas de cuidado actuales y su impacto en los resultados en salud.	100%	2 de mayo 2025	la creación del grupo de investigación
realización de plantillas necesarias para la sistematización de la historia clínica y manejo del	implementar planillas estandarizadas que unifiquen la información asistencial de la continuidad del	100%	noviembre 2025	Definir plantilla estandarizadas generan mejor continuidad en la atención e identificación de necesidades

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
sistema de gestión de calidad	cuidado y optimice la trazabilidad de los procesos de enfermería			
creación de plan de atención de enfermería en software se historia Clínica	estandarizar un plan de atención de enfermería que fortalecer identificación de necesidades u intervenciones de acuerdo con la clínica del paciente	30%	1 de marzo 2026	Generar planes de cuidado de acuerdo con intervenciones definidas brida resolutivita en la Clínica de paciente

3. GESTIÓN DEL RIESGO



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

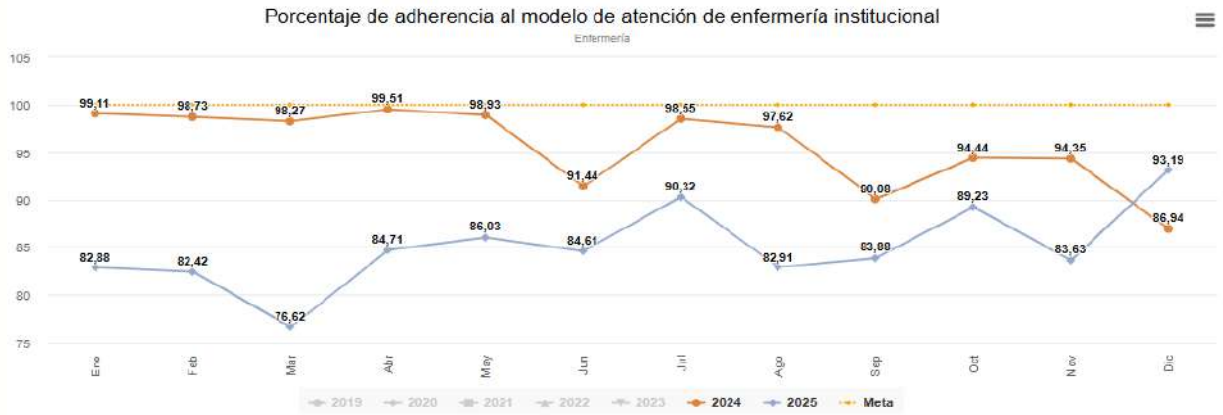
Desde el proceso de enfermería se encuentra identificados dos riesgos

En cuanto a la probabilidad de afectación en los resultados de seguridad del paciente por la inadecuada gestión desde el rol de coordinación asistencias de enfermería se establecieron controles de acuerdo con las brechas identificadas con la adherencia a protocolos, la oportunidad en la supervisión y seguimiento de indicadores de eventos con el fin de generar estrategias y planes de mejora que mitigue la materialización de los riesgos.

En cuanto a Probabilidad de afectación en la seguridad y resultados en el paciente por desviación en protocolos institucionales relacionados con el modelo de atención de

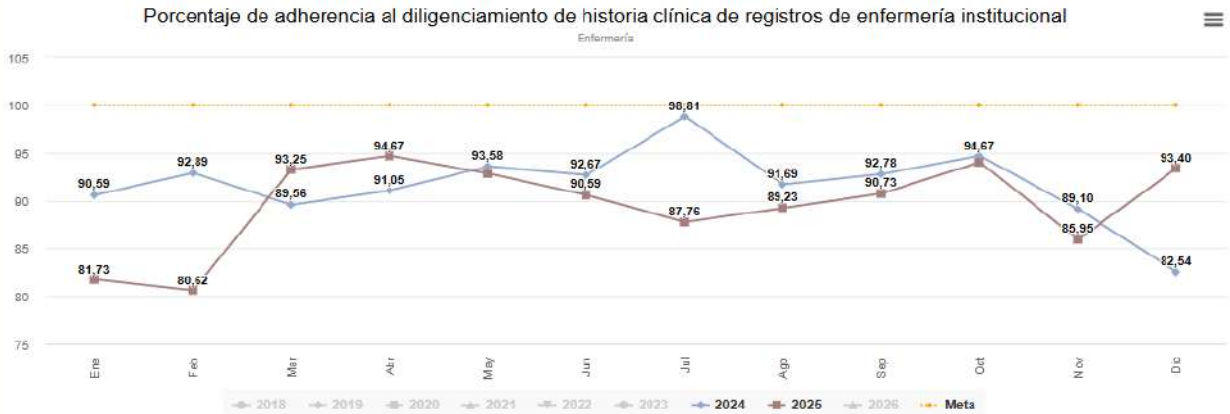
enfermería. Se realizaron citaciones puntuales de los análisis con el involucramiento de la personal asistencia con el fin de verificar brechas y generar planes de mejora que impacten en la atención del paciente.

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024, el cumplimiento del Modelo de Atención de Enfermería fue del 95.67 %, mientras que en 2025 descendió a 85.03 %, evidenciando una disminución de 10.64 puntos porcentuales. Esta variación refleja un impacto negativo lo hace necesario fortalecer la capacitación, supervisión y seguimiento del cumplimiento del PAE para mejorar los resultados y garantizar una atención de enfermería segura y de calidad.

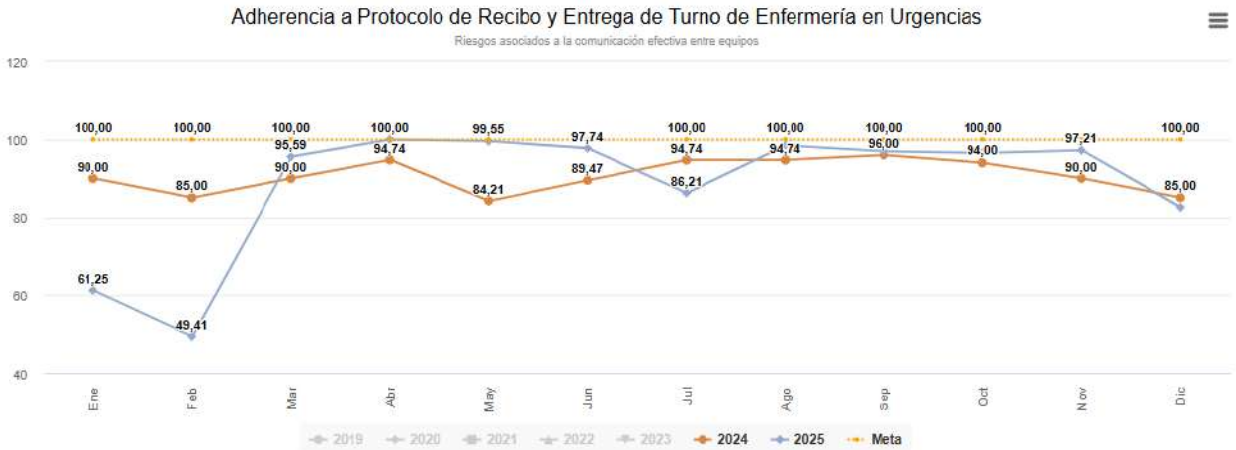


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidenció un cumplimiento del 91.66 % en el año 2024, disminuyendo a 89.56 % en el año 2025, lo que representa una variación negativa de 2.10 puntos porcentuales. Si bien el resultado se mantiene dentro de un nivel aceptable, por tal motivo se fortalecerá el cumplimiento del registro de enfermería mediante estrategias de capacitación continua y estandarizada, acompañadas de un seguimiento sistemático y supervisión permanente.

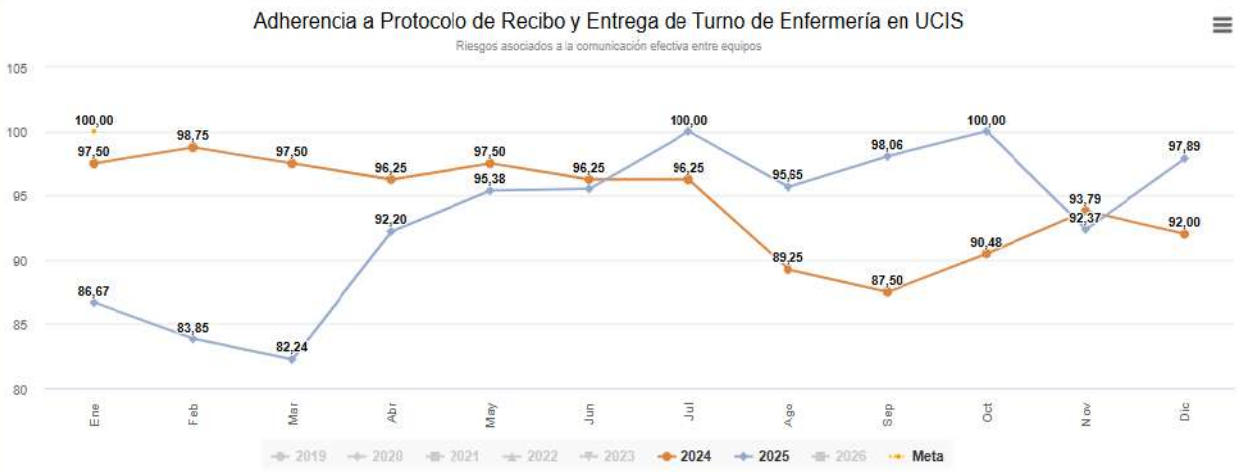
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencio un cumplimiento del 95.06 % en el año 2024, con un aumento favorable a 97.28 % en el año 2025, lo que representa una mejora de 2.22 puntos porcentuales. Este resultado evidencia un fortalecimiento en la continuidad del cuidado y en la seguridad del paciente, lo que refleja una mayor estandarización del proceso de comunicación durante el cambio de turno, así como un compromiso del personal de enfermería con el cumplimiento de los lineamientos establecidos. Un recibo y entrega de turno adecuados permiten la transmisión oportuna y completa de la información clínica relevante, reduciendo el riesgo de eventos adversos.



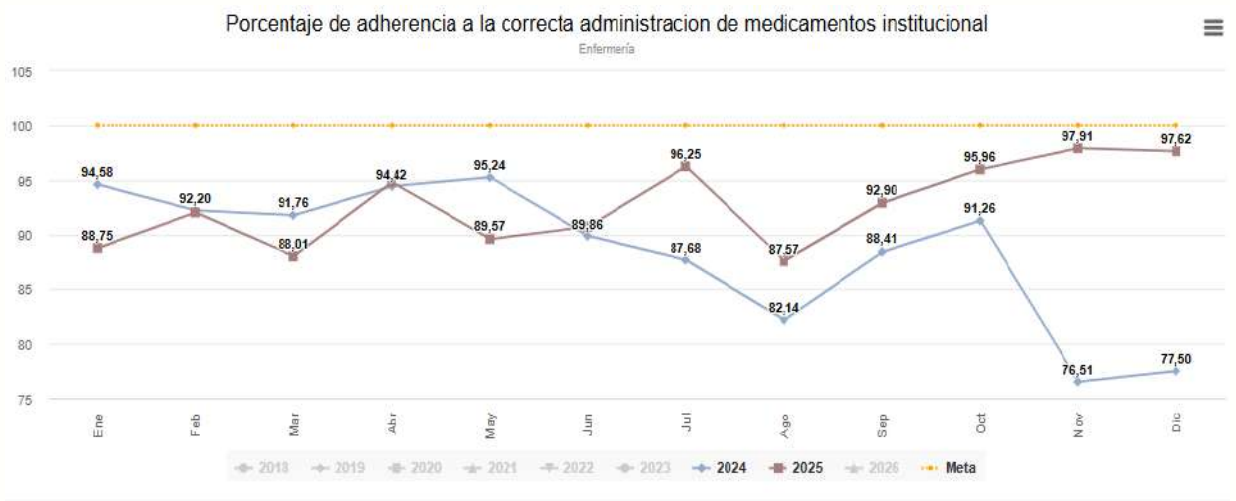
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencio un cumplimiento del 90.66 % en el año 2024, disminuyendo a 88.45 % en el año 2025, lo que representa una variación de 2.21 puntos porcentuales. Este resultado evidencia una disminución en la adherencia al proceso establecido por tal motivo se generan estrategias de fortalecimiento en la comunicación, el refuerzo de la supervisión y el seguimiento continuo, con el fin de asegurar la transmisión oportuna y completa de la información clínica y garantizar una atención segura y de calidad.



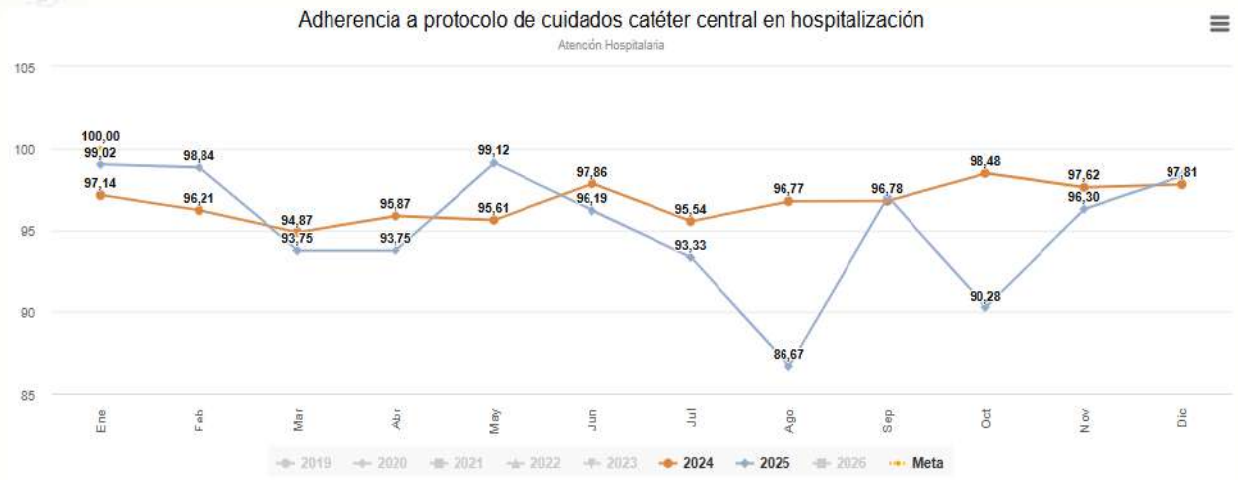
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se presentó un cumplimiento del 94.42 % en el año 2024, disminuyendo a 93.32 % en el año 2025, lo que representa una variación de 1.10 puntos porcentuales. A pesar de mantenerse en un nivel alto de cumplimiento, se evidencia una leve disminución en la adherencia al proceso establecido. Dada la complejidad clínica de los pacientes una adecuada entrega y recibo de turno resulta fundamental para garantizar la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente.



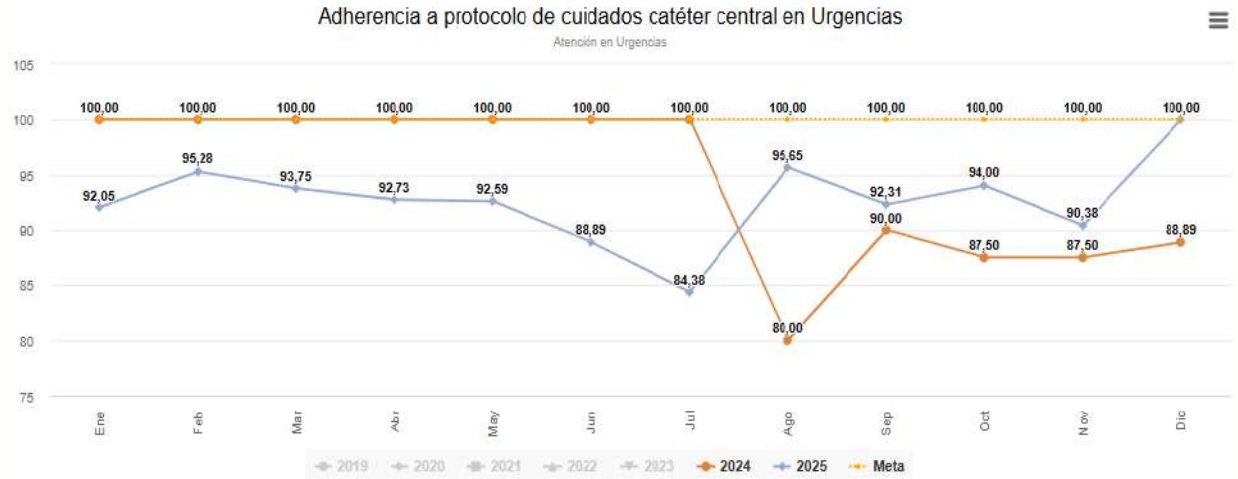
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidenció un cumplimiento del 88.46 % en el año 2024, incrementándose a 92.67 % en el año 2025, lo que representa una mejora de 4.21 puntos porcentuales. Este resultado refleja un avance significativo en el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la administración segura de medicamentos, reflejado en la adherencia del personal de enfermería a los principios de seguridad en la administración de medicamentos, contribuyendo a la reducción de errores y al fortalecimiento de la seguridad del paciente. Asimismo, evidencia el impacto positivo de las estrategias implementadas, como la estandarización de procesos, la capacitación y el seguimiento continuo.



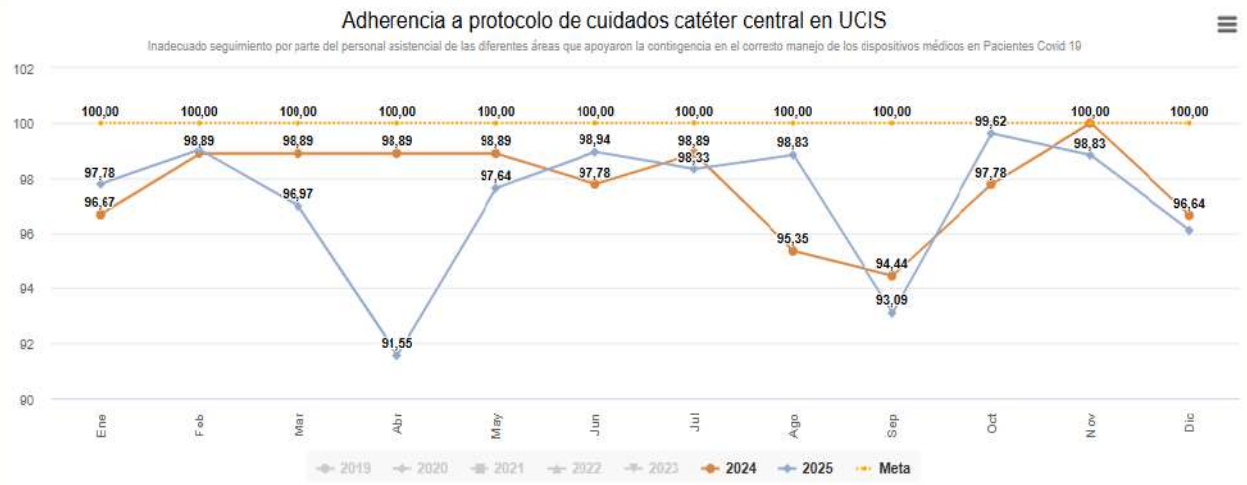
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencio un cumplimiento del 96.71 % en el año 2024, disminuyendo a 95.22 % en el año 2025, lo que representa una reducción de 1.49 puntos porcentuales, a pesar de la ligera disminución, el indicador se mantiene en un nivel alto, reflejando que el personal de enfermería continúa aplicando de manera consistente los protocolos establecidos, lo que contribuye a minimizar riesgos de infecciones asociadas al catéter y garantizar la seguridad del paciente.



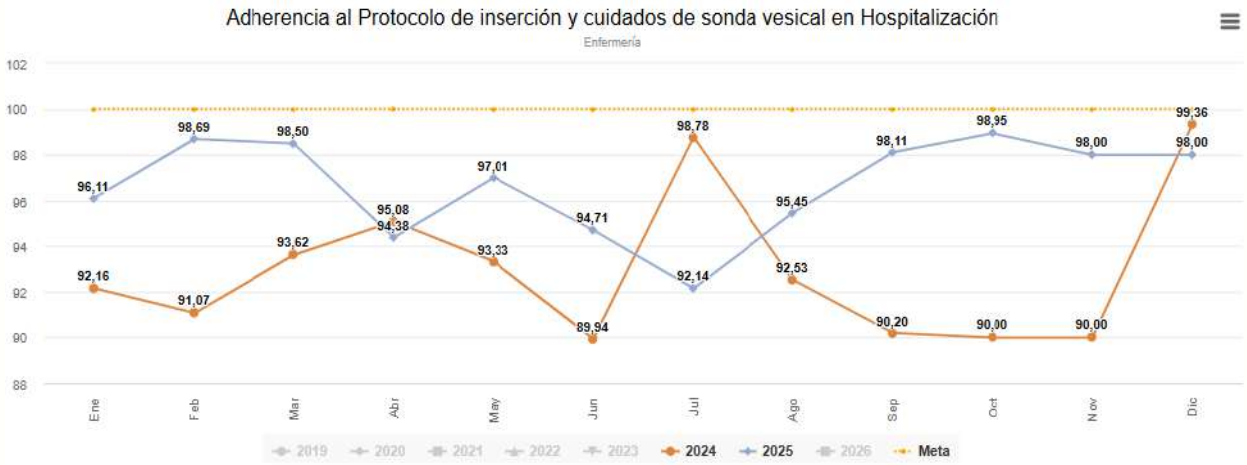
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencio un cumplimiento del 94.49 % en el año 2024, disminuyendo a 92.67 % en el año 2025, lo que representa una reducción de 1.82 puntos porcentuales, Aunque se mantiene un nivel de cumplimiento alto, la disminución indica oportunidades de mejora en la aplicación consistente del protocolo, especialmente considerando la alta rotación y la complejidad clínica propia del servicio de urgencias, donde la correcta manipulación de catéteres centrales es crítica para prevenir infecciones y garantizar la seguridad del paciente.



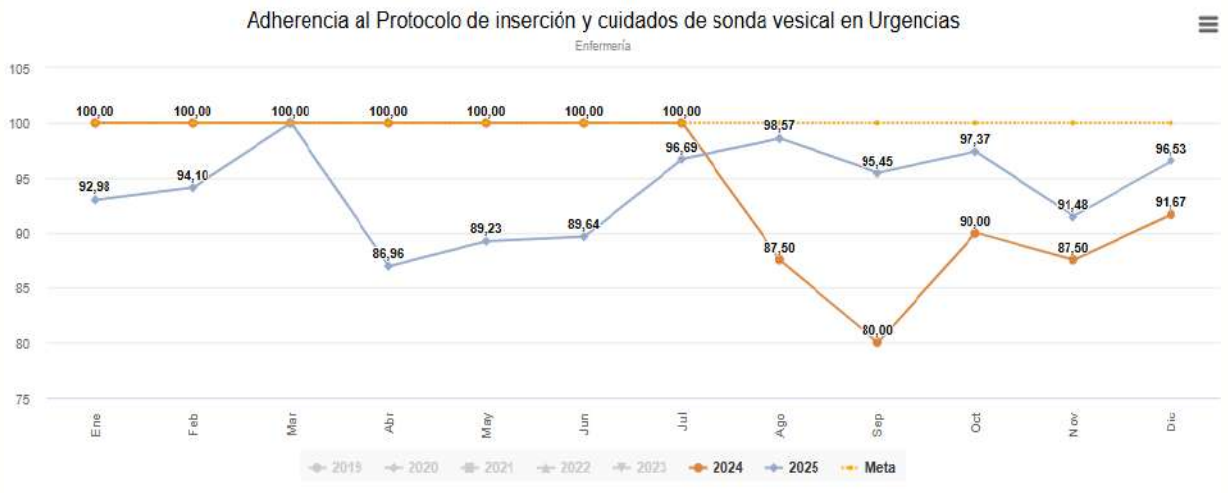
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencio un cumplimiento del 97.76 % en 2024, disminuyendo ligeramente a 97.23 % en 2025, lo que representa una reducción de 0.53 puntos porcentuales A pesar de esta ligera disminución, el indicador se mantiene en un nivel óptimo, reflejando que el personal de enfermería continúa aplicando de manera consistente los protocolos establecidos. Esto contribuye a minimizar riesgos de infecciones asociadas al catéter central y garantizar la seguridad de los pacientes críticos.



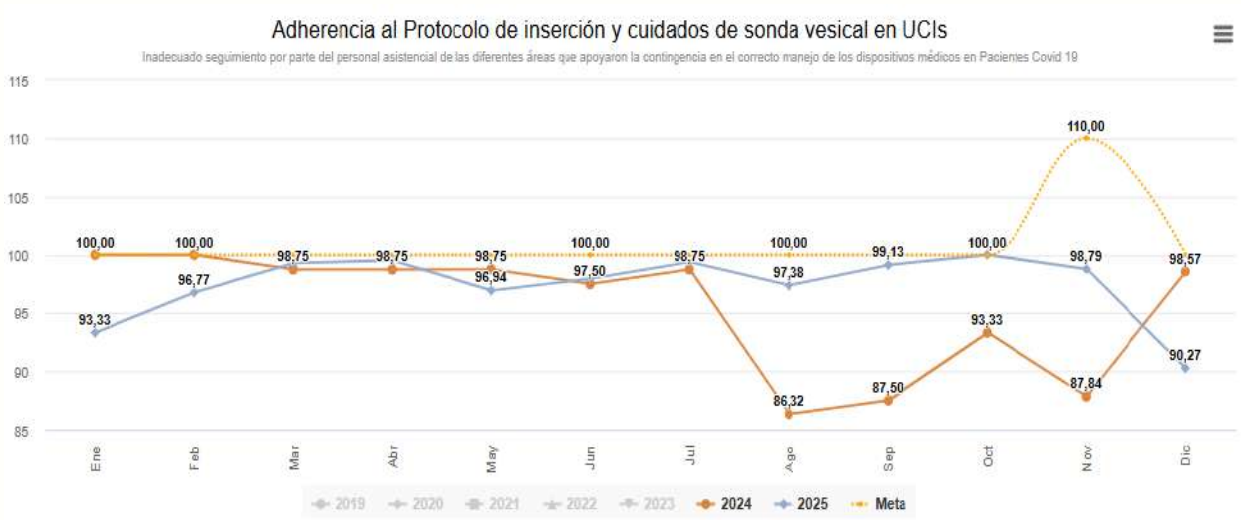
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencio un cumplimiento del 93.01 % en 2024, incrementándose a 96.67 % en 2025, lo que representa una mejora de 3.66 puntos porcentuales. Este incremento evidencia un fortalecimiento en la aplicación de los protocolos por parte del personal de enfermería, contribuyendo a la reducción de riesgos de infecciones asociadas a la sonda vesical y al fortalecimiento de la seguridad del paciente.



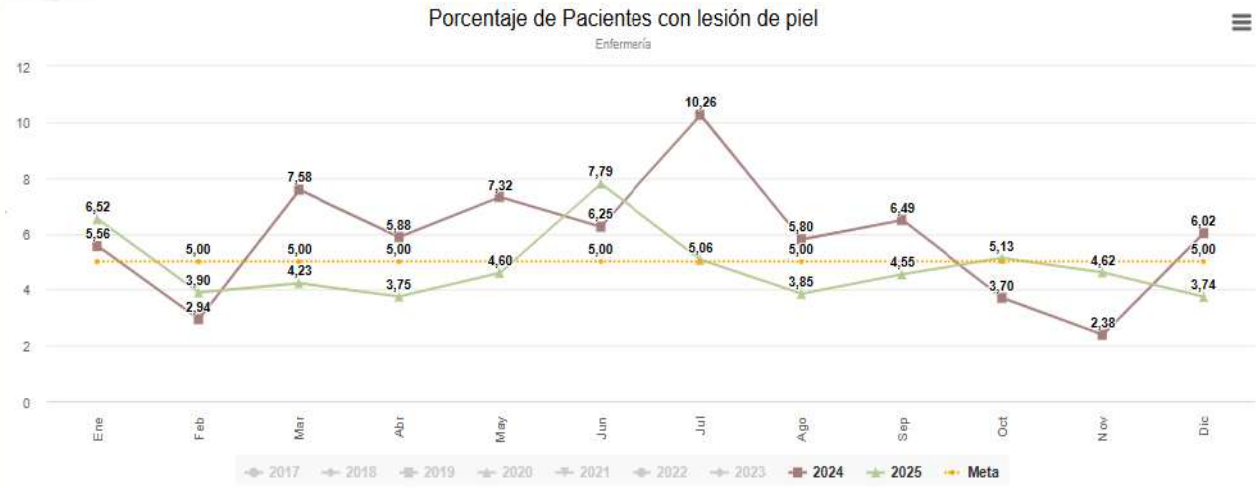
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencio un cumplimiento del 94.72 % en 2024, disminuyendo ligeramente a 94.08 % en 2025, lo que representa una reducción de 0.64 puntos porcentuales, aunque se mantiene en un nivel alto, la leve disminución sugiere la necesidad de reforzar la aplicación consistente del protocolo por medio de estrategias de capacitación continua y evaluación de estas.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencio un cumplimiento del 95.50 % en 2024, aumentando a 97.40 % en 2025, lo que representa una mejora de 1.90 puntos porcentuales. Este incremento evidencia un fortalecimiento en la aplicación del protocolo por parte del personal de enfermería, contribuyendo a la prevención de infecciones asociadas a la sonda vesical y a la seguridad del paciente crítico.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencio un cumplimiento de 5.85 % en el año 2024, disminuyendo a 4.81 % en el año 2025, lo que representa una mejora de 1.04 puntos porcentuales, esta disminución refleja efectividad en las intervenciones de prevención y cuidado de la piel por parte del personal de enfermería, incluyendo valoración continua, cambios posturales, uso de dispositivos de protección y seguimiento sistemático de pacientes en riesgo.

5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Fuente: Reporte consolidado encuesta Xcustomer

Un cumplimiento del 98.2 % en 2024, disminuyendo levemente a 97.5 % en 2025, lo que representa una reducción de 0.7 puntos porcentuales. A pesar de esta ligera disminución, el resultado se mantiene altamente satisfactorio, reflejando un alto nivel de percepción positiva sobre la calidad del cuidado, la atención y la comunicación del personal de enfermería.

Las principales razones reportadas para no tener una buena experiencia son actitud, empatía y calidez del personal y la claridad de la comunicación por lo que evidencia en el comparativo entre el 2024 y 2025, se hace necesario priorizar la estrategia de cuidado y capacitación en el fortalecimiento de habilidades blandas.

6. INDICADORES DE CULTURA:

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencio un cumplimiento de 0.37 **%** en el año 2024, disminuyendo a 0.19 % en el año 2025, lo que representa una reducción de 0.18 puntos porcentuales, esta disminución refleja mejor estabilidad laboral del equipo de enfermería, lo que favorece la continuidad del cuidado, el fortalecimiento de competencias y la calidad en la atención al paciente.

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Fuente: Informe talento humano

En 2025, el resultado general del clima organizacional en el área de Enfermería fue de 71,06, situándose en la zona de confianza, con una disminución mínima de 0,08 puntos respecto a 2024.Se observan comportamientos heterogéneo y muestran mejoras significativas Esto refleja un clima laboral aceptable en términos globales, aunque con oportunidades de mejora fortaleciendo acciones focalizadas para consolidar la

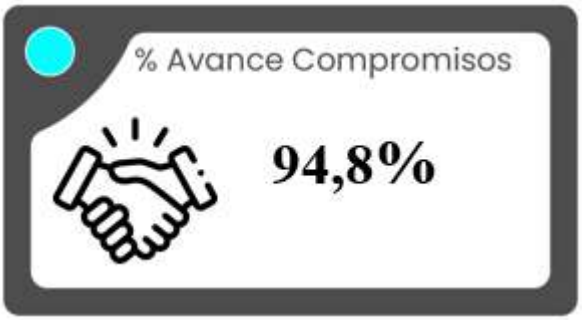
satisfacción, el compromiso y la motivación del personal de Enfermería, garantizando un entorno laboral más uniforme y positivo.

7. INDICADORES MEJORAMIENTO

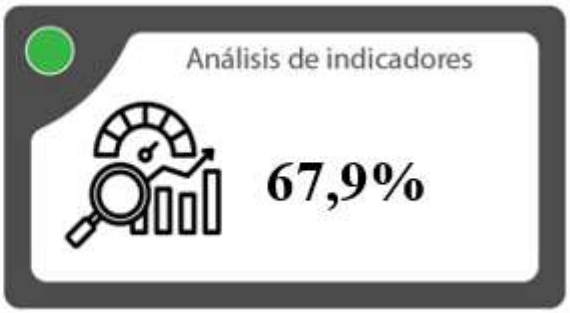
A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.

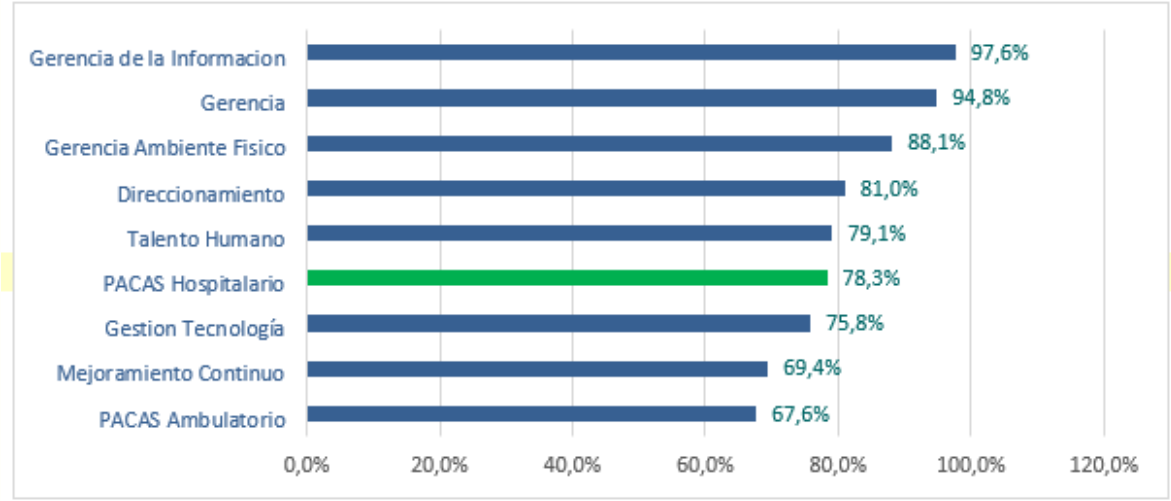


Indicadores.



Plan Único de Mejoramiento Institucional – **PUMI.**

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS hospitalario arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- La comunicación efectiva es un determinante crítico de la seguridad del paciente y afecta la continuidad en la atención de nuestros pacientes, por tal motivo, la adherencia al recibo y entrega de turno se trabajará continuamente mediante estrategias que brinden interese en los colaboradores e impacte en la atención del paciente y familia.
- La supervisión activa y cercana permite detectar riesgos antes de que se materialicen, esto dado por el fortalecimiento del rol de enfermería en cada servicio mejora la identificación de brechas en los procesos asistenciales.

- La capacitación continua es indispensable para sostener la calidad del cuidado por tal motivo se trabajó en diseños nuevos de inducción de acuerdo con la rotación de personal basado en las brechas encontradas en las evaluaciones generando planes de mejora en competencias específicas
- La cultura de reporte impulsa la mejora continua brindar las herramientas que promuevan un ambiente de responsabilidad y la identificación de riesgos oportuno

10. PROYECTOS 2026:

- Fortalecimiento y despliegue de modelo de atención de enfermería en todas las unidades funcionales.
- Articulación de modelo asistencial con modelo de atención de enfermería.
- Fortalecer la adherencia a protocolo de recibo y entrega de turno en el 100% de los colaboradores.
- Plan de capacitación en conjunto con Medicall talento humano.
- Fortalecimiento del rol de enfermería y fidelización a la familia Nogales.
- Aumento de cultura de reporte de riesgos y seguridad de paciente.

Vigilado Supersalud

EDUCACIÓN

1. PRINCIPALES LOGROS:

Dentro de los principales logros de Educación continua, en el año 2025, se implementó exitosamente el programa de inducción para el personal de enfermería y camilleros, cubriendo las fases específicas, enfocadas en distintos conocimientos necesarios sobre su labor, en la primera fase el colaborador cursa la inducción institucional realizando el curso en la plataforma Unitotal virtual, posteriormente participando de la bienvenida institucional presencial, residiendo así capacitación en los diferentes programas políticas, lineamientos y estrategias transversales de la institución, también según necesidad identificada en el mes de septiembre 2025, Unitotal se renueva mejorando las herramientas que permiten el desarrollo personal y profesional; en la segunda fase el personal de enfermería y camilleros realiza la lectura y revisión de los documentos institucionales y una evaluación, brindando así las herramientas necesarias para la tercera fase que comprende la inducción al puesto de trabajo.

Dentro del cronograma de capacitación anual se da cumplimiento con la programación de las jornadas académicas institucionales, abordando temas de prioridad y seguridad asistencial, así mismo se realizan otras 230 acciones de capacitación en el transcurso del año 2025, en las que se incluye no sola al personal de enfermería, si no a diferentes áreas y perfiles, abordando personal médicos, tercerizados y administrativos.

Como soporte educativo e innovación digital se crea el Blog Educativo para Colaboradores con el fin de tener forma accesible un repositorio de protocolos y actualizaciones técnicas y temas abordados en las jornadas académicas, para el 2026 se plantea el lanzamiento e inicio de utilización de este.

En la línea de acción del convenio docencia servicio, se consolidó la estructura organizacional del convenio, asegurando la alineación con los estándares de habilitación vigentes.

- Se ejecutó el 100% de las jornadas de inducción institucional para estudiantes y docentes, garantizando el conocimiento de los protocolos de seguridad del paciente, gestión del servicio control de infecciones y la socialización de los anexos técnicos según aplicara a la rotación.

Se realiza la creación y gestión de la matriz docencia-servicio: Esta matriz se crea como herramienta para la gestión integral de la relación docencia servicio, lo que permite evidencias los estudiantes presentados por la IES, tener el control de ingresos a la clínica y realizar los cálculos de capacidad instalada de cada uno de los servicios.

- También se realiza la actualización y cumplimiento de los compromisos de contraprestación (económica o en especie), del 100% de las IES con las que actualmente se tiene el convenio: (FUCS, U. Rosario, U. Bosque, U. Nacional y

Vigilado Supersalud

FABA), la contraprestación queda al día hasta el primer semestre 2025 dando el cierre de los semestres realizados. El segundo semestre del 2025 se valida y consolidad en proceso de verificación y facturación en los primeros meses del año 2026.

Dando cumplimiento al decreto 2076 del 2010, se realizan los Comités Docencia-Servicio espacio donde se monitorea la calidad de la práctica formativa según calendario anual, como resultados se obtiene:

- Fortalecimiento del diligenciamiento de la encuesta de satisfacción, obteniendo una base de datos representativa para planes de mejora, la cual se en El indicador aumentó en 0.83 puntos, lo que representa un incremento del 23.71% respecto a su año anterior.
- Gestión Documental: Actualizar la documentación relativa a convenios, vigencia de convenios, actualización y creación de anexos técnicos, delegación progresiva y cupos por capacidad instalada.
- Organización de Personal en formación referente a:

    - Carnetización: Para proveer a los estudiantes en rotación un carné institucional que los identifique como parte del programa de docencia-servicio.
    - Capacitación al personal de seguridad y gestión del servicio para el control de ingresos de estudiantes con carné
    - Organización de la inducción institucional: Se les informa sobre las normas, políticas, programas, gestión del riesgo, seguridad del paciente y control de infecciones de la clínica.
    - Relación con IES: Asegurar la gestión documental para las IES, revisar los parámetros para la rotación del personal en formación.
    - Se implementa por el área de seguridad del paciente el manejo en almera de reporte de eventos en donde estén involucrados estudiantes y se realiza el estudio de caso junto con las IES.

En la relación del número de estudiantes se evidencia incremento en práctica formativa con respecto al año 2024.

Dentro del proceso de promoción y mantenimiento de la salud, durante el segundo semestre del 2025 se desarrolla la actualización del manual del proceso de promoción y mantenimiento de la salud, en el cual se priorizan 4 de las 16 RIAS, se incluyó la una 4 ruta, esto según el perfil de morbilidad institucional y alineado con las MIAS Y RIAS, las rutas que incluye el manual son las siguientes:

Actualización y Priorización de Rutas (RIAS):

- Ruta Presencia del Cáncer**;** Incluye las cohortes de:

Vigilado Supersalud

- Cáncer de mama.
- Cáncer colorrectal.
- Cáncer de cuello uterino.
- Cáncer de próstata
- Unidad trasplante progenitores hematopoyéticos

Se han designado líderes especializados para las cohortes de mayor impacto en salud pública, estos líderes son responsables de mantener el registro actualizado de casos incidentes y de realizar el seguimiento con el objetivo de asegurar la ejecución de intervenciones de prevención secundaria y terciaria, mitigando complicaciones y optimizando la supervivencia del paciente.

Como parte del protocolo de atención humanizada y segura, el programa de oncología realiza una sesión formal de inducción al inicio de la quimioterapia. En este espacio se educa al paciente sobre el proceso terapéutico, manejo de efectos adversos y pautas de autocuidado para mejorar la adherencia al tratamiento, lo que garantiza que el 100% de los pacientes que inician el tratamiento de quimioterapia sean educados.

- **Ruta Enfermedades Cardio-cerebrovasculares y Enfermedades Metabólicas,** Incluye los programas de:
  - Atención del Accidente Cerebrovascular (código Stroke)
  - Cirugía Cardiovascular
  - Falla cardiaca

- **Ruta Alteraciones Nutricionales,** incluye el proceso y programa de:
  - Proceso de nutrición
  - Programa de piel sana

- **Ruta Trastornos Mentales y del Comportamiento** (incluyendo uso de SPA y adicciones), el cual es dirigido por el área de Psicología de clínica los nogales.

Así mismo participan en actividades de promoción y mantenimiento de la salud, los programas o procesos de:

- Programa de Artritis Reumatoide
- Programa control de infecciones
- Unidad de dolor
- Proceso egreso seguro
- Proceso de vigilancia epidemiológica

Con los cuales se proyecta un cronograma actividades promoción y mantenimiento de la salud, este se implementó como un calendario anual basado en Días Mundiales de la Salud para organizar 20 actividades específicas, del mes de febrero a diciembre, se crean 8 grupos entre programas y procesos de la clínica, cada grupo se encarga de una

Vigilado Supersalud

actividad y con estas se busca crear mayor conciencia en los pacientes y familias sobre la prevención de enfermedades y la lucha contra enfermedades crónicas.

Como herramientas de Evaluación y Seguimiento:

Se crea encuesta Digital (Xcustomer), con código QR la cual se implementará en a partir de febrero 2026:

- Identificación de género y rango de edad.
- Comprensión y aplicabilidad de la información.
- Satisfacción general con las actividades.
- Comentarios y sugerencias.

Continúa la implementación de los formatos de educación al paciente y familia, para aquellos pacientes que no puedan acceder por el código QR.:

Para pacientes hospitalizados (EN-FO-068)
Para pacientes ambulatorios (EN-FO-096)

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Programa de inducción para el personal de enfermería y camilleros	Estandarizar el programa de inducción corporativa para el personal de enfermería y camilleros de la Clínica Los Nogales mediante la implementación de unas fases específicas, las cuales están enfocadas en distintos conocimientos necesarios sobre su labor.	100%	Febrero 2025	La creación e implementación del proceso de inducción permite generar organización en el ingreso del colaborador y garantizar la previa revisión de protocolos antes del inicio de las labores, lo que permite que el colaborador ingrese al servicio con los conocimientos institucionales que requiere.
Fortalecimiento administrativo de la relación docencia - servicio	Mejorar el uso de recursos físicos, técnicos y administrativos, garantizando	90%	Proceso continuo.	El trabajo realizado durante el año 2025 en docencia servicio a brindado herramientas de

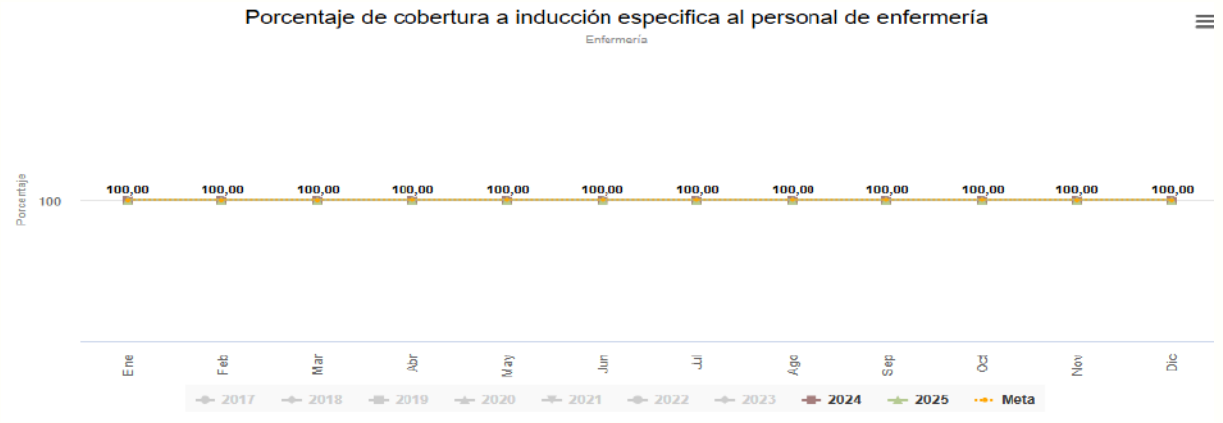
Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	escenarios de práctica adecuados para los estudiantes.			seguimiento lo que permite transformar la gestión administrativa, brinda la oportunidad de tener un mayor control sobre la capacidad instalada, número de estudiantes y facilita la auditoría de requisitos legales como la afiliación a ARL y EPS, esquemas de vacunación.
Proceso de promoción y mantenimiento de la salud	Formalizar la actualización del manual del proceso de promoción y mantenimiento de la salud y cargue en almera. Integrar intervenciones individuales y colectivas que el empoderamiento del paciente en su autocuidado. Fomentar el diligenciamiento del código QR para medir el entendimiento del paciente y familia sobre el tema tratado.	90% 50% 40%	Febrero 2026 Diciembre 2025, con proyección al 2026 Noviembre 2025, con proyección 2026	Con la creación del cronograma de actividades según días mundiales de la salud se espera abarcar al paciente y familia en la prevención de enfermedades y la lucha contra enfermedades crónicas.
Creación del Blog Educativo, para colaboradores y para paciente y familia.	Brindar una herramienta accesible para los colaboradores de un repositorio de protocolos y actualizaciones técnicas.	90%	Noviembre 2025, con proyección 2026	Con la creación del blog se busca obtener una alternativa más de capacitación y revisión por parte del colaborador, así mismo tener una herramienta de

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
				consulta para los pacientes y familiares.

3. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



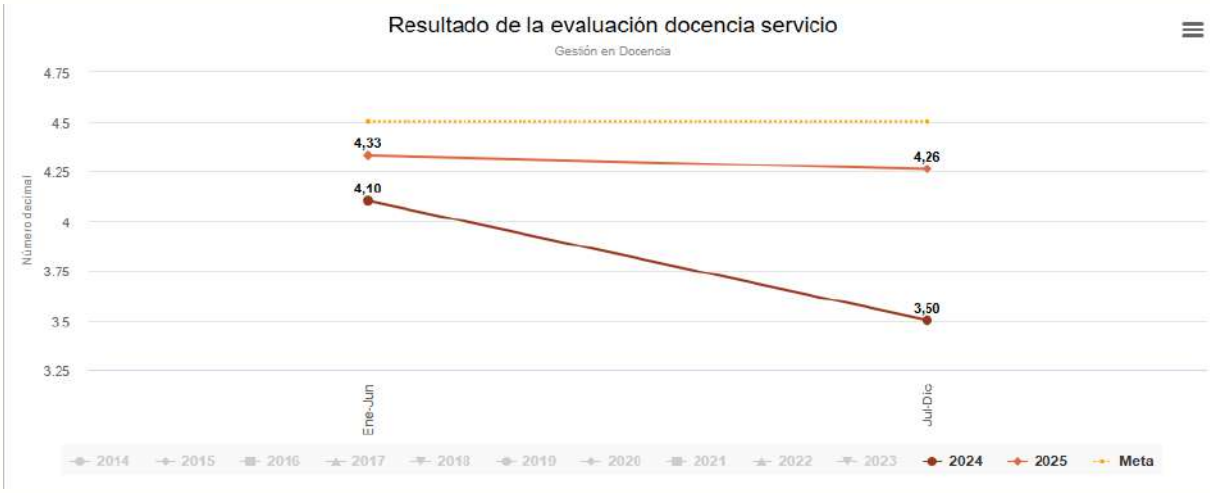
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el 2024 ingresaron 158 colaboradores pertenecientes al departamento de enfermería, en el 2025 ingresaron 168, presentando una La variación porcentual es aproximadamente un 6.33% de incremento; de los estos colaboradores el 100% recibieron inducción institucional y especifica asegurando la correcta aplicación del proceso de bienvenida y capacitación en el puesto de trabajo.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el periodo agosto-septiembre de 2024, el indicador registró un cumplimiento del 80%, situándose 15 puntos porcentuales por debajo de la meta establecida (95%). No obstante, tras la implementación de planes de mejora, la vigencia 2025 muestra una recuperación consolidada, logrando un desempeño sostenido en el transcurso del año,

con resultados entre el 97.54% y el 100%, mejorando y manteniendo los objetivos institucionales".



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En la gráfica se observa que para el año 2024, la calificación del resultado de la satisfacción de convenio docencia servicio finalizo con un promedio de 3.5, esta calificación estuvo sujeta a 2 ítems en común, 1. El no tener asignado un espacio para que los estudiantes puedan realizar las de revisiones de caso y evaluaciones. 2. El hecho de percibir que no son bien recibidos por parte de directivos o personal asistencial, para mejoramiento de estos Ítems se realiza la asignación de la terraza del piso 11 de la torre 1 y capacitaciones de actividades blandas con el personal para mejorar la comunicación y el manejo del personal en formación.

Para él primer semestre del año 2025 se evidencia un incremento con un promedio de 4.33, como resultado de las gestiones hechas, sin embargo, para el segundo semestre del año 2025 un promedio de 4.26 el indicador bajó un 1.62%, esto atribuyéndose a 2 ítems en específico, 1. según refieren los estudiantes: la disposición para la enseñanza por parte de los colaboradores de la clínica en algunas áreas, 2. se evidencia con algunos grupos de estudiantes en particular; que los estudiantes que reciben retroalimentación, a menudo experimentan impactos emocionales fuertes como ansiedad, actitud defensiva o desmotivación.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se observa un incremento en el número de estudiantes en la clínica, pasando de 440 en 2024 a 754 en 2025. Este crecimiento representa un aumento porcentual del 71.36%. Dicho aumento puede deberse a el mayor control que se ha realizado con la creación de la matriz docencia servicio que permite mayor control al ingreso de los estudiantes, también a la consolidación de la clínica como centro prácticas formativas, una mayor acogida de convenios universitarios en la creación de nuevos anexos técnicos y a la revisión de la capacidad instalada.

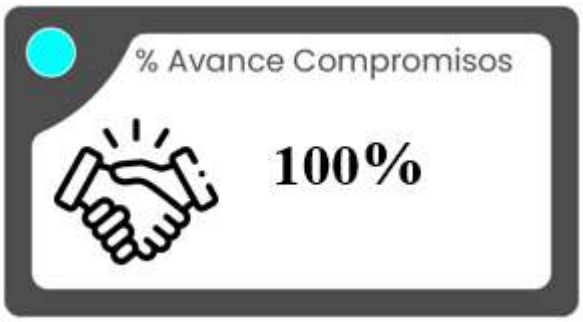
4. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

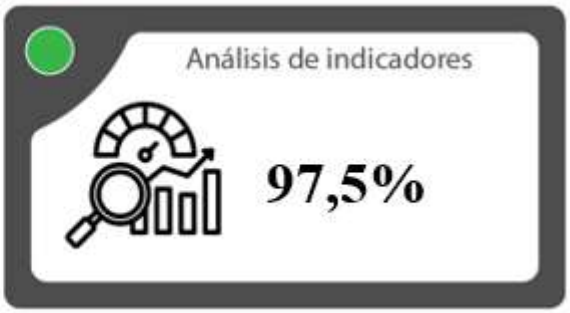
Cumplimiento Cargue de Actas.

Comité Docencia Servicio

Avance de Compromisos.



Indicadores.

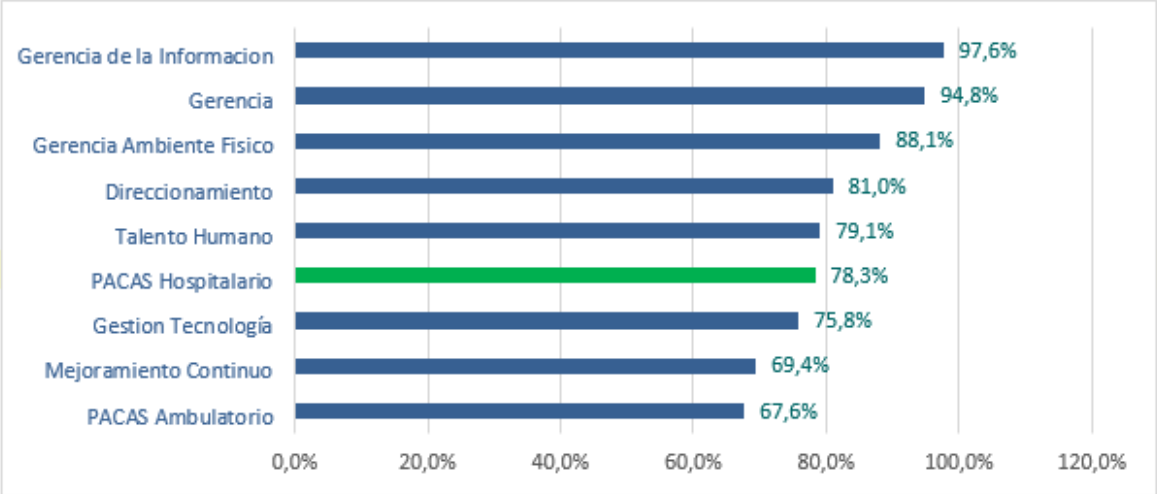


Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Vigilado Supersalud

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS hospitalario arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- En el convenio docencia servicio la creación de una matriz, ha brindado herramientas de seguimiento lo que permite transformar la gestión administrativa en un proceso estratégico, brindando la oportunidad de tener un mayor control sobre la capacidad instalada que a su vez permite verificar que el número de estudiantes no supere los cupos asignados por escenario, garantizando la seguridad del paciente y la calidad de la enseñanza.
- Facilita la auditoría de requisitos legales como la afiliación a ARL y EPS, esquemas de vacunación y actas de seguimiento exigidas por el Decreto 2376 de 2010.
- Funciona como insumo para el balance costo-beneficio de la relación docencia-servicio, permitiendo identificar áreas de mejora en los planes de delegación y rotaciones.
- El fortalecimiento realizado en cuanto a la carnetización institucional obligatoria brinda seguridad y control de acceso y garantiza que solo el personal autorizado (estudiantes y docentes vinculados) circule por áreas críticas, protegiendo la privacidad de la información clínica de los pacientes.
- Permite a pacientes y colaboradores distinguir claramente el rol del estudiante, asegurando un trato respetuoso y facilitando la supervisión docente inmediata en caso de incidentes.
- En el área de educación Continua, Durante el año 2025, se ejecutaron capacitaciones en modalidades virtual y presencial. Se identificó una baja asimilación de conocimientos en las sesiones virtuales debido a la dispersión de

la atención de los colaboradores. Como acción correctiva y de refuerzo, se implementó un blog de consulta, fortaleciendo el aprendizaje. Para 2026, se mantendrá un enfoque mixto (presencial, híbrido y virtual) para optimizar los resultados.

- En el proceso de promoción y mantenimiento de la salud, al realizar el cronograma de las celebraciones de los días mundiales de la salud y lograr dar cumplimiento al mismo en los últimos meses del año 2025 desde su restructuración, muestra la importancia de formar actividades con un equipo interdisciplinario y la necesidad de incluir cada vez más áreas y servicios para lograr mejor el alcance y la calidad de la implementación.

10. PROYECTOS 2026:

- Realizar el lanzamiento del blog educativo para colaboradores en busca del fortalecer la constante capacitación y entrenamiento, al igual para paciente y familia brindando una herramienta de consulta para cuidados en salud, posteriormente realizar la medición de la adherencia y uso de este.
- Respectó a la línea del convenio Docencia - Servicio para el 2026 se proyecta optimizar la oportunidad en la entrega de soportes y presentación de estudiantes por parte de las IES sobre todo para las rotaciones de las residencias médicas, así mismo incrementar la adherencia de los residentes al proceso formal de presentación al inicio de su rotación en la oficina de educación continua y la asistencia a la inducción institucional la cual es de obligatorio cumplimiento.
- Trabajar en conjunto con la IES, en búsqueda de que los estudiantes perciban las correcciones como oportunidades de mejora en lugar de críticas, fomentando una mentalidad de crecimiento, autorregulación y un clima de practica positivo, así mismo transformar la retroalimentación en una herramienta constructiva que aumente la motivación, la autoconfianza y el compromiso del estudiante con su propio aprendizaje.
- Aumentar la satisfacción de los estudiantes en la experiencia del campo de práctica en la clínica con el fin de alcanzar o superar la meta propuesta con una calificación de 4.5.

Vigilado Supersalud

NUTRICIÓN

1. PRINCIPALES LOGROS:

El área de nutrición clínica desarrolla una atención integral, oportuna y costo -efectiva, orientada a la seguridad del paciente y al uso eficiente de los recursos institucionales, mediante componentes como:

- Tamizaje Nutricional: Se estableció a partir del 2025 la realización del tamizaje nutricional sistémico a todos los pacientes que ingresan a la clínica, permitiendo con este la identificación temprana del riesgo y la intervención nutricionales adecuada según condición clínica, evolución y requerimiento individual.
- Aún está pendiente la adecuada auditoria al tamizaje, con el fin de afianzar la realización más adecuada del mismo y la adherencia de la manera más correcta al momento del ingreso.
- Apoyo al Proceso de Docencia: El servicio de nutrición brinda apoyo continuo a los procesos de docencia, participando en la formación académica de los estudiantes y profesionales de salud, fortaleciendo la práctica clínica basada en evidencia y la toma de decisiones multidisciplinarias.
- Intervención servicio de alimentación: Se realiza acompañamiento técnico y supervisión del servicio de alimentación, asegurando el cumplimiento de dietas prescritas al igual que los gramajes contemplados contractualmente, la calidad nutricional, la inocuidad de los alimentos y la adherencia a los lineamientos clínicos institucionales.
- Sistema digital de Dietas So Health: Se ha trabajo durante el último semestre del 2025 en un sistema digital para la prescripción y gestión de dietas, para garantizar la optimización de tiempos de respuesta, mejorar la trazabilidad de la información, disminuir errores y fortalecer la comunicación entre los equipos asistencias y el servicio de alimentación.
- Formato digital para realización de Nutriciones parenterales: La prescripción y el seguimiento de la nutrición parenteral se realiza mediante un formato digital estandarizado, garantizando mayor seguridad, control clínico, registro oportuno y reducción de riesgos asociados a la formulación manual mayor seguridad del paciente.
- Reducción de uso de papel: La implementación de herramientas digitales en los procesos nutricionales contribuye a la disminución significativa del uso de papel, apoyando la estrategia institucional de sostenibilidad ambiental y eficiencia administrativa.
- Nutriciones entérales más Costo-Efectivas: Se promueve el uso racional de nutriciones entérales, priorizando alternativas costo-efectivas sin comprometer la calidad clínica, ajustando las necesidades nutricionales del paciente y los criterios de eficiencia financiera, teniendo en cuenta que la población de la institución tiene complicaciones nutricionales considerables.

Vigilado Supersalud

- Grupo de soporte nutricional: El grupo de Soporte nutricional trabaja de manera multidisciplinaria en la evaluación, seguimiento y toma de decisiones clínicas de pacientes con soporte nutricional especializado, mejorando los desenlaces clínicos y la seguridad del paciente; este año logramos tener rondas con químicos farmacéuticos sin embargo es importante en el equipo tener enfermería para lograr hacer rondas más completas que apoyen la mejoría y seguridad del paciente.
- Ajuste de altas sin Mipres: Se realizan ajustes nutricionales a pacientes que estando en estadio crónico (traqueostomías y gastrostomías) no requiere Mipres al egreso, pues se logran procesos de rehabilitación de la vía oral durante la estancia hospitalaria con el apoyo de fonoaudiología.
- Mejora en la experiencia de los pacientes: El área de nutrición contribuye de manera significativa a la mejoría de la experiencia del paciente mediante una atención integral, humanizada y centrada en sus necesidades, clínicas, educativas y culturales.

Acreditación ICONTEC:

- OM 1405: Fortalecer la estrategia educativa en nutrición, integrándola en los paquetes instruccionales y asegurando su cobertura en todos los servicios. Actualmente para dar cumplimiento se implementaron formatos de educación tanto en hospitalización como en consulta ambulatoria a todos los pacientes que son educados en temas nutricionales.
- La OM 1406: Reforzar la valoración nutricional de manera sistemática en el marco del cumplimiento de los paquetes instruccionales de seguridad del paciente. Actualmente para dar cumplimiento se implementó la realización de tamizaje nutricional con el fin de evaluar el estado nutricional de todos los pacientes desde que ingresa a la institución.

En conclusión, el área de nutrición se consolida como un pilar fundamental del modelo de atención institucional, sustentada en un equipo de nutrición competente, ético y comprometido con la excelencia clínica, que prioriza la seguridad, la humanización y los mejores desenlaces en salud. En coherencia con nuestro propósito, reafirmamos que la prioridad es el paciente, orientando cada acción hacia una atención integral, segura y centrada en la persona, bajo el principio de que la experiencia es nuestro compromiso.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Acreditación en salud	Tamizaje nutricional	100%	Septiembre	Pendiente de realización de auditoría.
Acreditación en salud	Educar nuestro paciente	100%	Noviembre	Sostener la actividad, auditarla

Vigilado Supersalud

Sistema digital	So Health	70%	En curso	Pendiente de llevar ambiente productivo.
Sistema digital	Formato de NPT	100%	Agosto	Sostener la actividad, auditarla
Interventoría Servicio de Alimentación	Lograr cumplimiento contractual.	100%	En curso	Sostener la actividad, auditarla
Nutriciones enterales costo-Efectivas	Nutriciones costo-efectivas	100%	Octubre	Sostener la actividad, auditarla

3. GESTIÓN DEL RIESGO

El área de nutrición implementa una gestión del riesgo sistemática, preventiva y continua, orientando a minimizar la probabilidad de afectación en la salud de los pacientes asociado a los procesos nutricionales, garantizando una atención segura y de calidad.

Riesgo medio:

- Probabilidad de afectación en salud en pacientes por falta de disposición de fórmulas nutricionales entérales: Actualmente se realiza stock con farmacia con el fin de evitar esta alteración, además con las rondas de soporte nutricional con Químico-farmacéutico también se permite conocer los volúmenes que maneja la clínica.
- Probabilidad de afectación en salud al paciente relacionado con la seguridad de infusión de nutrición enteral y parenteral: Ocasionalmente se han presentado eventos de apagar la nutrición y de retirarla, pero en su mayoría está relacionada con procedimientos que se le realizaran al paciente. También en las rondas de soporte se realiza educación a enfermería, sin embargo, tener una enfermera en el grupo de soporte nutricional disminuye este tipo de eventos.
- Posibilidad de afectación en salud relacionada con la entrega de dietas de pacientes intrahospitalarios: Actualmente se realiza interventoría al servicio de alimentación en la entrega, además de que se indica siempre poner eventos de seguridad con el fin de garantizar mejoría en el proceso.

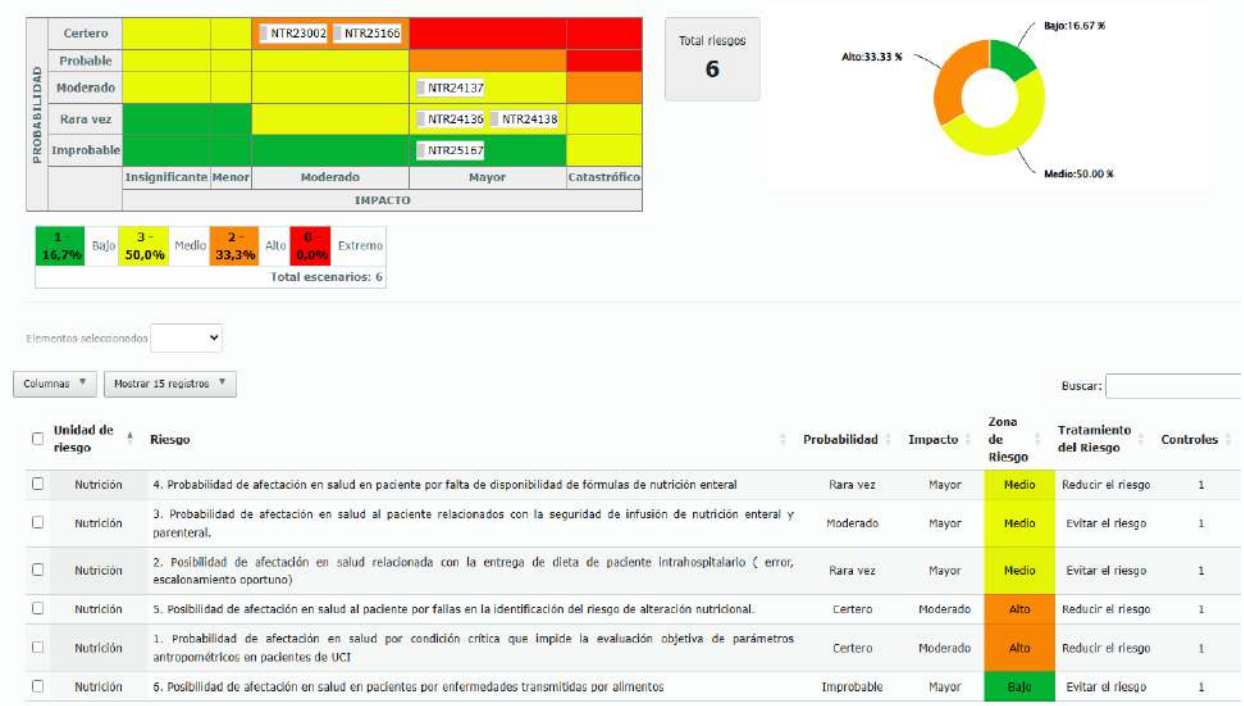
Riesgo alto:

- Posibilidad de afectación en salud al paciente por fallas en la identificación del riesgo de alteración nutricional: En la ronda de soporte nutricional se identifican la mayoría de los riesgos relacionados a nutrición, sin embargo, como se realiza diariamente se logra retroalimentar.
- Probabilidad de afectación en salud por condición crítica que impide la evaluación objetiva de parámetros antropométricos en pacientes de UCI: En el día de hoy se realizan valoración con medidas en cama para estimar el estado nutricional, se pregunta al paciente o familiar, esto queda contenido en la historia clínica.

Vigilado Supersalud

Riesgo bajo:

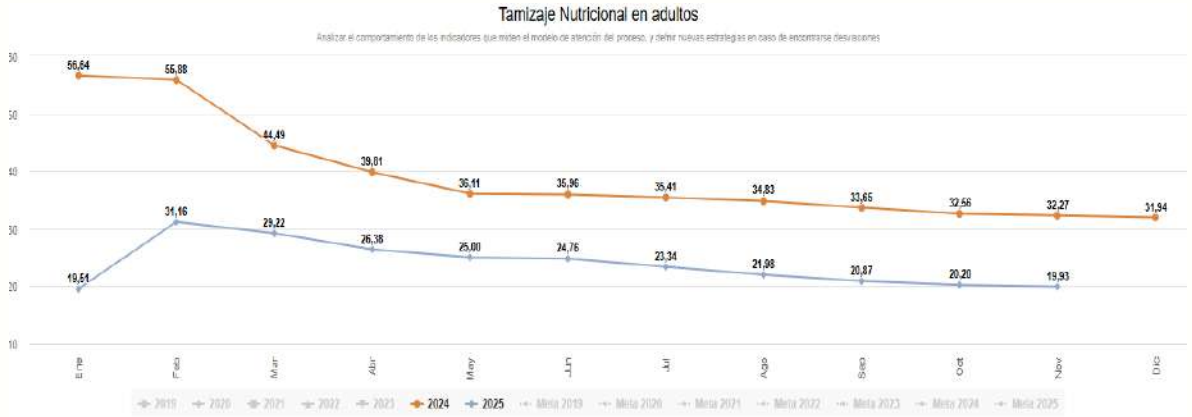
- Posibilidad de afectación en salud en pacientes por enfermedades trasmitidas por alimentos: Actualmente nunca se ha presentado un evento de esta magnitud, y se realiza en el servicio de alimentación pruebas microbiológicas mensuales al personal y a pruebas de alimentos.



Unidad de riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo	Controles
Nutrición	4. Probabilidad de afectación en salud en paciente por falta de disponibilidad de fórmulas de nutrición enteral	Rara vez	Mayor	Medio	Reducir el riesgo	1
Nutrición	3. Probabilidad de afectación en salud al paciente relacionados con la seguridad de infusión de nutrición enteral y parenteral.	Moderado	Mayor	Medio	Evitar el riesgo	1
Nutrición	2. Posibilidad de afectación en salud relacionada con la entrega de dieta de paciente intrahospitalario (error, escalonamiento oportuno)	Rara vez	Mayor	Medio	Evitar el riesgo	1
Nutrición	5. Posibilidad de afectación en salud al paciente por fallas en la identificación del riesgo de alteración nutricional.	Certero	Moderado	Alto	Reducir el riesgo	1
Nutrición	1. Probabilidad de afectación en salud por condición crítica que impide la evaluación objetiva de parámetros antropométricos en pacientes de UCI	Certero	Moderado	Alto	Reducir el riesgo	1
Nutrición	6. Posibilidad de afectación en salud en pacientes por enfermedades transmitidas por alimentos	Improbable	Mayor	Bajo	Evitar el riesgo	1

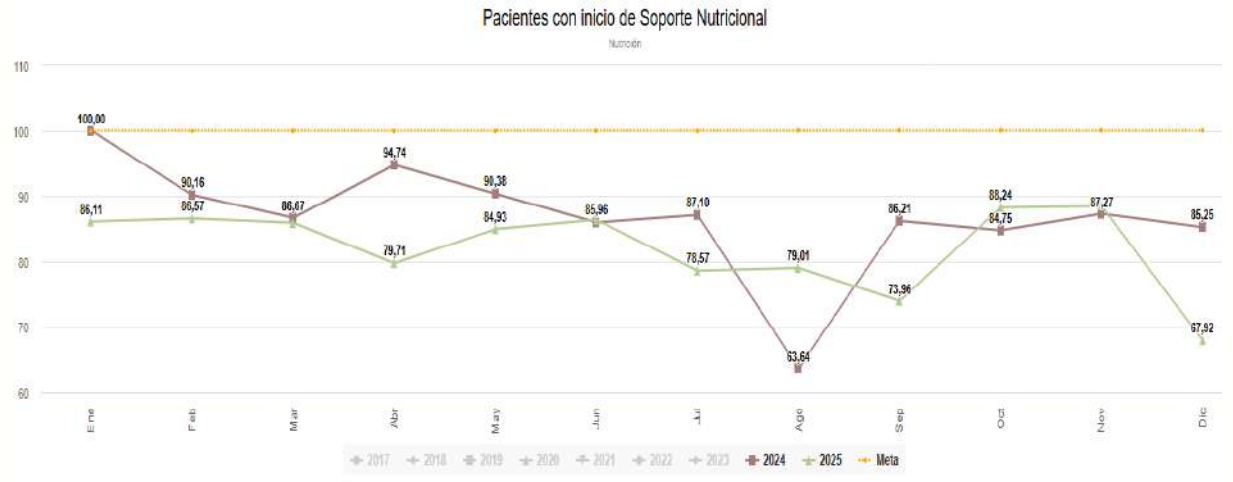
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Desde el mes de septiembre se implementó tamizajes nutricionales a todos los pacientes que ingresan a la institución, sin embargo, con área de sistemas se quiere evaluar y corroborar que se le realice al 100% de los ingresos, además de evaluar que el paciente tenga interconsulta por nutrición cuando se identifica el riesgo, para poder así reflejar el 100% del tamizaje.

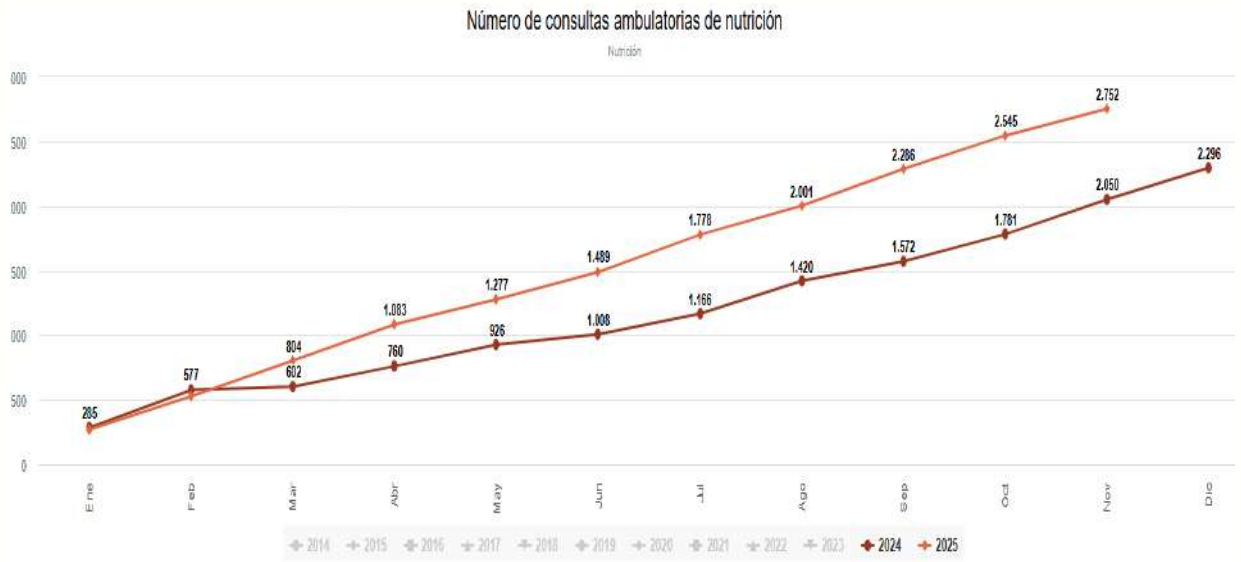


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En este indicador se evidencia el crecimiento de la población con necesidad de soportes nutricionales enterales y parenterales en los últimos 2 años, asociado a patologías más graves y completas, que requieren de evaluación diaria por el grupo de soporte, se evidencia en el grafico que durante todo el 2025 se mantuvo la ocupación de estos pacientes en relación con la caída importante que se presentó en 2024 en finales de año.

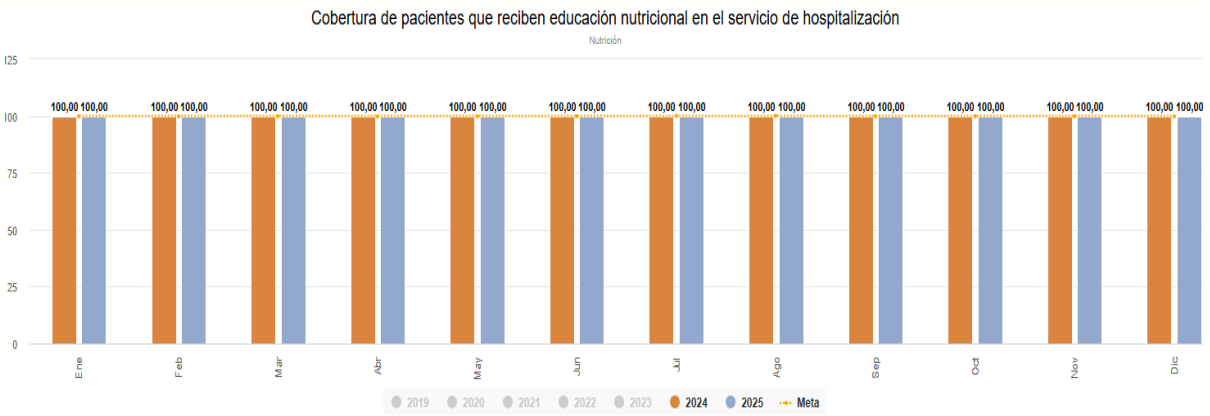
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este es el indicador de nutrición más importante relacionado con seguridad del paciente en soporte nutricional y podemos evidenciar cero riesgos de broncoaspiración relacionado con el soporte de nutriciones entérales.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el anterior gráfico se evidencia el crecimiento exponencial de la consulta nutricional en los últimos 2 años, en la cual se ha logrado abarcar patologías, oncológicas, artritis, falla cardíaca, sobrepeso, obesidad, desnutrición y otras patologías crónicas, aumentando considerablemente la atención.



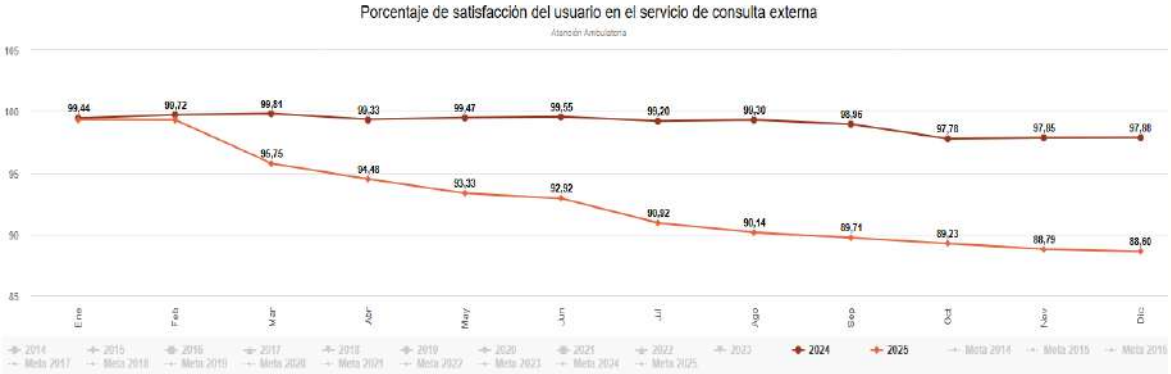
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador es importante para acreditación, ya que es ideal favorecer y fortalecer la educación en nutrición en la clínica, por lo cual todos los pacientes que son valorados por nutrición reciben educación nutricional permitiéndonos tener un indicador al 100%.

5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El servicio de nutrición no cuenta con indicadores de satisfacción propios del servicio, pero las principales áreas donde realizamos nuestra actividad clínica son hospitalización, unidad de cuidado intensivo y consulta externa por lo cual pongo las anteriores gráficas. Donde evidenciamos se bajó la satisfacción en el 2025 en relación con el 2024, por lo cual desde el área de nutrición seguiremos trabajando por tener la mejor experiencia en los pacientes, ideal garantizar el compromiso de todas las áreas para lograr la sinergia.

Nutrición

Satisfacción	
2024	98%
2025	97%

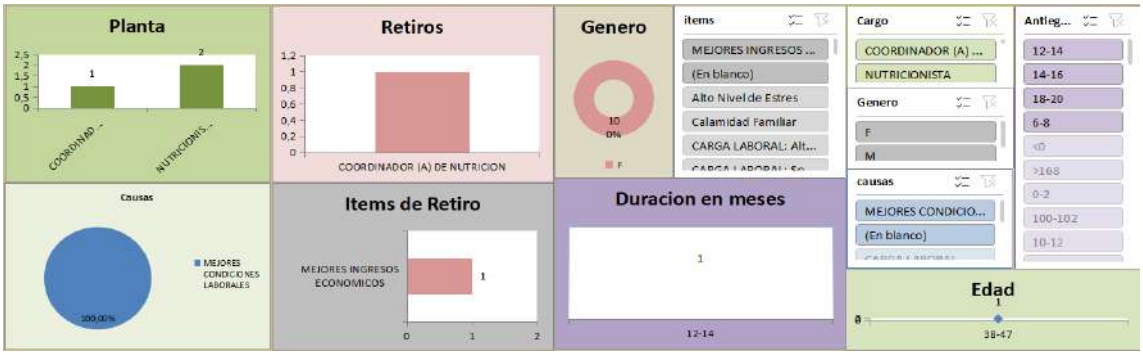
Atributos Afectados 2025		
1	Confort	18
2	Humanización	5
3	Continuidad	4
4	Oportunidad	1
5	Seguridad del Paciente	1
Total PQRS		29
Tasa PQRS 2025		9,69

Fuente: Informe Experiencia 2025

Los PQRS del área de nutrición se evaluaron en 2024 y 2025 estando a 98% y 97% respectivamente lo cual termina siendo una muy buena calificación, sin embargo, desde el área de nutrición se trabaja con el fin de lograr la mejor experiencia del paciente, contribuyendo mediante una atención integral, humanizada y centrada en sus necesidades, clínicas, educativas y culturales.

6. INDICADORES DE CULTURA:

Rotación personal:



Fuente: Informe talento humano

Área/Servicio	Cargo	Maestra	Retiros	planta	rotación acumulada	rotación promedio
NUTRICION Y SOPORTE NUTRICION	COORDINADOR (A) DE NUTRICION	2	1	1	100,00%	9,09%
	NUTRICIONISTA	2		2	0,00%	0,00%

Fuente: Informe talento humano

Coordinador(a) de Nutrición: Este rol es crítico debido a que es un cargo de liderazgo con única persona por lo que el retiro en el año pasado alerta, con una rotación promedio del 9.09% anual. Realizando la respectiva investigación mediante la entrevista de retiro se logra identificar que la causa raíz del abandono es "mejores ingresos económicos"

Nutricionista: Este rol demuestra una estabilidad, al no registrar rotación

La rotación de personal sanitario en tasas de rotación aceptables suele oscilar entre 10% y 20% anual. La tasa del 9.09% para el coordinador de nutrición está dentro de los parámetros nacionales.

El clima fue 85,14

14,75

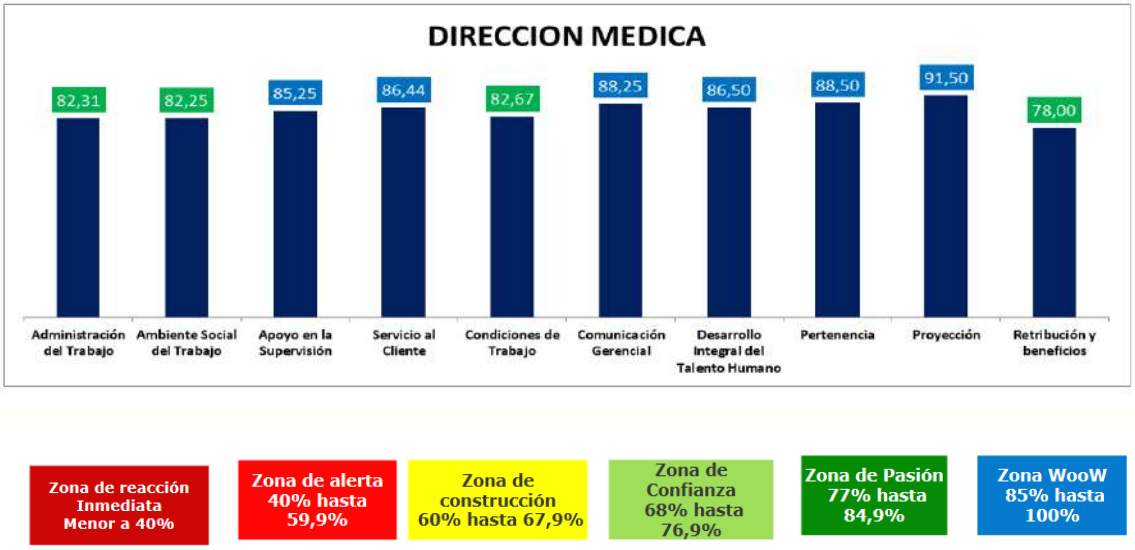
Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Fuente: Informe talento humano

Zona de reacción Inmediata Menor a 40%	Zona de alerta 40% hasta 59,9%	Zona de construcción 60% hasta 67,9%	Zona de Confianza 68% hasta 76,9%	Zona de Pasión 77% hasta 84,9%	Zona WooW 85% hasta 100%

Fuente: Informe talento humano

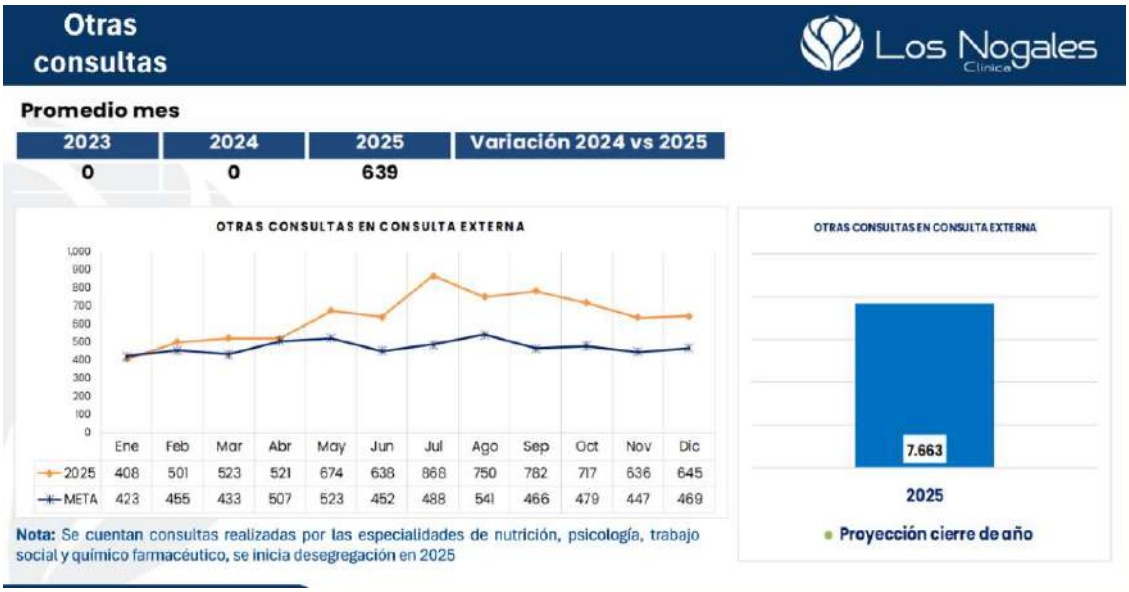
En relación con el año 2024, se evidencia una mejoría en relación con el clima llegando según la clasificación a zona de confianza, lo cual debe seguir mejorando con el fin de lograr más pasión en los empleados teniendo claro que esto se puede lograr e incentivar desde el liderazgo.



Fuente: Informe talento humano

Es importante resaltar que, en procesos como apoyo en supervisión, comunicación gerencial, servicio al cliente. Desarrollo integral del talento humano y proyección se logra una evaluación en zona wow lo cual indica el compromiso y el trabajo que se viene realizando, aunque también es importante indicar que la administración del trabajo, el ambiente social del trabajo, la retribución y beneficio se encuentra en zona de pasión, lo cual habla de compromiso con la institución lo cual es considerablemente beneficioso para todos.

7. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:

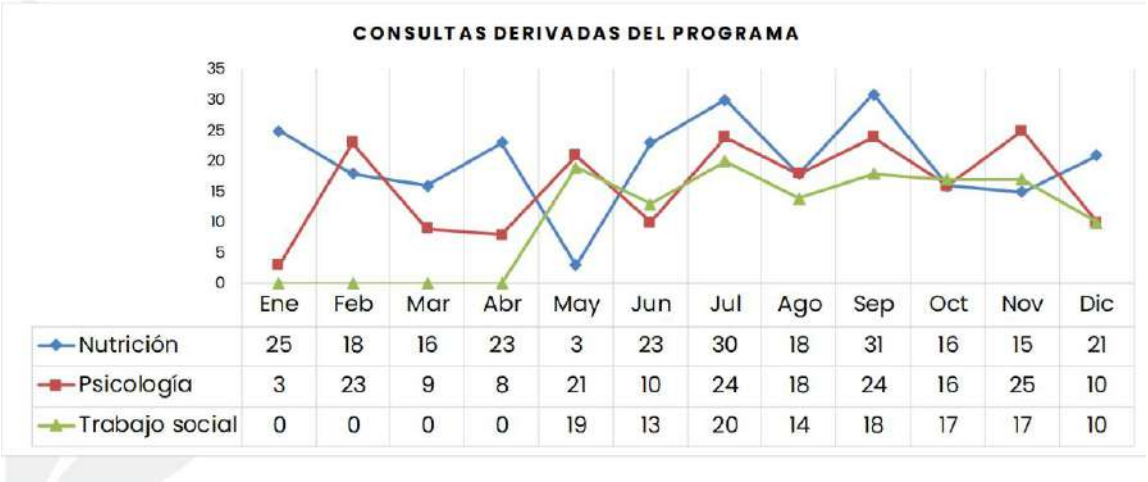


Fuente: Portal BISAAD

Se puede evidenciar, el aumento exponencial de atención de pacientes por consulta externa con relación a la meta establecida para el 2025, esto se ha logrado desde la

oportunidad que se ha generado desde nutrición con los espacios de consulta para garantizar la mayor cobertura posible.

Falla cardiaca [Consultas derivadas del programa]

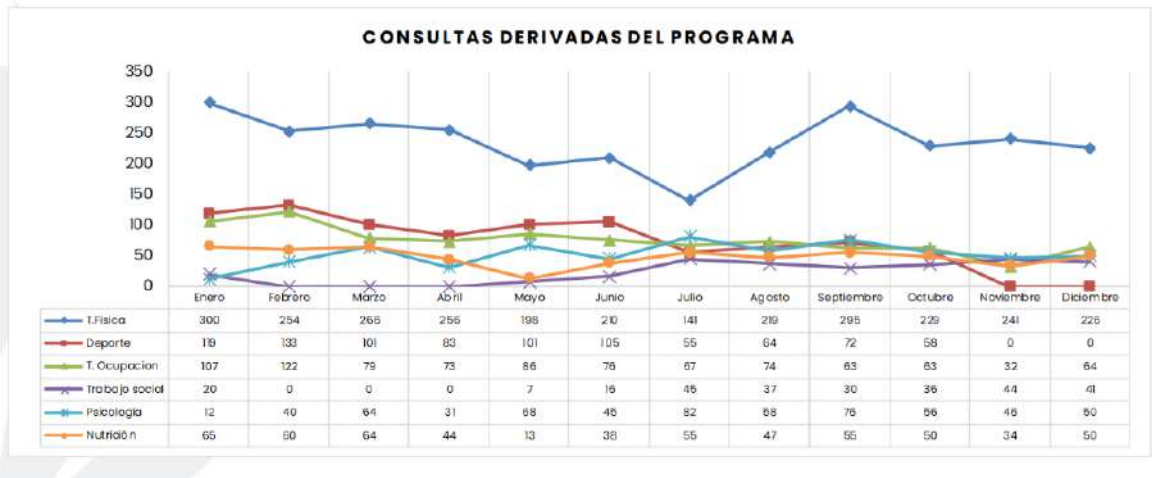


	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Nutrición	25	18	16	23	3	23	30	18	31	16	15	21
Psicología	3	23	9	8	21	10	24	18	24	16	25	10
Trabajo social	0	0	0	0	19	13	20	14	18	17	17	10

Fuente: Portal BISAAD

Durante todo el 2025 se ha logrado el cubrimiento de los pacientes de falla cardíaca dando prioridad a su atención con horarios y en disposición diaria para su atención, en ocasiones con ausentismo, pero logramos en algunos meses evaluar una gran cantidad de pacientes como se logra evidencia en la gráfica, en el mes de mayo efectivamente hubo una disminución de atención por renuncia de un nutricionista.

Artritis [Consultas derivadas del programa]



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
T.Fisica	300	254	266	256	198	210	141	219	295	229	241	226
Deporte	119	133	101	83	101	105	55	64	72	58	0	0
T. Ocupacion	107	122	79	73	86	76	67	74	63	83	32	64
Trabajo social	20	0	0	0	7	16	45	37	30	36	44	41
Psicologia	12	40	64	31	68	46	82	68	76	56	46	50
Nutrición	65	60	64	44	13	38	55	47	55	50	34	50

Fuente: Portal BISAAD

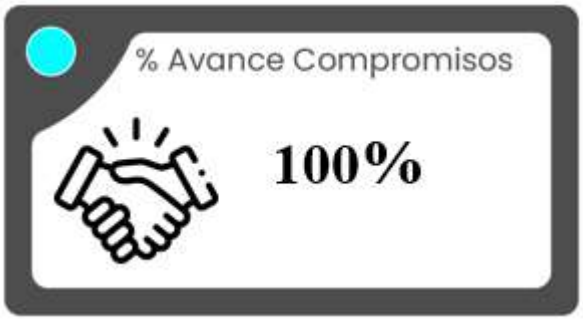
Durante todo el 2025 se ha logrado el cubrimiento de los pacientes de artritis dando prioridad a su atención con horarios y en disposición diaria, en ocasiones con ausentismo, pero logramos en algunos meses evaluar una gran cantidad de pacientes y sostener la atención a lo largo del año como se logra evidencia en la gráfica.

8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.



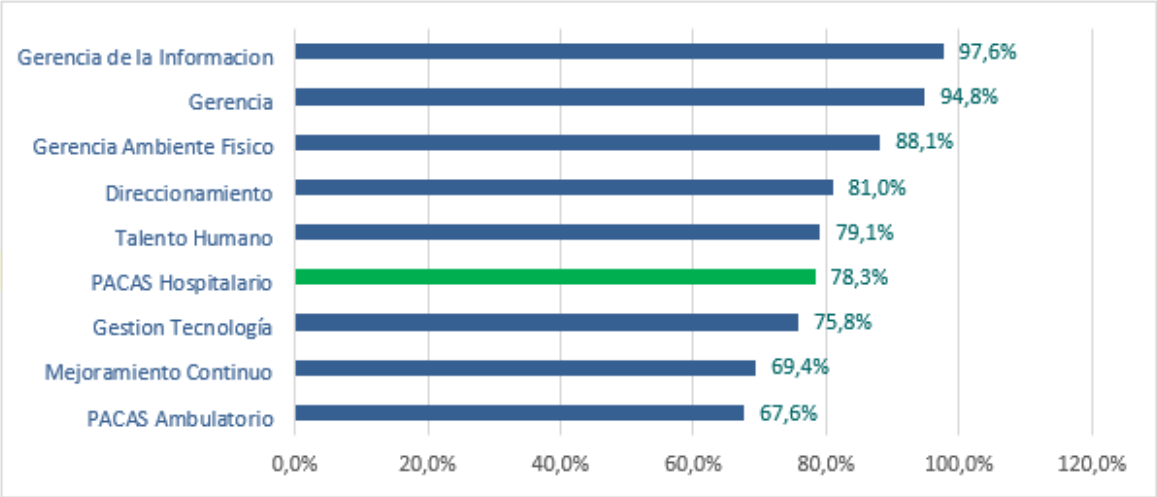
Vigilado Supersalud

Indicadores.

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS hospitalario arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- Con el fin de garantizar un proceso continuo de seguimiento, análisis y mejoramiento, desde el área de nutrición se considera una revisión de los indicadores actuales que requieran cambios o el sostenimiento de estos con metas mejor definidas.
- Promover el uso de nutriciones costo- efectivas como una estrategia clave para garantizar la sostenibilidad institucional.
- Documentar el modelo de atención para el área de nutrición centrado en el paciente, que orienta la gestión clínica desde el ingreso hasta el egreso.
- Garantizar la actualización de documentos, protocolos y formatos que mejoren los procesos desde el área de nutrición.

10. PROYECTOS 2026:

Unido a los intereses de la clínica el área de nutrición considera sostener algunas actividades que ya se vienen desarrollando y mejorar en otros aspectos:

- Fortalecer las competencias del talento humano de nutrición mediante programas continuos de capacitación, formación y acompañamiento, promoviendo un clima laboral seguro, colaborativo y humanizado que contribuya a la calidad de la atención, la seguridad del paciente y el bienestar del equipo asistencias.
- Potenciar la generación de conocimiento en el área de nutrición mediante el aprovechamiento de las alianzas con instituciones educativas, desarrollando actividades académicas, investigativas y prácticas formativas que permitan producir y aplicar nuevo conocimiento orientado a la mejora de procesos nutricionales y la calidad del cuidado del paciente.
- Garantizar una atención segura, oportuna, humanizada y basada en la evidencia, mediante la estandarización de proceso clínico, el monitoreo de resultados y la mejora continua del desempeño asistencial.
- Identificar de manera oportuna el riesgo nutricional en todos los pacientes mediante la aplicación sistemática de la herramienta de tamizaje de malnutrición MST, garantizando una atención segura, humanizada y centrada en las necesidades del paciente.
- Disminución de la huella de carbono de papel cero implementando la prescripción y solicitud de dietas a través de sistema digital SoHealth.
- Ofrecer a pacientes alimentación de calidad asegurando confort, identificando necesidades alimentarias e incentivando la ingesta de alimentos a nivel hospitalario, impactando de manera positiva en el estado nutricional de los pacientes.
- Optimizar los recursos de la institución a través de la prescripción correcta de dietas hospitalarias y la formulación pertinente de la terapia nutricional especializada y la suplementación.
- Aumentar la eficiencia financiera del servicio de nutrición mediante la implementación de prácticas estandarizadas de prescripción, preparación, distribución de dietas y suplementos, garantizando el uso racional de insumos y contribuyendo a la sostenibilidad económica.

Vigilado Supersalud

TERAPIA Y REHABILITACIÓN

1. PRINCIPALES LOGROS:

- En el año 2025 se diseñó y desarrolló el programa de audiología que hace parte del servicio de otología, el promedio de procedimientos realizados de 400 entre los cuales se encuentran audiometría, logo audiometría, impedanciomería funcional.
- Se implementó y consolidó de manera exitosa el programa “fortalecimiento rosa” de rehabilitación en pacientes con cáncer de mama por consulta externa, con un promedio de 30 pacientes al mes, logrando agendamiento total por Don doctor, lo que generó una mejor comunicación interdisciplinaria con diferentes especialidades. Contamos con una playlist de videos en YouTube del mismo programa para el trabajo físico de estos pacientes en casa.
- Se implementó y consolidó de manera exitosa el programa de rehabilitación en paciente hematoncológico, todos los colaboradores están capacitados en el manejo de estos pacientes y los criterios de seguridad para la realización de la terapia física. Se maneja un promedio de 35 pacientes al mes, se cuenta con cicloergómetros y bandas elásticas de diferentes resistencias para el manejo exclusivo de estos pacientes.
- Mediante la metodología institucional del proceso de autoevaluación de estándares de acreditación en salud se realizó la 10° autoevaluación con asignación de responsables que permitió a la Clínica Nogales conocer su desempeño actual identificar las desviaciones o mejoras del proceso institucional, teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de acreditación en salud. El cronograma se realizó desde el día 6 de noviembre de 2025, culminando con la actividad el 5 de diciembre de 2025.
- Se actualizo el protocolo de prevención y manejo de des acondicionamiento físico en Unidad de cuidados intensivos e intermedios con la implementación de escala IMS de funcionalidad logrando un incremento del 62% en la cantidad de terapias físicas realizadas en las unidades. Acorde a este logró, se realizó la compra de la grúa Vikingl, este equipo permite movilizar a los pacientes en diferentes posiciones, favoreciendo al proceso de rehabilitación de los pacientes, disminuyendo el riesgo de caídas y lesiones en el equipo asistencial.
- Cumplimiento del 100% del cronograma de capacitaciones específicas del servicio y también de carácter institucional con talento humano, psicología, infecciones e ingeniería biomédica.
- La satisfacción del servicio de rehabilitación se logró un 96% con respecto al año anterior, pasando del 93% en el año 2024 al 95% acumulado para el año 2025.
- 0% de las caídas en el servicio
- Evaluación de controles de riesgo al 100%
- Para el POA del 2025 se logró un cumplimiento del 97%, con el objetivo de brindar el adecuado tratamiento interdisciplinario a los pacientes de manejo intrahospitalario y consulta externa, para mejorar su calidad de vida, por medio de la independencia funcional y fortaleciendo la posibilidad de recuperarse contribuyendo a la adaptación familiar y social.

Vigilado Supersalud

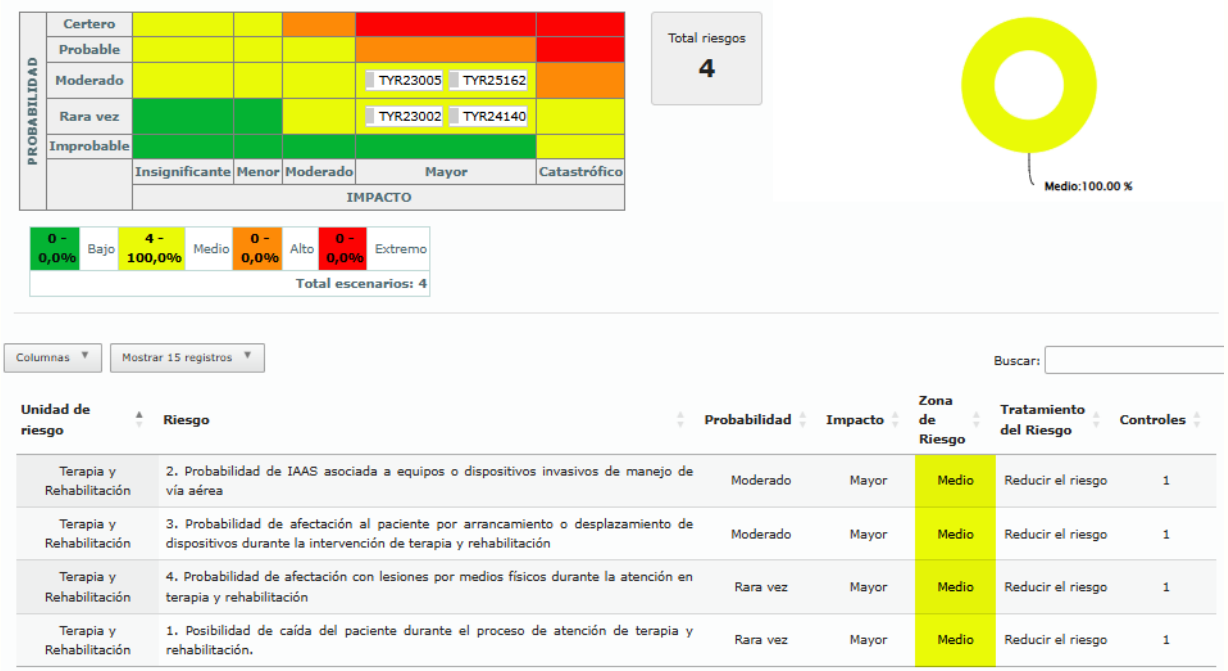
2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Fortalecimiento rosa	Evaluar, prevenir y tratar las deficiencias físicas y del movimiento que conllevan las neoplasias mamarias facilitando y manteniendo el mayor grado de capacidad funcional e independencia.	100%	Mayo 2025	Se logró la captación de varias pacientes beneficiadas por este programa, con la ventaja de la realización de ejercicios en casa, mejorando su movilidad pre y posquirúrgica.
Piso pélvico	Lograr a través de la rehabilitación el fortalecimiento de la musculatura de piso pélvico de disfunciones pelviperineales, que generen limitación en la realización de actividades de la vida diaria.	20%	Pendiente	Se creo el protocolo, se cuenta con proveedor y precios de cada uno de los insumos con el aval de ingeniería biomédica.
Rehabilitación cardíaca	Mejorar la capacidad funcional y la tolerancia al ejercicio de los pacientes egresados de clínica los nogales para la recuperación después de un evento, procedimiento o cirugía cardíaca, dando continuidad al proceso intrahospitalario de cada paciente.	20%	Pendiente	Se creo el protocolo, se cuenta con proveedor y precios de cada uno de los insumos con el aval de ingeniería biomédica.
Audiología	Diagnóstico, evaluación y tratamiento de patologías que afectan la comunicación y calidad de vida de las personas con	80%	Pendiente	Desarrollo del programa de audiología como parte del servicio de otología, está pendiente la creación de los

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	problemas de audición y/o equilibrio.			indicadores y protocolo.

3. GESTIÓN DEL RIESGO



Unidad de riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo	Controles
Terapia y Rehabilitación	2. Probabilidad de IAAS asociada a equipos o dispositivos invasivos de manejo de vía aérea	Moderado	Mayor	Medio	Reducir el riesgo	1
Terapia y Rehabilitación	3. Probabilidad de afectación al paciente por arrancamiento o desplazamiento de dispositivos durante la intervención de terapia y rehabilitación	Moderado	Mayor	Medio	Reducir el riesgo	1
Terapia y Rehabilitación	4. Probabilidad de afectación con lesiones por medios físicos durante la atención en terapia y rehabilitación	Rara vez	Mayor	Medio	Reducir el riesgo	1
Terapia y Rehabilitación	1. Posibilidad de caída del paciente durante el proceso de atención de terapia y rehabilitación.	Rara vez	Mayor	Medio	Reducir el riesgo	1

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

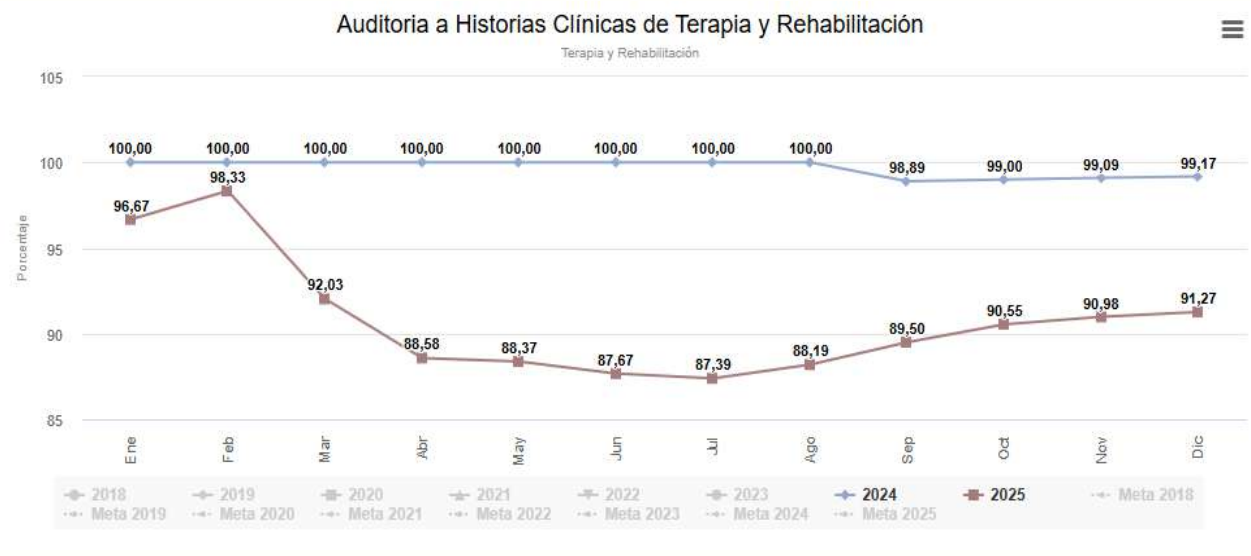
En el proceso de Terapia y Rehabilitación se identificaron cuatro (4) riesgos principales, asociados directamente a la atención clínica del paciente durante las intervenciones terapéuticas. Estos riesgos están relacionados con la seguridad del paciente y el uso de dispositivos y medios físicos durante la prestación del servicio. Los riesgos identificados corresponden a:

- Probabilidad de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) por el uso de equipos o dispositivos invasivos para el manejo de la vía aérea.
- Probabilidad de afectación al paciente por arrancamiento o desplazamiento de dispositivos durante la intervención terapéutica.
- Probabilidad de lesiones por medios físicos durante la atención en terapia y rehabilitación.
- Posibilidad de caídas del paciente durante el proceso de atención terapéutica.

Desde el análisis de la matriz, todos los riesgos presentan un impacto clasificado como Mayor, debido a las posibles consecuencias clínicas sobre el estado de salud del paciente. En cuanto a la probabilidad, esta se encuentra distribuida entre Moderado y

Rara vez, lo que refleja la presencia de controles operativos que disminuyen la ocurrencia, aunque no eliminan completamente el riesgo.
La cuantificación de la materialización de los riesgos evidencia que el 100 % de los escenarios evaluados se ubican en un nivel de riesgo Medio, sin registro de riesgos en nivel Bajo, Alto o Extremo. Esto indica que, si bien los riesgos pueden materializarse, su ocurrencia se mantiene dentro de parámetros controlados.
La evaluación de los controles demuestra que estos han sido efectivos para contener la materialización de los riesgos dentro de un nivel aceptable para la organización, manteniendo la seguridad del paciente y la continuidad del proceso asistencial.

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



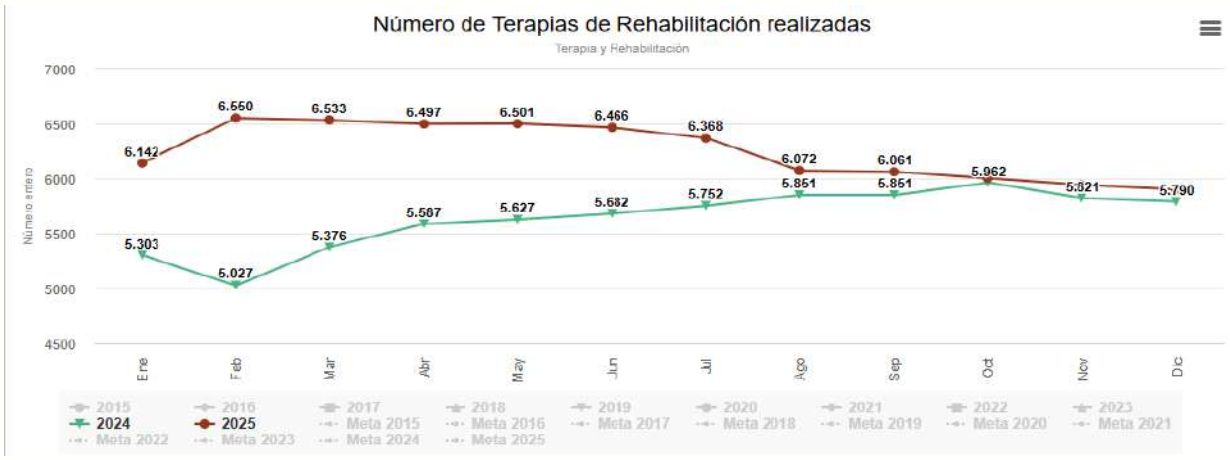
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2025 se evidencia una disminución relativa en los resultados del indicador de auditoría a historias clínicas en comparación con el año anterior. Este comportamiento no obedece a un deterioro en la calidad de la atención, sino a un fortalecimiento del proceso de auditoría clínica, caracterizado por un mayor nivel de exigencia y criterios más estrictos en la evaluación de los registros clínicos.
El enfoque adoptado buscó identificar con mayor precisión oportunidades de mejora en la trazabilidad del acto terapéutico, la formulación de objetivos, la evolución clínica y el cumplimiento de lineamientos institucionales, lo cual permitió obtener resultados más realistas y útiles para la toma de decisiones y la mejora continua del proceso.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador de adherencia a protocolos muestra un cumplimiento sostenido del 100%, lo que evidencia una adecuada apropiación de los lineamientos clínicos por parte del equipo de fisioterapia y rehabilitación. Este resultado está directamente relacionado con el proceso de actualización de protocolos desarrollado durante el año anterior, así como con su socialización permanente en los comités primarios, lo que permitió unificar criterios de atención, fortalecer la práctica clínica basada en la evidencia y garantizar intervenciones seguras y estandarizadas para los pacientes.

5. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador de número de terapias de rehabilitación realizadas refleja la productividad global del proceso de Terapia y Rehabilitación, al consolidar la totalidad de las atenciones prestadas por el servicio, incluyendo terapia física, terapia respiratoria, fonoaudiología, terapia ocupacional, rehabilitación cardíaca, rehabilitación pulmonar y atención en consulta externa.

Durante el periodo analizado se observa un comportamiento estable, con variaciones mensuales asociadas a la dinámica de la demanda asistencial. La tendencia general evidencia una capacidad sostenida de respuesta del servicio, lo que refleja una adecuada

utilización del recurso humano y una cobertura integral de las necesidades terapéuticas de la institución.
Este indicador permite soportar decisiones relacionadas con la planeación del talento humano, la distribución de cargas laborales y la gestión operativa del servicio, al representar de manera consolidada el volumen real de atención brindada.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador de oportunidad de respuesta a interconsulta evalúa la eficiencia del servicio en la atención oportuna de las solicitudes clínicas, siendo un componente clave de la productividad y la gestión del tiempo.

Si bien el análisis del año 2025 se encuentra en proceso de consolidación debido a la disponibilidad parcial de información en algunos meses, los datos preliminares evidencian una mejora significativa en los tiempos de respuesta en comparación frente al año 2024.

El tiempo de respuesta a interconsulta puede superar las 24 horas en algunas especialidades del proceso de Terapia y Rehabilitación, como fonoaudiología, terapia ocupacional y rehabilitación cardíaca, debido a que no cuentan con cobertura permanente durante fines de semana y días no hábiles. En estos casos, las interconsultas son atendidas en el siguiente día hábil, sin que esto represente una falla en la gestión del servicio, sino una condición propia del modelo de operación.

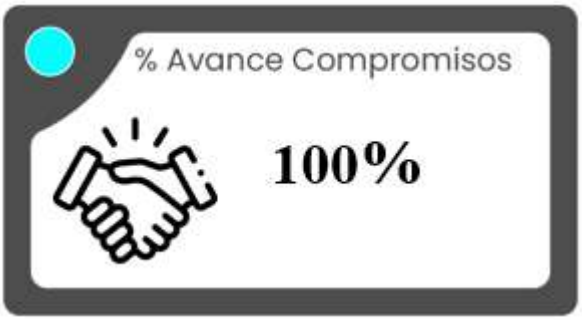
Una vez se complete la recolección de la información del periodo, el indicador permitirá realizar un análisis más detallado y establecer acciones de mejora continua orientadas a mantener y fortalecer la oportunidad en la atención.

6. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.



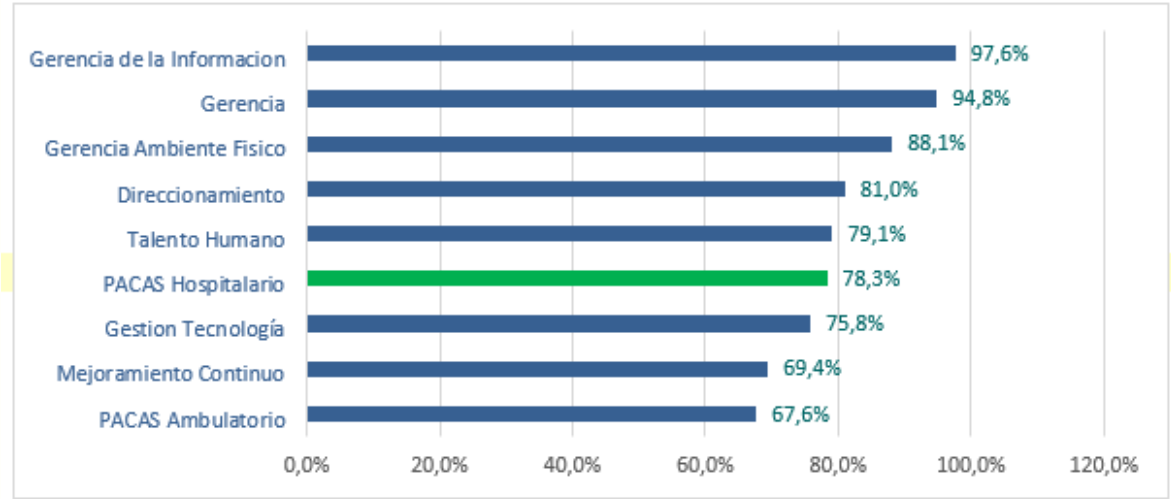
Vigilado Supersalud

Indicadores.

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS hospitalario arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

7. LECCIONES APRENDIDAS

- La implementación y fortalecimiento de indicadores de gestión clínica, productividad y seguridad del paciente permitió una toma de decisiones más objetiva y basada en datos reales, optimizando el uso del recurso humano y mejorando la planificación del servicio.
- El aumento del nivel de exigencia en la auditoría de historias clínicas evidenció oportunidades de mejora en el registro asistencial, demostrando que auditorías más rigurosas generan información más precisa y útil para la mejora continua del proceso.
- La actualización y socialización permanente de protocolos favoreció una alta adherencia del personal, contribuyendo a la estandarización de la atención, la disminución de riesgos y el fortalecimiento de la seguridad del paciente.
- La implementación de programas específicos de rehabilitación (oncología, cáncer de mama, rehabilitación cardiopulmonar, audiología) demostró que los modelos especializados permiten mejorar la calidad de la atención, ampliar la cobertura del servicio y responder de manera más efectiva a las necesidades de los pacientes.
- La optimización de la movilización temprana en UCI, apoyada en la adquisición de tecnología biomédica adecuada, evidenció un impacto positivo tanto en la productividad del servicio como en la reducción de riesgos asociados a caídas y lesiones del equipo asistencial.
- La experiencia del año 2025 permitió identificar la importancia de ajustar la interpretación de algunos indicadores a la realidad operativa del servicio, como la oportunidad de respuesta a interconsultas, considerando la cobertura diferencial de ciertas especialidades.

8. PROYECTOS 2026

Para el año 2026, el proceso de Terapia y Rehabilitación proyecta el desarrollo de iniciativas estratégicas orientadas al fortalecimiento de los servicios especializados, la optimización de los procesos asistenciales y la incorporación de soluciones innovadoras que aporten valor a la atención en salud. Estos proyectos buscan mejorar la experiencia del paciente, fortalecer la gestión clínica, optimizar el uso del recurso humano y promover la transformación digital del servicio, en coherencia con los objetivos institucionales y los principios de calidad y seguridad del paciente.

- Rehabilitación de piso pélvico: implementación y fortalecimiento del programa con el fin de ampliar la oferta de servicios especializados, mejorar la calidad de vida de los pacientes y responder a necesidades específicas en salud funcional, con impacto positivo en la atención ambulatoria y la sostenibilidad del servicio.
- Implementación de rehabilitación cardíaca fases II y III: puesta en marcha del programa con el objetivo de ampliar la continuidad del cuidado cardiovascular, favorecer la recuperación funcional de los pacientes y fortalecer las estrategias de prevención secundaria, alineadas con los lineamientos clínicos y las necesidades institucionales.
- Simposio de cáncer de mama: desarrollo de un espacio académico y científico orientado a la actualización del talento humano, el fortalecimiento del abordaje

Vigilado Supersalud

interdisciplinario y la visibilizarían del rol de la rehabilitación en el proceso integral de atención de pacientes oncológicos.

- Proyecto de innovación tecnológica en UCI: implementación de la digitalización de parámetros ventilatorios y resultados de gases arteriales y venosos mediante su integración con la plataforma institucional, con el objetivo de optimizar tiempos del personal asistencial, mejorar la trazabilidad clínica, disminuir la transcripción manual y reducir el uso de papel.
- Implementación de nuevos indicadores del proceso: medición de indicadores específicos por subprograma (terapia física, respiratoria, ocupacional y fonoaudiología), así como indicadores de seguridad del paciente asociados a ventilación mecánica, que permitan fortalecer la gestión clínica, el seguimiento de resultados y la toma de decisiones basada en datos

FARMACIA

1. PRINCIPALES LOGROS:

Durante la vigencia 2025, el Servicio Farmacéutico consolidó avances estratégicos orientados al fortalecimiento de la seguridad del paciente, la excelencia operativa, la transformación digital y la sostenibilidad financiera. El cumplimiento del 100% de las iniciativas del Plan Operativo Anual (POA) evidencia una gestión estructurada bajo principios de mejora continua y gestión del riesgo.

- Fortalecimiento del talento humano y cultura de seguridad: Se diseñó e implementó el Plan de Capacitación Técnica del Servicio Farmacéutico, ejecutando 20 acciones formativas de alto impacto, orientadas a farmacoterapia, gestión del riesgo, manejo de conflictos y fortalecimiento de procedimientos institucionales. Se alcanzó un nivel promedio de satisfacción del 92% en las actividades de formación, respaldado por la aplicación del 100% de la matriz de seguimiento, garantizando trazabilidad y control del proceso. Como conclusión del proceso evaluativo, se estableció para 2026 la transición hacia indicadores de impacto en el puesto de trabajo, fortaleciendo la medición de transferencia del conocimiento.

- Generación de conocimiento institucional: Se diseñó y ejecutó el I Simposio de Uso Seguro de Medicamentos, bajo el enfoque de “Medicación Humanizada”, con participación multidisciplinaria y socialización de resultados en la rendición de cuentas institucional. Este espacio posicionó al servicio farmacéutico como actor estratégico en educación sanitaria y cultura de seguridad clínica.

- Consolidación de la gestión clínica farmacéutica: Se reestructuraron las funciones del servicio priorizando la atención asistencial directa al paciente. Se implementó el proyecto de farmacia clínica en la UCI, asignando un químico farmacéutico para la conciliación de medicamentos, minimizando riesgos asociados a errores de medicación. Se ampliaron las consultas especializadas en oncología y la cobertura del programa de artritis, fortaleciendo la intervención farmacéutica integral. Se crearon e implementaron indicadores específicos del programa, con seguimiento en el Comité de Farmacia y Terapéutica, mejorando la oportunidad y calidad de la atención farmacológica.

- Educación al paciente y experiencia del usuario: Se implementó el programa institucional de educación en uso seguro de medicamentos, desarrollando material impreso, contenido audiovisual y estrategias digitales. Se estableció el indicador ID-1182: Porcentaje de satisfacción del usuario en el Servicio de Farmacia, evidenciando una tendencia positiva asociada a mejoras en la oportunidad de entrega y gestión de pendientes.

- Transformación digital del servicio farmacéutico: Se automatizó el envío del horario farmacoterapéutico para pacientes con artritis reumatoide mediante Power Automate,

Vigilado Supersalud

reduciendo tiempos operativos y minimizando errores de transcripción. Se inició la estandarización del modelo para su futura expansión a patologías con esquemas complejos.

- Madurez del modelo logístico con operador externo: Se documentaron los procesos críticos del manual de servicio con el operador logístico, incluyendo recepción, almacenamiento, distribución, inventarios y gestión de devoluciones. Se establecieron indicadores de desempeño y seguimiento en el Comité de Farmacia y Terapéutica para asegurar el cumplimiento del Acuerdo de Nivel de Servicio (SLA). El monitoreo permitió ajustes operativos que se reflejaron en entregas más oportunas y mejora de la satisfacción del usuario.

- Optimización de recursos y sostenibilidad financiera: Se actualizaron instrumentos institucionales para el manejo de desechos de medicamentos y se socializó el proceso con la alta dirección, posicionando el indicador como métrica clínica y financiera. El seguimiento mensual evidenció una tendencia sostenida a la disminución del desecho de quimioterapias, mediante mejoras en preparación, fraccionamiento y dispensación. Se implementó análisis de causalidad con Auditoría Médica para eliminar causas raíz y fortalecer el uso racional de medicamentos de alto costo.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Capacitación técnica del servicio farmacéutico	Fortalecer las competencias técnicas y habilidades del talento humano del servicio farmacéutico mediante un plan estructurado de formación alineado con las necesidades institucionales.	100%	31/12/2025	La ejecución del plan permitió consolidar un equipo más competente y orientado a la seguridad del paciente, generando bases para evolucionar hacia indicadores de impacto en el desempeño laboral.
Simposio de uso seguro de medicamentos	Crear un espacio académico multidisciplinario para promover la medicación	100%	31/12/2025	El simposio fortaleció la gestión del conocimiento institucional y

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	humanizada y el uso seguro de medicamentos, integrando conocimiento clínico en la cultura organizacional.			posicionó al servicio farmacéutico como líder en estrategias de seguridad del paciente.
Fortalecimiento del programa de atención farmacéutica	Optimizar la atención farmacéutica mediante la reorganización del servicio, ampliación de consultas especializadas e implementación de indicadores para el seguimiento clínico.	100%	31/12/2025	Se consolidó un modelo asistencial con mayor participación del químico farmacéutico en la toma de decisiones terapéuticas, mejorando la calidad y oportunidad de la atención.
Educación al paciente sobre el uso adecuado de medicamentos	Implementar un programa educativo que fortalezca el conocimiento del paciente y promueva el uso seguro de los medicamentos mediante material didáctico y estrategias digitales.	100%	31/12/2025	La estrategia contribuyó a mejorar la experiencia del usuario y a reducir riesgos asociados al uso inadecuado de medicamentos.
Automatización del seguimiento farmacoterapéutico	Automatizar el envío de horarios farmacoterapéuticos para pacientes con artritis reumatoide con el fin de reducir errores operativos y mejorar la eficiencia del proceso.	100%	31/12/2025	La iniciativa marcó un avance en la transformación digital del servicio, optimizando tiempos y fortaleciendo la seguridad en la gestión farmacológica.

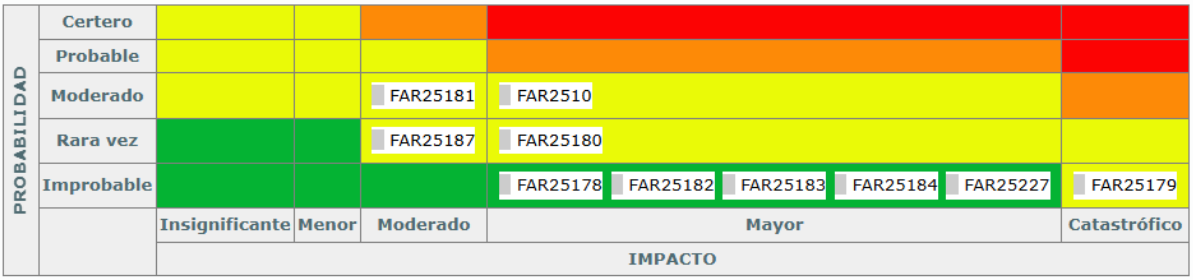
Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Implantación del modelo con operador logístico	Implementar un modelo documentado de operación logística que garantice trazabilidad en los procesos de recepción, almacenamiento, distribución e inventarios, mediante indicadores de desempeño.	100%	31/12/2025	El seguimiento sistemático permitió mejorar la oportunidad en la entrega de medicamentos y elevar la satisfacción del usuario, fortaleciendo el control del servicio tercerizado.
Optimización de desechos de medicamentos oncológicos	Actualizar instrumentos institucionales y analizar las causas del desecho de medicamentos para reducir pérdidas económicas y promover el uso racional de terapias de alto costo.	100%	31/12/2025	Se evidenció una tendencia a la disminución del desecho, generando impacto financiero positivo y mayor eficiencia en la gestión de recursos.

3. GESTIÓN DEL RIESGO

La gestión del riesgo del Servicio Farmacéutico se encuentra estructurada en la matriz institucional de riesgos de Almera, la cual permite identificar, analizar y tratar de manera sistemática los eventos que pueden impactar la seguridad del paciente, la continuidad operativa y el cumplimiento normativo.

Vigilado Supersalud



5 - 50,0%	Bajo	5 - 50,0%	Medio	0 - 0,0%	Alto	0 - 0,0%	Extremo

Total escenarios: 10

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para la vigencia 2025 se identificaron 10 riesgos críticos del proceso de farmacia, posterior a la evaluación de controles se determinó que:

- 0 riesgos se encuentran en zona alta.
- 5 riesgos se ubican en zona media (50%).
- 5 riesgos se encuentran en zona baja (50%).

Este comportamiento evidencia un adecuado diseño e implementación de controles preventivos, los cuales han permitido mantener los riesgos dentro de niveles aceptables para la organización,

Principales riesgos del proceso y evaluación del control

1. Riesgos asociados a la cadena de suministro (selección, adquisición y desabastecimiento): Se identificaron riesgos relacionados con la selección inadecuada de proveedores, adquisición de medicamentos no conformes y retrasos en la entrega, los cuales podrían generar impacto clínico e institucional

Gestión del control: Se han fortalecido los procesos de evaluación de proveedores, seguimiento a pendientes y monitoreo de inventarios, reduciendo la probabilidad a niveles improbables o moderados y manteniendo el riesgo residual en zonas baja y media

Vigilado Supersalud

3. Riesgo de ingreso de medicamentos o dispositivos no conformes en la recepción técnica: Puede afectar la calidad terapéutica y la seguridad institucional.

Gestión del control: La estandarización de la recepción técnica, junto con verificaciones documentales y controles de calidad inicial, ha permitido mantener un impacto moderado y una zona de riesgo media, evidenciando control operativo del proceso.

4. Riesgos en almacenamiento y conservación de medicamentos.

Relacionados con fallas en condiciones ambientales o manejo inadecuado.

Gestión del control: Los controles de temperatura, humedad y seguimiento a condiciones de almacenamiento han disminuido la probabilidad a nivel improbable, posicionando el riesgo en zona baja.

5. Riesgos clínicos del proceso de uso de medicamentos (prescripción, dispensación y gestión asistencial).

Incluyen la probabilidad de errores de medicación o prácticas asistenciales inadecuadas con potencial impacto mayor en el paciente.

Gestión del control: La implementación de barreras de seguridad, validación farmacéutica y seguimiento mediante farmacovigilancia ha evitado la materialización significativa del riesgo, manteniéndolo principalmente en zona baja.

6. Riesgo de incumplimiento de políticas institucionales y regulatorias.

Podría derivar en hallazgos regulatorios o afectación reputacional.

Gestión del control: La socialización de procedimientos, auditorías internas y seguimiento a indicadores han reducido la ocurrencia a eventos raros, con impacto moderado y riesgo residual medio.

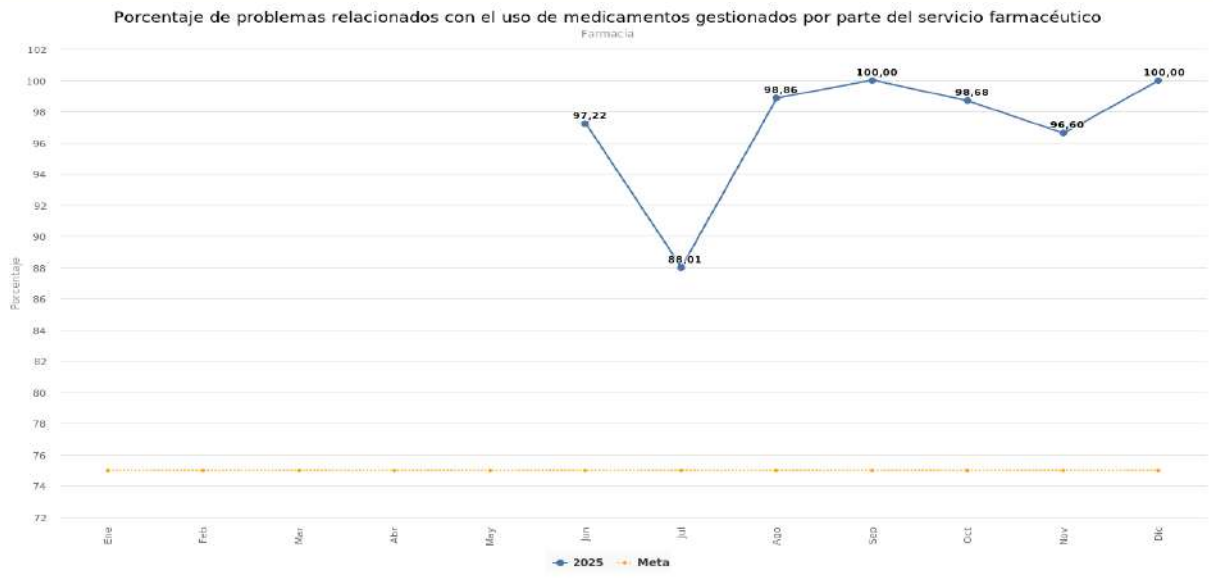
Materialización del riesgo

Durante el periodo evaluado no se evidencian riesgos en zona alta ni eventos con impacto catastrófico materializado, lo que refleja la efectividad de los controles implementados.

Los eventos identificados corresponden principalmente a desviaciones operativas controladas mediante acciones correctivas inmediatas, sin comprometer la seguridad del paciente ni la continuidad del servicio.

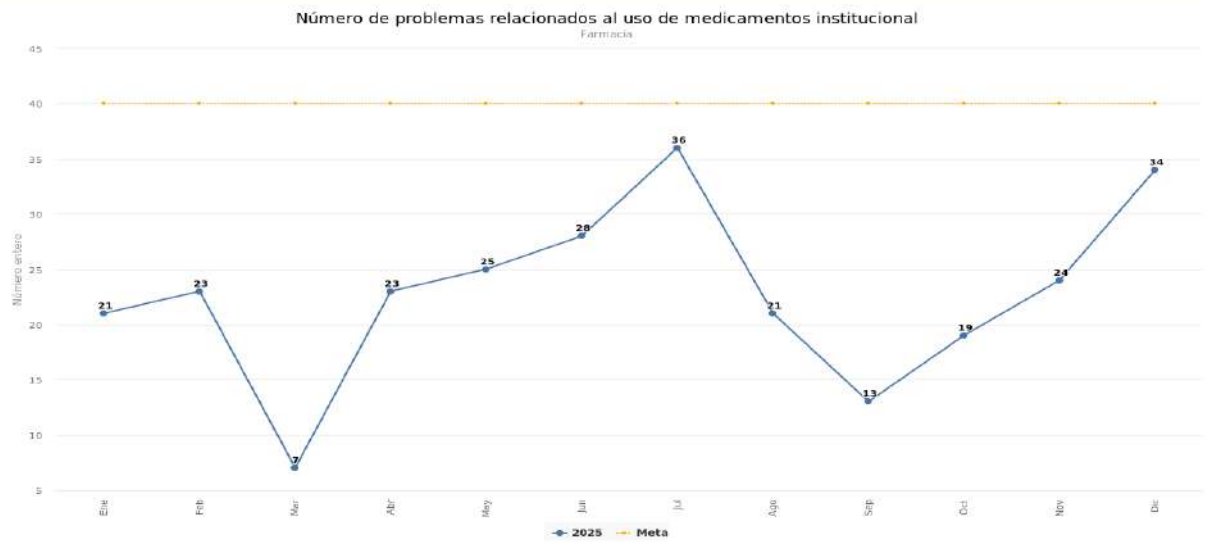
Vigilado Supersalud

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



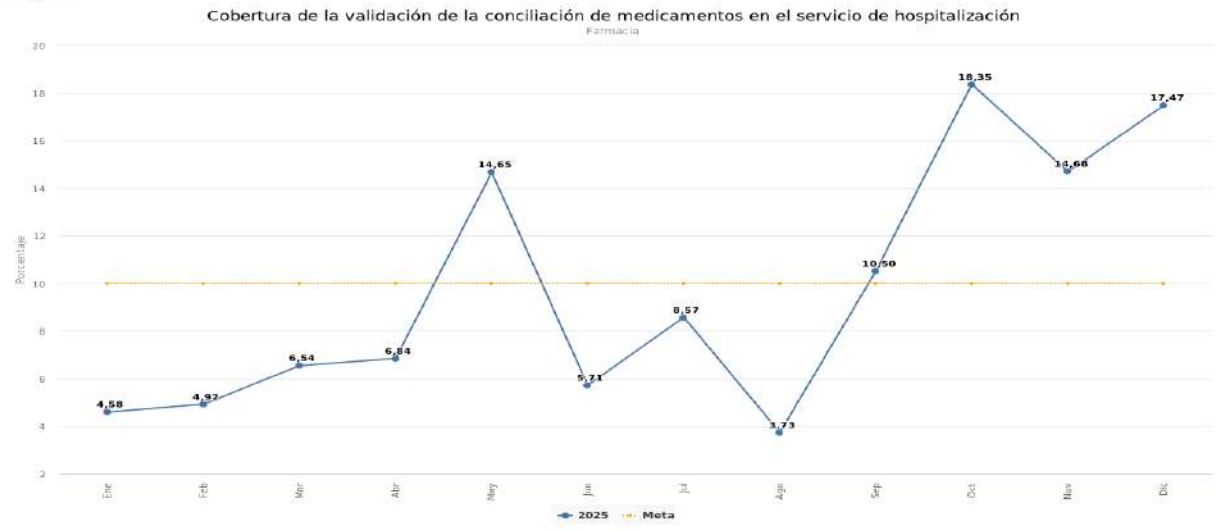
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador evalúa la capacidad resolutiva del servicio farmacéutico frente a los riesgos farmacoterapéuticos identificados. Un resultado favorable evidencia no solo detección, sino intervención efectiva del químico farmacéutico, lo que fortalece el modelo de atención preventiva. Su comportamiento está directamente relacionado con la madurez de la farmacia clínica y el trabajo articulado con el equipo asistencial.



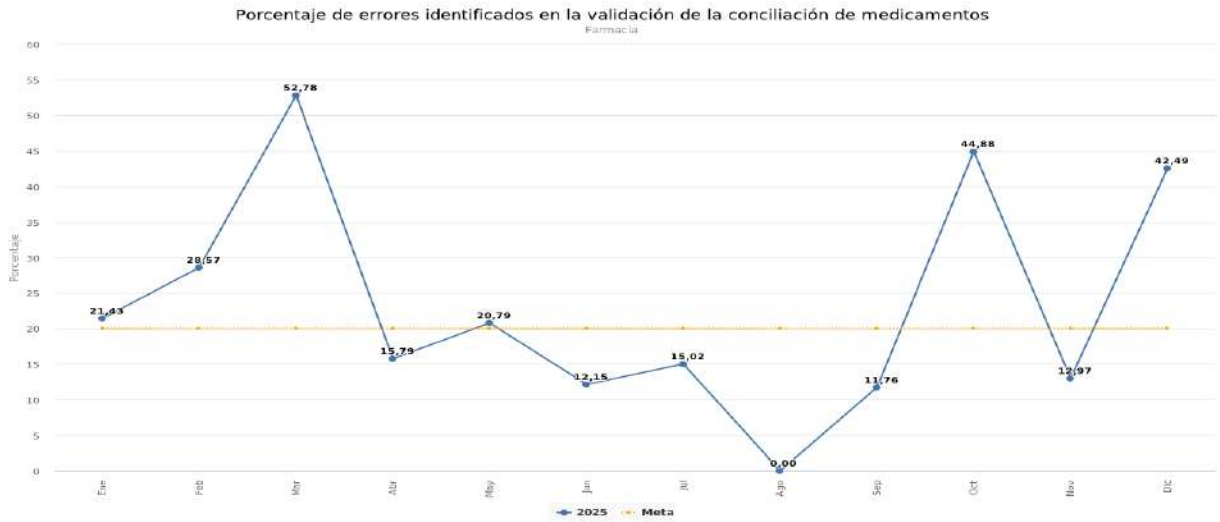
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Permite dimensionar el nivel de exposición al riesgo farmacológico dentro de la institución. Un incremento no necesariamente representa un deterioro del proceso; por el contrario, indica mayor sensibilidad del sistema de vigilancia y fortalecimiento de la cultura de reporte.



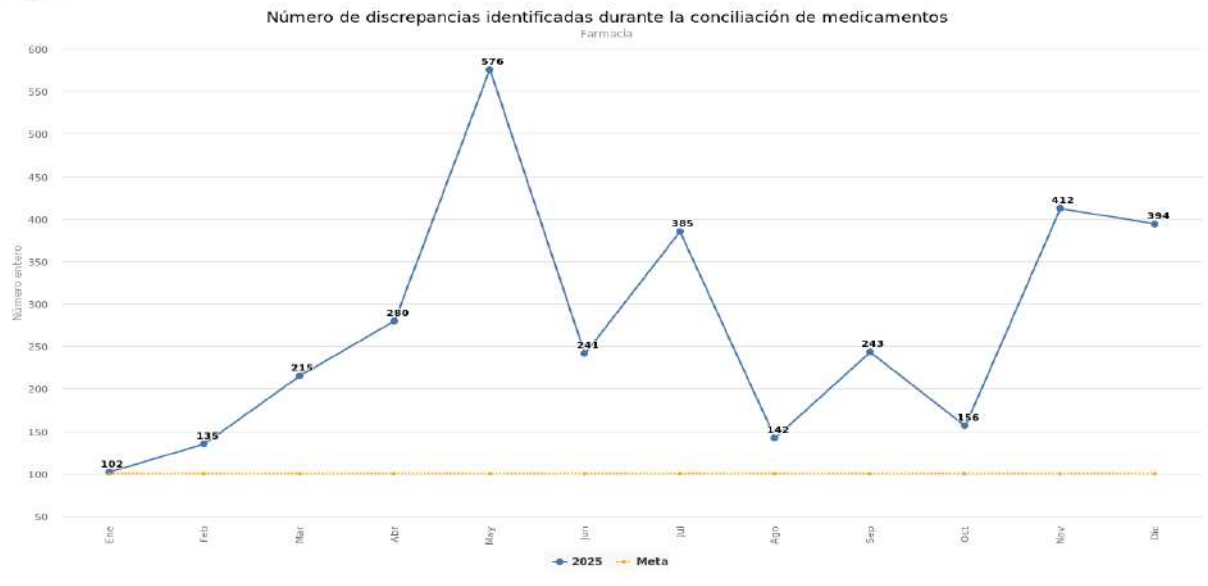
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador mide el grado de participación del químico farmacéutico en uno de los procesos más críticos para la seguridad del paciente: las transiciones del cuidado. Una alta cobertura reduce significativamente la probabilidad de omisiones, duplicidades, interacciones y errores de continuidad terapéutica, posicionando al servicio farmacéutico como barrera clave de seguridad clínica.



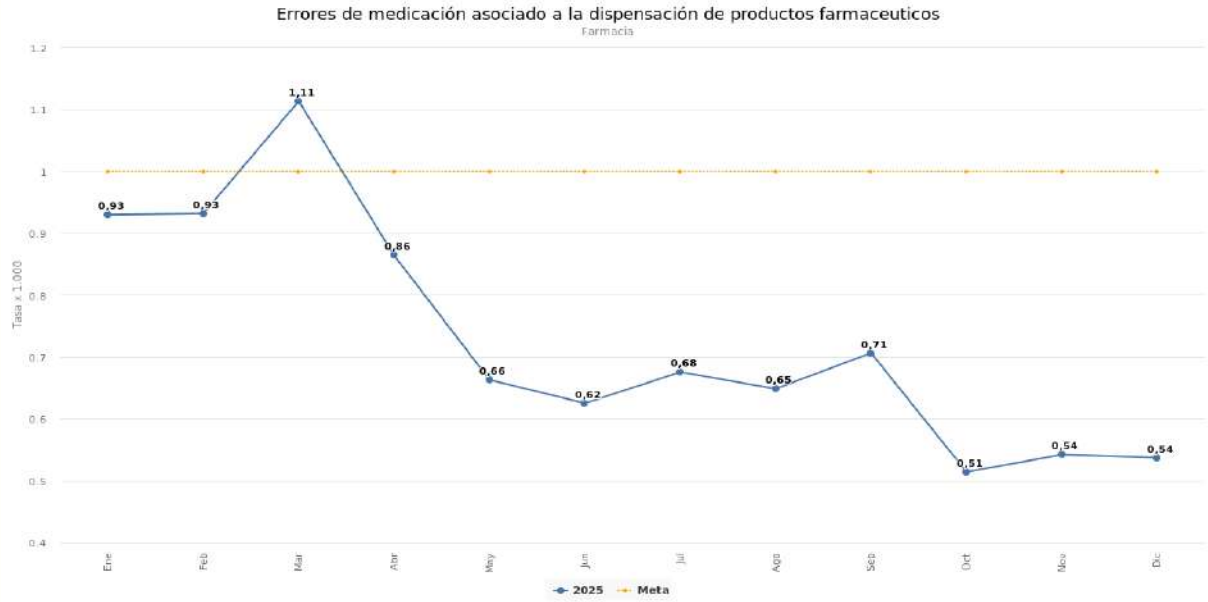
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador refleja la efectividad técnica del proceso de conciliación. La identificación de errores debe interpretarse como evidencia de un control robusto y no como una falla del sistema. Este indicador demuestra la capacidad del servicio para anticiparse a eventos adversos y evitar su materialización.



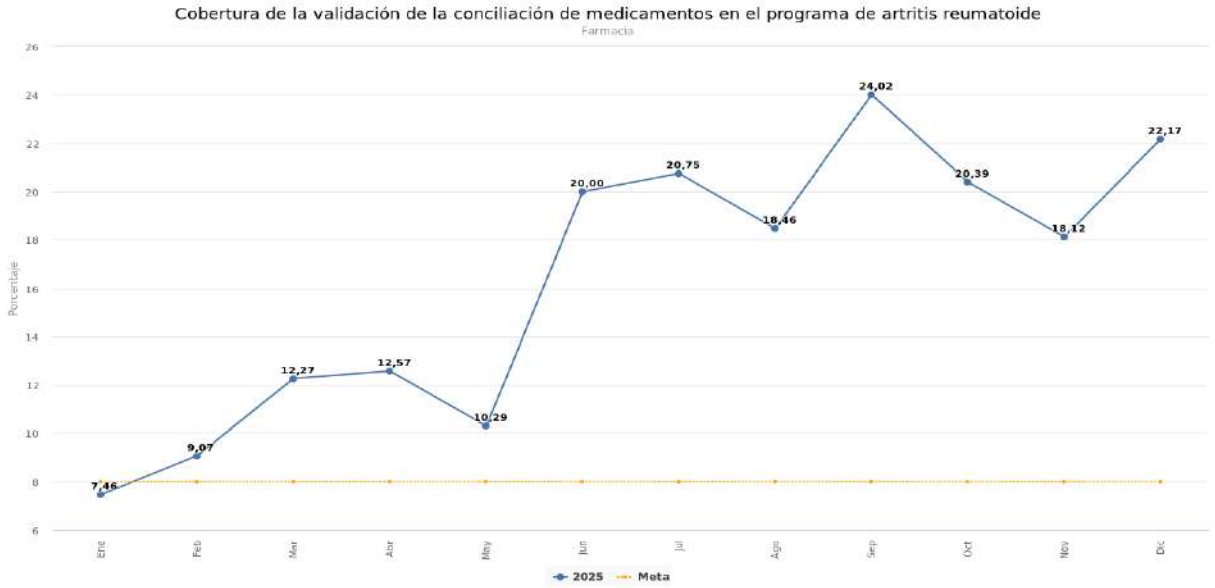
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador complementa la medición del riesgo clínico al evidenciar diferencias entre la farmacoterapia previa y la prescrita. Su detección temprana permite intervenciones oportunas que previenen eventos adversos, especialmente en pacientes crónicos o polimedicados. Este es un indicador altamente asociado a la gestión preventiva.



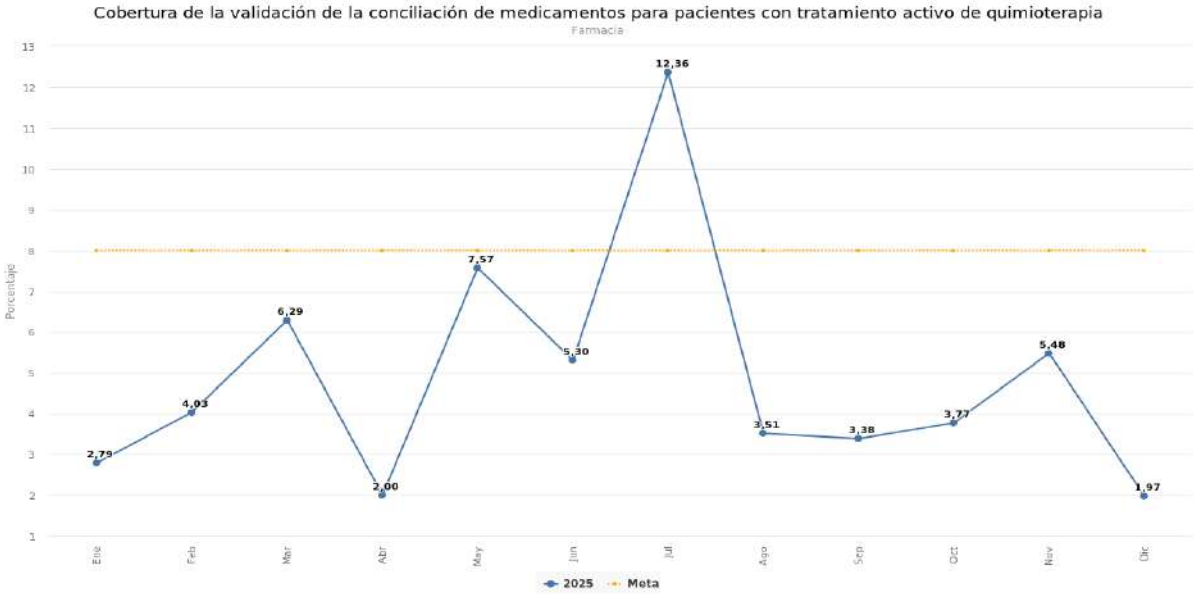
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se considera un indicador trazador de la seguridad del paciente y de la confiabilidad del proceso de dispensación. Su comportamiento refleja el nivel de estandarización, la adherencia a protocolos y la efectividad de las barreras de verificación.



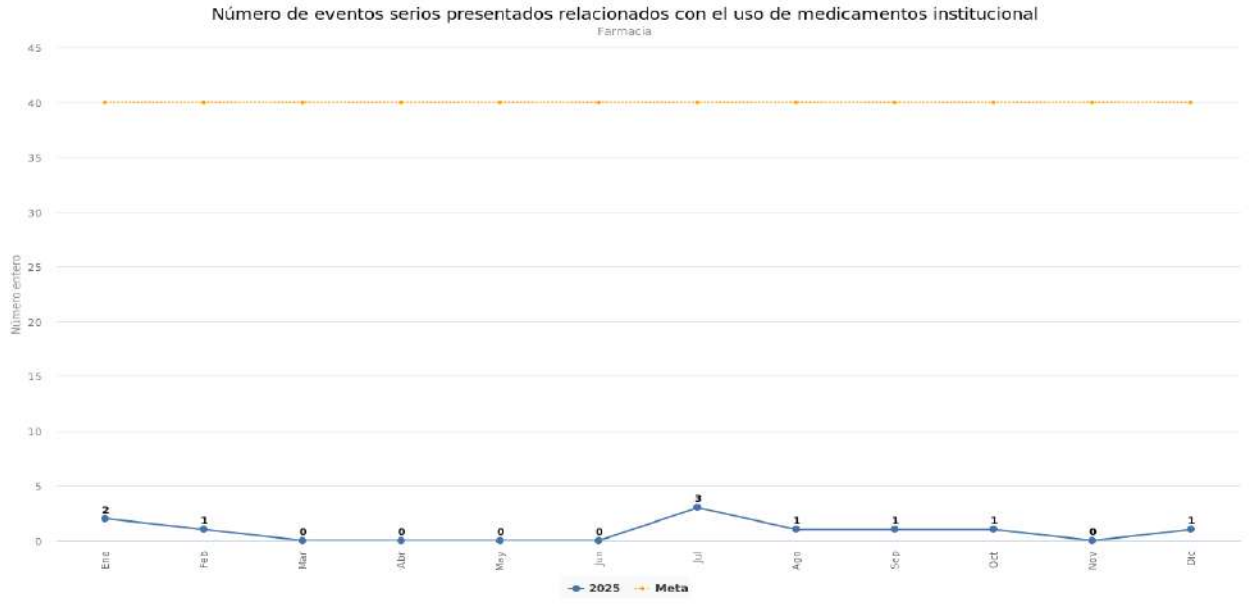
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador evidencia la expansión del modelo clínico hacia programas especializados con tratamientos complejos y de uso crónico, demostrando una gestión farmacéutica más cercana al paciente, favoreciendo la adherencia terapéutica y la detección temprana de problemas relacionados con medicamentos.



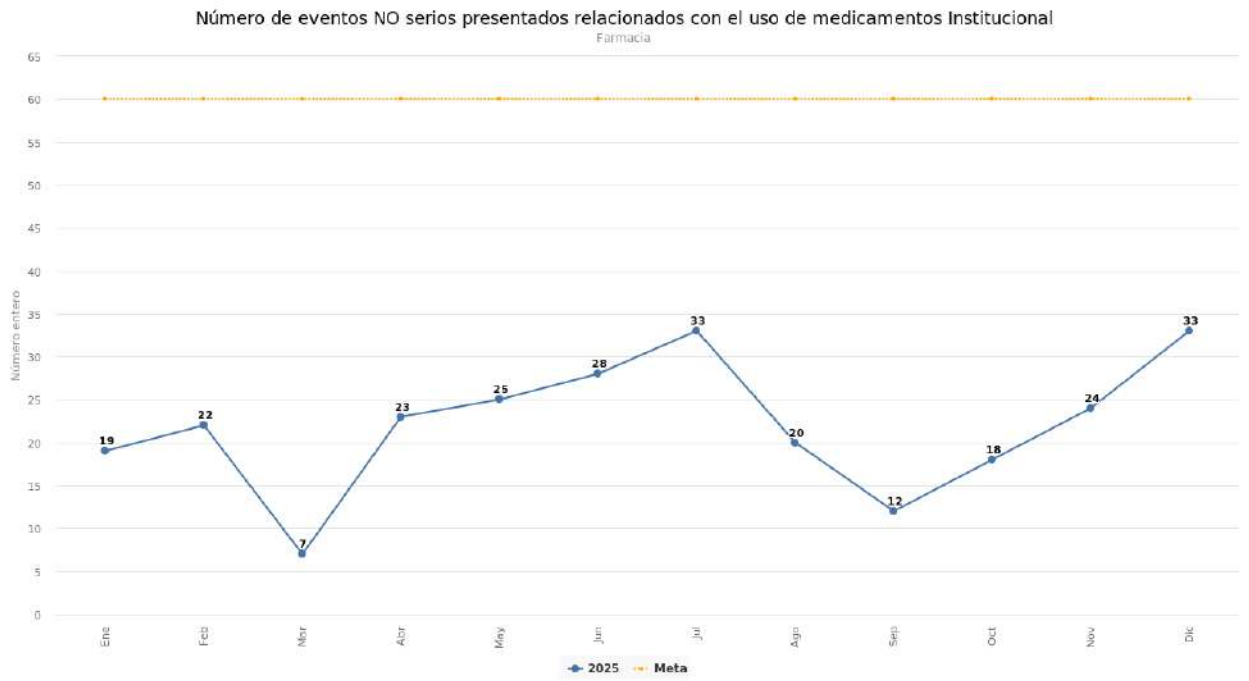
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador representa una práctica crítica debido al alto riesgo de toxicidad, interacciones y eventos adversos en pacientes oncológicos. Una adecuada cobertura refleja priorización de poblaciones vulnerables y fortalece la gestión del riesgo clínico en escenarios de alta complejidad.



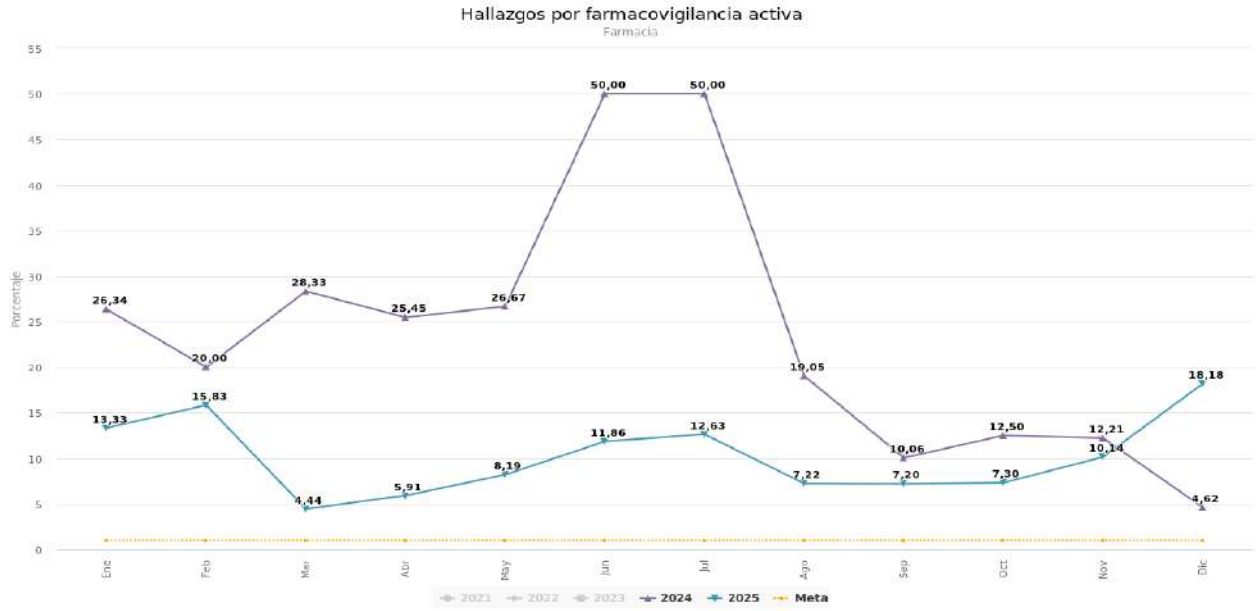
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este en un indicador de eventos serios que permite evaluar la efectividad global de las barreras de seguridad del sistema de medicación. La ocurrencia de estos eventos exige análisis de causalidad exhaustivo dado su potencial impacto clínico, legal y reputacional.



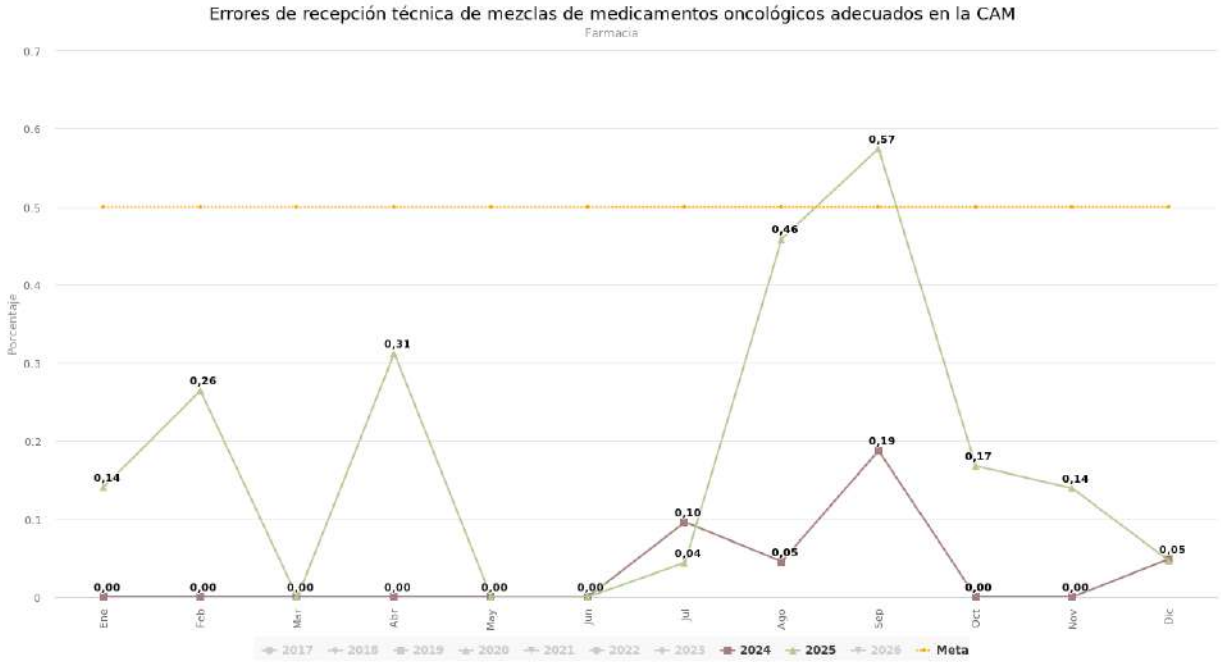
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador ffunciona como una alerta temprana, ya que permite identificar patrones de riesgo antes de que escalen a eventos graves. Su monitoreo favorece la mejora continua y el fortalecimiento de estrategias preventivas dentro del programa de seguridad del paciente.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

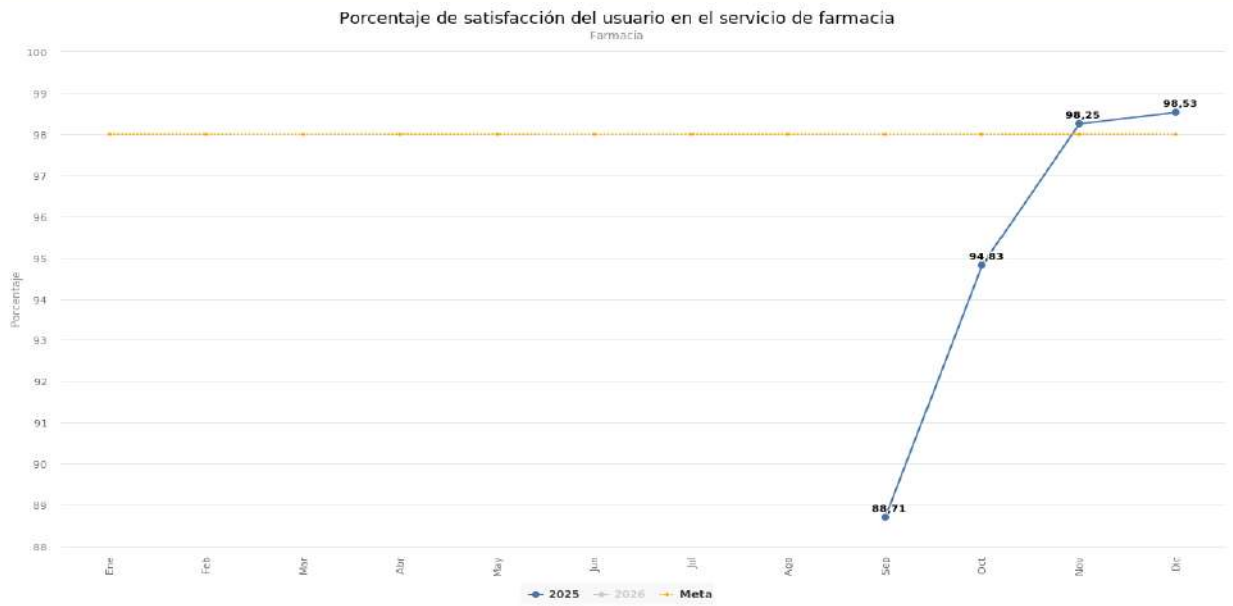
Este indicador mide el nivel de proactividad del servicio farmacéutico en la identificación de reacciones adversas y fallas terapéuticas. Un mayor número de hallazgos suele asociarse con una cultura institucional sólida de vigilancia y reporte, más que con un aumento real del riesgo.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador actúa como una barrera temprana dentro de la cadena de uso de medicamentos de alto riesgo. Su control es fundamental para evitar la administración de preparados no conformes y reducir la probabilidad de eventos adversos graves, además de mitigar riesgos regulatorios.

5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador evalúa la percepción del usuario frente a la calidad del servicio recibido, incluyendo variables como oportunidad en la dispensación, trato humanizado, claridad en la información y resolutividad. Su comportamiento permite identificar brechas en la experiencia del paciente y priorizar acciones de mejora centradas en la atención. Niveles altos de satisfacción se asocian con mayor adherencia terapéutica, confianza institucional y fortalecimiento de la imagen del servicio farmacéutico.

6. INDICADORES DE CULTURA:

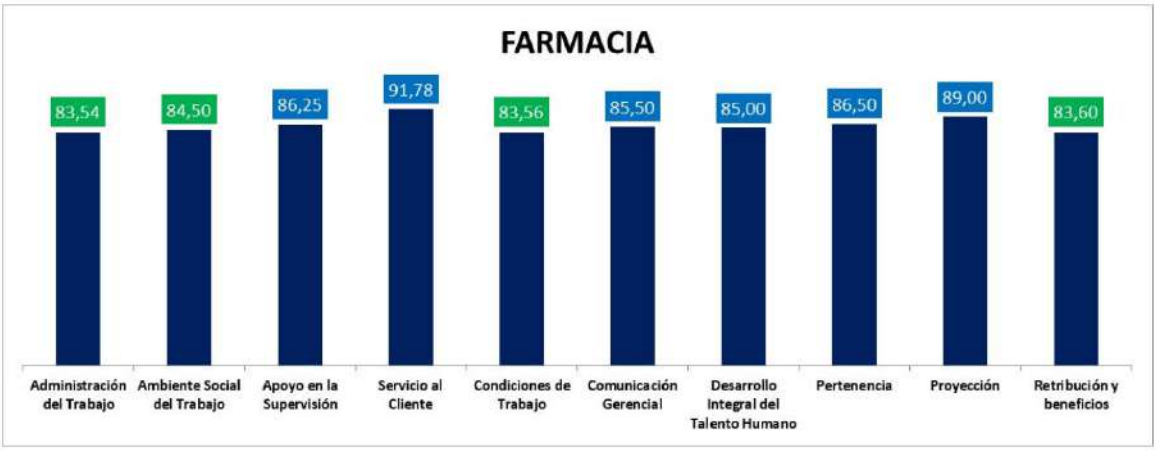
El clima fue de: 85,83

8,53

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%

Fuente: Informe talento humano



Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%

Fuente: Informe talento humano

Para la vigencia 2025, el Servicio Farmacéutico evidenció resultados favorables en los indicadores de cultura organizacional, reflejando condiciones que contribuyen a la estabilidad operativa y al fortalecimiento del desempeño del proceso.

En la encuesta de Cultura y Clima Organizacional, el servicio alcanzó un resultado general de 85,83, ubicándose en la Zona Wow (≥85%), clasificación que corresponde a ambientes laborales altamente favorables y con adecuados niveles de compromiso del talento humano. Este resultado respalda la consolidación de equipos de trabajo orientados a la calidad, el trabajo colaborativo y la mejora continua.

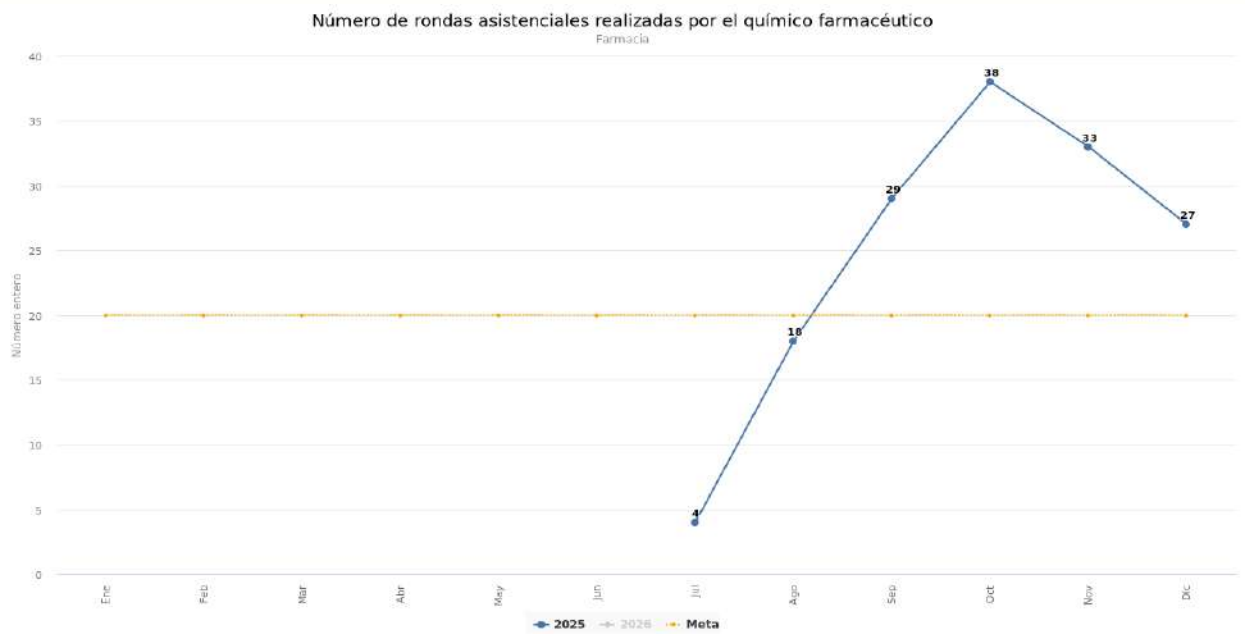
En cuanto a la rotación de personal, el seguimiento institucional del indicador ha permitido monitorear la estabilidad del equipo y gestionar oportunamente las

Vigilado Supersalud

necesidades del talento humano, favoreciendo la continuidad del conocimiento técnico y la estandarización de los procesos del servicio.

De manera global, estos resultados evidencian un entorno organizacional que soporta la implementación de estrategias del Servicio Farmacéutico y facilita el cumplimiento de los objetivos institucionales.

7. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador evidencia la productividad clínica del profesional farmacéutico y su integración en el equipo multidisciplinario. No solo mide volumen de actividad, sino expansión del rol hacia un modelo asistencial. Su crecimiento suele correlacionarse con la detección temprana de riesgos y mejores resultados en seguridad del paciente.

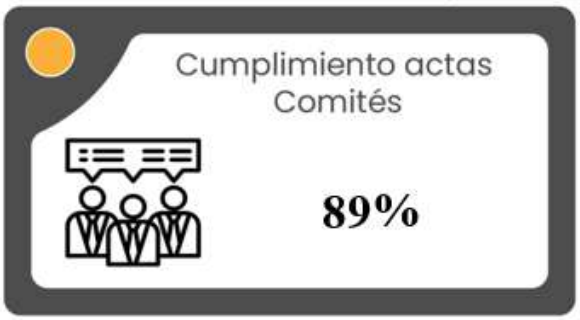
8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

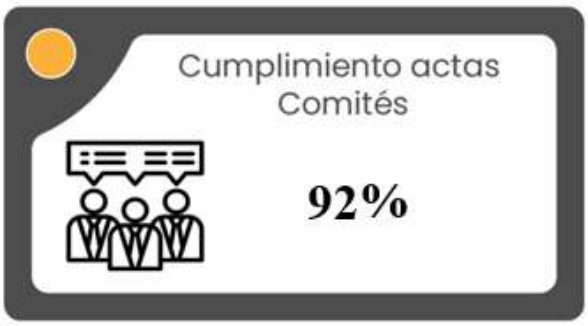
Cumplimiento Cargue de Actas.

Gestión de Medicamentos

Comité Gases Medicinales



Comité PROA



Comité Farmacia y Terapéutica

Cumplimiento actas Comités

96%

Comité Farmacovigilancia

Cumplimiento actas Comités

88%

Cumplimiento actas EAE

97%

Cumplimiento actas Comités

100%

Gestión de Medicamentos

Avance de Compromisos.

% Avance Compromisos

83.3%

Indicadores.

Cargue de indicadores

91,6%

Análisis de indicadores

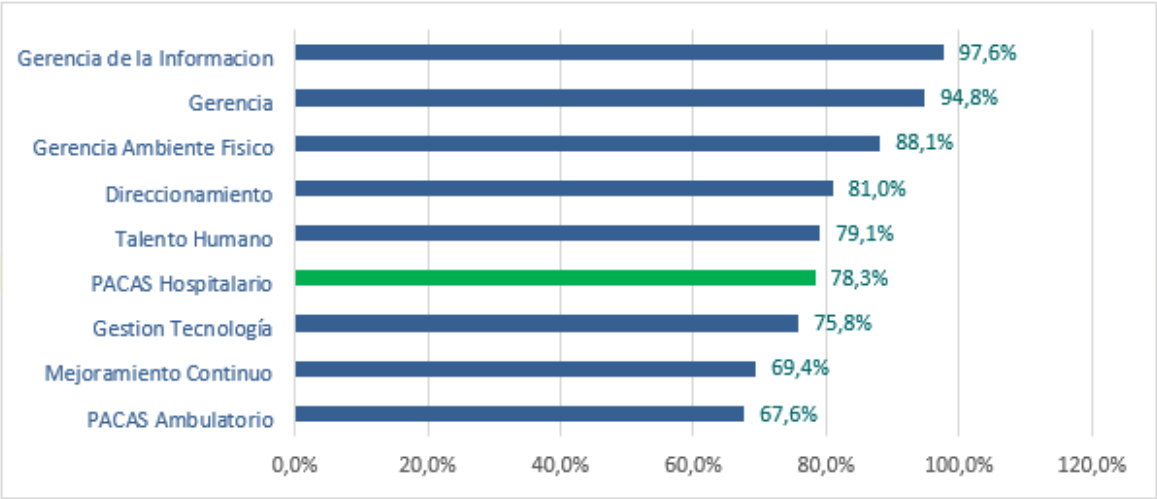
90,7%

Vigilado Supersalud

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS hospitalario arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

Durante la vigencia 2025, el análisis de los resultados del Servicio Farmacéutico permitió identificar aprendizajes clave que fortalecen la gestión clínica, operativa y administrativa del proceso, orientando la toma de decisiones para el año 2026 bajo un enfoque de seguridad del paciente, eficiencia institucional y mejora continua.

Lecciones positivas:

- El fortalecimiento de la validación farmacéutica y la conciliación de medicamentos contribuyó a la detección temprana de discrepancias y problemas relacionados con el uso de medicamentos, impactando favorablemente la seguridad del paciente.
- La farmacovigilancia activa permitió identificar riesgos asociados a la farmacoterapia de manera oportuna, favoreciendo la implementación de acciones preventivas y la reducción de eventos adversos.
- El incremento de las rondas asistenciales posicionó al químico farmacéutico como un actor estratégico dentro del equipo multidisciplinario, mejorando la efectividad clínica y promoviendo el uso seguro de los medicamentos.
- El seguimiento sistemático a los indicadores del proceso facilitó una gestión basada en datos, permitiendo priorizar riesgos, optimizar recursos y orientar acciones de mejora con mayor precisión.
- La medición de la satisfacción de los usuarios aportó información relevante para fortalecer la humanización del servicio y mejorar la experiencia del paciente.
- El control de procesos críticos, como la recepción técnica de mezclas oncológicas y la gestión de productos no conformes, reforzó la cultura de seguridad y la prevención del riesgo sanitario.

Oportunidades de mejora identificadas

- Se identificó la importancia de ampliar la cobertura de conciliación de medicamentos a poblaciones priorizadas, con el fin de minimizar riesgos durante las transiciones del cuidado.

Aprendizaje estratégico para el 2026

- El principal aprendizaje institucional es que la gestión del Servicio Farmacéutico debe continuar evolucionando desde un enfoque operativo hacia un modelo altamente clínico, preventivo y basado en riesgos, donde el uso de indicadores, la analítica de datos y la articulación con los equipos asistenciales permitan anticiparse a los eventos y no solo reaccionar ante ellos.

10. PROYECTOS 2026:

Para la vigencia 2026, el Servicio Farmacéutico orientará su gestión hacia el fortalecimiento del modelo clínico, la transformación digital, la sostenibilidad financiera y la generación de conocimiento, en alineación con los objetivos estratégicos institucionales, el marco normativo vigente y las tendencias globales en atención segura y uso racional de medicamentos.

Vigilado Supersalud

Optimización estratégica de la atención farmacéutica especializada

- Se priorizarán grupos terapéuticos de alto riesgo y complejidad para profundizar la gestión clínica del químico farmacéutico, mediante intervenciones como conciliación, seguimiento farmacoterapéutico y educación al paciente, garantizando el registro sistemático de resultados y la evaluación periódica de la efectividad clínica.

Implantación efectiva del modelo de operación con el operador logístico (SALUTIS)

- Se establecerán procesos operativos estandarizados, indicadores de desempeño y herramientas de retroalimentación para monitorear la eficiencia y calidad del servicio, promoviendo un modelo adaptable a las necesidades institucionales.

Desarrollo de la Central de Adecuación de Medicamentos

- Se diseñarán, construirán y equiparán las instalaciones necesarias para solicitar la certificación en Buenas Prácticas de Elaboración ante el INVIMA, realizando seguimiento a la calidad y eficiencia del proceso productivo.

Academia Farmacéutica Virtual – Ecosistema digital del conocimiento

- Se implementará un plan anual de contenidos a través de webinars, asegurando accesibilidad, participación del talento humano y evaluación continua de la calidad educativa.

Proyección científica y fortalecimiento de la investigación

- Se definirán líneas de investigación del servicio farmacéutico y se gestionará la elaboración y envío de trabajos científicos relacionados con farmacovigilancia, utilización de medicamentos e impacto clínico-económico, además de ejercicios de referenciación comparativa para adoptar mejores prácticas.

Programa “Escuelas de Pacientes y Cuidadores” para el uso seguro de medicamentos

- Se diseñará e implementará un programa educativo enfocado en medicamentos de alto riesgo, promoviendo la adherencia terapéutica, el reconocimiento de eventos adversos y el empoderamiento del paciente.

Excelencia formativa del talento humano del servicio farmacéutico

- Se desarrollará un programa anual de capacitación basado en brechas de conocimiento, incorporando metodologías innovadoras y evaluaciones periódicas de competencia técnica.

Vigilado Supersalud

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Para el año 2025 desde vigilancia epidemiológica se propone el plan operativo anual con ejecución al 100% de todas las actividades planificadas, en donde se resalta el análisis bajo la metodología IHI de toda la mortalidad institucional, cumplimiento de notificación obligatoria a entes de control dentro de las fechas establecidas.
- Teniendo en cuenta que los eventos de interés es salud pública son un lineamiento nacional por parte de instituto nacional de salud desde el área se planeó y se ejecutó el curso en plataforma Unitotal de rol de enfermería en eventos de interés en salud pública para involucrar a estos líderes ya que son una pieza fundamental el proceso de notificación que no solo depende del personal médico si no de los líderes de cada servicio , es por ello que se abrió el curso para todo el personal de enfermería y se ejecutó con una aprobación del 33.7% del total de la población de enfermería 140 jefes, adicionalmente este curso quedara en la plataforma como cursos de formación básica para todos los ingresos nuevo de enfermería.
- Cumplimiento de asistencias técnicas de ente de control Sivigila, salud mental, crónicas, transmisibles con una calificación promedio del componente del 97.33% para el año 2025.
- Cumplimientos de indicadores de calidad, oportunidad y cobertura al 100% de las estadísticas vitales según visitas de entes de control de estadística vital.
- Se logra para el año 2025 mantener el indicador de oportunidad en la notificación global en promedio para el año por encima del 98%, a lo cual se le añade la oportunidad semanal e inmediata con cumplimiento de meta institucional.
- Desde el punto de vista de oportunidades de mejora trabajadas por el área de vigilancia epidemiológica se destacan la 1097 y 1120 relacionadas a metodología de análisis de mortalidad las cuales fueron cerradas por la gestión realizada bajo la metodología IHI, adicionalmente se tiene la oportunidad de mejora 1099 con pirámide poblacional y nuevos programas o clínicas institucionales en donde se evidencia un cierre parcial y se seguirá trabajando con la ejecución del fortalecimiento de los resultados de dicho estudio poblacional y aplicación a las nuevas clínicas especializadas operando institucionalmente.

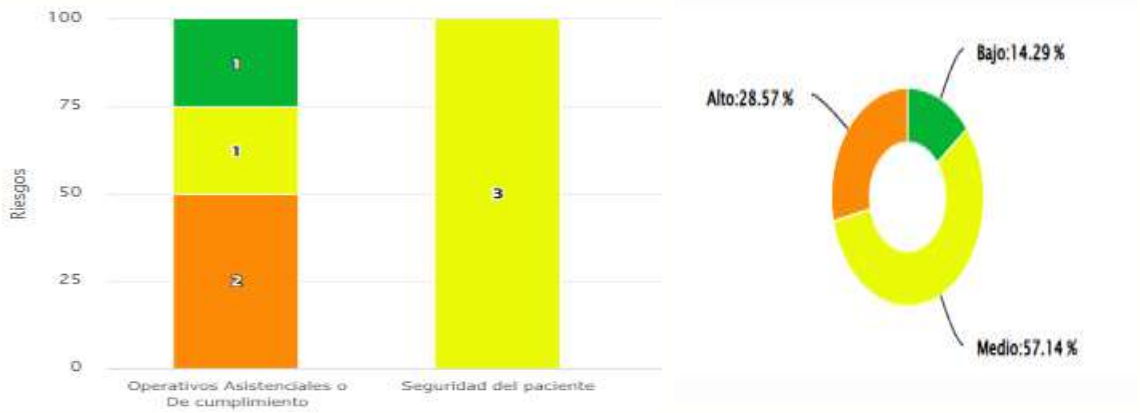
2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Acreditación en salud	Fomentar una cultura organizacional de excelencia e innovación	80%		Según perfil de morbilidad institucional de constituyen nuevas clínicas especializadas y

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
				con miras a nuevas propuestas.
Inclusión análisis de mortalidad metodología IHI en ALMERA	Centralizar metodología de análisis de mortalidad en herramienta de gestión documental institucional para dar trazabilidad y seguimiento de todas las estadísticas vitales	100%	31/08/2025	Se realiza seguimiento oportuno y veras de la mortalidad institucional en herramienta ALMERA lo cual nos lleva a disminución del riesgo de pérdida de información.

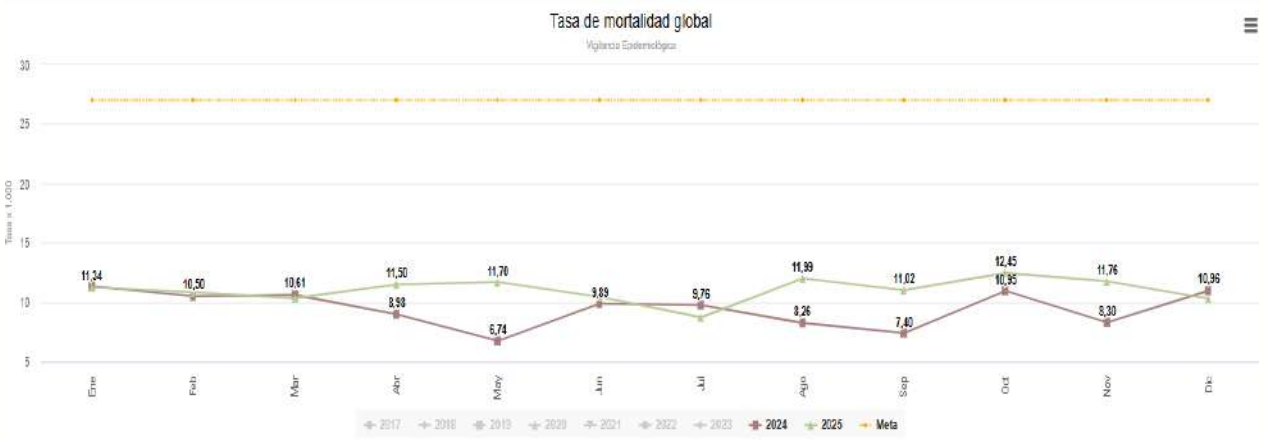
3. GESTIÓN DEL RIESGO



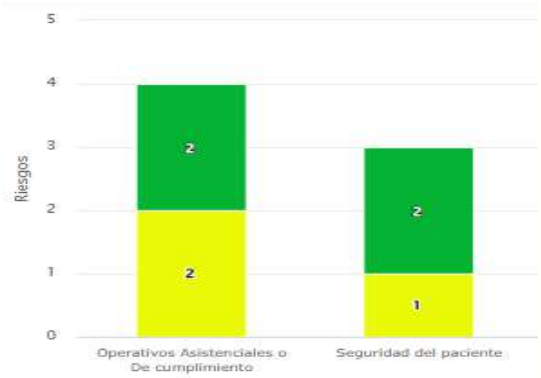
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

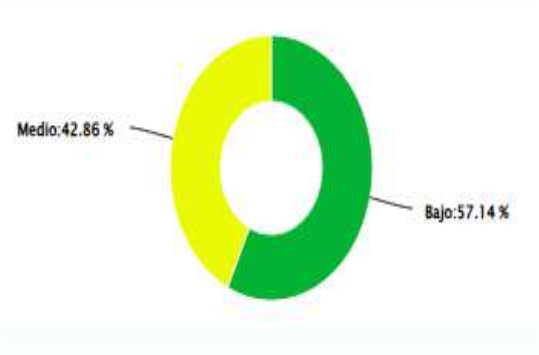
Desde el área de vigilancia epidemiológica relacionado a salud pública y estadísticas vitales se tienen dos riesgos específicos de cumplimiento , el primero probabilidad de afectación institucional por parte del ente de control en relación a estadísticas vitales y el segundo probabilidad de subregistro o no notificación de eventos de interés de salud pública que afecten la intervención del plan de respuesta de salud pública, en donde desde el área se plantean controles desde el cruce diario de bases, retroalimentaciones a líderes asistenciales , inducción e reinducción institucional a personal nuevo y antiguo y seguimiento diario de reportes críticos de laboratorio y de defunciones institucionales, por lo cual pasamos de 2 riesgos altos a 1 riesgo medio residual y 1 riesgo bajo residual por los controles establecidos

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA

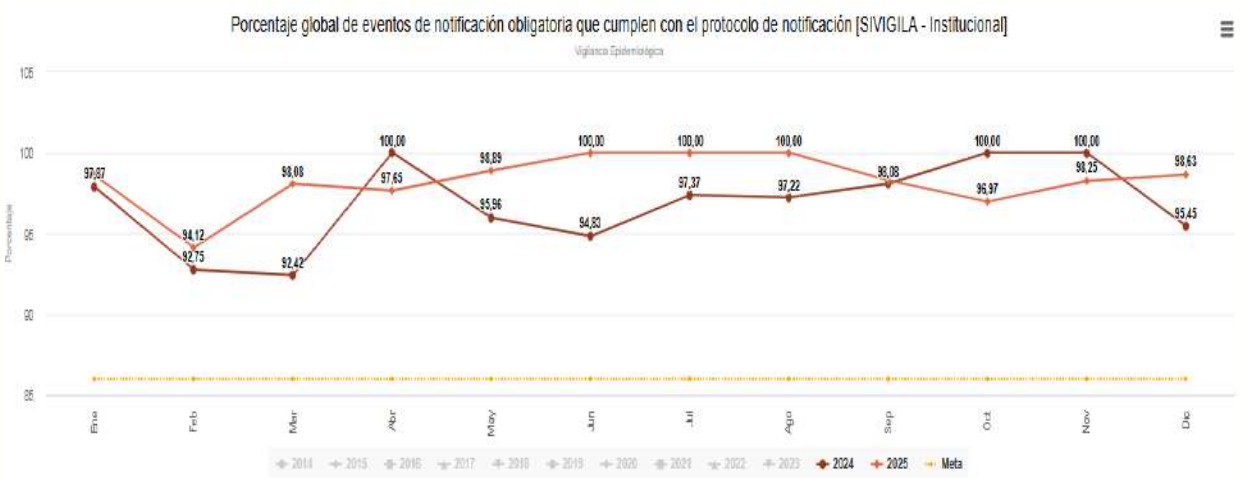


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera





Para el año 2025 se presentaron 647 defunciones con una tasa de mortalidad promedio de 11.02 anual con relación al año 2024 con 562 defunciones y una tasa promedio anual de 9.8 por lo cual aumento 2 puntos porcentuales la tasa institucional dado por aumento en la mortalidad por causas oncológicas no prevenibles.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Desde el indicador de porcentaje de cumplimiento en la notificación obligatoria de eventos de interés de salud pública SIVIGILA para el año 2025 global se tiene un promedio del 98.28% en relación con el año 2024 de 96.82% en donde se evidencia un aumento de dos puntos porcentuales en la oportunidad en la notificación a partir de medidas instauradas en la búsqueda activa institucional desde el área de vigilancia epidemiológica.

5. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Comité Vigilancia Epidemiológica

Comité Mortalidad

Cumplimiento actas EAE

97%

Cumplimiento actas EPM

80%

Avance de Compromisos.

% Avance Compromisos

96.1

Indicadores.

Cargue de indicadores

99,7%

Análisis de indicadores

97,2%

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

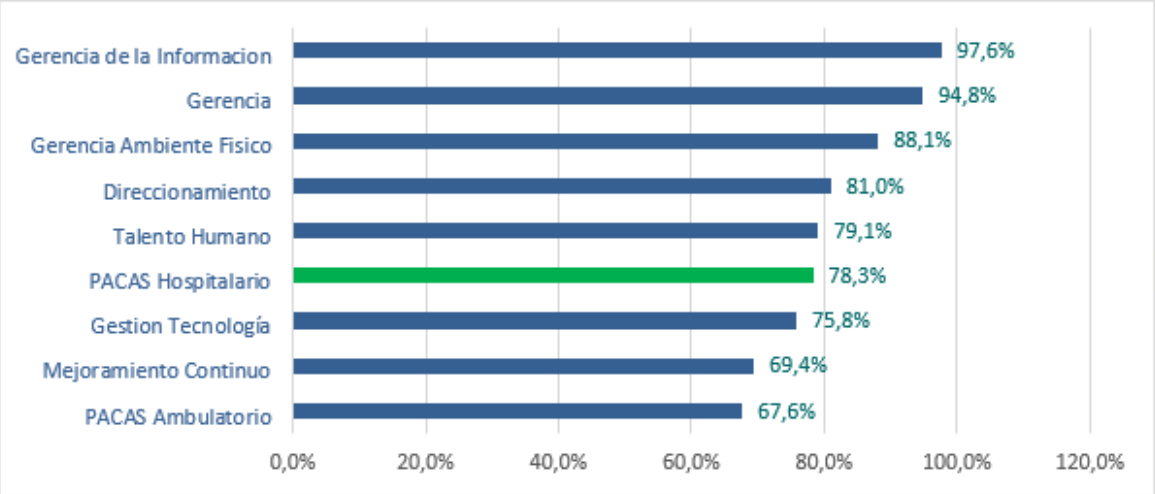
PACAS Hospitalario

3,97

Vigilado Supersalud

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS hospitalario arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- Establecer nuevas estrategias de búsqueda activa institucional disminuyo el riesgo de presentar retroalimentaciones por parte del ente de control por SIANIEPS RIPS por omisión en la notificación de eventos de interés de salud pública.
- La creación de grupo de cohortes de mama y cuello en grupo de WhatsApp para notificación oportuna de eventos 155 permitió captar los casos más rápido y notificarlos oportunamente.
- La comunicación efectiva entre laboratorio clínico y vigilancia epidemiológica con reportes críticos de eventos de interés en salud publica permitió la captación de casos oportunamente y barrera para la omisión del acto médico en la notificación.
- Contar con un cronograma de comités y POA del área es de gran ayuda para cumplimiento y seguimiento de la gestión del área.

10. PROYECTOS 2026:

- Según perfil de morbilidad institucional y la pirámide de la salud incursionar en nuevas clínicas especializadas que permitan desarrollar nuevas tecnología y rutas institucionales que aporten oportunidad e integralidad de la atención del usuario.
- Desarrollo de sistema de información institucional IPS SALUD que permite descargue de información real y oportuna para notificación semanal de eventos colectivos, adicional de la notificación obligatoria a entes de control.
- Desarrollo sistema de información en donde permita digitalizar las fichas de notificación de eventos de interés en salud pública y así disminuir el consumo de papel y optimizar el tiempo del personal médico en la notificación obligatoria.

Vigilado Supersalud

CONTROL DE INFECCIONES

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Dentro de los principales avances del programa se realiza actualización de documentación basada en evidencia con el fin de fortalecer la gestión del riesgo de acuerdo con la tipificación del mismo asociado a manejo y contención de brote, se inicia medición de comportamientos inusitados para la prevención de infecciones asociadas a dispositivos e infección del sitio operatorio.
- Fortalecimiento de las prácticas clínicas en la inserción de catéter de inserción periférica (PICC)
- Se generó estrategia de fortalecimiento para la identificación y tipificación de los eventos sujetos de revisión como clasificación de flebitis, así como metodología de fortalecimiento educativo en campo, con el fin de fortalecer competencias asistenciales.
- Se fortalece la metodología de vigilancia epidemiológica activa con el fin de identificar procesos infecciosos en tiempo real para evitar subregistro y fortalecer la vigilancia dirigida.
- Se fortalece el programa desde la metodología de estrategia multimodal con el fin que cada una de las estrategias cuente con los componentes de: cambio de sistema, educación y capacitación, evaluación, monitoreo y retroalimentación, recordatorios y comunicación, cambio organizacional y cultura de seguridad.
- Se realiza reajuste de la metodología de evaluación de la estrategia multimodal de higiene de manos para optimizar metas, generar intensificación por medio de observadores ocultos lo que genera una medición más objetiva y tendiente al fortalecimiento de la estrategia a nivel institucional.
- Con respecto a la estrategia de limpieza y desinfección se fortalecen estrategias para la desinfección de no contacto mediado por luz UV y aplicación de ácido hipocloroso, así como sistemas para fortalecer la desinfección de alto nivel en áreas críticas.
- Se realiza participación en la temática de investigación con el fin de fortalecer temas con enfoque en prevención y estructura del programa de control de infecciones hospitalarias.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Fortalecimiento de las prácticas clínicas en la inserción de catéter de inserción	Capacitación de jefes de enfermería en la inserción de catéter PICC guiado por guía ecografía; con el fin de disminuir el agotamiento vascular.	10%	31/12/2026	Durante el año 2025 se capacito un total de 16 profesionales de enfermería fortaleciendo competencias de la práctica clínica diaria.

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
periférica (PICC)				
Fortalecimiento de competencias en inserción periférica para Auxiliares de enfermería	Fortalecer competencias y técnicas en inserción y mantenimiento del acceso vascular.	5%	28/02/2026	El fortalecimiento de los profesionales y auxiliares de enfermería se realizará el día 17/02/2026
Implementación de uso de cámaras para verificación de adherencia al lavado de manos.	Fortalecer la cultura y adherencia del personal asistencial y administrativo en las prácticas de higiene de manos reduciendo el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud	10%	31/12/2026	Se continúa fomentando la capacitación y retroalimentación por medio de los observadores ocultos, contribuyendo a un mejoramiento continuo ajustado con los procesos de calidad, contribuyendo a un refuerzo en las prácticas diarias de la atención en salud.
Reentrenamiento y medidas de contención y mitigación ante un brote institucional.	Se educa en las acciones inmediatas de vigilancia y control y prevención ante la presencia de un brote, para contribuir a la seguridad de nuestros pacientes garantizando el cumplimiento de los protocolos institucionales.	20%	31/12/2025	Se capacito a profesionales y auxiliares de enfermería en las medidas de mitigación y contención ante un brote institucional.

3. GESTIÓN DEL RIESGO

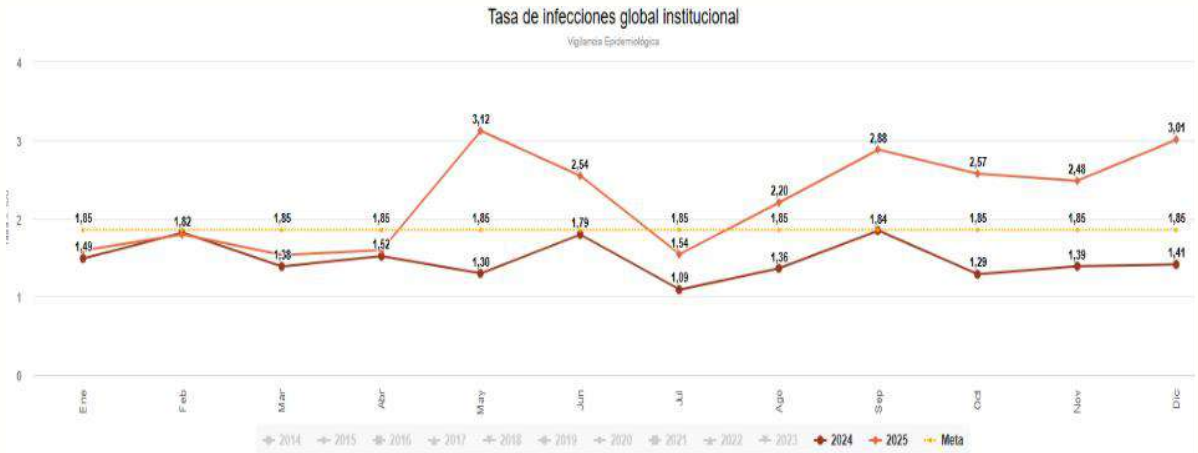
Uno de los principales riesgos identificados en la matriz de riegos desde el proceso de control de infecciones es La Probabilidad de afectación institucional por brotes intrahospitalarios derivados del incumplimiento de paquetes de medidas de prevención y control de infecciones en donde se establecieron como mecanismos de control del riesgo la implementación de seguimiento de lavado de manos mediante los observadores ocultos, y observación directa teniendo en cuenta la socialización de la parada de seguridad, aplicación Checklist diario de disponibilidad de insumos críticos (jabón, solución alcohólica: semanal y EPP en aislados con mayor énfasis, entrenamientos periódicos, y reentrenamiento ante desviaciones detectadas. Activar ruta de respuesta ante brote (vigilancia + comité de respuesta inmediata con participación de Dirección General).

Dentro de los principales indicadores mediante los cuales se hace seguimiento de la gestión en control de riesgo se encuentran los siguientes.

Indicador	Mini gráfico	Medición previa		Último valor	Meta	
PCL SEG ID - 015. Tasa de infecciones global institucional		2,48 xcien	⌄	3,01 xcien	1,85 xcien	●
SEG GES ID -1152. Porcentaje de cumplimiento al paquete de medidas de limpieza y desinfección para prevención de IAAS		83,33 %	⌃	98,96 %	90,00 %	●
EFI ID - 349. Adherencia a los cinco momentos de higiene de manos institucional		85,76 %	⌃	86,65 %	90,00 %	●
EFA GES ID - 554. Porcentaje de personal sensibilizado en protocolo de Bioseguridad/Aislamiento		100,00 %	»	100,00 %	95,00 %	●
SEG ID - 791. Porcentaje de cumplimiento del paquete de medidas de prevención de infecciones asociadas a la implementación de aislamiento institucional		97,81 %	⌃	98,17 %	95,00 %	●
GES ID - 1147. Porcentaje de cumplimiento a los procedimientos de limpieza y desinfección de áreas, superficies y equipos biomedicos validado por medio de bioluminiscencia ATP		39,13 %	⌄	38,10 %	90,00 %	●

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Vigilado Supersalud

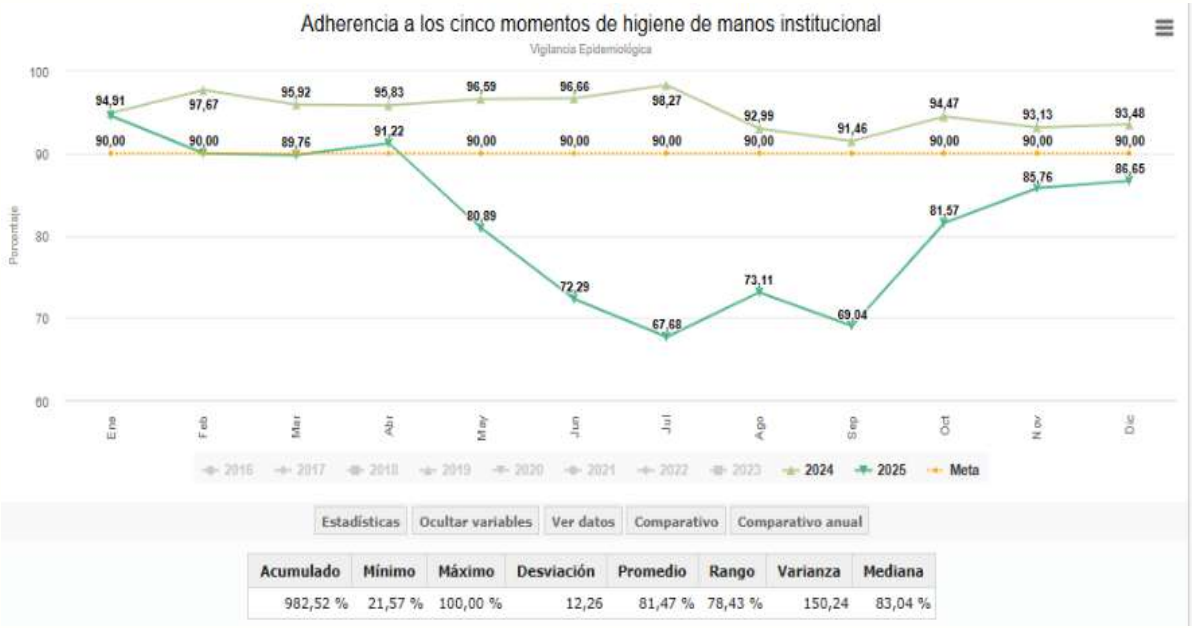
AÑO	IAAS	EGRESOS	META TASA IAAS:1, 85
2020	149	10485	1.42
2021	229	11242	2.04
2022	201	13540	1.48
2023	176	13625	1.29
2024	177	12107	1.46
2025	277	12367	2.24

Fuente: Coordinación Control de Infecciones

Con tendencia al aumento de la tipificación de infecciones con un incremento diferencial de 0,78 puntos porcentuales en comparación 2024-2025, con diferencia de egresos de 260 en estos años y variación de 100 infecciones.

AÑO	Observaciones correctas	observaciones totales	% Adherencia Higiene de Manos
2020	26370	30812	85.58
2021	11644	12907	90.21
2022	7432	9197	80.81
2023	25513	28382	89.89
2024	29266	30771	95.11
2025	11150	13282	83.95

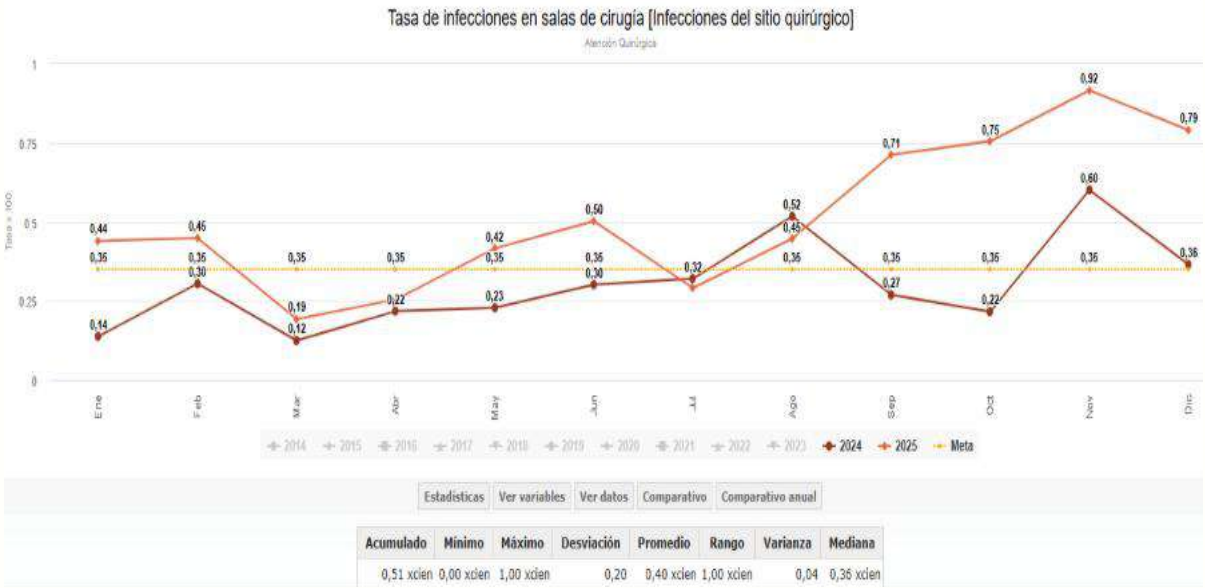
Fuente: Coordinación Control de Infecciones



Acumulado	Mínimo	Máximo	Desviación	Promedio	Rango	Varianza	Mediana
982,52 %	21,57 %	100,00 %	12,26	81,47 %	78,43 %	150,24	83,04 %

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Datos: En la adherencia de los cinco momentos de manos Institucional para el año 2025 se presenta una adherencia a los cinco momentos de higiene de manos fue un promedio 81,47%; Se mantiene constante capacitación y talleres de sensibilización a toda la persona.



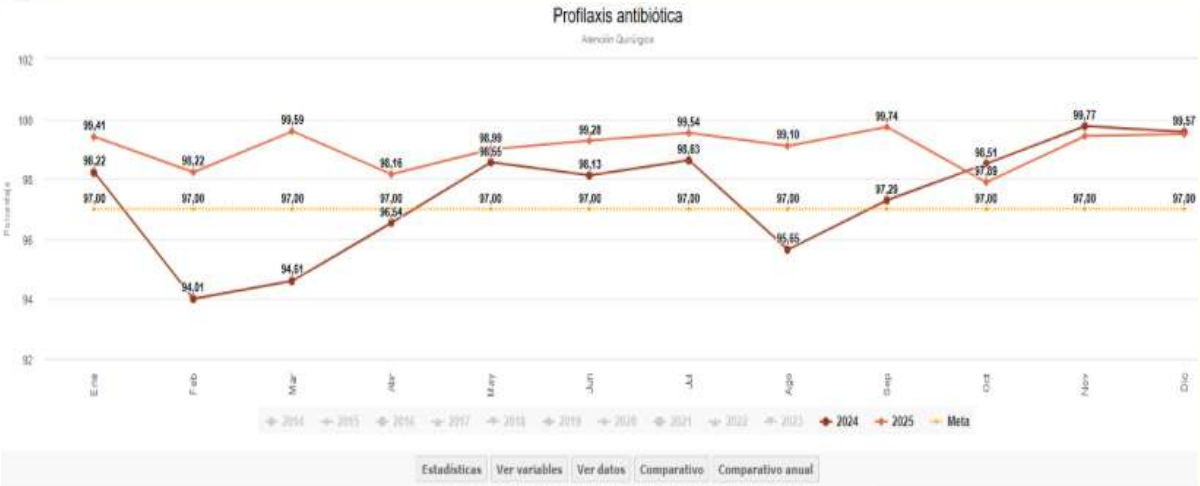
Acumulado	Mínimo	Máximo	Desviación	Promedio	Rango	Varianza	Mediana
0,51 xcien	0,00 xcien	1,00 xcien	0,20	0,40 xcien	1,00 xcien	0,04	0,36 xcien

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	ISQ	CIRUGIAS	META TASA ISQ:0,35
2020	44	13167	0.33
2021	58	14437	0.40
2022	49	16434	0.30
2023	77	19037	0.40
2024	61	20307	0.30
2025	97	18895	0.51

Fuente: Coordinación Control de Infecciones

Con tendencia al aumento de infección del sitio operatorio con un aumento diferencial de 0,21 puntos porcentuales en comparación 2024-2025, con diferencia de cirugías de 1412 en estos años y variación de 36 ISQ.



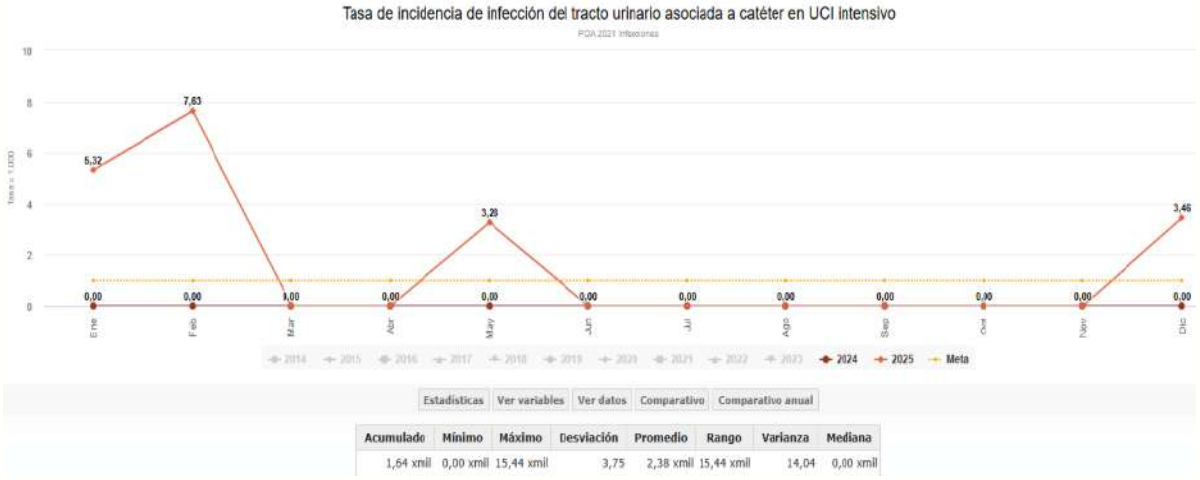
Acumulado	Mínimo	Máximo	Desviación	Promedio	Rango	Varianza	Mediana
99,07 %	27,33 %	99,77 %	12,58	84,99 %	72,44 %	158,28	86,05 %

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	%Adherencia Profilaxis antibiótica
2020	81.80%
2021	86,20 %
2022	74%
2023	95,30%
2024	97, 40%
2025	99.07%

Fuente: Coordinación Control de Infecciones

Con tendencia al aumento en la adherencia en el cumplimiento de la profilaxis antibiótica, con incremento de 1.67% en comparación 2024-2025 con variación de 36 ISQ.



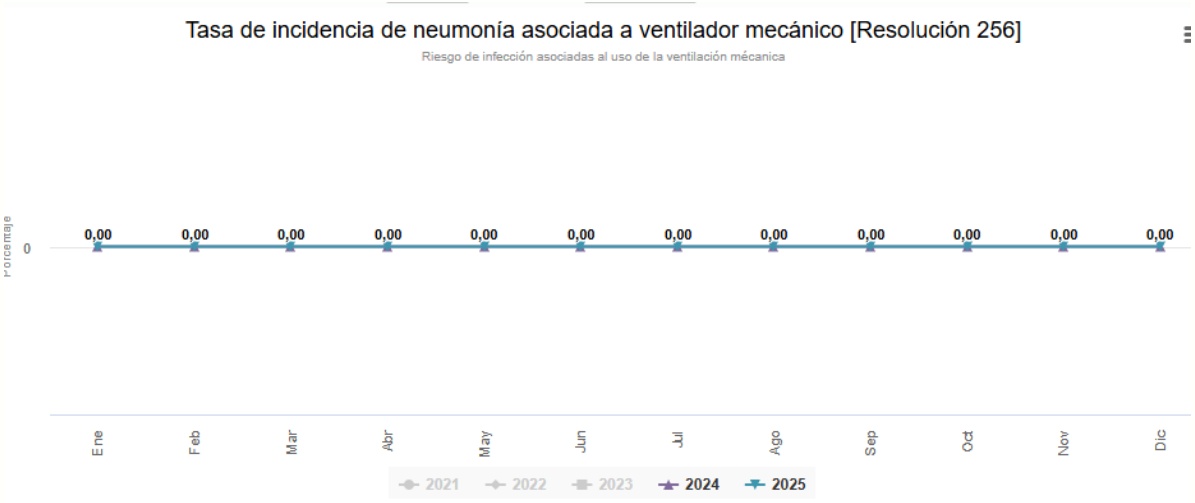
Acumulado	Mínimo	Máximo	Desviación	Promedio	Rango	Varianza	Mediana
1,64 xmil	0,00 xmil	15,44 xmil	3,75	2,38 xmil	15,44 xmil	14,04	0,00 xmil

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	Infección del tracto urinario	N°días sonda vesical	META TASA ISQ:0,10
2020			#¡DIV/0!
2021	54	12461	0.43
2022	12	9490	0.13
2023	4	9526	0.04
2024	2	10521	0.02
2025	4	8811	0.05

Fuente: Coordinación Control de Infecciones

Con tendencia a la incidencia de ISTU AC, con incremento de 0,03 puntos porcentuales en comparación 2024-2025, con una diferencia de días sonda vesical de 1710, y de **ISTU AC** (Infección del tracto urinario asociado a sonda vesical) de 2.



Estadísticas | Ver variables | Ver datos | Comparativo | Comparativo anual

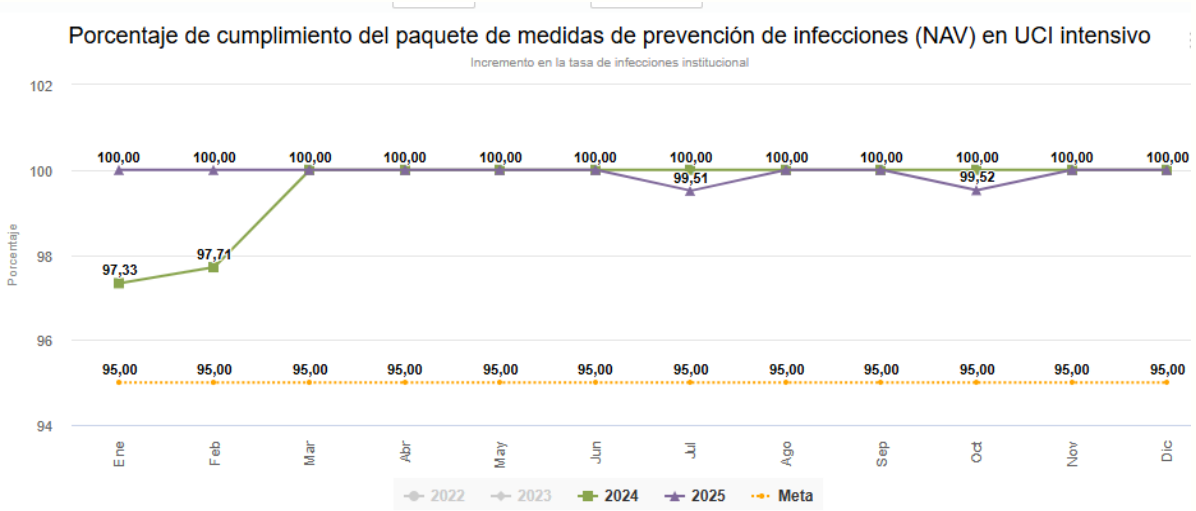
Acumulado	Mínimo	Máximo	Desviación	Promedio	Rango	Varianza	Mediana
0,00 %	0,00 %	0,98 %	0,18	0,07 %	0,98 %	0,03	0,00 %

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	NAV	# Dias de ventilacion mecanica	META: 0 TASA DE EAVM : 0%
2020	0	2124	0.00
2021	5	2923	0.17
2022	9	3846	0.23
2023	0	2947	0.00
2024	0	2864	0.00
2025	0	3230	0.00

Fuente: Coordinación Control de Infecciones

Con tendencia a la disminución de la incidencia de NAV, con 0 eventos identificados para 2024-2025, con aumento de 366 días VM



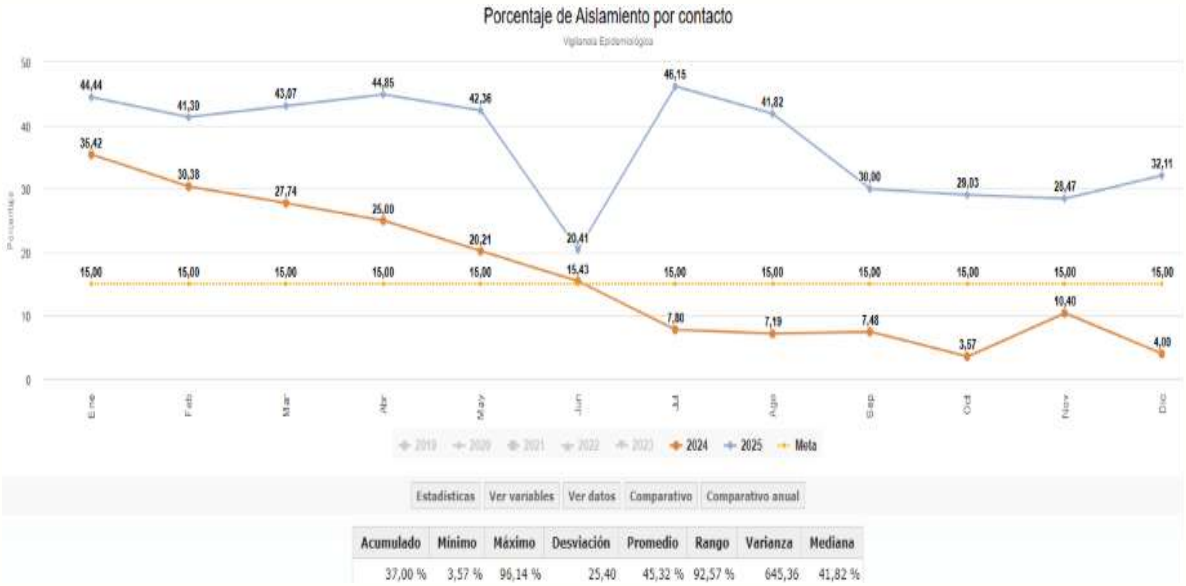
Acumulado	Mínimo	Máximo	Desviación	Promedio	Rango	Varianza	Mediana
99,92 %	93,10 %	100,00 %	1,84	98,84 %	6,90 %	3,38	99,77 %

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	% Adherencia paquete prevencion EAVM META: 90 %
2020	
2021	
2022	98.50%
2023	97.20%
2024	99.50%
2025	98.84%

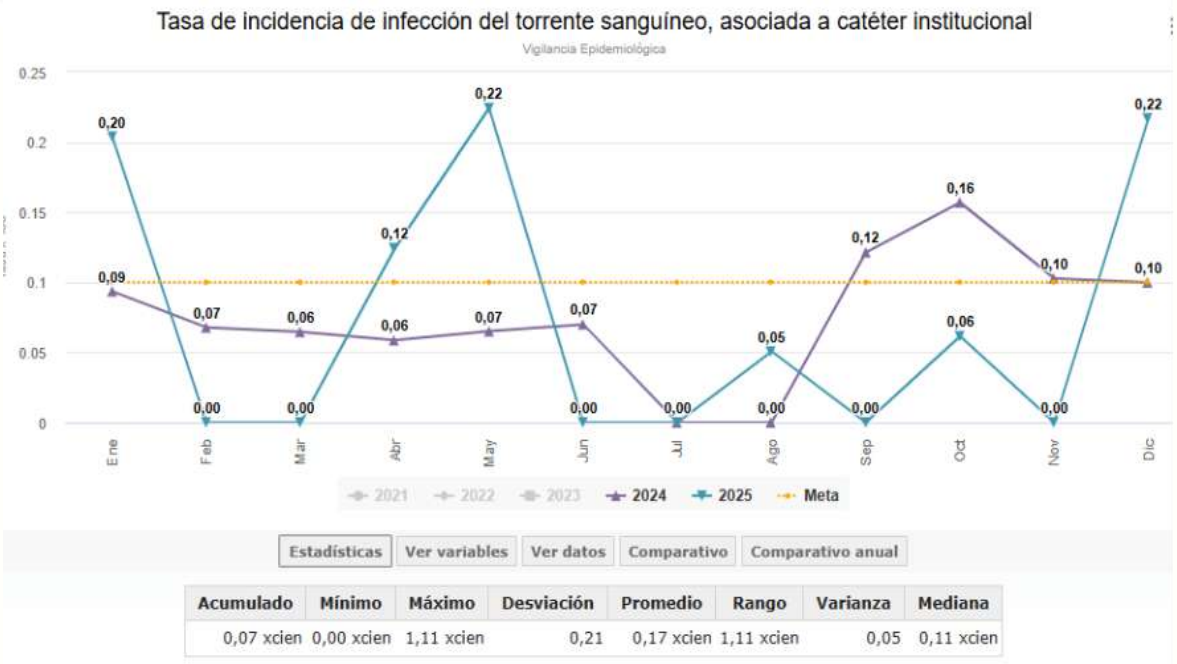
Fuente: Coordinación Control de Infecciones

Con leve disminución en la adherencia del paquete de prevención de EAVM, con tendencia de variación de 0.66 %, en comparación 2024-2025. Se continúa fortaleciendo las medidas de limpieza y desinfección.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Aislamiento de contacto: 2025 resultado: 37% con tendencia creciente con aumento de 20.8 puntos porcentuales en comparación con 2024: 16.2%. Meta: 15



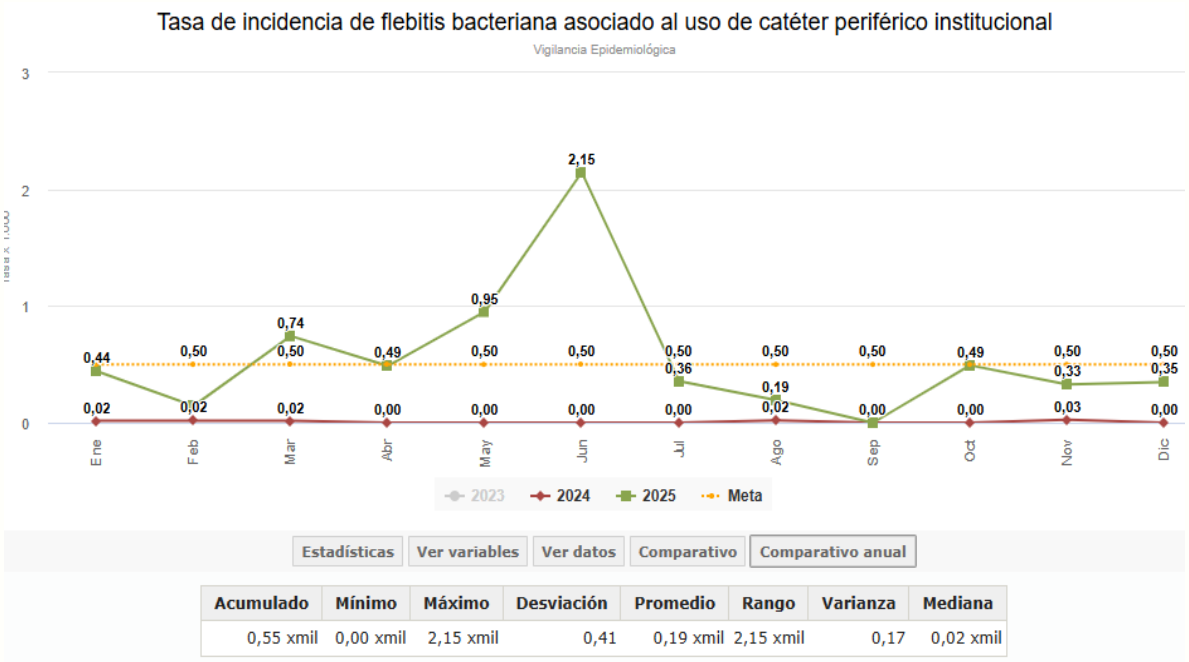
Acumulado	Mínimo	Máximo	Desviación	Promedio	Rango	Varianza	Mediana
0,07 xcien	0,00 xcien	1,11 xcien	0,21	0,17 xcien	1,11 xcien	0,05	0,11 xcien

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	Infección del Torrente Sanguineo	N°días cateter central	META TASA ITS- AC
2020			#¡DIV/0!
2021	50	11607	0.43
2022	13	10508	0.12
2023	9	10084	0.09
2024	10	14352	0.07
2025	11	15837	0.07

Fuente: Coordinación Control de Infecciones

Tasa de incidencia de infección a torrente sanguíneo institucional en el 2025 con acumulado del: 0.07%, con desviación 0,21, con un promedio de 0,17 %, con una variación acumulada del 2024 a 2025 con valor de –2,14, con una varianza de 0.05 Meta:0,10.



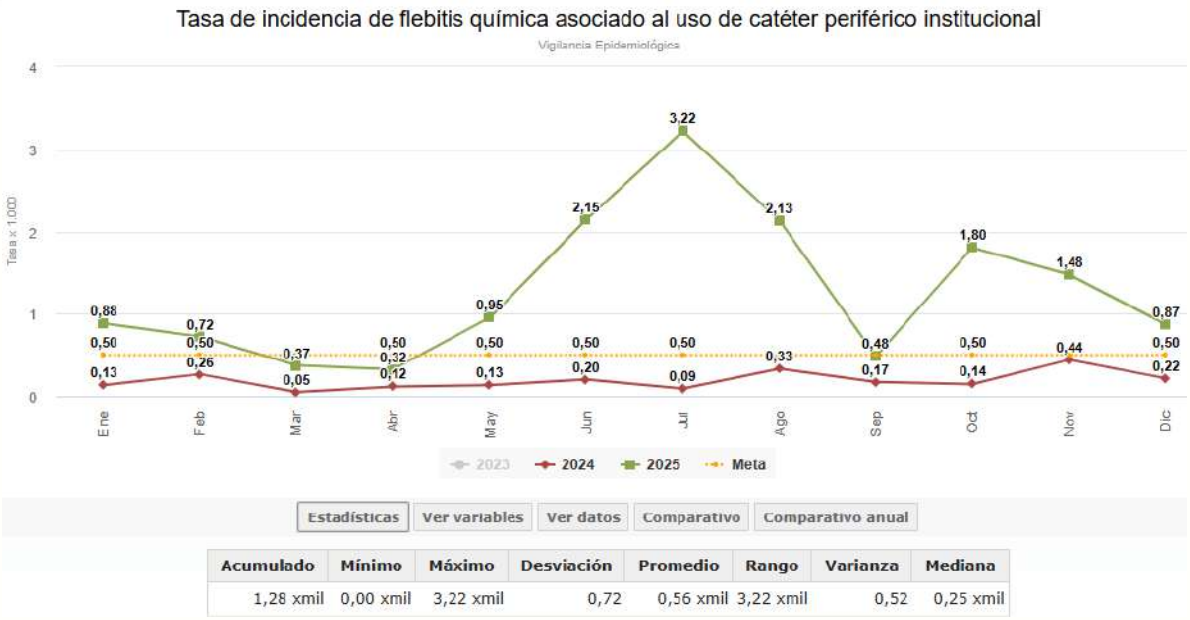
Acumulado	Mínimo	Máximo	Desviación	Promedio	Rango	Varianza	Mediana
0,55 xmil	0,00 xmil	2,15 xmil	0,41	0,19 xmil	2,15 xmil	0,17	0,02 xmil

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	Infección del Torrente Sanguineo asociada CVP	N°días cateteres perifericos insertados	% de flebitis infecciosa institucional meta: 0,50
2020			
2021			
2022			
2023	6	18194	0.03
2024	9	11477	0.08
2025	29	63297	0.05

Fuente: Coordinación Control de Infecciones

Tasa flebitis bacteriana con tendencia a la disminución en la incidencia de ITS CVP, con ligero decremento de 0,03 puntos porcentuales en comparación 2024-2025 con variación de 0,17.



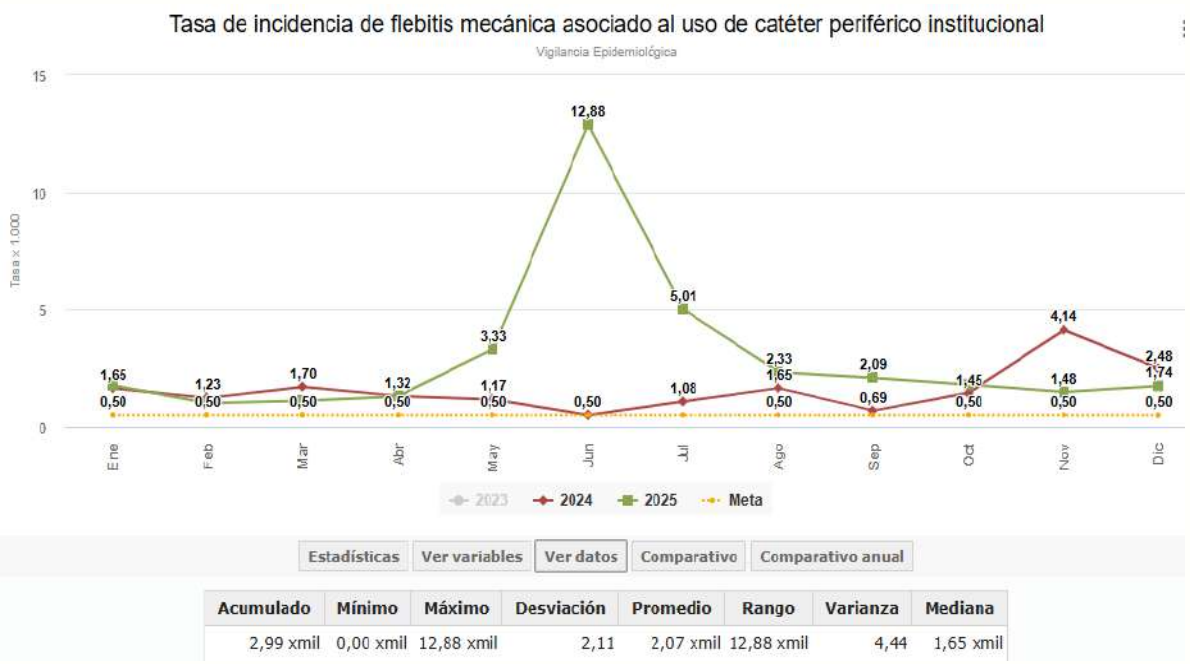
Acumulado	Mínimo	Máximo	Desviación	Promedio	Rango	Varianza	Mediana
1,28 xmil	0,00 xmil	3,22 xmil	0,72	0,56 xmil	3,22 xmil	0,52	0,25 xmil

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	# casos de flebitis quimica institucional	N°días cateteres perifericos insertados	% de flebitis quimica institucional meta: 0,50
2020			
2021			
2022			
2023	149	18194	0.82
2024	124	11477	1.08
2025	71	63297	0.11

Fuente: Coordinación Control de Infecciones

Tasa de flebitis química con tendencia a la disminución en la incidencia de Flebitis química, con ligero decremento de 0,97 puntos porcentuales en comparación 2024-2025 con variación de 0,52.



Acumulado	Mínimo	Máximo	Desviación	Promedio	Rango	Varianza	Mediana
2,99 xmil	0,00 xmil	12,88 xmil	2,11	2,07 xmil	12,88 xmil	4,44	1,65 xmil

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

AÑO	# casos de flebitis mecanica institucional	N°días cateteres perifericos insertados	% de flebitis mecanica institucional meta: 0,50
2020			
2021			
2022			
2023	127	18194	0.70
2024	104	11477	0.91
2025	143	63297	0.23

Fuente: Coordinación Control de Infecciones

Tasa de flebitis mecánica con tendencia a la disminución en la incidencia de Flebitis mecánica, con ligero decremento de 0.68 puntos porcentuales en comparación 2024-2025, aunque aumento el número de casos en 143, se observa esta variación por el número de días catéter en el año a 63.297, con variación de 4,44.

5. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

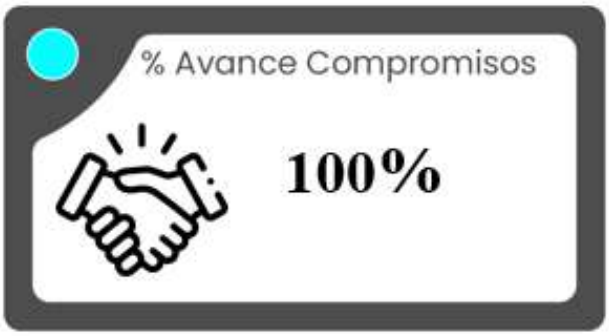
Cumplimiento Cargue de Actas.

Comité Infecciones

Gestion Clinica

Vigilado Supersalud

Avance de Compromisos.



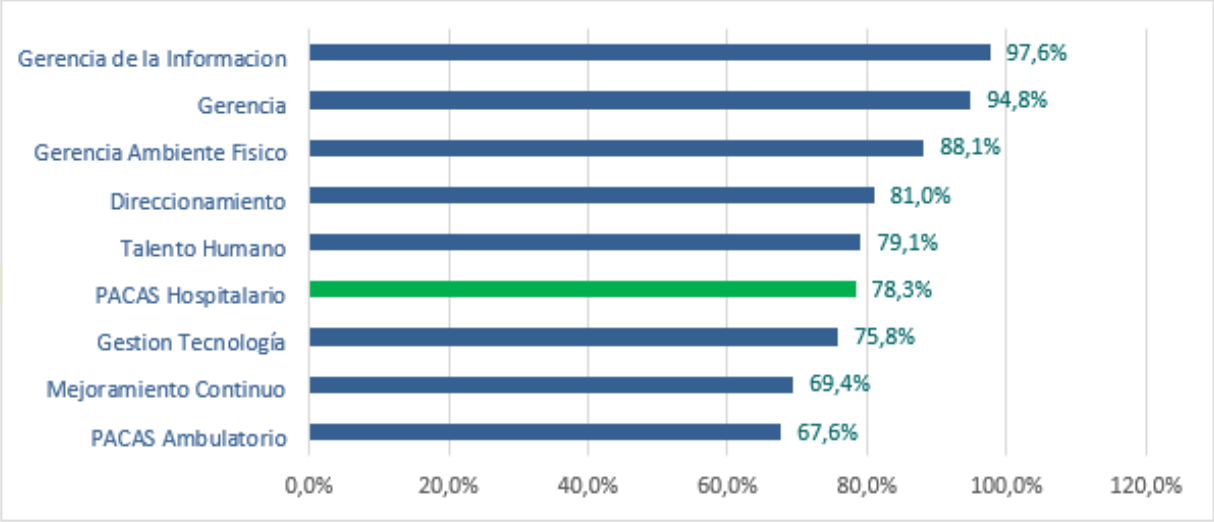
Indicadores.

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Vigilado Supersalud

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS hospitalario arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

6. LECCIONES APRENDIDAS

- El registro en la base documental de Almera, aporto en el año 2025 una gestión oportuna reflejada en la interpretación de eventos adversos logrando contribuir al desarrollo de los procesos involucrados.
- Creación y educación de alerta carbapenemasa implementado en historia clínica digital.
- Creación y educación en paquetes de medidas de prevención de IAAS sistematizados
- Carnetización de paciente con aislamiento de carbapenémica para seguimiento.
- Creación del grupo de investigación de enfermería Nogscience
- Reestructuración de la estrategia multimodal para fortalecimiento de observadores ocultos incluyendo servicios de consulta externa
- Cambio e implementación de alcohol glicerinado con casa comercial west por des continuidad de alcohol de quirumedical.
- Reestructuración del programa de accesos vasculares
- Creación y fortalecimiento de equipo de LIDERES CHAMPIONS con capacitación de16 jefes de enfermería en paso de catéter PICC guiado por vía ecográfica
- Implementación de catéter PICC de alta presión para paso de medio de contraste.

Vigilado Supersalud

7. PROYECTOS 2026:

- Aumentar y mantener el nivel de adherencia en las estrategias de control y mitigación; cumpliendo los estándares institucionales para disminuir infecciones asociadas a la atención en salud.
- Innovar en la implementación de nuevas tecnologías en los procesos de capacitación, aplicación de medidas de control de infecciones, optimizando tiempos y eficiencia.

EPIDEMIOLOGÍA

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Durante el año 2025, la unidad de epidemiología continúo trabajando en optimizar los modelos, rutas de atención y métricas en la unidad de oncología. Entre los principales logros, Clínica Los Nogales fue nominada como una de las mejores instituciones prestadoras de salud para la gestión del cáncer en el país según la Cuenta de Alto Costo. Con nominaciones en la categoría de Atención general de cáncer, Cáncer de próstata, Cáncer colorrectal, Cáncer de cérvix y Linfoma no Hodking, se posiciono en el top 10 nacional de las instituciones para cada categoría. Estos resultados son el producto del fortalecimiento de nuestro modelo de atención integral basado en navegadoras de oncología y la implementación de herramientas tecnológicas que nos permiten llevar una trazabilidad de la ruta de atención oncológica de cada paciente perteneciente a la cohorte.
- Dando continuidad a la innovación digital en salud, en el 2025 el proveedor TICSOCIAL realizó unas mejoras en interfaz de la plataforma para facilitar la gestión por parte de las navegadoras. Adicionalmente, se integraron nuevas fuentes de datos como las imágenes diagnósticas, campos de la historia clínica de oncología y el módulo de atenciones en cirugía los que nos permitirá la automatización en el diligenciamiento de ciertos datos y parametrizar nuevas alertas fortaleciendo el enfoque proactivo.
- Gracias a la gestión de nuestro asegurador Salud Total se logró la contratación de las demás cohortes oncológicas en el proyecto TICSOCIAL, pasando de 7 cohortes a cubrir toda la cohorte no priorizada, permitiendo una centralización de toda la cohorte oncológica y no tenerla fraccionada como en anteriores vigencias.
- El comité de ética de la investigación se fortaleció técnicamente pues en línea con nuestra línea de plataforma estratégica “llegando a ti”, los miembros del comité se certificaron en buenas prácticas clínicas.
- El número de protocolos evaluados en las sesiones ordinarias del comité de ética de investigación aumento en un 112%, pasando de 8 protocolos en 2024 a 17 en 2025.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
TICSOCIAL	Implementar un software de gestión clínica para tener trazabilidad del paciente oncológico	40%	Mejora continua	Se deben integrar las fuentes de radioterapia y quimioterapia, así como parametrización de la malla de reporte
CDS	Apoyar la toma de decisiones clínicas basadas	15%	12-2026	Se realizó entrenamiento de los campeones

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	en la evidencia haciendo uso de herramientas tecnológicas			clínicos y se aprobó el caso de uso de IAM por los expertos clínicos.

7. GESTIÓN DEL RIESGO

PROBABILIDAD						
	Certero					
	Probable			EPI2510		
	Moderado	EPI23002				
	Rara vez			EPI24127		
	Improbable	EPI23001	EPI2507	EPI25188	EPI24090	
		Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
		IMPACTO				

4 - 57,1%	Bajo	3 - 42,9%	Medio	0 - 0,0%	Alto	0 - 0,0%	Extremo
						Total escenarios: 7	

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Vigilancia Epidemiológica	3. Probabilidad de perdida de información de las bases de datos que impactan resultados de seguimiento a cuenta de alto costo y perfil epidemiológico institucional	Improbable	Mayor	Bajo		1
Vigilancia Epidemiológica	3. Probabilidad de incumplimiento en investigaciones clinicas por desconocimiento del modelo institucional.	Improbable	Moderado	Bajo	Evitar el riesgo	3
Vigilancia Epidemiológica	3. Probabilidad de falencias en las buenas prácticas relacionadas a guias de práctica clinica institucional	Rara vez	Moderado	Medio		3
Vigilancia Epidemiológica	3. Posibilidad de desactualización, fragmentación o baja calidad del perfil epidemiológico institucional.	Probable	Moderado	Medio	Evitar el riesgo	1

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La unidad ha establecido mecanismos sistemáticos en articulación con otras áreas para la mitigación de estos riesgos.

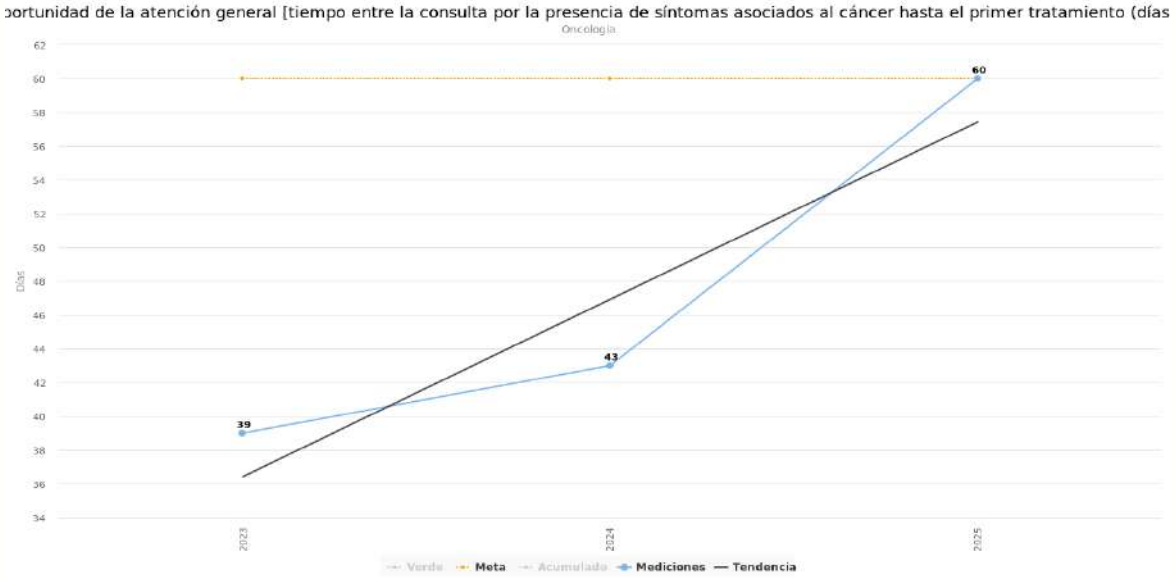
En cuanto a la perdida de información, el área de sistemas ha dispuesto carpetas compartidas en servidores para resguardo de nuestra información y otra parte de la información se dispone en la nube asegurando su restauración en caso de daño físico o robo de los dispositivos.

Para mitigar el riesgo de la publicación no autorizada de trabajos científicos se ha realizado un trabajo conjunto con el área de comunicaciones y la división médica para sensibilizar al cliente interno sobre la importancia de contar con la autorización del comité de ética para asegurar rigurosidad técnica y viabilidad ética.

En cuanto al riesgo de imprecisiones en el perfil epidemiológico, en la actualidad se cuenta con un control permanente que es la recodificación de diagnósticos por parte del grupo de GRD, lo que nos ha permitido mejorar el número de diagnósticos genéricos y sindromáticos.

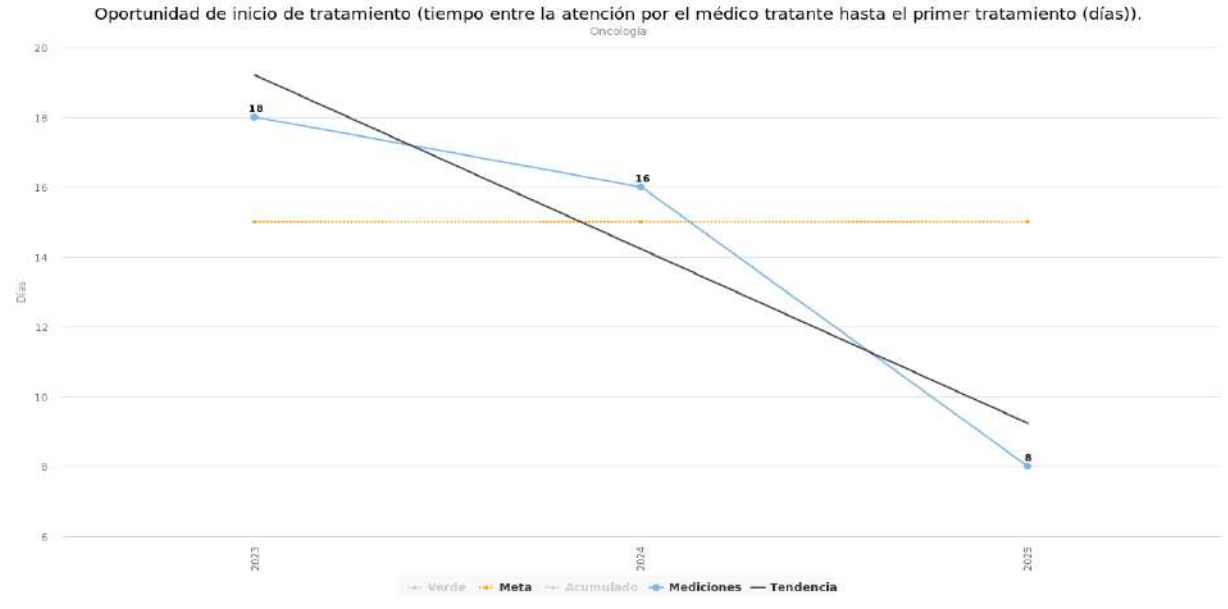
Los controles para el riesgo de falencias en la adherencia a las guías de práctica clínica son una oportunidad de mejora que se debe trabajar en conjunto con la división médica y el plan de capacitaciones del recurso humano pues se deben fortalecer los procesos de socialización en las diferentes áreas.

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2025 se registró un aumento de la oportunidad general para la atención en la ruta de cáncer de mama de 20 días en promedio, pese a lo anterior se sigue cumpliendo la meta institucional de menos de 60 días. Estas demoras se explican por las pacientes con diagnostico extrainstitucional y de otras sucursales, lo cual prolonga la oportunidad cuando ya ingresan al modelo de atención en Clínica Nogales.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

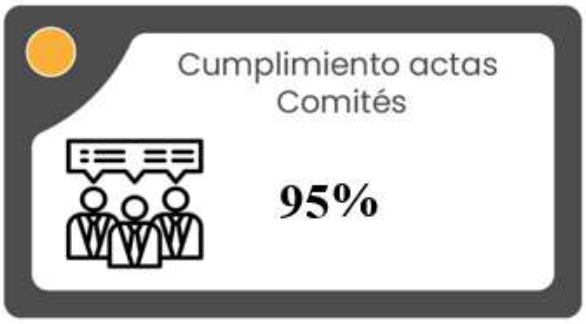
La oportunidad de inicio de tratamiento después del ordenamiento por parte del médico tratante se redujo en un 50% con respecto al 2026 y se consolida una tendencia a la baja desde el año 2021. Estos resultados se deben a la cooperación multidisciplinaria en articulación con la jefe navegadora de la cohorte de mama y las herramientas tecnológicas que permiten la trazabilidad del paciente para agilizar la gestión.

5. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

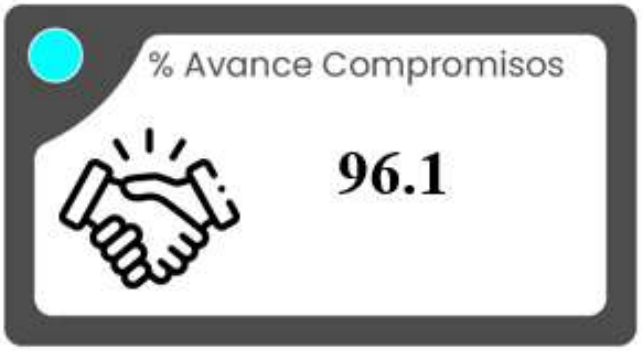
Cumplimiento Cargue de Actas.

Comité Ética de la Investigación

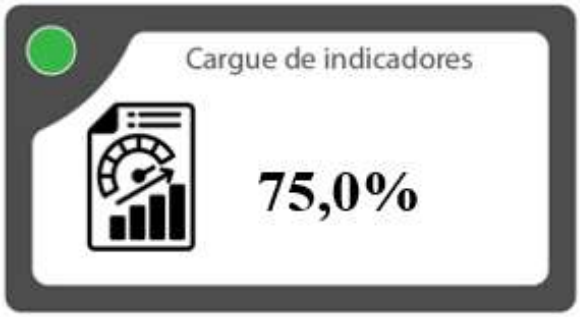


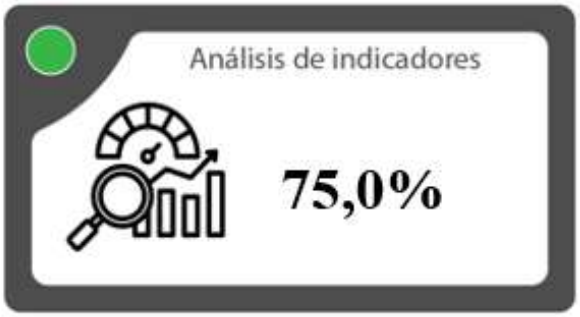
Comité Guías de Práctica Clínica

Avance de Compromisos.



Indicadores.



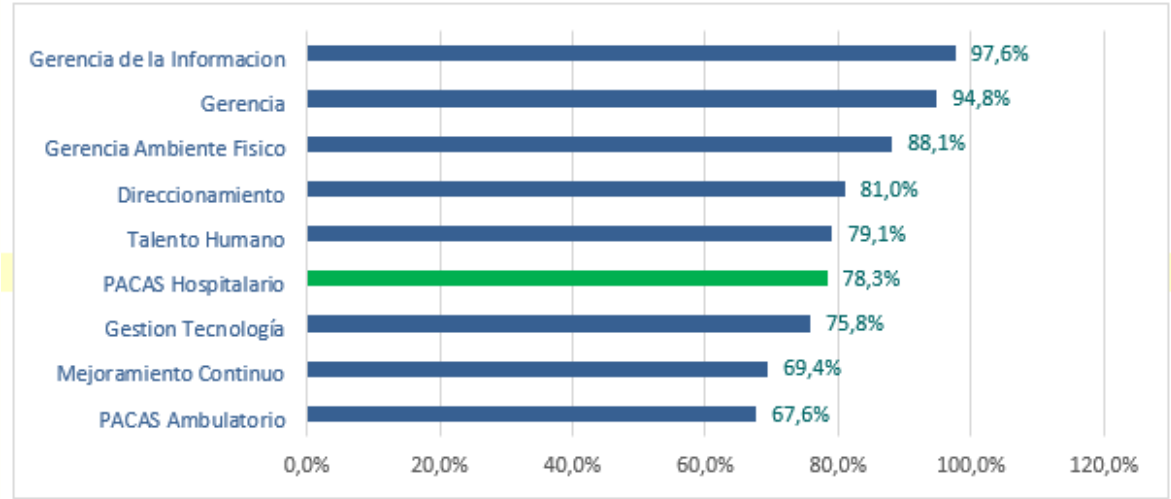


Vigilado Supersalud

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS hospitalario arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

6. LECCIONES APRENDIDAS

- El entrenamiento técnico de los miembros del comité de ética en buenas prácticas clínicas ha permitido que puedan asumir una postura más crítica e informada a la hora de evaluar los protocolos de investigación.
- La integración de diferentes fuentes de datos y completitud de los registros nos permitió la parametrización de nuevas alertas e indicadores en la cohorte oncológica para optimizar nuestros procesos de atención.

Vigilado Supersalud

- El proceso de medición de guías de práctica clínica requiere plantear innovación con uso de herramientas tecnológicas para lograr una optimización en términos de uso de tiempo del recurso humano dado el creciente volumen de atención y reducción de horas del personal.

7. PROYECTOS 2026:

- Continuar el avance del proyecto TICSOCIAL integrando nuevas fuentes de datos que alimenten los módulos faltantes de información.
- Fortalecer el comité de guías de práctica en el marco de la selección y adopción de guías de práctica clínica asegurando rigurosidad técnica e interdisciplinariedad.
- En línea con mejorar el proceso de adherencia guías de práctica clínica, alinear el plan de capacitación de cliente interno junto con la priorización de guías de práctica clínica.
- Trabajar en fortalecer la articulación bidireccional entre IPS-asegurador para la gestión de casos presuntivos.

Vigilado Supersalud

GESTIÓN DEL SERVICIO

1. PRINCIPALES LOGROS:

- **Aumento de la muestra mensual de encuestas de satisfacción**

Para la vigencia 2025 se definió una muestra mensual de 1.979 de encuetas de satisfacción, durante el año se fortaleció la de medición de la experiencia del paciente, familia y/o cuidadores mediante un incremento controlado de envío de encuestas de satisfacción a través del correo electrónico, con el objetivo de mejorar la confiabilidad de los resultados y la toma de decisiones basada en los datos, actualmente se tiene una medición más robusta lo que garantiza el fortalecimiento la gestión en la de las necesidades, la experiencia y la identificación temprana de las oportunidades de mejora, es así como desde el mes de mayo se comenzó a superar la muestra definida manteniéndose en un promedio de 2.154 encuestas realizadas al mes.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

- **Ingreso de visitantes y pacientes**

Se implementaron mejoras técnicas mediante la creación y puesta en marcha del aplicativo Control de ingreso de pacientes y visitantes, orientada a fortalecer el control de ingreso de visitantes a la clínica y la trazabilidad. Esta herramienta permite el registro en tiempo real de las personas que ingresan diariamente a la institución, mejorando el proceso de validación, autorización y seguimiento.
Este aplicativo facilita el conteo automatizado de pacientes y visitantes, generando información confiable y consolidada para la gestión de aforos, así como también contribuye a la reducción de registros manuales minimizando errores operativos y mejora los tiempos de atención en el punto de acceso.

Fuente: Aplicativo control visitantes

- **Derechos y deberes**

El aumento en la cobertura de información de derechos y deberes a pacientes y familiares en el año 2025, obedece al fortalecimiento de estrategias institucionales de información, educación y comunicación, orientadas a garantizar el acceso oportuno, claro y comprensible a esta información durante todo el proceso de atención, para ello, se realizó divulgación del video de derechos y deberes en lenguaje de señas y con traducción al inglés a partir del mes de julio, en el mes de septiembre se inició con el envío masivo de la pieza de derechos y deberes mediante nuestra herramienta de medición Xcustomer, con corte a diciembre 2025 se realizaron 58.341 con una tasa de apertura promedio del 22.9%.

Fuente: Sistema Integrado Almera

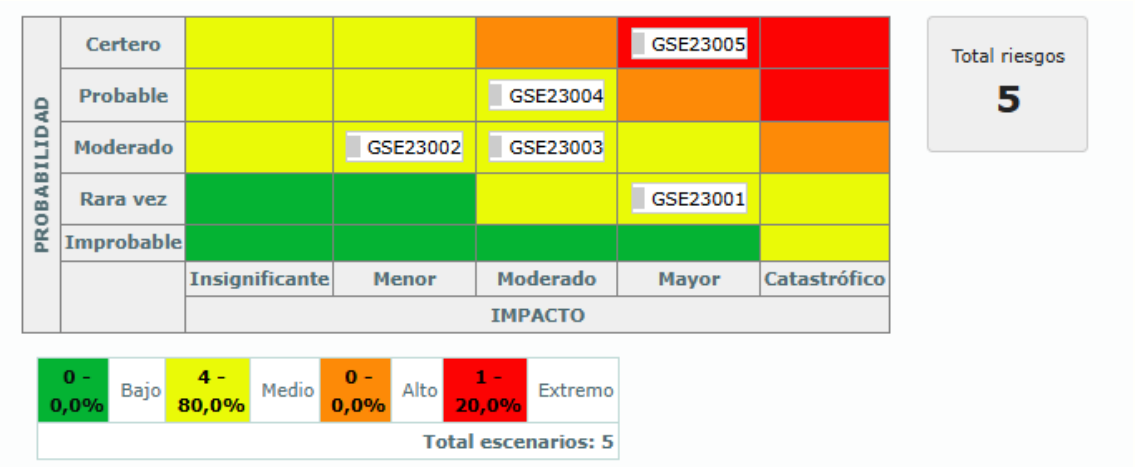
- **Radicación de PQRS**

  En la IPS se realiza de manera mensual el comité de Ética hospitalaria y experiencia del usuario en el cual se evalúan las PQRS recibidas y se definen planes de mejora para los servicios con mayor impacto en la radicación de PQRS, con los planes definidos y las acciones de mejora implementadas por líderes de los servicios, se evidencia una disminución positiva en el periodo evaluado que corresponde a un comportamiento favorable del indicador para el año 2025, asociado al fortalecimiento progresivo de los procesos institucionales orientados a la calidad en la atención, la experiencia del usuario y la gestión oportuna de las inconformidades; es por esto que en el periodo mencionado se recibieron 1.927 PQRS con una disminución en la radicación de PQRS de 22.4 puntos porcentuales con relación al año 2024 en el cual se recibieron 2.483.

8. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Actualización de digiturno	Actualizar el sistema de digiturno garantizando el fácil acceso de pacientes y visitantes en la solicitud de los servicios	90%	Febrero 2026	Se realizó actualización tecnológica del sistema de digiturno en el Punto Integral de Atención, con el propósito de optimizar la gestión del flujo de usuarios y fortalecer la experiencia del durante el proceso de atención

3. GESTIÓN DEL RIESGO



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Vigilado Supersalud

GSE23001: Seguimiento a los planes de mejora derivados de la medición de satisfacción de los resultados de los indicadores de satisfacción.

En la IPS se realiza seguimiento a los planes de mejora definidos para los servicios que generan mayor impacto en la radicación de PQRS, estos responden a un proceso estructurado de análisis, intervención y seguimiento, orientado al cierre de brechas identificadas en las mediciones previas y alienado con el enfoque de mejora continua del sistema de gestión de calidad, buscando generar una experiencia centrada en el paciente, familia y /o cuidadores que se vea reflejada en mejorar la satisfacción.

GSE23002: Comportamiento inapropiado por parte de algunos usuarios con el personal asistencial y administrativo de la Clínica

Desde el área de gestión del servicio se establece un abordaje integral frente a las situaciones presentadas relacionadas con el maltrato verbal o conductual ejercido por parte de pacientes, familiares y/o cuidadores hacia el personal de la clínica, con el fin de garantizar un entorno seguro y respetuoso sin afectar la continuidad y la calidad de la atención en salud, para la vigencia 2025 se recibieron 41 eventos de seguridad reportados por los diferentes servicios.

Estos fueron revisados y analizados, realizando educación en derechos y deberes a los pacientes y su red de apoyo buscando generar una comunicación asertiva y empática con el personal de salud.

GSE23003: Incumplimiento en las metas establecidas para cada unidad funcional en la realización de encuestas de satisfacción.

En el comité de ética hospitalaria y experiencia del paciente se define la actualización de la meta anual de encuestas de satisfacción para ser aplicada por cada servicio, con el propósito de garantizar una muestra representativa y confiable por servicio, para la vigencia 2025 se definió una muestra de 1.979 encuestas mensuales, la cual se destruye teniendo en cuenta el número de atenciones por servicio, esta información es socializada a todos los líderes de proceso para su gestión correspondiente. Para los casos en los cuales por algún motivo no se da cumplimiento a la meta definida para las encuestas de satisfacción se realiza retroalimentación al líder del proceso.

GSE23004: Insatisfacción del usuario relacionado con la prestación de los servicios de salud.

La gestión de la radicación de PQRS por insatisfacción del usuario en la prestación de servicios de salud en nuestra institución nos permite identificar, analizar y gestionar de manera oportuna las brechas presentadas entre la expectativa del paciente, familia y/o cuidadores y la atención recibida. Para el año 2025 se recibieron 1.927 disminuyendo de manera positiva en 22.4 puntos porcentuales con respecto del año 2024 en el cual se recibieron 2.483 PQRS, lo cual evidencia un alto compromiso de los lideres de los procesos y de toda la organización para dar respuesta a las necesidades de los pacientes.

Vigilado Supersalud

GSE023005: Respuesta inoportuna a PQRS

Durante el año 2025 la IPS realizó seguimiento permanente a la oportunidad en los tiempos de respuesta a las PQRS como parte integral del sistema de calidad, experiencia del usuario y el cumplimiento normativo vigente, de acuerdo con los registros institucionales, se evidenció que la IPS gestionó las PQRS dentro de los tiempos establecidos, garantizando la trazabilidad desde la radicación hasta la emisión de la respuesta definitiva al usuario en un tiempo promedio de respuesta 1.4 días, la medición del indicador permitió verificar el cumplimiento de los plazos definidos según el tipo de solicitud radicada por el paciente, familia y/o cuidador.

4. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

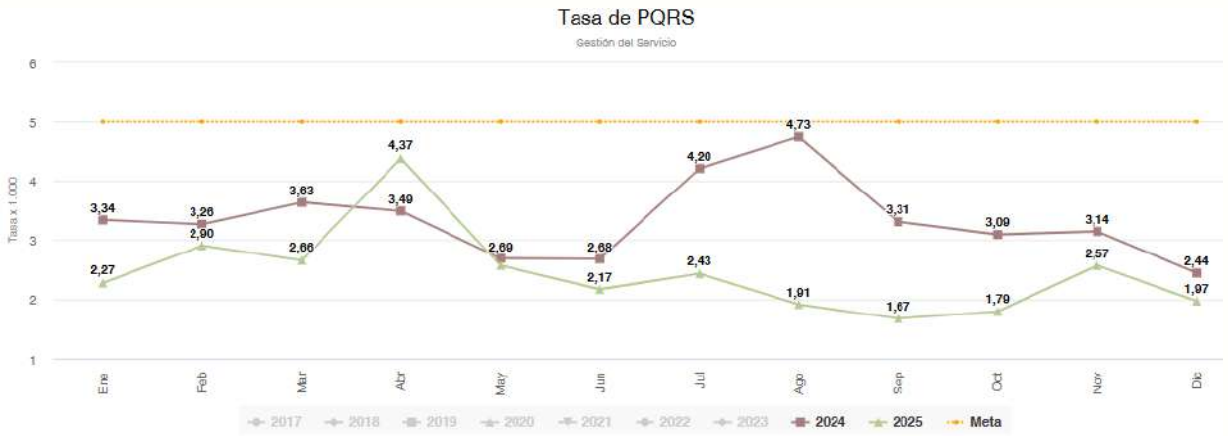
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2025 se tuvo una satisfacción promedio del 96.7%, disminuyendo en 1.5 puntos porcentuales con relación al año 2024, se evidencia un desempeño sobresaliente y consistente en la percepción de la calidad del servicio por parte de los pacientes, familia y/o cuidadores, este comportamiento se asocia al fortalecimiento del modelo de atención centrado en el usuario, atención humanizada, comunicación efectiva y participación del paciente y su familia.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2025 el nivel de recomendación NPS (Net Promotore Score), fue del 95.9% en comparación con el año 2024 presenta una leve disminución de 2.0 puntos porcentuales, sin embargo este resultado refleja una experiencia consistente a lo largo del proceso de atención asistencial y administrativo, durante el periodo evaluado la IPS fortaleció los mecanismos de detección y resolución temprana de inconformidad, evitando que las experiencias negativas se consolidaran y caracterizado por un acompañamiento permanente al paciente, familia y/o cuidadores.

- **Tasa de PQRS**



Fuente: Sistema Integrado Almera

Para el año 2025 se tuvo una tasa de 2.44 PQRS por cada mil atenciones, disminuyendo 0.89 con respecto del año 2024 en el cual se tuvo un promedio de 3.33, este resultado sugiere que la mayoría de los usuarios percibe una atención adecuada y que las inconformidades se presentan en menor proporción frente al volumen de servicios prestados.

5. INDICADORES DE CULTURA:

- **Rotación de personal**

Area/Servicio	Cargo	rotación acumualada 2025	rotación acumualada 2024	rotación promedio 2025	rotación promedio 2024	Diferencia
ARCHIVO Y ESTADISTICA	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	100.0%	66.7%	8.3%	5.6%	2.8%
	TECNICO (A) DE ARCHIVO	33.3%	50.0%	2.8%	4.2%	-1.4%
GESTION DEL SERVICIO	ANALISTA DE EXPERIENCIA	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	ANFITRION (A) DE SERVICIO	57.1%	166.7%	4.8%	13.9%	-9.1%
	COORDINADOR (A) GESTION DEL SERVICIO	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	RECEPCIONISTA	100.0%	200.0%	8.3%	16.7%	-8.3%
Total general		63.2%	131.3%	5.3%	10.9%	-5.7%

Fuente: Informe talento humano

Vigilado Supersalud

En el comparativo del año 2024 Vs el año 2025 correspondiente a la rotación de personal, se evidencia una disminución positiva para el año 2025 de 5.7 puntos porcentuales, este comportamiento refleja una mejora en la estabilidad del talento humano, impactando favorablemente en la continuidad operativa, la transferencia de conocimiento, la calidad en la atención al paciente, familia y/o cuidadores y la sostenibilidad del proceso, contribuyendo a los resultados institucionales y el fortalecimiento de una cultura organizacional orientada a la excelencia y mejora continua.

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20

Zona de reacción Inmediata Menor a 40%	Zona de alerta 40% hasta 59,9%	Zona de construcción 60% hasta 67,9%	Zona de Confianza 68% hasta 76,9%	Zona de Pasión 77% hasta 84,9%	Zona WooW 85% hasta 100%

Fuente: Informe talento humano

- **Medición de clima laboral**

En el año 2025 se realizó la medición de clima laboral como parte de la estrategia de gestión del talento humano y mejora continua, con el objetivo de evaluar la percepción de los colaboradores frente a factores organizacionales claves que inciden en el desempeño y la satisfacción laboral.

El resultado global obtenido fue del 78.2% lo cual ubica el clima laboral en un nivel favorable, evidenciando una percepción mayoritariamente positiva de los colaboradores en las diferentes dimensiones evaluadas, no obstante, el porcentaje alcanzado permite identificar oportunidades de mejora en aquellos factores en los cuales se presentó una disminución con relación a la medición anterior, consolidándola como una herramienta para la gestión del cambio y el fortalecimiento de una cultura organizacional orientada al cuidado del colaborador

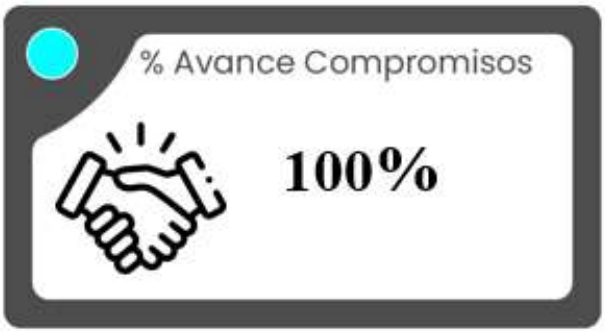
6. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Comité de Ética Hospitalaria

Avance de Compromisos.



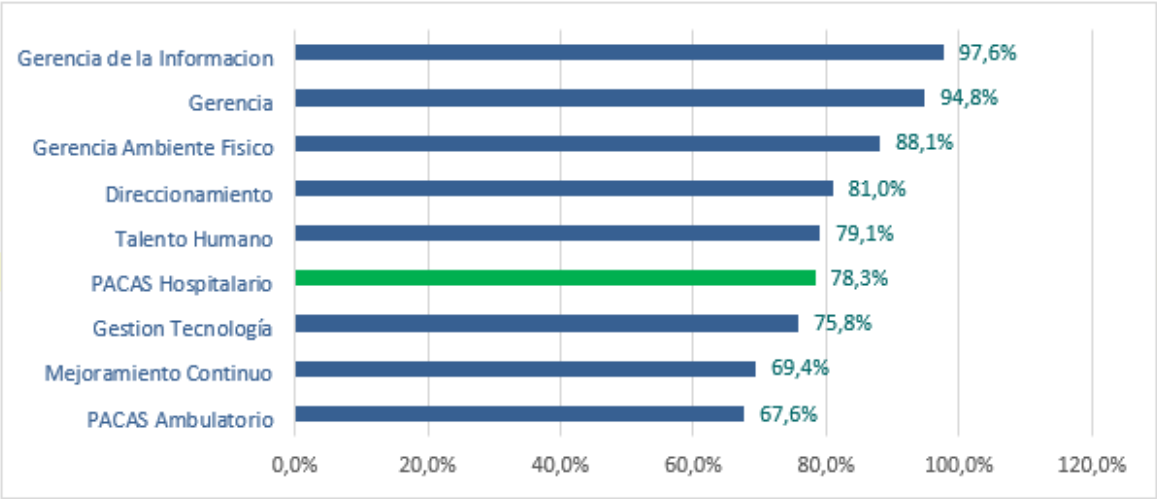
Indicadores.

Vigilado Supersalud

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS hospitalario arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

7. LECCIONES APRENDIDAS

- El empoderamiento, compromiso y sentido de pertenencia del equipo de anfitriones reflejando una gestión proactiva, oportuna y resolutividad de necesidades y requerimientos de los pacientes, familia y/o cuidadores contribuyendo a la continuidad de la atención y mejorar la experiencia del usuario.
- Articulación efectiva con el área de sistemas, lo que permitió identificar y dar respuesta a las necesidades del proceso mediante el diseño, desarrollo e implementación de aplicativos, optimizando los tiempos de atención, fortaleciendo la eficiencia operativa en el ingreso de pacientes y visitantes a la clínica.

Vigilado Supersalud

- Fortalecimiento sostenido del proceso de acreditación, evidenciando la gestión efectiva, seguimiento y cierre de oportunidades de mejora para el área de gestión del servicio, mediante la alineación con los estándares de calidad, la implementación de acciones correctivas y la consolidación de prácticas orientadas a mejorar la experiencia del usuario.

8. PROYECTOS 2026:

- Diseñar, implementar y fortalecer estrategias diferenciadas y focalizadas según los distintos perfiles y necesidades de los pacientes de la clínica, orientadas a mejorar, estandarizar y sostener la experiencia del paciente, familia y/o cuidadores.
- Optimizar la herramienta tecnológica Xcustomer con el fin de automatizar, integrar y estandarizar procesos asistenciales y administrativos, permitiendo el seguimiento en tiempo real, la toma de decisiones oportunas basadas en información confiable y la mejora de la eficiencia operativa y la calidad de la atención.
- Fortalecer el cumplimiento integral de la normatividad vigente y de los estándares en acreditación en salud, promoviendo la excelencia institucional y la mejora continua de los procesos, mediante la estandarización, evaluación permanente y adopción de buenas prácticas que garanticen una experiencia memorable para el paciente, familia y/o cuidadores.
- Implementar estrategias encaminadas a mejorar la experiencia del cliente interno, orientadas al bienestar, reconocimiento, desarrollo y colaboración activa de los colaboradores mediante un reconocimiento institucional.

Vigilado Supersalud

Los Nogales
Clínica

Informe de Gestión 2025

PACAS Ambulatorio

Vigilado Supersalud

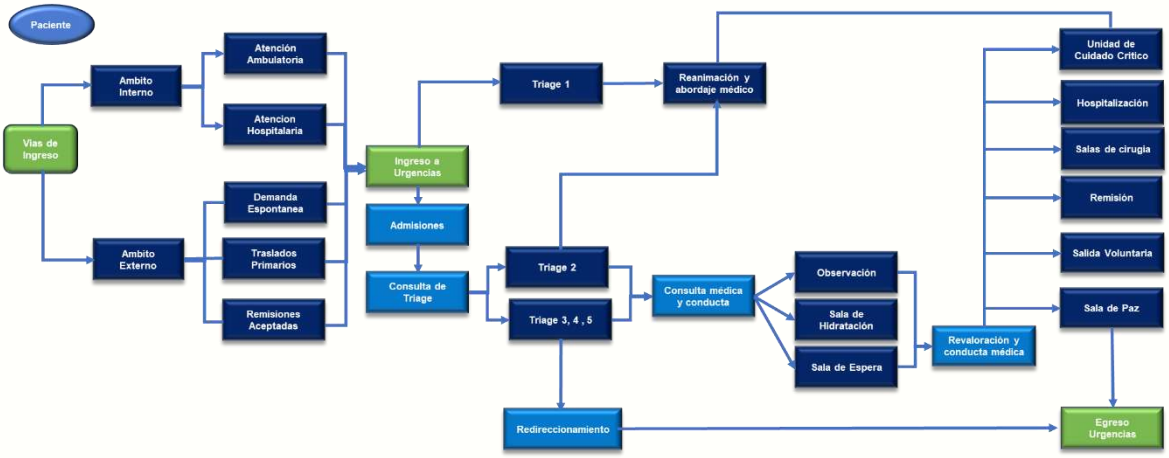
Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C
Autopista Norte, Costado Oriental.
www.clinicanogales.com
(601) 593 70 00

URGENCIAS

1. PRINCIPALES LOGROS:

Durante el año 2025 se realizaron en el servicio de urgencias las siguientes actividades para mejorar el proceso de atención a los pacientes, el flujo de trabajo en el servicio y garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad.

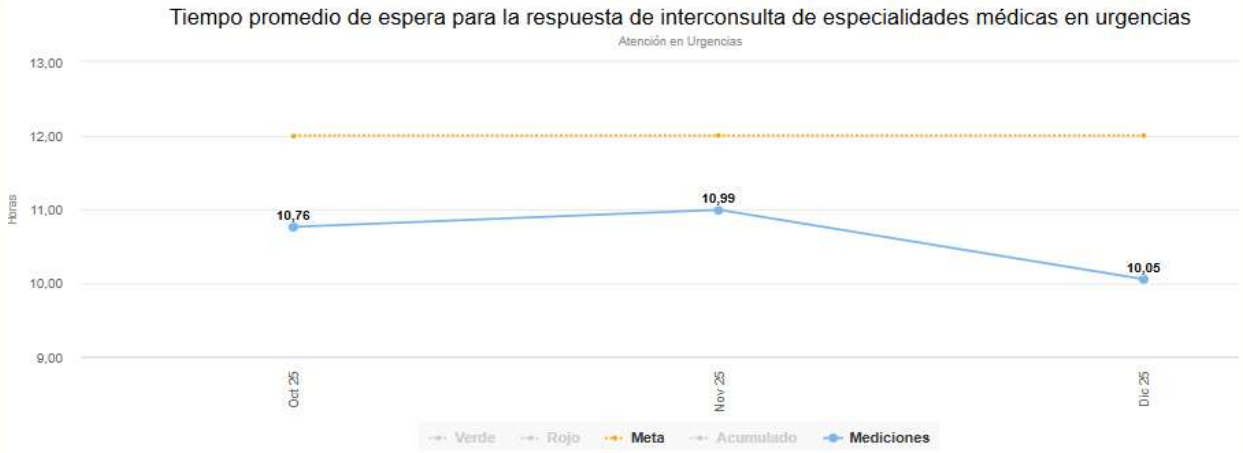
Se realizó capacitación a todo el personal asistencial de urgencias en la ruta de atención en el servicio, haciendo énfasis en cada una de las áreas dispuestas para la atención de los pacientes (triage, reanimación, consulta médica, sala de espera, sala de procedimientos, sala de hidratación y observación), definiendo las actividades realizadas en cada fase del proceso y los tiempos de atención, que garanticen oportunidad y seguridad.



Fuente: Coordinación enfermería urgencias

Indicador respuesta de interconsultas especialidades médicas: como parte de las oportunidades de mejora derivadas de la visita del primer seguimiento de acreditación en el mes de abril 2025, se implementó el indicador para la medición del tiempo promedio de respuesta de interconsultas de especialidades médicas en urgencias. Durante el último trimestre de 2025 se evidencio un cumplimiento del indicador, con tiempos de respuesta promedio por debajo de 12 horas.

Vigilado Supersalud



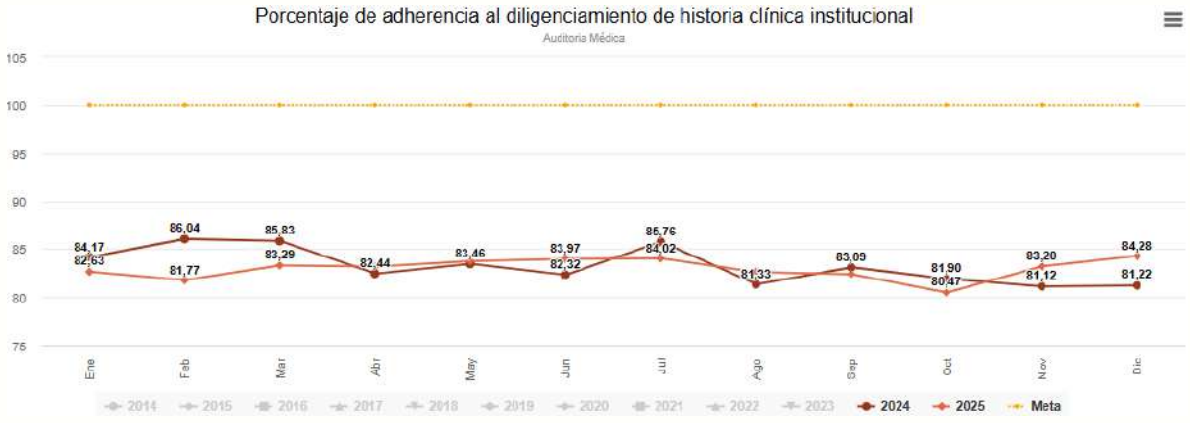
Fuente: Coordinación enfermería urgencias

Creación del protocolo institucional para la atención de paciente con diagnóstico de ataque cerebrovascular agudo, consolidándonos como institución acreditada y certificada como categoría diamante ante la iniciativa internacional ANGELS para atención de código STROKE.

Los Nogales Clínica	**PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL ATAQUE CEREBROVASCULAR AGUDO**	Código: UR-PT-009
		Versión: 01
		Fecha de aprobación: 27-11-2025
		Página: 1 de 23

Fuente: Coordinación enfermería urgencias

Se optimizaron las plantillas de registro de historia clínica en SALUD IT, llevando a una mejor caracterización de los retos en seguridad del paciente y riesgo clínicos y transversales, asimismo fortaleciendo el adecuado registro de historia clínica por parte del grupo medico asistencial con un incremento de 4 puntos porcentuales respecto al periodo 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

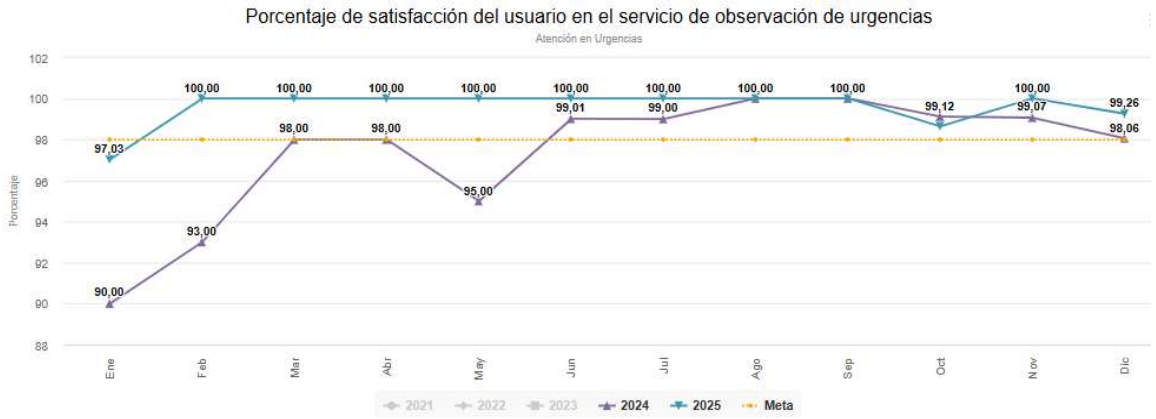
Se implementa la ronda médica con emergenciólogo de turno nocturno a las 1:00 am en el servicio de observación urgencias, con el objetivo de realizar seguimiento de los pacientes de manera oportuna, definir conductas o egresos tempranos, mejorando el giro cama.

Implementación del uso de computador portátil para la entrega de turno, con el objetivo de realizar las cancelaciones o modificaciones que se decidan en la ronda medica con emergenciólogo, para optimizar tiempos de atención.

Fuente: Coordinación enfermería urgencias

Procedimiento invasivo realizado por emergenciólogo: durante el 2025 se ha fortalecido la realización de procedimientos invasivos por parte de los especialistas en emergencias, llevando data de estos. Dentro de los procedimientos están colocación de catéter central, toracentesis, paracentesis, sedaciones, entre otros. Durante el último trimestre de 2025 se realizaron 124 procedimientos, lo cual mejora la oportunidad en los tratamientos y la definición de conducta.

En el servicio de observación urgencias con relación al indicador de satisfacción del usuario, se logró un aumento de 2 puntos porcentuales respecto al periodo 2024, logrando un promedio anual de satisfacción de 99,5%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En conjunto con el área de farmacia se implementó la canasta de insumos para la atención de pacientes pediátricos en el área de reanimación, con el fin de garantizar una atención segura y oportuna a esta población y como parte de la implementación de los paquetes instruccionales en el servicio.

Durante el 2025 se capacito al personal de urgencias como parte del programa de formación y desarrollo, en temas orientados a mejorar la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la eficiencia en las actividades desempeñadas para impactar en el proceso de atención. Algunos de los temas fueron:

Temas de capacitación enfermería	
Ruta de atención en urgencias	Recibo y entrega de turno
Segregación de residuos	Toma de muestras de laboratorio
Protocolo de sonda vesical	Trabajo en equipo
Registros de enfermería	Valoración flebitis
Indicadores de enfermeria en urgencias	Preparación de pacientes para colonoscopia
Estrategia corazón-cabeza-corazón	Inserción y cuidados de PICC

Fuente: Coordinación Urgencias

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Los proyectos desarrollados durante el 2025 en el área de urgencias se describen a continuación.

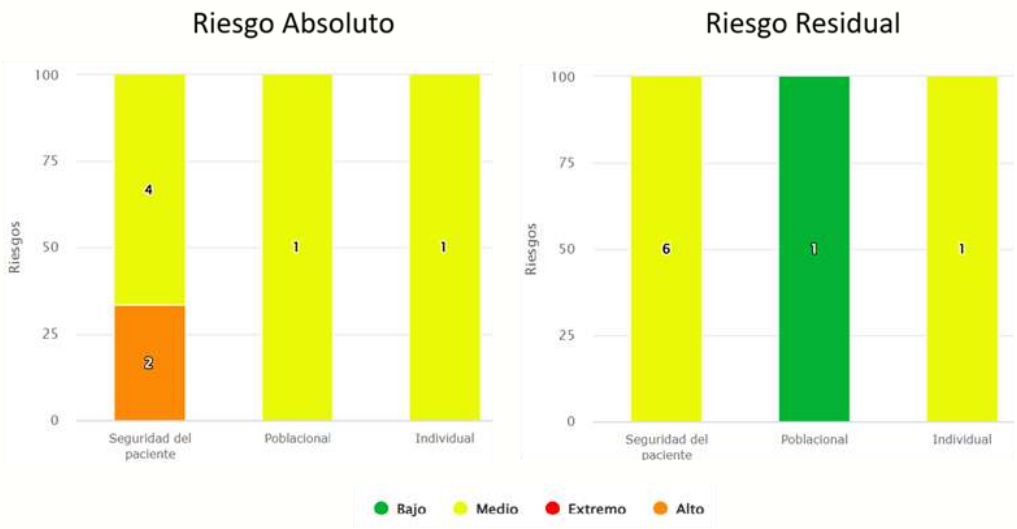
Nombre del proyecto	Objetivo del proyecto	Porcentaje de avance	Fecha de finalización	Conclusiones
Protocolo Código STROKE	Creación de un protocolo institucional basado en la evidencia y adaptado a nuestra población para la atención de pacientes con cuadro clínico sugestivo de un ataque cerebrovascular.	100%	1/12/25	Se creó un nuevo protocolo de atención de código ACV institucional, adaptado y bajo estándares internacionales de atención, consolidándonos como institución acreditada.
Fortalecer la identificación y manejo de pacientes con riesgo de suicidio	Programar el despliegue institucional de la ruta establecida para identificación y manejo de paciente de riesgo suicida.	80%	03/2026	Se busca capacitar a todo el personal de la institución en la identificación y manejo de paciente con riesgo suicida.
Estrategias de ahorro en urgencias	Planear los insumos necesarios a través de herramienta de control de consumo por el área de forma semanal, llevando control estricto de insumos y materiales en el servicio con el fin de tener trazabilidad de consumo y pertinencia.	90%	12/2025	Se implementó el formato de seguimiento a pedido con un listado limitado de insumos para el área de urgencias y observación. Se educó al personal en el uso adecuado de los insumos para evitar desperdicios especialmente en el uso de rótulos.
Actualización de plantillas de atención médica del sistema SALUD IT	Facilitar los procesos de atención inicial de urgencias y su evolución clínica continua. Además, estandarizar el registro de situaciones de	90%	12/2025	El registro de estados de salud y enfermedad son dinámicos según la individualidad de cada paciente y su registro en la historia

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del proyecto	Porcentaje de avance	Fecha de finalización	Conclusiones
para médicos en urgencias	riesgo indispensables a tener en cuenta durante su atención.			clínica permite anticiparnos a riesgo y situaciones de seguridad, así como revisar el historial de atención en caso de quejas y eventos de seguridad para su análisis e intervención.
Folleto de atención en Triage	Actualización folleto de triage con información de derivación del paciente a nivel de complejidad menor y posibilidad de registro de asignación de cita prioritaria.	100%	25/11/25	Fortalecer la educación brindada al paciente en el triage y asegurar la información suministrada sobre cita prioritaria.
Citas prioritarias en convenio Virrey Solís – Clínica Nogales	Derivar paciente cuya clasificación de Triage es IV o V, para su atención por consulta prioritaria en convenio con Virrey Solís y así descongestionar el servicio de urgencias de alta complejidad.	100%	27/2/25	Dinamización del servicio de urgencias permitiendo la atención de pacientes de alta complejidad y permitiendo la atención prioritaria de pacientes con clasificaciones de Triage IV afiliada a salud total.
Digitalización de entrega de turno en urgencias y observación	Creación de una herramienta digital para la entrega de turno que permita la protección de datos de los pacientes y un registro actual y verídico de su estado para la entrega de turno en los servicios de urgencias y observación.	70%	12/25	La digitalización de procesos en atención facilita la toma de conductas, la comunicación entre los participantes en el proceso de atención y la intervención oportuna.

Vigilado Supersalud

3. GESTIÓN DEL RIESGO



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En materia de riesgos de los pacientes, su clasificación y su impacto en nuestro servicio, se identificaron 8 grandes riesgos categorizados de la siguiente manera: 6 concernientes a seguridad del paciente, 1 relacionado con el riesgo poblacional y 1 con el riesgo individual. De estos, se estratificaron aquellos con el mayor impacto en nuestro servicio al estar en una zona de alto riesgo, a mencionar:

- La probabilidad de afectación de salud en el paciente por fallas en la comunicación y traspaso de información durante traslados internos. Relacionado con riesgos en tema de seguridad del paciente.
- La probabilidad de afectación en salud al paciente y equipo de salud por omisión de aislamiento en paciente con patología infectocontagiosa; relacionado con riesgos en tema de seguridad del paciente.

Con la intervención de estos riesgos y su gestión se logró reducir su impacto, con 6 riesgos de impacto medio concernientes en seguridad del paciente, 1 riesgo de impacto medio respecto al riesgo individual y 1 riesgo de bajo impacto poblacional.

4. GESTIÓN CLÍNICA EN URGENCIAS

Mortalidad en urgencias

La tasa de mortalidad global en urgencias tiene un comportamiento variable, dependiendo de factores internos y externos a la institución y factores poblacionales o individuales de cada individuo.

Vigilado Supersalud

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

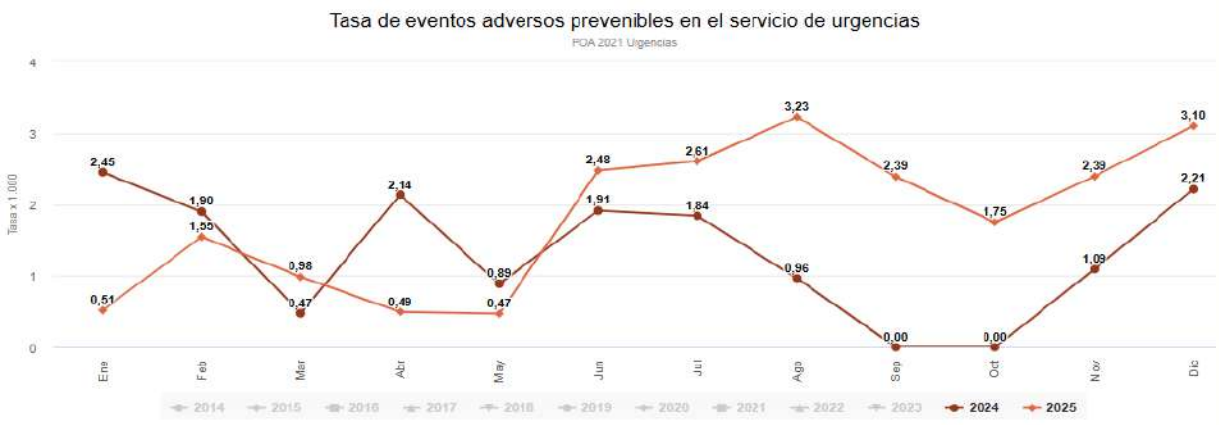
En el global se evidencia un aumento de la tasa promedio no mayor a un punto porcentual, sin embargo, es evidente durante este periodo 2025 el incremento del número de meses por encima de la meta estipulada. Esto con relación a la población que ingresa a urgencias, predominantemente oncológica, con techos terapéuticos establecidos o que por intervención de los emergenciólogos se establece manejo de pacientes en código lila y se define oportunamente la pertinencia de traslados a unidad de cuidado intensivo.

Por la gestión descrita anteriormente, se puede evidenciar que la mortalidad en urgencias mayor a las 48 horas de atención en el servicio ha disminuido considerablemente, siendo este un reflejo de una mejor gestión de conductas médicas en el servicio.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Seguridad del paciente

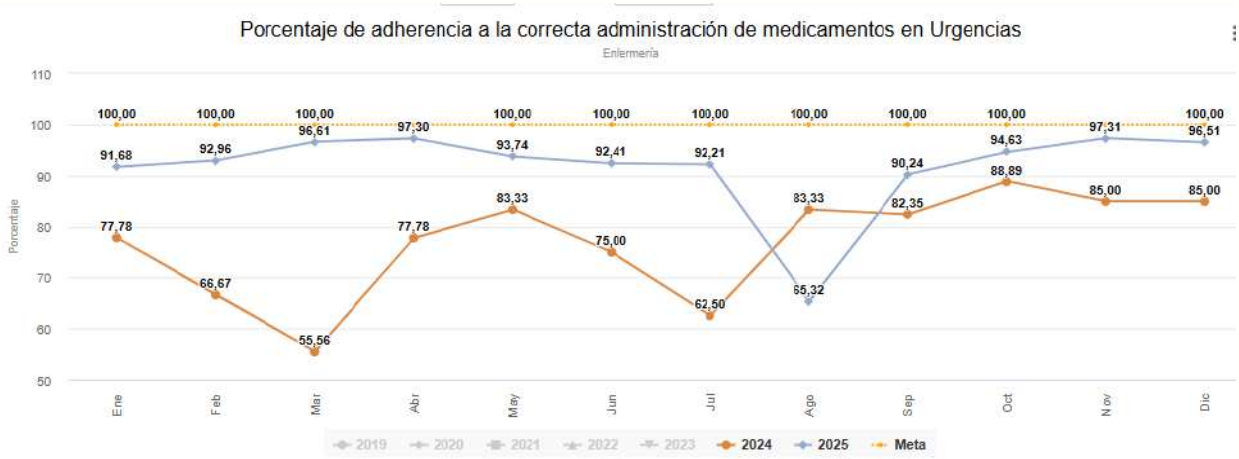
Eventos adversos prevenibles: durante el 2025 se presentó un leve aumento de la tasa de eventos adversos prevenibles en el servicio de urgencias, teniendo una tasa promedio de 1,83 comparado con el 1,32 del 2024.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Sin embargo, se evidencia que esto se debe a una mejor cultura del reporte por parte de los colaboradores, identificando y notificando por el sistema de gestión integrado Almera las situaciones que afectan la seguridad del paciente en los diferentes procesos asistenciales dentro del servicio, lo cual permite a partir del análisis de los eventos identificar las principales oportunidades de mejora para trabajar en el área.

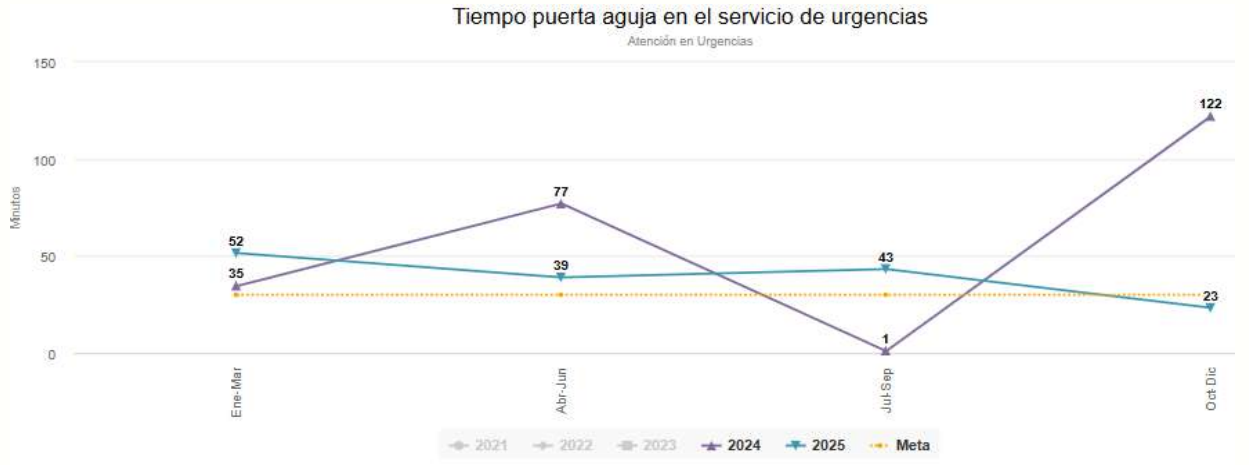
Adherencia a la administración de medicamentos



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Teniendo en cuenta que uno de los procedimientos que más realiza el personal de enfermería en el servicio de urgencias es la administración de medicamentos, se ha venido fortalecido el proceso, con el fin de evitar eventos relacionados con esta actividad. Para el año 2025 se evidencia una mayor adherencia al proceso aumentando 14 puntos porcentuales con respecto al año 2024, llegando a una adherencia del 91,7% en la

vigencia 2025. Igualmente se incentiva el reporte de eventos relacionados con la administración de medicamentos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Código Stroke: como parte de los indicadores del protocolo de Código Stroke, en el 2025 se logró disminuir 20 minutos el promedio de tiempo para la realización de trombólisis, llegando a un promedio de 39 minutos, lo cual refleja mayor oportunidad en la atención y acercándonos a la meta de los 30 minutos.

5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencia que en el año 2025 se presenta una disminución de 7,37 puntos porcentuales en la satisfacción de los usuarios en el servicio de urgencias, con respecto al año 2024. El principal atributo afectado en esta área está relacionado con demora en los tiempos de atención médica y en la actitud del personal. Durante dicha vigencia se ha venido trabajando con el equipo de enfermería y medico en fortalecer la información a pacientes y familias sobre el proceso de atención, manteniendo siempre una actitud empática. También se han definido estrategias para mejorar los tiempos en la realización

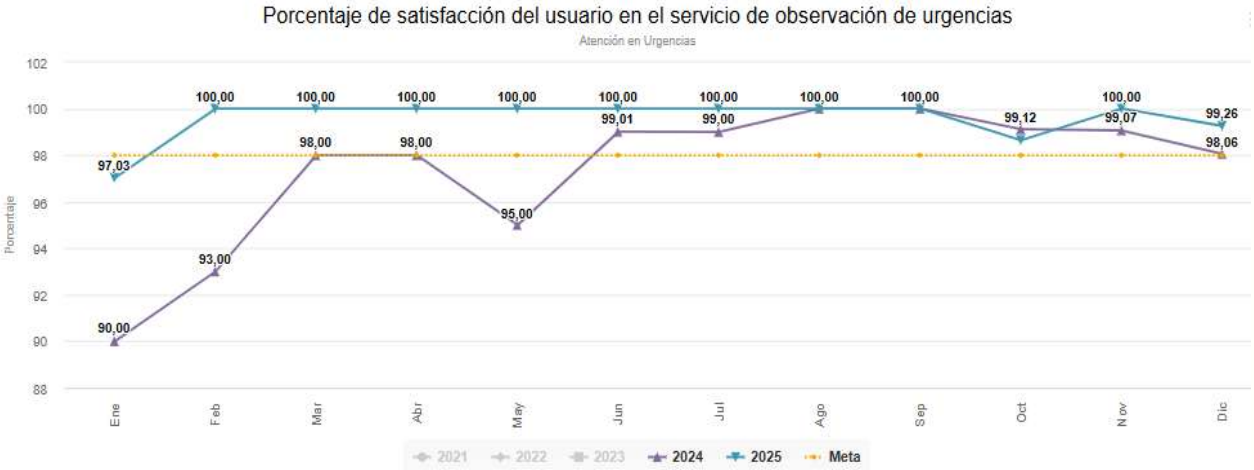
de procedimientos de enfermería y en la revaloración médica. Se ha trabajado con el anfitrión del servicio para gestionar procesos de atención y educación de usuarios.

Urgencias

Atributos Afectados 2025		
1	Oportunidad	168
2	Humanización	78
3	Pertinencia	33
4	Confort	14
5	Comunicación	10
6	Seguridad del Paciente	9
7	Continuidad	9
8	Accesibilidad	5
Total PQRS		326
Tasa PQRS 2025		11.2

Indicador NPS	
2024	82%
2025	82%

Fuente: Informe experiencia 2025



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Con relación a la satisfacción en el servicio de observación urgencias, se presentó en el 2025 un aumento de 2,23 puntos porcentuales. Se ha trabajado con el personal asistencial en mantener una comunicación oportuna y empática con los pacientes, dar respuesta oportuna a los requerimientos y abordar con el anfitrión o líder de enfermería o médicos los pacientes que presenten dificultades en el proceso de atención.

Observación Urgencias			
	Atributos Afectados 2025		
	1	Oportunidad	3
	2	Seguridad del Paciente	1
		Total PQRS	**4**
		Tasa PQRS 2025	**0.52**

Indicador NPS	
2024	82%
2025	82%

Fuente: Informe experiencia 2025

Dentro de las acciones trabajadas y que se continuaran desplegando en el servicio de urgencias en el 2026 es lograr que el personal de salud este en la capacidad de comunicarse con compasión, reconocer y validar las experiencias y sentimientos de los pacientes, respondiendo con sentimientos y satisfaciendo sus necesidades de información. Esto se inició con la capacitación de la estrategia corazón – cabeza - corazón.

6. INDICADORES DE CULTURA:

RESULTADO GENERAL 2025 URGENCIAS

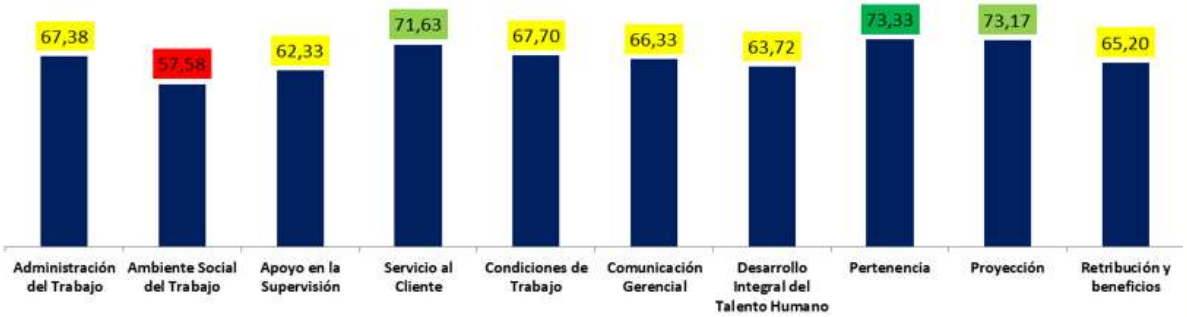
El clima fue de: 66,54 y bajo

2,68 punto porcentuales.

Área /Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Fuente: Informe talento humano

Para el 2025, se presentó una leve disminución en la valoración del clima en el servicio de urgencias, ubicándonos en zona de construcción. El principal aspecto de mejora a trabajar es ambiente social, lo cual se ha venido trabajando con actividades que fortalezcan el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y la resolución de conflictos.



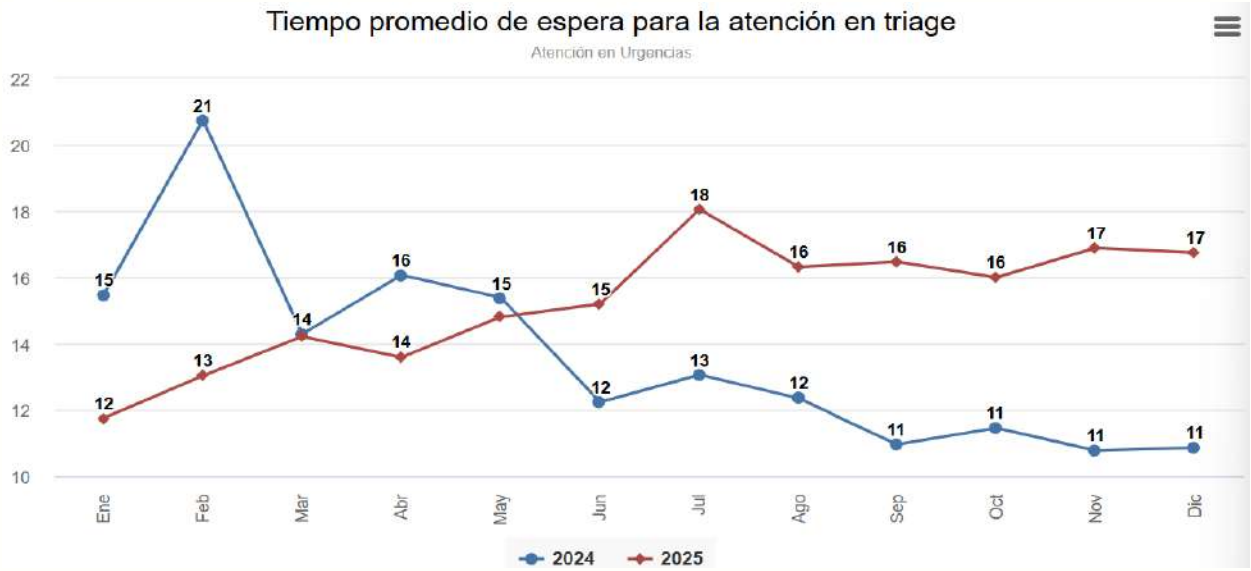
Fuente: Informe talento humano

7. DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD:

Indicadores de productividad

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

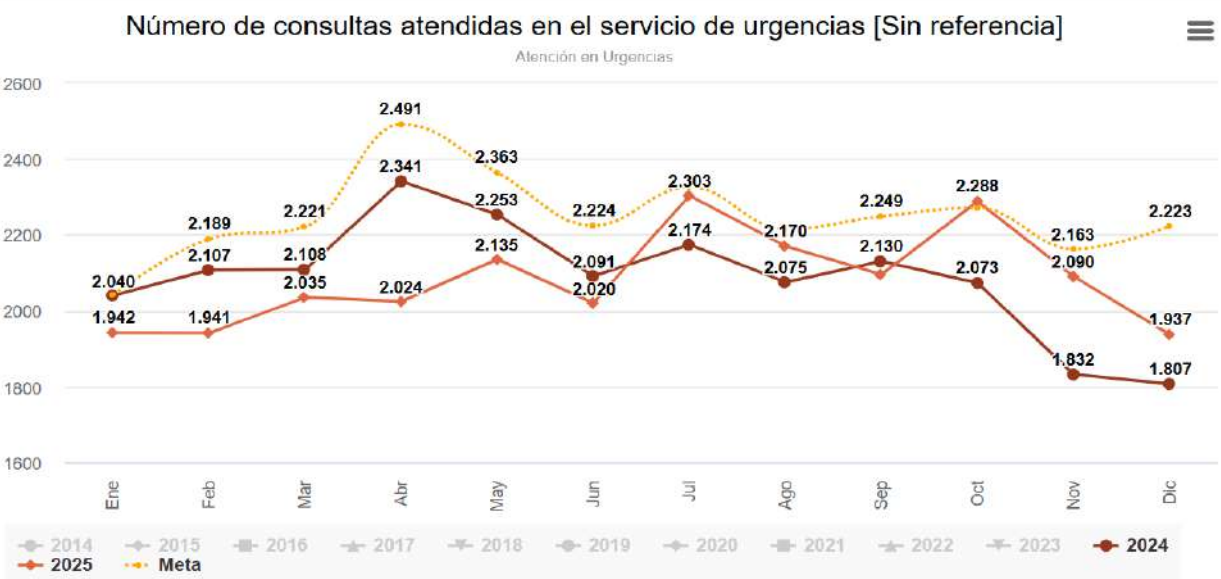
En el año 2025 hubo un promedio de atención en Triage de 2815 pacientes, a comparación del 2024 que hubo un promedio de 2676. Asimismo, se evidenció una tendencia global al aumento de Triage realizados en los últimos dos cuartiles del año 2025. Esto contemplando los ajustes en los convenios de atención con otras entidades administradoras de planes de beneficios y la mayor afluencia de pacientes dependientes de Salud Total.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

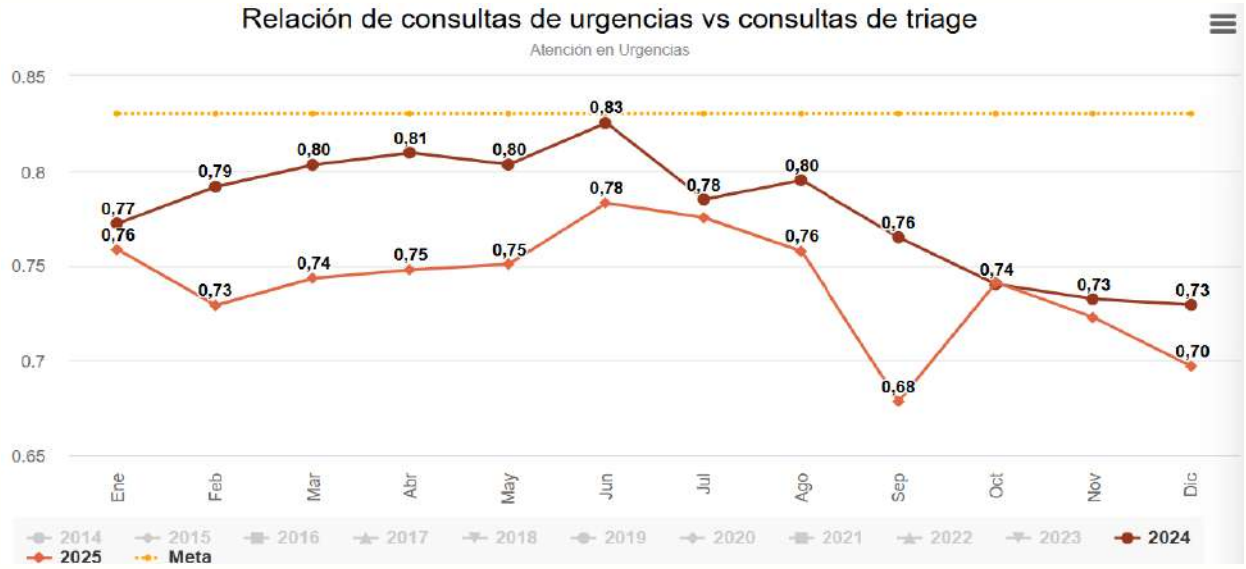
El tiempo promedio de atención de pacientes que ingresan a su valoración en Triage para el año 2025 fue de 15 minutos, con una tendencia al aumento a lo largo del año en comparación con el periodo previo cuyo promedio fue de 14 minutos. Esto se debe en algunos momentos al alto volumen de pacientes en horas específicas del día o por la necesidad de apoyo del jefe de triage al área de reanimación.

La atención de consultas en urgencias obtuvo un promedio de atención para el 2025 de 2082, que en contraste con un promedio de 2086 del 2024 mantiene un promedio similar respecto al año previo.



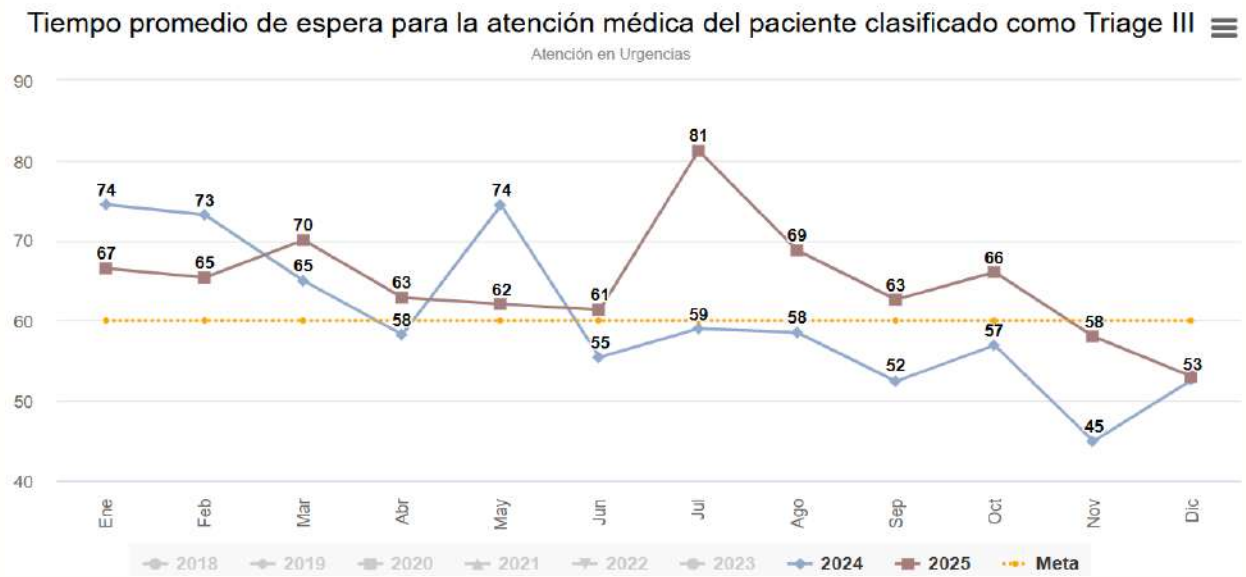
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Las metas en atención de consulta para el año 2025 fueron alcanzadas solo en dos meses, lo cual no fue logrado para el resto del año. Esto es un reflejo de ajustes internos dentro del servicio, como el redireccionamiento del paciente para su atención en segundo nivel que acude por urgencias de baja complejidad y de atención prioritaria, a través de convenios vigentes con IPS Virrey Solís. Además, el cierre de convenios con EAPB y el fortalecimiento en los adecuados procesos de clasificación de Triage de la mano con la disponibilidad continua de especialistas en emergencias permite entender este comportamiento, si bien las consultas de Triage si aumentaron para el periodo del 2025.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

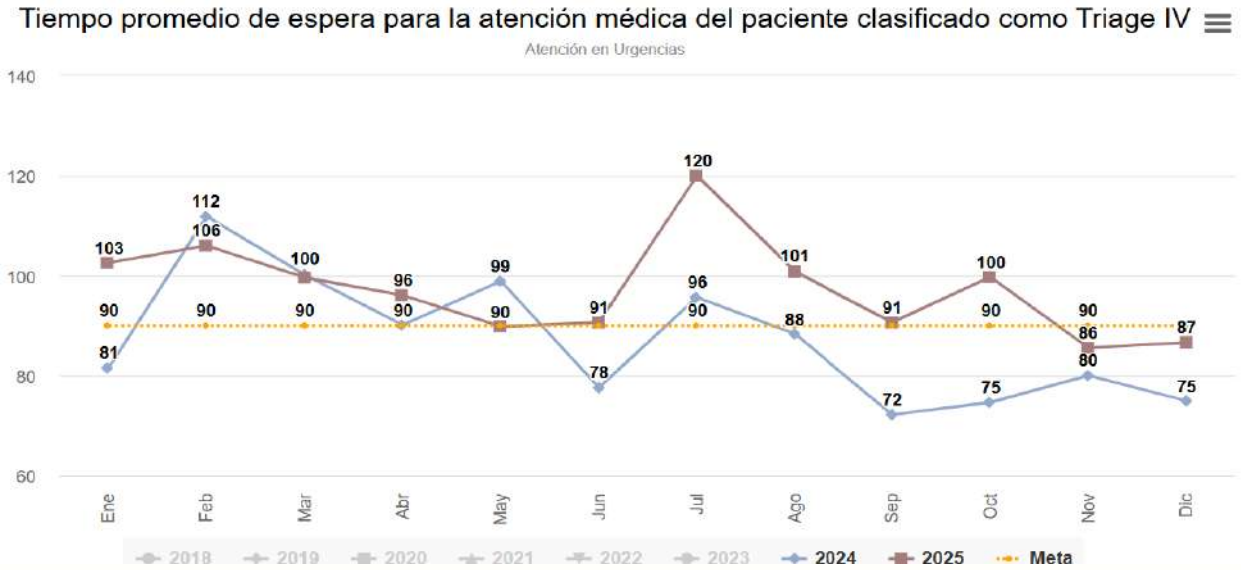
Esto se ve reflejado en la relación de consultas de urgencias contra las de Triage, que para el año 2025 descendieron de manera importante.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

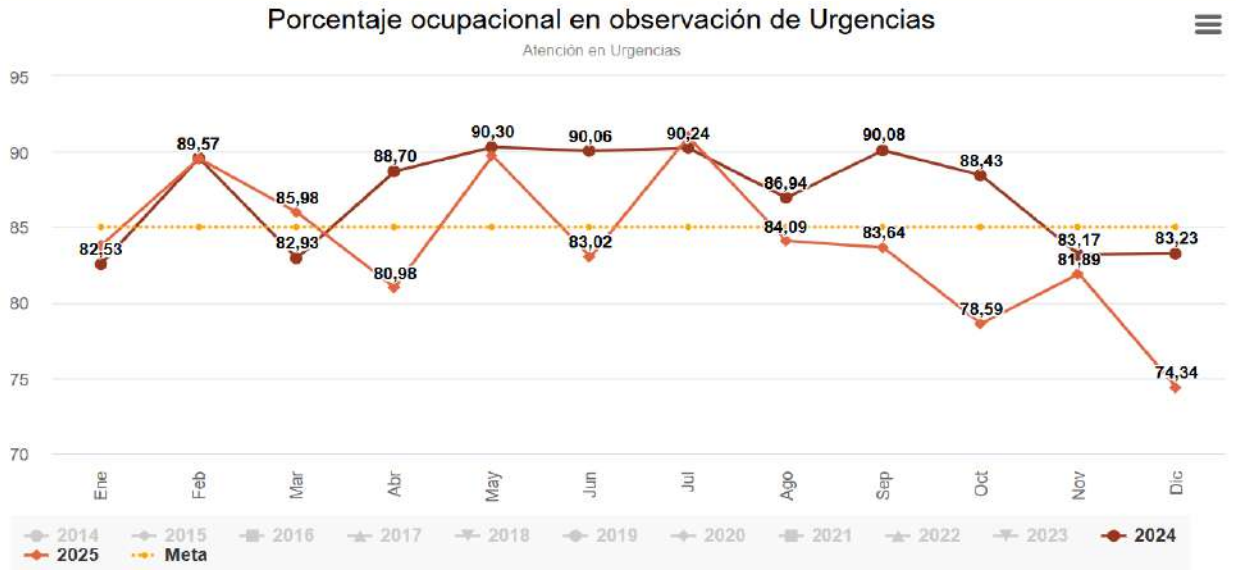
Vigilado Supersalud

El tiempo promedio de espera para la atención de pacientes clasificados como Triage 3 fue de 65 minutos para el periodo del 2025, a diferencia del 2024 que fue de 60 minutos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El tiempo promedio de espera para la atención de pacientes clasificados como Triage 4 fue de 97 minutos para el periodo del 2025, a diferencia del 2024 que fue de 87 minutos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

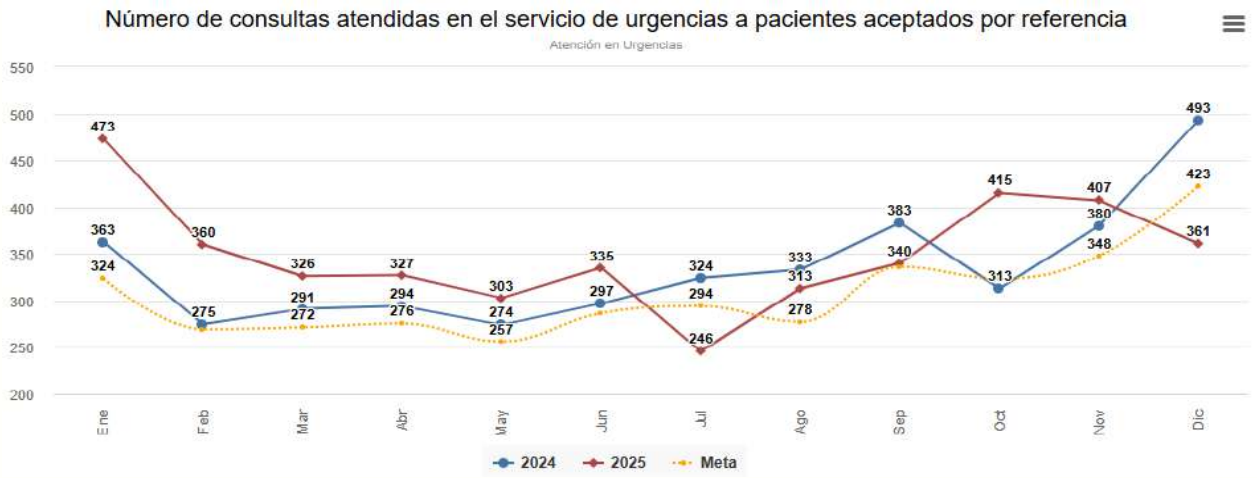
El porcentaje ocupacional del servicio de Observación para el año 2025 obtuvo un promedio del 83%, por debajo al promedio del periodo previo del 87% y por debajo de la meta del 85%. Esto es un reflejo del cierre de convenios, la gestión en redireccionamiento por parte de referencia y la agilización de procesos como hospitalización por especialidades y de la mano de la ronda medica con emergenciólogos.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El promedio de estancia en observación para el año 2025 fue de 42,5 horas, el cual disminuye sustancialmente respecto al año previo 2024 con un promedio de 53,9 horas. Sin embargo, el comportamiento del promedio de estancia ha tenido una tendencia al incremento en los últimos meses lo cual debe ser analizado e intervenido según los factores que influyen en este comportamiento que dependen o no de la misma atención en observación, como la no disponibilidad de camas en áreas de hospitalización, derivación a otras instituciones por no convenios o retrasos en la realización de estudios para definir conductas en pacientes.

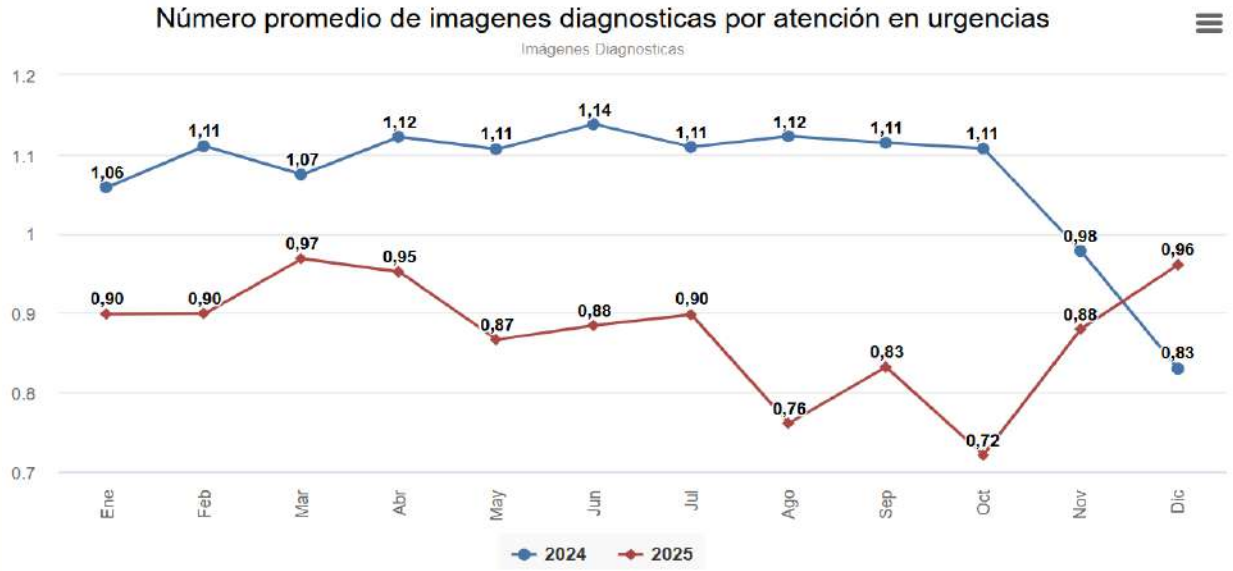
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Por último, el giro cama como un indicador de eficiencia en la definición de conductas y el traslado de pacientes a áreas de hospitalización obtuvo un promedio para el año 2025 de 17,57, en comparación con el 2024 con un promedio de 16,43, el cual se interpreta como el número de pacientes que egresan de un cubículo de observación de urgencias en un mes de seguimiento.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencia un acumulado de ingresos a través de referenciación institucional al servicio de observación de 4206 pacientes, con un promedio mensual de 351 pacientes para el año 2025 a diferencia del periodo anterior con un promedio de 335 pacientes, evidenciando un aumento para el periodo 2025.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

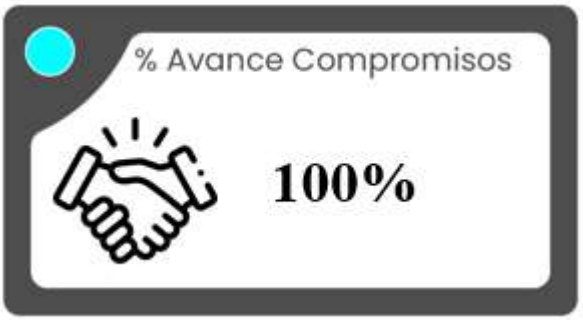
Por último, se evidencia una disminución significativa respecto al periodo anterior del número de imágenes diagnosticas solicitadas en el servicio de urgencias, como reflejo de la gestión adecuada y la intervención de especialistas en urgencias ante las conductas sobre los pacientes que ingresan a urgencias.

9. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

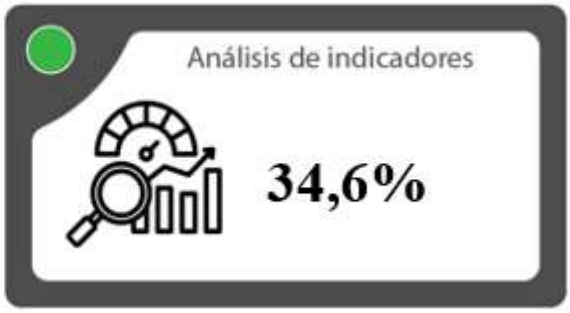
A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

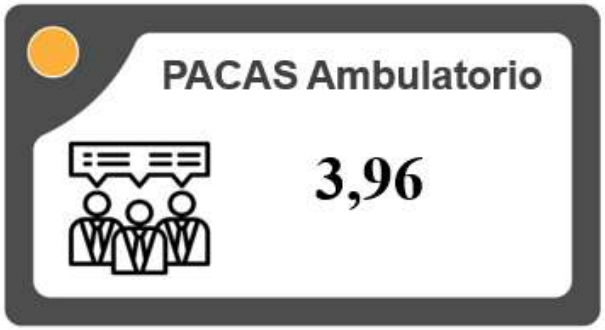
Avance de Compromisos.



Indicadores.

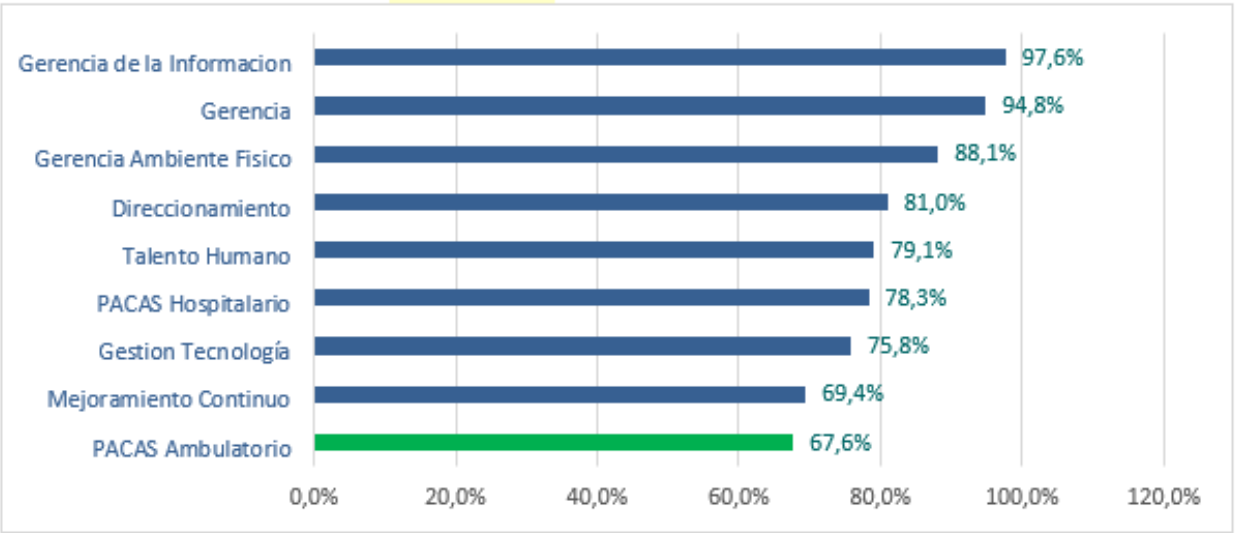


Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.



Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **PACAS A** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- Mediante el análisis de los diferentes incidentes y eventos de atención, se han identificado las principales oportunidades de mejora en las cuales se debe trabajar en el servicio de urgencias para aumentar la adherencia a los procesos.
- Se presentó un aumento en el volumen de pacientes a los cuales se les realizo triage, sin embargo, se ha mantenido el promedio de consultas médicas, ya que se ha fortalecido la derivación de pacientes triage 4 y 5 a atención prioritaria. Esto permite enfocar la atención a pacientes de alta complejidad.
- Se lidero en conjunto con el equipo de neurología, las diferentes actividades para consolidar el programa de ACV en la institución y lograr la certificación en categoría diamante ante la iniciativa internacional ANGELS para atención de código STROKE.
- La ronda médica por emergenciólogo tuvo impacto favorable en el giro cama en el servicio de observación.
- Mayor adherencia por parte del personal médico en el diligenciamiento de la historia clínica a través del seguimiento mensual realizado por auditora medica del servicio con retroalimentación mensual de los datos.

10. PROYECTOS 2026:

- Actualización del modelo de atención de urgencias con los cambios implementados en los procesos durante 2025, con el objetivo de documentarlos y socializarlos con el personal.
- Afinar e implementar una prueba piloto con el aplicativo para realizar entrega y recibo de turno médico y de enfermería en los servicios de urgencias y observación y definir la mejor herramienta para asegurar trazabilidad de esta actividad en el área.
- Optimizar el análisis y cálculo de los indicadores de gestión médica para lograr evaluar pertinencia, productividad y eficiencia de manera más precisa.
- Identificar las patologías con mayor número de ingresos y estancias en nuestro servicio de urgencias susceptibles de implementar guías de atención institucional y elegir una para su desarrollo.
- Actualización y pertinencia de los documentos relacionados con el proceso de atención en el servicio de urgencias que se encuentran en Almera.
- Establecer estrategias que mejoren la experiencia de los pacientes y familias en el servicio de urgencias que impacten positivamente en la satisfacción y NPS del área.
- Implementar actividades de humanización en salud para todo el personal de urgencias.
- Continuar con estrategias para el control del gasto y el cuidado de los equipos biomédicos en el servicio.

CONSULTA EXTERNA

1. PRINCIPALES LOGROS:

Durante el año 2025, el servicio de consulta externa alcanzó importantes logros en la mejora y fortalecimiento de la capacidad instalada de la clínica. Se implementaron estrategias para ampliar la oferta de agendas, reduciendo tiempos de espera y mejorar la satisfacción de los usuarios, alineadas con los objetivos estratégicos institucionales. Los principales hitos alcanzados incluyen:

- Ampliación de la oferta de agendas con nuevas especialidades de ortopedia.
- Mejoras en las confirmaciones de citas y preparaciones en don doctor.
- Apertura de la unidad de otología en julio.

	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Paciente	16	87	199	195	180
Procedimiento	34	217	515	505	468

- Mejora en la capacidad instalada con significativo aumento.
- Aumento en las observaciones de lavado de manos del área de consulta externa.

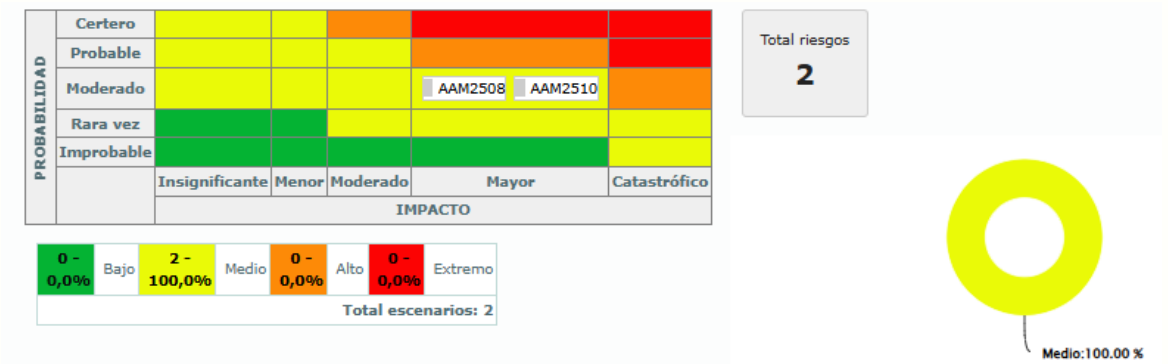
Estos avances fortalecen la calidad y continuidad del servicio, mejorando la experiencia del paciente y la eficiencia operativa.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Ajuste don doctor	Actualizar la información para que llegue confirmación a través del WhatsApp	100%	Junio 2025	Todas las confirmaciones llegan al WhatsApp y correo electrónico.
QR de consultorio asignado	Garantizar que los médicos puedan visualizar sus consultorios.	100%	Diciembre 2025	La visualización de los consultorios por parte de los especialistas permitió fortalecer retrasos y tiempos para llegar al consultorio.
Capacidad instalada	Crear y consolidar una base de capacidad instalada, para optimizar los consultorios de la clínica	100%	Mayo 2025	Actividad ejecutada

Vigilado Supersalud

3. GESTIÓN DEL RIESGO

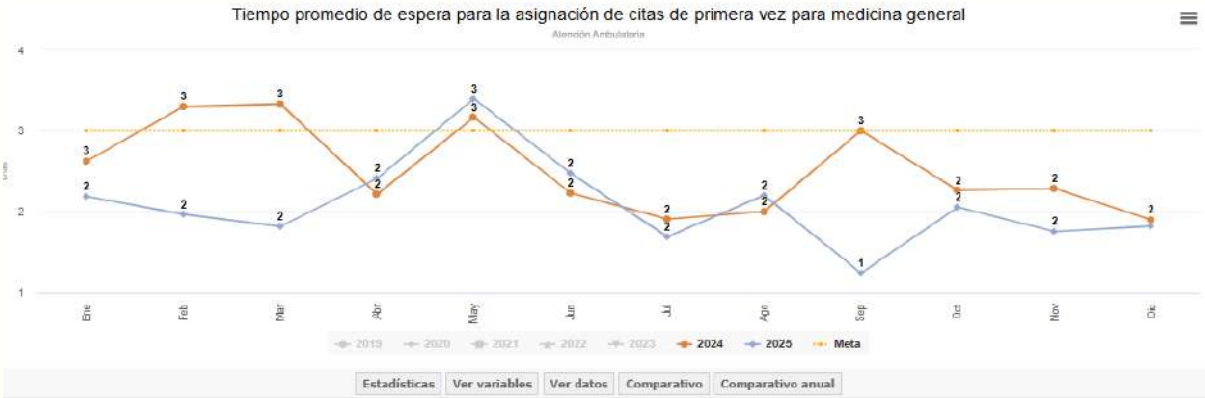


Unidad de riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo	Controles
Atención Ambulatoria	Probabilidad de caída del paciente durante el proceso de atención ambulatorio	Moderado	Mayor	Medio	Evitar el riesgo	1
Atención Ambulatoria	Probabilidad de errores asociados a la identificación incorrecta	Moderado	Mayor	Medio	Evitar el riesgo	1

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante la evaluación de gestión de riesgo, se clasificaron dos riesgo medio caídas y errores en identificación, para esto se definieron e implementaron acciones de control y seguimiento orientadas a disminuir su probabilidad e impacto.

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Análisis año 2024

Durante el año 2024, el tiempo promedio de espera se mantuvo principalmente en 2 y 3 días, ubicándose en varios meses en el límite de la meta institucional (3 días). Se evidencian picos en febrero, marzo, mayo y septiembre, lo que sugiere periodos de mayor demanda o limitaciones en la oferta de citas.

Análisis año 2025

En el año 2025 se observa un mejor desempeño frente a 2024, con tiempos de espera predominantemente de 2 días y un mejor resultado en septiembre (1 día). La mayoría de

los meses se encuentran por debajo de la meta, lo que refleja avances en la oportunidad para la asignación de citas de primera vez.

5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Análisis año 2024

En el año 2024 se observa un desempeño notablemente superior frente a 2025. La satisfacción del usuario se mantiene de forma consistente en valores altos, entre 96 % y 100 %, cumpliendo e incluso superando la meta institucional durante la mayoría de los meses. Aunque se presentan leves descensos en julio y octubre, el comportamiento general evidencia mejoras sostenidas en la calidad percibida del servicio, asociadas a una mejor gestión

Análisis año 2025

Durante el año 2025, el porcentaje de satisfacción del usuario presentó variabilidad significativa, con resultados que oscilaron entre 78,98 % y 90,86 %. Se evidencian descensos relevantes a mitad de año, especialmente en julio, lo que indica oportunidades de mejora en la experiencia del usuario relacionadas con la oportunidad en la atención, tiempos de espera o continuidad del servicio. En general, el indicador se mantiene por debajo del estándar esperado, reflejando la necesidad de fortalecer acciones orientadas a la comunicación.

Consulta Externa

Satisfacción	
2024	95%
2025	89%

Atributos Afectados 2025		
1	Accesibilidad	323
2	Oportunidad	67
3	Continuidad	20
4	Humanización	17
5	Comunicación	10
6	Pertinencia	3
7	Confort	1
8	Seguridad del Paciente	1
Total PQRS		442
Tasa PQRS 2025		8.40

Indicador NPS	
2024	73%
2025	68%

Fuente: Informe Experiencia 2025

Durante el período analizado se evidencia una disminución en el indicador NPS, pasando de 73 % en 2024 a 68 % en 2025, lo que refleja una reducción en la recomendación del servicio por parte de los usuarios.

El análisis de los atributos afectados en 2025 muestra que la principal causa de inconformidad corresponde a Accesibilidad (323 PQRs), seguida de Oportunidad (67) y Continuidad (20), concentrando la mayor proporción de manifestaciones negativas. Estos atributos están directamente relacionados con la facilidad de acceso al servicio, la asignación de citas y la continuidad en la atención, factores determinantes en la experiencia del usuario y en su disposición a recomendar la institución.

Humanización, Comunicación, Pertinencia, Confort y Seguridad del Paciente presentan menor impacto; sin embargo, requieren seguimiento para evitar su escalamiento.

Vigilado Supersalud

6. INDICADORES DE CULTURA:

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferenda
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Fuente: Informe talento humano

7. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Análisis año 2024

Durante el año 2024, el porcentaje de programación de la capacidad instalada se mantuvo por debajo de la meta institucional del 80 % durante todos los meses. Se evidencia un comportamiento irregular, con valores bajos en el primer trimestre y una leve mejoría a mitad de año; sin embargo, no se logra alcanzar el estándar esperado.

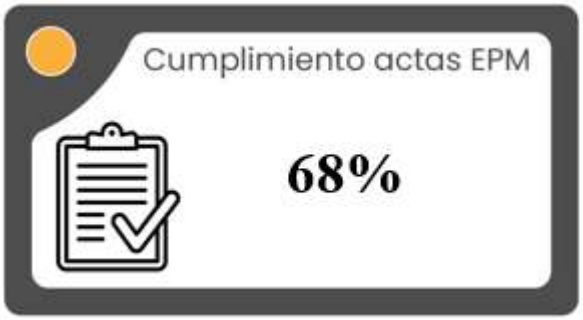
Análisis año 2025

En el año 2025 se observa una mejoría significativa frente a 2024. Desde mayo se presenta un incremento sostenido, alcanzando el valor más alto en julio (75,47 %), lo que refleja avances en la gestión de la programación y el uso de la capacidad instalada.

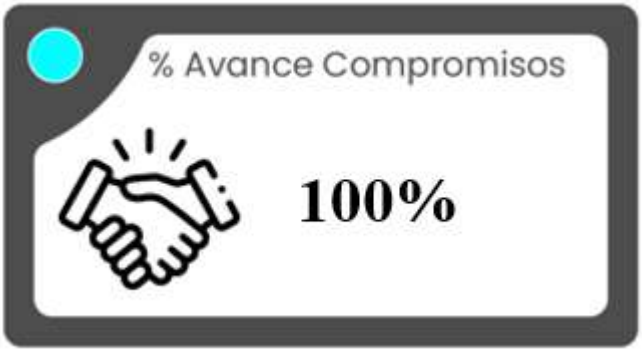
8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

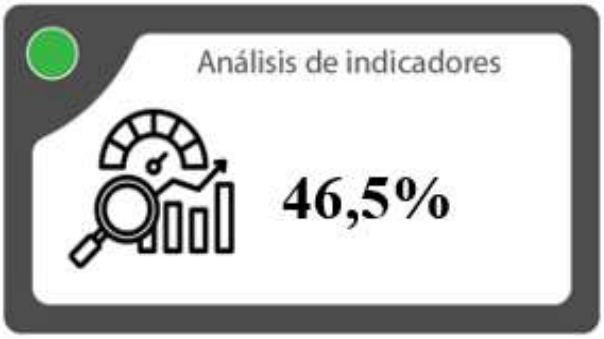
Cumplimiento Cargue de Actas.



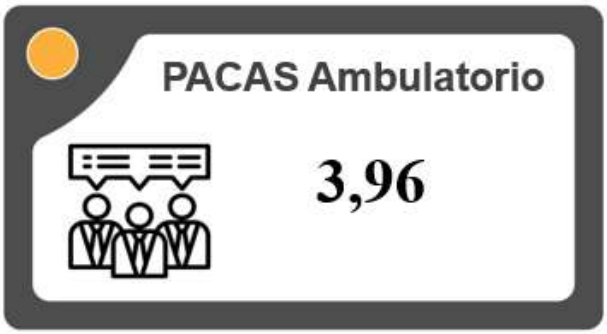
Avance de Compromisos.



Indicadores.



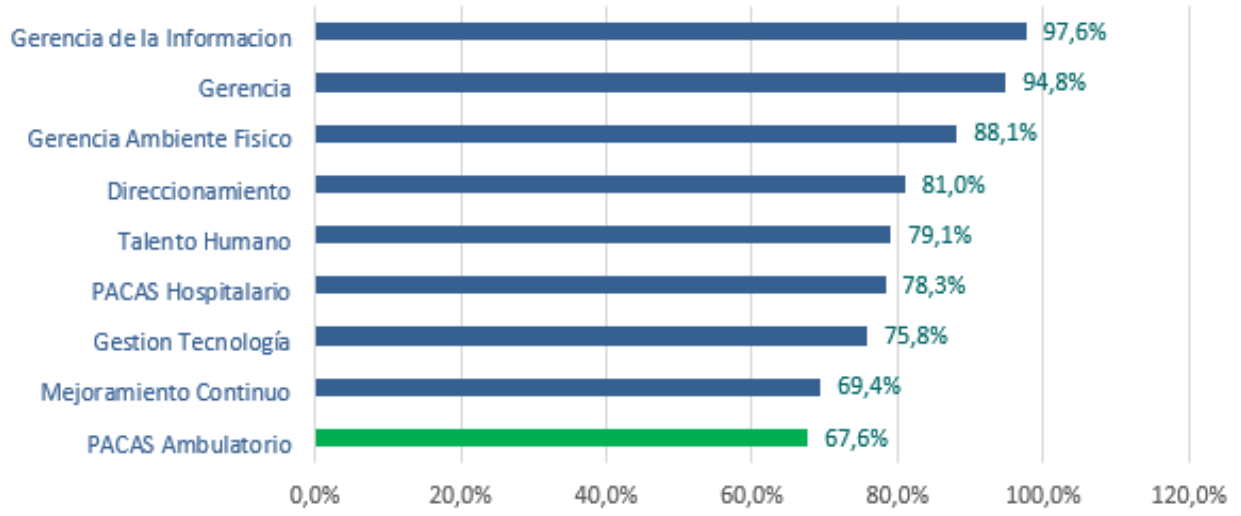
Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.



Vigilado Supersalud

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS A arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- La planeación y ajuste oportuno de agendas médicas impacta directamente el uso eficiente de la capacidad instalada y la oportunidad en la atención.
- La estabilidad del recurso humano y la gestión adecuada de ausencias influyen significativamente en la productividad del servicio.
- La comunicación efectiva con los usuarios disminuye inasistencias y contribuye al mejor desempeño del indicador.

10. PROYECTOS 2026:

- Fortalecimiento en los canales digitales (call center, Pagina web don doctor).
- Disminución de PQRS por accesibilidad y mejora del NPS.

SALAS DE CIRUGÍA

1. PRINCIPALES LOGROS:

- En el objetivo estratégico llegando a ti se usó la estrategia formadores de buenas prácticas con el objetivo de motivar, capacitar, acompañar, formar a nuestro colaborador para mejorar el clima laboral del servicio quirúrgico; se inició Identificando colaboradores en temas claves como buenas prácticas comprobadas para que sean los formadores de sus compañeros; por medio de un cronograma de capacitaciones que se realizaban en los EPM estas capacitaciones fueron de manera virtual para tener una mayor acogida por nuestros colaboradores, esta actividad se logró al 100% en nuestro plan operativo anual.
- También se trabajó en el 2025 en el objetivo estratégico generación de conocimiento con la estrategia formación en cirugía segura iniciando en el EPM con los temas que se identificaron con oportunidad de mejora en el personal asistencial para luego la elaboración de cronograma de capacitaciones integrando a otras áreas y proveedores según el tema la cual se logra con un cumplimiento del 100%.
- También se trabajó en la gestión clínica con la estrategia de optimización del modelo de salas de cirugía abordando al paciente y su familia en la efectividad clínica de su tratamiento, modelo de su atención la cual solo se logró un 60% avanzando en la realización de un diagnóstico desde la caracterización del modelo actual para lograr una estandarización y documentación del modelo con sus respectivas métricas e indicadores, para luego solicitar su aprobación e implementación para tomar acciones según las desviaciones encontradas.
- El objetivo estratégico más importante para nuestro servicio sin desconocer la importancia de los anteriores es mi prioridad es mi paciente donde se desarrolló como estrategia para su alcance y continuar con nuestra estrategia del plan operativo del 2024 donde se inició el trabajo de quirófanos seguros parta este año se trabajó como estrategia el fortalecimiento en las paradas de seguridad; donde se trabajó con la jefe del programa de seguridad de paciente para definir los controles de los tres momentos de parada de seguridad para posteriormente implementarlos definiendo su medición, verificando su comportamiento y tomando acciones a las desviaciones encontradas se logró un cumplimiento del 100% en nuestra estrategia y su ciclo de PHVA para la implementación.
- Para cumplir el objetivo estratégico del 2025 que nos habla sobre ecosistema digital con enfoque al colaborador y paciente; desde el servicio de salas trabajamos sobre la sistematización de la central de esterilización la cual se realizó su implementación total este año, dando alcance hasta la trazabilidad de equipos biomédicos usados en los diferentes quirófanos programación logrando el 100% y desde salas de cirugía no se logró avanzar mucho solo un 20% para la herramienta de sistema de monitorización que tienen otras entidades en la ciudad, pero se implementó al 100% la programación desde angular que es un software

Vigilado Supersalud

propio que mejora la versión del que se tienen en nuestro sistema de información IT salud.

- Otro objetivo estratégico de gran importancia para nuestro servicio es el de tu experiencia, nuestro compromiso el cual usamos la estrategia cuidadores de pacientes quirúrgico el cual se logró el 100% y su impacto se ve reflejado en el indicador de satisfacción del servicio que estuvo en un promedio mayor al 90%.
- Para el objetivo estratégico de rentabilidad financiera usamos la estrategia de tableros de mando donde iniciamos con establecer los indicadores, datos y variables que iban hacer parte del tablero; luego se desarrollaron pruebas para visualizar los informes que generaría, verificando la veracidad de la información y tomar las acciones pertinentes logrando el 100% de su implementación.
- Lograr la ocupación de nuestras salas a un 90% e información a familiares desde la parte medica dejando registro en las bitácoras que se tienen por salas cada sala de cirugía con un cubrimiento del 90% de nuestros pacientes que se les realiza un procedimiento quirúrgico en nuestras salas de cirugía; con una cancelación global se cumplió la meta con un 4.0% y atribuibles a la institución con un 0.69%

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Sistematización C.E.	Trazabilidad de forma sistemática de todos los procesos.	95%	Febrero 2026	Se tiene todo digitalizado ya no se tiene trazabilidad manual.
Sistematización programación.	Sistematización programación.	30%	Diciembre 2026	No manejar métricas de Excel para la programación.
Sistematización proceso de salas de cirugía.	Sistematización proceso de salas de cirugía.	20%	Diciembre 2026	Sistema de medición de forma automática e inmediata.
Renovación tecnológica.	Nuevo arco en C.	80%	Marzo 2026	Mejorar oportunidad que requieran este dispositivo.
Eficiencia en salas de cirugía.	Una evaluación realizada por un tercero como valor agregado.	50%	Marzo 2026	Mejorar los procesos que en el diagnostico no tengan una buena calificación.

Vigilado Supersalud

3. GESTIÓN DEL RIESGO

PROBABILIDAD						
Certero			AQX23004			
Probable						
Moderado			AQX24135	AQX24132 AQX24133 AQX2506		
Rara vez				AQX23005 AQX24134 AQX2506		
Improbable						
	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor		Catastrófico
	IMPACTO					

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En salas de cirugía tenemos identificados 8 riesgos para mencionarlos están:

- Posibilidad de afectación en la salud de paciente por complicaciones anestésicas identificando como causas: Reacciones adversas a fármacos anestésicos desconocidas en el paciente, Dosis inadecuadas de anestésicos o relajantes musculares, Intubación difícil o fallida, Fallos en la monitorización intraoperatoria (saturación, presión, ritmo) y Mala comunicación entre el anestesiólogo y el equipo quirúrgico donde tanto en el riesgo absoluto como el residual nos queda en una zona de riesgo medio.
- Posibilidad de afectación en la salud de paciente por Complicaciones hemorrágicas o lesión de órgano como causas: Lesión vascular, coagulopatías, errores técnicos, técnica quirúrgica, adherencias previas y Anatomía compleja donde en el riesgo absoluto nos queda en zona de riesgo medio para el riesgo residual si nos queda en bajo.
- Posibilidad de afectación en la salud de paciente por inadecuada clasificación del triage quirúrgico como causa: No adherencia al algoritmo de triage quirúrgico donde en el riesgo absoluto nos queda en zona de riesgo medio para el riesgo residual si nos queda en bajo.
- Posibilidad de afectación en la salud de paciente por Infección de sitio operatorio como causa: No formulación por el médico especialista en tiempos previos para garantizar la profilaxis antibiótica al paciente, Contaminación durante cirugía, higiene deficiente y comorbilidades del paciente donde en el riesgo absoluto nos queda en zona de riesgo medio para el riesgo residual si nos queda en bajo.
- Posibilidad de afectación en salud al paciente asociados Lesiones de piel por Quemaduras como causa: uso inadecuado de dispositivos térmicos o placa de electrocauterio mal colocada en el riesgo absoluto nos queda en zona de riesgo medio para el riesgo residual si nos queda en bajo.
- Posibilidad de caída del paciente durante el proceso de atención como causa: Falta de acompañamiento en la fase de recuperación de sedación y / o anestesia raquídea del paciente (Movilización sin supervisión adecuada), No socialización de recomendaciones al ingreso al paciente y familia sobre cuidados y prevención de caídas, Alteración del estado de conciencia por anestesia, sedación o

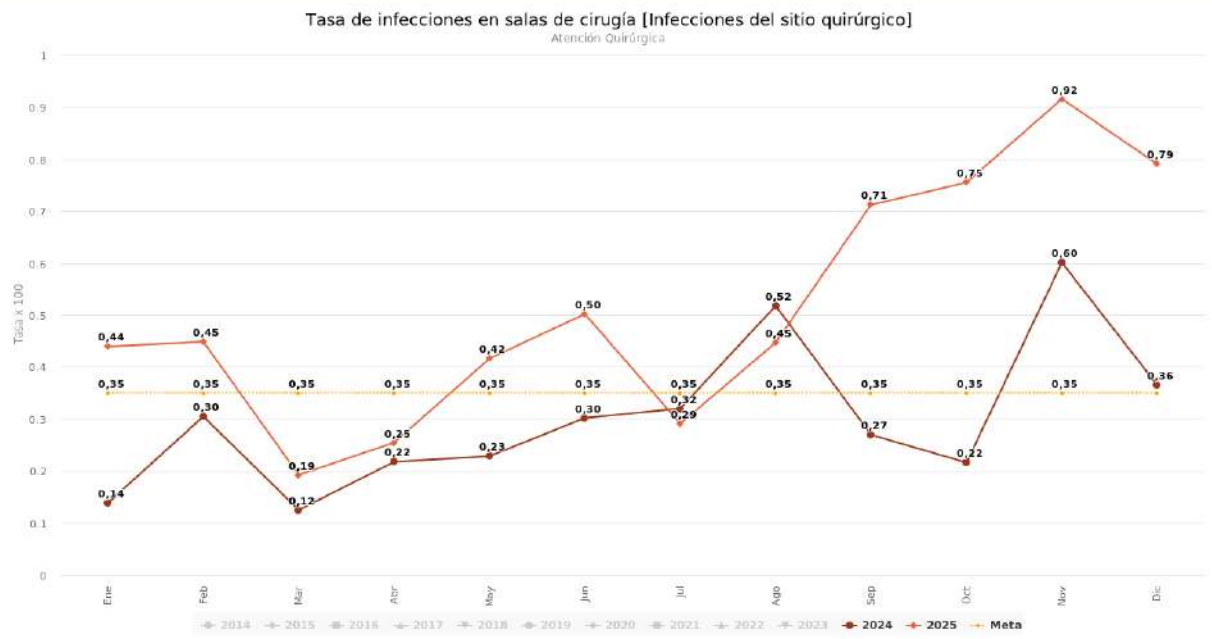
Vigilado Supersalud

analgesia, Educación deficiente al paciente y/o familia y Debilidad postoperatoria o hipotensión ortostática quedando tanto en el riesgo absoluto como el residual nos queda en una zona de riesgo medio.

- Posibilidad de eventos adversos por Cuerpos extraños encontrado post-cirugía como causa Inadecuada realización de parada quirúrgica (Recuentos incorrectos, interrumpido o incompleto), Cirugías de emergencia, Cambio de personal durante la cirugía, IMC elevados, Complicación operatoria (Sangrado abundante), Fatiga del equipo quirúrgico, Duración prolongada de la cirugía, Falta de comunicación y cultura de seguridad ortostática quedando tanto en el riesgo absoluto como el residual nos queda en una zona de riesgo medio.
- Probabilidad de afectación en salud en pacientes por baja adherencia a identificación segura como causa: Inadecuado diligenciamiento de hablador con datos completos del paciente y Olvido de colocación desde el ingreso de manilla a paciente quedando el riesgo absoluto en alto y el residual en medio.

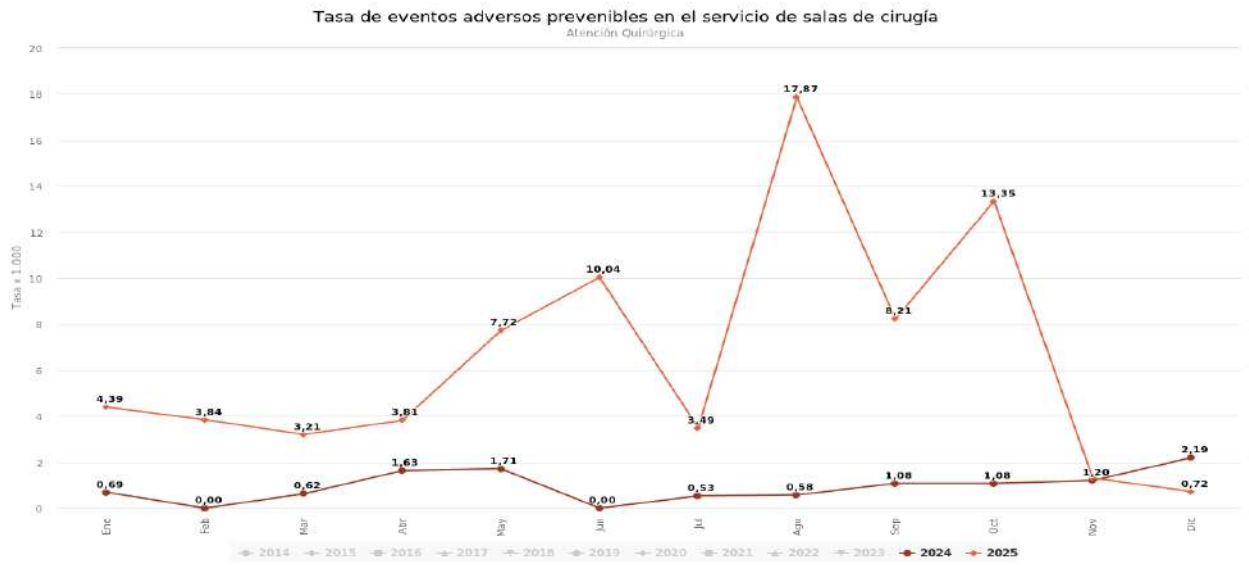
En conclusión, nuestro riesgo absoluto en salas de cirugía de los 8 riesgos están el 87.5% en zona de riesgo medio con 7 de ellos y un 12.50% en zona alta con el restante de todos los riesgos y en nuestro riesgo residual tenemos el 50% en zona de riesgo medio con 4 riesgos nombrados anteriormente y el 50% en zona de riesgo bajo con el otro 50% y los otros riesgos.

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



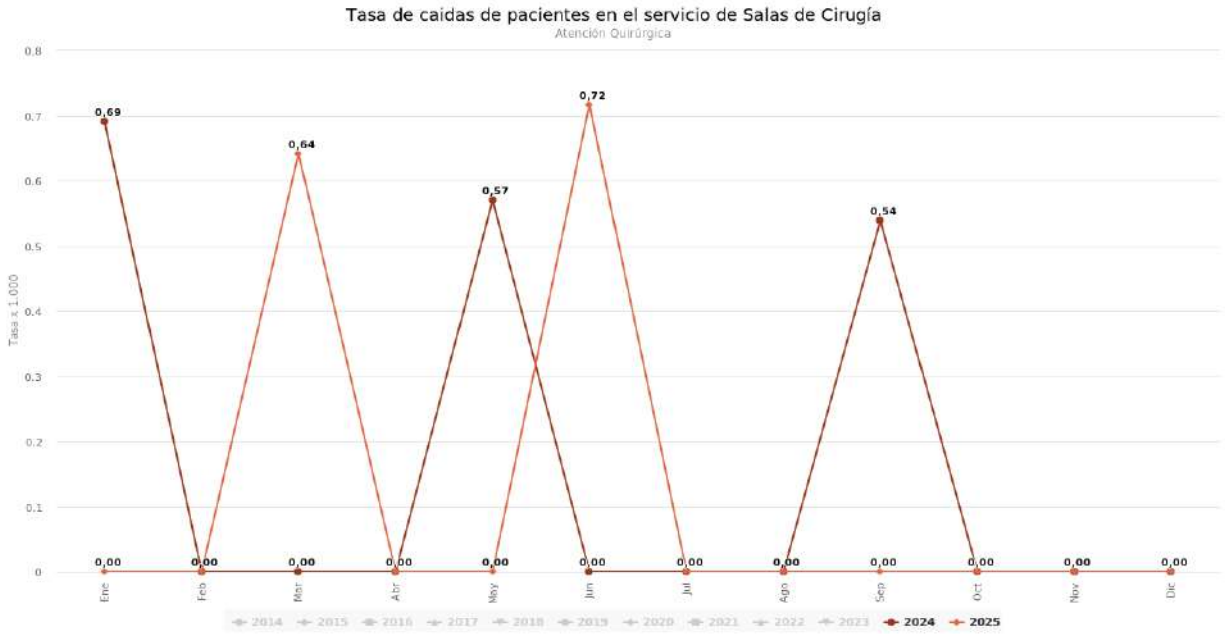
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Nuestro porcentaje de infección del sitio quirúrgico para el 2024 tuvo un acumulado de 0.30 X cien y para el 2025 fue de 0.51 X cien; esta variación se revisa con el programa de control de infecciones para evaluar mensualmente la frecuencia con la que se presentan infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) en pacientes intervenidos en salas de cirugía, en relación con el total de procedimientos realizados. La mayoría de los meses supera la meta institucional de 0,35%, lo que indica un incumplimiento del objetivo de control de infecciones, y sugiere la presencia de fallas o debilidades en uno o más puntos del proceso quirúrgico o perioperatorio. Aunque no se trata de un brote, sí requiere acciones correctivas y preventivas inmediatas para proteger la seguridad del paciente y mejorar la calidad del proceso quirúrgico para el año 2026.



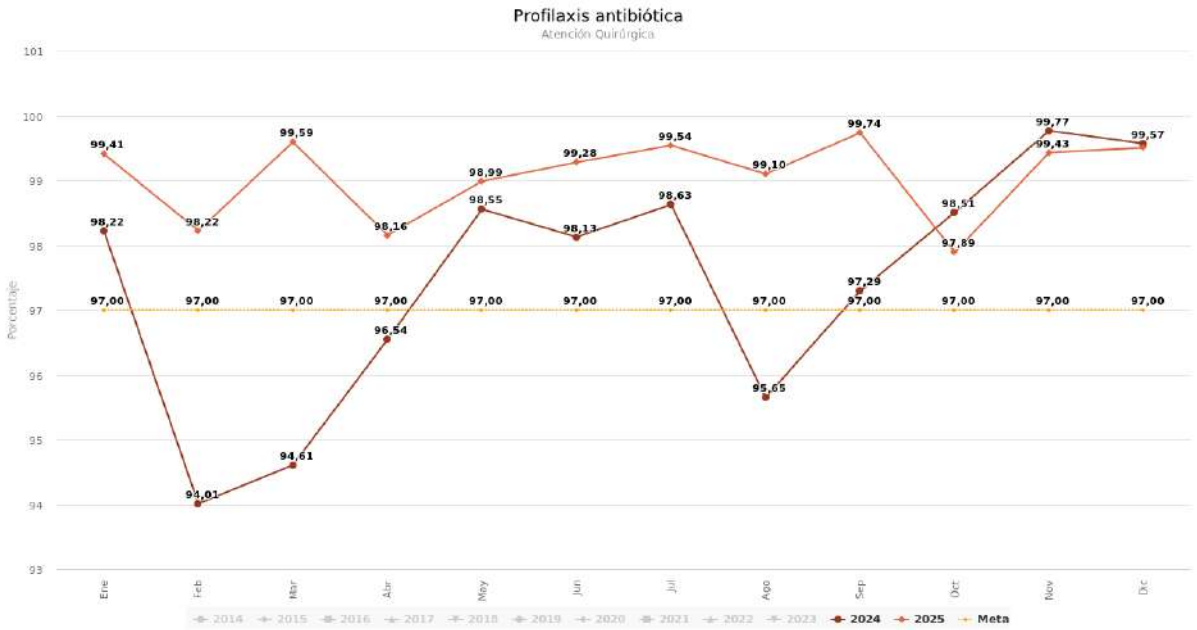
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el 2025 se trabajó en todas las estrategias de quirófano seguro para poder ofrecer mayores procedimientos seguros a nuestros pacientes, adherencia por parte de nuestro personal a la herramienta que se tienen para realizar los reportes de seguridad, rondas de seguridad por parte del personal de calidad para validación de cumplimiento de los lineamientos dados desde seguridad de paciente; con esto se logró una mayor reporte lo cual se ve reflejado en el indicador de eventos adversos prevenibles presentados durante esta año que tiene un acumulado de 6.50 X mil comparado con el 2024 que fue de 0.94 X mil con una variación del 17.40.



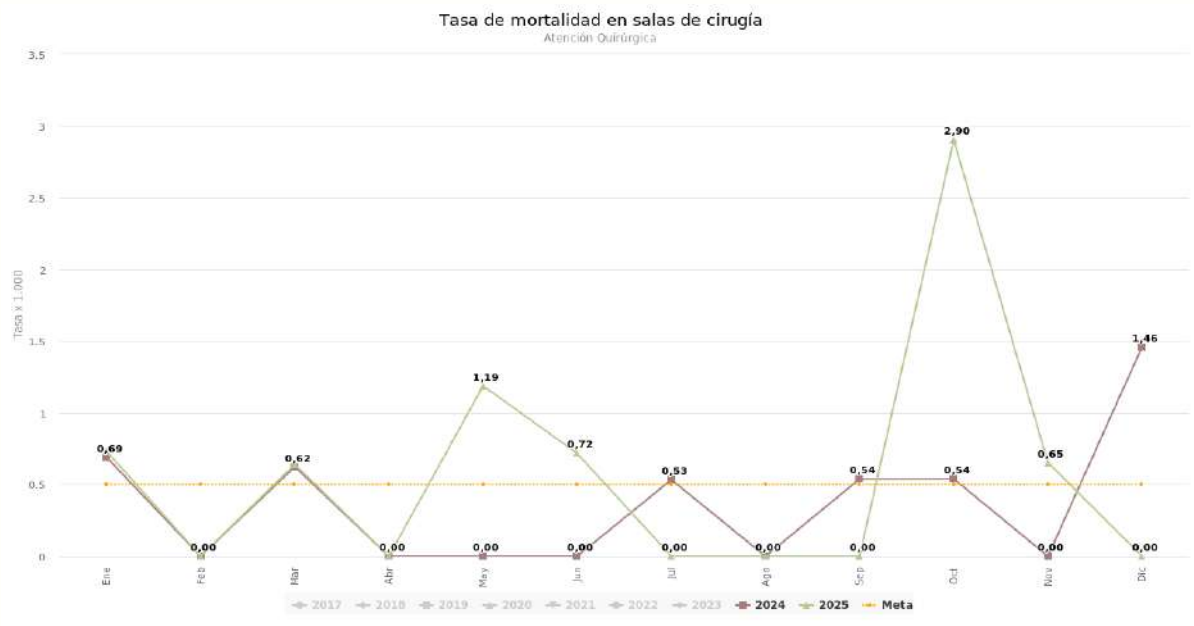
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este 2025 mejoramos el acumulado en la tasa de caídas el cual fue de 0.11 comparado para el 2024 que fue de 0.15 hay una variación del 0.06; representado en 3 caídas para el 2024 y solo dos para el 2025 las cuales se presentan en el área de recuperación en pacientes que su tipo de anestesia es raquídea y es en el momento del cambio del paciente por parte del acompañante que presenta alguna distracción y se resbala los pacientes de la camilla la cual está en su mínima altura por eso ninguna presenta lesión contundente; para mitigarlo se aplica el formato de educación que se tiene a nivel institucional reflejándose en el segundo semestre no presentamos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

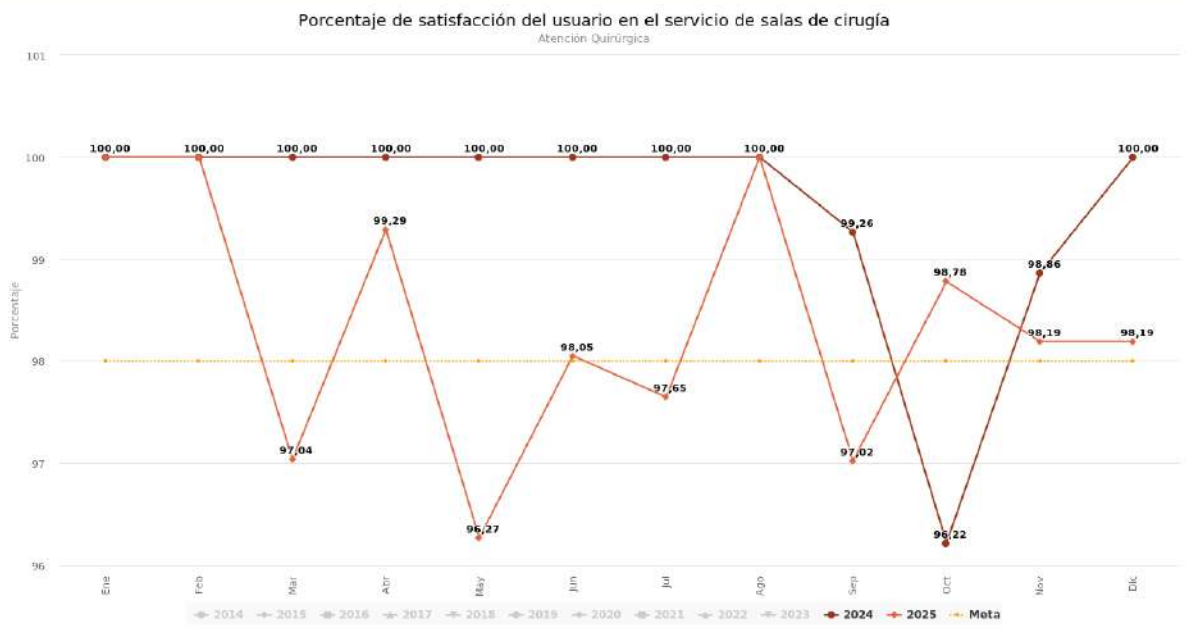
Nuestra profilaxis antibiótica en el 2024 tuvo un acumulado de 97.46% y para el 2025 fue de 99.07% con una variación de 1.6% dando mayor cumplimiento el cual se logró con la adherencia a la guía de profilaxis institucional donde nos habla de un tiempo de aplicación 30 a 60 minutos antes de la incisión quirúrgica; también debido al trabajo de sensibilización por parte de infectología en los comités institucionales donde participan los líderes de las principales especialidades que operan en nuestros quirófanos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La tasa de mortalidad para el servicio de cirugía en el año 2024 presento un acumulado de 0.37 X mil y en el 2025 fue de 0.57 X mil; donde el pico que marca la condición de cambio más alto fue en el mes de octubre donde presentamos 5 casos de los cuales se realiza su respectivo análisis; por esta razón para el año 2025 no cumplimos la meta de nuestra tasa de mortalidad para el servicio quirúrgico.

5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

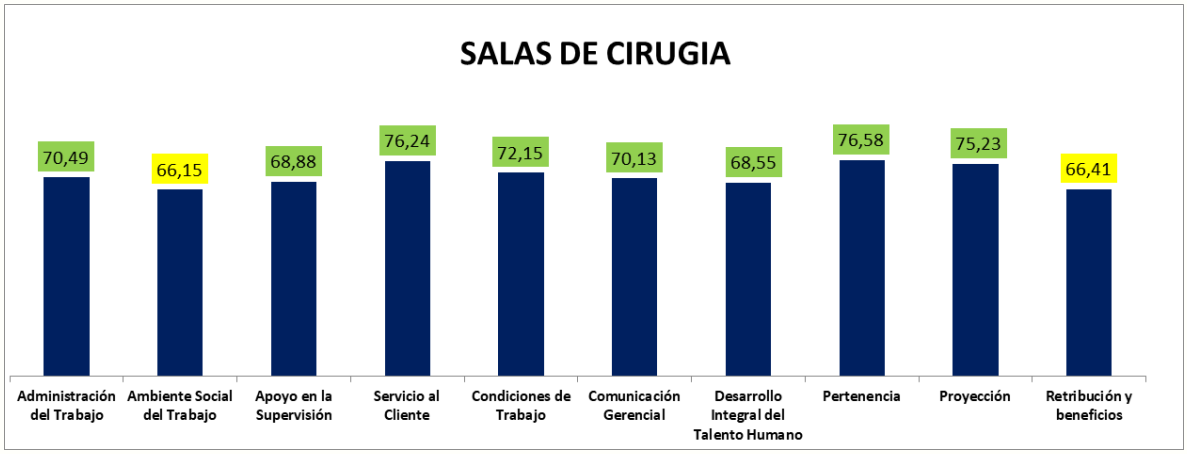
Como se mencionó anteriormente nuestro porcentaje de satisfacción para el 2024 tiene un acumulado de 99.53% y para el año 2025 nos quedó en un 98.37%; con un NPS para este año fue de 92% subiendo 12 puntos porcentuales comparado con el 2024 que nos quedó en el 80% pero los atributos que nos afectan al servicio de salas de cirugía son: Oportunidad con 42, Continuidad 15, Comunicación con 12, Accesibilidad 10, Humanización 9, Seguridad del Paciente 3, Pertinencia 2, Confort 2 del total de 95 PQRS con una tasa del 5.03. La oportunidad es la especialidad de otorrino la cual nos afecta y se está trabajando para lograr aumentar las jornadas establecidas con anterioridad. También se logró la versión 2 del tablero de información al paciente el cual este año se está trabajando para la versión 3 que ya sea sistematizada.

6. INDICADORES DE CULTURA:

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

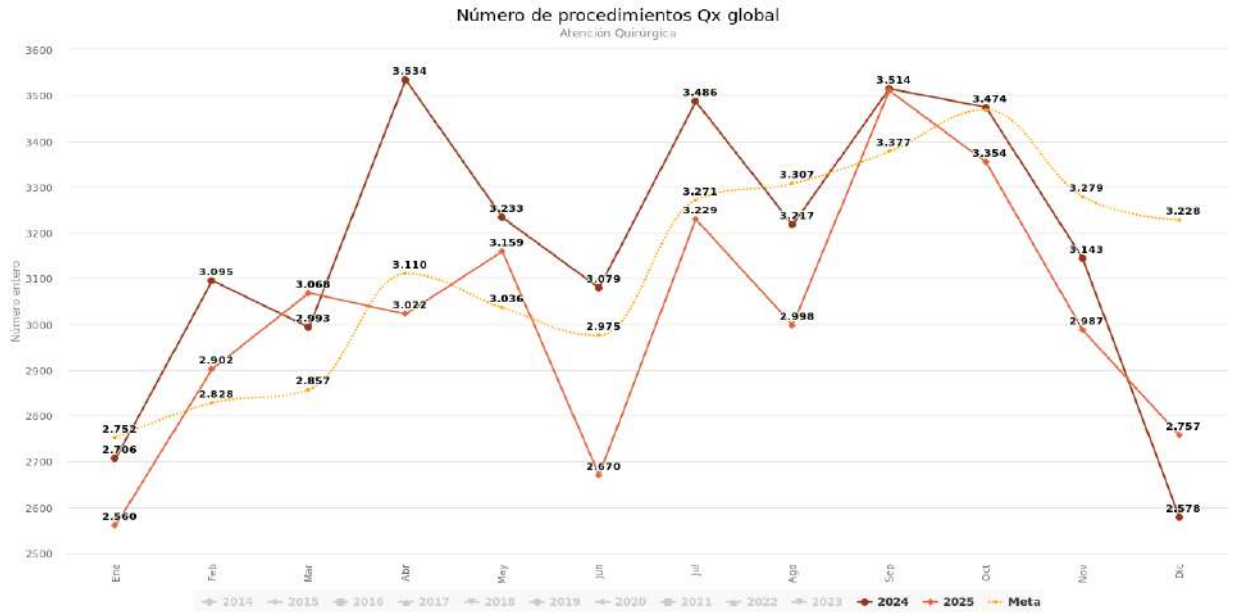
Fuente: Informe talento humano

Es un orgullo como líder del servicio mostrar como la medición del clima organizacional ha ido subiendo en los últimos años donde la medición para el 2023 fue de 64.16%, para el 2024 70.05% y para el 2025 fue de 70.90%; donde hemos pasado de la zona de construcción a la zona de confianza y nos mantenemos en la misma subiendo 0.9 puntos porcentuales con los atributos de ambiente social y retribución y beneficios para trabajar más porque su porcentaje estuvo inferior al 70% como evidenciamos a continuación:



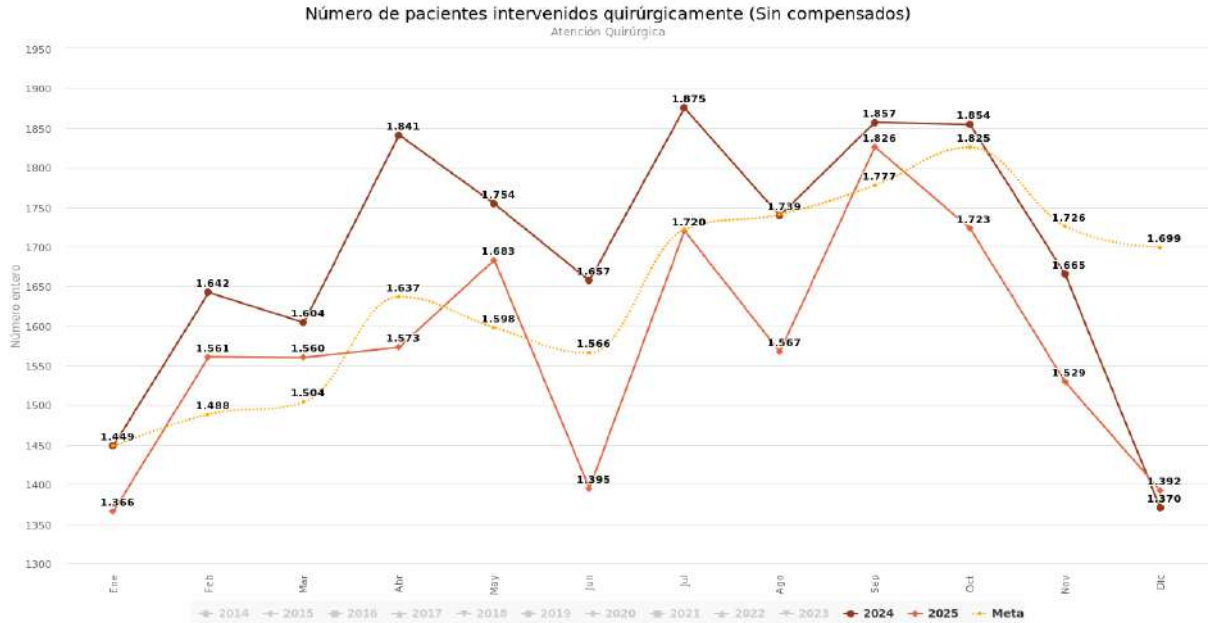
Fuente: Informe talento humano

7. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



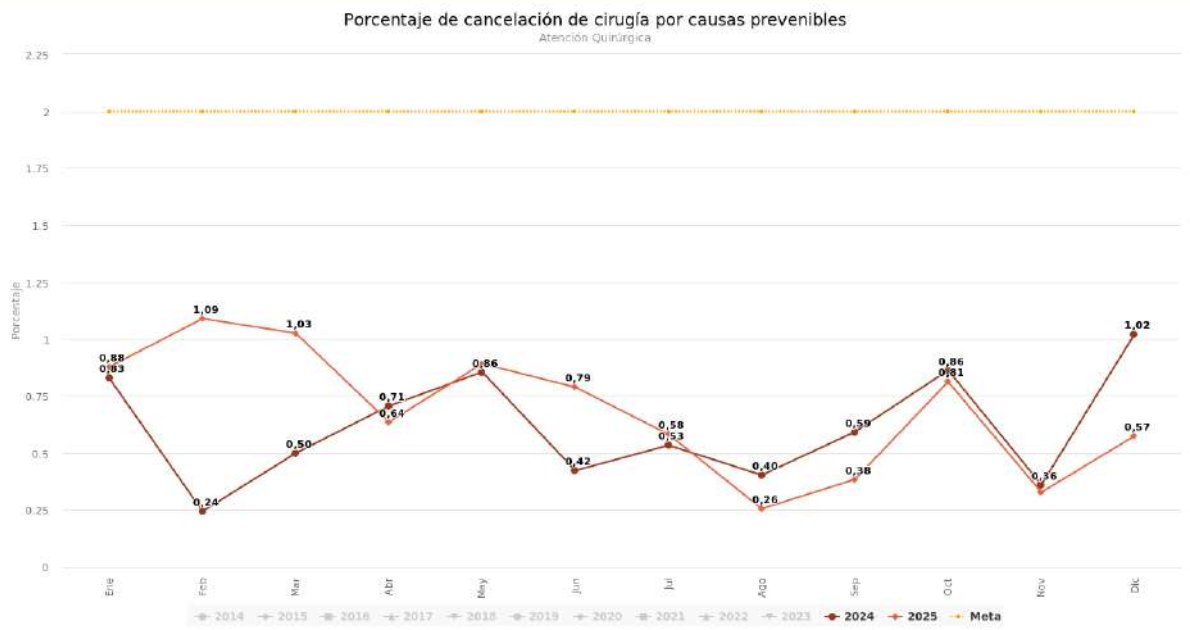
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2024 se realizaron en total 38.052 procedimientos y en el año 2025 fueron 36.216 con una variación negativa de 4.82; cumpliendo la meta solo 4 meses del año se trabajó con el asegurador para una validación de liberación de autorizaciones y se espera el 2026 poder mejorar este indicador a pesar de lo anterior se logró una capacidad instalada del 90%, logrando un cumplimiento de meta por proyección de costos y presupuestos de un porcentaje de cumplimiento ejecutado vs proyectado (Cirugías) del 96.6%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2024 se realizaron en total 20.307 pacientes y en el año 2025 fueron 18.895 con una variación negativa de 6.95; cumpliendo la meta solo 5 meses del año se trabajó con el asegurador para una validación de liberación de autorizaciones y se espera el 2026 poder mejorar este indicador a pesar de lo anterior se logró una capacidad instalada del 90% se dé debe porque en el 2025 subimos la complejidad de nuestros pacientes atendidos, logrando un cumplimiento de meta por proyección de costos y presupuestos de un porcentaje de cumplimiento ejecutado vs proyectado (Pacientes) del 95.8%.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

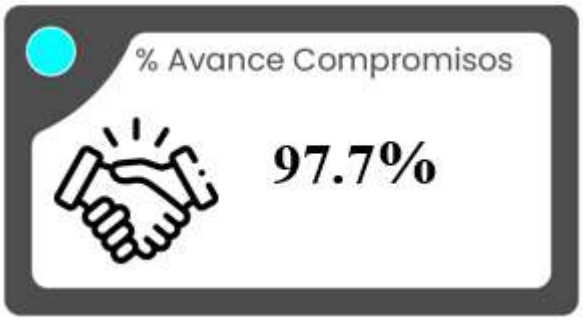
La cancelación de cirugía en salas se mide de manera global la cual para el año 2024 se tenía en 3.83% y para el 2024 fue de 3.46% con una variación del 4% entre los dos años; la gráfica ya nos muestra las cancelación por cosas prevenibles la cual para el 2024 fue de 0.72% y para el 2024 fue de 0.69% con una variación 3 puntos porcentuales, esto es resultado de estrategias como envíos de mensajes de texto a los pacientes con indicaciones, llamado 24 horas antes para validación de estado de salud.

8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

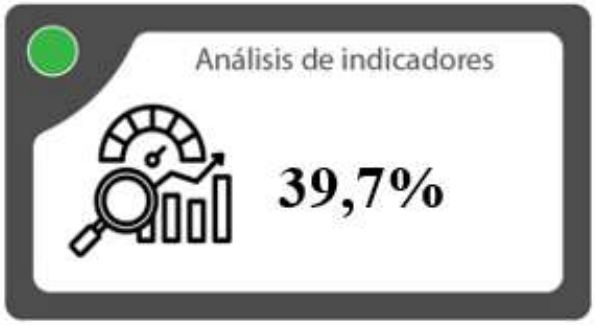
A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.

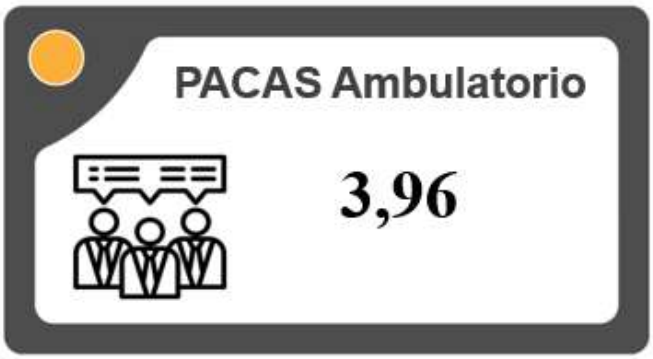


Indicadores.



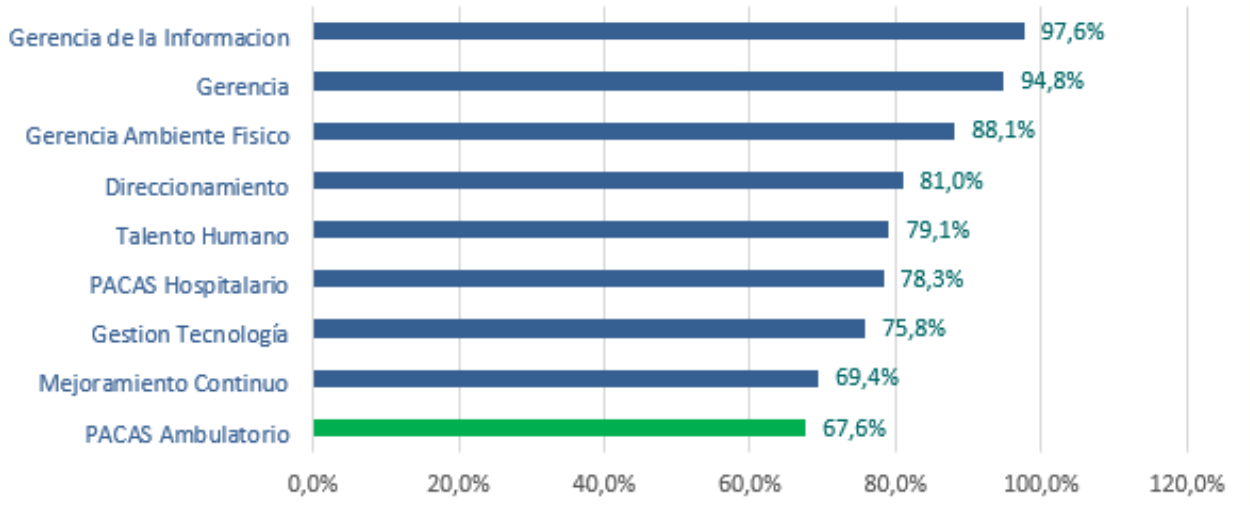
Vigilado Supersalud

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.



Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **PACAS A** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- El registro oportuno en el sistema Almera de la gestión realizada, aportó durante el año 2025 significativamente a la gestión del conocimiento institucional.
- La sensibilización en el personal de salas de cirugía sobre la importancia de la meta número 4 de seguridad de paciente donde nos habla de cirugía segura y todo lo que debemos trabajar para cumplirla la adherencia a las tres paradas de seguridad por parte del personal de quirófanos liderado por anestesia; llevando su medición por observadores ocultos.

Vigilado Supersalud

- Importancia sobre cirugía segura medida en las rondas periódicas por la jefe de seguridad de paciente y la jefe de riesgos quienes encontraban desviaciones del proceso e inmediato buscan los actores para hacer la retroalimentación de una manera constructiva, con firma de compromiso si era repetitivo y socialización a sus compañeros para que no cometieran los mismos errores.
- Información a los acompañantes de manera oportuna del estado de salud de su familiar o conocido con el fin de disminuir un poco la ansiedad de saber que todo salió bien a pesar de las horas de espera sin ver a su ser querido por medio del tablero en versión 2 y también por parte del profesional médico dejando registro en las bitácoras de todas las salas.
- La generación de los tableros de mando para el proceso ha permitido una mejor toma de decisiones con base en resultados veraces que permitieron alcanzar mejor resultados y optimización de recursos.
- Jornadas de actualización, comunicación asertiva con todos los integrantes del equipo quirúrgico, actualización de documentación, trabajo en equipo con el objetivo de una mayor productividad

10. PROYECTOS 2026:

- Fortalecer las habilidades para lograr objetivos reconociendo las habilidades técnicas y blandas de los colaboradores en áreas claves o buenas prácticas comprobadas.
- Formarnos como quirófano seguro fortaleciendo las necesidades académicas del personal de salas de cirugía en las diferentes áreas.
- Evaluar el modelo asistencial actual teniendo en cuenta la caracterización del servicio de salas de cirugía para comprometernos con una atención cálida, segura y eficiente.
- Reconocer la adherencia de la cultura de seguridad de paciente con veedores de cirugía segura.
- Sistematización de salas de cirugía analizando sistemas en el mercado para priorizar los procesos manuales que se pueden digitalizar posterior definir cronograma de proyecto.
- Crear una marca de apropiación para el servicio empático de nuestros pacientes y sus cuidadores para trabajar por la experiencia de ellos en nuestro servicio.
- Gestionar la eficiencia operacional atreves de las auditorias concurrentes y propias del servicio para el cumplimiento de promesas de servicios ofreciendo al paciente el tratamiento óptimo para su condición de salud.
- Auditoría integral para la eficiencia operacional con el fin de cumplir las promesas de servicios asistenciales y de las sociedades medicas

APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Volumen se servicio: se realizaron un total de 129.398 estudios de imágenes diagnósticas, distribuida entre radiología, tomografía, resonancia, ecografía, medicina nuclear, unidad de mama, 3426 entre Hemodinamia y electrofisiología, 4597 radiología intervencionista, con una disminución del -18% en resonancia magnética debido al cierre de una agenda 24 horas por renovación tecnológica, 0% para tomografía computarizada, lo que indica que fue muy similar el comportamiento con respecto al año 2024, un aumento del 140% para radiología intervencionista, 8% para la unidad de mama con respecto al año anterior.
- Con el servicio de PET/CT: Puesta en marcha y curva de aprendizaje del servicio de PET/CT con un cierre de atenciones de 2388 donde aplicamos moléculas como FDG, PSMA, COLINA y DOPA
- Radioterapia: se dieron 1620 inicios en el 2025 con un aumento de pacientes de 3% con respecto al año anterior; teniendo cero eventos adversos graves relacionados con tratamientos gracias a un robusto sistema de control de calidad.
- Indicadores de calidad: los resultados muestran una tasa de repetición de estudios en un 1,18%, cumpliendo con los estándares de calidad establecidos.
- Eficiencia operativa: los tiempos promedios de realización y entrega de estudios se ajustan los objetivos, logrando una ocupación promedios de los equipos del 50,29%
- Optimización de recursos: disminuimos el desperdicio y se ajustaron los protocolos en imágenes diagnosticas con respecto a los medios de contraste que nos generaron ahorros de más $295.000.000 y esto permitió tener imágenes con la calidad necesaria para el diagnostico
- Renovación tecnológica: se dio la compra del Resonador United imaging y monitor compatible con resonador para inicio de resonancias bajo sedación e implementación de reconocimiento de voz en ecografía
- Puesta en marcha del equipo Halcyon 2, identify, se dio capacitación del personal en la nueva tecnología y se logró el licenciamiento de este con Resultados de efectividad clínica en tratamiento de piel y próstata.

Esto indica que la unidad funcional de apoyo diagnóstico y terapéutico ha demostrado un desempeño solido durante el periodo evaluado, destacándose por su compromiso con la calidad y la innovación, pro debe seguir trabajando en la mejora de la experiencia del paciente y la optimización del recurso

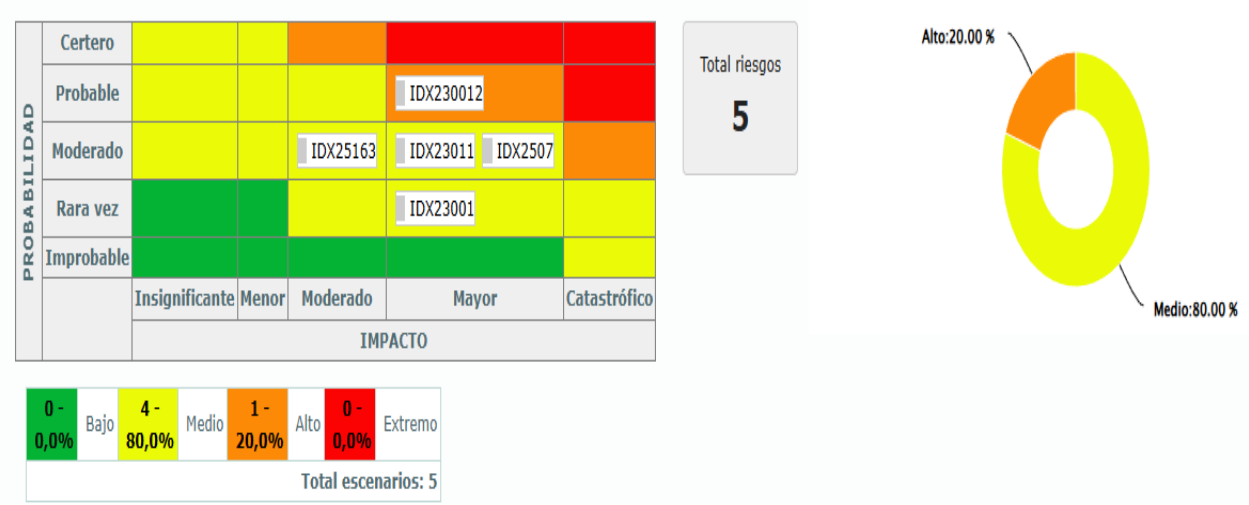
Vigilado Supersalud

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Resonador 1	Renovación tecnológica	65%	27 de Febrero del 2026	Este proyecto tendrá funcionamiento del 23 -27 de Febrero del 2026
Monitor de Resonancia	Apertura de Agendas y oportunidad de atención	100%	25 de Septiembre del 2025	Agendas ambulatorias y Hospitalarias
Reconocimiento de Voz en Ecografías	Optimización del talento humano y oportunidad de respuesta	100%	30 de diciembre del 2025	Ajuste de costos y optimización del recurso
Acelerador Halcyon G e Identify	Aumento de capacidad instalada, mayor precisión y eficiencia en el tratamiento	100%	12 de Septiembre del 2025	Actualización y mejor tecnología para el país con oportunidad de tratamiento para la población colombiana

3. GESTIÓN DEL RIESGO

Apoyo Diagnostico



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Unidad de riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo	Controles
Imágenes Diagnosticas	2. Probabilidad de afectación por errores en interpretación diagnóstica	Moderado	Moderado	Medio	Evitar el riesgo	1
Imágenes Diagnosticas	3. Probabilidad de afectación por reacción alérgica a medio de contraste (tomografía, radiología intervencionista)	Rara vez	Mayor	Medio	Reducir el riesgo	1
Imágenes Diagnosticas	4. Probabilidad de afectación en salud del paciente por extravasación a medio de contraste aplicado para estudio diagnóstico	Moderado	Mayor	Medio	Reducir el riesgo	1
Imágenes Diagnosticas	5. Probabilidad de afectación por demora o falla en comunicación de hallazgos críticos	Probable	Mayor	Alto	Reducir el riesgo	1
Imágenes Diagnosticas	1. Probabilidad de afectación al paciente en el diagnóstico y toma de decisiones por fallas en la comunicación durante el proceso de atención hospitalaria.	Moderado	Mayor	Medio	Reducir el riesgo	1

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

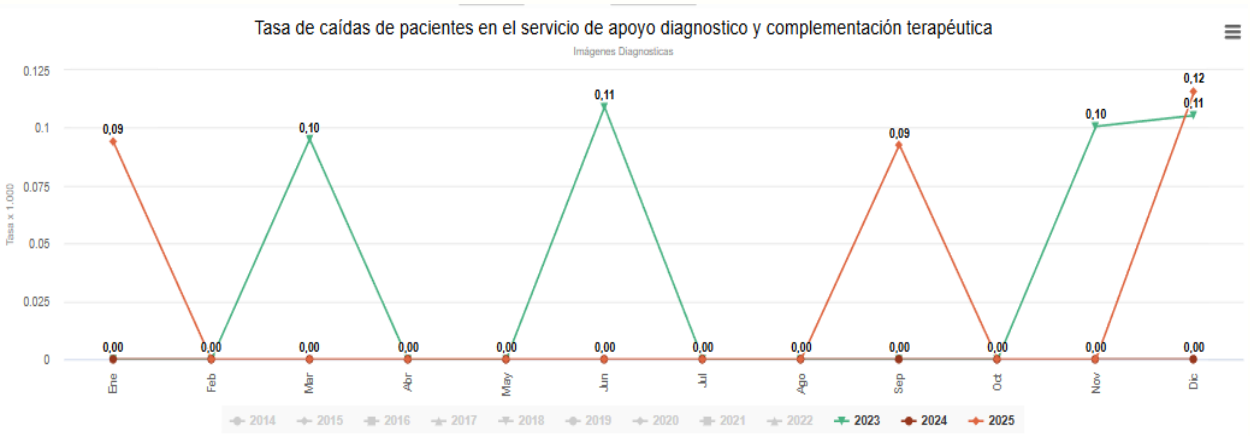
Apoyo terapéutico

Unidad de riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo	Controles
Unidad de Radioterapia	6. Probabilidad de llamado a un paciente equivocado antes del CT de simulación.	Rara vez	Mayor	Medio	Evitar el riesgo	3
Unidad de Radioterapia	1. Error al registrar datos durante la creación del paciente en el sistema de la primera consulta.	Rara vez	Mayor	Medio	Evitar el riesgo	1
Unidad de Radioterapia	2. Posibilidad de uso incorrecto de inmovilizadores de otro paciente.	Rara vez	Moderado	Medio	Evitar el riesgo	3
Unidad de Radioterapia	4. Probabilidad de aplicación de tratamiento en una zona errónea	Rara vez	Mayor	Medio	Evitar el riesgo	2
Unidad de Radioterapia	5. Probabilidad de confusión de pacientes en sesión diaria (por ejemplo homónimos).	Rara vez	Mayor	Medio	Evitar el riesgo	4
Unidad de Radioterapia	3. Probabilidad de afectación por información errónea del paciente en la planificación del tratamiento.	Rara vez	Mayor	Medio	Evitar el riesgo	5

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

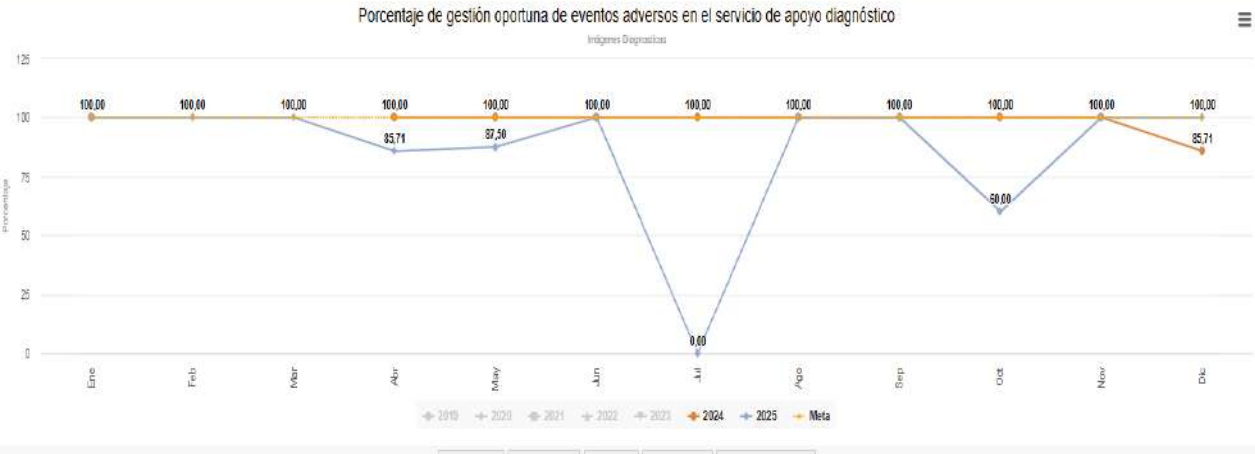
La matriz de riesgos evalúa la exposición de radiaciones ionizantes, fallas de los equipos y errores humanos clasificando con frecuencia, probabilidad y fallo de barreras y severidad de consecuencias; de esta manera podemos identificar los controles y de esta manera mitigamos la materialización de los casos identificados.

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



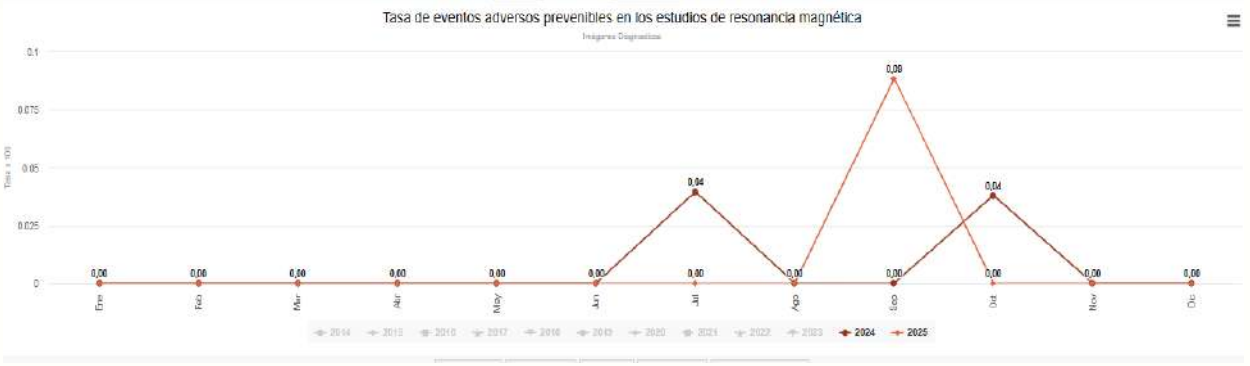
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el periodo comparativo 2024–2025, la tasa de caídas muestra un comportamiento bajo y estable, con variaciones leves entre meses que no evidencian patrones de incremento sostenido. En 2025 se observa una mayor regularidad frente a 2024, lo que sugiere mayor control operativo y adherencia a protocolos de seguridad del paciente. Las fluctuaciones puntuales pueden asociarse a cambios en el volumen de atención o rotación de pacientes, sin configurar tendencias críticas. En términos estadísticos, la dispersión es reducida y el indicador se mantiene controlado.



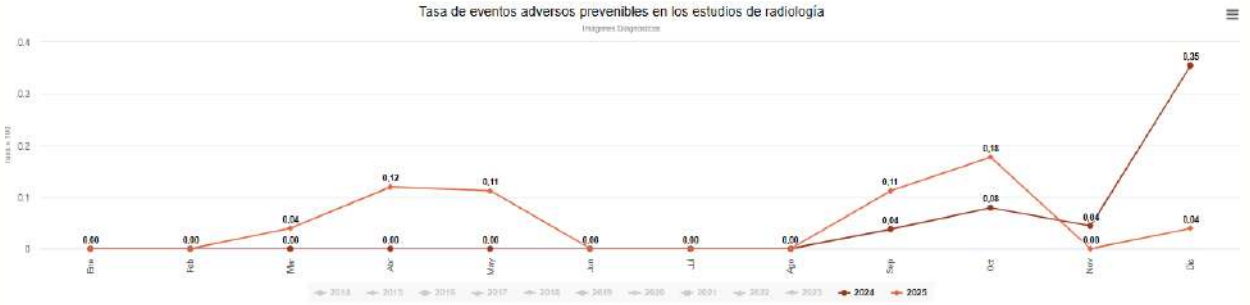
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador presenta un comportamiento consistente entre 2024 y 2025, con niveles altos de gestión oportuna y una variabilidad limitada. En 2024 se aprecia una mayor estabilidad mensual, con menor dispersión respecto al año posterior, lo que sugiere una leve reducción en la mejora de los procesos de reporte y respuesta. No se identifican caídas abruptas ni comportamientos erráticos, evidenciando madurez del sistema de gestión del riesgo. Desde el punto de vista estadístico, el indicador muestra concentración de los valores y tendencia al sostenimiento.



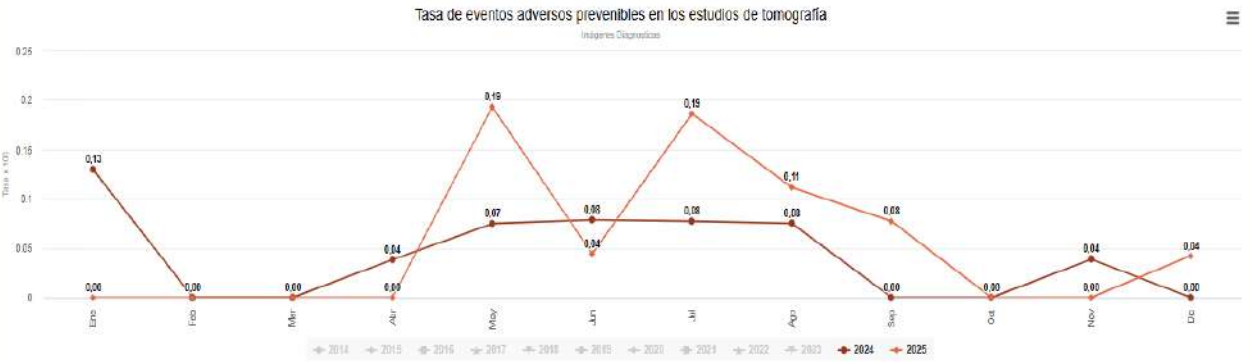
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La tasa de eventos adversos prevenibles en resonancia magnética se mantiene baja durante ambos años, con oscilaciones puntuales mes a mes. En 2025 se observa una reducción en la variabilidad frente a 2024, indicando mayor estandarización de los procesos. Los picos aislados no se sostienen en el tiempo, por lo que no configuran una tendencia estructural. El comportamiento estadístico refleja control del proceso, con valores concentrados en rangos mínimos y sin crecimiento progresivo.



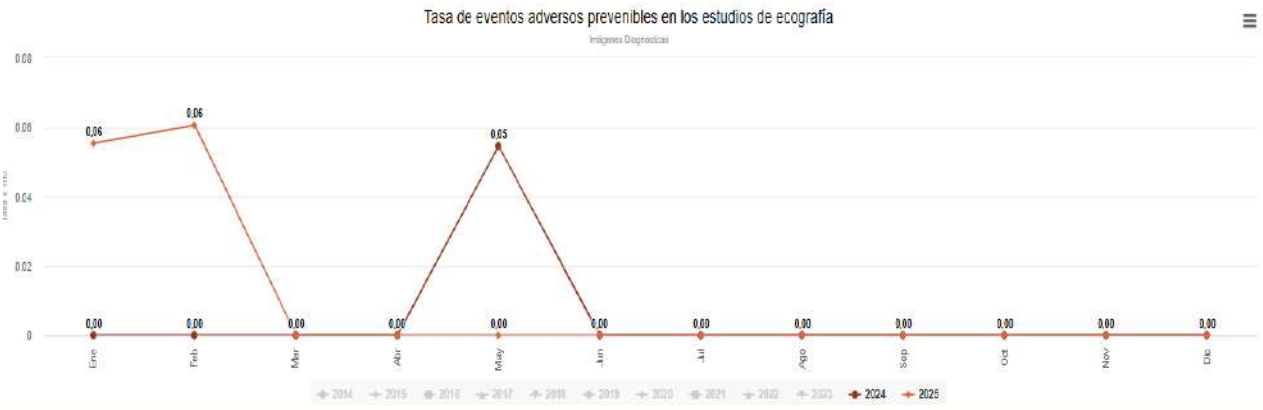
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El comportamiento del indicador evidencia estabilidad general durante el periodo analizado. En 2025 se presentan algunas fluctuaciones moderadas, mientras que en 2024 los valores tienden a agruparse, mostrando menor dispersión. No se identifican incrementos acumulativos ni patrones de deterioro. Desde una perspectiva estadística, el indicador se comporta de manera controlada, sugiriendo consistencia en las prácticas operativas y en la aplicación de medidas preventivas.



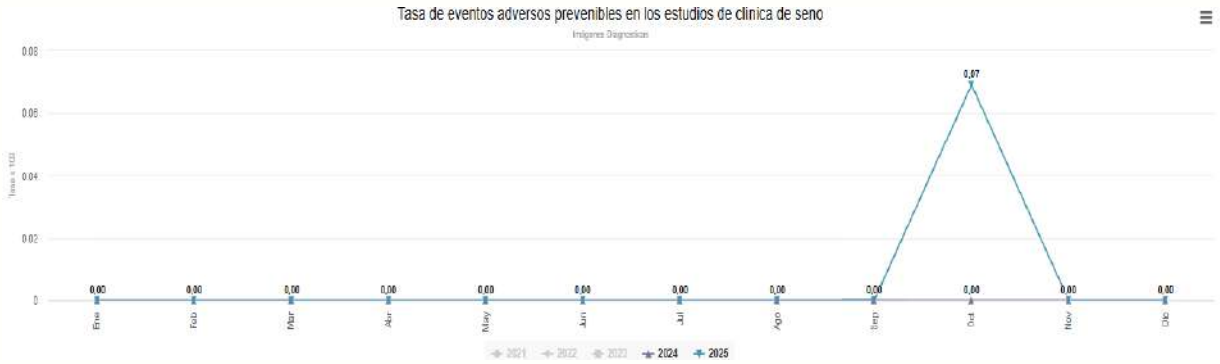
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el comparativo 2024–2025, la tasa de eventos prevenibles en tomografía presenta valores bajos y variaciones limitadas. En 2024 se evidencia un comportamiento más homogéneo, con menor amplitud entre mínimos y máximos mensuales. Las variaciones observadas no muestran direccionalidad clara, lo que indica ausencia de tendencias crecientes. Estadísticamente, el indicador se mantiene estable y dentro de un rango controlado.



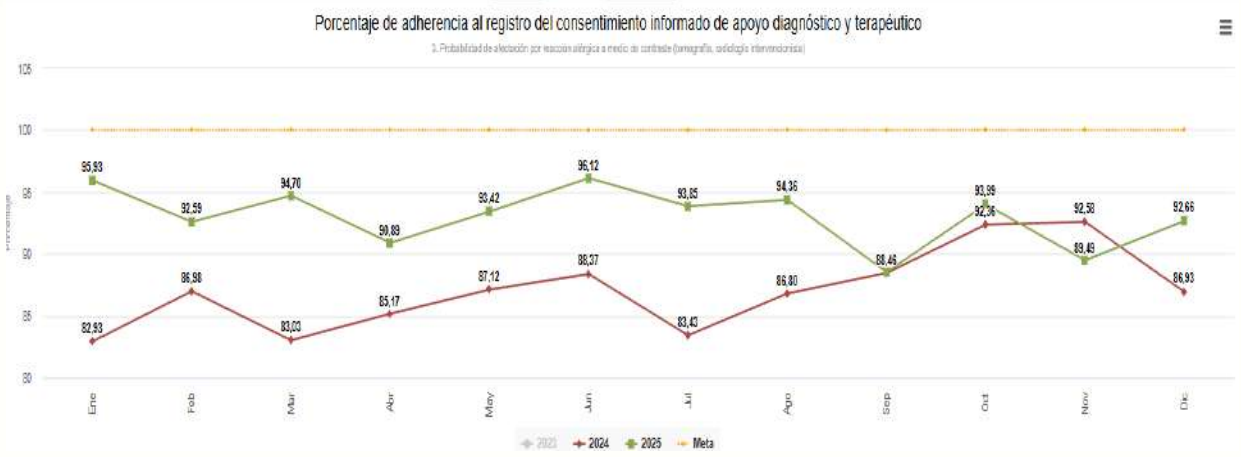
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador muestra un patrón de estabilidad a lo largo de ambos años, con cambios leves entre periodos. En 2025 se observa mayor regularidad respecto a 2024, reduciéndose la dispersión mensual. No se identifican picos repetitivos ni comportamientos atípicos persistentes. El análisis estadístico sugiere un proceso controlado, con baja variabilidad y consistencia en el desempeño del servicio.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

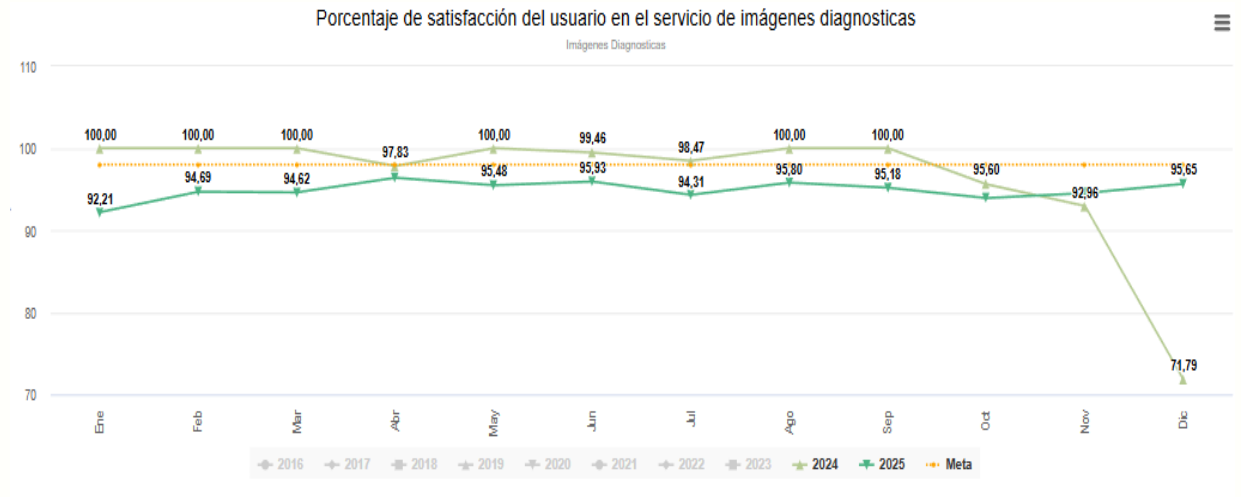
La tasa de eventos adversos prevenibles en clínica del seno presenta valores bajos y comportamiento estable. En el comparativo anual, 2024 evidencia menor variabilidad frente a 2025, la variabilidad mínima no indica deterioro del proceso. Desde el punto de vista estadístico, el indicador se concentra en rangos reducidos, sin señales de deterioro progresivo.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador de adherencia muestra un comportamiento alto y consistente en ambos años. En 2025 se aprecia una mayor homogeneidad mensual, con menor dispersión respecto a 2024. No se observan descensos prolongados ni variaciones bruscas. El análisis estadístico evidencia estabilidad del proceso y fortalecimiento de la cultura documental, con valores concentrados en rangos elevados.

5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El nivel de satisfacción presenta un comportamiento favorable y estable durante el periodo analizado. En 2025 se observa una menor variabilidad mensual en comparación con 2024, lo que sugiere una experiencia del usuario más homogénea. Las fluctuaciones observadas no muestran tendencias descendentes sostenidas. Estadísticamente, el indicador se mantiene concentrado en valores altos, reflejando consistencia en la percepción del servicio.

Vigilado Supersalud

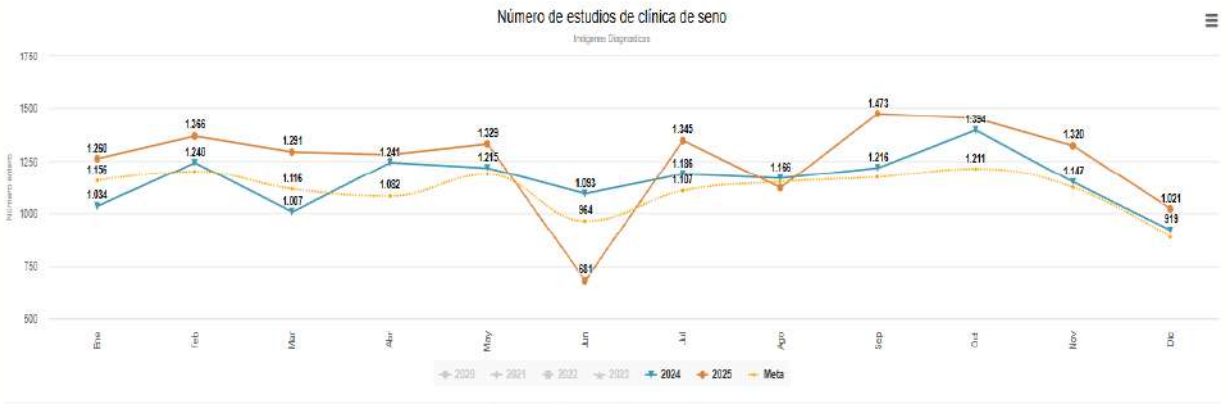
6. INDICADORES DE CULTURA:

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Fuente: Informe talento humano

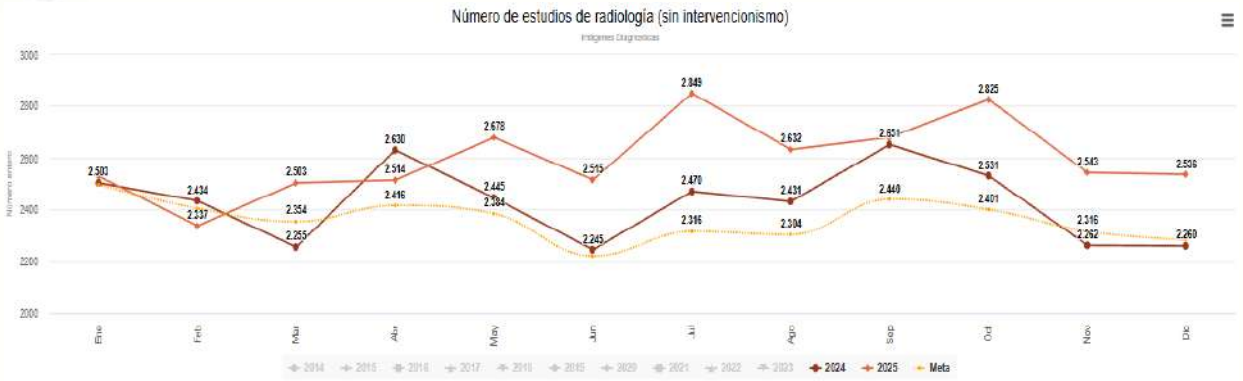
De acuerdo con la evaluación de clima organizacional del servicio de apoyo diagnóstico y terapéutico, aumentamos en 1,06% con respecto al año 2024 y de esta manera podemos identificar que el personal se encuentra en una zona de confianza donde el aspecto con menor calificación obedece a retribución y beneficios y ambiente social de trabajo con un promedio del 69%.

7. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El volumen de estudios muestra variabilidad mensual asociada a la demanda, con diferencias claras entre 2024 y 2025. En este último año se evidencia un comportamiento más regular, con menor dispersión entre meses. No se identifican caídas prolongadas ni picos extremos sostenidos. Desde el análisis estadístico, el indicador presenta oscilaciones esperables sin alteraciones estructurales.

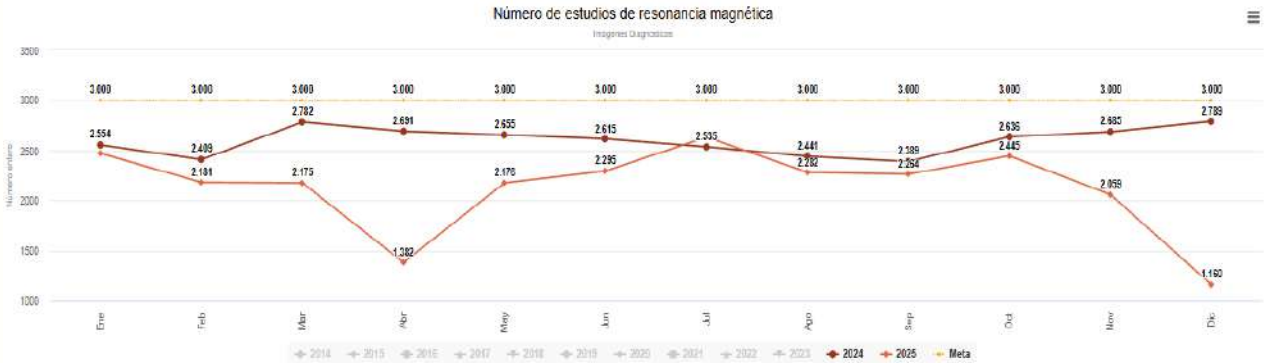


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El comportamiento del indicador refleja fluctuaciones mensuales propias del volumen asistencial. En el comparativo anual, 2025 presenta una distribución más homogénea que 2024. Las variaciones no configuran tendencias crecientes o decrecientes persistentes. Estadísticamente, los datos se concentran en un rango estable, lo que sugiere equilibrio operativo.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El número de estudios de tomografía muestra oscilaciones moderadas entre meses. En 2024 se observa una menor amplitud de variación frente a 2025, indicando menor estabilidad en la productividad. No se evidencian cambios abruptos ni patrones de descenso sostenido. El análisis estadístico refleja un comportamiento controlado del indicador.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

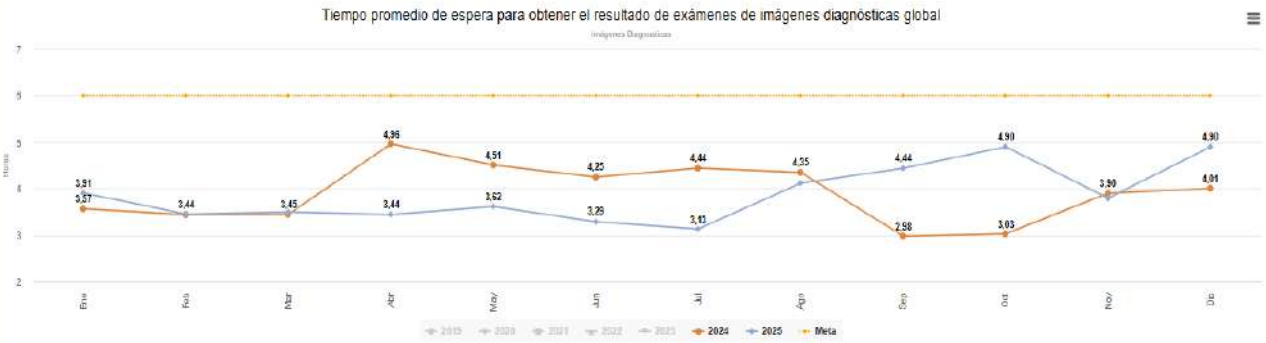
El indicador presenta variabilidad mensual relacionada con la demanda del servicio. Comparativamente, 2025 muestra menor regularidad que 2024, con datos más dispersos. No se identifican picos extremos recurrentes. Desde el punto de vista estadístico, el comportamiento es estable y predecible.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El volumen de estudios de ecografía evidencia fluctuaciones leves a moderadas. Ambos años presentan dispersión marcada entre los datos. Las variaciones observadas no indican tendencias estructurales. Estadísticamente, el indicador mantiene un comportamiento consistente.

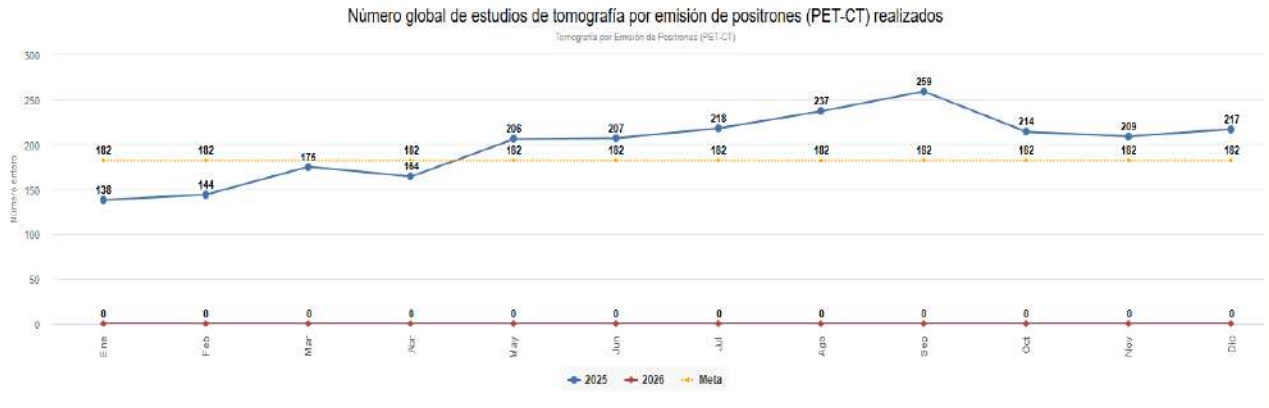
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador presenta variabilidad mensual acorde con la dinámica del servicio de urgencias. En 2024 se observa menor dispersión que en 2025, sin que signifique un deterioro del proceso. No se evidencian incrementos o descensos sostenidos. El análisis estadístico refleja control del proceso.



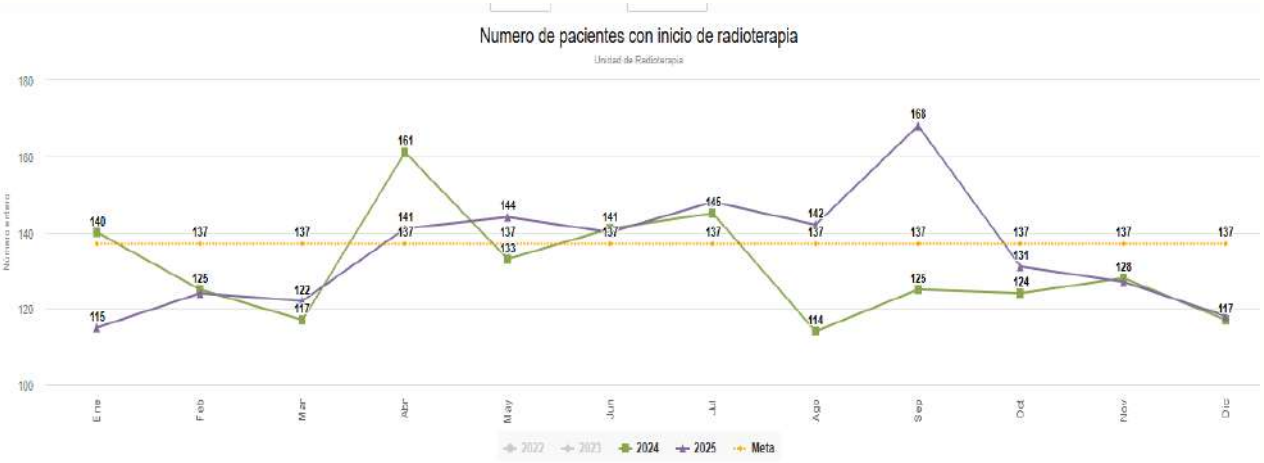
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El tiempo promedio de entrega muestra oscilaciones moderadas entre meses. En el comparativo anual, 2025 presenta mayor consistencia y menor variabilidad que 2024. No se identifican aumentos progresivos ni picos persistentes. Desde una perspectiva estadística, el indicador evidencia estabilidad y control del proceso de entrega de resultados.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante este año se realizaron 2388 procedimientos entre moléculas como FDG, PSMA, COLINA y DOPA lo cual en promedio se tuvo una pérdida de dosis del 0,96% durante el año y en cambio se presentaron y en cambio se logró reasignar y re etiquetar 20 dosis para garantizar la no perdida de radiofármacos con estrategias establecidas en el servicio.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

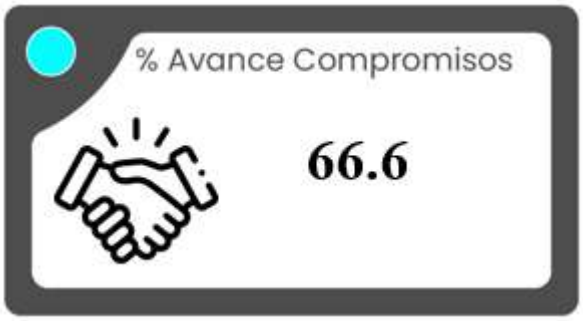
Este indicador nos permite ver el aumento significativo de pacientes que iniciaron tratamiento mes a mes durante el año 2024 vs el 2025; de acuerdo con el comportamiento se trataron en el año 1570 para el 2024 y 1620 para el 2025, de los cuales 90.58% cumplieron los objetivos establecidos (Pacientes curados), El 9,42% obedece a pacientes paliativos y pacientes que fallecieron por su condición clínica.

8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

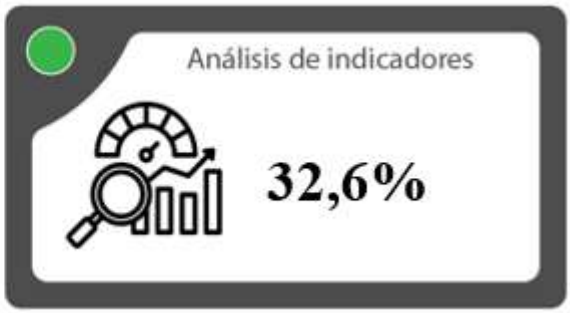
A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.

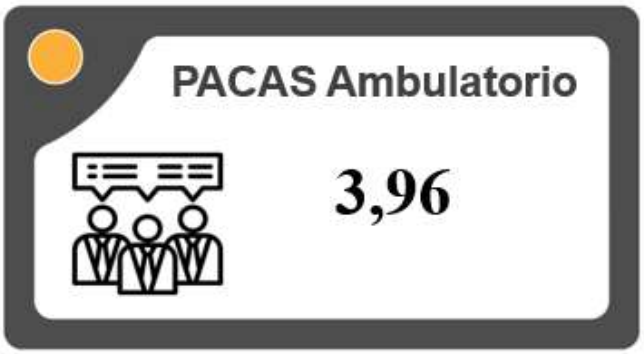


Indicadores.



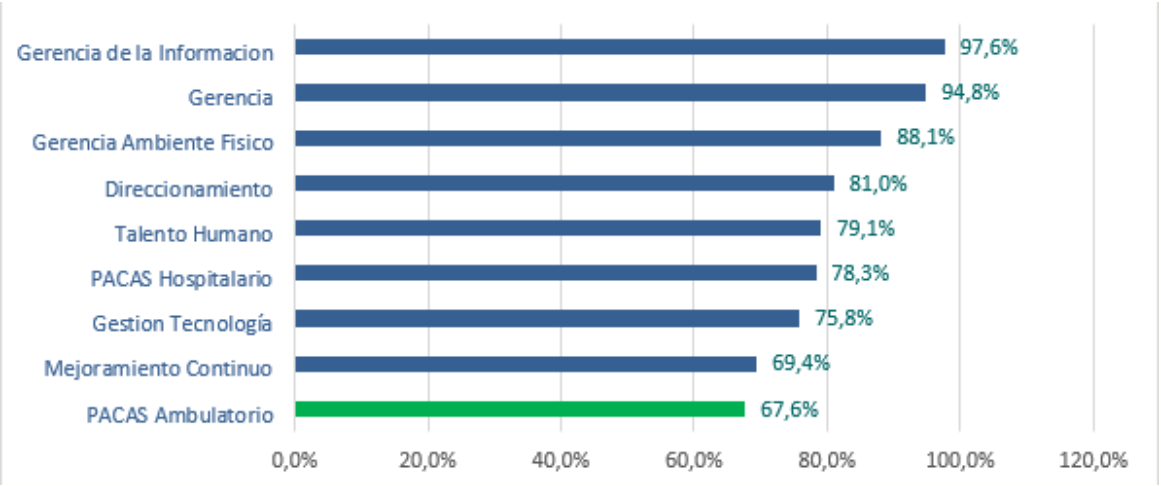
Vigilado Supersalud

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.



Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS A arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- Importancia de la capacitación continua: un personal bien capacitado reduce errores técnicos y mejora la experiencia del paciente. Las inversiones en formación son fundamentales para mantener estándares de calidad.
- gestión del tiempo y recursos: la planificación adecuada de los turnos y el mantenimiento de equipos son esenciales para evitar retrasos y aumentar la productividad.

Vigilado Supersalud

- Adaptación tecnológica: la actualización d ellos equipos debe ir acompañadas estrategias claras de implementación y entrenamiento para garantizare su óptimo aprovechamiento.
- Comunicación efectiva con los pacientes: mejora los canales de comunicación y de esta manera reduce los niveles de ansiedad y aumenta la satisfacción, especialmente cuando se trata de pacientes con diagnóstico y procedimientos complejos.
- Precisión en la planificación del tratamiento: la planificación detallada y personalizada, utilizando tecnologías con IMRT, IGRT, SBR, SBRT, mejora la precisión de radioterapia, reduciendo efectos secundarios y aumentando la probabilidad de éxito en el tratamiento.
- Importancia de la colaboración multidisciplinaria: el trabajo conjunto de médicos oncólogos radioterápicos, físicos médicos, tecnólogos, auxiliares de enfermería, auxiliar administrativo es esencial para garantizar un tratamiento seguro y efectivo.
- Personalización del tratamiento: cada paciente es único, se requiere un trabajo personalizado en temas de dosis, modalidad de radioterapia y duración del tratamiento, teniendo en cuenta localización del tumor, tipo de cáncer y resultados.
- Efectos secundarios y manejo: son inevitables en muchos casos, pero el manejo adecuado y el seguimiento es crucial para mantener la calidad de vida del paciente durante y después del tratamiento.
- Control de la dosimetría: esto asegura las dosis administradas, lo que es esencial para la efectividad del tratamiento y la prevención de daños en los tejidos sanos circundantes.

10. PROYECTOS 2026:

- Ampliación de la capacidad instalada de 700 estudios PET/CT y otras moléculas.
- Puesta en marcha del Resonador 1 y ajuste de protocolos con IA.
- Automatización de los procesos con HIS y consentimientos informados.
- Ampliación de horarios, disponibilidades de Radiología intervencionista y ampliación de brochure.
- Trabajo conjunto de planes de mejora de hallazgos de ICONTEC.
- Implementación y puesta en marcha de camas de Yodo en Torre 3.
- Seguir optimizando el recurso y mantener la adherencia a los procesos.

LABORATORIO CLÍNICO

1. PRINCIPALES LOGROS:

Optimización de los tiempos sin sacrificar la seguridad.

- Optimización: lograr que el tiempo desde la toma de muestra hasta el resultado final sea mínimo, especialmente en pruebas críticas o urgentes.
- Bajo Índice de Muestras Rechazadas: Mantener este indicador por debajo de la meta cerca del 0.5 %, lo que refleja una excelente fase pre-analítica (toma y transporte de muestras).
- Automatización Total del Laboratorio: La implementación de procesos automatizados que reducen el error humano y aceleran el procesamiento masivo de muestras.
- Se garantizó de la seguridad transfusional mediante la implementación de procesos de hemovigilancia estrictamente adheridos a la normativa vigente, con un enfoque integral en calidad y seguridad del paciente.

Uno de los retos enfrentados en 2025 fue consolidar una plantilla estable con la competencia técnica necesaria para adherirse a los procesos de calidad estipulados.

Conclusiones

Maximización del rendimiento mediante tecnología: La transición hacia un laboratorio totalmente automatizado ha permitido absorber grandes volúmenes de trabajo, asegurando resultados rápidos en pruebas críticas con calidad. Esto lo soporta nuestra estadística donde el promedio acumulado en el laboratorio en reporte de dato critico de 6 minutos para el 2025 y 15 minuto en el 2024, promedio de respuesta del laboratorio a los servicios de internación es de 1.23 horas. En el área de patología para el servicio ambulatorio la respuesta promedio es de 6 días cumpliendo la meta, en el servicio de gestión pretransfusional es de 1.34 horas estabilizando positivamente los tiempos de respuesta del servicio, manteniendo el cumplimiento de la meta y optimización del recurso del componente sanguíneos con un porcentaje de incineración en el 2024 de 0.19% y en el 2025 de 0.07% en glóbulos rojos por vencimiento y uso no adecuado(transporte) de este, en plaquetas fue en el 2024 de 1.22% y en el 2025 de 0.50 por vencimiento o por uso no adecuado(transporte). Esto se reforzó con la gestión constante de gestión del riesgo que se evaluó de manera constante según la matriz de riesgo.

Control de calidad preventivo: La gestión proactiva de la fase preanalítica ha permitido mantener indicadores de rechazo en niveles óptimos, reduciendo costos y tiempos de reprocesamientos, observando que en el 2024 tuvimos un 0.23% de rechazo de muestras y en el 2025 fue de 0.22%, observando una mejora.

Vigilado Supersalud

Superación de desafíos de talento: La estrategia de capacitación y estabilización del personal técnico ha sido clave para transformar un reto de 2025 en una ventaja competitiva de cumplimiento normativo.

En el área de patología se logró estabilizar los tiempos de validación de resultados logrando estandarizar los procesos en el área de histología, coloración y lectura de las muestras de biopsias impacto en el número de quejas por oportunidad menos del 0.5 % por este.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Renovación tecnológica en microbiología.	Modernizar la plataforma diagnóstica del laboratorio mediante la transición a tecnología MALDI-TOF, orientada a maximizar la eficiencia operativa, reducir costos por prueba a largo plazo y elevar los estándares de seguridad del paciente mediante diagnósticos oportunos.	60%	31/12/2026	Podemos concluir qué: La transición a la tecnología MALDI-TOF representa un hito en la modernización del laboratorio, permitiendo pasar de una identificación microbiológica de 24-48 horas a una de solo minutos. Esta reducción drástica en los tiempos de respuesta es crucial para la toma de decisiones clínicas oportunas, permitiendo el inicio de terapias antibióticas dirigidas y mejorando significativamente el pronóstico del paciente crítico
Patología digital	Modernizar el servicio de patología mediante la transición a un flujo de trabajo digital en	50%	31/12/2026	La implementación de la patología digital elimina las barreras físicas del diagnóstico

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	el área de microscopia, con el fin de optimizar el almacenamiento de archivos, agilizar la distribución de casos entre especialistas y reducir los tiempos de entrega de resultados anatomopatológicos.			tradicional, permitiendo la interconsulta en tiempo real y el acceso inmediato a casos históricos. Esta transición no solo agiliza el flujo de trabajo, sino que garantiza una mayor seguridad diagnóstica mediante la visualización de alta resolución y la posibilidad de obtener segundas opiniones globales sin el riesgo que implica el traslado físico de laminillas.
Modernización de infraestructura del servicio Pre-transfusional	Actualizar la infraestructura del servicio pre-transfusional para asegurar el cumplimiento estricto de las normativas de bioseguridad y estándares legales e internacionales, optimizando las condiciones de almacenamiento y manipulación para minimizar riesgos operativos y eventos adversos	70%	28/02/2026	La modernización de la infraestructura del área transfusional garantiza el cierre del círculo de seguridad del paciente. Al integrar tecnología de vanguardia para el control térmico y el monitoreo digital, se asegura una trazabilidad impecable y la preservación óptima de los Hemocomponentes, minimizando los riesgos operativos y cumpliendo con los más altos

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
				estándares normativos
Citometría de flujo	Integrar la tecnología de citometría de flujo a la infraestructura de la clínica para dotar al servicio de oncología de autonomía diagnóstica, asegurando la trazabilidad de las muestras y la entrega oportuna de resultados de alta complejidad bajo estándares de calidad internacional.	60%	31/12/2026	La integración de la citometría de flujo en nuestra infraestructura elimina la dependencia de laboratorios externos, reduciendo drásticamente los tiempos de respuesta en casos críticos. Esta autonomía diagnóstica asegura que el equipo médico cuente con información especializada de manera oportuna, facilitando intervenciones inmediatas y un monitoreo continuo y estrecho de la evolución de la enfermedad.

3. GESTIÓN DEL RIESGO

Uno de los principales riesgos en los servicios de laboratorio clínico, patología y gestión Pre-transfusional es la probabilidad de fallas en la identificación de muestras, es importante que la gestión del riesgo de identificación debe evolucionar de la confianza en el operador hacia la automatización del proceso, lo que se está haciendo e implementado desde los servicios tanto de internación como ambulatorios.

En el **laboratorio clínico** se identificó un riesgo extremo en el 2025 “identificación de las muestras” su control fue la implementación del proceso de identificación de la muestra en diferentes puntos, implementación de marcaje de la muestra por medio de sticker con código de barras y capacitación constante de los actores implicados en el proceso. Por

Vigilado Supersalud

lo tanto; la gestión del riesgo de identificación debe evolucionar de la confianza en el operador hacia la automatización del proceso. En cuanto a la materialización del riesgo fue menor a 0.1 lo que indica que nuestros controles fueron eficaces.

En el **laboratorio de patología** encontramos un riesgo en la fase pre-analítica. Probabilidad de errores en la identificación de la muestra, en este servicio se clasifico como alto; implementando controles como doble punto de identificación y capacitación de los colaboradores involucrados, evaluación de adherencia al proceso de identificación. En cuanto a la materialización del riesgo fue menor a 0.1 lo que indica que nuestros controles fueron eficaces.

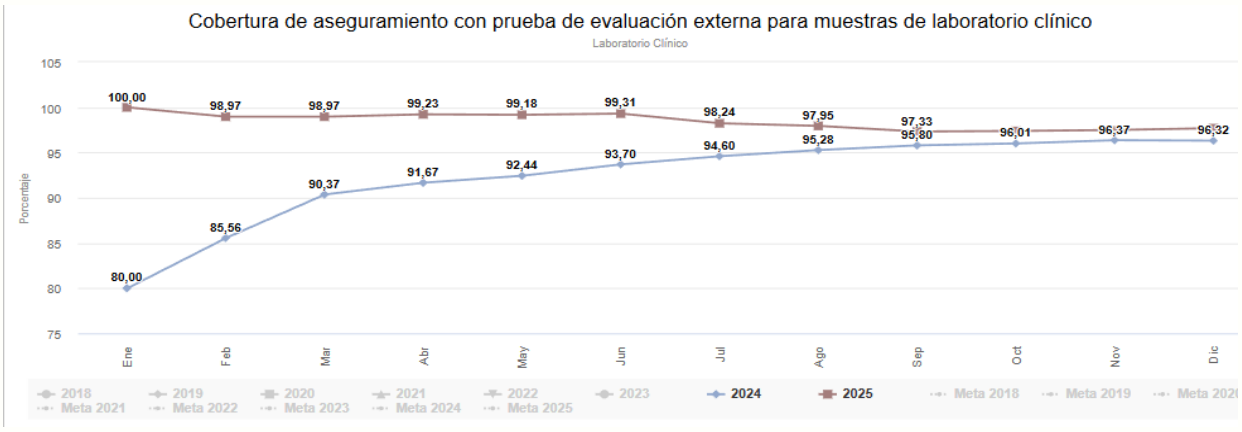
En el **servicio de gestión Pre-transfusional** tenemos la clasificación del riesgo alto la administración de los componentes sanguíneos: Posibilidad de reacción adversa transfusional (RAT) que compromete la seguridad del paciente como control para este riesgo se planteó que el líder de medicina transfusional implementaría un programa de capacitación sobre la importancia de la verificación previa y durante la administración hasta finalizar del componente sanguíneo. También el servicio hospitalario debe realizar el chequeo cruzado (camillero- enfermera y enfermera- médico -paciente) y adecuado seguimiento durante la transfusión por parte de los profesionales involucrados en el proceso, esta acción debe quedar escrita en la historia clínica y formato de trazabilidad. Ante una desviación de incumplimiento reportar en herramienta de seguridad del paciente para análisis y plan de mejora.

En cuanto a la materialización del riesgo la situación actual: El último valor es **3**, mientras que la medición previa era 1. Estado: Está en rojo porque ha empeorado y supera la meta. Esto significa que el riesgo se ha materializado tres veces recientemente esto se debe al reporte en este indicador de reacciones que se han analizado y definido por comité extraordinario como grado 1 no severo (en la mayoría de los casos atribuibles a su condición médica). La matriz del servicio muestra una flecha que va desde el riesgo absoluto hacia el riesgo residual; a pesar de contar con un riesgo residual en niveles aceptables (Improbable/Moderado) gracias a los controles establecidos; la medición reciente de 3 accidentes clasificados como grado 1 no severo pos transfusionales indica que debemos mejorar en la operatividad de dichos controles.

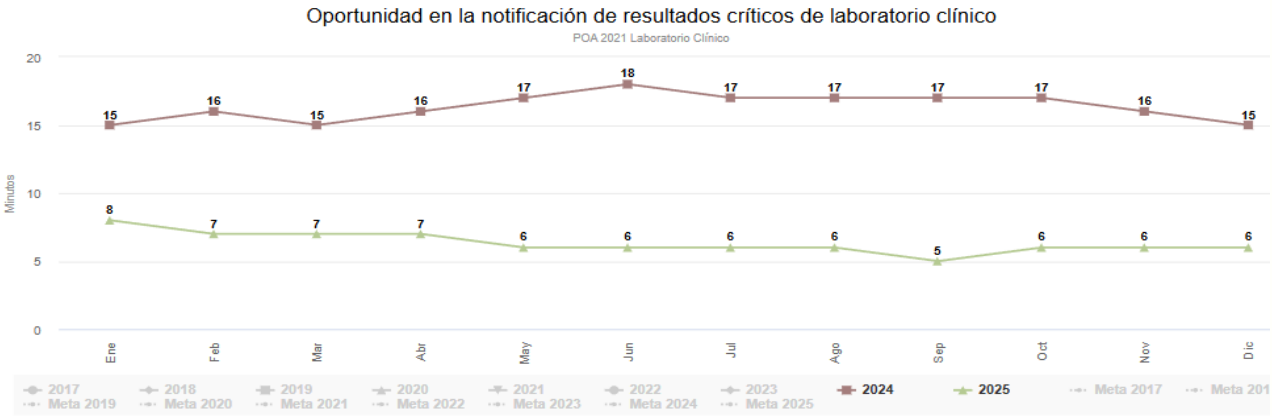
4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA

Laboratorio clínico

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



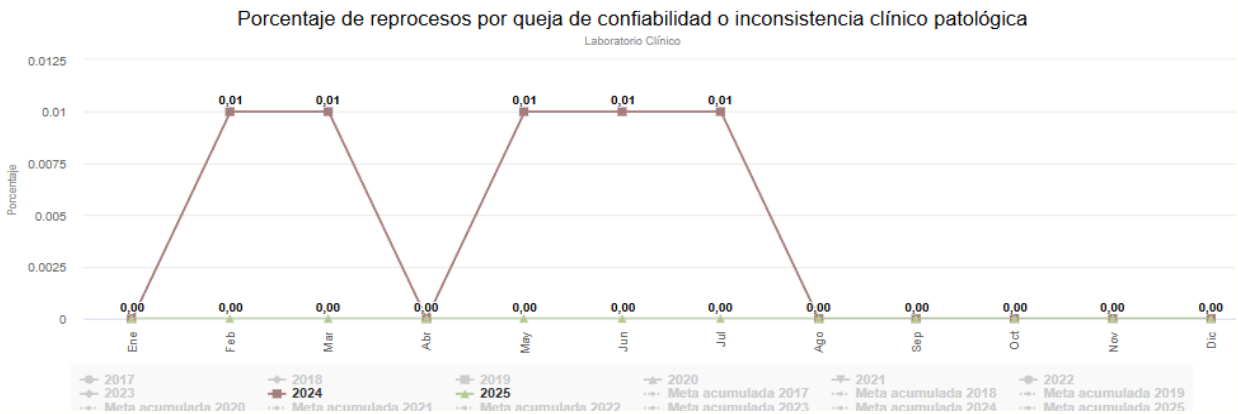
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

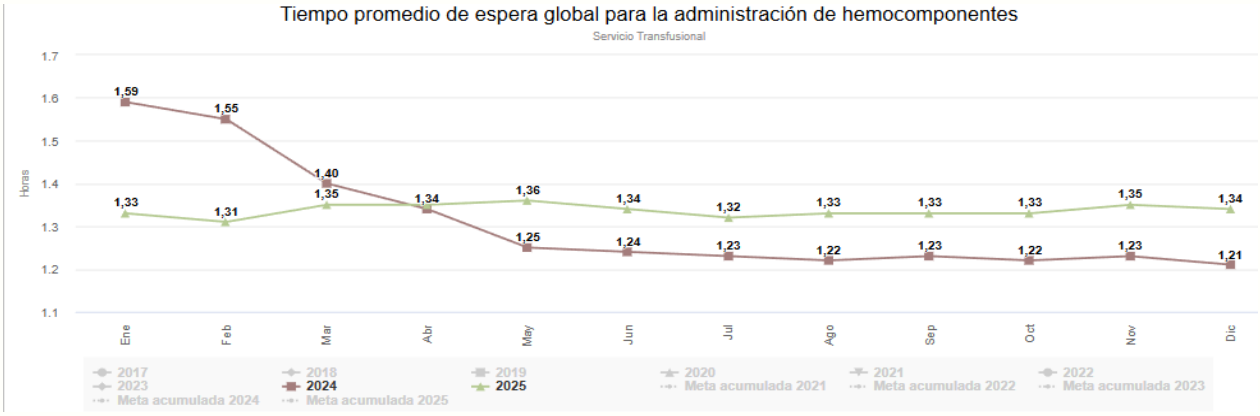
Laboratorio de patología

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



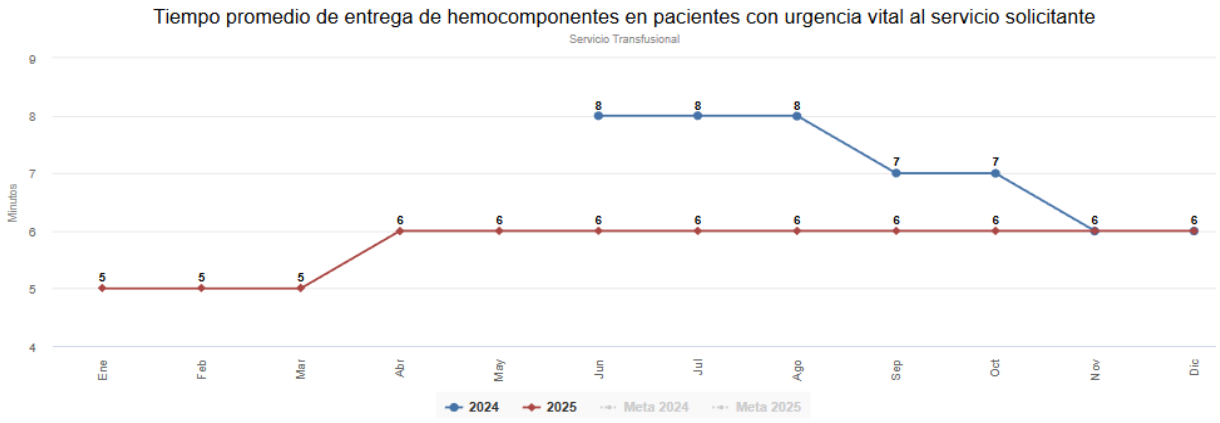
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Gestión Pre-transfusional

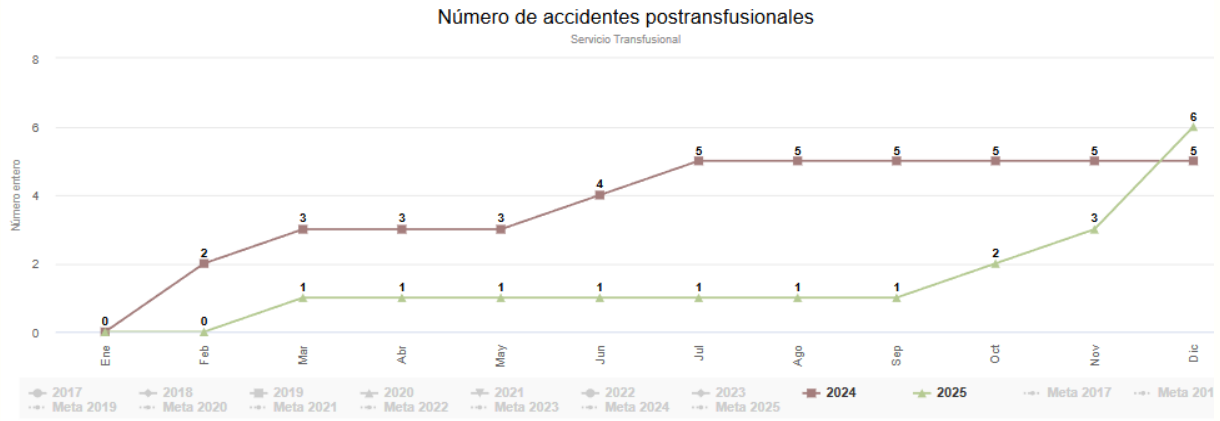


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Vigilado Supersalud



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

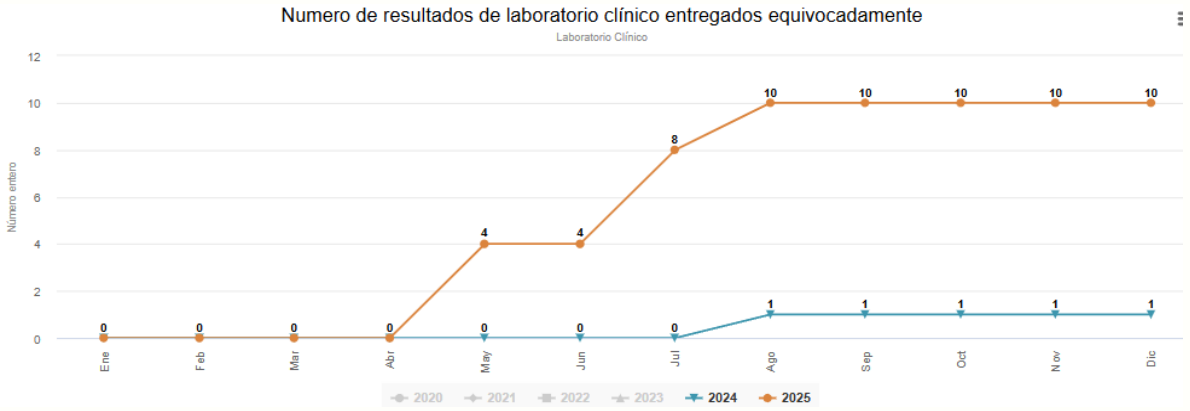


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

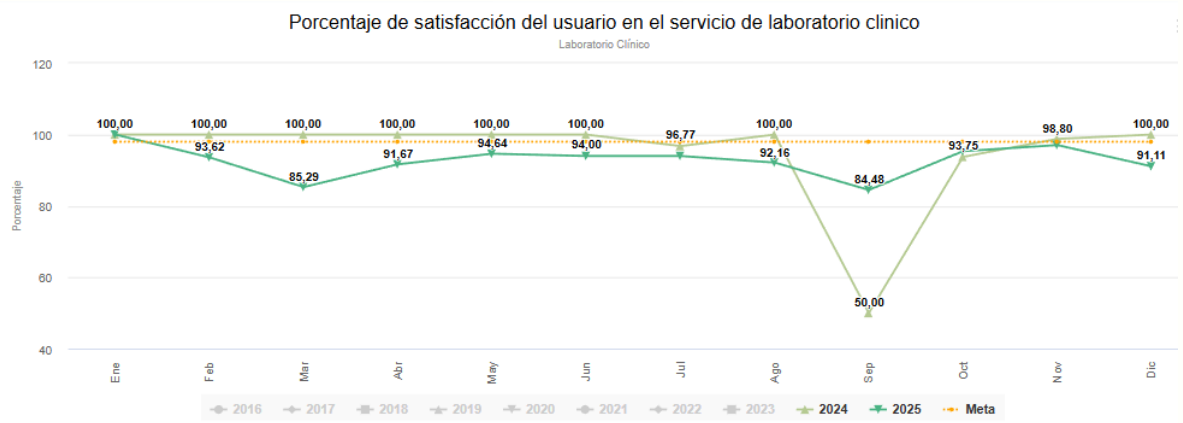
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Vigilado Supersalud



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

A pesar de que se registraron 23 PQRS totales en 2025, ninguna de ellas estuvo relacionada con la veracidad o exactitud de los resultados en los servicios de patología, laboratorio clínico y servicio de gestión Pre-transfusional.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Toma de muestras

Satisfacción	
2024	98%
2025	93%

Atributos Afectados 2025		
1	Oportunidad	15
2	Humanización	4
3	Continuidad	3
4	Comunicación	1
Total PQRS		23
Tasa PQRS 2025		0,14

Indicador NPS	
2024	84%
2025	72%

Fuente: Informe Experiencia 2025

El porcentaje de satisfacción mostró volatilidad durante el año, con picos de excelencia en Enero (100%) y caídas críticas en Septiembre (84.4%) y Marzo (85.2%).

Atributo más crítico: La oportunidad (tiempos de espera/entrega) es la principal causa de quejas, representando 15 de las 23 PQRS totales.

Humanización: es el segundo punto débil con 4 quejas, lo que indica una posible fatiga o falta de habilidades blandas en el personal técnico.

Acciones correctivas a raíz de las desviaciones encontradas:

Para revertir estas tendencias, se deben ejecutar acciones en tres frentes:

Prioridad en Toma de Muestras (Frente a la oportunidad)

- Rediseño de Flujos: Revisar los horarios de mayor afluencia y ajustar los turnos del personal para reducir los tiempos de espera (atacar las 15 quejas de oportunidad).
- Capacitación en Empatía: Realizar capacitación de servicio humanizado para el personal de toma, enfocándose en la interacción directa con el paciente para recuperar los puntos perdidos en NPS.
- Sistema de Notificaciones: Implementar alertas dirigidas al paciente cuando su resultado esté listo, mejorando la percepción de comunicación entre el laboratorio y paciente.

6. INDICADORES DE CULTURA:

Rotación de la persona de laboratorio clínico:

- Dos bacteriólogos 2: Estos renuncian por cambio de residencia y oferta laboral en el área de especialidad de esta.
- Dos auxiliares de laboratorio: Una renuncia por otra oferta laboral y un despido por no adherencia a lo pactado en la contratación.

Rotación de la persona de laboratorio patología:

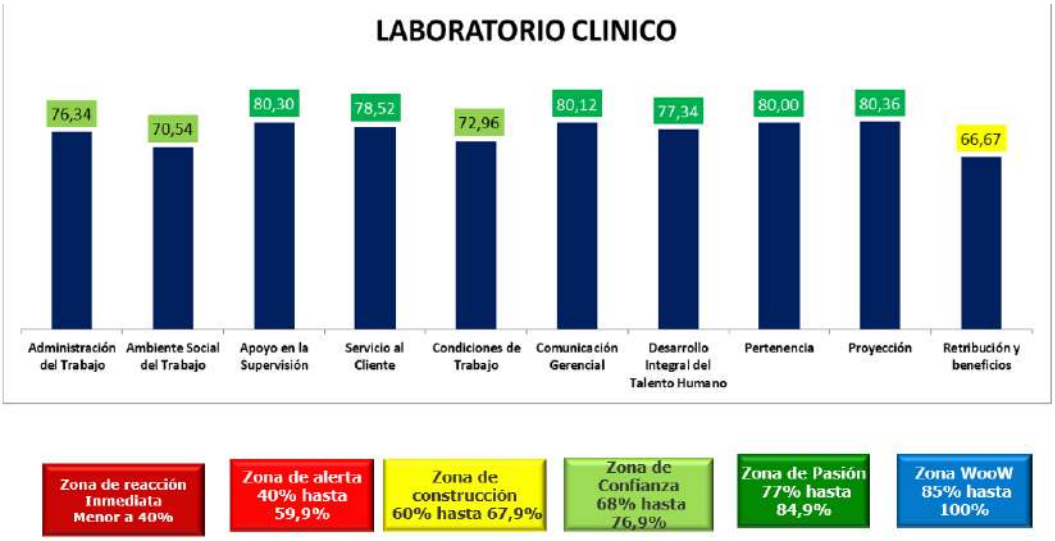
- Un auxiliar de patología: Renuncia por oferta laboral de acuerdo con su nuevo título profesional.

Rotación de la persona de Servicio Pre-transfuisonal:

- No tuvimos renuncias ni despidos.

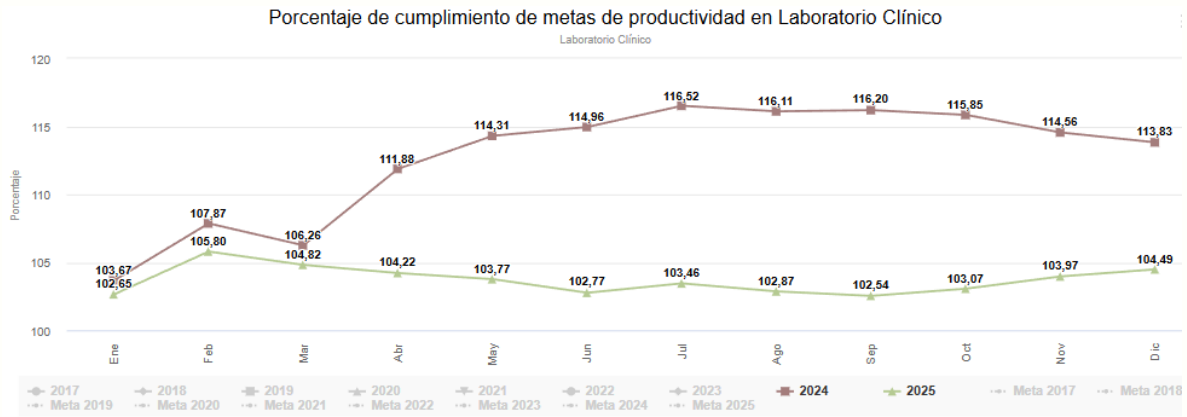
Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,83	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,34	-2,88
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Fuente: Informe talento humano



Fuente: Informe talento humano

7. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Laboratorio de clínico

Productividad 644.000 laboratorios procesados en el 2025 frente a 616.862 presupuestado en el 2025. El laboratorio operó un 4.4% por encima de lo proyectado, lo cual indica una alta eficiencia en el uso de la capacidad instalada. Relación con la Tecnología: Este incremento en la productividad está directamente alineado con la implementación de la automatización total y la tecnología establecida en los servicios de laboratorio clínico, que permiten procesar volúmenes masivos de muestras en menor tiempo. Capacidad de Respuesta: A pesar de haber enfrentado el reto de consolidar una plantilla de colaboradores estable en 2025, el equipo logró absorber una demanda mayor a la planificada sin comprometer la operatividad. Cabe resaltar que se debe revisar pertinencia de estos laboratorios.

Laboratorio de Patología

Cifras de productividad en patología, se observa un incremento significativo en la actividad diagnóstica:

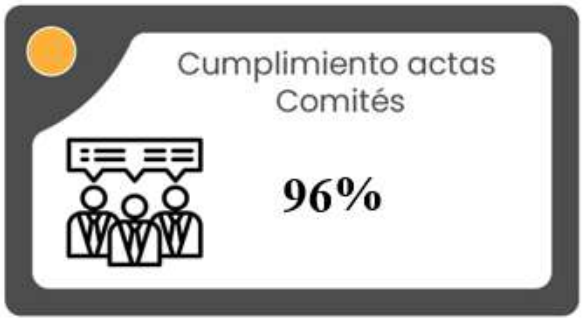
- Volumen 2024: 33.084 estudios procesados.
- Volumen 2025: 39.898 estudios procesados.
- Variación: Un aumento de 6.814 estudios, lo que representa un crecimiento del 20,6% en la productividad de un año a otro.
-

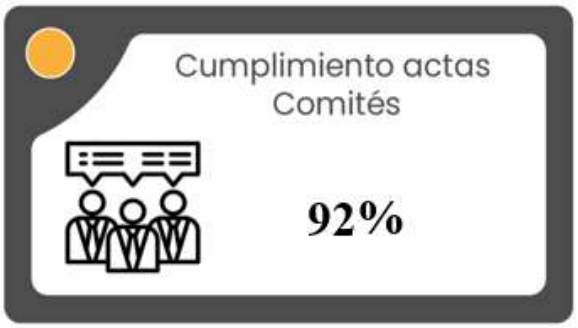
Este crecimiento sugiere una mayor demanda del servicio o una expansión en la capacidad de procesamiento de la infraestructura de patología.

8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

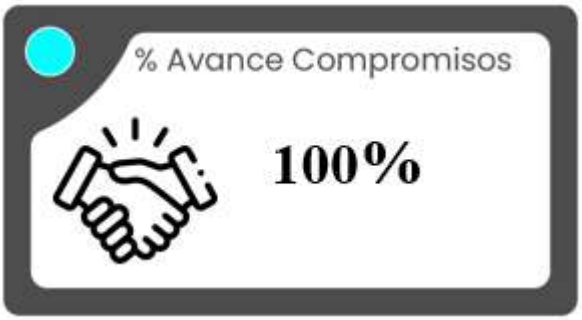




Comité Reactivovigilancia **Comité Medicina Transfusional**

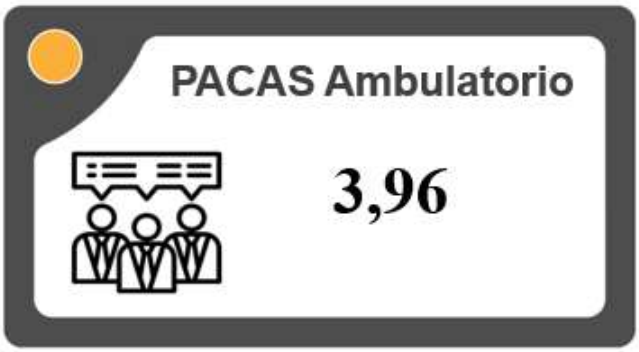
Vigilado Supersalud

Avance de Compromisos.



Indicadores.

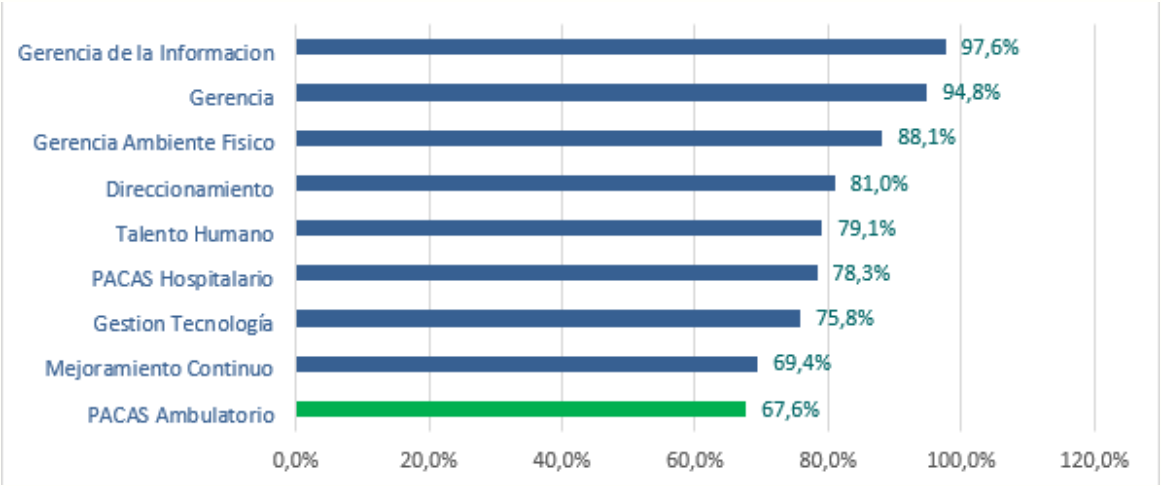
Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.



Vigilado Supersalud

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS A arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

Acciones positivas:

- Cero Quejas por Confiabilidad: El laboratorio mantiene una reputación técnica, ya que ninguna de las PQRS registradas cuestionó la veracidad o exactitud de los resultados analíticos de ningún servicio.
- Cumplimiento de Metas Operativas: La productividad general superó el presupuesto anual con un cumplimiento del 104.4% (644,000 procesos frente a los 616,862 proyectados).
- Consolidación de la Plantilla: Se ha logrado estabilizar el talento humano técnico, factor clave para soportar la carga operativa actual.

Crecimiento e Innovación

- Expansión en Patología: El servicio de Patológica experimentó un crecimiento del 20.6% en volumen de estudios, pasando de 33,084 en 2024 a 39,898 en 2025.
- Modernización Tecnológica y procesos: La adopción de tecnologías como Alinity de ABBOTT y procesos de patología han permitido absorber el aumento de la demanda manteniendo la precisión diagnóstica y su calidad.
- Estructura Diagnóstica: la modernización de los procesos transfusionales posiciona a la clínica como un posible referente en medicina de alta complejidad en hemovigilancia.

Retos y Riesgos Materializados

- Deterioro de la Experiencia del Usuario: La satisfacción general bajó del 98% al 93%, mientras que la lealtad (NPS) sufrió una caída significativa de 12 puntos, situándose en el 72%.
- Crisis de Oportunidad: El 65% de las quejas (15 de 23 PQRS) se concentran en tiempos de espera en toma de muestra, evidenciando que el crecimiento productivo ha sacrificado la agilidad del servicio.
- Mejorar gestión de inventario y compras del servicio.
- Mejorar clima laboral y comunicación asertiva.

El año 2025 fue un periodo de éxito técnico operativo. Se evidencio que el laboratorio tiene más y con mayor precisión que nunca. Tuvimos que en toma de muestra que evidencio una disminución en la humanización y la velocidad de respuesta, situación que hemos estado abordando para mejorar la experiencia del usuario. El reto para 2026 es equilibrar la balanza, utilizando la tecnología ya adquirida para recuperar la satisfacción del paciente y llevar a cero los incidentes de seguridad, y una excelente atención en toma de muestras para el 2026.

10. PROYECTOS 2026:

Transformación Tecnológica y Diagnóstica

- Para el 2026 tenemos como proyectos la incorporación de nuevas plataformas no solo para la modernización de la infraestructura, sino que redefine la capacidad de respuesta clínica:
- Microbiología Avanzada (MALDI-TOF): Implementación de la espectrometría de masas para la identificación de microorganismos, logrando reducir los tiempos de respuesta de días a minutos. Este avance garantiza una oportunidad diagnóstica crítica para el manejo temprano de enfermedades infecciosas y la optimización de la terapia antimicrobiana.
- Hematología de Alta Complejidad (Citometría de Flujo): Incursión en la inmunofenotipificación para el diagnóstico preciso de neoplasias hematológicas y el monitoreo de la enfermedad mínima residual, elevando el estándar de la clínica oncológica.
- Patología Digital: Transición hacia un flujo de trabajo digital que permite la visualización de laminillas en alta resolución, facilitando el diagnóstico remoto y la colaboración interdisciplinaria en tiempo real.

ONCOLOGÍA

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Entre el año 2025 se implementaron estrategias encaminadas a brindar atención holística, oportuna, eficaz y humanizada, basada en los más altos estándares de seguridad al paciente y su familia durante las fases de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, educación continuada al personal de enfermería, implementación de modelo de atención al paciente oncológico.
- Se desarrollaron jornadas académicas de las estrategias establecidas en el programa cuidando con amor brindando las herramientas necesarias de experiencia de servicio.
- Se capacito al grupo de jefes en mejores prácticas para la ejecución de tareas; Curso de navegadoras.
- Se realizaron capacitaciones de protocolos institucionales en conjunto con personal de medical y en jornada académica con temas específicos de la unidad de Oncología.
- Se aumentó el giro silla 4.9% (2024: 92.5% // 2025: 97.4%).
- Se realizan juntas de escalonamiento terapéutico e indicaciones en nuevas tecnologías (optimización de recursos).
- Dado a la gestión de equipo de programación se genera un aprovechamiento económico de 1.870.807.674 durante el año 2025. (aumento 19.1% con relación al 2024).
- La oportunidad de inicio de quimioterapia desde la formulación de la consulta hasta el inicio estuvo en 7.6 días promedio anual.

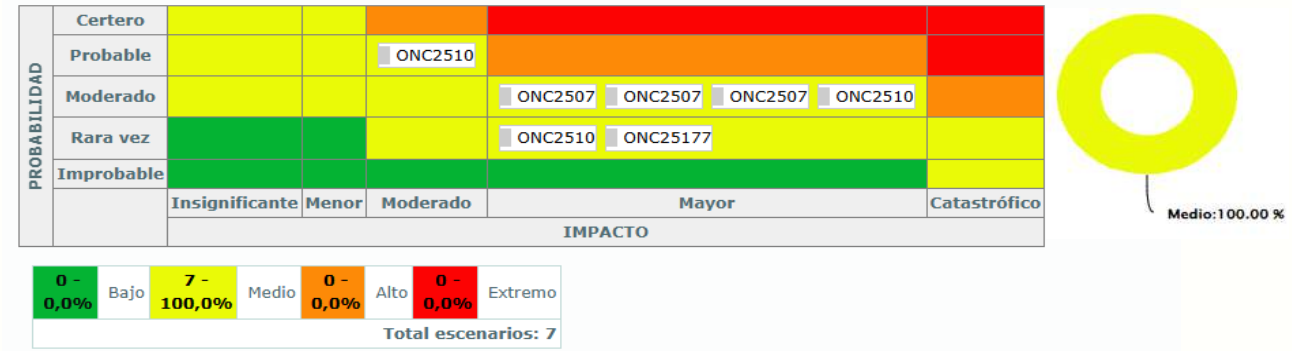
2. AVANCE DE PROYECTOS EN CURSO.

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Torre 3	Aumentar el número de capacidad instalada, mejorando el acceso y la oportunidad en la atención en el paciente oncológico	10% en obra	Enero 2027	
Curso de navegadoras	Capacitar profesionales para guiar al paciente y su familia durante su estadía, diagnóstico y	100%	12/2025	Jefe Paula termina curso

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	tratamiento, eliminado barreras de atención, asegurándola continuidad del cuidado desde el diagnostico hasta el tratamiento, mejorando la calidad de vida del paciente			
Giro silla	Optimizar la capacidad operativa de la sala, aumentando la atención del paciente, disminuyendo la espera de atención de inicio de tratamiento	4.9%		En el 2025 aumentamos un 4.9% en el giro silla de la sala de Oncología llegando a la meta de 97.4%

3. GESTIÓN DEL RIESGO



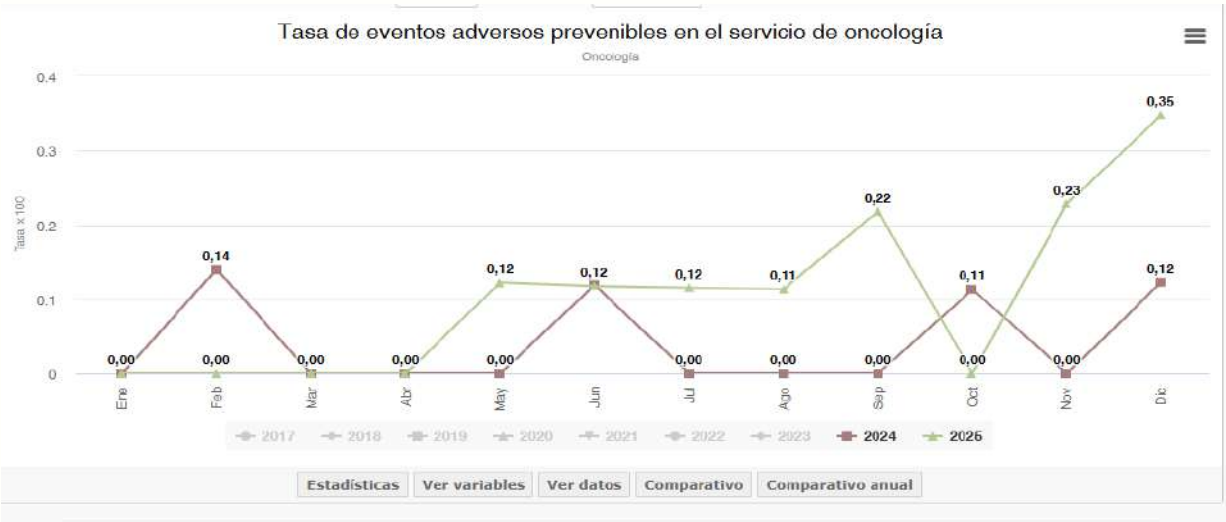
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En la unidad de Oncología sala de quimioterapia los principales riesgos son:

- Probabilidad de Retraso diagnóstico / inicio de tratamiento oncológico.
- Probabilidad de neutropenia febril
- Posibilidad de interrupción o incumplimiento de los puntos en las fases de la ruta de atención integral cohorte oncológica (Ca mama, cérvix y próstata)
- Posibilidad de que se produzca extravasación con lesiones tisulares durante la quimioterapia

- Probabilidad de fallo terapéutico asociado a adherencia al tratamiento oncológico.
- Probabilidad de toxicidad o efectos adversos graves por Quimio/Radioterapia
- Posibilidad de caída del paciente durante el proceso de atención.
- Se realizan juntas de escalonamiento terapéutico e indicaciones en nuevas tecnologías (Optimización de recursos).

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el análisis de eventos adversos prevenibles, se evidencia un cambio importante dado a que en el 2024 no se evidencio cultura de identificación y reporte oportuno de eventos prevenibles en la sala de quimioterapia, en el año 2025 se evidencia cultura de reporte de eventos prevenibles, lo que genera implementar medidas para mitigar el riesgo de estos como es socialización de protocolo de seguridad al paciente.

.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

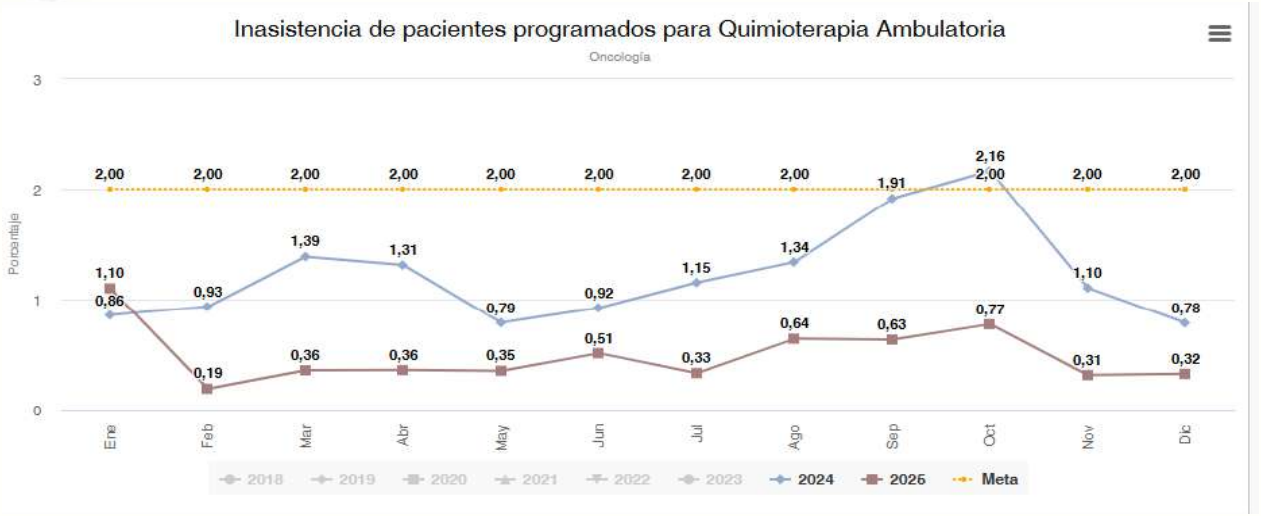
Se evidencia mayor tasa de supervivencia en el 2025, pero sigue siendo un desafió médico que requiere vigilancia estricta de toxicidades y el estado general del paciente a cada tratamiento establecido, paralelamente dado a reducción de mortalidad se ve alto compromiso del grupo de Oncología del uso de las metas de seguridad al paciente.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencia un desempeño positivo, manteniendo promedios de 5 a 8 días durante el año, garantizando el inicio de tratamiento de forma pertinente, siendo así un referente de efectividad clínica con el periodo anterior.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se observa cumplimiento de la meta establecida evidenciando eficiencia operativa, seguridad del paciente y efectividad clínica, lo cual puede llevar a una mejora en la supervivencia de los pacientes; con relación al 2024 disminuyo, lo cual genera una alerta generando un plan seguimiento a los pacientes que no cumplen el objetivo terapéutico.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencia una mejora notable en la asistencia a la administración de quimioterapia, lo que genera efectividad clínica y supervivencia por adherencia a su tratamiento con desenlaces positivos.

5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Oncología

Satisfacción	
2024	99%
2025	100%

Atributos Afectados 2025		
1	Oportunidad	35
2	Humanización	16
3	Accesibilidad	13
4	Continuidad	9
5	Comunicación	5
6	Pertinencia	3
7	Seguridad del Paciente	1
Total PQRS		82
Tasa PQRS 2025		2,54

Indicador NPS	
2024	87%
2025	89%

Fuente: Informe Experiencia 2025

Se evidencia que el atributo más afectado es Oportunidad con 35, dado a la atención por nuestros especialistas, los cuales generan citas extras, pero aun así no da cumplimiento a la cobertura de usuarios, en cuanto a la atención y/o satisfacción en la sala de Oncología se evidencia un 100%, evidencian el cumplimiento de este porcentaje se evidencia atención humanizada, pertinente y con calidad.

Se continuará gestionando de citas extras y consulta adicional para cumplir la necesidad de los usuarios en el requerimiento de citas con especialistas

Vigilado Supersalud

6. INDICADORES DE CULTURA

RESULTADO GENERAL ONCOLOGÍA

Los Nogales Clínica

El clima 70,40

Subió 0,09 Puntos porcentuales

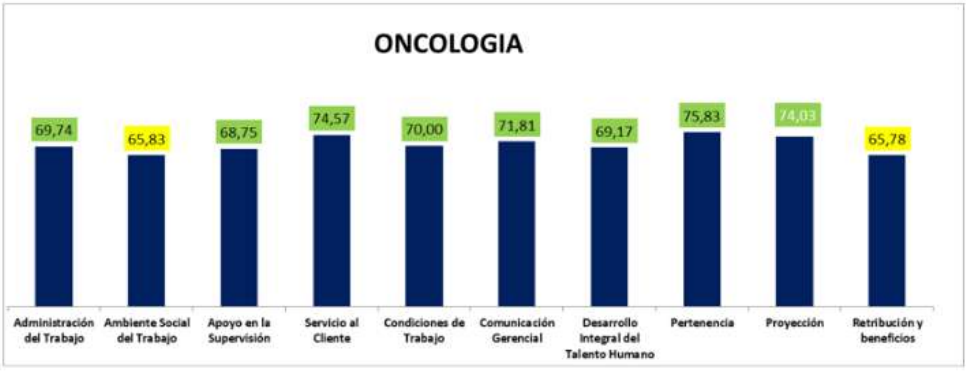
Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	**70,38**	**72,95**	**2,57**

Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%

Fuente: Informe talento humano

RESULTADO 2025 ONCOLOGÍA

Los Nogales Clínica



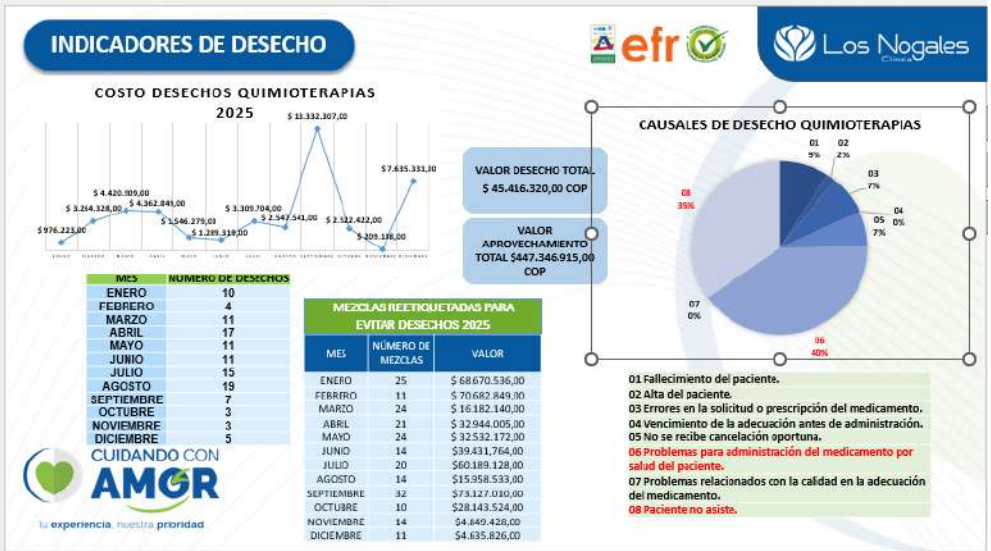
Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%

Fuente: Informe talento humano

Vigilado Supersalud

7. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD

Indicador de desecho y reaprovechamiento por re-etiquetado.



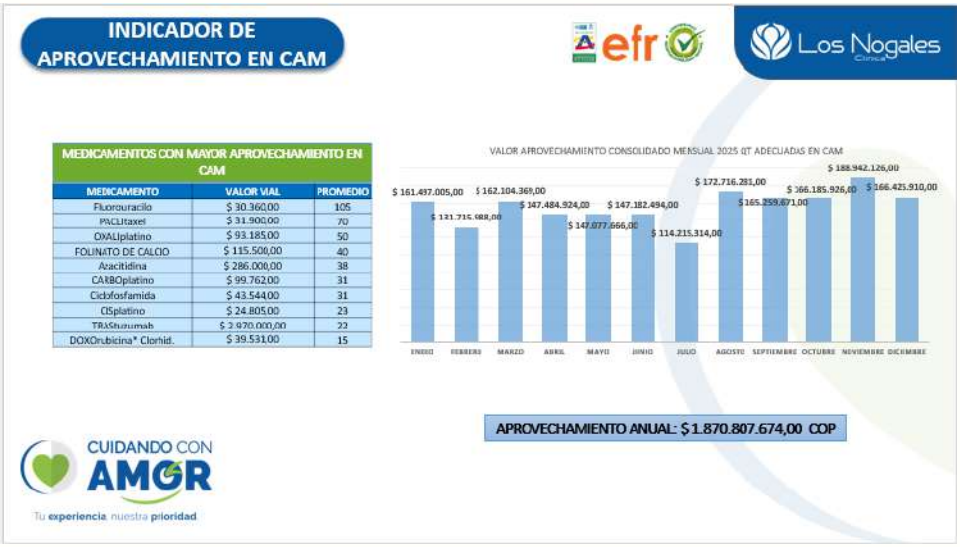
MES	NUMERO DE DESECHOS
ENERO	10
FEBRERO	4
MARZO	11
ABRIL	17
MAYO	11
JUNIO	11
JULIO	15
AGOSTO	19
SEPTIEMBRE	7
OCTUBRE	3
NOVIEMBRE	3
DICIEMBRE	5

MEZCLAS REETIQUETADAS PARA EVITAR DESECHOS 2025		
MES	NÚMERO DE MEZCLAS	VALOR
ENERO	25	$ 68.670.536,00
FEBRERO	11	$ 70.682.849,30
MARZO	24	$ 16.182.140,30
ABRIL	21	$ 32.944.005,00
MAYO	24	$ 32.532.172,30
JUNIO	14	$39.431,764,00
JULIO	20	$60.189.128,00
AGOSTO	14	$15.958.533,00
SEPTIEMBRE	32	$73.127.010,00
OCTUBRE	10	$28.143.524,00
NOVIEMBRE	14	$4.849.428,00
DICIEMBRE	11	$4.635.826,00

Fuente: Coordinación de Oncología

Se evidencio un valor de aprovechamiento significativo de $447.346.915 del año 2025, valor de desecho $ 45.416.320, se evidencia que la causal de inasistencia es estado de salud de paciente, nuestro equipo seguirá realizando los llamados de seguimientos telefónicos de signos y síntomas del paciente para evitar generación de desechos, sensibilizado a familiar y paciente la importancia de informarlos el estado actual del paciente.

Indicador de aprovechamiento en CAM



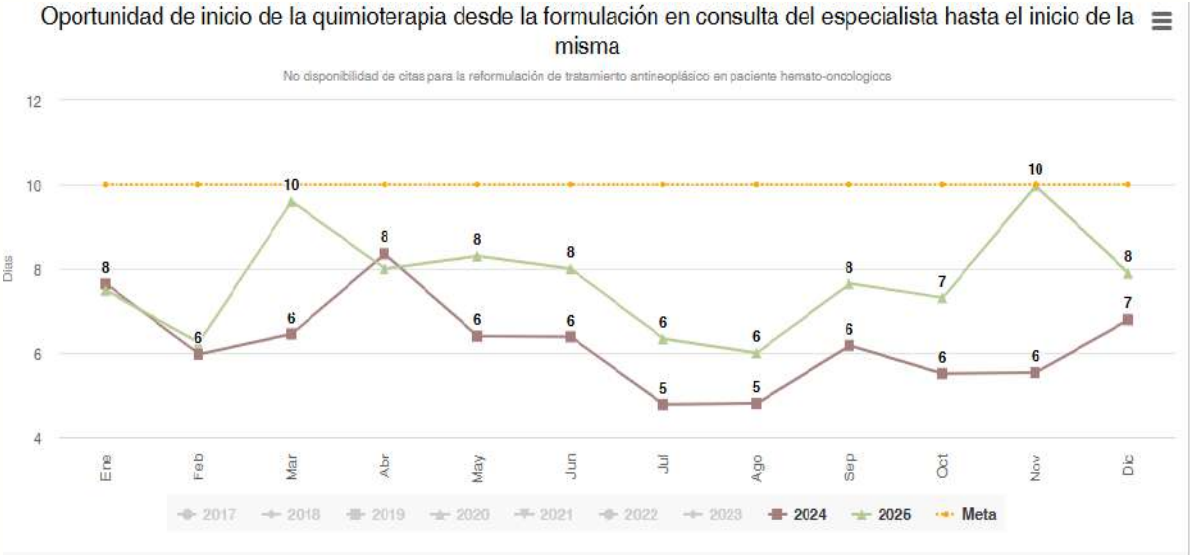
MEDICAMENTOS CON MAYOR APROVECHAMIENTO EN CAM		
MEDICAMENTO	VALOR VIAL	PROMEDIO
Fluorouracilo	$ 30.360,00	105
PACLItaxel	$ 31.900,00	70
OXALIplatino	$ 93.185,00	50
FOLINATO DE CALCIO	$ 115.500,00	40
Azacitidina	$ 286.000,00	38
CARBOplatino	$ 99.762,00	31
Ciclofosfamida	$ 43.544,00	31
CISplatino	$ 24.805,00	23
TRASTuzumab	$ 2.970.000,00	22
DOXOrubicina* Clorhid.	$ 39.531,00	15

Coordinación de Oncología

La correcta gestión del equipo de programación se evidencia en un aprovechamiento de $1.870.807.674, dado a la programación de pacientes con la misma molécula generando cifra de recaudo importante.

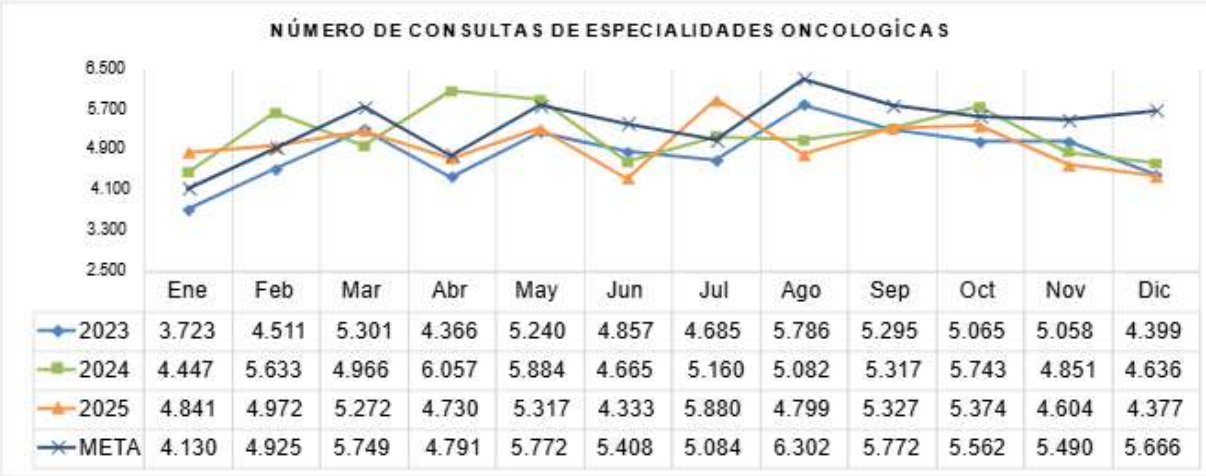
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se observa cumplimiento de la meta establecida evidenciando eficiencia operativa, seguridad del paciente y efectividad clínica, lo cual puede llevar a una mejora en la supervivencia de los pacientes; con relación al 2024 disminuyo, lo cual genera una alerta generando un plan seguimiento a los pacientes que no cumplen el objetivo terapéutico.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

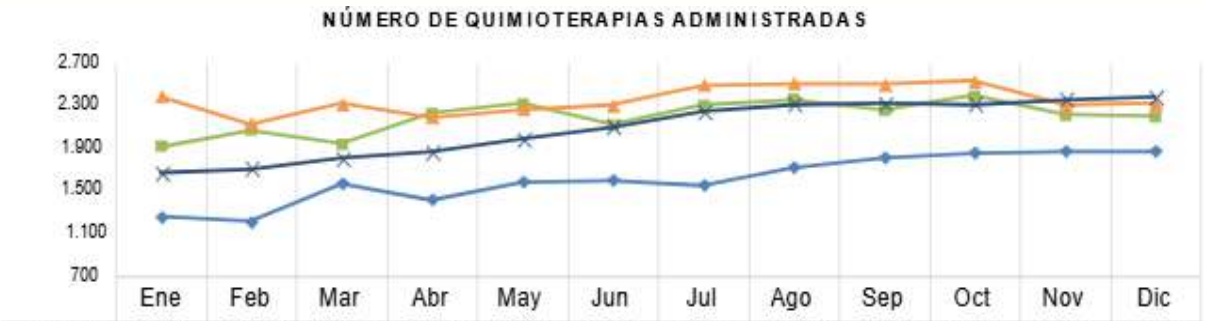
Se evidencia un desempeño positivo, manteniendo promedios de 5 a 8 días durante el año, garantizando el inicio de tratamiento de forma pertinente, siendo así un referente de efectividad clínica con el periodo anterior.



	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2023	3.723	4.511	5.301	4.366	5.240	4.857	4.685	5.786	5.295	5.065	5.058	4.399
2024	4.447	5.633	4.966	6.057	5.884	4.665	5.160	5.082	5.317	5.743	4.851	4.636
2025	4.841	4.972	5.272	4.730	5.317	4.333	5.880	4.799	5.327	5.374	4.604	4.377
META	4.130	4.925	5.749	4.791	5.772	5.408	5.084	6.302	5.772	5.562	5.490	5.666

Fuente: Portal BISAAD

Se observa un incremento en la demanda de consultas por la especialidad de Oncología, en el mes de enero y julio hay fluctuación marcada por debajo de la meta establecida, dado a que es temporada de vacaciones y los pacientes no aceptan la cita.

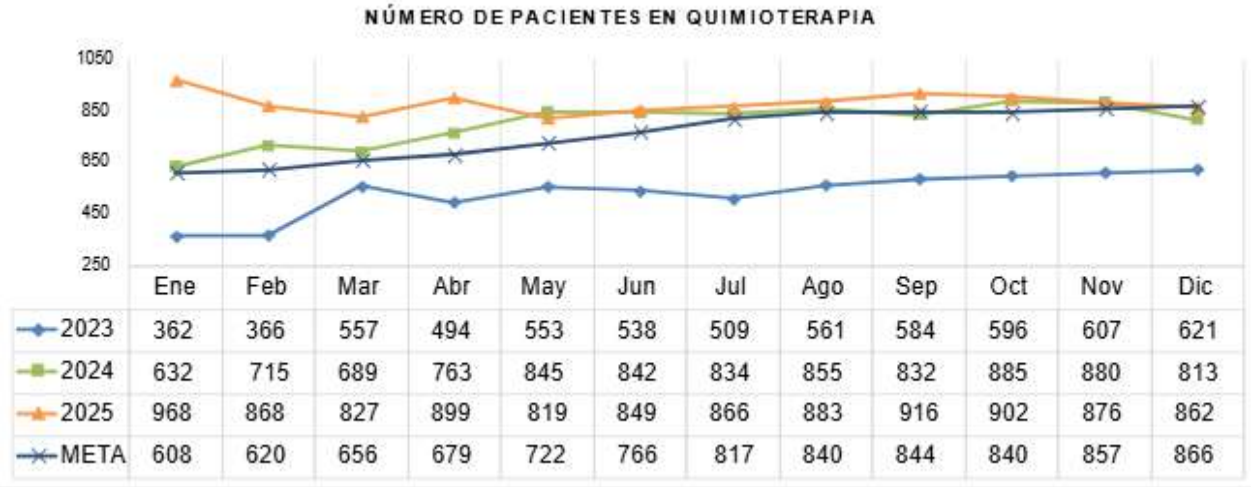


	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2023	1.254	1.213	1.567	1.412	1.579	1.595	1.547	1.719	1.810	1.854	1.870	1.867
2024	1.912	2.061	1.935	2.225	2.313	2.119	2.298	2.350	2.250	2.387	2.209	2.196
2025	2.383	2.124	2.316	2.187	2.261	2.301	2.484	2.504	2.495	2.522	2.300	2.311
META	1.666	1.699	1.797	1.860	1.979	2.098	2.238	2.303	2.312	2.303	2.349	2.372

Fuente: Portal BISAAD

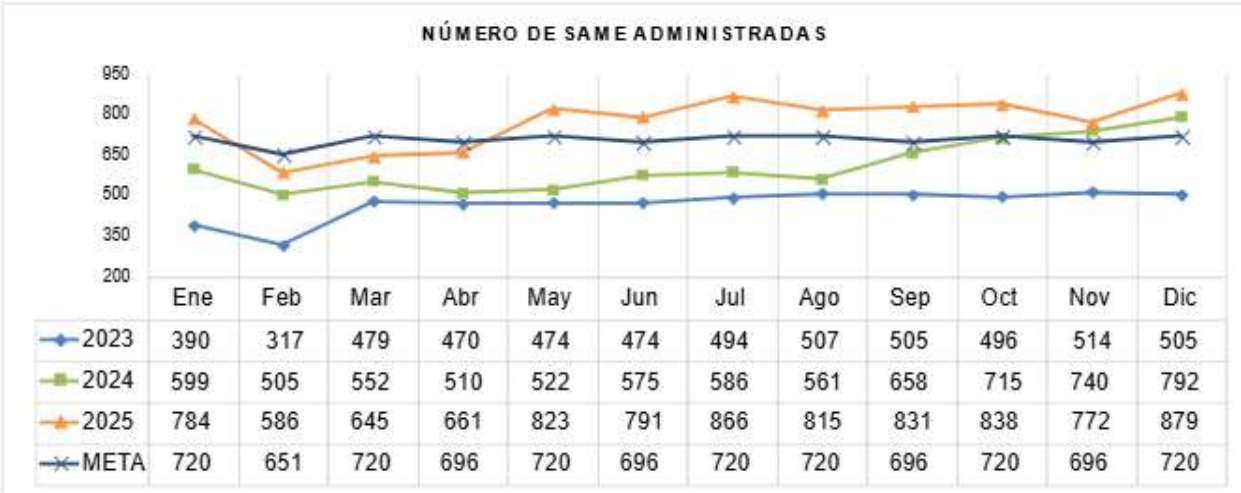
Se observa un gran desempeño operativo y cumplimiento de la meta establecida, evidenciando un incremento notable en la capacidad operativa, dando como respuesta eficiencia frente al aumento de demanda. Se observa un fuerte compromiso con el giro silla dando cobertura a toda la población, demostrando una excelente gestión con suministro de insumos, medicamentos y gestión en el área de programación.

Vigilado Supersalud



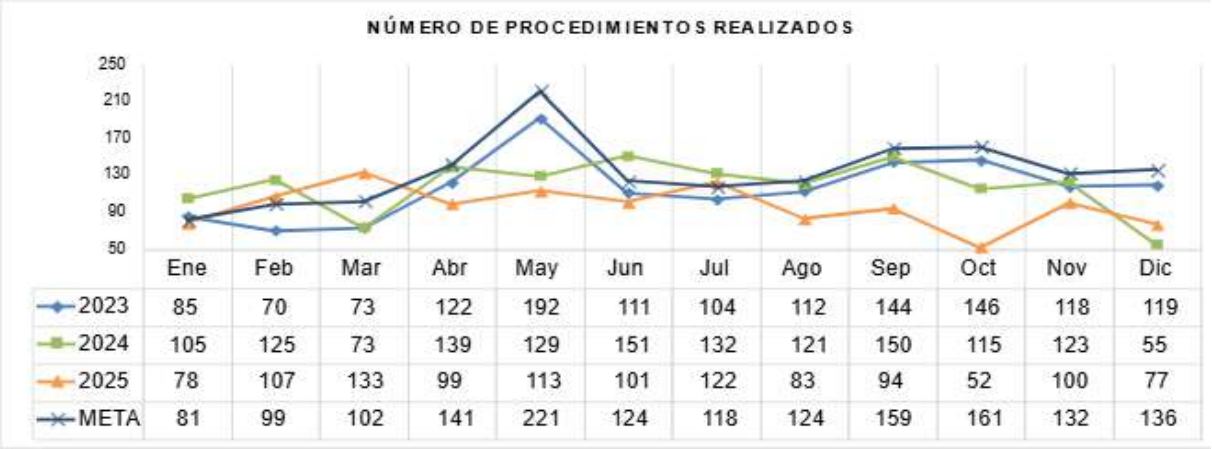
Fuente: Portal BISAAD

Se evidencia que la parte de operatividad está por encima de la meta establecida, garantizando al paciente su inicio oportuno y continuidad del tratamiento de forma pertinente.



Portal BISAAD

Se observa cumplimiento de la operatividad por encima de la meta establecida. Se observa un fuerte compromiso con el giro silla dando cobertura a toda la población, demostrando una excelente gestión con suministro de insumos, medicamentos y gestión en el área de programación.



	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2023	85	70	73	122	192	111	104	112	144	146	118	119
2024	105	125	73	139	129	151	132	121	150	115	123	55
2025	78	107	133	99	113	101	122	83	94	52	100	77
META	81	99	102	141	221	124	118	124	159	161	132	136

Portal BISAAD

Los procedimientos ofertados como son MOHS, Biopsia de Piel, Biopsia de mama, Biopsia de medula ósea y colposcopias oscilan picos de realización en algunos meses, se espera mejorar la oportunidad y llegar a la meta establecida.

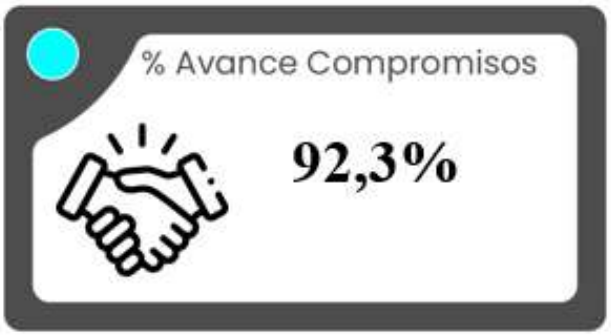
8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

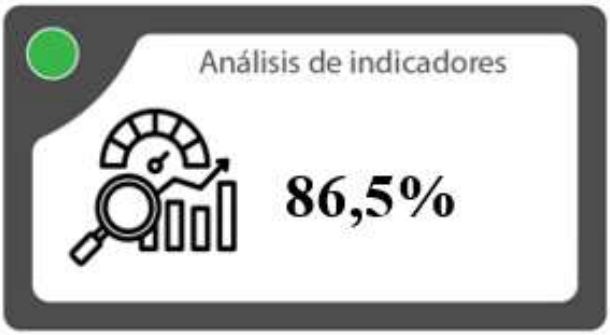
Cumplimiento Cargue de Actas.

Vigilado Supersalud

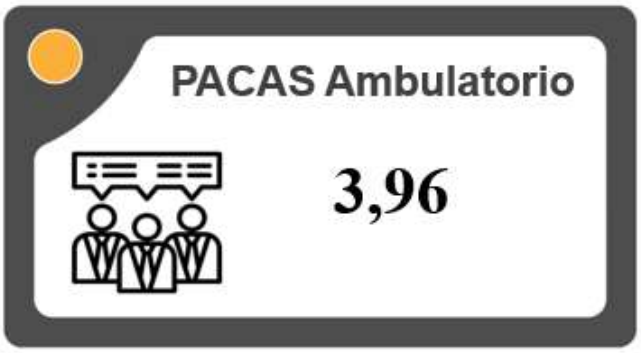
Avance de Compromisos.



Indicadores.



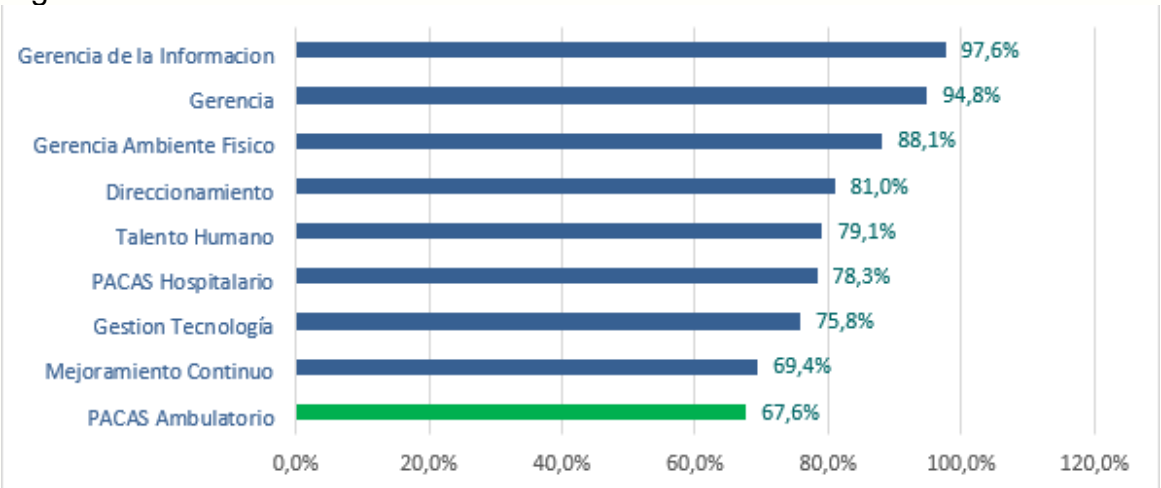
Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.



Vigilado Supersalud

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **PACAS A** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- Sensibilizar al personal la importancia de reporte de eventos adversos.
- Mejorar la oportunidad en tiempos de respuesta de eventos adversos, socialización de estos al personal.
- Reforzar socialización y actualización de moléculas, protocolos, artículos de investigación y avance tecnológico.

10. PROYECTOS 2026:

- Implementación de consentimientos informados digitales.
- Pertinencia de interconsultas
- Aumento de giro silla
- Proyecto de seguimiento médico de pacientes supervivientes.
- Implementación de escala de calidad de vida FACT-G, creación de indicadores de medición de esta.
- Creación e implementación de Aumentar la capacidad instalada en sala de quimioterapia y SAME basados en la reestructuración de infraestructura
- Diseñar una estrategia para fortalecer la evaluación telefónica del estado del paciente de quimioterapia para evitar pérdidas por inasistencia y estado de salud del paciente.
- Diseñar estrategia para implementar rondas de seguridad en el servicio de Oncología.
- Revisar adherencia al modelo de atención de las rutas priorizadas

Vigilado Supersalud

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Realización de más cirugías a través de técnicas de mínima invasión, esto beneficia mucho a los pacientes porque el proceso de recuperación es más amigables y más rápido en este tipo de pacientes.
- Educación a todos los pacientes programados para cirugía en el servicio de cirugía cardiovascular.
- El tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de revascularización miocárdica fueron mejores en el 2025 a diferencia del 2024.
- Se fortaleció la relación con el Centro Policlínico del Olaya para el manejo conjunto de pacientes que requieren atención y procedimientos de nuestra especialidad, por los canales de comunicación de referencia y contra referencia, así como directa comunicación con los especialistas de cardiología y Hemodinamia en ambas instituciones.
- Ampliación de tecnología.
    - Ampliación en oferta entrenamiento de cirugía cardiaca de menor / mínima invasión.
    - Aprovechamiento y reproceso de insumos como estabilizadores y posicionadores coronarios.
    - Cambio de tecnología de procesamiento para ACT contando ahora con la tecnología ISTAT
- Se fortalece programa de cirugía de mínima invasión, con lo cual se logra además mostrar un programa costo efectivo, con estancias hospitalarias más cortas, (estancias aproximadas de una semana post operatoria, entre los servicios de UCI, UCII, Hospitalización) rehabilitación posoperatoria en menor tiempo. Actualmente el servicio de cirugía cardiaca de Clínica Los Nogales interviene entre el 70-80% de los pacientes bajo técnicas de menor invasión. Entre las cuales se destacan: Cirugía valvular por mini estereotomía, Cirugía valvular por mini toracotomía, video asistida, Revascularización miocárdica por mini toracotomía, asistida toracoscopia, procedimientos híbridos, Cirugía de revascularización fuera de circulación extracorpórea, procedimientos conjuntos con el programa de hemodinamia tipo TAVI – Transfemoral, transsubclavio, transcarotideo.

Asistencias a actualizaciones en cirugía cardiovascular:

- 2025 III Simposio Internacional de Cirugía Cardiovascular, 19 y 20 de septiembre en el Hotel Estelar - Centro de Convenciones de la ciudad de Cartagena de Indias
- 2025 simposio de actualización en enfermedad coronaria. Sociedad Colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular. 23 Mayo 2025. Bogotá. Fundación Shaio

Vigilado Supersalud

- 2025 AATS Annual Meeting 105th Annual Meeting.May 2-5, 2025; Seattle Convention Center |Summit, Seattle, WA, USA. Travel Award scholarship Recipient.
- 2025 XIV Simposio Internacional de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, 20, 21 y 22 de marzo en el Hotel Las Américas - Centro de Convenciones Cartagena de Indias.

Publicaciones:

- Thoracic aortic aneurysm in Colombia: 2013-2023: a burden of disease study. Penagos-Lopez, Diego Fernando and Perez Rivera, Carlos and Guarin Muñoz, Leandro and Rico-Mendoza, Alejandro and Rincon Tello, Francisco, Thoracic Aortic Aneurysm in Colombia, 2013–2023: A Burden of Disease Study. Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=5398623 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.5398623 Cardiovascular Medicine E-Journal.

Presentaciones en congresos:

- III Simposio internacional de Cirugía Cardiovascular. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía cardiovascular. Septiembre 19-20 de 2025. Cartagena. Colombia.

Presentación oral:

- Controversias en cirugía coronaria en 2025 19-09-2025
- Estudio Perigon – Avalus 20-09-2025
- Analgesia Multimodal en Cirugía Cardiaca 20-09-2025

Poster:

- Uso de energía bipolar avanzada para toma de injerto radial en revascularización miocárdica. Técnica quirúrgica y consideraciones anatómicas. Manejo diferido de lesión traumática en arco aórtico.
- Discrepancias en los puntos de corte para aneurismas de aorta torácica: revisión sistemática y metaanálisis.
- Caracterización de pacientes con sospecha de síndrome aórtico agudo en un hospital de alta complejidad en Bogotá, Colombia.
- Carga de enfermedad por aneurisma de aorta torácico en Colombia (2013-2023): Análisis nacional basado en AVAD.
- XIV Simposio Internacional de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, 20, 21 y 22 de marzo en el Hotel Las Américas - Centro de Convenciones Cartagena de Indias.
- Asociación Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular
- Presentación oral: Abordaje de la insuficiencia mitral isquémica 2025-03-21 BLOQUE: Cuando la válvula mitral requiere soluciones urgentes

Vigilado Supersalud

- Presentación oral: Revascularización en paciente anciano con infarto sin elevación del ST. ¿Qué nos dice la evidencia? 2025-03-22. Retos en Enfermedad Coronaria.
- Poster físico: Nro. 1723 - Técnica de extracción de injertos arteriales con energía bipolar avanzada para revascularización miocárdica quirúrgica.
- Poster físico: Nro. 1812 - Perfusión guiada por metas. Importancia de la estrategia de entrega de oxígeno (DO2) en circulación extracorpórea y la correlación con falla renal aguda.
- Nro. 1823 - Bajo nivel socioeconómico y resultados postoperatorios de pacientes sometidos a cirugía cardiaca en una institución de Bogotá, Colombia.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Cambio tecnología ACT	Modernizar la infraestructura tecnológica para el análisis de pruebas para ACT con el fin de incrementar la precisión diagnostica en tiempo real durante las cirugías con dispositivos que tengan tecnología vigente.	100%	31/12/2025	Entre diversas alternativas se pudo conseguir una tecnología que se adapte más a lo que necesitamos como servicio para la atención de pacientes.
Producción intelectual	Continuar la producción intelectual y asistencia a eventos académicos bajo el nombre de Clínica Los Nogales.			La presencia de la academia permite continuar posicionamiento, mejorar el rigor científico y mantener la calidad de atención.

3. GESTIÓN DEL RIESGO

PROBABILIDAD	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
Certero					
Probable				VAS23002	
Moderado				VAS25190	
Rara vez				VAS24087 VAS2506	
Improbable				VAS24088	

IMPACTO

Total riesgos **5**

1 - 20,0%	Bajo	3 - 60,0%	Medio	1 - 20,0%	Alto	0 - 0,0%	Extremo

Total escenarios: 5

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En la matriz de riesgo del servicio de cirugía cardiovascular se evidencian 5 riesgos, de los cuales 1 es probable, 1 moderado, 2 que sucedan rara vez y 1 improbable, lo que significa que a los riesgos identificados en el servicio se han realizado intervenciones para mitigarlos

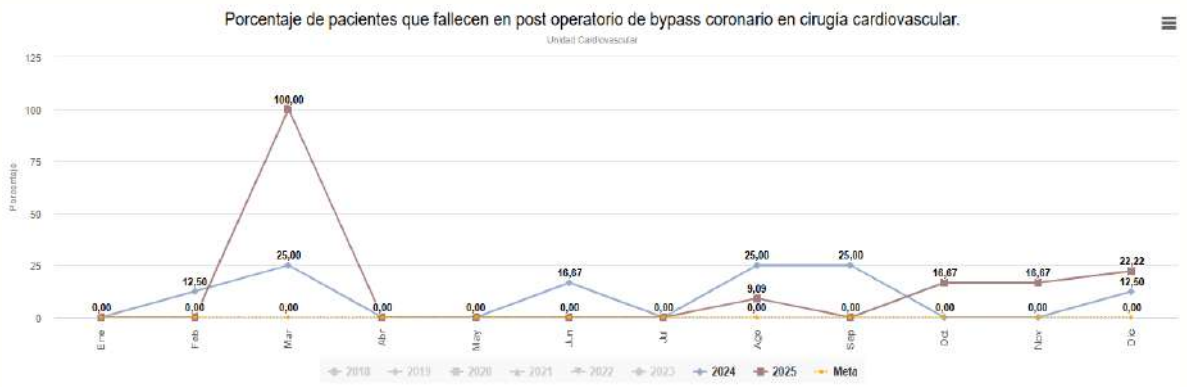
Unidad de riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo	Controles
Unidad Cardiovascular	1. Posibilidad de afectación al paciente por retraso en transfusión intraoperatoria	Probable	Mayor	Alto	Reducir el riesgo	1
Unidad Cardiovascular	2. Probabilidad de afectación al paciente por complicaciones hemorrágicas intraoperatorias o postoperatorias.	Rara vez	Mayor	Medio	Reducir el riesgo	1
Unidad Cardiovascular	3. Probabilidad de afectación al paciente por falla en la aplicación de lista de verificación de cirugía segura.	Improbable	Mayor	Bajo	Evitar el riesgo	1
Unidad Cardiovascular	4. Probabilidad de afectación al paciente por falta de control en cuidados postoperatorios inmediatos	Moderado	Mayor	Medio	Reducir el riesgo	1
Unidad Cardiovascular	5. Probabilidad de afectación al paciente por infección de sitio operatorio de CX Cardiovascular.	Rara vez	Mayor	Medio	Reducir el riesgo	3

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Los riesgos presentes en el servicio son un total de 5, todos los riesgos tienen como tratamiento reducirlos con acciones y se han realizado los respectivos controles de estos.

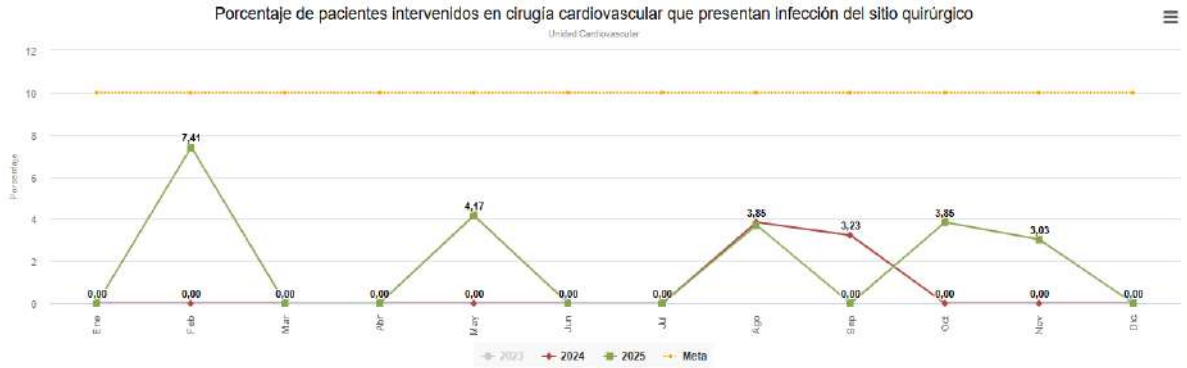
Vigilado Supersalud

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2025 se realizaron 85 bypass coronarios, de los cuales fallecen 6 de estos pacientes, a comparación del año 2024 que se realizaron 75 bypass coronarios de esos fallecieron 6 pacientes La desviación de este indicador está dada por las múltiples morbilidades que presentan los pacientes con enfermedad arterioesclerótica (diabetes mellitus, obesidad, tabaquismo, sedentarismo,) que hacen más tórpido el proceso de recuperación post operatorio inmediato y como desenlace, mortalidad.



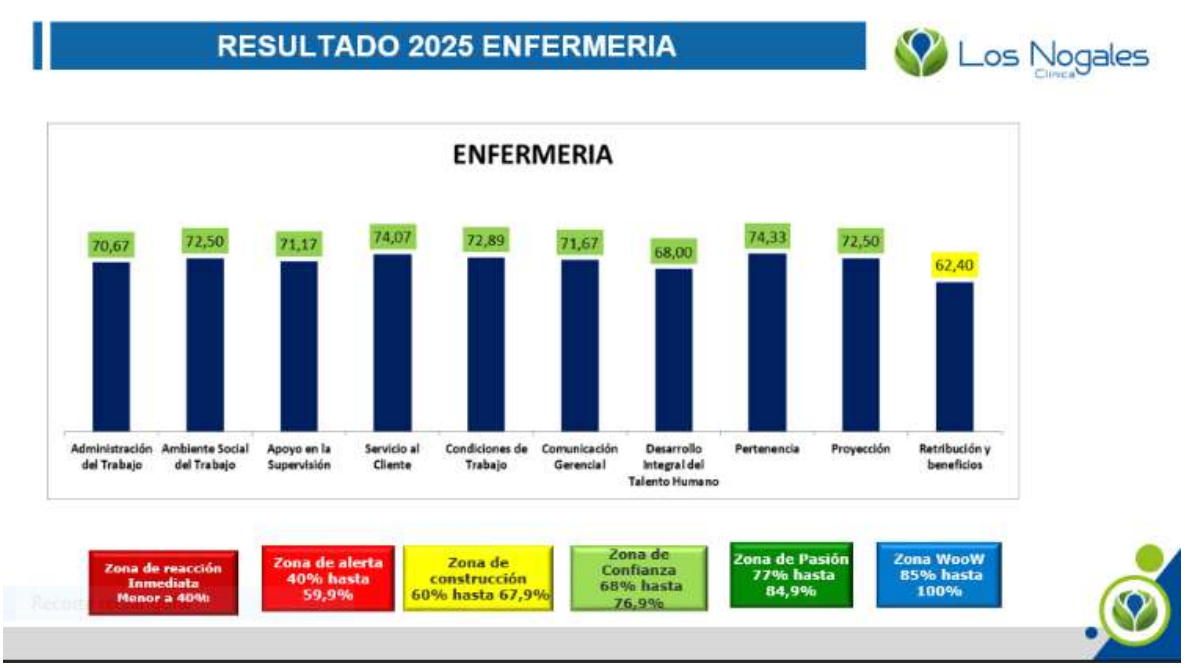
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024 se presentaron 2 infecciones en el sitio quirúrgico, a comparación del año 2025 que 6 pacientes presentan infección, esto evidencia un aumento de esta cifra debido a que estos pacientes infectados presentan múltiples comorbilidades y realizando respectivos análisis con el grupo de control de infecciones, quedan catalogadas como infecciones no prevenibles. Sin embargo, como plan de mejora se realiza modificación del protocolo de profilaxis antibiótica en pacientes de cirugía cardiovascular adicionando aztreonam para cubrimiento de bacterias gram negativas.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024 no fallecieron pacientes en postoperatorio de reemplazo valvular aislado, a comparación del año 2025 fallecieron 3 en el mes de mayo, esto es debido a que 2 de estos pacientes eran Reintervención lo que aumenta el riesgo de mortalidad en este tipo de cirugías y el paciente restante presentaba daño en la válvula mitral moderada que por estado del paciente no era susceptible a realizar reemplazo de esta en el mismo tiempo quirúrgico lo que también aumenta la comorbilidad en este tipo de procedimientos.

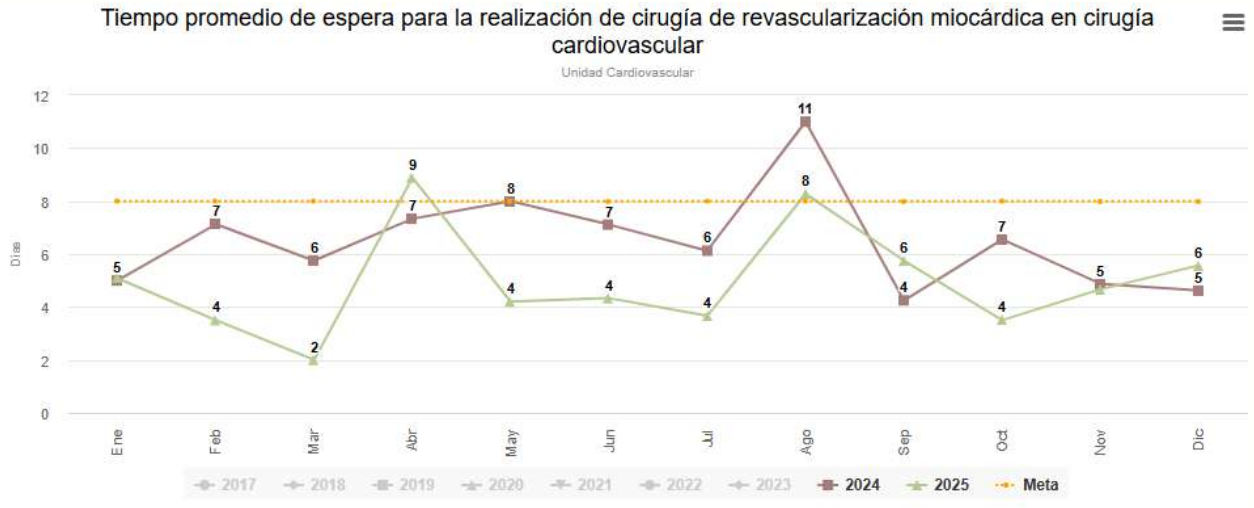
5. INDICADORES DE CULTURA:



Fuente: Informe talento humano

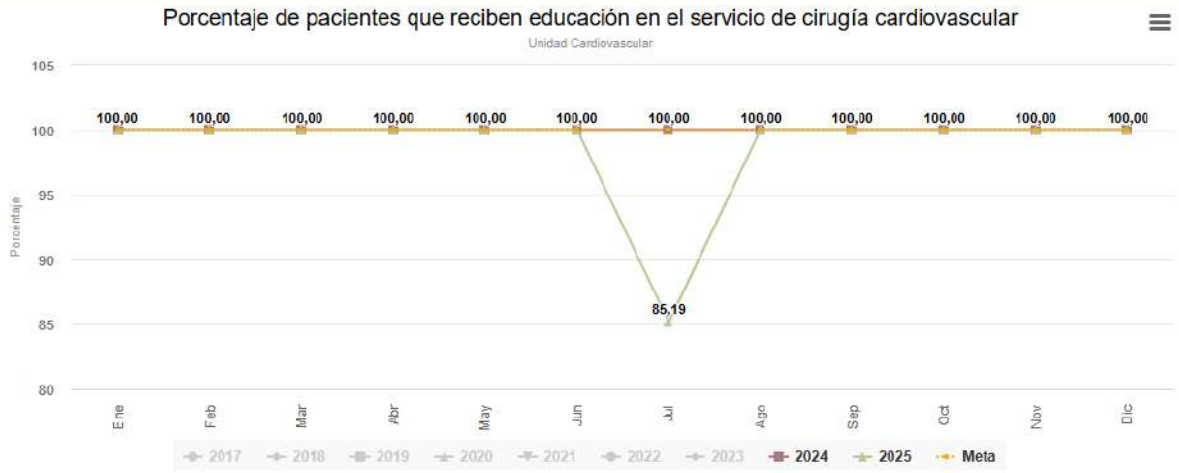
Cirugía cardiovascular hace parte del grupo de enfermería en términos de cultura organizacional. Este indicador lo lleva talento humano.

6. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



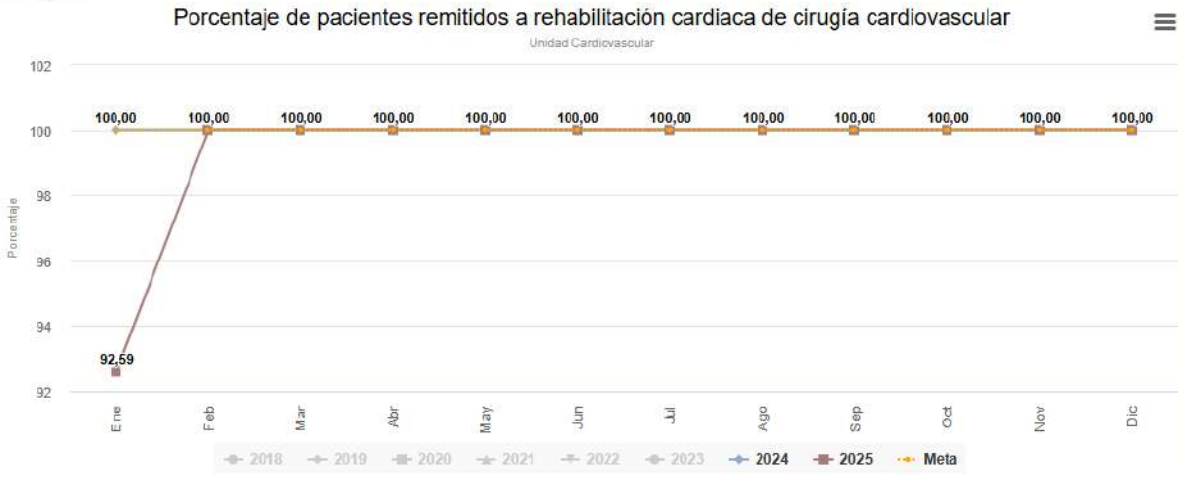
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024 estuvimos dentro de la meta a excepción del mes de agosto que el tiempo promedio fue de 11 días. En el año 2025 en el mes de abril que fue de 9 días, sin embargo, hay que tener en cuenta que en el año 2025 los tiempos promedio de esperas fueron menores a diferencia del año anterior, no que resulta en optimización de tiempos.



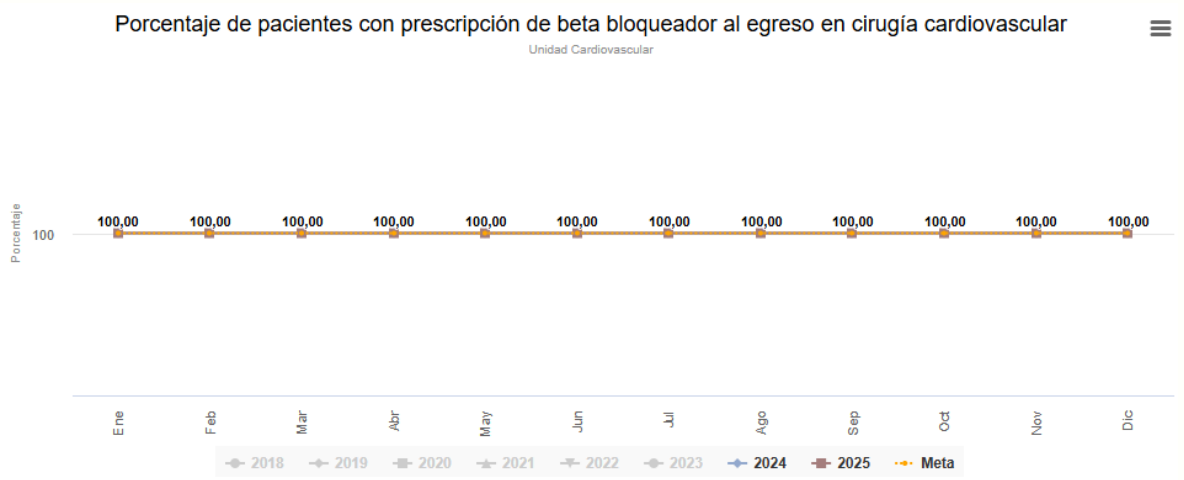
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el servicio de cirugía cardiovascular garantizamos que los pacientes reciban la educación necesaria sobre procedimiento a realizar, recuperación, pautas y demás datos necesarios en el pre y postoperatorio, en el 2024 se dio educación al 100% de pacientes pero en el 2025 en el mes de julio no se le dio educación a un paciente porque fue una urgencia vial que se presentó la cual no se pudo educar por la urgencia del caso.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En cirugía cardiovascular los pacientes que egresan de la institución satisfactoriamente deben ser remitidos al programa de rehabilitación cardíaca. Estos pacientes son presentados a través del correo electrónico para garantizar cita en el programa.



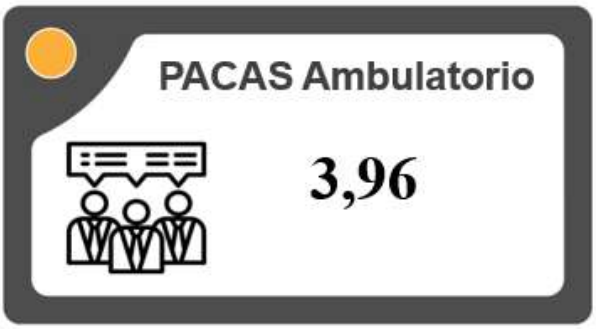
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Los pacientes de cirugía cardiovascular al momento del egreso salen con su fórmula de medicamentos, entre estos siempre hay medicamento betabloqueador para prevención de arritmias en este tipo de pacientes. Por eso en los resultados se evidencia que en el 2024 y 2025 el 100% de los pacientes egresaron con prescripción de betabloqueador.

7. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

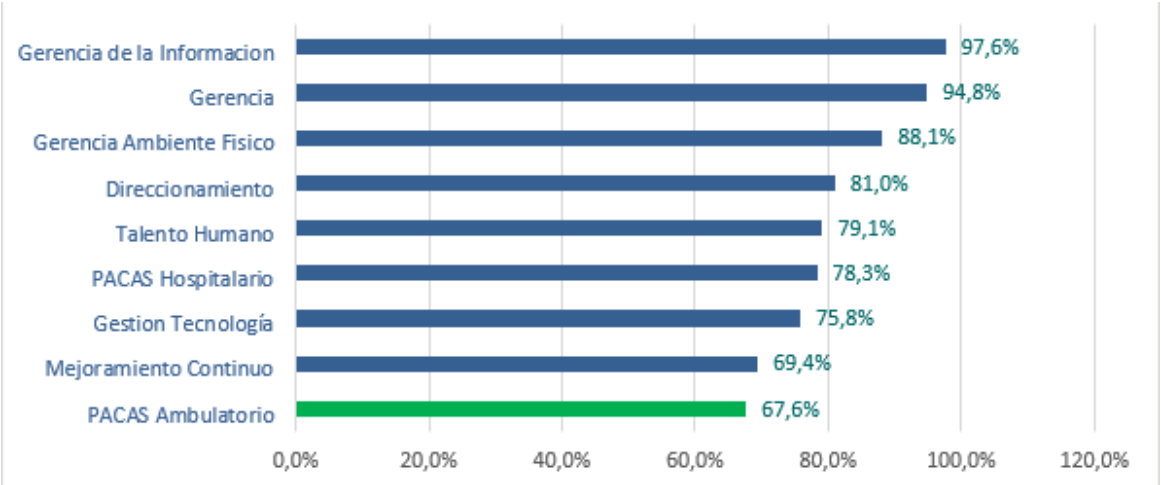
Cumplimiento Cargue de Actas.

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.



Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **PACAS A** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

Vigilado Supersalud

8. LECCIONES APRENDIDAS

- La importancia de mantener actualizado el sistema Almera, eso garantiza que el servicio se encuentre organizado y sea más fácil discriminar datos.
- El mejoramiento de la tecnología en sala de cirugía nos permite ser más eficientes y menos costosos.
- La participación académica permite compartir nuestra experiencia y mostrar los buenos resultados que tenemos en la institución, genera posicionamiento y demuestra calidad científica.
- Clínica Los Nogales está preparada desde un enfoque multidisciplinario para asumir una mayor complejidad en patologías cardiovasculares complejas.
- Mantener bases de datos actualizadas con datos reales ayudan a compartir la experiencia de forma más sencilla.

10. PROYECTOS 2026:

- Renovación de tecnología (ecocardiógrafo, salvador celular).
- Optimización de recursos para lograr un equilibrio costo efectivo en la atención a pacientes.
- La incursión en nuevas tecnologías para el servicio de cirugía cardiaca de la clínica debe tener dos objetivos: Terapia de ECMO y asistencia ventricular más trasplante cardiaco.
- Aumentar la oferta de servicios y la capacidad de atender todo tipo de patologías cardiacas, hemos madurado la atención en patologías frecuentes de esta especialidad y, consideramos es momento de dar un paso más para posicionar a clínica Los Nogales en el ámbito del ECMO, asistencia ventricular y trasplante cardiaco, lo anterior permitirá manejar todos los pacientes que requieran algún tipo de intervención cardiaca y ser centro de referencia de la red salud total como viene sucediendo actualmente.
- Los desafíos que tenemos para continuar en crecimiento y sostenibilidad dada la coyuntura actual en cuanto a posibles reformas del sector nos obligan a ser cada vez más completos como institución prestadora de salud, a tener a disposición en la institución tanto la pericia del talento humano como la tecnología requerida para la atención de todo tipo de pacientes. Desde cirugía cardiaca tenemos espacio en cirugía cardiaca para atender más pacientes que requieran intervenciones, aún podemos implementar tecnologías como ECMO, asistencia ventricular y servicios como trasplante cardíaco para tener el portafolio completo. El entrenamiento de los cirujanos cardíacos activos en el programa actualmente YA comprende las anteriores terapias, estamos convencidos que implementarlas traerá una mejor atención, aportará mayor volumen, así como complejidad a la institución bajo un nivel de calidad demostrado y traerá una retribución económica importante dado el alto costo - retorno económico de estas terapias.

Vigilado Supersalud

- Es un reto inmenso lograr mantener el grupo y el talento humano entrenado en la atención de nuestros pacientes para continuar manteniendo los niveles de calidad demostrado. La competencia en el sector de salud es compleja y debemos tener a nuestro equipo (auxiliares enfermería, jefes de enfermería, médicos, especialistas, terapeutas, perfusionistas, administrativos) comprometidos con los proyectos de la clínica con incentivos claros de crecimiento en aspectos como el profesional, intelectual, económico y de satisfacción personal.

CARDIOLOGÍA

1. PRINCIPALES LOGROS:

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
LLEGANDO A TI / Capacitación al personal de cardiología.	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO/ Participación activa en juntas médicas y educacion continuada en temas especificos.	90,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	90,0%
GESTIÓN CLÍNICA / Mejorar los tiempos de espera en sala y priorizar los estudios hospitalarios.	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
MI PRIORIDAD ES MI PACIENTE/ Fomentar las estrategias de seguridad del paciente.	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
ECOSISTEMA DIGITAL / Digitalizar la informacion de los procedimientos y la preparacion de cada uno.	97,5% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	97,5%
TU EXPERIENCIA, NUESTRO COMPROMISO/ Promover la satisfaccion del usuario en el area de cardiologia.	75,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	75,0%
OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS/ Cuidados de los equipos biomédicos	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
RENTABILIDAD FINANCIERA /Monitorear las actividades asistenciales de la unidad de cardiologia	97,5% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	97,5%
TOTAL	95,00% (100,00%)	2025-01-01	2025-12-31	95,0%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

- Durante el año 2025 la unidad de cardiología trabajo en las desviaciones encontradas en las evaluaciones periódicas, se plantearon planes de mejora las cuales se visualizan en el POA 2025. Se continúa en mejoramiento de los indicadores de almera, con el fin de fortalecer los procesos y cumplir con las metas establecidas por la clínica.
- Se incrementó la disponibilidad de atención para pacientes oncológicos, habilitando una agenda especial destinada a la realización de ecocardiograma transtoracico, estableciendo comunicación directa con el servicio de oncología para direccionamiento adecuado, esto con el fin de dar inicio oportuno a los tratamientos indicados.
- Se amplió la oportunidad en el agendamiento de citas de cardiología y procedimiento de citas y procedimientos, garantizando la asignación de citas a través del call center, correos electrónicos, gestión de PQRS y atención directa en punto físico del servicio.

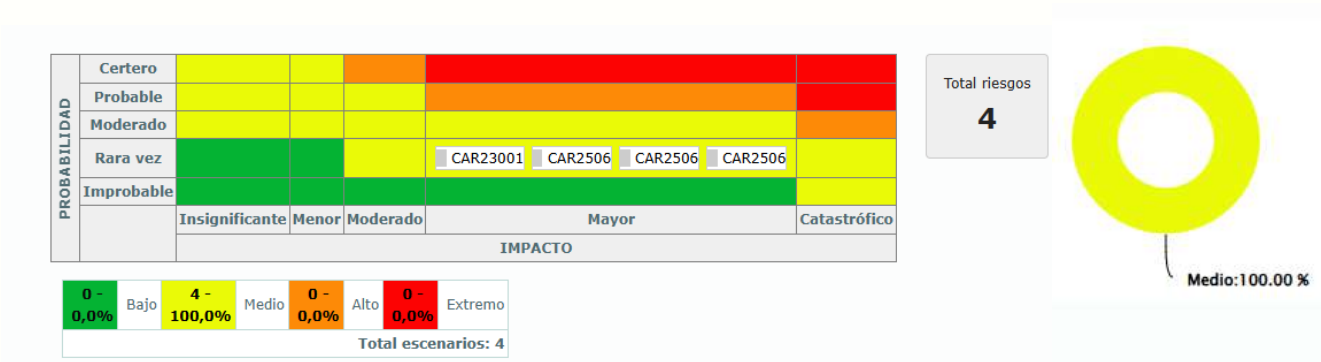
2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Preparación procedimientos especiales	Educar al paciente y su familia sobre la adecuada preparación de los	80%	31/12/2026	Se ha realizado un seguimiento efectivo como el envío de mensajes y realización de llamadas para

Vigilado Supersalud

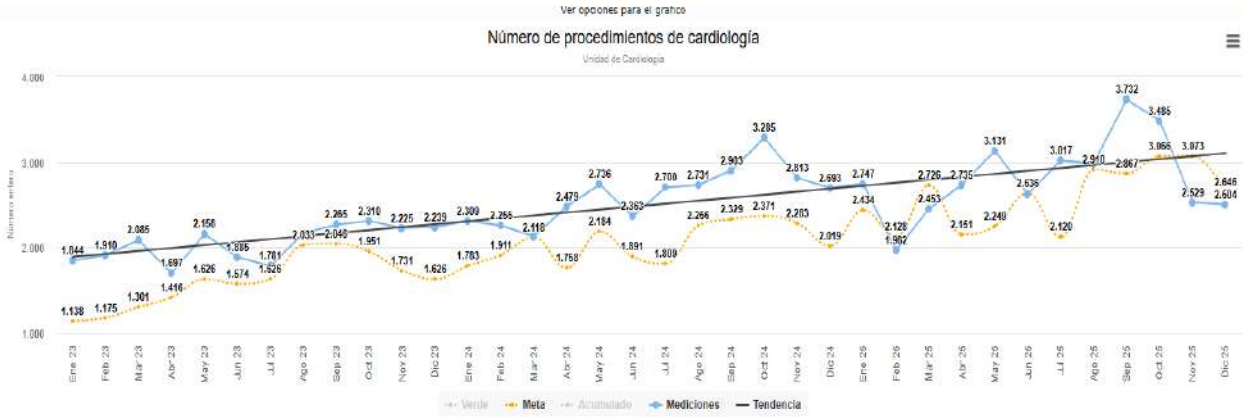
Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	procedimientos realizados en el servicio de cardiología			garantizar el acompañamiento y asegurar el cumplimiento del examen
Oportunidad en agendamiento de consultas y ECOTT	Ampliar la oportunidad del agendamiento para garantizar al paciente y su familia un adecuado tratamiento	50%	31/12/2026	Se realiza apertura con oportunidad a 3 meses con el fin de brindar una disponibilidad asequible para el paciente.

3. GESTIÓN DEL RIESGO



Fuente: Sistema de información Almera

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



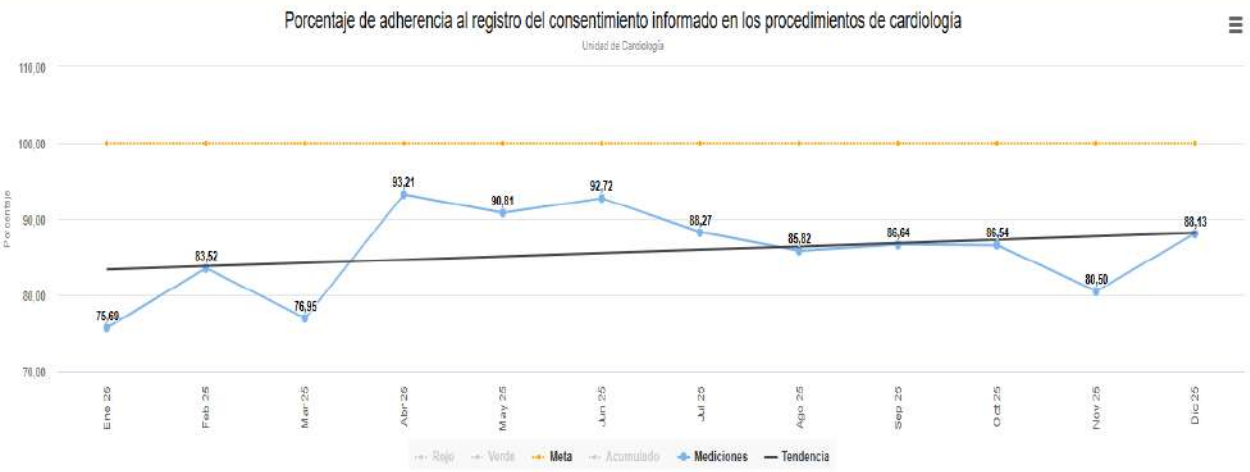
Fuente: Sistema de información Almera

El número de procedimientos del área de cardiología ha tenido una tendencia al crecimiento comparando año 2024 vs año 2025, se ha trabajado de la mano con el

modelo de atención de consulta externa, manteniendo una estable oferta del servicio, brindando información oportuna sobre la preparación de los diferentes procedimientos, y confirmado asistencia para optimizar la programación de agendas.

Fuente: Sistema de información Almera

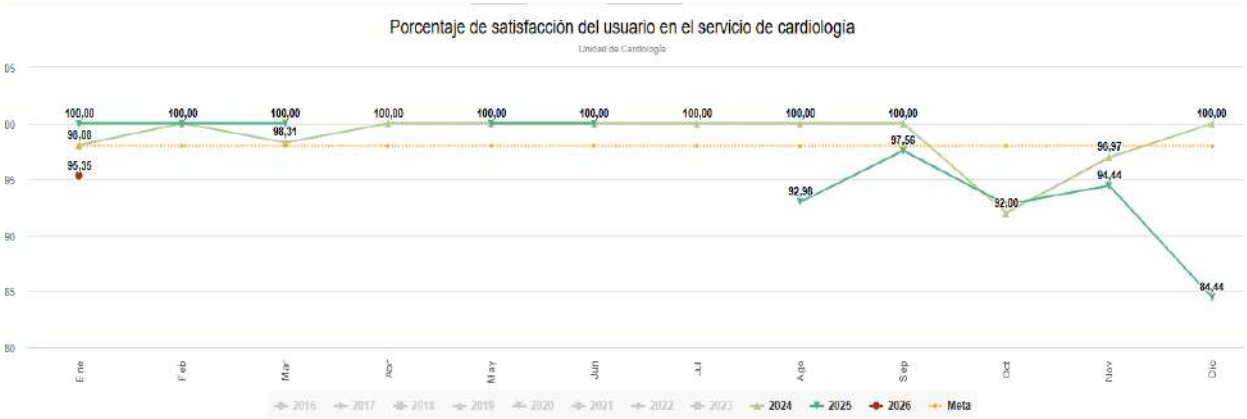
Durante el año 2025, se mantiene un mejoramiento en los tiempos de atención en el procedimiento de holter cardiaco para pacientes hospitalizados atendiendo la solicitud en el mismo día o un día después de recibida la orden, optimizando los tiempos de lectura de estos estudios, disminuyendo los días de estancia hospitalaria.



Fuente: Sistema de información Almera

Durante el año 2025 se evidencia un incremento en el registro del consentimiento informado, evidenciando adherencia y compromiso del personal hacia el paciente. Sin embargo, se propone realizar un mejoramiento continuo para mitigar errores y hacer cumplimiento del mismo.

5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Periodos	2024	Acumulado	2025	Acumulado	Meta	% Variación	Variación acumulada
Enero	98,08 %	98,08 %	100,00 %	100,00 %	98,00 %	1,96	1,96
Febrero	100,00 %	99,04 %	100,00 %	100,00 %	98,00 %	0,00	0,97
Marzo	98,31 %	98,79 %	100,00 %	100,00 %	98,00 %	1,72	1,22
Abril	100,00 %	99,10 %					
Mayo	100,00 %	99,28 %	100,00 %	100,00 %	98,00 %	0,00	0,73
Junio	100,00 %	99,40 %	100,00 %	100,00 %	98,00 %	0,00	0,61
Julio	100,00 %	99,48 %					
Agosto	100,00 %	99,55 %	92,98 %	98,83 %	98,00 %	-7,02	-0,72
Septiembre	100,00 %	99,60 %	97,56 %	98,65 %	98,00 %	-2,44	-0,95
Octubre	92,00 %	98,84 %	92,75 %	97,91 %	98,00 %	0,82	-0,94
Noviembre	96,97 %	98,67 %	94,44 %	97,53 %	98,00 %	-2,61	-1,16
Diciembre	100,00 %	98,78 %	84,44 %	96,22 %	98,00 %	-15,56	-2,59
Acumulado	**98,78 %**	98,78 %	**96,22 %**	96,22 %	**98,00 %**		**-2,59**

Fuente: Sistema de información Almera

En 2025 se evidencia una disminución de la satisfacción del usuario en el servicio de cardiología en comparación al año 2024, desde el servicio de cardiología está el compromiso y el plan de mejora para generar al usuario mejor atención y mayor satisfacción a la hora de brindar un servicio, esto por medio de la apertura a nuevas agendas, mayor adherencia a protocolos institucionales y charlas académicas.

Cardiología

Satisfacción	
2024	98%
2025	94%

Atributos Afectados 2025		
1	Accesibilidad	9
2	Oportunidad	9
3	Humanización	5
4	Continuidad	4
5	Comunicación	2
6	Confort	1
Total PQRS		30
Tasa PQRS 2025		1.10

Indicador NPS	
2024	85%
2025	74%

Fuente: Informe Experiencia 2025

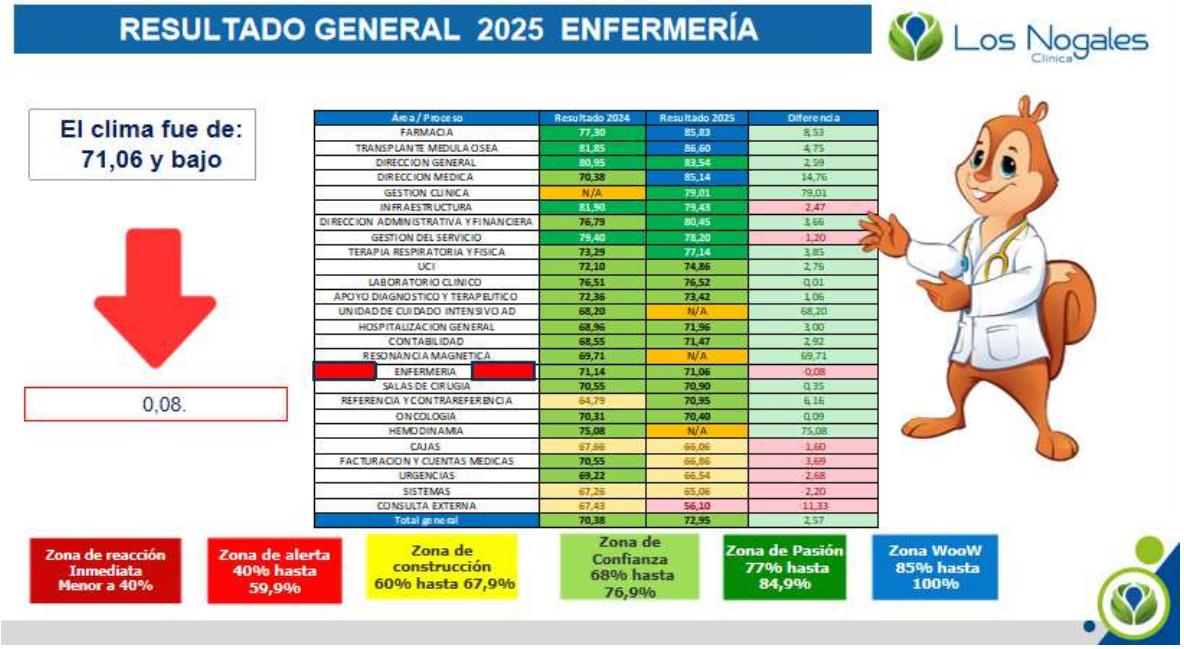
Dentro de los PQRS evidenciados, son de mayor prevalencia en accesibilidad y oportunidad, para ellos se está trabajando en ampliar las agendas para los diferentes procedimientos realizados en el servicio, como también dar prioridad en resultados y exámenes que beneficien al paciente en su apoyo diagnóstico. (Valoraciones preanestésicas, prequirúrgicas, oncológicas, entre otras).

Por otro lado, se evidencia déficit en el ítem de humanización, por lo cual se realizan retroalimentación diaria con el personal asistencial frente a las quejas y reclamos que general los usuarios.

Estrategias Propuestas

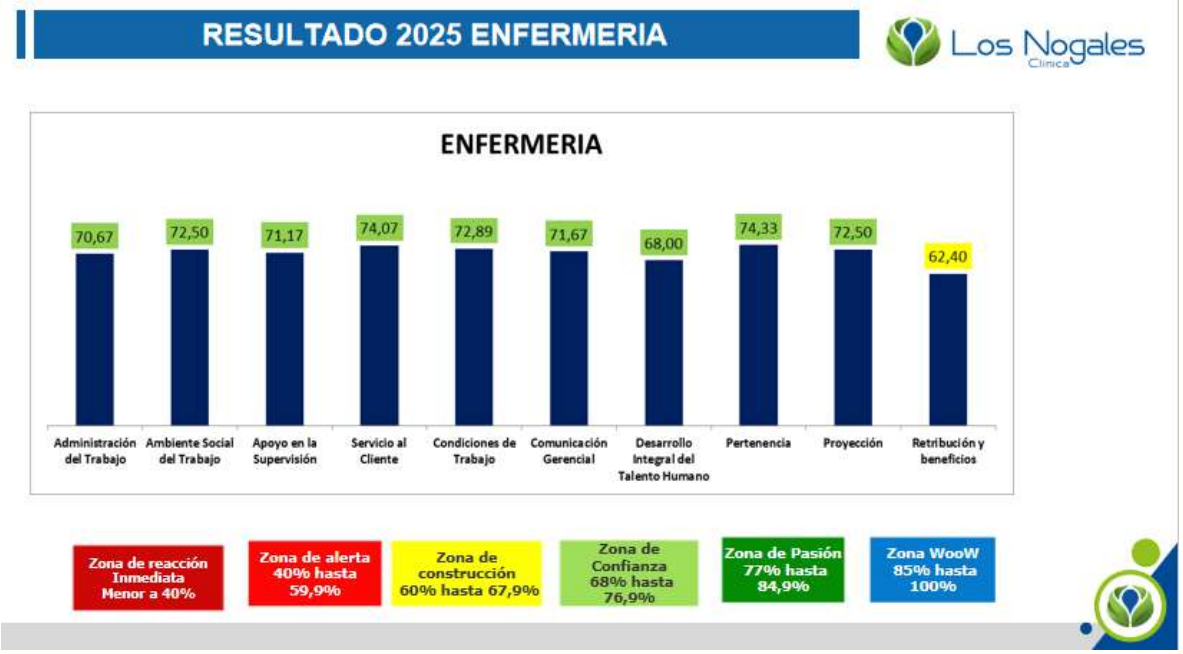
- Realizar seguimiento a las inconformidades presentadas por los pacientes, asegurándoles una atención de calidad, resolución de sus quejas y reclamos y generar un tratamiento continuo de sus procesos.
- Realizar seguimiento a los diferentes procedimientos programados de los pacientes, con el fin de garantizar una adecuada preparación a sus exámenes y evitar complicaciones médicas en los pacientes.
- Mejorar la oportunidad de agendas teniendo en cuenta la disponibilidad del paciente.

6. INDICADORES DE CULTURA:



Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Fuente: Informe Talento Humano



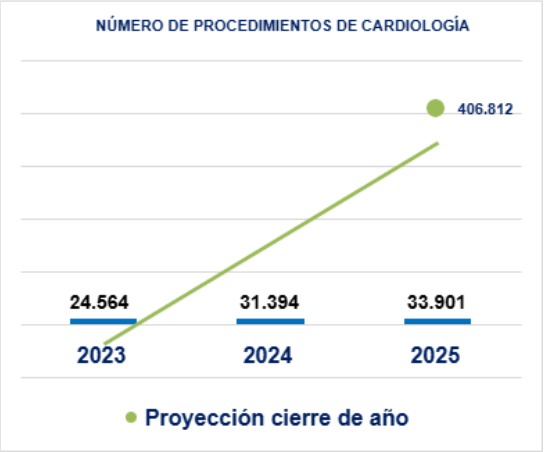
Fuente: Informe Talento Humano

7 INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:

PRESENTACIÓN		
Año	Total	ción cierre
2023	24.564	24.564
2024	31.394	31.394
2025	33.901	406.812
Variación		1196%

Promedio mes

2023	2024	2025	Variación 2024 vs 2025
2.047	2.616	33.901	1196%



Fuente: Portal BISAAD

En el 2025 se evidencia un incremento en comparación con años anteriores, generando mayor productividad al servicio, mayor efectividad en la atención y resultados óptimos en la estadística.

PRESENTACIÓN		
Año	Total	ción cierre
2023	2.131	2.131
2024	2.133	2.133
2025	2.116	25.392
Variación		1090%

Promedio mes

2023	2024	2025	Variación 2024 vs 2025
178	178	2.116	1090%

Fuente: Portal BISAAD

En el año 2025 se evidenció un incremento en la atención de consultas de cardiología en comparación con el 2024, esto debido a la ampliación de agendas y disponibilidad de médicos que se generó para continuar el seguimiento de los pacientes.

PRESENTACIÓN		
Año	Total	ción cierre
2023	23.661	23.661
2024	30.517	30.517
2025	33.321	399.852
Variación		1210%

Promedio mes

			TOTAL
2023	2024	2025	Variación 2024 vs 2025
1972	2543	33321	1210%

Fuente: Portal BISAAD

Realizando un foque hacia los usuarios de salud total, se evidencia que el servicio de cardiología frente al años 2024-2025 genero incremento y mayor accesibilidad a procedimientos y exámenes ya sea de pacientes ambulatorios como hospitalizados.

Vigilado Supersalud

PRESENTACIÓN		
Año	Total	ción cier
2023	0	0
2024	0	0
2025	33.506	402.072
Variación		

Promedio mes			POS
2023	2024	2025	Variación 2024 vs 2025
0	0	33506	

Fuente: Portal BISAAD

PRESENTACIÓN		
Año	Total	ción cier
2023	0	0
2024	0	0
2025	290	3.480
Variación		

Promedio mes			PAC
2023	2024	2025	Variación 2024 vs 2025
0	0	290	

Fuente: Portal BISAAD

Teniendo en cuenta la estadística realizada en el 2025 no podemos contemplar una mejoría o déficit dados escasos datos de años previos.

8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Cumplimiento actas EAE

97%

Cumplimiento actas EPM

75%

Avance de Compromisos.

% Avance Compromisos

85,7%

Indicadores.

Cargue de indicadores

90,9%

Análisis de indicadores

60,4%

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

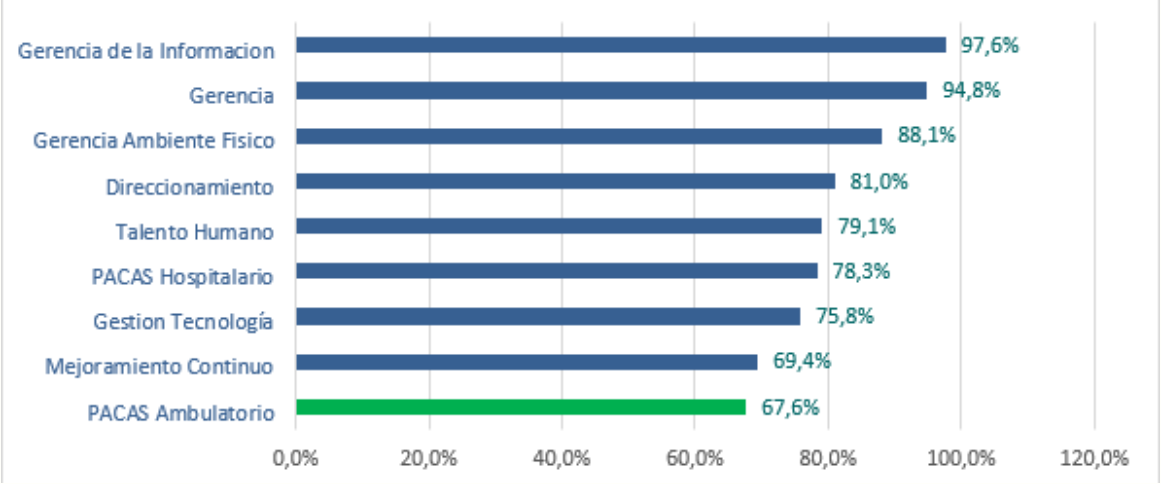
PACAS Ambulatorio

3,96

Vigilado Supersalud

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **PACAS A** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

Durante el año 2025 el servicio de cardiología logró adherirse a nuevos retos institucionales, que permiten cumplir con las metas propuestas y generar buen impacto en el tratamiento de los pacientes. Se generó mayor oportunidad en el agendamiento de citas para los procedimientos, así mismo, seguimiento por servicio de cardiología a pacientes con patologías que requieren atención inmediata, realizando junta médica y definiendo tratamientos. Por otra parte, se evidenció en inadecuado cumplimiento en la preparación de los pacientes para exámenes como ecocardiograma transesofágico y ecocardiograma con stress, demostrando así, la necesidad de tener alternativas para la comunicación directa con el paciente y evitar riesgos y complicaciones.

Como propósitos para este 2026, buscamos como servicio implementar nuevas herramientas que permitan a los usuarios acceder de manera óptima y sencilla a los canales digitales para recibir reporte directo de sus exámenes ya realizados, esto con el fin de evitarles trasladarse desde distancias lejanas a la institución

10. PROYECTOS 2026:

- Cumplir con los compromisos y estrategias propuestos por la institución.
- Reducir el tiempo de espera en la toma de exámenes agendados
- Generar agendas exclusivas para paciente hospitalizado y oncológico.
- Fortalecer el proceso de atención, mantener los indicadores de oportunidad de asignación y generar compromiso en la atención de cada paciente.
- Ser un referente en el país en manejo de cardiopatía estructural – enfermedad valvular.
- Adherencia a los protocolos y ejecutar listas de chequeo que permitan a los pacientes cumplir con preparación exigida.
- Implementar acuerdos con los diferentes servicios institucionales

UROLOGÍA

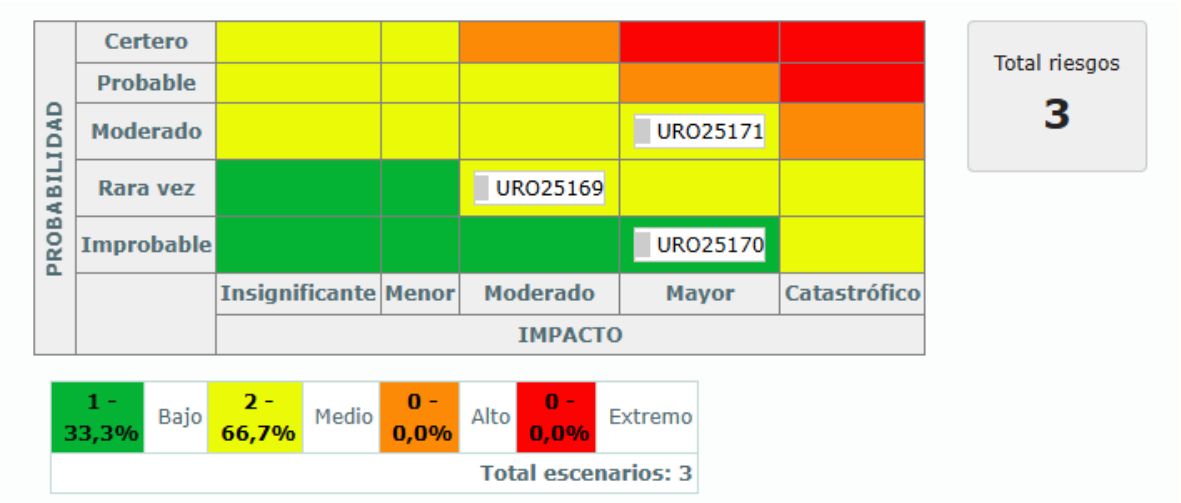
1. PRINCIPALES LOGROS:

- Proceso de creación de protocolo de manejo de pacientes con microorganismos productores de carbapenemasas (KPC).
- Cumplimiento del 100% de la meta de pacientes educados en el servicio de urología.
- Implementación de auxiliar de enfermería adicional para labores administrativas
- Cambio y actualización del protocolo de desinfección de alto nivel con cidex OPA (orto-ftalaldehido).
- Implementación de plantilla de nota de enfermería en IT Salud
- Cumplimiento por encima de la meta en número de procedimientos realizados en el 2025 con 9821procedimientos realizados (meta 9141 procedimientos realizados).

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Elaboración de protocolo de atención a pacientes con infección por KPC del servicio de urología.	Establecer ruta de atención a pacientes con infección por bacterias con patrón de resistencia KPC en la unidad de urología para evitar infecciones cruzadas a pacientes sanos	40%	31/12/2025	En el año 2025 se inició procesos para la elaboración de un protocolo enfocado en la atención de pacientes con aislamiento KPC para prevenir infecciones cruzadas a pacientes sin aislamientos en la unidad de urología

3. GESTIÓN DEL RIESGO



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el servicio de urología hay 3 riesgos, de los cuales 2 es moderado, uno rara vez y otro improbable. Son riesgos que están presentes en la unidad que aunque no sean altos, se tienen en cuenta porque la idea es impedir en lo posible que sucedan. En la tabla a continuación hay una ampliación de los riegos.

Unidad de riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo	Controles
Unidad de Urología	3. Probabilidad de fallas o errores en la identificación del paciente frente al ordenamiento de procedimientos.	Moderado	Mayor	Medio	Evitar el riesgo	1
Unidad de Urología	2. Probabilidad de infección urinaria post procedimiento urológico.	Rara vez	Moderado	Medio	Reducir el riesgo	1
Unidad de Urología	1. Posibilidad de caída del paciente durante el proceso de atención	Improbable	Mayor	Bajo	Reducir el riesgo	1

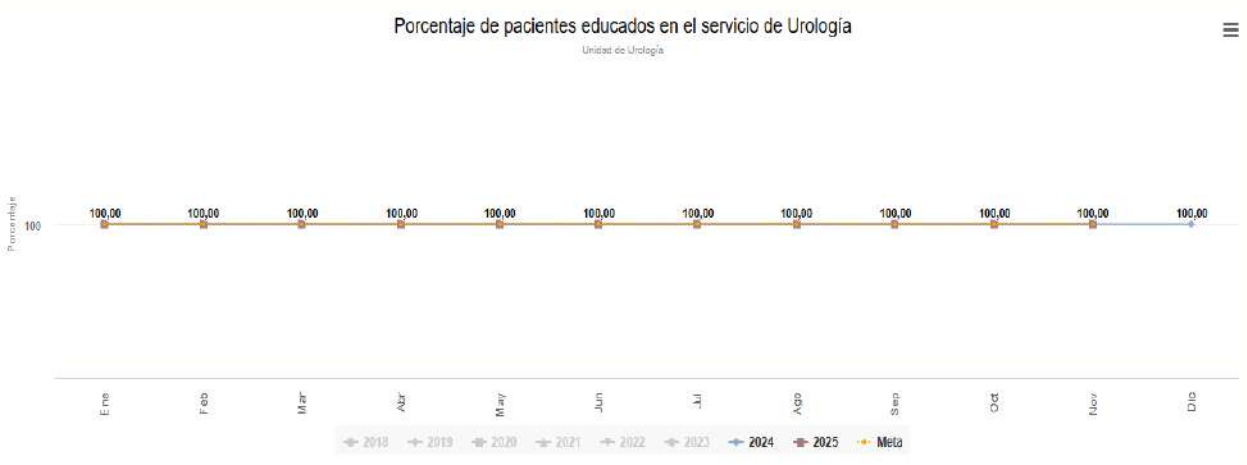
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Como se dijo anteriormente, en la unidad de urología hay 3 riesgos presentes que la idea es mitigarlos para que la posibilidad de que suceda sean mínimas, siendo los riesgos los siguientes:

- Posibilidad de caída del paciente durante el proceso de atención: Riesgo bajo porque hasta el momento no ha sucedido, pero no significa que el riesgo no exista. Se toman medidas para mitigarlo y hasta el momento han dado resultado.

- Probabilidad de infección urinaria post procedimiento urológico: Riesgo medio porque ya ha sucedido en la unidad y la idea es trabajar en el protocolo de atención a pacientes con infecciones por microorganismos KPC que es el tipo de infección que más se da por su alta resistencia.
- Probabilidad de fallas en la identificación del paciente frente al ordenamiento de procedimientos: Riesgo medio porque ya se ha presentado esta situación en la unidad, especialmente al momento de facturar es donde se presenta mayormente esta falla, se está trabajando para que este riesgo se vuelva mínimo, dedicando tiempo necesario para la verificación de órdenes, documentos y en la identificación correcta del paciente en la unidad.

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024 y 2025 el 100% de los pacientes en el servicio de urología han sido educados, esto ha ayudado a disminuir malas preparaciones para procedimientos generando optimización de tiempos para evitar retrasos en los tiempos estipulados.

5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Urología

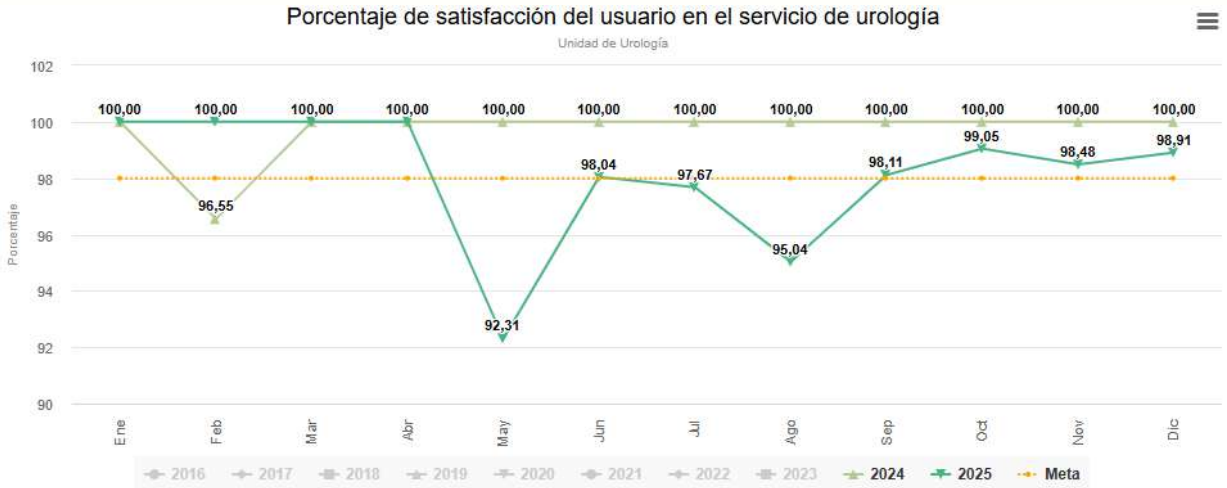
Satisfacción	
2024	100%
2025	98%

Atributos Afectados 2025		
1	Oportunidad	10
2	Humanización	5
3	Continuidad	3
4	Comunicación	2
5	Accesibilidad	2
6	Confort	1
7	Seguridad del Paciente	1
Total PQRS		24
Tasa PQRS 2025		0.87

Indicador NPS	
2024	90%
2025	89%

Fuente: Informe Experiencia 2025

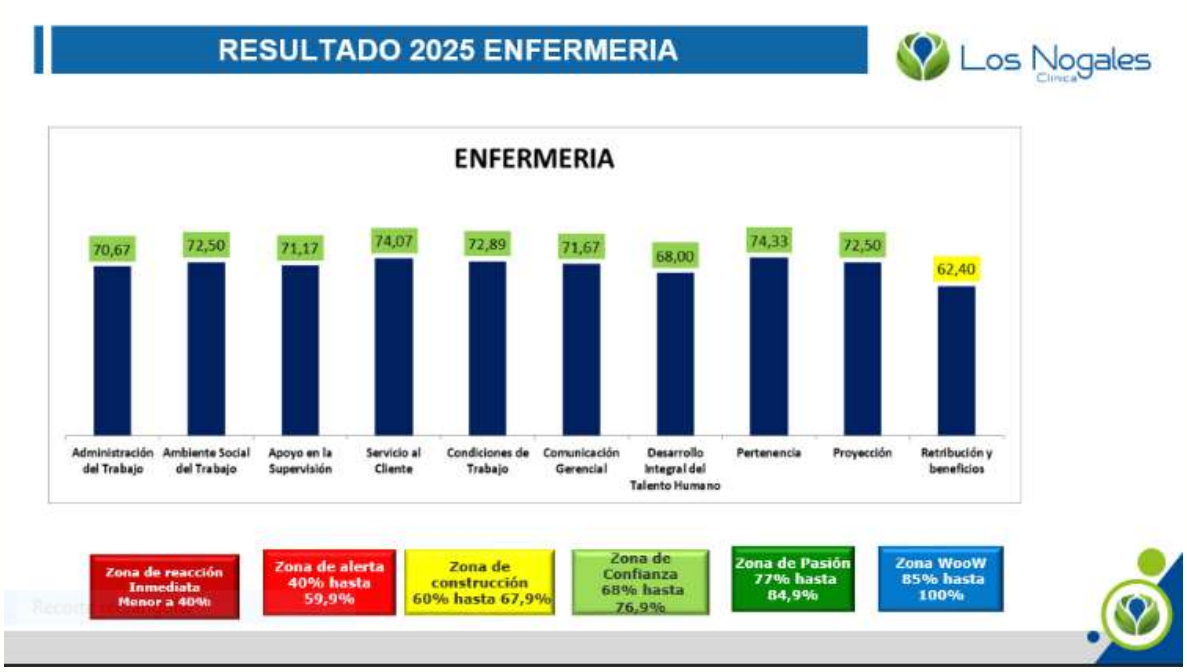
Se evidencia que en el año 2024 la satisfacción del usuario era del 100% en el servicio de urología, comparando con el año 2025 con una satisfacción del 98% se evidencia una leve disminución de este indicador porque hubo rotación de personal en el servicio, lo que genera personal nuevo entrenándose, resultando como disminución de la efectividad del servicio en ciertos momentos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se evidencia que en el año 2024 la satisfacción del usuario era del 100% durante todo el año en el servicio de urología, comparando con el año 2025 con satisfacción variable se evidencia una disminución de este indicador porque hubo rotación de personal en el servicio, lo que genera personal nuevo entrenándose, resultando como disminución de la efectividad del servicio en ciertos momentos.

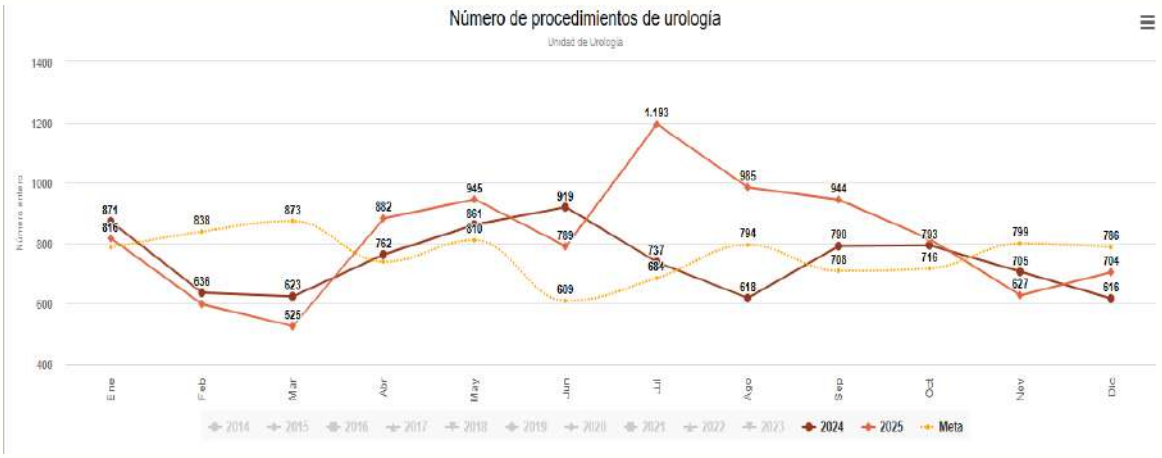
6. INDICADORES DE CULTURA:



Fuente: Informe talento humano

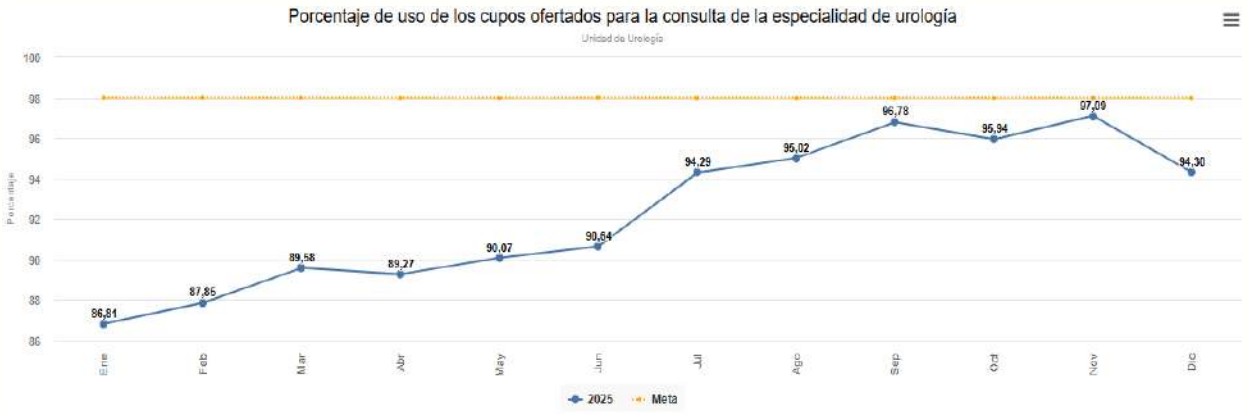
Urología hace parte del grupo de enfermería en términos de cultura organizacional. Este indicador lo lleva talento humano.

7. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En el año 2024 se realizaron 8.931 procedimientos en el servicio de urología, comparando con el año 2025 que se realizaron 9.821 procedimientos. Se evidencia mayor cantidad de procedimientos porque se ha optimizado la oferta de asignación de citas y se realizan confirmaciones diarias para evitar en lo posible cancelaciones o inasistencias. La meta para el año 2025 era de 9.141 procedimientos, lo que significa que quedamos por encima de la meta estipulada.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicado se empezó a llevar en el año 2025, el porcentaje de cupos ofertados para la consulta de urología se mantiene por encima del 85%, sin embargo no se logra la meta mensual de 98% porque a pesar de las confirmaciones realizadas y medidas tomadas, aún hay pacientes que optan por cancelar o no asistir.

TOTAL PROCEDIMIENTOS

Volumen procedimientos														
Mes	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Tendencia	Total
Número de procedimientos ejecutados	816	588	525	882	945	789	1193	985	944	813	827	704		9.821
Variación mes anterior	0%	-27%	-12%	68%	7%	-17%	51%	-17%	-4%	-14%	-23%	12%		

METAS Y CUMPLIMIENTO

Meta por proyección de costos y presupuesto														
Mes	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Tendencia	Total
Número de procedimientos proyectados	738	838	873	738	810	609	684	794	708	716	799	785		9141

Cumplimiento meta por proyección de costos y presupuesto														
Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Tendencia	Promedio
Porcentaje de cumplimiento ejecutado vs proyectado	103,8%	71,4%	60,1%	119,5%	116,7%	129,6%	174,4%	124,1%	133,3%	113,5%	78,6%	89,8%		107,4%

Fuente: Portal BISA

En las anteriores tablas queda demostrado que el servicio de urologia tuvo cumplimiento de metas de procedimientos a realizar del 107.4%, superando lo estipulado a principio de año. Esto es debido a que se ha optimizado el tema de la oferta de citas asignadas y la confirmación por vía telefónica previa para disminuir inasistencias.

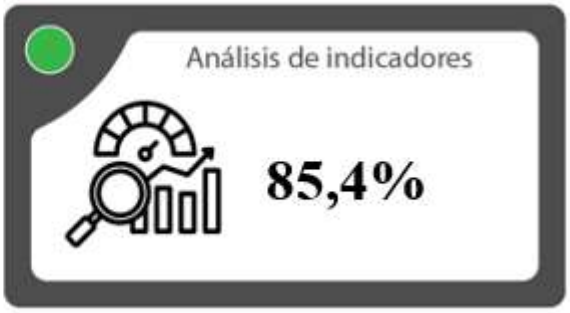
Vigilado Supersalud

8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

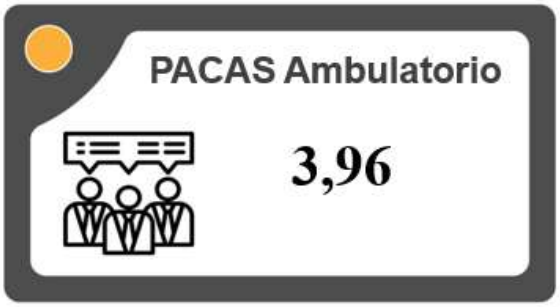
A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Indicadores



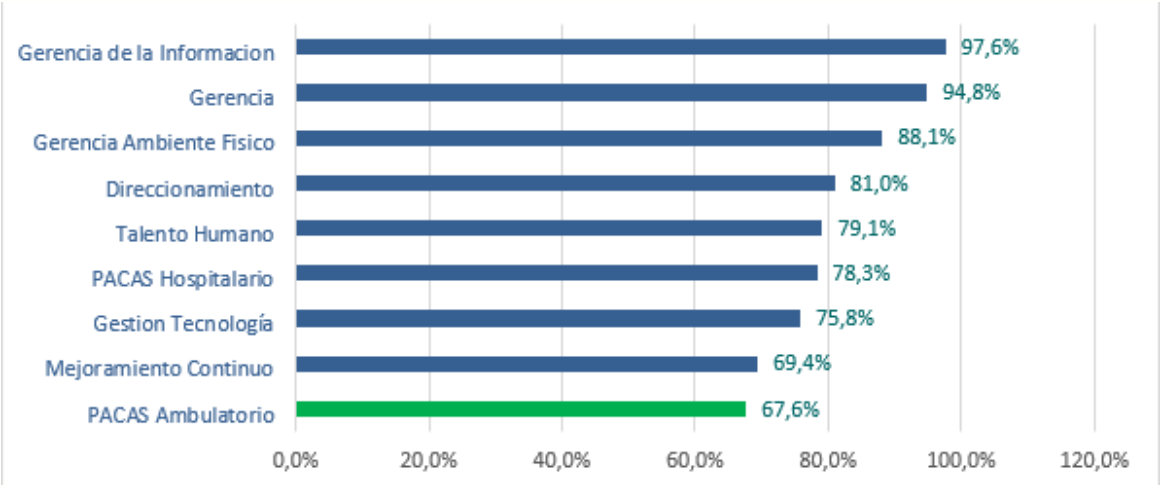
Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.



Vigilado Supersalud

Plan Único de Mejoramiento Institucional – **PUMI.**

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **PACAS A** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- Utilizar el sistema Almera para la consulta de protocolos institucionales.
- Aprendimos a que es muy importante la identificación correcta del paciente incluso en el ámbito ambulatorio, porque esto puede representar errores que a futuro pueden perjudicar al paciente.
- Realizar adecuada desinfección de equipos utilizados en la unidad con el fin de disminuir las infecciones cruzadas en el servicio.

10. PROYECTOS 2026:

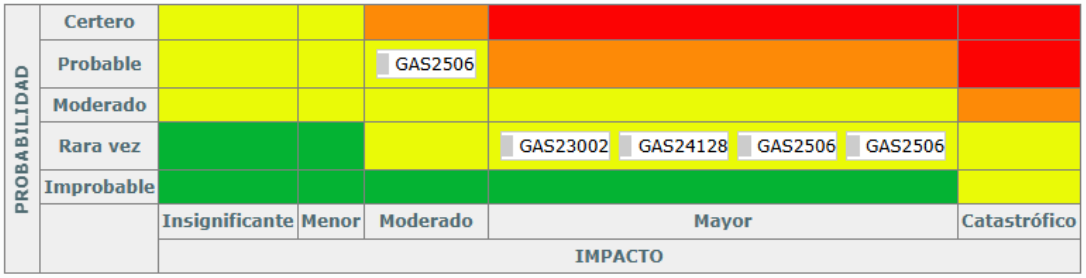
- Dar continuidad al proyecto de crear protocolo de atención a pacientes con infecciones por microorganismos KPC para evitar infecciones cruzadas a pacientes sanos que ingresan al servicio. Es de mucha importancia porque de esta forma se disminuyen costos relacionados al tratamiento de este tipo de infecciones.

GASTROENTEROLOGÍA

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Se lograron avances significativos en la reducción de los tiempos de respuesta para la realización de procedimientos, gracias a la mejora en la programación, la estandarización de procesos y la articulación entre los diferentes actores involucrados. Adicionalmente, se fortalecieron las estrategias de preparación de los pacientes, mediante una mejor información al momento de la asignación de citas, seguimiento previo al procedimiento y estandarización de las indicaciones de preparación. Estas acciones contribuyeron a disminuir cancelaciones, reprocesos y retrasos, mejorando la oportunidad, eficiencia y calidad de la atención.
- El número de cancelaciones con un periodo de 2.47% promedio anual durante el año 2025 bajo considerablemente durante el transcurso del año, esto permitiendo dar procedimiento diagnósticos y terapéuticos a nuestros usuarios.
- La oportunidad de atención a nuestros pacientes hospitalizados fue de 23,86 h promedio anual, por debajo de la promesa de atención que ofrece el servicio de gastroenterología.
- La oportunidad de atención a nuestros pacientes hospitalizados en UCI fue mayor a 24 horas promedio anual, por encima de la promesa de atención que ofrece el servicio de gastroenterología, esta promesa de atención mayor debe ser sujeta a que por la complejidad de estos pacientes debe ser asignados en salas de cirugía y la programación máxima de estos procedimientos son 2 por día junto con las CPRE diaria que se deben realizar.
- La oportunidad de atención en CPRE no es medible en su totalidad anual ya que no se cuentan con todos los datos de los meses, sin embargo, en los datos encontrados superan la oportunidad de atención de 24hr.
- Durante el año 2026, el Servicio de Gastroenterología presentó una ampliación progresiva de su capacidad operativa, Lo anterior permitió mejorar la cobertura del servicio, disminuir represamientos y optimizar la atención de pacientes tanto ambulatorios como hospitalizados.
- En 2026 se avanzó en la optimización del uso de medicamentos asociados a los procedimientos de gastroenterología, especialmente aquellos relacionados con sedación, analgesia. Se promovió el uso racional, seguro y estandarizado de estos medicamentos, fortaleciendo los protocolos clínicos y la coordinación con farmacia y anestesia. Esta optimización permitió reducir desperdicios, minimizar eventos adversos, mejorar la disponibilidad oportuna de insumos críticos y fortalecer la seguridad del paciente durante los procedimientos.

2. GESTIÓN DEL RIESGO



0 - 0,0%	Bajo	5 - 100,0%	Medio	0 - 0,0%	Alto	0 - 0,0%	Extremo

Total escenarios: 5

Total riesgos
5

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

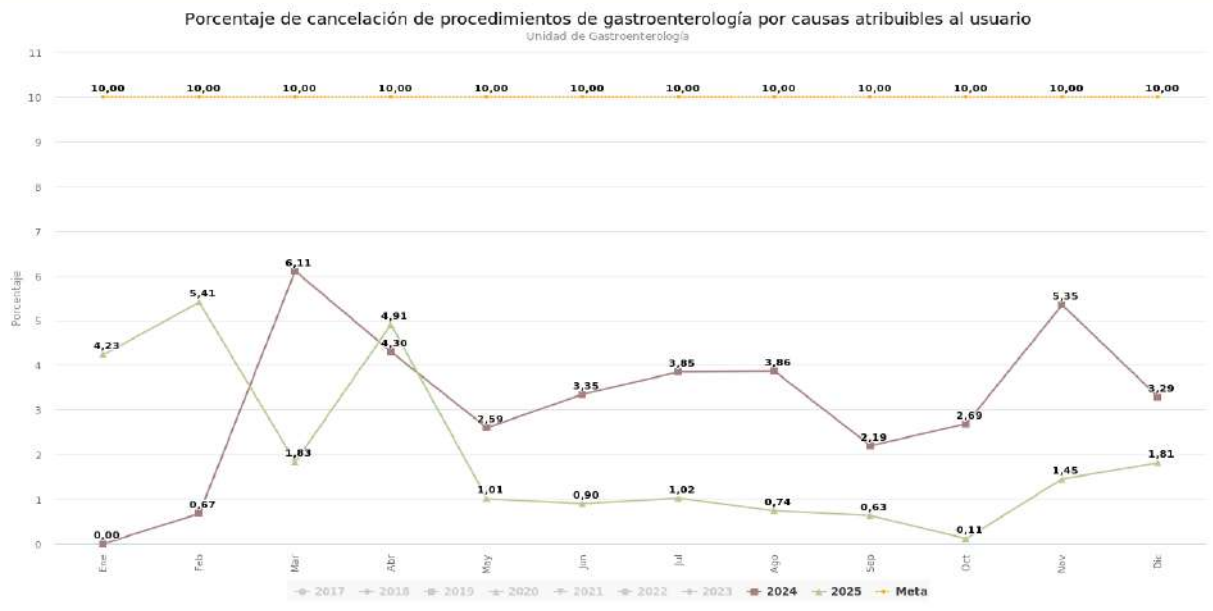
Unidad de riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo	Controles
Unidad de Gastroenterología	2. Posibilidad de caída del paciente durante el proceso de atención	Rara vez	Mayor	Medio	Evitar el riesgo	1
Unidad de Gastroenterología	3. Probabilidad de afectación a paciente por Perforación gastrointestinal durante endoscopia o colonoscopia	Rara vez	Mayor	Medio	Reducir el riesgo	1
Unidad de Gastroenterología	4. Probabilidad de afectación en salud al paciente por Hemorragia post procedimiento (biopsia, resección de lesión)	Rara vez	Mayor	Medio	Reducir el riesgo	1
Unidad de Gastroenterología	5. Probabilidad de afectación por inadecuado cumplimiento de preparación del paciente para procedimiento de gastroenterología.	Probable	Moderado	Medio	Reducir el riesgo	2
Unidad de Gastroenterología	1. Posibilidad de afectación en salud al paciente por Reacción adversa a sedación o anestesia	Rara vez	Mayor	Medio	Reducir el riesgo	1

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La matriz de riesgos de la Unidad de Gastroenterología identifica cinco escenarios de riesgo, todos clasificados en la zona de riesgo medio, sin presencia de riesgos altos o extremos, lo que evidencia un nivel de control aceptable. La mayoría de los riesgos presentan una probabilidad baja (rara vez), pero con impacto mayor, asociado a la naturaleza invasiva de los procedimientos endoscópicos, mientras que el riesgo relacionado con la preparación inadecuada del paciente presenta mayor probabilidad.

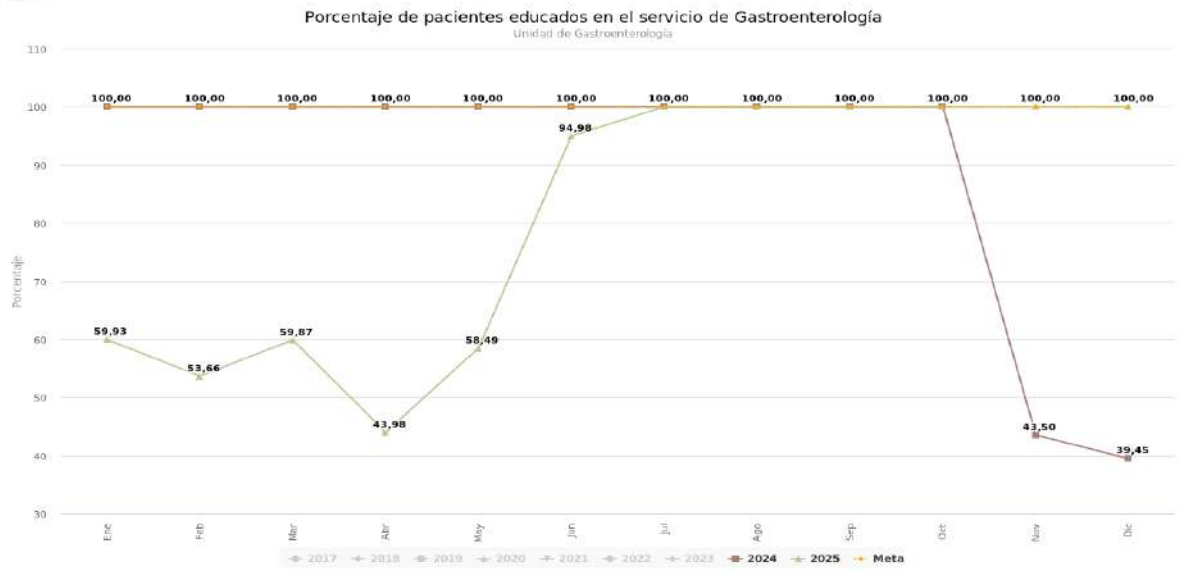
Predomina la estrategia de reducción del riesgo, con controles establecidos entre uno y dos por evento, lo que indica la existencia de barreras preventivas básicas, aunque susceptibles de fortalecimiento. En conclusión, el perfil de riesgo del servicio se encuentra controlado, pero requiere acciones de mejora enfocadas en estandarización de procesos, fortalecimiento de controles y capacitación del personal para reducir la probabilidad y el impacto de los eventos identificados

3. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



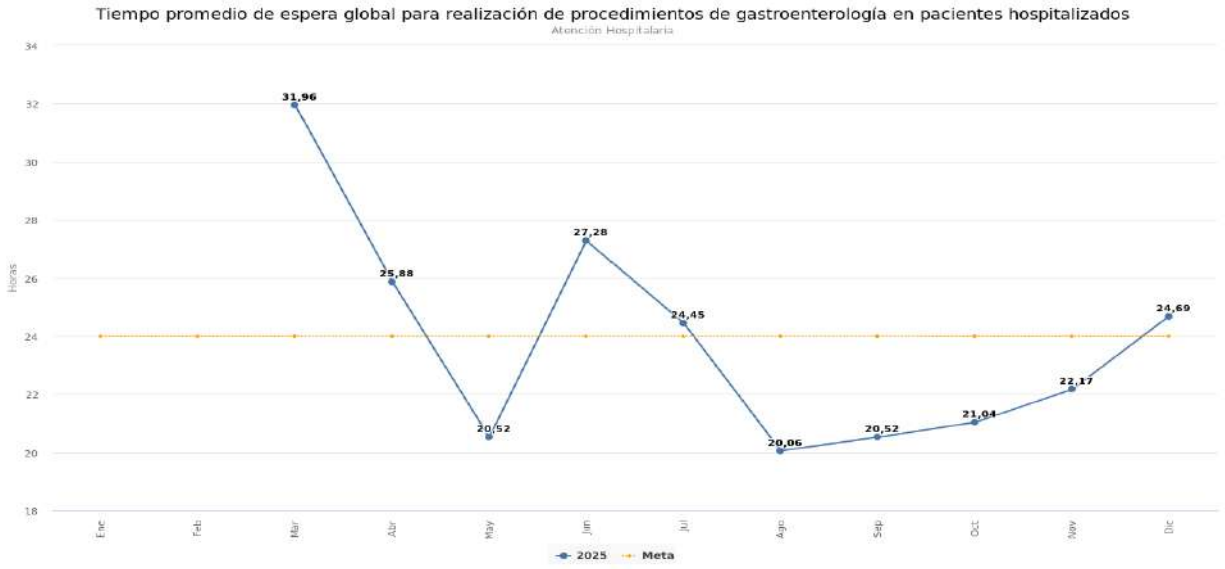
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el 2025 se evidencia reducción sostenida del porcentaje de cancelaciones en comparación al 2024, Aunque se observan picos aislados en algunos meses, el comportamiento general se mantiene por debajo de la meta establecida, lo que se refleja una mejora en la comunicación con el paciente y en la adherencia a las indicaciones previas al procedimiento, este resultado impacta positivamente la eficiencia al servicio y la utilización de la agenda médica.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En 2025 se observa una mejoría significativa y sostenida en el porcentaje de pacientes educados alcanzando los valores cercanos o iguales al 100% durante la mayor parte del año superando claramente el comportamiento del 2024.esto evidencia el fortalecimiento de las estrategias de educación al paciente, lo cual se asocia directamente con la disminución de cancelación y mejores resultados clínicos.

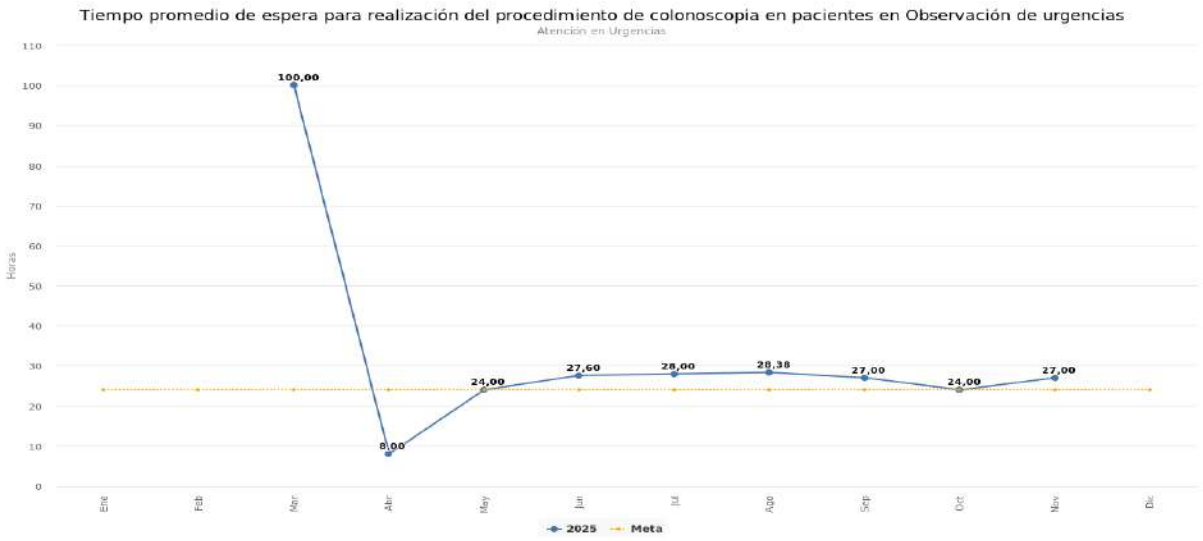


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El tiempo promedio de espera durante el 2025 se mantiene en la mayoría de los meses por debajo o muy cercano a la meta institucional, con una tendencia más estable frente del 2024. Aunque se identifican meses con incrementos puntuales, el promedio anual cumple con la promesa del servicio reflejando una mejor articulación entre programación, disponibilidad médica y salas

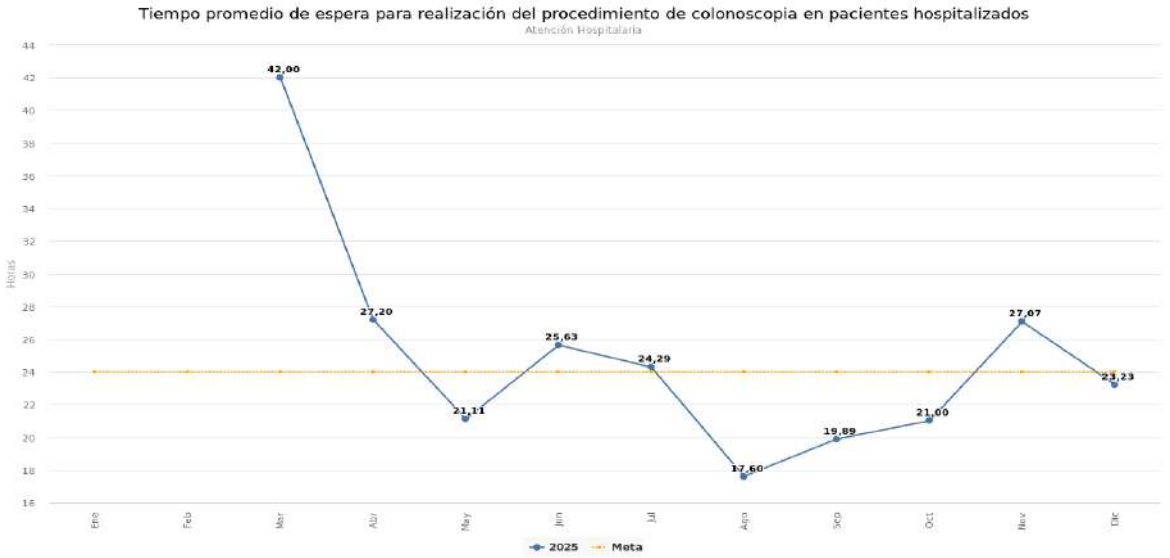
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador presenta alta variabilidad mensual durante el 2025 con picos elevados en algunos meses y descensos marcados en otros, sin embargo, comparado con 2024 se evidencia un mejor control en los meses finales del año, lo cual coincide con el aumento en el porcentaje de pacientes educados se identifica la necesidad de continuar fortaleciendo la educación procedimiento y la verificación previa de preparación.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2025, el tiempo promedio de espera para la realización de colonoscopia en pacientes en observación de urgencias presentó un comportamiento variable. En el mes de marzo se evidenció un valor atípico crítico (100 horas), que sugiere una falla significativa del proceso. Posteriormente, en abril se observó una reducción marcada (8 horas), lo que indica la implementación de acciones correctivas o la resolución de una situación puntual. Entre mayo y noviembre, el indicador mostró una estabilidad relativa, con tiempos promedio entre 24 y 28,38 horas; sin embargo, la mayoría de los meses se mantuvieron en valores iguales o superiores a la meta institucional. En conclusión, aunque se logró controlar la variabilidad extrema, el indicador no cumplió de manera sostenida la meta establecida, lo que evidencia la necesidad de fortalecer estrategias estructurales para mejorar la oportunidad y seguridad en la atención.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2025, el tiempo promedio de espera para la realización de colonoscopia en pacientes hospitalizados presentó variabilidad significativa. En el mes de marzo se registró un valor elevado (42 horas), evidenciando una afectación importante en la oportunidad del procedimiento. Posteriormente, se observó una mejora progresiva, con cumplimiento de la meta institucional en varios meses, especialmente entre mayo y octubre, donde los tiempos oscilaron entre 17,6 y 21 horas. No obstante, se identificaron incumplimientos puntuales de la meta en abril, junio, julio y noviembre. En general, el comportamiento del indicador muestra una tendencia a la mejora y mayor control del proceso, aunque persisten oportunidades de fortalecimiento para garantizar el cumplimiento sostenido del estándar establecido.

4. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Gastroenterología

Satisfacción	
2024	97%
2025	97%

Atributos Afectados 2025		
1	Oportunidad	15
2	Accesibilidad	11
3	Continuidad	7
4	Humanización	4
5	Comunicación	1
6	Seguridad del Paciente	1
Total PQRS		39
Tasa PQRS 2025		3,64

Indicador NPS	
2024	80%
2025	84%

Fuente: Informe Experiencia 2025

Durante el año 2025, el servicio de Gastroenterología mantuvo un alto nivel de satisfacción de los usuarios (97%), sin variación respecto a 2024, lo que refleja estabilidad en la percepción global del servicio. En cuanto a las PQRS, se registraron 39 casos, con una tasa de 3,64, siendo la oportunidad y la accesibilidad los atributos más afectados, concentrando la mayor proporción de inconformidades. Los eventos relacionados con seguridad del paciente y comunicación fueron mínimos. Adicionalmente, el indicador NPS mostró una mejora, pasando de 80% en 2024 a 84% en 2025, evidenciando un aumento en la recomendación del servicio por parte de los usuarios.

5. INDICADORES DE CULTURA:

RESULTADO GENERAL 2025 ENFERMERÍA

Los Nogales Clínica

El clima fue de: 71,06 y bajo

0,08.

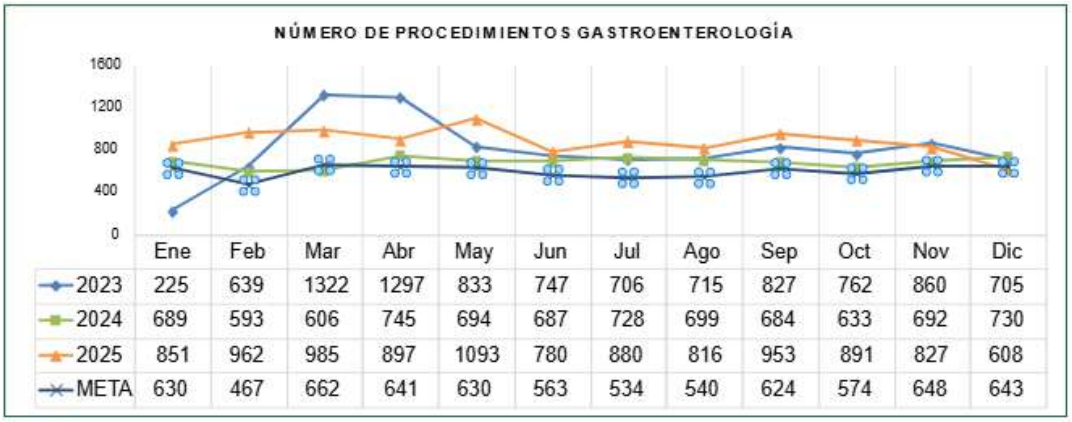
Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Zona de reacción Inmediata Menor a 40% | Zona de alerta 40% hasta 59,9% | Zona de construcción 60% hasta 67,9% | Zona de Confianza 68% hasta 76,9% | Zona de Pasión 77% hasta 84,9% | Zona WooW 85% hasta 100%

Fuente: Informe talento humano

En el año 2025, el resultado general del clima organizacional del área de Enfermería fue de 71,06, ubicándose en la zona de confianza, aunque con una disminución mínima de 0,08 puntos frente a 2024. A nivel de áreas y procesos, se evidencian comportamientos heterogéneos: varios servicios muestran mejoras relevantes en sus resultados, mientras que otros presentan descensos puntuales que impactan el promedio general. Los resultados reflejan un clima laboral globalmente aceptable, pero con oportunidades de mejora, especialmente en los servicios que se mantienen en zonas de alerta o construcción. En general, el comportamiento del indicador evidencia estabilidad, aunque se recomienda fortalecer acciones focalizadas para consolidar la satisfacción y el compromiso del personal de Enfermería.

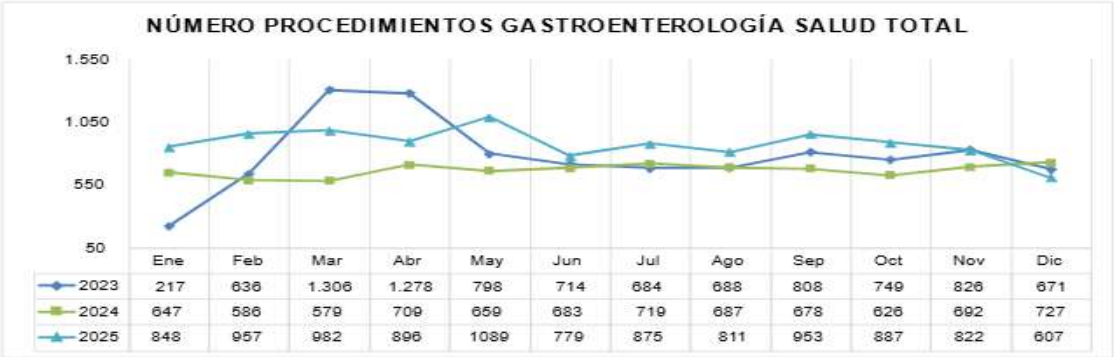
6. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2023	225	639	1322	1297	833	747	706	715	827	762	860	705
2024	689	593	606	745	694	687	728	699	684	633	692	730
2025	851	962	985	897	1093	780	880	816	953	891	827	608
META	630	467	662	641	630	563	534	540	624	574	648	643

Fuente: Portal BISA

Durante el año 2025, el servicio de Gastroenterología presentó un incremento significativo en el volumen de procedimientos, alcanzando un promedio mensual de 879, lo que representa una variación positiva del 29% frente al año 2024. El comportamiento mensual evidencia una tendencia estable, con picos de mayor producción en los primeros y últimos meses del año, y un cumplimiento general de la meta establecida. A nivel anual, se realizaron 10.543 procedimientos en 2025, superando los resultados de 2023 y 2024, lo que refleja un fortalecimiento de la capacidad operativa del servicio y una respuesta efectiva al aumento de la demanda asistencial.



	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2023	217	636	1.306	1.278	798	714	684	688	808	749	826	671
2024	647	586	579	709	659	683	719	687	678	626	692	727
2025	848	957	982	896	1089	779	875	811	953	887	822	607

Fuente: Portal BISA

El año 2024 presentó un comportamiento más uniforme, con un promedio mensual cercano a los 700 procedimientos. Destacan los meses de abril (708) y octubre (826) como los de mayor actividad, mientras que enero (647) registró el volumen más bajo del año. Durante 2025, se observa una mayor estabilidad en la producción mensual, manteniéndose consistentemente en el rango de 779-1,089 procedimientos. Los primeros meses del año (enero-mayo) mostraron volúmenes superiores a 1,000 procedimientos mensuales, con un comportamiento más estable en la segunda mitad del año alrededor de 800-900 intervenciones. Comparativamente, 2025 presenta volúmenes superiores a los años anteriores, evidenciando un incremento en la capacidad de respuesta del servicio y una mayor consolidación operativa.

Fuente: Portal BISA

El servicio de gastroenterología registró un crecimiento del 29% en el promedio mensual de procedimientos, pasando de 682 en 2024 a 879 en 2025, lo que representa un incremento significativo en la productividad del servicio.

Análisis mensual comparativo:

Durante 2025 se observa un desempeño superior en prácticamente todos los meses del año. Los mayores incrementos se registraron en el primer cuatrimestre, con enero alcanzando 851 procedimientos (vs. 689 en 2024), febrero con 962 (vs. 593), marzo con 985 (vs. 606), y mayo con 1,083 procedimientos (vs. 694), este último representando el pico máximo del año. A partir de junio, aunque se mantiene la tendencia positiva, la brecha se reduce ligeramente. Los meses de septiembre a diciembre muestran un comportamiento más conservador, cerrando el año con 608 procedimientos en diciembre 2025, prácticamente al mismo nivel que 2024 (730).

Distribución total:

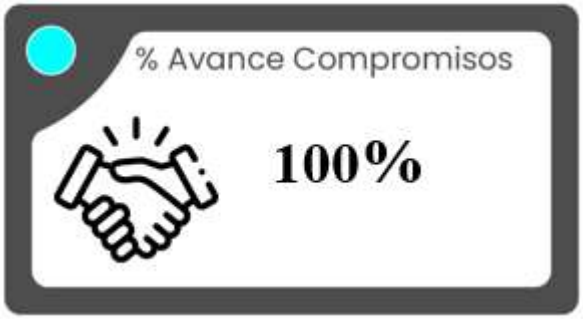
El volumen total acumulado proyectado para cierre de año alcanza 10,543 procedimientos en 2025, superando ampliamente los 8,180 de 2024, lo que confirma un crecimiento sostenido del servicio y una mayor capacidad operativa consolidada durante el período.

7. INDICADORES DE MEJORAMIENTO.

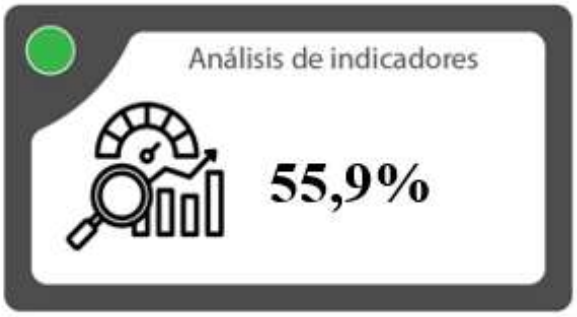
A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

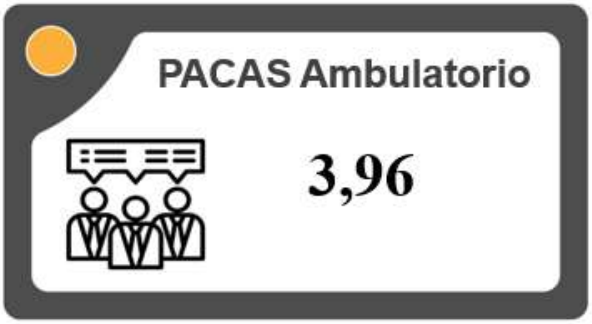
Avance de Compromisos.



Indicadores.

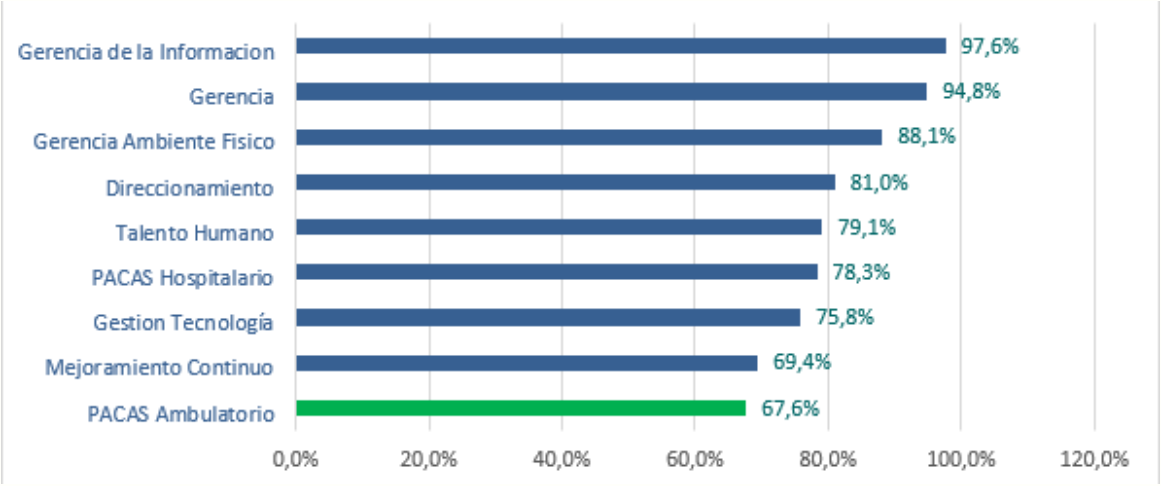


Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.



Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **PACAS A** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

8. LECCIONES APRENDIDAS

- Durante el año 2025, la Unidad de Gastroenterología, enfrentó múltiples retos operativos y organizacionales que permitieron identificar aprendizajes clave para la mejora continua. La alta demanda asistencial evidenció la capacidad resolutiva y el compromiso del equipo, garantizando la continuidad del servicio y la atención oportuna a los pacientes, lo cual constituye un aspecto altamente positivo del desempeño del año.
- No obstante, el análisis de la experiencia operativa permitió reconocer debilidades relevantes, especialmente relacionadas con la alta rotación del personal, asociada a horarios extenuantes y cargas laborales elevadas, lo que impactó la estabilidad de los equipos de trabajo y la curva de aprendizaje del talento humano. Adicionalmente, se presentaron eventos de daño y fallas en equipos, generando reprocesos, retrasos en la atención y presión adicional sobre el personal disponible.
- Como aprendizaje central, se reconoce la necesidad de fortalecer la planeación del talento humano, revisar los modelos de turnos y cargas laborales, y consolidar estrategias de mantenimiento preventivo y uso adecuado de los equipos biomédicos, con el fin de reducir riesgos operativos y mejorar la sostenibilidad del servicio. Al mismo tiempo, las experiencias exitosas en la gestión de altos volúmenes asistenciales y en la adaptación del equipo frente a situaciones críticas deben ser replicadas y estandarizadas**.**
- Este análisis crítico del año 2025 constituye una base fundamental para optimizar la toma de decisiones en 2026, enfocando los esfuerzos en la prevención de errores recurrentes, la retención del talento humano y el fortalecimiento de los procesos que demostraron ser efectivos, con el objetivo de mejorar el desempeño, la calidad y la seguridad en la atención.

9. PROYECTOS 2026:

- Para el año 2026, la Unidad de Gastroenterología enfrenta importantes retos orientados a fortalecer la oportunidad, calidad y seguridad en la atención, en concordancia con el crecimiento de la demanda y los estándares institucionales. Uno de los principales desafíos es garantizar la atención oportuna de los procedimientos que requieren realización en salas de cirugía, ya sea por indicación anestésica o por la complejidad propia del procedimiento, optimizando la articulación con los servicios quirúrgicos y de anestesia para reducir retrasos y reprocesos.
- Asimismo, se reconoce como prioridad estratégica la consolidación de un talento humano fijo, capacitado y comprometido, promoviendo un ambiente laboral favorable que permita disminuir la rotación frecuente del personal, fortalecer la continuidad del cuidado y mejorar la eficiencia operativa dentro de la unidad.
- Otro reto fundamental es el cuidado, uso adecuado y mantenimiento de los equipos de gastroenterología, con el fin de prevenir daños, evitar salidas no

Vigilado Supersalud

programadas del servicio y garantizar la continuidad de la atención, mejorando así la oportunidad y la experiencia del paciente.

- Se hace necesario fortalecer la puntualidad en el inicio de las agendas, promoviendo el cumplimiento de horarios por parte de gastroenterólogos, personal asistencial y pacientes, lo cual permitirá optimizar el uso de los recursos disponibles y reducir tiempos de espera.
- De igual manera, se plantea como reto la capacitación del personal de las diferentes áreas involucradas en la asignación de citas, especialmente en lo relacionado con la adecuada preparación de los pacientes para los procedimientos, con el fin de disminuir cancelaciones y reprogramaciones evitables.
- En este mismo sentido, se busca mejorar la asignación virtual de citas, garantizando que quede claramente establecido que los pacientes clasificados como ASA II o con comorbilidades relevantes requieren aval previo por anestesia para la realización de procedimientos con sedación, fortaleciendo la seguridad del paciente y la planificación asistencial.
- Finalmente, la Unidad de Gastroenterología tiene como objetivo consolidarse como referente institucional y regional en atención, calidad y profesionalismo, dando continuidad al cumplimiento de los estándares de calidad exigidos por los procesos de acreditación y habilitación, y fortaleciendo una cultura de mejora continua orientada a la excelencia.

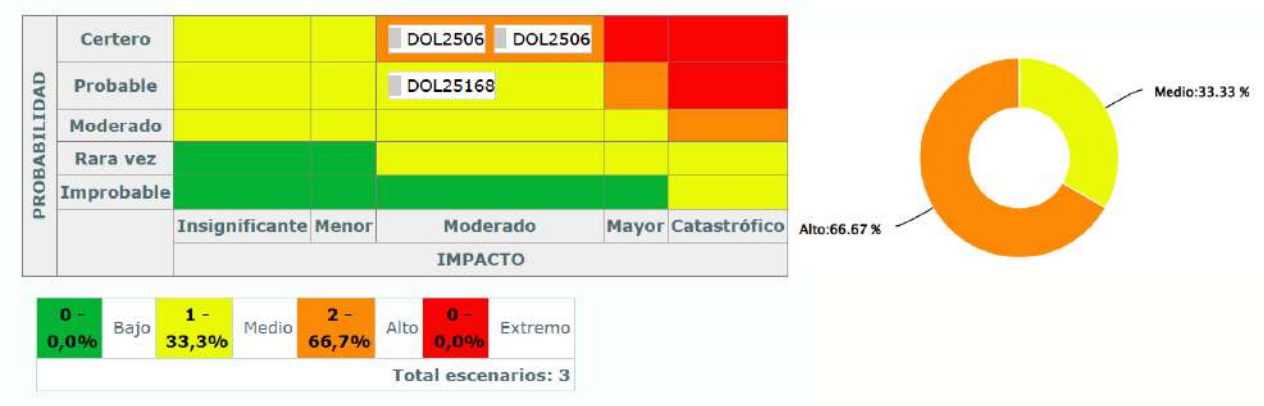
Vigilado Supersalud

UNIDAD DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

1. PRINCIPALES LOGROS:

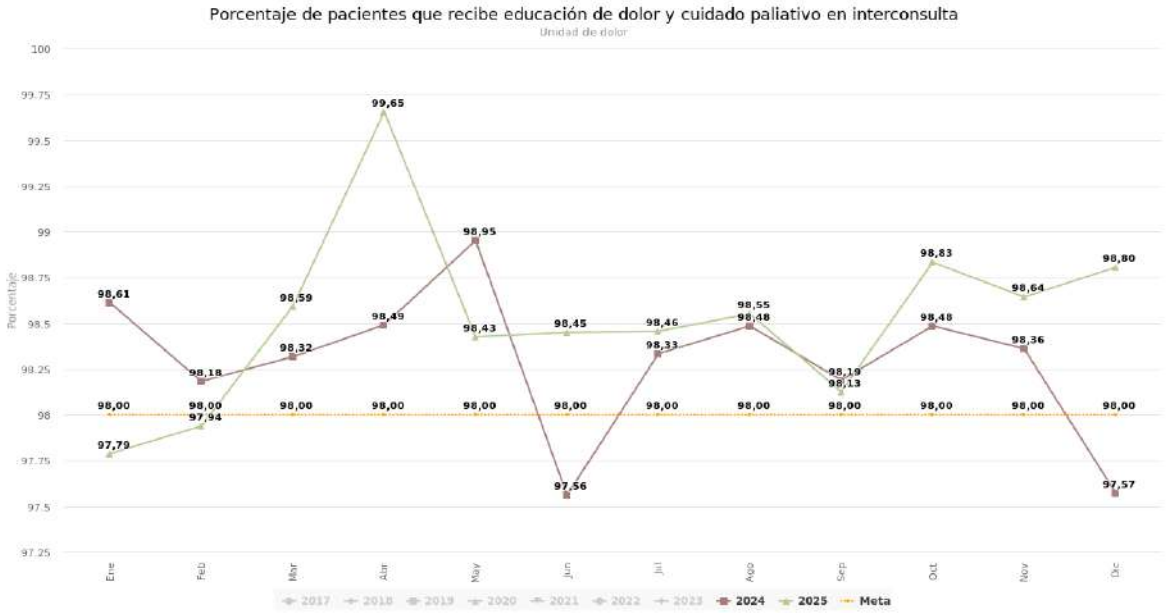
- Optimización de las agendas de consulta con especialidad de dolor y cuidados paliativos, realizando entre 770 y 820 consultas por mes, manteniendo el indicador de inasistencia a consulta en metas durante todo el año (menor al 10%), así como indicador de cumplimiento en realización de consulta entre 98 a 100%.
- Optimización de agendas de procedimientos, manteniendo la oportunidad de agendamiento cita para procedimiento en unidad de dolor menor a 30 días con asignación de aproximadamente 65 procedimientos mes y oportunidad en agendamiento de cita para procedimiento en salas de cirugía de 30 días a 60 días con asignación de aproximadamente 15 procedimientos mes.
- Aumento de egreso con programa de PHD paliativo, a raíz de mayor activación de programa PHD paliativo en pacientes hospitalizados, así como activación de ruta para PHD a través de la consulta ambulatoria, realizando entre 15 a 18 trámites de activación de PHD por mes.

2. GESTIÓN DEL RIESGO

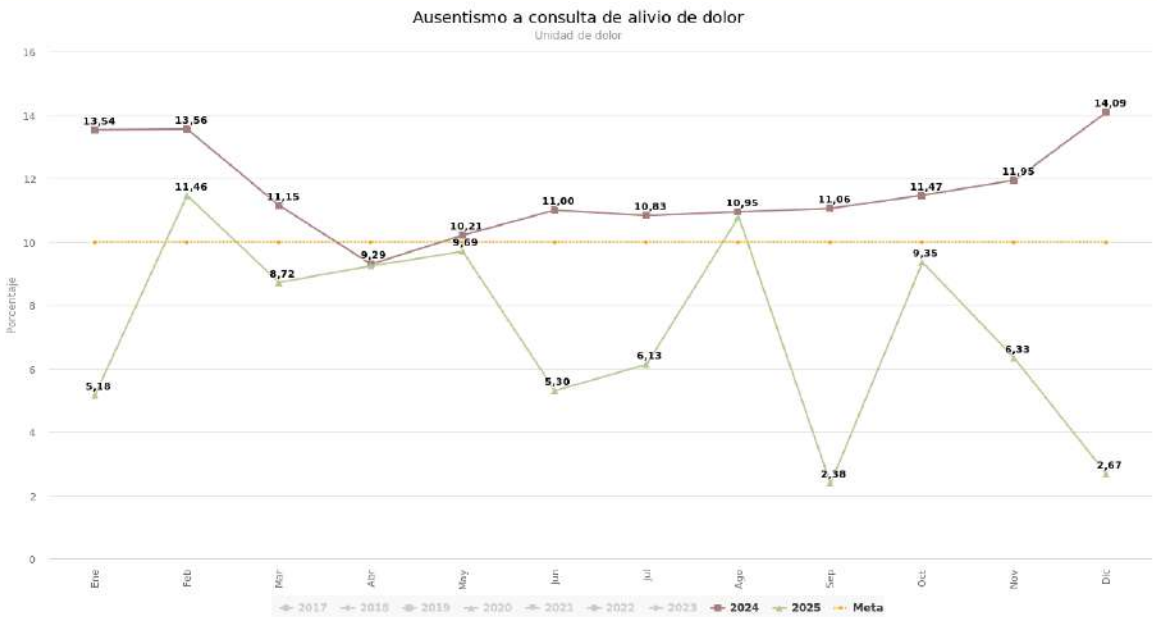


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En la matriz de riesgos de unidad de dolor se identificaron tres riesgo que se trabajaron a lo largo del año uno de ellos de riesgo medio correspondiente a la probabilidad de afectación al paciente por seguimiento inadecuado del plan de manejo del dolor y dos de riesgo alto correspondientes a la probabilidad de afectación al paciente por falta de valoración adecuada del dolor y por errores en la administración de medicamentos para dolor, para estos riesgos se realizaron auditorias tanto de administración de medicamentos como de registros en historia clínica de valoración del dolor, en las cuales se encontraron desviaciones, posterior a las auditorias se realizó retroalimentación a personal auditado encontrando mejoría en la adherencia a administración de medicamentos, actividad que para el año en curso se continuará realizando con el fin de mitigar riesgo.



3. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2025 se evidencia disminución de porcentaje de ausentismo a consulta con especialidad de dolor y cuidados paliativos que en comparación al año 2024, a raíz de la implementación de estrategias como la asignación de una cita extra en cada agenda y la llamada a confirmación de asistencia a consulta de agendas específicas y liberación de cupos en plataforma don doctor de pacientes que cancelan cita verbalmente.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2025 se realiza ajuste en medición de indicador de porcentaje de pacientes educados por la especialidad de dolor y cuidados paliativos, enfocándose en paciente hospitalizados, realizando educación clara y adecuada, así como asignación de cita de control en dos semanas posterior a egreso con el fin de disminuir reingreso a urgencias por inadecuado manejo analgésico.

4. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos

Satisfacción	
2024	99%
2025	98%

Atributos Afectados 2025		
1	Pertinencia	4
2	Comunicación	3
3	Accesibilidad	2
4	Oportunidad	2
5	Seguridad del Paciente	2
6	Humanización	2
Total PQRS		15
Tasa PQRS 2025		1,65

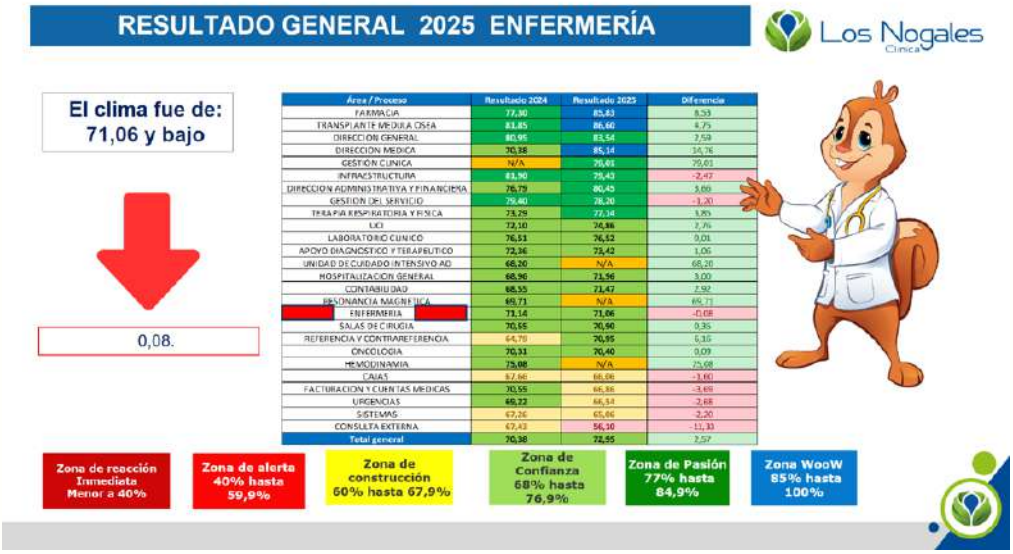
Indicador NPS	
2024	90%
2025	80%

Fuente: Informe Experiencia 2025

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

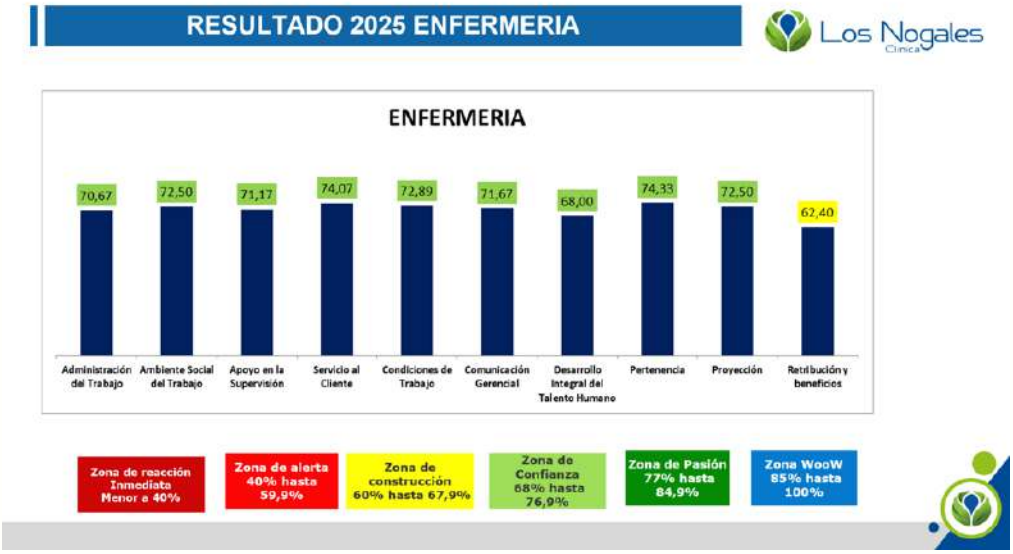
En cuanto al indicador de porcentaje de satisfacción del usuario, se evidencia un comportamiento similar en comparación al año 2024, a pesar de mantener satisfacción por encima de meta en la mayoría de los meses del año, se identifican inconformidades debido en su mayoría a la necesidad de oportunidad en asignación de cita, la implementación del paciente extra por agenda, y la priorización de asignación de cita a paciente oncológico es una estrategia que ha logrado mitigar estas inconformidades en los pacientes.

5. INDICADORES DE CULTURA:



Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTIÓN CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,66	-1,00
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	66,22	64,14	-2,08
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Fuente: Informe talento humano



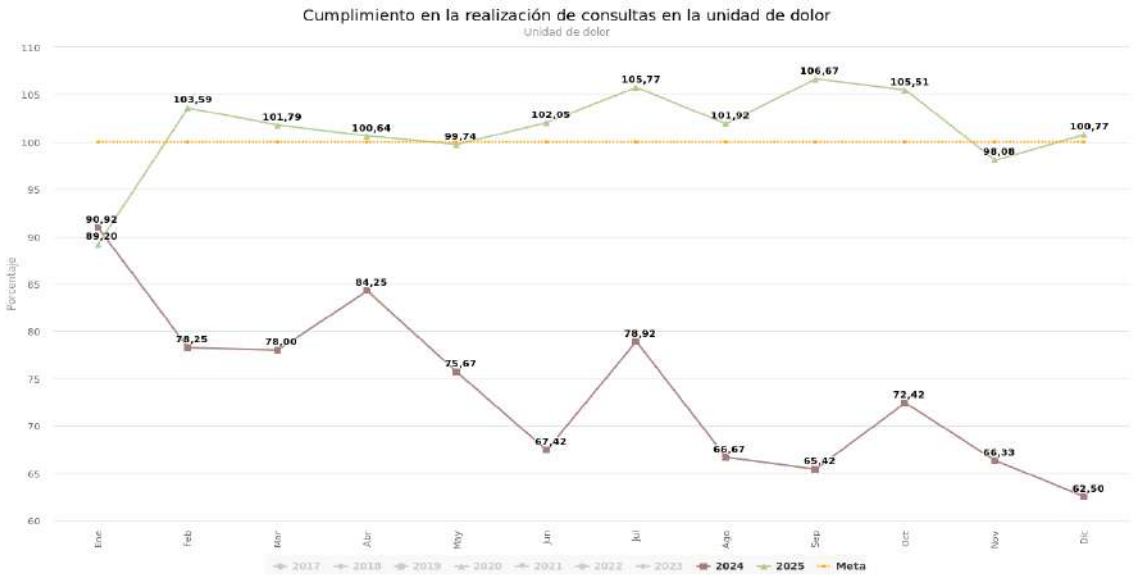
Fuente: Informe talento humano

Durante el año 2025 se realizó evaluación de clima organizacional de personal de enfermería de unidad de dolor y cuidados paliativos, con el propósito de conocer la percepción del equipo frente a su entorno laboral en la unidad y en general en la institución y las condiciones que influyen en la calidad del cuidado brindado a pacientes y familia, encontrando un alto compromiso, vocación de servicio y humanización reflejados en la atención a los usuarios, se evidencia necesidad de creación de estrategias y oportunidades de mejora que impacten positivamente en la calidad de la atención y la experiencia del paciente y familia.

6. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

En cuanto al indicador de cumplimiento en realización de procedimientos en la unidad de dolor y cuidados paliativos, se evidencia que durante el año 2025 se mantiene indicador por debajo de metas a raíz del ajuste en meta mensual establecido a principio de año, realizando de 78 a 80 procedimientos por mes.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2025 se evidencia que en comparación al año 2024 el porcentaje de ausentismo a consulta de dolor y cuidados paliativos aumentó manteniendo el indicador en metas la mayor parte del año, esto debido al ajuste de meta realizado a principio de año, pasando de 1100 a 780 consultas mes.

7. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Cumplimiento actas EAE

97%

Cumplimiento actas EPM

100%

Avance de Compromisos.

% Avance Compromisos

100%

Indicadores.

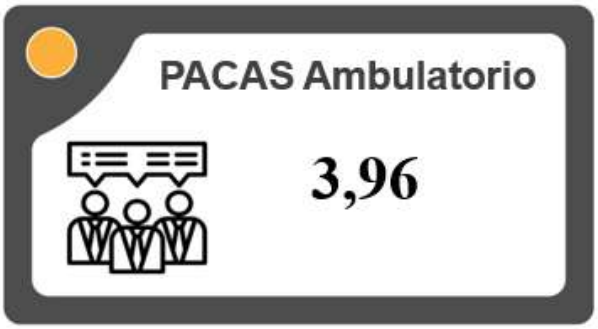
Cargue de indicadores

100,0%

Análisis de indicadores

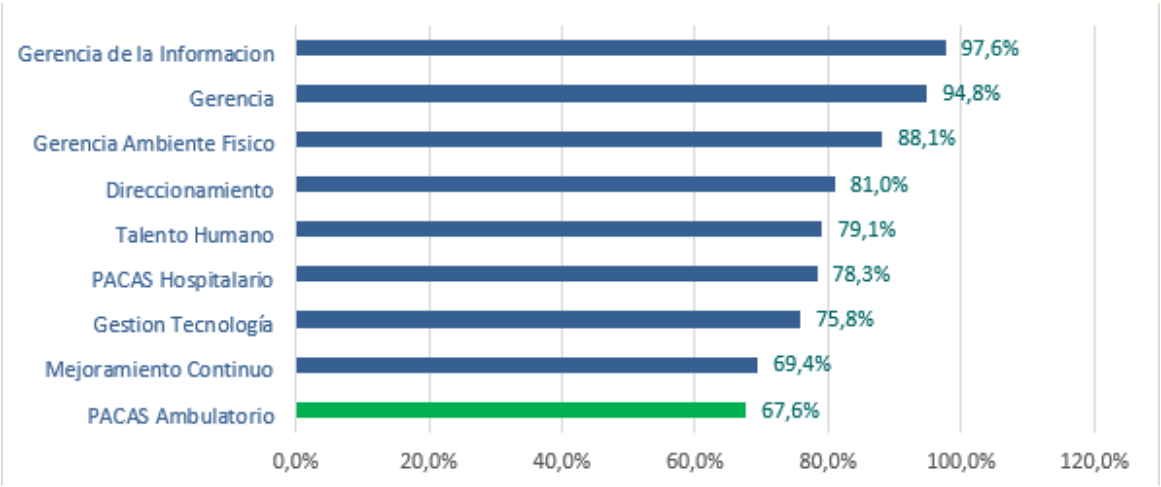
81,9%

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.



Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **PACAS A** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- El 2025 fue un año lleno de retos en donde se reforzó la importancia del aprovechamiento y la optimización de los de los recursos.
- Se identificó la necesidad de reforzar control y seguimiento a los pacientes con uso de medicamentos analgésicos opioides, ya que a pesar de la implementación de medidas de control por parte de la EPS aactualmente se evidencia que existe un poco de libertad en cuando a su formulación y administración por parte de

Vigilado Supersalud

profesionales de medicina y de enfermería que no cuentan con la información completa y adecuada sobre el correcto uso de este tipo de medicamentos.

- El registro en la plataforma Almera las actividades realizadas incluidas dentro del POA 2025, matriz de riesgos, actividades de PyP y demás actividades propias del servicio.

10. PROYECTOS 2026:

- Implementación de estrategias para fortalecer valoración adecuada de dolor como quinto signo vital.
- Implementación de formato contrato inicio de opioides como estrategia de seguridad de paciente, responsabilidad compartida, prevención de mal uso, protección legal y ética, adecuado seguimiento.
- Fortalecimiento de comunicación y trabajo interdisciplinario, para brindar acompañamiento integral que incluye aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales del paciente.
- Favorecer la toma de decisiones compartidas, acompañamiento en definición de techo terapéutico.
- Acompañamiento a paciente y familia en definición de voluntades anticipadas.
- Fortalecer educación y capacitación de analgésicos.

FALLA CARDIACA

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Cumplimiento al 100 % de las actividades programadas en el POA 2025 cumpliendo a cabalidad con el cronograma propuesto.

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
LLEGANDO A TI /Capacitacion del equipo de trabajo	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO/Estrategia integral en la invetigacion Investigacion en casos de falla cardiaca	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
GESTIÓN CLÍNICA / Promover la cultura de seguridad de paciente	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
MI PRIORIDAD ES MI PACIENTE/ Modelo de atención que identifique los riesgos clínicos y no clínicos.	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
ECOSISTEMA DIGITAL / Transformación digital en el programa de falla cardiaca	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
TU EXPERIENCIA, NUESTRO COMPROMISO/ Medir y mejorar la satisfacción de los usuarios en el servicio de falla cardiaca.	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS/ Aprovechamiento de los recursos e insumo del servicio	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
RENTABILIDAD FINANCIERA /Monitorear la operación de segumientos en falla cardiaca	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
TOTAL	**100,00% (100,00%)**	**2025-01-01**	**2025-12-31**	**100,0%**

- Oportunidades de mejora de visita del ICONTEC 2025
- En el proceso de seguimiento a las oportunidades de mejora emitidas por el ente acreditador, se confirma que las observaciones **OM #60-1103** y **OM #61-1104** fueron **abordadas, intervenidas y solucionadas en su totalidad**, evidenciando avances significativos en la calidad, seguridad y capacidad analítica del Programa de Falla Cardíaca y de los servicios de patología cardiovascular.
- Como resultado del trabajo interdisciplinario, estas oportunidades de mejora se transformaron en **fortalezas institucionales**, gracias a la implementación de acciones sostenidas que fortalecen el modelo de atención, la vigilancia de resultados clínicos y el compromiso con la excelencia asistencial.
- Caracterización del proceso en el Almera con ayuda de la Ing. Carolina
- Capacitar a profesionales para el cuidado integral de pacientes cardiovasculares de alta complejidad, actualizando conocimientos y habilidades en el manejo de patologías como la insuficiencia cardíaca, arritmias y otras afecciones del sistema cardiovascular, para garantizar un tratamiento efectivo y mejorar la calidad de vida del paciente.

Vigilado Supersalud

CLÍNICA CARDIO VID
Obra de la Congregación Mariana

NOVARTIS

La Clínica Cardio VID

Certifica que:

Diana González

Asistió al programa virtual

Formación en Insuficiencia Cardíaca para enfermeras

Issued on June 23, 2025

Clínica CardioVID

Fuente: Coordinación Programa Falla Cardiaca.

- Actualizar a los profesionales de la salud sobre las innovaciones y avances en cardiología clínica, con un enfoque especial en la Falla Cardíaca, reuniendo a expertos para discutir temas como síndrome coronario crónico, el uso de inteligencia artificial en diagnóstico, y manejo integral de la insuficiencia cardíaca a través de estrategias multidisciplinarias y guías clínicas, promoviendo la excelencia en la atención cardiovascular.

Fuente: Coordinación Programa Falla Cardiaca.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Educación en falla cardiaca	Estandarizar e implementar un modelo integral de educación para pacientes con falla cardiaca, centrado en autocuidado, adherencia terapéutica y reducción de descompensaciones.	85%	31/12/2026	El proyecto ha fortalecido la autogestión del paciente y mejorado la comprensión terapéutica, mostrando avances significativos en adherencia y comunicación clínica.
Plan Nutricional y de Hidratación Dirigida	Estandarizar Guías para manejo de líquidos, sodio y peso en casa.	30%	31/12/2026	El proyecto permitirá mejorar significativamente el autocuidado del paciente con falla cardiaca, fortaleciendo su capacidad para monitorizar peso, restringir sodio y controlar la ingesta de líquidos de manera adecuada. Esto se evidenció en una mayor adherencia a las recomendaciones nutricionales y menor variabilidad en el peso diario reportado.

Vigilado Supersalud

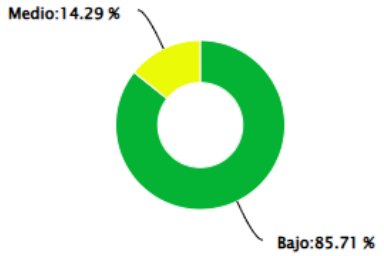
3. GESTIÓN DEL RIESGO

PROBABILIDAD	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
Certero					
Probable					
Moderado	CFC2506				
Rara vez					
Improbable		CFC24091	CFC24093	CFC2507 CFC2510 CFC2510 CFC25165	

IMPACTO

Bajo	Medio	Alto	Extremo
6 - 85,7%	1 - 14,3%	0 - 0,0%	0 - 0,0%

Total escenarios: 7



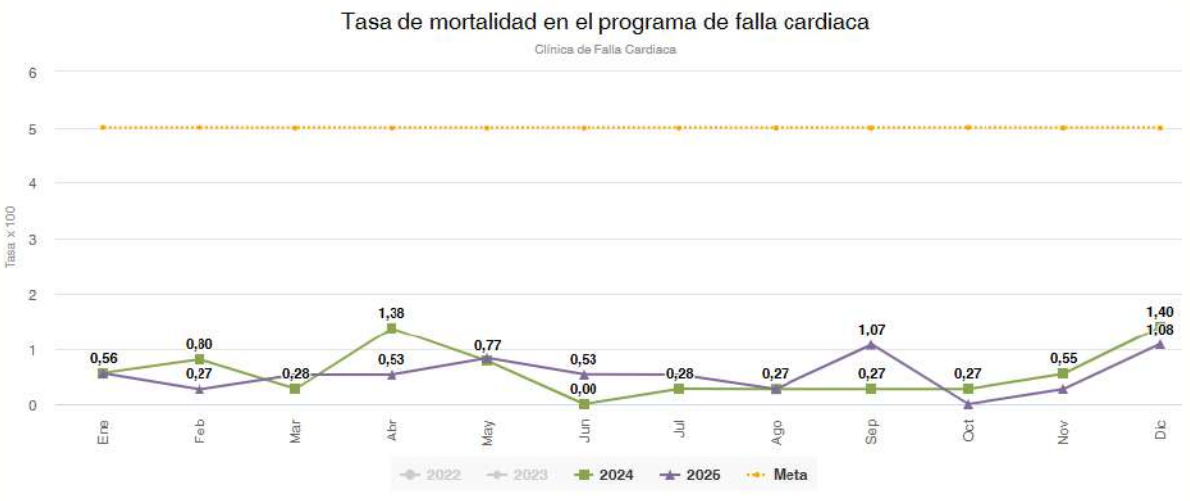
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El programa de falla cardiaca tiene como objetivo la atención integral, seguimiento clínico y control de pacientes con diagnóstico de falla cardiaca, mediante un modelo ambulatorio estructurado que busca reducir la morbimortalidad, prevenir descompensaciones y disminuir hospitalizaciones evitables.

De acuerdo con la matriz de riesgos residual y la cuantificación de escenarios evaluados, el programa de falla cardiaca presenta un perfil de riesgo residual controlado.

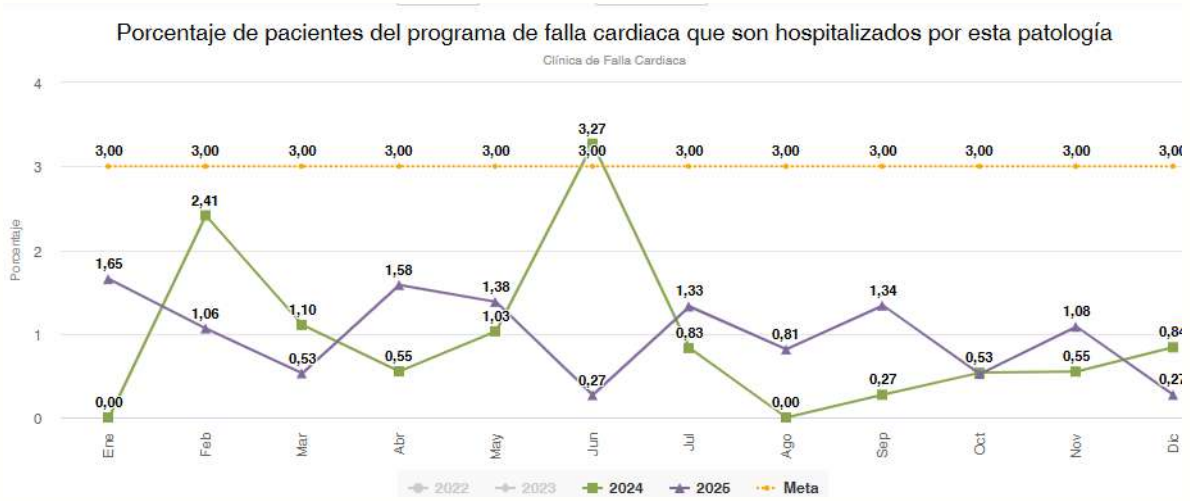
Esos resultados evidencian que la mayoría de los riesgos se encuentran dentro de niveles aceptables, sin exposición a riesgos críticos que comprometan la seguridad del paciente o la continuidad del servicio.

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA



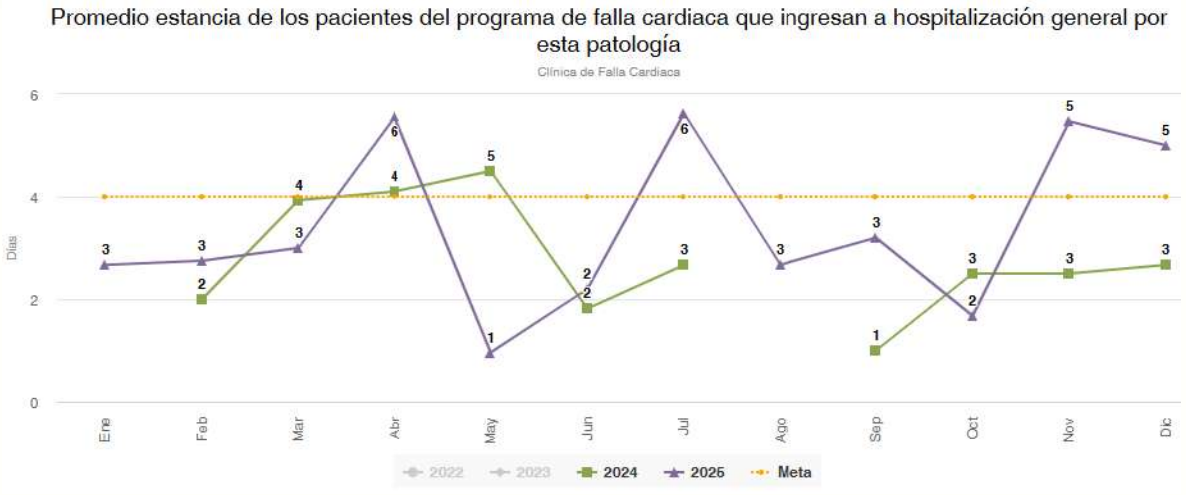
Fuente: Sistema de información Almera

La meta institucional permanece constante alrededor del 5%, muy por encima de los valores reales observados en ambos años; tanto en 2024 como en 2025, el programa mantiene tasas de mortalidad baja y controlada, sin superar en ningún mes el 2%. El año 2025 muestra una mejoría significativa, con valores inferiores a 2024 en la mayoría de los meses.



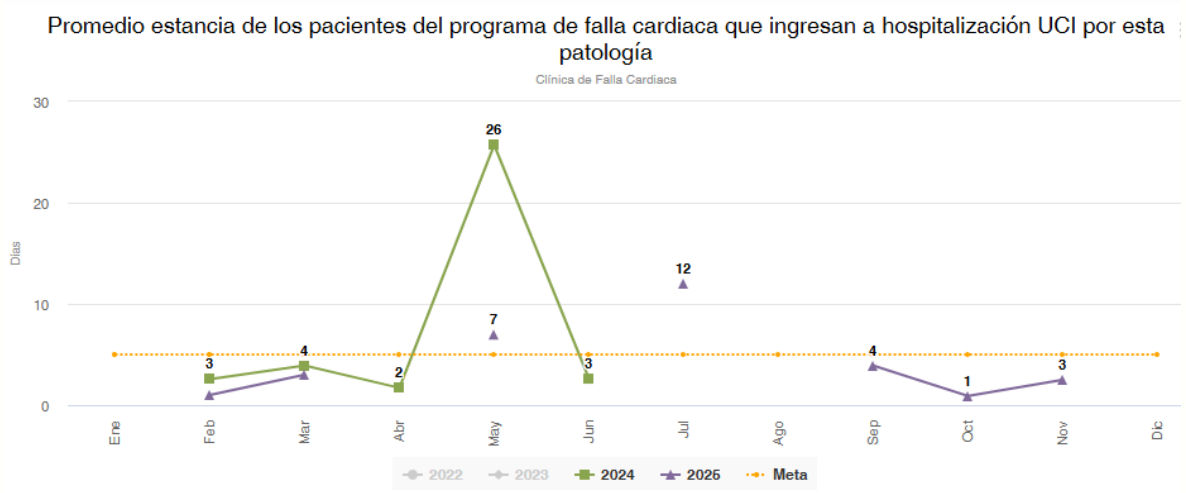
Fuente: Sistema de información Almera

La meta institucional se mantiene en 3% para el porcentaje de pacientes del programa que requieren hospitalización por falla cardiaca.
En 2025, las hospitalizaciones fueron menores o iguales a 2024 en la mayoría de los meses, no se observan valores por encima de la meta en 2025, a diferencia de lo ocurrido en algunos meses críticos de 2024; La tendencia general muestra una mejora significativa en la estabilidad clínica de los pacientes durante 2025.



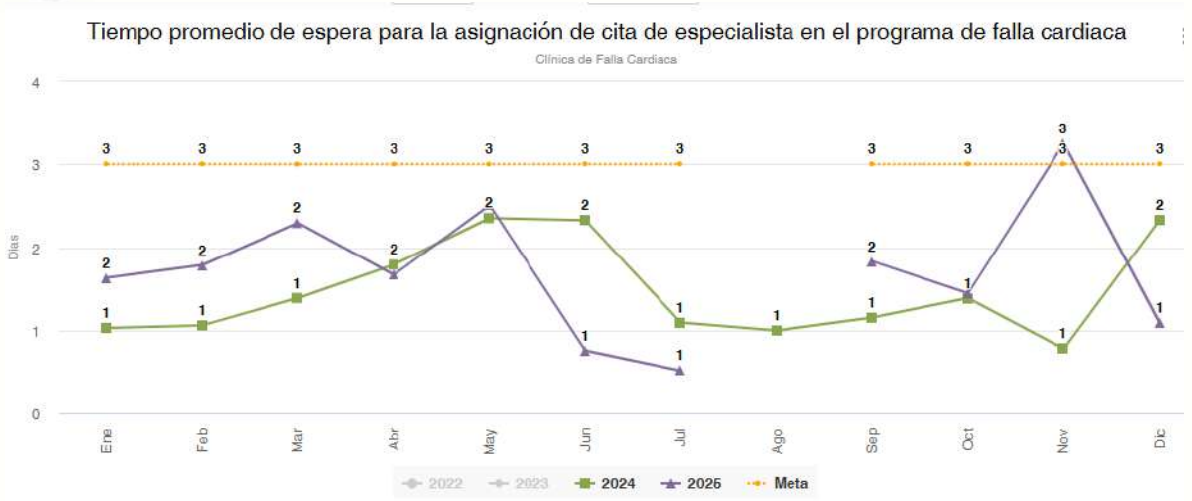
Fuente: Sistema de información Almera

Para el año 2024 se tuvo un comportamiento más estable respecto a la meta de 3 días; 2025 presentó mayor variabilidad y más meses por encima de la meta, a pesar de varios meses con desempeño adecuado (≤3 días).



Fuente: Sistema de información Almera

El año 2024 muestra un comportamiento altamente atípico, con un pico extremo en mayo (26 días) que eleva de manera importante el promedio anual, el año 2025 presenta un desempeño significativamente más estable, con valores consistentemente muy por debajo de la meta de 5 días (entre 1 y 3 días), de igual manera la vigencia 2025 supera ampliamente a 2024, cumpliendo la meta en todos los meses evaluados y mostrando mayor control clínico, operativo y de oportunidad en las transiciones dentro de UCI.

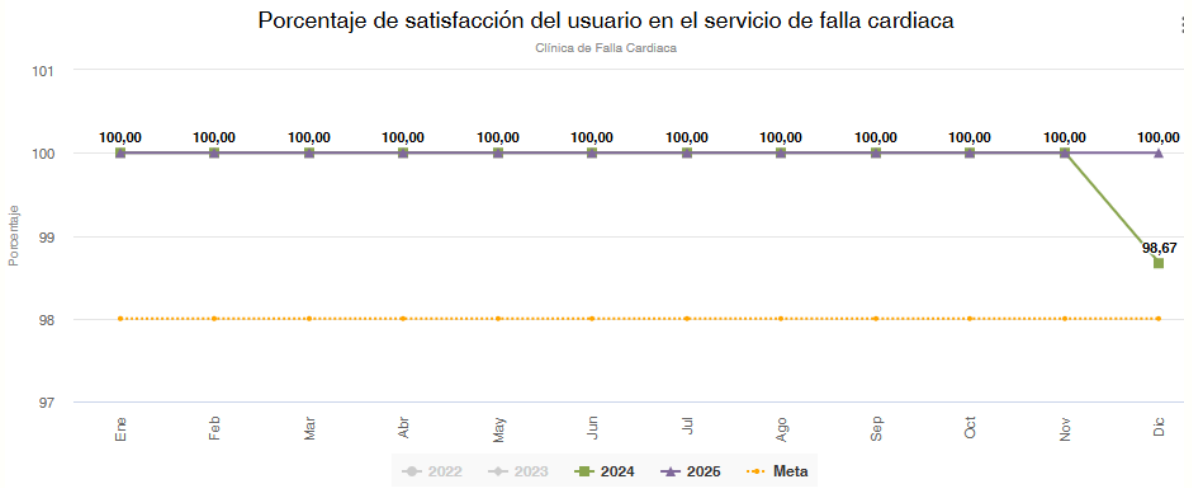


Fuente: Sistema de información Almera

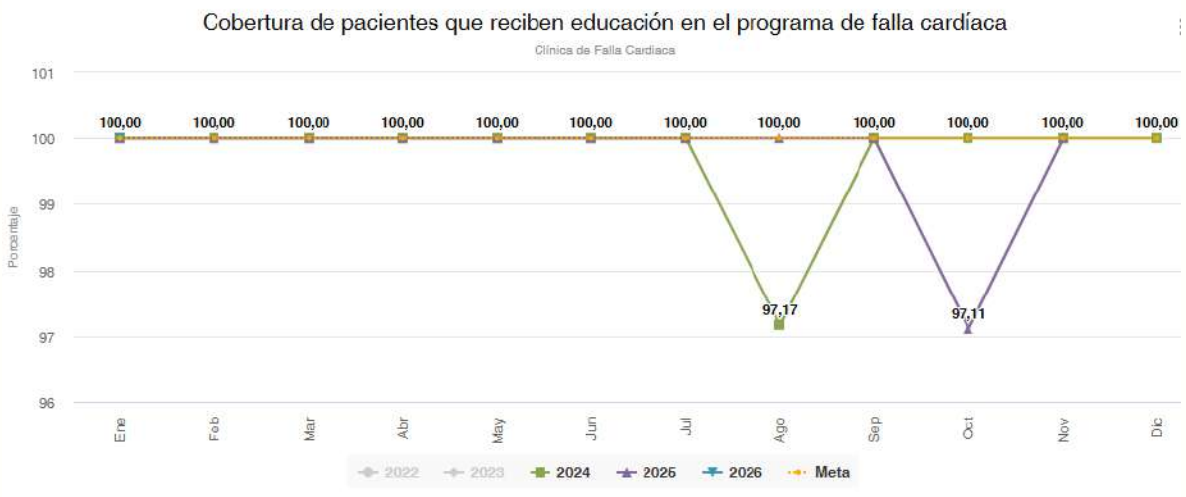
Tanto 2024 como 2025 cumplen consistentemente la meta institucional (≤ 3 días) en la asignación de citas con especialista, el año 2025 muestra mejor desempeño, gracias a mayor estabilidad del indicador y menores variaciones mensuales.

No se observan picos críticos que indiquen barreras administrativas o déficit en la disponibilidad de especialistas. El indicador se encuentra controlado, estable y dentro de meta; no representa un riesgo operativo ni clínico para el programa.

5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



Fuente: Sistema de información Almera



Fuente: Sistema de información Almera

El indicador de cobertura de educación es uno de los pilares más importantes del Programa de Falla Cardíaca, ya que impacta directamente la adherencia, la autogestión y la reducción de descompensaciones.

2024: presenta dos meses críticos donde la cobertura cae por debajo de 95%, mostrando brechas en la ejecución del proceso educativo.

2025: muestra mejor consistencia, con valores más estables y solo un mes por debajo de 98%. En ambos años, la mayor parte del tiempo la cobertura es excelente (100%), demostrando un compromiso operacional adecuado.

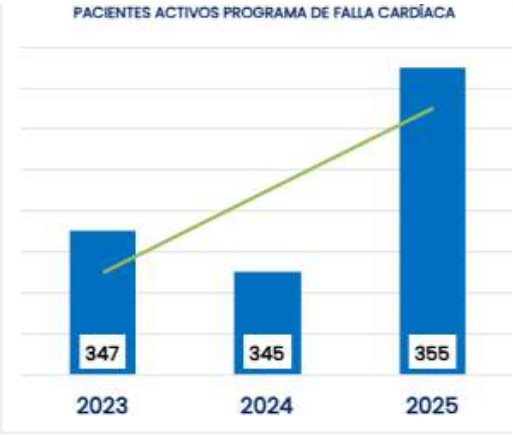
Fuente: Coordinación Programa Falla Cardiaca.

7. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:

PRESENTACIÓN	
Año	Total
2023	347
2024	345
2025	355
Variación	3%

Promedio mes

2023	2024	2025	Variación 2024 vs 2025
347	345	355	3%



Fuente: Sistema de Información de Modelo Bisa Estadística

Incremento significativo en 2025, alcanzando 355 pacientes, lo que representa un crecimiento del 3% frente a 2024. La tendencia creciente sugiere expansión del programa, buena capacidad de captación y mayor permanencia de pacientes bajo seguimiento.

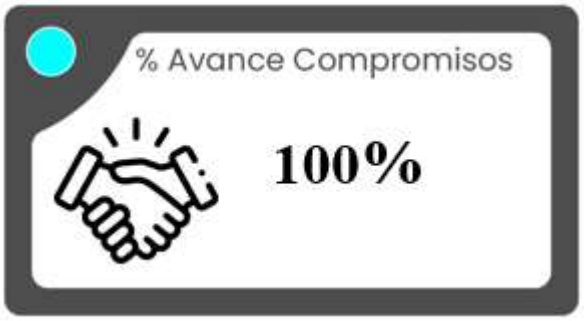
8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

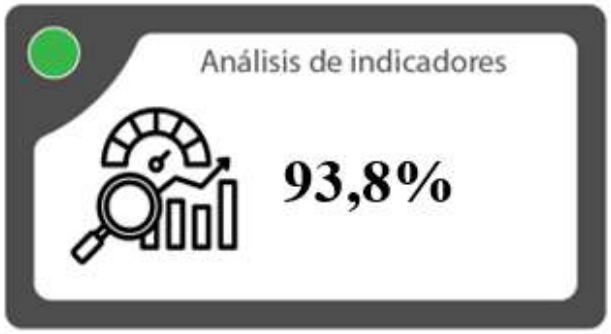
Cumplimiento Cargue de Actas.

Vigilado Supersalud

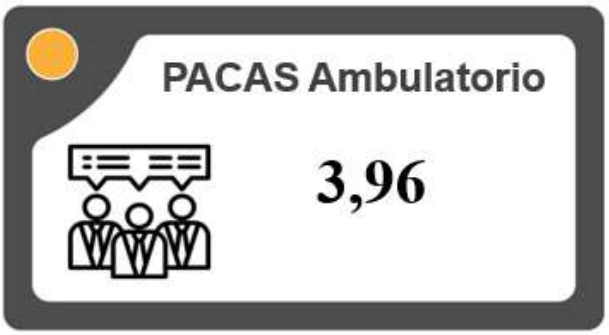
Avance de Compromisos.



Indicadores.



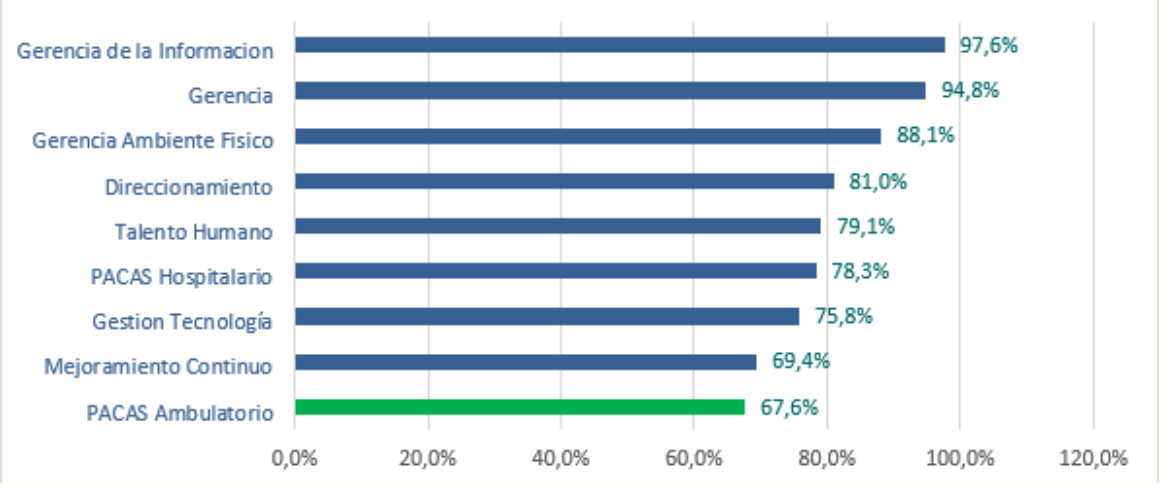
Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.



Vigilado Supersalud

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **PACAS A** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- Durante 2025, el Programa de Falla Cardíaca alcanzó avances significativos en estabilidad operacional, adherencia de pacientes y control de indicadores clínicos críticos. El análisis de resultados permite identificar elementos clave para sostener y ampliar el impacto institucional del programa. Podemos resaltar Desempeño en indicadores asistenciales clave, incluyendo educación, tiempos de acceso, hospitalización y UCI, que reflejan madurez del proceso y adecuada articulación interdisciplinaria, Aumento del número de pacientes activos, lo que confirma la confianza de los usuarios en el programa y la consolidación del servicio como ruta preferente en patología cardiovascular. Mayor adherencia al tratamiento y al autocuidado, resultado de procesos educativos estandarizados y del acompañamiento liderado por enfermería. Estabilidad en la operación, con respuestas oportunas incluso en periodos de alta demanda.
- Como planes a futuro fortalecer el desarrollo de la investigación en el programa
- Para garantizar un desempeño superior en 2026, se proponen las siguientes líneas estratégicas:
    - Replicar las prácticas exitosas de educación, rutas estandarizadas, seguimientos estructurados y protocolos clínicos consolidados.
    - Reducir la variabilidad en procesos críticos, fortaleciendo cobertura, continuidad y oportunidad.
    - Aumentar el uso de herramientas digitales para educación, seguimiento y comunicación con pacientes.
    - Fortalecer la gobernanza del programa, con análisis de tendencia mensual, comités clínicos y toma de decisiones basada en datos.

Vigilado Supersalud

- El año 2025 dejó resultados sólidos y aprendizajes valiosos que posicionan al Programa de Falla Cardíaca como una fortaleza institucional en patología cardiovascular. Capitalizar lo aprendido y reforzar los procesos que demostraron eficacia permitirá consolidar un 2026 más preventivo, eficiente y centrado en el paciente, potenciando el impacto clínico y operativo del programa.

10. PROYECTOS 2026:

- El Programa de Falla Cardíaca se proyecta para 2026 como un modelo integrado, preventivo y tecnológicamente robusto. Con base en los resultados 2025, la evolución epidemiológica de la patología cardiovascular, las nuevas exigencias normativas y la transformación digital en salud, se definen los siguientes retos y proyectos estratégicos para 2026:
    - Intervenciones en cardiopatía estructura mitraclip y triclip.
    - Consultas especializadas por patología.
    - Amiloidosis e insuficiencia mitral funcional.
    - Iniciar proceso de acreditación ante sociedades científicas.

Vigilado Supersalud

ARTRITIS REUMATOIDE

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Cumplimiento al 97.2 % de las actividades programadas en el POA 2025 cumpliendo a cabalidad con el cronograma propuesto.

Cronograma	Avance	Inicio	Fin	Cumplimiento
LLEGANDO A TI / Formar integralmente a los integrantes del equipo multidisciplinar del modelo dando la oportunidad de crecimiento personal y profesional	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO/ Visualización del modelo de Artritis Reumatoide en escenarios locales, nacionales e internacionales con el fin de consolidarnos como centro de referencia en Artritis Reumatoide	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
GESTIÓN CLÍNICA / Actualizar y validar módulos virtuales para la educación del paciente y familia para tener alcance total de los protegidos dado los problemas de desplazamiento por temas de discapacidad o barreras económicos.	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
MI PRIORIDAD ES MI PACIENTE/ Disminuir el riesgo por medio del seguimiento y analisis individual de lospacientes pertenecientes al modelo analizando la efectividad de las intervenciones generadas	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
ECOSISTEMA DIGITAL / Fortalecer la interaccion entre el paciente y su grupo tratante (Reumatologo, psicologo, Terapeuta Ocupacional, Nutricion, entre otros) - APP virtual	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
TU EXPERIENCIA, NUESTRO COMPROMISO/ Incrementar el adherencia de los pacientes por medio del seguimiento oportuno de reumatologia, deportologia, psicologia, nutricion, trabajo social, quimico farmaceutico y toxicologia de manera anual.	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS/ Realizacion de actividades generadas desde el modelo, lideradas por los Quimico Farmaceuticos y dirigidos a los pacientes con falla en la adherencia por el riesgo de requerir escalonamiento terapeutico. Hacer seguimiento a los pacientes que pertenecen al modelo y han requerido valoraciones en el servicio de urgencias y manejos intrahospitalarios relacionados con actividad de su enfermedad y establecer intervenciones ambulatorias con el fin de requerir menos uso de recur	100,0% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	100,0%
RENTABILIDAD FINANCIERA / Ser considerados servicio de Reumatologia dentro del ALinica Los Nogales y Centro de Referencia y excelencia en artritis reumatoide en el escenario panamericano con el fin de obtener mayores recursos a partir de pacientes de Polizas, Medicinas prepagadas y dar lugar a la internacionalización	77,5% (100,0%)	2025-01-01	2025-12-31	77,5%
TOTAL	97,19% (100,00%)	2025-01-01	2025-12-31	97,2%

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

- Caracterización del proceso en el Almera con ayuda de la Ing. Carolina.
- Se logra mantener la cohorte de paciente en la clasificación de actividad alta en porcentajes mínimos del 0.73% siendo la meta del 10% de la cohorte, comparado con el año anterior.
- Incremento en la cohorte del programa pasando de 1770 pacientes para el año 2025 a 1873 pacientes para el año 2026% con un aumento de aproximadamente 5.8%.
- Intervención multidisciplinaria con Psicología y trabajo social fortaleciendo el autocuidado y el apoyo al cuidador logrando empoderamiento de nuestros usuarios y familias.
- Adición del indicador del porcentaje de cupos ofertados para la consulta del programa de artritis desde el mes de septiembre del 2025, manteniéndose en un porcentaje de considerable del 97.9%.
- Disminución de las inasistencias quedando con un porcentaje del 5.9% siendo la meta de un 12%.
- Disminución en el promedio de tiempo promedio de espera para la asignación de citas de especialista (Reumatología) en el programa de artritis reumatoide pasando de 89 días a 28 días para el año 2025 con un porcentaje de disminución del 68%.

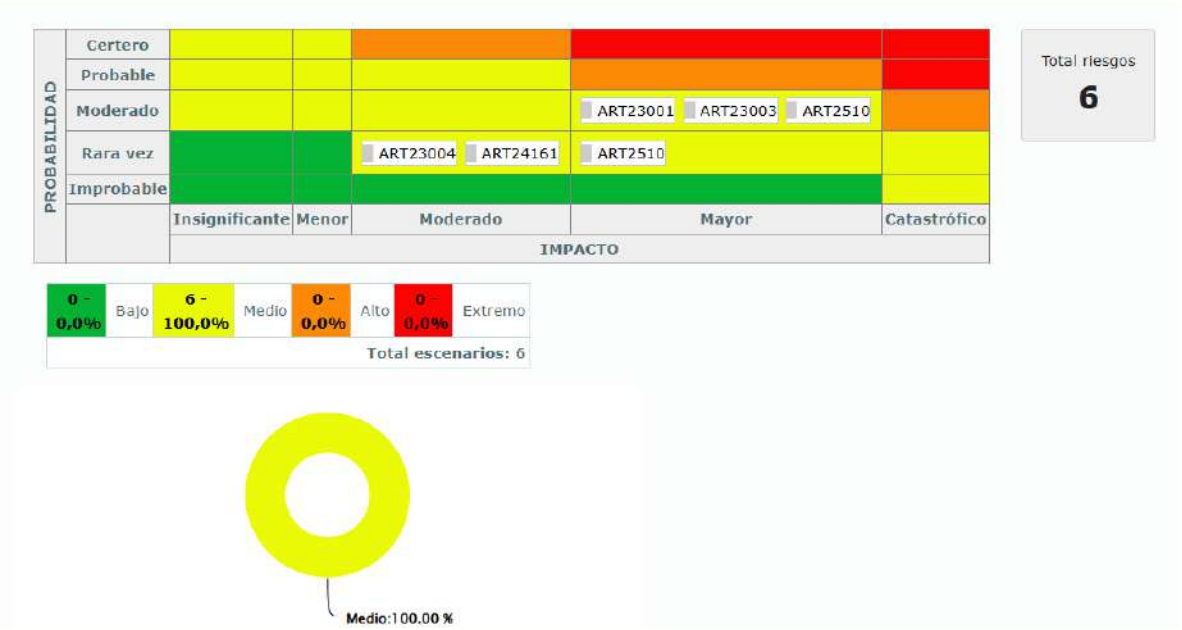
Vigilado Supersalud

- Valoraciones secuenciales por el equipo de químicos farmaceutas haciendo intervenciones en Reacciones adversas medicamentosas, polifarmacia y adherencia (91.5%).
- Se logra el seguimiento y reintegro de más de 300 pacientes con insistencias de más de 6 meses reportadas por salud total.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Educación en Artritis	Estandarizar e implementar un modelo integral de educación para pacientes con falla cardiaca, centrado en autocuidado, adherencia terapéutica y reducción de descompensaciones.	85%	31/12/2026	El proyecto ha fortalecido la autogestión del paciente y mejorado la comprensión terapéutica, mostrando avances significativos en adherencia y comunicación clínica.
Optimización en oportunidad de atención	Mejorar la oportunidad de asignación de citas mediante de optimización en los procesos de seguimiento continuo con el fin de garantizar atención oportuna	30%	31/12/2026	El proyecto mejorara positivamente en la atención oportuna, teniendo en cuenta el aumento de la población, rediciendo los tiempos de esperas, mejor control de la enfermedad y fortalecimiento en la calidad del servicio

3. GESTIÓN DEL RIESGO



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El programa de artritis tiene como objetivo la atención integral, seguimiento clínico y control de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, mediante un modelo ambulatorio estructurado que busca reducir la morbimortalidad, prevenir descompensaciones y disminuir hospitalizaciones evitables.

De acuerdo con la matriz de riesgos residual y la cuantificación de escenarios evaluados, el programa de artritis presenta un perfil de riesgo residual controlado.

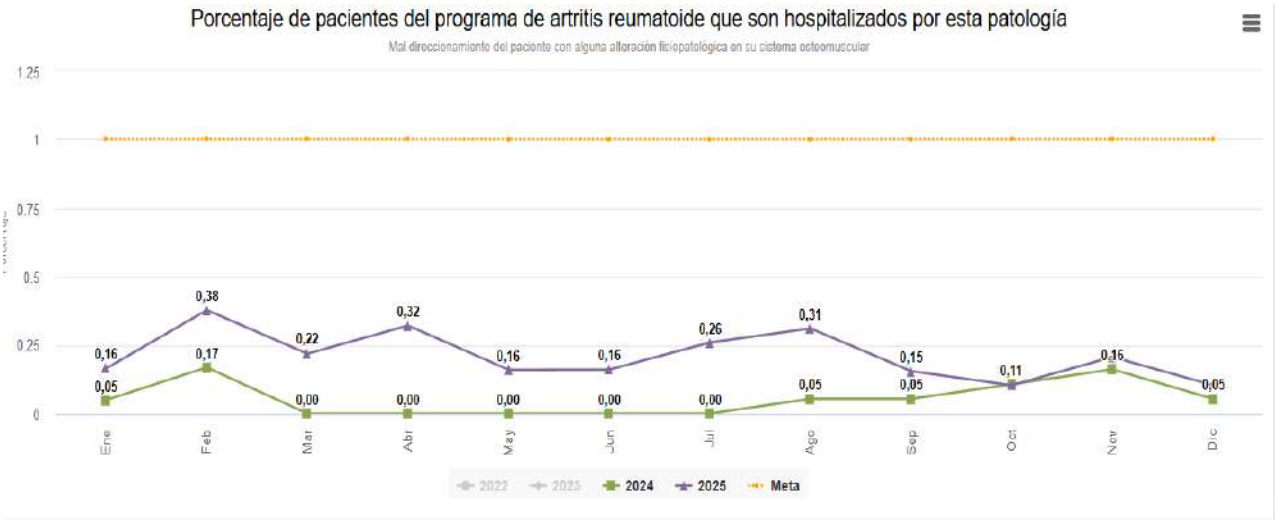
Esos resultados evidencian que la mayoría de los riesgos se encuentran dentro de niveles aceptables, sin exposición a riesgos críticos que comprometan la seguridad del paciente o la continuidad del servicio.

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA

Fuente: Sistema de información Almera

La meta institucional permanece constante alrededor del 2.6%, muy por encima de los valores reales observados en ambos años.

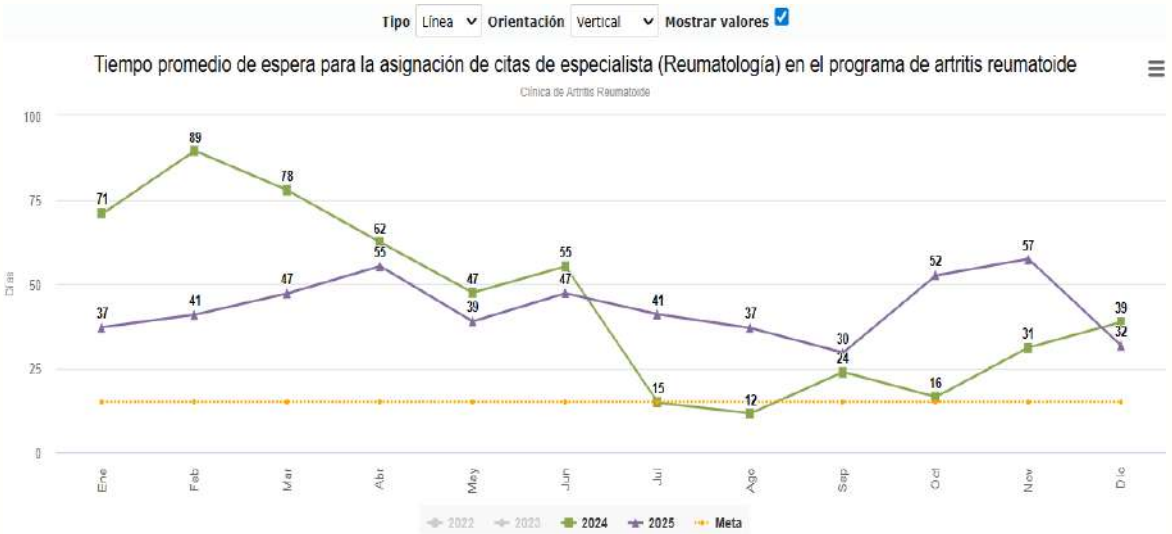
Tanto en 2024 como en 2025, el programa mantiene tasas de mortalidad baja y controlada, sin superar en ningún mes el 2%. Excepto los meses de mayo y octubre donde se reportan alrededor de 3.6% lo que equivale a un promedio de 3 muertes.



Fuente: Sistema de información Almera

La meta institucional se mantiene en 0.4% para el porcentaje de pacientes del programa que requieren hospitalización por artritis reumatoide lo que equivale a un promedio entre 1 y 3 pacientes por mes. En el año 2025, las hospitalizaciones fueron mayores o iguales a la vigencia 2024 en la mayoría de los meses.

No se observan valores por encima de la meta en 2025, La tendencia general muestra una mejora significativa en la estabilidad clínica de los pacientes durante 2025.



Fuente: Sistema de información Almera

Tanto en el año 2024 como 2025 no se cumplen consistentemente la meta institucional (≤ 3 días) en la asignación de citas con especialista.

Pero para el año 2025 muestra mejor desempeño, gracias a mayor estabilidad del indicador y menores variaciones mensuales.

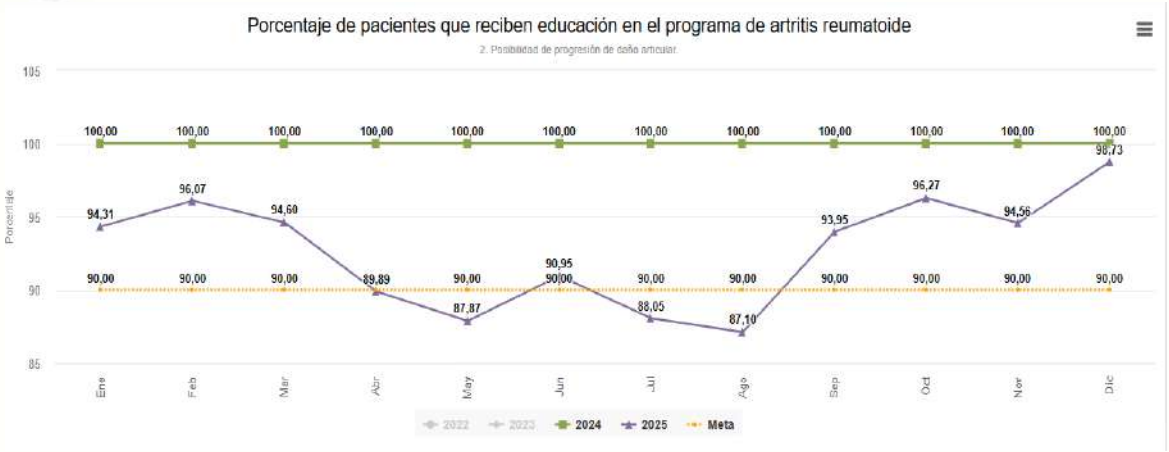
5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

Fuente: Sistema de información Almera

Durante el período analizado, se observa que en el año 2024 el comportamiento del indicador se mantiene estable y consistentemente alto, con valores cercanos o iguales al 100 %, superando de manera sostenida la meta establecida, lo que evidencia un adecuado nivel de satisfacción y un buen desempeño del servicio.

Para el año 2025, el indicador presenta una mayor variabilidad, con descensos puntuales en algunos meses, destacándose una caída significativa en los meses de septiembre y diciembre, donde el porcentaje de satisfacción disminuye de forma marcada. Estas variaciones sugieren posibles situaciones coyunturales asociadas a la oportunidad en la atención, cambios operativos, aumento de la demanda o eventos específicos que impactaron la percepción del usuario.

En términos generales, el indicador refleja que el Programa de Artritis Reumatoide mantiene altos niveles de satisfacción, con oportunidades de mejora focalizadas en la identificación y análisis de los eventos que generan descensos puntuales, con el fin de fortalecer la continuidad, oportunidad y calidad de la atención centrada en el paciente.



Fuente: Sistema de información Almera

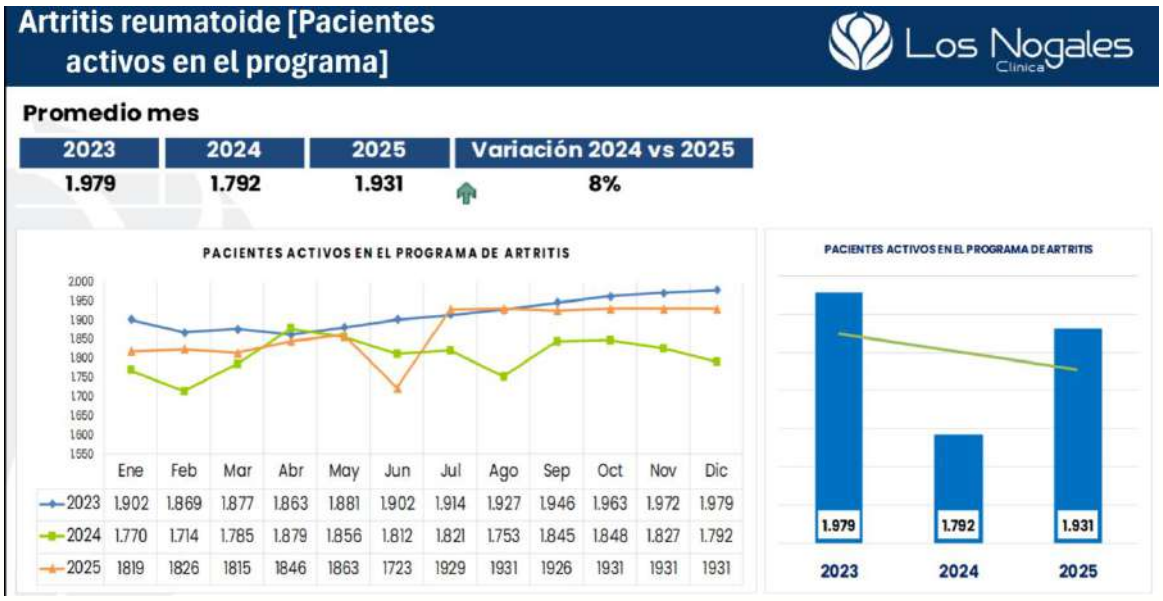
El indicador de porcentaje de pacientes que reciben educación en el Programa de Artritis Reumatoide es un componente fundamental del modelo de atención integral, dado que la educación impacta directamente en la adherencia al tratamiento, el autocuidado, el control de la actividad de la enfermedad y la prevención de progresión del daño articular.

Durante el período analizado, se observa que la meta establecida del 90 % se cumple en la mayoría de los meses, evidenciando un adecuado desempeño del proceso educativo dentro del programa.

En términos generales, el indicador evidencia un desempeño favorable del Programa de Artritis Reumatoide, con altos niveles de cobertura educativa, lo que contribuye al mejor control clínico de la enfermedad, a la reducción de complicaciones y al fortalecimiento de la atención centrada en el paciente.

Fuente: Coordinación Programa Falla Cardiaca.

7. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



Fuente: Sistema de información de Modelo Bisa Estadística

El indicador de pacientes activos en el Programa de Artritis Reumatoide evidencia un comportamiento ascendente entre 2024 y 2025, pasando de un promedio mensual de 1.792 pacientes en 2024 a 1.931 en 2025, lo que representa un incremento del 8%.

Este crecimiento refleja una mayor captación y permanencia de pacientes en el programa, así como la consolidación de los procesos de seguimiento clínico, manteniendo la estabilidad operativa a pesar del aumento en la demanda.

Fuente: Sistema de información de Modelo Bisa Estadística

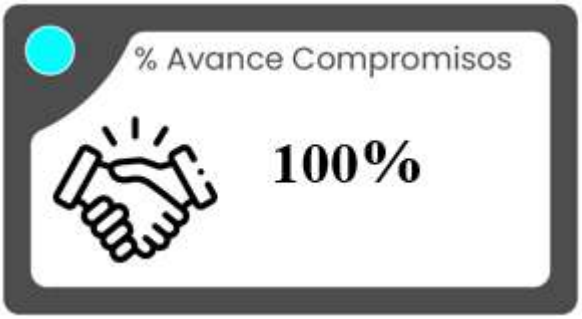
Entre año 2024 y 2025 se observa una ligera disminución del 1 % en el número de consultas del Programa de Artritis Reumatoide, con variaciones mensuales puntuales; aunque algunos meses de 2025 presentan incrementos, las caídas registradas en otros meses generan una tendencia general levemente descendente.

8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

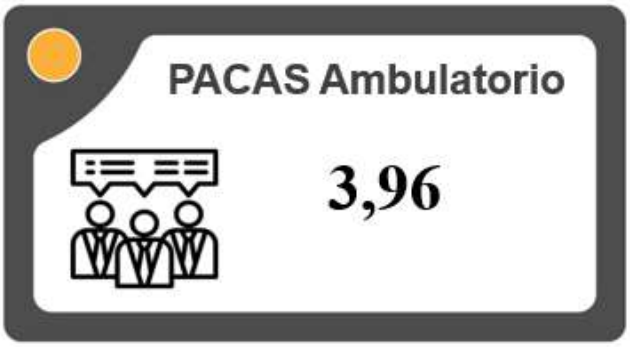
Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.



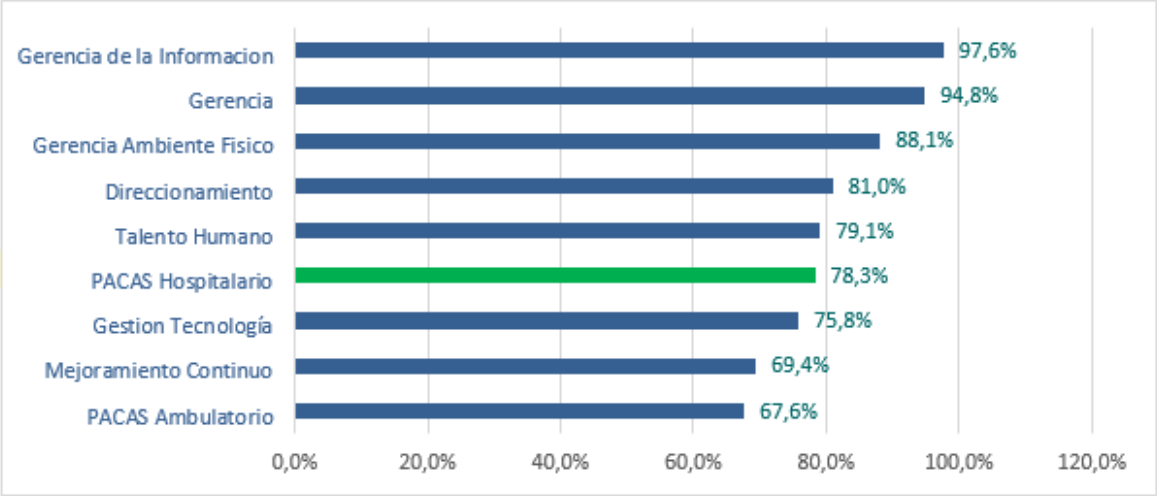
Indicadores.

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.



Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares PACAS hospitalario arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

Durante el año 2025, el Programa de Artritis Reumatoide consolidó aprendizajes relevantes que fortalecen la sostenibilidad, calidad y efectividad del modelo de atención integral. El análisis de los resultados permite identificar las siguientes lecciones clave:

- La atención integral e interdisciplinaria impacta directamente los resultados clínicos: La articulación efectiva entre Reumatología, Enfermería, Psicología, Trabajo Social y Químicos Farmacéuticos demostró ser un factor determinante para el control de la actividad de la enfermedad, la adherencia terapéutica y la satisfacción del usuario, evidenciándose en la baja proporción de pacientes en actividad alta y en la reducción de hospitalizaciones evitables.
- La oportunidad en la atención es un elemento crítico para el control de la enfermedad: La disminución significativa en los tiempos de espera para la consulta especializada evidenció que las estrategias de optimización de agendas y seguimiento impactan positivamente la estabilidad clínica, reducen descompensaciones y mejoran la percepción del servicio por parte de los usuarios.
- La educación sistemática del paciente fortalece el autocuidado y la adherencia: El cumplimiento sostenido del indicador de educación permitió evidenciar que los pacientes informados y acompañados presentan mayor compromiso con el tratamiento, mejor uso de medicamentos y menor riesgo de complicaciones, consolidando la educación como un eje estratégico del programa.
- El seguimiento farmacoterapéutico reduce riesgos asociados al tratamiento: La participación del equipo de Químicos Farmacéuticos permitió identificar oportunamente reacciones adversas, polifarmacia y fallas de adherencia, contribuyendo a la seguridad del paciente y al uso racional de los medicamentos.
- El análisis permanente de indicadores fortalece la toma de decisiones: El monitoreo continuo de los indicadores clínicos, de experiencia del paciente y productividad permitió realizar ajustes operativos oportunos, responder al aumento de la demanda y mantener la estabilidad del programa, incluso en escenarios de alta carga asistencial.
- El crecimiento del programa requiere planeación estratégica continua: El aumento sostenido de la cohorte evidenció la necesidad de anticipar recursos, fortalecer procesos y optimizar la capacidad instalada para garantizar la continuidad y calidad de la atención sin afectar los resultados.

Vigilado Supersalud

10. PROYECTOS 2026:

Con base en los resultados obtenidos en 2025 y los aprendizajes identificados, el Programa de Artritis Reumatoide se proyecta para el año 2026 como un modelo de atención más preventivo, resolutivo y centrado en el paciente, orientado a la excelencia clínica y operativa. Para ello, se definen las siguientes líneas estratégicas:
Fortalecimiento del modelo de atención integral.

- Consolidar y ampliar la intervención interdisciplinaria.
- Estandarizar rutas de atención según el nivel de actividad de la enfermedad.
- Priorizar el seguimiento de pacientes con riesgo de progresión o complicaciones.

Mejora continua de la oportunidad y continuidad en la atención.

- Profundizar las estrategias de optimización de agendas y cupos.
- Fortalecer el seguimiento proactivo de pacientes para evitar quiebres en la atención.
- Reducir la variabilidad en los tiempos de asignación de citas especializadas.

Innovación en educación y comunicación con el paciente.

- Implementar herramientas digitales para educación, seguimiento y recordatorios.
- Fortalecer la educación individual y grupal enfocada en autocuidado, adherencia y detección temprana de alertas.
- Incluir activamente al cuidador en los procesos educativos.

Desarrollo de investigación y gestión del conocimiento.

- Promover proyectos de investigación clínica y de resultados en salud.
- Utilizar la información generada por el programa para análisis de tendencias y mejora continua.
- Avanzar en procesos de publicación y participación en redes académicas y científicas.

Fortalecimiento de la gobernanza y gestión del programa.

- Realizar análisis mensual de indicadores clínicos, operativos y de experiencia del paciente.
- Articular comités clínicos para la toma de decisiones basada en datos.
- Alinear los objetivos del programa con las metas institucionales de calidad y seguridad del paciente.

Los Nogales
Clínica

Informe de Gestión 2025

Talento Humano

Vigilado Supersalud

Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C
Autopista Norte, Costado Oriental.
www.clinicanogales.com
(601) 593 70 00

TALENTO HUMANO

1. PRINCIPALES LOGROS:

SELECCIÓN:

Durante el ejercicio 2025, se consolidó el fortalecimiento de la herramienta Evaluatest, incrementando la aplicación de pruebas en un 34% (de 64 al cierre de 2024 a 86 en 2025). Esta expansión permitió una medición más robusta de las competencias organizacionales. Asimismo, gracias a un trabajo colaborativo con los líderes de proceso, se optimizó la definición de las competencias técnicas, garantizando una evaluación mucho más precisa y alineada a los requerimientos específicos de cada cargo.

La gestión de talento humano durante 2025 resultó en una disminución significativa del 9% en la rotación anual de personal. El número de retiros pasó de 453 casos en 2024 a 412 en 2025.

Este logro se complementa con una reducción notable del 32% en los retiros de colaboradores con más de un año de antigüedad. El dato es un indicador clave que evidencia una mayor retención del personal con experiencia y un entorno laboral más estable.

En 2025, se incrementó significativamente la cobertura de entrevistas de retiro, pasando del 43.3% (172 de 397 retiros en 2024) al 85.9% (268 de 312 retiros en 2025). Este aumento del 42.6% en la tasa de aplicación ha sido crucial para la identificación de causas internas y externas que inciden en la rotación, permitiendo un análisis más profundo para la toma de decisiones estratégicas

CONTRATACIÓN:

Se brindó apoyo permanente a los procesos de contratación del personal asistencial, administrativo y tercerizado, verificando el cumplimiento de requisitos, perfiles y documentación legal exigida. La gestión permitió responder de manera oportuna a las necesidades operativas de la entidad, de la siguiente manera:

- Se realizó la gestión las afiliaciones y novedades ante las entidades del Sistema de Seguridad Social Integral, asegurando la continuidad de la cobertura y el cumplimiento de las obligaciones legales.
- Se realizó el control y actualización permanente de la planta de personal, permitiendo contar con información confiable para la planeación del talento humano y la toma de decisiones.
- Durante la vigencia se gestionaron prórrogas, modificaciones, suspensiones y terminaciones contractuales, garantizando el registro oportuno y la correcta documentación de cada novedad.

Vigilado Supersalud

- Fortalecimiento en la organización, actualización y custodia de las historias laborales, asegurando la trazabilidad documental y la atención adecuada de requerimientos internos y externos.
- Se realizó la revisión correspondiente de la planta de personal, para generar la inclusión organización de la misma por procesos, con el fin de facilitar la gestión de reportes y consultas de la información.
- Definir el mecanismo de control para el seguimiento a las prerrogativas existentes o autorizadas en la organización, mediante los controles establecidos en el PROCEDIMIENTO PRERROGATIVAS y PROCEDIMIENTO PRERROGATIVAS.
- Actualización de procedimiento de Contratación, incluyendo el manejo de las promociones para la institución y los criterios propios para llevar a cabo el proceso, conforme las políticas internas.
- Revisión de las hojas de vida del personal tercerizado para su respectiva digitalización y custodia.
- Actualización del PROCEDIMIENTO DE VINCULACIÓN SOCIEDADES MEDICAS Y MEDICOS ESPECIALISTAS, estableciendo los controles y los criterios para la vinculación del personal a través de las sociedades médicas.

CAPACITACIÓN Y DESARROLLO:

Dentro de las diferentes actividades y estrategias desarrolladas durante el año 2025, a partir de los resultados del Clima Organizacional, Cultura y Evaluación de Desempeño, se implementaron las siguientes actividades y estrategias:

- Actualización de la inducción institucional, denominada Club Nogales 5 estrellas en 5 Zonas, teniendo en cuenta los ejes de acreditación y los lideres responsables de este proceso. Las zonas definidas fueron:

  1. Nuestra esencia, nuestra razón de ser.
  2. Referentes de Salud
  3. Cultura de la prevención
  4. Corazón verde
  5. Personas que cuidan con amor.

Esta actualización consistió en el desarrollo de contenido digital y material audiovisual con temas relevantes para el conocimiento general de la Clínica Los Nogales, dirigido a los colaboradores que ingresan a la institución. Una vez el colaborador realiza la i**nducción institucional** a través de la plataforma **Unitota**l, puede obtener **la tarjeta VIP** y se le extiende la invitación a la bienvenida institucional.

Fuente: Coordinacion talento humano

Bienvenida Institucional

Tiene como objetivo generar espacios de retroalimentación con los colaboradores y fortalecer la experiencia de ingreso a la Clínica Los Nogales, promoviendo la apropiación de la cultura organizacional desde el inicio de la vinculación.

Durante el periodo comprendido entre los meses de enero y mayo, la actividad se realizó con una periodicidad quincenal; posteriormente, se ajustó a una frecuencia mensual, garantizando una cobertura del 100% de los colaboradores de nuevo ingreso.

En esta estrategia participan de manera articulada los siguientes procesos: Direccionamiento Estratégico, Talento Humano, Calidad, Seguridad del Paciente, Gestión del Riesgo, Gestión del Servicio y Humanización, lo que permite una visión integral de la institución y refuerza los lineamientos estratégicos, asistenciales y de atención centrada en la persona.

Fuente: Coordinacion talento humano

Vigilado Supersalud

Fuente: Coordinacion talento humano

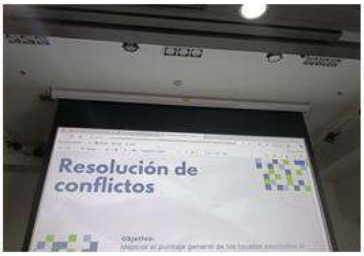
Actividades de Clima Organizacional y Cultura – 2025

Formación presencial en la Clínica Los Nogales

Con el objetivo de fortalecer el clima laboral, promover la alineación con los valores institucionales y reforzar la adherencia a la cultura organizacional, se desarrollaron espacios de formación presencial dentro de las instalaciones de la Clínica Los Nogales.

Estas jornadas abordaron temáticas orientadas al **fortalecimiento de competencias blandas** y **al desarrollo de los equipos de trabajo**, tales como: gestión emocional, resolución de conflictos, comunicación efectiva y trabajo en equipo, así como contenidos relacionados con los procesos institucionales.

Las actividades estuvieron dirigidas a diferentes áreas de la institución, entre ellas: Sistemas, Referencia y Contrarreferencia, Facturación y Cuentas Médicas, Contabilidad, UCI, Cajas, Farmacia y Gestión del Servicio, y se articularon a través de diversas estrategias como programas formativos, ferias internas, dinámicas participativas y espacios de sensibilización, incluyendo la Bienvenida Institucional.



- **Áreas**: Referencia y contra referencia.
- Contabilidad, admisiones, gestión del servicio. Cajas, UCI
- **Temas**
- Reconocimiento de necesidades del grupo.
- Capacitación Resolución de conflictos.
- Gestión emocional

Fuente: Coordinacion talento humano

Rondas de cultura: Durante el año 2025 se realizaron dos rondas de cultura con el propósito de fortalecer la apropiación del modelo cultural institucional:

- **Marzo:** ronda liderada junto con Direccionamiento Estratégico, enfocada en el fortalecimiento y mejoramiento de la entrega del Modelo de Cultura DRUPA.

- **Agosto:** ronda dirigida a colaboradores y usuarios, orientada a la sensibilización y vivencia de la cultura organizacional.

Fuente: Coordinacion talento humano

Nogales Team Fest Gala Dorada:

Objetivo: Fomentar la adherencia de los colaboradores a la cultura organizacional y reconocer su aporte al cumplimiento del Plan Estratégico Institucional, con énfasis en los ejes del Modelo de Acreditación en Salud para la vigencia 2025.

El evento contó con la participación de 290 colaboradores y la intervención de 13 servicios, quienes realizaron puestas en escena alineadas con la cultura institucional. Durante la jornada se llevó a cabo la premiación de los cinco primeros lugares con el reconocimiento tipo Premio Óscar, fortaleciendo el sentido de pertenencia y el reconocimiento al desempeño.

Fuente: Coordinacion talento humano

Feria EFR: En el marco del compromiso institucional con el bienestar de los colaboradores, se promovió el modelo efr (Empresa Familiarmente Responsable) como estrategia para facilitar la conciliación entre la vida personal, familiar y laboral.

Como parte de esta iniciativa, se realizó la Feria EFR, orientada a socializar el modelo, los grupos de medidas y los beneficios dirigidos a colaboradores y sus familias. Asimismo, se reforzó la articulación del modelo EFR con la dimensión de colaboradores del Modelo de Cultura DRUPA, destacando su relevancia dentro de la gestión organizacional.

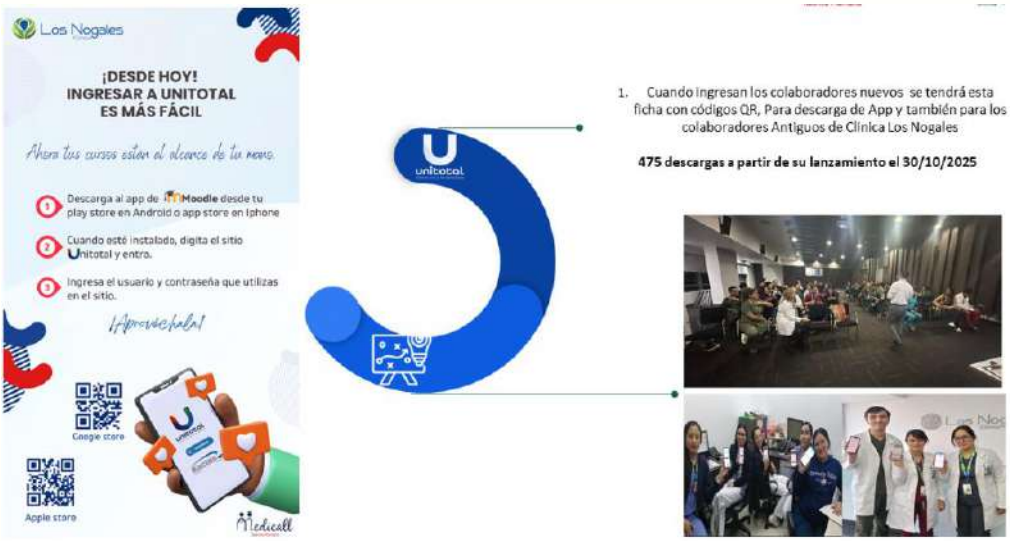
Fecha de realización	07 de febrero de 2025
Participación	280 colaboradores
Nombre del evento	Feria EFR – Esencial del Folclor Regional

Vigilado Supersalud

Fuente: Coordinacion talento humano

Feria de acreditación: Durante el mes de marzo de 2025 se llevó a cabo la Feria de Acreditación, con la participación de 833 colaboradores, como estrategia de sensibilización y fortalecimiento del conocimiento frente a los estándares y ejes del proceso de Acreditación en Salud.

Lanzamiento de la App Unitotal Se realizaron actividades de socialización e incentivo para la descarga de la App Unitotal, incluyendo rondas presenciales por las diferentes áreas de la clínica. Como resultado de esta estrategia, se alcanzaron 475 descargas de la aplicación en la Clínica Los Nogales, fortaleciendo el acceso de los colaboradores a los procesos de formación y comunicación interna.



Fuente: Coordinacion talento humano

Mayor movilización de los cursos en la plataforma Unitotal:

Durante el año 2025, y ante la identificación de una baja cobertura en la ejecución de los cursos en la plataforma Unitotal, se implementaron acciones de mejora en articulación con la Gerencia de la Clínica Los Nogales, logrando una mayor movilización y participación de los colaboradores.

Las acciones desarrolladas incluyeron:

- Seguimientos semanales enviados a la Gerencia y a los líderes de las áreas, con el fin de garantizar el cumplimiento y control del avance de los cursos.
- Entrega de incentivos a los colaboradores que completaron el total de los cursos asignados.
- Rondas periódicas de acompañamiento, en las que se identificaron y restablecieron claves de acceso a la plataforma, así como la verificación de intentos permitidos en evaluaciones vencidas, asegurando la continuidad del proceso formativo.

Fuente: Coordinacion talento humano

PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN SALUD

Durante el año 2025, la Clínica Los Nogales consolidó diversas estrategias de formación continua orientadas al fortalecimiento del talento humano asistencial, alineadas con la realidad epidemiológica de la población atendida. Estas acciones se enfocaron en el cierre de brechas de conocimiento, el desarrollo y fortalecimiento de competencias clave,

así como en el seguimiento sistemático al desempeño profesional, con el propósito de garantizar una atención segura, pertinente y de excelencia.

Jornadas Académicas de Enfermería: Durante el año 2025, se realizó el acompañamiento integral a las Jornadas Académicas de Enfermería, con el objetivo de promover la movilización y participación en los cursos disponibles en la plataforma Unitotal. Esta estrategia se desarrolló en articulación con el líder de Educación de la Clínica Los Nogales, brindando un acompañamiento cercano y permanente al personal de enfermería. Asimismo, se garantizó la inclusión de colaboradores de diferentes turnos, ampliando la cobertura y respondiendo a una necesidad identificada del servicio, particularmente la participación del personal de turnos nocturnos.

Fuente: Coordinacion talento humano

Programa de excelencia en la atención de enfermería 2025 Cursos Unitotal: Los cursos ofertados durante el año 2025 en la aplicación Unitotal fueron diseñados en el marco del Programa de Excelencia en Enfermería, con el propósito de responder de manera estratégica a las necesidades de conocimiento del personal de enfermería, identificadas y priorizadas a partir del análisis realizado en el año anterior. Esta oferta formativa se orientó al fortalecimiento de competencias clave, alineadas con los estándares de calidad, seguridad del paciente y desempeño profesional.

Fuente: Coordinacion talento humano

Clínica Los Nogales, se ha identifican las siguientes necesidades prioritarias para la formulación e implementación de programas de formación continua dirigidos al personal asistencial médico

Formación continua como proceso con el fin de asegurar la idoneidad profesional frente a la realidad epidemiológica de la población.

- Decreto. 780 del 16 libro 2, parte 7 – Talento humano en salud
- Ley 1164 del 07
- Res. 1841 del 13
- Res. 3100 del 19
- Gestión del riesgo reputacional
- Fortalecimiento de la calidad y seguridad del paciente
- Trato humanizado en la atención.
- Gestión del riesgo financiero por glosa en relación con pertinencia y justificación clínica.
- Gestión del riesgo médico legal asociado al correcto diligenciamiento de la historia clínica por Res. 1995 del 99 y código de ética médica.
- Abordaje de la brecha en conocimiento - desarrollo de competencias y seguimiento al desempeño profesional (pre y post test).

Vigilado Supersalud

A partir del último trimestre de 2025, se implementa el programa de formación continua **QUID ARTE**, dirigido al personal médico con el propósito de fortalecer sus competencias clínicas y profesionales.

Fuente: Coordinacion talento humano

Programa *QUID ARTE* Clínica Los Nogales

Fuente: Coordinacion talento humano

Know Why:

Nuestro objetivo es transformar la formación continua del talento humano en una experiencia significativa, concibiendo el aprendizaje no como obligación administrativa, sino como herramienta, en el proceso se determinan los siguientes problemas:

Fuente: Coordinacion talento humano

Know How:

Flash Learning: siendo una metodología innovadora orientada al desarrollo de competencias asistenciales, con énfasis en la gestión del riesgo y en un seguimiento contínuo basado en resultados medibles.

Evolucionamos a partir de los modelos tradicionales de capacitación hacia una cultura institucional de aprendizaje, en la que cada profesional se forme no por obligación, sino por convicción y compromiso con la excelencia.

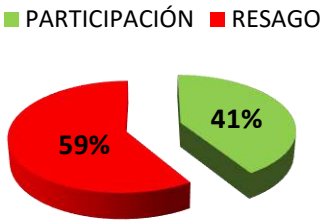
Fuente: Coordinacion talento humano

Actores Clave y Roles:

Fuente: Coordinacion talento humano

Resultados de participación Nogales 2025

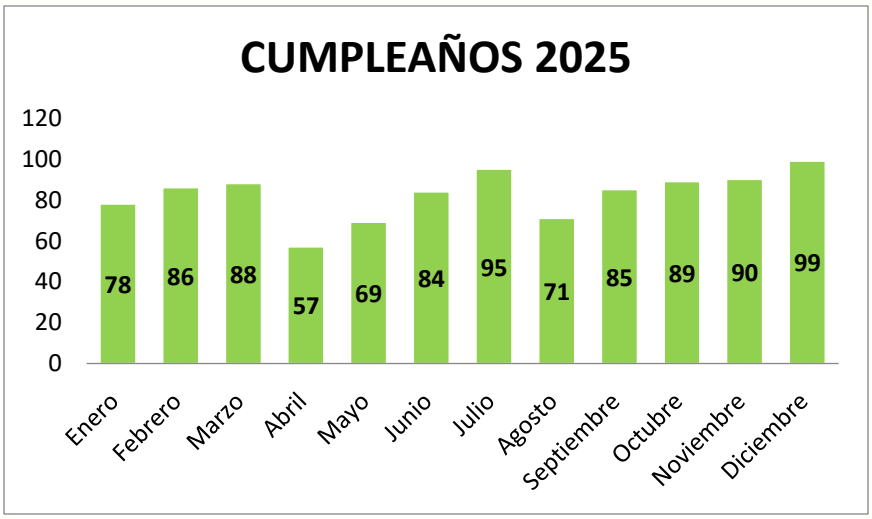
PROCESO	GPC CEFALEA	CURSO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	REPORTE FICHA DE NOTIFICACIÓN SIVIGILA
HOSPITALIZACIÓN GENERAL	27,06%	N/A	N/A
MEDICINA GENERAL	33,00%	77,25%	70,00%
ONCOLOGÍA	0,00%	N/A	N/A
REUMATOLOGÍA	100,00%	N/A	N/A
SALAS DE CIRUGÍA	41,00%	N/A	N/A
SAME	0,00%	N/A	N/A
TERCEROS ASISTENCIALES	0,00%	N/A	N/A
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	100,00%	N/A	N/A
UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO A	40,00%	N/A	N/A
URGENCIAS	41,00%	N/A	N/A
PARTICIPACIÓN GLOBAL	37,06%	77,25%	70,00%



Fuente: Coordinacion talento humano

BIENESTAR:

Dentro del marco del modelo de empresa familiarmente responsable, en Clínica los Nogales para el año 2025 se desplegaron actividades que favorecieron la conciliación entre la vida personal, familiar y profesional de los colaboradores; entre ellas encontramos la entrega de detalles de cumpleaños, actividad que se desarrolló mes a mes buscando generar un ambiente de cercanía y reconocimiento entre los colaboradores, dicha actividad consiste en la entrega de un detalle corporativo a libre elección (Set de herramientas, Portacomidas, Cartuchera, Lonchera, Mochila, Esferos) por el colaborador, al igual que la entrega de un bono para utilizar en la cafetería de la clínica para promover un ambiente laboral cercano y de reconocimiento, Adicional se envía un mensaje de texto con un mensaje conmemorativo, esta gestión impacto a **991 colaboradores** detallado de la siguiente manera:



Fuente: Coordinacion talento humano

Fuente: Coordinacion talento humano

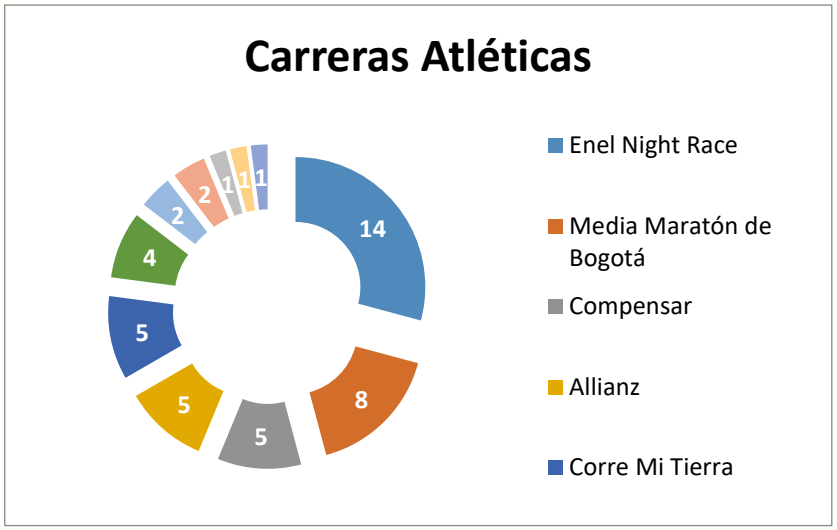
Así mismo el reconocimiento a profesiones, este beneficio consiste en la entrega de un detalle simbólico (Lonchera) a los colaboradores cuyo nivel educativo sea profesional universitario en aquellas carreras con mayor representación en la clínica, esto con el fin de promover la recordación y el reconocimiento entre pares, en el año 2025 se realizó la entrega de 603 detalles, bajo la siguiente distribución:

PROFESIÓN	CANTIDAD
Enfermería	403
Médico	80
Instrumentador Quirúrgico	29
Fisioterapeuta	26
Ingeniero	16
Bacteriólogo	14
Citohistotecnólogo	10
Administrador de Empresas	8
Secretaría	7
Químico Farmacéutico	6
Contador	5
Terapeuta Respiratorio	4
Regente de Farmacia	4
Fonoaudiólogo	2
Trabajo Social	2
Terapeuta Ocupacional	2
Psicología	2
TOTAL	**620**

Fuente: Coordinacion talento humano

Fuente: Coordinacion talento humano

Dentro de la gestión realizada para el año 2025, otras de nuestras iniciativas está dirigida en la salud mental y física de los colaboradores, en donde se gestionó la participación de Carreras Atléticas a nivel nacional e Internacional, los colaboradores de la Clínica Los Nogales recorrieron 516 kilómetros durante el año, mejorando su estilo de vida y evidenciándose un incremento año a año en la participación de las actividades deportivas logrando que **48 colaboradores** participaran de la siguiente manera:



Fuente: Coordinacion talento humano

Fuente: Coordinacion talento humano

Por otro lado, se realizó el promover la integración entre colaboradores y familias, las actividades macro ofrecidas a lo largo del año fueron diseñadas considerando la flexibilidad de horarios, con el objetivo de favorecer a los colaboradores y sus familias, permitiéndoles elegir aquel horario que mejor se ajustara a sus necesidades.

Día del niño: Parque el Yarumo un centro vacacional ubicado en mesitas donde se pudo celebrar de un espacio para disfrutar con los niños de los colaboradores, se logró la participación de 20 colaboradores un promedio de 2,0%.

Fuente: Coordinacion talento humano

Día de la familia I*:* Evento realizado en la caja de compensación Cafam celebrada el 8 y 15 de marzo, donde **75 colaboradores** pudieron compartir con todo su grupo familiar, logrando un promedio de participación de 7,6%.

Fuente: Coordinacion talento humano

Día de la familia II: Evento realizado en con la caja de compensación Colsubsidio en el Centro Vacacional Piscilago, logrando desarrollarse en dos fechas el 8 y 15 de Agosto, se logró impactar a **27 colaboradores** con su grupo familiar identificando un promedio de 2,7%

Fuente: Coordinacion talento humano

Celebración Halloween: Evento realizado en Maloka, el día 25 de Octubre en los horarios de 10:00 am y 2:00 pm, donde se gestionó un espacio de creatividad y diversión con los niños de los colaboradores brindado muchas sorpresas para los más pequeños. Se impactó a **23 colaboradores** un promedio de 2,3%

Fuente: Coordinacion talento humano

Integración del colaborador: Evento realizado en el Club Santa Ana en Tocaima, los días 4 y 5 de octubre con el fin de celebrar Amor y amistad promoviendo la integración entre los colaboradores, donde se logró impactar a **34 colaboradores** generando un promedio de participación del 3,5%.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

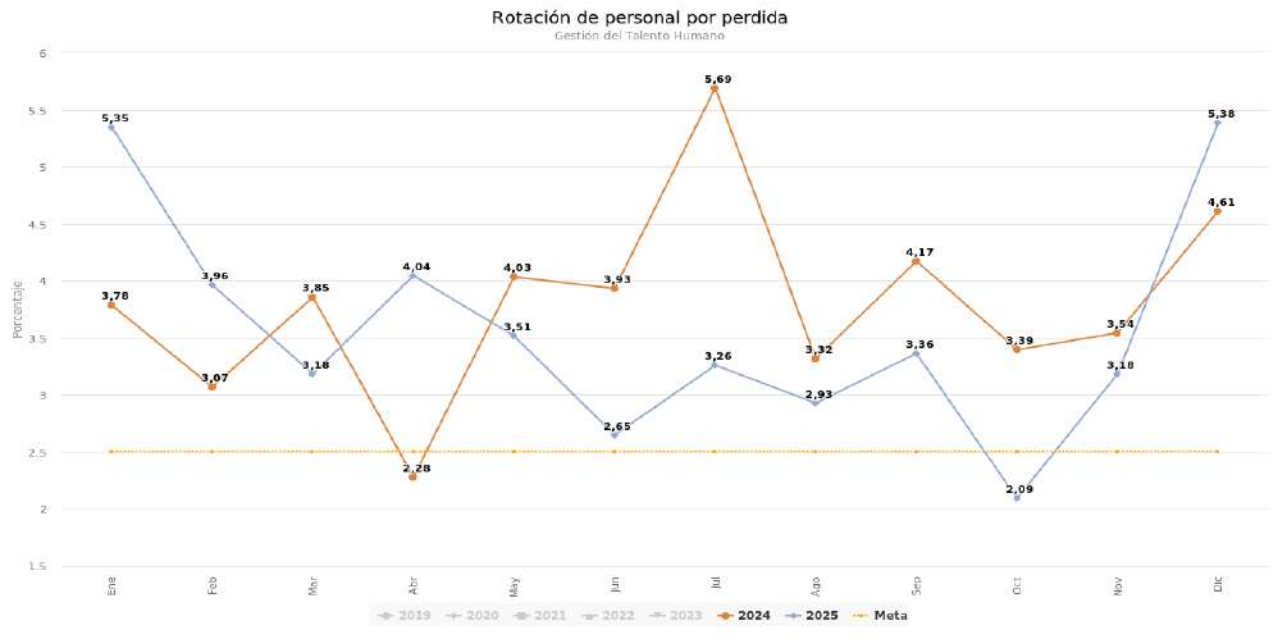
Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Acreditación en salud	Gestionar las oportunidades de mejora generadas en la auditoria de acreditación en salud definidos en el estándar 125 en cuanto a implementación y fortalecimiento en la gestión integral de emergencias, liderada por el Comité, buscando acciones como la señalización de rutas de evacuación, identificación y capacitación de brigadistas, ejecución de simulacros y divulgación del plan de emergencias a colaboradores, pacientes y acompañantes. Se debe reforzar la información sobre rutas de evacuación, puntos de encuentro, mecanismos de respuesta ante diferentes amenazas, actualizar los planos, e involucrar a todas las áreas y servicios. De tal forma que la gestión de	90%	10/2025	Se puede concluir que durante los años 2024 y 2025 se logró un fortalecimiento significativo de la gestión integral de emergencias, evidenciado en el cierre exitoso de 9 de las 10 oportunidades de mejora identificadas a través de las siguientes actividades: • Compromiso de la dirección frente a la gestión de comité de emergencias • Señalización de rutas de evacuación, salidas de emergencia y elementos de emergencia en 98% de la clínica. • Formación y certificación de brigadistas con el cuerpo oficial de bomberos de Tabio, con el 90% de cumplimiento. • Ejecución de simulacros de emergencia con mayor participación de colaboradores, pacientes y visitantes. • Implementación de mecanismos para socializar al personal que hacer en caso de emergencia, como pantallas, folletos,

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	emergencias se fortalezca.			piezas comunicativas. • Mayor adherencia por parte de los colaboradores, pacientes y visitantes sobre cómo actuar en caso de una emergencia. • Inspección continúa de elementos de emergencia garantizando su estado y disponibilidad. Se resalta que el cierre satisfactorio de las oportunidades de mejora contribuyó de manera directa a la obtención de un mayor puntaje en el estándar, evidenciándose un incremento de dos puntos.
Optimización del uso de medidas	Garantizar que el modelo efr llegue de manera efectiva a todos los colaboradores	80%	31 de diciembre	Se realiza movilización de medidas por Whatsapp considerándose el medio más efectivo
Implementación de encuesta de satisfacción	Conocer la percepción de los colaboradores sobre las acciones que se implementan para su bienestar	100%	31 de diciembre	Se evidencia que la encuesta de satisfacción es efectiva por Google Forms

3. INDICADORES DE CULTURA

SELECCIÓN:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La gestión del talento humano durante 2025 arrojó resultados positivos en los indicadores de permanencia, reflejando una mayor estabilidad organizacional.

Se logró una disminución de 0,24 puntos porcentuales, pasando de un promedio de 3,81% en 2024 a 3,57% en 2025.

La reducción total abarcó diversas causales (renuncia de trabajador, terminación de contrato, abandono de cargo, mutuo acuerdo, etc.), indicando un impacto generalizado de las estrategias de retención implementadas.

El análisis detallado por cargos y motivos de retiro ha permitido identificar puntos de acción específicos:

Cargo con Mayor Rotación	Retiros (2025)
Auxiliar de Enfermería	93
Enfermero (a) Jefe	56
Auxiliar de Facturación	31
Médico General	30

Fuente: Coordinacion talento humano

Vigilado Supersalud

Causales de Retiro:

Se han identificado los principales factores internos y externos que causan rotación:

Personales: Las reubicaciones geográficas y calamidades familiares son motivos externos recurrentes.

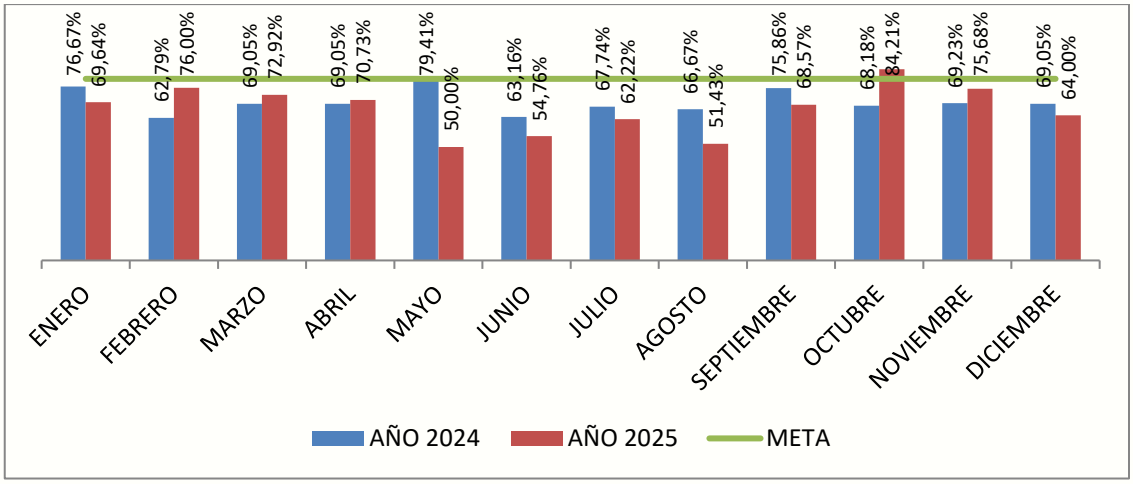
Mejores Condiciones Laborales: La búsqueda de crecimiento profesional y mejores ingresos económicos sigue siendo un motor de fuga de talento clave hacia la competencia.

Clima Laboral: El trato inadecuado por parte de jefes inmediatos y compañeros de trabajo como una causa interna que impacta la permanencia.

Carga Laboral: La percepción de sobrecarga laboral es un factor identificado que afecta a roles asistenciales críticos.

Condiciones de Trabajo: Los turnos rotativos han emergido como un factor de riesgo en la permanencia del personal, siendo un punto a verificar y gestionar para el 2026

EFECTIVIDAD EN LA SELECCIÓN



Fuente: Coordinacion talento humano

La efectividad en la selección no alcanzó la meta proyectada para 2025 quedando en 66,78%, lo que representa un incumplimiento del objetivo del 80%. Este resultado muestra una disminución de 3,06 puntos porcentuales en comparación con la efectividad registrada en 2024.

El análisis de retiros en menos de 6 meses permite identificar que los perfiles que más afectan fueron:

Cargo con Mayor Rotación Temprana	Cantidad de Retiros
Auxiliar de Enfermería	34
Enfermero (a) Jefe	30
Auxiliar de Facturación	18
Auxiliar de Admisiones	7

Fuente: Coordinacion talento humano

Motivos de baja efectividad:

Se explica en una combinación de desvinculaciones por bajo desempeño y retiros voluntarios, los cuales concentran el 94% de las causas:

Un 21% de las desvinculaciones corresponden a colaboradores que no superaron el periodo de prueba. Esto sugiere la necesidad de revisar los métodos de evaluación durante la selección y los planes de inducción y acompañamiento inicial.

Rotación Voluntaria (73% de los retiros): Los motivos principales que impulsan la renuncia en los primeros meses son:

- Clima Laboral: Trato inadecuado del jefe inmediato (10 casos).
- Carga Laboral: Sobrecarga de funciones (12 casos).
- Personales: Calamidad familiar (16 casos) y ubicación geográfica (10 casos).
- Mejores condiciones laborales: Búsqueda de mejores ingresos económicos (9 casos).

La brecha en la meta de efectividad demanda la implementación de acciones correctivas focalizadas, especialmente en la validación de expectativas salariales, la gestión del clima laboral en áreas críticas y el fortalecimiento de la supervisión durante el periodo de prueba.

CONTRATACIÓN:

Cursos de habilitación (Resolución 3100 de 2019)

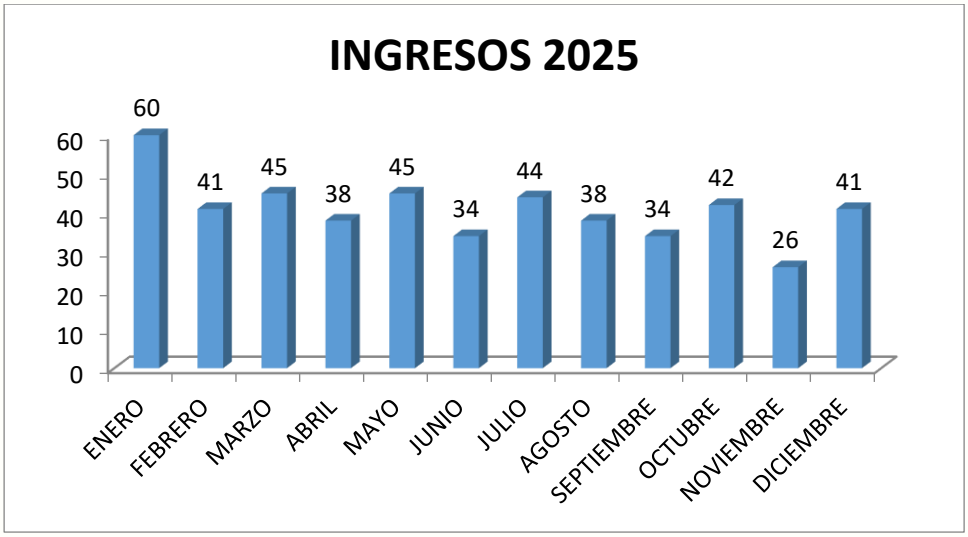
A cierre de diciembre de 2025, el INDICADOR dispuesto para habilitación, el cual refleja el cumplimiento normativo de lo establecido en la Resolución 3100 de 2019, quedó en 97%, tal como se evidencia a continuación:

CURSO	% CUMPLIMIENTO
BLS - CURSO SOPORTE VITAL BÁSICO	**90 %**
ACLS - CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO	**90 %**
VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS	**94 %**
GESTIÓN DEL DUELO	**97 %**
DONACIÓN DE ÓRGANOS	**99 %**
ATENCIÓN VIOLENCIA SEXUAL	**99 %**
CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO	**100 %**
CURSO DE CUIDADO CRITICO DEL PACIENTE ADULTO	**100 %**
CURSO DE CUIDADO CRITICO DEL PACIENTE INTERMEDIO	**100 %**
CURSO DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICO	**100 %**
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	**100 %**
LABORATORIO CLÍNICO	**100 %**
MANEJO DE LA GESTIÓN PRETRANSFUSIONAL	**100 %**

Fuente: Coordinacion talento humano

Ingresos

Para el año 2025 y con fecha de corte 31 de diciembre, se llevaron a cabo 488 procesos de contratación distribuidos por mes de la siguiente manera:



Fuente: Coordinacion talento humano

Comparando estos resultados con el trimestre anterior la diferencia es de 36 procesos menos en contratación.

AÑO	INGRESOS
2024	524
2025	488
Total general	**1012**

Fuente: Coordinacion talento humano

Ingresos por modalidad de contratos

Como se muestra en la gráfica relacionada, para el año 2025 se efectuaron 488 vinculaciones de personal, la Clínica realizó contrataciones con cuatro tipos de vinculación; en la que el 68% (332 Ingresos) son contrataciones a término Indefinido, 3% (16 ingresos) contrataciones a término Fijo, 17% (85 ingresos) con modalidad Obra o labor contratada y 11% (55 ingresos) como aprendices.

TIPO DE CONTRATO	NOGALES LABORAL	MEDICALL NOGALES	TOTAL GENERAL	% CONTRATACIÓN
Aprendices	16	39	55	11%
Indefinido	131	201	332	68%
Obra o Labor contratada	22	63	85	17%
Término Fijo	14	2	16	3%
Total general	**183**	**305**	**488**	**100%**

Fuente: Coordinacion talento humano

En cuanto a la modalidad de contrato por aprendizaje, para CLINICA LOS NOGALES, la cuota de aprendices se fijó mediante la resolución No. 11-10644 expedida por el Sena, el 01 de octubre de 2025, fecha de ejecutoria 04 de noviembre de 2025 con una asignación de 12 aprendices, la cuota se cumplió en un 100%.

A corte 31 de Diciembre contamos con 12 aprendices contratados, el 41% son contratos de aprendizaje en etapa productiva de duración 6 meses como lo estipula el programa académico, el 55% son contratos de aprendizaje etapa lectiva y el 4% corresponde a Judicantes.

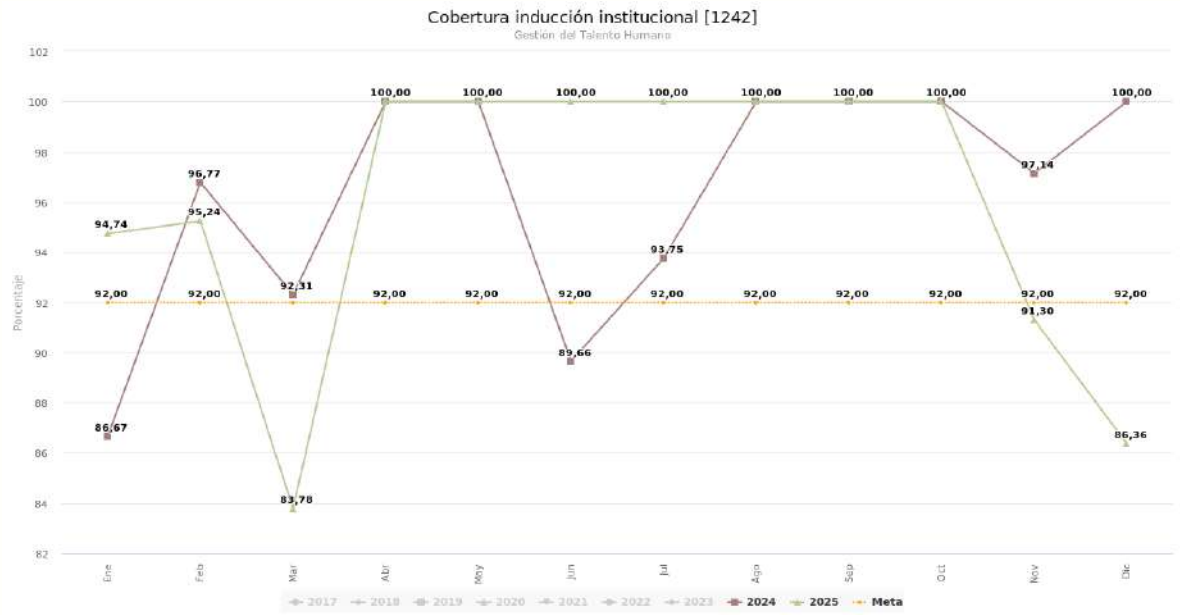
Vigilado Supersalud

APRENDICES	CANTIDAD	% APRENDICES
APRENDICES LECTIVO	8	67%
APRENDICES PRODUCTIVO	4	33%
Total general	12	

Fuente: Coordinacion talento humano

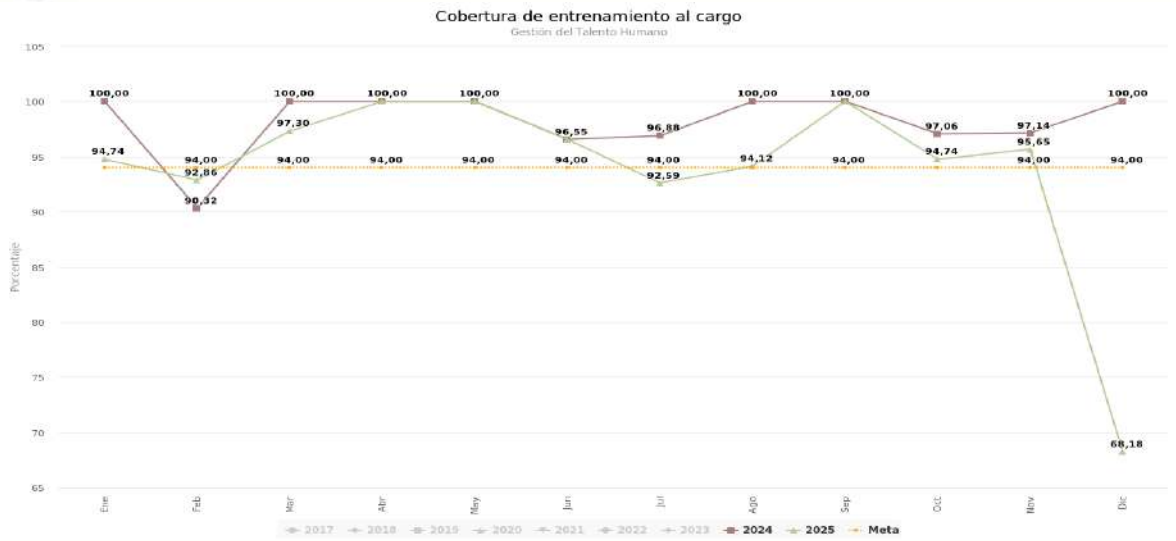
Para Medicall - Clínica los Nogales se tiene una asignación de 35 aprendices, que a cierre de Diciembre de 2025, cerró al 100%.

CAPACITACIÓN Y DESARROLLO:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se llevaron a cabo rondas de sensibilización y acompañamientos a través de diversos Medios, WhatsApp, correos para el abordaje inicial desde las áreas de bienestar y contratación para cumplimiento del indicador con el objetivo de recordar y reforzar el procedimiento necesario para el cumplimiento de los indicadores establecidos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el período de diciembre de 2025, y tomando como referencia los ingresos del mes de noviembre 2025, se registraron 26 colaboradores contratados, de ellos 2 se retiraron y 2 correspondían a aprendices. Entre los 22 colaboradores restantes 15 entregaron su entrenamiento al cargo debidamente diligenciado, dando como resultado un 68,18% de cumplimiento y estando por debajo de la meta establecida del 94% en 25,82 puntos porcentuales, adicionalmente en comparación con el mes anterior de Noviembre 2025 donde el resultado fue de 95,65% se presentó una disminución de 27,47 puntos porcentuales y frente al mismo periodo de Diciembre de 2024 donde se había alcanzado un 100% la disminución fue de 31,82 puntos porcentuales.

Los incumplimientos presentados se deben a que 7 colaboradores que no entregaron su entrenamiento en las áreas de HOSPITALIZACIÓN GENERAL con 5 colaboradores, FACTURACIÓN Y CUENTAS MEDICAS con 2 colaboradores.

La siguiente gráfica contiene la información no acumulada para el año 2025

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

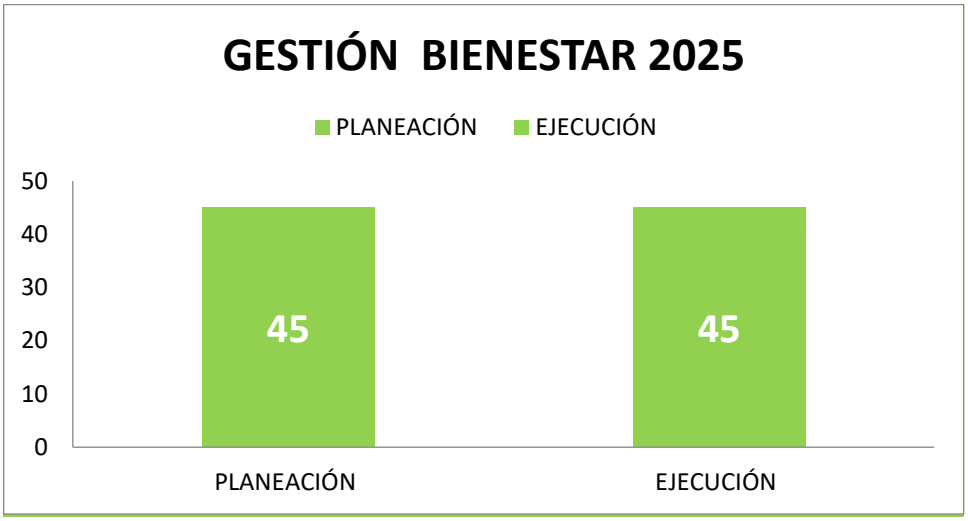
Para el mes de diciembre de 2025 se tenían establecidas 12 acciones de formación diseñadas para mejorar diversos servicios dentro de la clínica. De este conjunto de acciones programadas, se logró ejecutar 5 acciones, esto representa un nivel de cumplimiento del 41,67% estando por debajo de la meta establecida del 90% por 48,33 puntos porcentuales.

Este resultado disminuyó en comparación al mes anterior de noviembre donde se alcanzó el 57,14% en 15,47 puntos porcentuales y hay una diferencia de 55,95 puntos porcentuales menor al periodo de diciembre de 2024 ya que también se había alcanzado el 97,62%. Esto debido a que se incumplieron las acciones Rutas hospitalarias (segregación de residuos hospitalarios, ruta de ascensores), Gases medicinales, Instalaciones y equipos, Gestión del riesgo, Imagen institucional, Suplantación de información (SALUD I.P.S/ Plataforma Tarsis) y Contingencia sistema.

El indicador de ausentismo por causa médica durante el periodo comprendido entre enero de 2024 y diciembre de 2025 presenta un comportamiento variable, con una tendencia general levemente creciente, aunque manteniéndose de manera constante por debajo de la meta establecida. En el año 2024, el indicador osciló principalmente entre valores cercanos a 1,7 y 2,3, con una disminución significativa en diciembre (1,32). Para 2025, se observa un incremento puntual en algunos meses, destacándose marzo (2,70) y octubre (2,94) como los valores más altos del periodo, seguidos de una estabilización en el último trimestre alrededor de 2,4. A pesar de estos picos, el comportamiento general refleja un control aceptable del indicador, sin sobrepasar la meta definida.

Vigilado Supersalud

BIENESTAR:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

De las 45 acciones planeadas y registradas en el cronograma de actividades para el 2025, de las cuales cada una fue ejecutada logrando el 100%.

Cobertura:
El indicador de cobertura para el proceso de Bienestar mide el alcance de la participación de los colaboradores en las actividades contenidas en el Plan de Bienestar, las cuales promueven e impactan positivamente en la Conciliación.

- **Entrega detalles de cumpleaños:** Esta entrega se realiza con base en la planta activa con periodicidad mensual, presentando una cobertura del 100%, ya que frente a casos en donde el colaborador por temas de incapacidad o vacaciones y otros no pueda reclamarlos el día de su cumpleaños, puede realizarlo en fechas posteriores.

- **Entrega detalles por profesión:** Esta entrega se realiza a los colaboradores que tienen actualizada su formación profesional en el sistema, se agregan otras profesiones como Citohistotecnologo y Regencia de Farmacia para obtener un mayor alcance de este beneficio, lo cual permite tener una cobertura del 100% sobre la población objetivo.

- **Actividades macro:** La cobertura para estas actividades se saca sobre el número de los colaboradores en planta para la fecha en la cual se realiza la actividad o el evento, según corresponda:

Vigilado Supersalud

Evento	Población objetivo	Inscritos	Participación
Día del niño	991	20	2,0%
Día de la familia I	983	75	7,6%
Día de la familia II	1006	27	2,7%
Halloween	998	23	2,3%
Amor y amistad	976	34	3,5%

Fuente: Coordinacion talento humano

Satisfacción:

Frente al indicador de satisfacción, este se calcula "# de respuestas positivas / # total de respuestas", el cual aplica para las actividades macro desarrolladas a lo largo del año, siendo así:

Evento	N. de preguntas	Respuestas positivas	Satisfacción
Día del Niño	12	10	83%
Día de la Familia	8	7	88%
Halloween	15	15	100%

Fuente: Coordinacion talento humano

4. INDICADORES MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Vigilado Supersalud

Cumplimiento Cargue de Actas.

Cumplimiento actas EAE

100%

Cumplimiento actas EPM

88%

Avance de Compromisos.

% Avance Compromisos

89%

Indicadores.

Cargue de indicadores

99,3%

Análisis de indicadores

52,4%

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

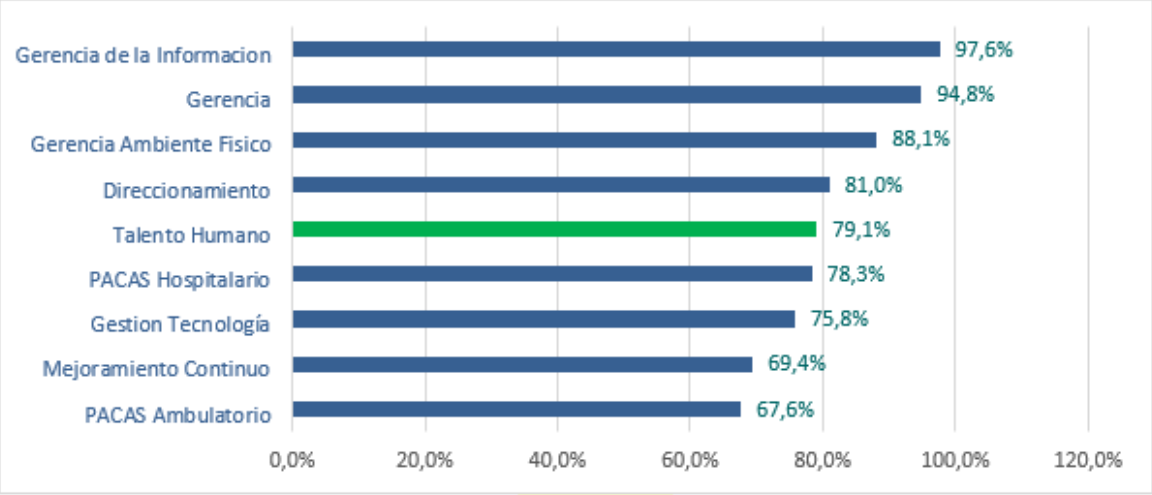
Gerencia Talento Humano

3,81

Vigilado Supersalud

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **Gerencia Del Talento Humano** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Talento Humano

5. LECCIONES APRENDIDAS 2025

CONTRATACIÓN:

- Realizar las afiliaciones a seguridad social integral para todos los trabajadores, de manera oportuna, mitiga sustancialmente cualquier tipo de riesgo para la compañía.
- Verificación de documentación previa a la realización de los contratos, evita que generemos contratación sin el lleno de los requisitos, lo cual se podría ver reflejado ante cualquier requerimiento.
- Realizar seguimiento permanente a los periodos de prueba, para que se califiquen oportunamente, garantiza que cada uno de los trabajadores que se encuentran en ese momento reciba una calificación y sobre todo retroalimentación de su trabajo, por parte de los jefes inmediatos.
- Garantizar el cumplimiento normativo en los ingresos del personal asistencial en lo que refiere a pólizas RCE, Requisitos de habilitación y demás requisitos legales del sector salud, mitiga riesgos para la compañía ante cualquier visita de entes regulatorios.
- Realizar la validación de títulos, a la vinculación del personal, garantiza que el personal contratado cumple con la idoneidad propia para el cargo.

Vigilado Supersalud

6. CAPACITACIÓN Y DESARROLLO:

- Es necesario fortalecer la adherencia de los colaboradores a la realización oportuna de los cursos asignados en Unitotal, mediante estrategias de seguimiento, comunicación clara y corresponsabilidad entre líder y colaborador.
- Se evidenció la importancia de mejorar el cumplimiento de los indicadores relacionados con la entrega del entrenamiento al cargo, garantizando que los procesos de formación se realicen de manera completa, oportuna y alineada con el plan de formación institucional.
- El seguimiento continuo y la articulación con los líderes de proceso son claves para asegurar el cierre efectivo de las actividades de capacitación y el impacto esperado en el desempeño
- **QUID ARTE es más que un programa: es una cultura:** Durante 2025, QUID ARTE evolucionó de una oferta formativa que para el 2026 busca ser una estrategia cultural, integrando ética, conocimiento, humanidad y excelencia clínica.
  La formación continua sostenible se construye desde la convicción, no desde la obligación.
- **La formación continua reduce riesgo clínico y legal:** Los cursos enfocados en documentación clínica, adherencia a guías y toma de decisiones éticas contribuyen a disminuir eventos adversos y riesgos medicolegales.
  La formación es una estrategia de gestión del riesgo.
- **La motivación mejora con reconocimiento e incentivos simbólicos:** El reconocimiento institucional, los incentivos académicos y los premios simbólicos aumentan la participación sin desvirtuar el carácter ético del programa.
- Reconocer el esfuerzo del médico fortalece la cultura de aprendizaje, siendo esta una de las estrategias para un mejor alcance y cobertura para las diferentes acciones formativas.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:

- La gestión oportuna de los exámenes periódicos con énfasis en radiaciones ionizantes permite que la habilitación o renovación de licencias de los equipos biomédicos sea oportuna.
- El acompañamiento de los líderes en la asignación de brigadistas, así como en la gestión de los permisos para la participación en el entrenamiento en pista con el Cuerpo Oficial de Bomberos, permitió fortalecer de manera significativa la gestión integral de emergencias.
- La programación de exámenes periódicos en la clínica facilita la asistencia y la cobertura porque no requieren desplazamiento a las otras sedes.
- El adecuado funcionamiento de los comités de emergencia y del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) contribuye de manera decisiva al

Vigilado Supersalud

cumplimiento de los objetivos del SG-SST, dado que su participación activa y liderazgo facilitan la ejecución efectiva del plan de trabajo en Seguridad y Salud en el Trabajo.

- La generación de espacios de participación para pacientes y visitantes en los simulacros de emergencia permitirá una gestión más oportuna y contribuirá al fortalecimiento del Plan de Emergencias durante el año 2026.

BIENESTAR:

- Teniendo en cuenta el resultado de los proyectos, se evidencia que en el año 2025, funciono las encuestas de satisfacción por Google forms se proyecta la gestión por este medio, con el fin de generar una mayor participación en la percepción de las actividades ejecutadas, con respecto a la movilización del uso de medidas se debe continuar con la implementación de las medidas efr, con el fin de que el personal conozca los beneficios, lo cual el proyecto demuestra que no solo debe ser por canales digitales, si no garantizar rondas donde se movilice los beneficios abiertos o disponibles para los colaboradores.

7. PROYECTOS 2026:

SELECCIÓN:

LIDERA COOL

- Mitigar el "Trato inadecuado de jefes inmediatos", causa de retiro voluntario identificada.
- Implementar comunicaciones directas con los jefes, a fin de poder identificar dificultades que presentan desde el área y que puedan estar ocasionando una mala comunicación con los colaboradores bajo su cargo.

ONBOARDING

- Reducir la rotación de Auxiliares de Enfermería y Enfermeros jefes en sus primeros 6 meses.
- Creación de un modelo de Onboarding de 90 días donde personal antiguo actúe como "mentor" del nuevo ingreso adicional realizando un seguimiento a los 15, 45 y 90 días para detectar alertas de sobrecarga laboral.

SELECCIÓN PREDICTIVA CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL

- Elevar la efectividad de selección del 66.78% al 80% y reducir el 21% de fallos en periodo de prueba.
- Fortalecer la Incursión de herramientas de IA en EVALUATEST y PANDAPE para mejorar el análisis de adecuación al cargo y fortaleciendo las pruebas

Vigilado Supersalud

técnicas, para evaluar la respuesta técnica y emocional de los nuevos colaboradores.

GESTIÓN DEL RIESGO

- Sistematizar el análisis de las entrevistas de retiro (que crecieron un 42% en 2025) para prevenir fugas masivas.
- Implementación de Dashboard que permita generar un análisis mes a mes de los motivos de retiro y otro de Analítica en Tiempo Real que cruce datos de ausentismo, horas extra y clima laboral por servicio que permita emitir "Alertas Tempranas" de rotación en áreas críticas como Facturación y enfermería.

NOGALES AGRADABLE

- Abordar la causa de "Carga laboral" y "Calamidad familiar" mediante acompañamiento.
- Crear espacios de comunicación activa de apoyo para la gestión de la fatiga, reduciendo el riesgo de burnout en el personal de primera línea.

CONTRATACIÓN:

El reto establecido para el año 2025, es transformar el proceso de Contratación de personal, que el mismo se realice de manera efectiva, mitigando riesgos de error en la elaboración de estos y se minimicen los tiempos tanto para el proceso como para el aspirante.

Garantizar la digitalización de las carpetas del personal tercerizado que en este momento presta servicios para la Clínica a través de las Sociedades Médicas, en este momento se encuentra la digitalización de las hojas de vida al 68%.

CAPACITACIÓN Y DESARROLLO:

QUID-ARTE Enfermería: Es el programa institucional de capacitación para enfermería que, para el año 2026, tiene como objetivo fortalecer el conocimiento y las competencias del personal de enfermería de la Clínica Nogales en relación con los protocolos y manuales institucionales, la humanización y la seguridad en la atención. El programa incorpora metodologías innovadoras acordes para la línea estratégica de enfermería, incluyendo Flash Learning, orientada al desarrollo de competencias asistenciales, la gestión del riesgo y el seguimiento continuo mediante resultados medibles. Su implementación se basa en un modelo, que integra de manera transversal el cumplimiento normativo y la humanización del cuidado, articulados en tres enfoques estratégicos: Plan y Atención de Enfermería, Procesos Prioritarios y Seguridad del Paciente. Este proyecto responde a la necesidad institucional de consolidar el perfil de la enfermera ideal de la Clínica Nogales, promoviendo una evolución a través de la cultura de aprendizaje

Vigilado Supersalud

continuo, en la que el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes se construye desde la esencia del cuidado hasta la excelencia clínica, con compromiso y convicción profesional.

BIENESTAR:

Para el año 2026, la Clínica Nogales continuará con su firme compromiso con el bienestar de sus colaboradores, implementando una serie de acciones y estrategias centradas en la mejora continua y el desarrollo integral del talento humano. Las principales metas del proceso de Bienestar en este año son las siguientes:

- **Optimización del uso de canales de comunicación internos:** Con el fin de garantizar que el modelo efr llegue de manera efectiva a todos los colaboradores, y logre una mayor participación de las actividades de bienestar para los colaboradores y sus familias con el fin de permitir una mayor interacción de los colaboradores con los beneficios disponibles.

- **Implementación de estrategias para un mayor alcance de la participación de la encuesta de satisfacción:** La realización de encuestas de satisfacción nos permite conocer la percepción de los colaboradores sobre los beneficios y acciones que se implementan para su bienestar. Sin embargo, uno de los principales retos identificados es garantizar la participación activa y significativa en estas encuestas, el reto planteado es implementar estrategias efectivas para asegurar una alta participación en la encuesta de satisfacción y, de esta manera, fortalecer la gestión de bienestar de la organización.

Los Nogales
Clínica

Informe de Gestión 2025

Ambiente Físico

Vigilado Supersalud

Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C
Autopista Norte, Costado Oriental.

www.clinicanogales.com

(601) 593 70 00

INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO

1. PRINCIPALES LOGROS:

- **Proyecto Otología:** diseño, construcción y dotación integral del servicio de Otología, desarrollado en un área de 190 m², ubicado en la Torre 2, Piso 8, con una inversión total de $385.082.333, fortaleciendo la capacidad instalada y las condiciones físicas para la atención segura y de calidad.
- **Laboratorio Clínico:** ejecución de obra civil, adecuaciones eléctricas e hidrosanitarias para la adaptación del servicio, en el marco del proceso de renovación tecnológica, con una inversión de $125.485.000, fortaleciendo la seguridad, funcionalidad y continuidad del servicio.
- **PTAR – Fase I:** ejecución de estudio de caudales, identificación de redes de tuberías y elaboración del informe de caracterización de vertimientos de agua patógenas, fortaleciendo el control y la gestión del sistema de aguas residuales del edificio, con una inversión de $24.000.000.
- **Proyecto Acelerador Lineal: desarrollo** de las actividades de obra civil, adecuaciones eléctricas, hidrosanitarias y de sistemas HVAC requeridas para la puesta en funcionamiento del segundo equipo de radioterapia, fortaleciendo la capacidad tecnológica y las condiciones de seguridad del servicio, con una inversión de $514.508.000.
- **Adecuación de Cardiología:** desarrollo del ambiente para lavado de fístulas y reorganización de vistieres y cuarto de ropa limpia, mejorando las condiciones locativas, el control de infecciones y la seguridad del proceso asistencial, con una inversión de $11.500.000.
- **Gestión de equipos industriales:** ejecución del cambio de baterías del sistema de energía continua (UPS), ajuste general de la planta eléctrica de emergencia y repotenciación del sistema HVAC, fortaleciendo la continuidad operativa, la seguridad y la confiabilidad de los servicios críticos, con una inversión de $12.580.452.
- **Fortalecimiento del sistema de indicadores:** aumento en el 150% y diversificación del número de indicadores del área de infraestructura física, mejorando el seguimiento de la gestión, la eficiencia operativa y la toma de decisiones basadas en evidencia, contribuyendo a la mejora continua y al cumplimiento de estándares de calidad y acreditación.
- **Fortalecimiento de la medición de la satisfacción del usuario:** incremento en la aplicación de encuestas de satisfacción, ampliando la cobertura y representatividad de la opinión del usuario en un 120% lo que permite contar con información más oportuna y confiable para la toma de decisiones, la mejora continua de los servicios y el fortalecimiento de la experiencia del usuario.
- **Proyecto Torre III:** Inicio del proyecto de construcción del nuevo edificio de ampliación de la clínica, incluyendo la planeación, diseño preliminar y gestión inicial, con impacto en la expansión de la capacidad instalada y el cumplimiento de estándares técnicos y normativos.

Vigilado Supersalud

- **Meta ejecutoria Torre III:** las actividades de excavación, cimentación y estructura del proyecto se ejecutaron con un cumplimiento del 110 % frente al cronograma establecido, evidenciando una gestión eficiente de la planeación, control de obra y coordinación técnica a 31 de diciembre de 2025.
- **Radicación Licencia de construcción Torre 4:** gestión del proyecto de ampliación, que permite formalizar el cumplimiento de la normatividad urbanística, ambiental y técnica exigida por las autoridades competentes. Esto asegura la viabilidad legal del proyecto, facilita la planeación y ejecución ordenada de las fases constructivas y contribuye al fortalecimiento de la infraestructura física institucional, en coherencia con los estándares de calidad, seguridad del paciente y sostenibilidad.
- **Renovación tecnológica del sistema HVAC:** modernización y actualización de 8 equipos industriales del sistema HVAC, fortaleciendo la eficiencia energética, la confiabilidad operativa y las condiciones ambientales necesarias para la atención segura y el cumplimiento de estándares técnicos y de calidad.
- **Gestión Equipos Industriales**: Cumplimiento del 100% del cronograma de mantenimiento preventivo de equipos industriales, dando alcance a la cobertura total según inventario institucional, aportando con esto a la no materialización de riesgos no clínicos asociados al uso de estos equipos.
- **Fortalecimiento de la gestión del riesgo**: revisión y actualización del mapa de riesgos del área, incrementando los riesgos identificados de 3 a 7, lo que representa un crecimiento del 133 %, permitiendo una identificación más integral de los riesgos, el fortalecimiento de controles y la implementación de acciones preventivas orientadas a la seguridad y la mejora continua.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Proyecto Otología	Diseño, construcción y dotación integral del servicio de Otología, desarrollado en un área de 190 m², ubicado en la Torre 2, Piso 8	100%	07/25	Proyecto finalizado
Laboratorio Clínico	Ejecución de obra civil, adecuaciones eléctricas e hidrosanitarias para la adaptación del servicio, en el marco del proceso	100%	04/25	Proyecto finalizado

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	de renovación tecnológica			
PTAR – Fase I	Ejecución de estudio de caudales, identificación de redes de tuberías y elaboración del informe de caracterización de vertimientos de agua patógenas	100%	10/25	Proyecto finalizado
Proyecto Acelerador Lineal II	Desarrollo de las actividades de obra civil, adecuaciones eléctricas, hidrosanitarias y de sistemas HVAC requeridas para la puesta en funcionamiento del segundo equipo de radioterapia	100%	10/25	Proyecto finalizado
Torre III	Inicio del proyecto de construcción del nuevo edificio de ampliación de la clínica, incluyendo la planeación, diseño preliminar y gestión inicial, con impacto en la expansión de la capacidad instalada	22%	En curso	finalización en enero 2027
Torre IV	Gestión del proyecto de ampliación, que permite formalizar el cumplimiento de la normatividad urbanística, ambiental y técnica exigida por las	6%	En curso	Proyecto en trámite de permisos constructivos

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	autoridades competentes.			

3. GESTIÓN DEL RIESGO

La evaluación de los riesgos asociados al proceso se realiza mediante la identificación de amenazas asociadas a la infraestructura física y técnica de la Clínica, el análisis de la probabilidad de ocurrencia y el impacto sobre la seguridad del paciente, la continuidad del servicio y el cumplimiento normativo. Con base en esta evaluación, se establece el nivel de riesgo y se define el tratamiento correspondiente (evitar o reducir), implementando controles preventivos, correctivos y planes de contingencia, con seguimiento periódico y actualización contínua de la matriz de riesgos.

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Ausencia de suministro de agua potable: Posible interrupción del suministro de agua potable que puede afectar la prestación continua y segura del servicio, comprometiendo las condiciones de higiene, desinfección, atención clínica y bienestar de pacientes, usuarios y trabajadores.

- **Probabilidad:** Moderada
- **Impacto:** Mayor
- **Nivel de riesgo:** Medio
- **Gestión:** Se evita la materialización del riesgo mediante sistemas de almacenamiento, monitoreo permanente y planes de contingencia que garantizan la continuidad del servicio

Incendios: Posibilidad de ocurrencia de incendios por fallas eléctricas, sobrecarga de equipos, materiales inflamables o errores operativos, con potencial afectación a la vida de pacientes, colaboradores, visitantes y a la infraestructura hospitalaria.

- **Probabilidad:** Probable
- **Impacto:** Mayor

- **Nivel de riesgo**: Alto
- **Gestión**: Se reduce el riesgo mediante controles preventivos, sistemas de detección y respuesta, mantenimiento de instalaciones eléctricas y contraincendios y capacitación del personal.

Riesgos estructurales del edificio: Posibles fallas estructurales del edificio derivadas del deterioro, incumplimiento de normas sismo-resistentes o sobrecarga de la infraestructura, que pueden generar colapsos parciales o totales, afectando gravemente la seguridad de pacientes y personal.

- **Probabilidad:** Probable
- **Impacto:** Catastrófico
- **Nivel de riesgo:** Extremo
- **Gestión:** Reducir el riesgo mediante evaluaciones estructurales periódicas, mantenimiento correctivo y planes de emergencia y evacuación.

Eventos adversos por falencias en la infraestructura y ambiente físico: Posibilidad de ocurrencia de eventos adversos que afecten la calidad y seguridad de la atención en salud como caídas, lesiones, infecciones o interrupciones del servicio, ocasionados por deficiencias en la infraestructura física o condiciones ambientales inadecuadas.

- **Probabilidad:** Rara vez
- **Impacto:** Moderado
- **Nivel de riesgo:** Medio
- **Gestión:** Reducir el riesgo mediante mantenimiento preventivo, inspecciones periódicas y acciones correctivas oportunas.

Riesgo de inundación en niveles bajos de la edificación: Posible ingreso de agua en sótanos o niveles inferiores del edificio debido a lluvias intensas, fallas en drenajes o redes hidráulicas, generando afectación a equipos, instalaciones y continuidad de los servicios.

- **Probabilidad:** Moderada
- **Impacto:** Moderado
- **Nivel de riesgo:** Medio
- **Gestión:** Reducir el riesgo mediante sistemas de drenaje adecuados, mantenimiento preventivo y planes de respuesta ante emergencias.

Ausencia de energía eléctrica: Interrupción del suministro de energía eléctrica que puede afectar el funcionamiento de equipos biomédicos, sistemas de información y servicios críticos, poniendo en riesgo la seguridad del paciente y la continuidad de la atención.

- **Probabilidad:** Probable
- **Impacto:** Mayor
- **Nivel de riesgo:** Alto

Vigilado Supersalud

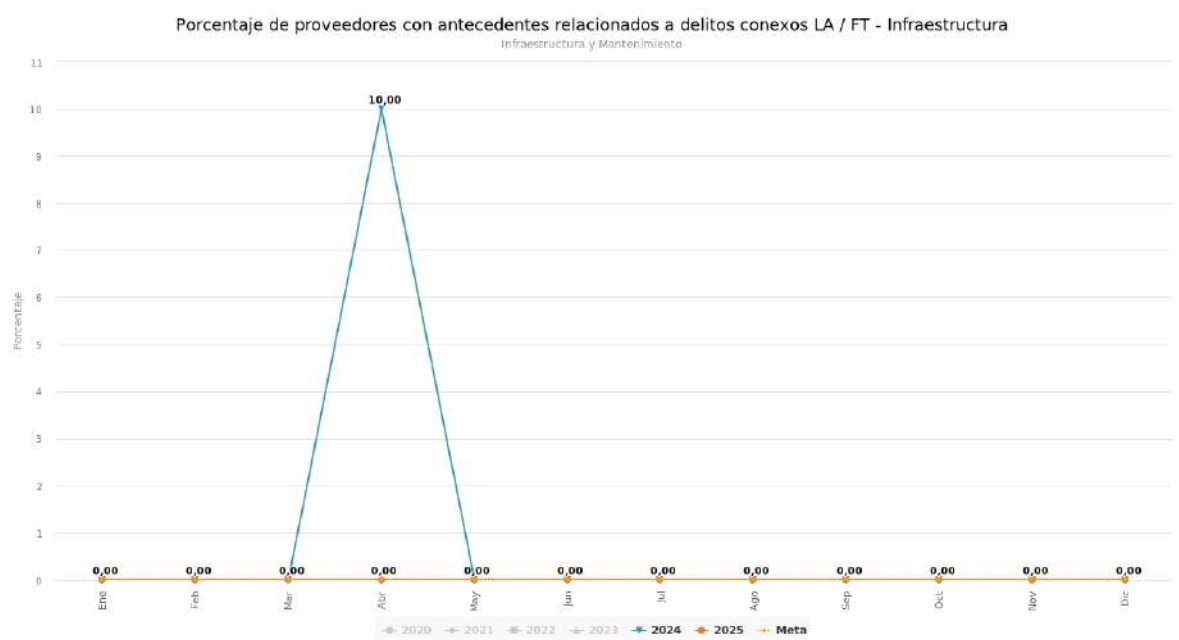
- **Gestión:** Reducir el riesgo mediante mantenimiento periódico y pruebas de funcionamiento a los equipos de plantas eléctricas y sistemas de respaldo

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA

ID-587: Con el fin de fortalecer la gestión del riesgo institucional y asegurar la transparencia en los procesos de contratación del área de Infraestructura, se establece el indicador *"ID-587 Porcentaje de proveedores con antecedentes relacionados a delitos conexos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT)"*.

Este indicador permite evaluar el nivel de exposición frente a riesgos legales, financieros y reputacionales asociados a la vinculación de proveedores que presenten antecedentes o alertas relacionadas con este tipo de delitos**.**

$$\text{Porcentaje de proveedor LA/FT Infraestructura} = \left(\frac{\text{No. de personas con antecedentes LA/FT} - \text{Infraestructura}}{\text{No. total de consultas realizadas en el periodo}}\right) \times 100$$



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el periodo comprendido entre enero de 2024 y diciembre de 2025, el indicador presenta un comportamiento favorable y controlado, evidenciando una tendencia sostenida a la disminución del riesgo LA/FT en los procesos de vinculación de proveedores del área de Infraestructura.

En el año **2024**, se observa una reducción progresiva del indicador, pasando de valores cercanos al 2,00 % en mayo de 2024 hasta alcanzar 0,83 % en diciembre de 2024, lo cual refleja el fortalecimiento de los controles de debida diligencia y verificación de antecedentes aplicados por el proceso SARLAFT.

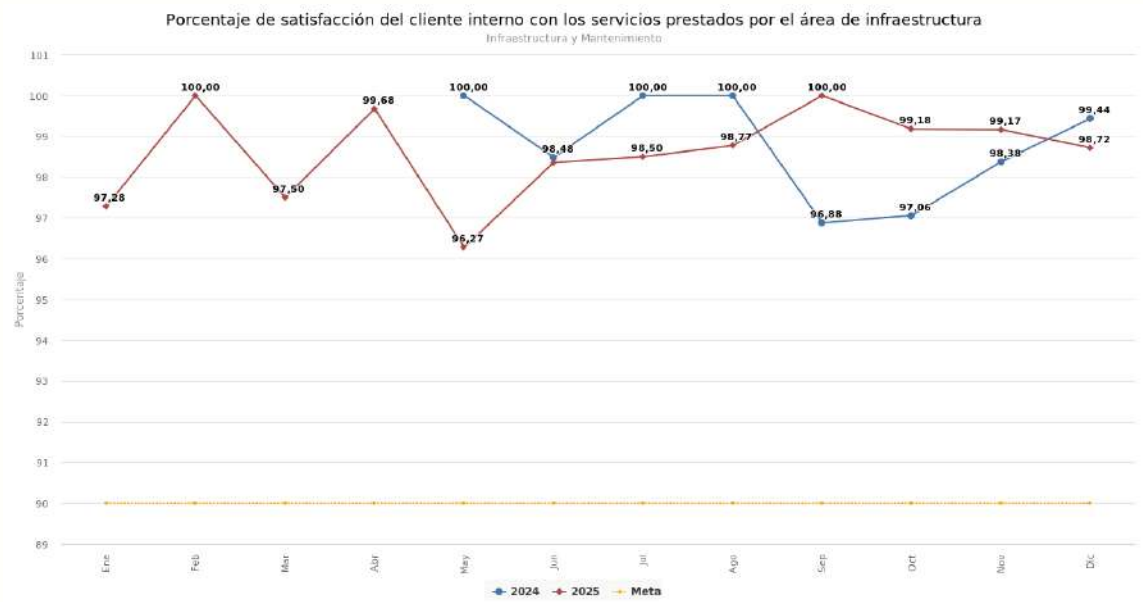
Para el año **2025**, el indicador se mantiene en 0,00 % durante todos los meses evaluados, evidenciando que no se identificaron proveedores con antecedentes relacionados a delitos conexos de lavado de activos y financiación del terrorismo, cumpliendo de manera consistente con la meta institucional del 100 %.

5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

ID-981: Indicador que mide el porcentaje de satisfacción del cliente interno con los servicios prestados por el área de infraestructura, relacionando los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción con el número total de tickets gestionados a través de la plataforma de mesa de ayuda. Su objetivo es evaluar la percepción del usuario frente a la oportunidad, calidad y efectividad de los servicios, identificar oportunidades de mejora y fortalecer la gestión y la atención dentro del área.

Interpretación: Expresa el número de encuestas de satisfacción de los servicios ofrecidos por infraestructura calificadas por excelentes y buenas teniendo en cuenta el total de encuestas de satisfacción de infraestructura realizadas en un mes de seguimiento.

$$\text{Porcentaje de satisfacción del cliente interno (\%)} = \frac{\text{Número de encuestas de satisfacción positivas (según GLPI)}}{\text{Total de tickets gestionados en la mesa de ayuda GLPI}} \times 100$$



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La satisfacción del cliente interno se mantuvo alta y estable durante todo el año, oscilando entre 96,27 % y 100 %, lo que indica un nivel de satisfacción muy consistente

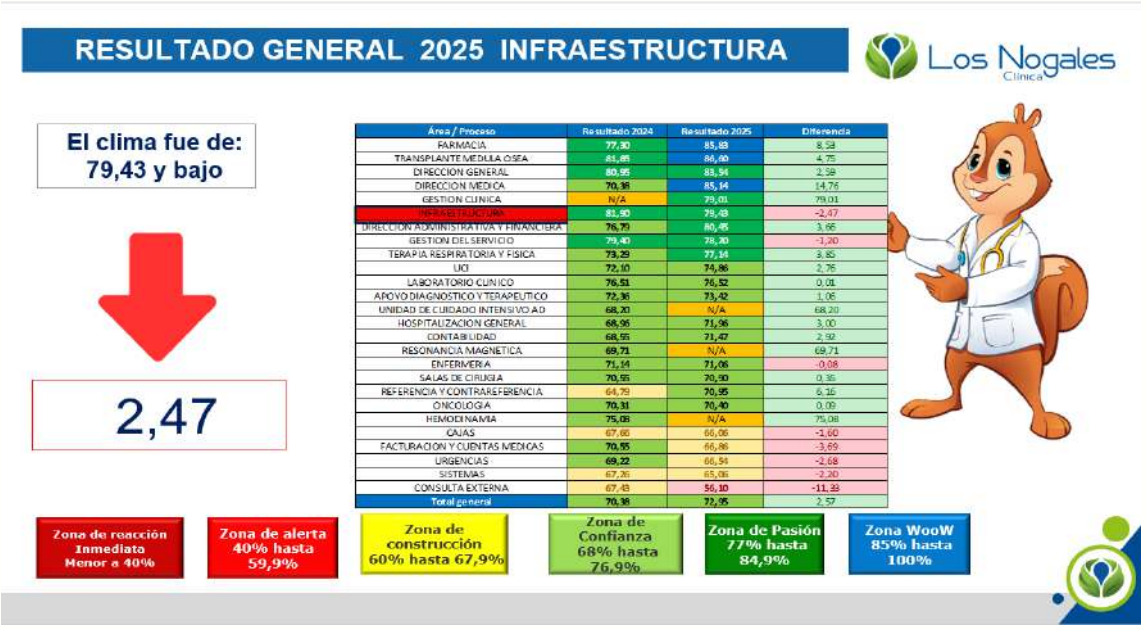
con los servicios prestados por la Coordinación de Ambiente Físico. La mayoría de los meses muestran valores superiores al 98 %, reflejando un desempeño muy positivo y superando la meta establecida en 90%.

La mayor caída relativa se presentó en mayo (96,27 %) y marzo (97,50 %), con disminuciones de -3,4 % y -2,5 % respectivamente frente al mes anterior, lo que sugiere que hubo factores puntuales que afectaron la percepción de los usuarios, para lo cual plantearon acciones puntuales de mejoras, pudiendo observar cómo meses de recuperación junio, agosto y diciembre, con aumentos leves o estabilización del indicador.

En resumen, el área de infraestructura ha logrado mantener una satisfacción del cliente interno superior al 98 %, mostrando excelente desempeño, estabilidad y consistencia en la prestación de servicios.

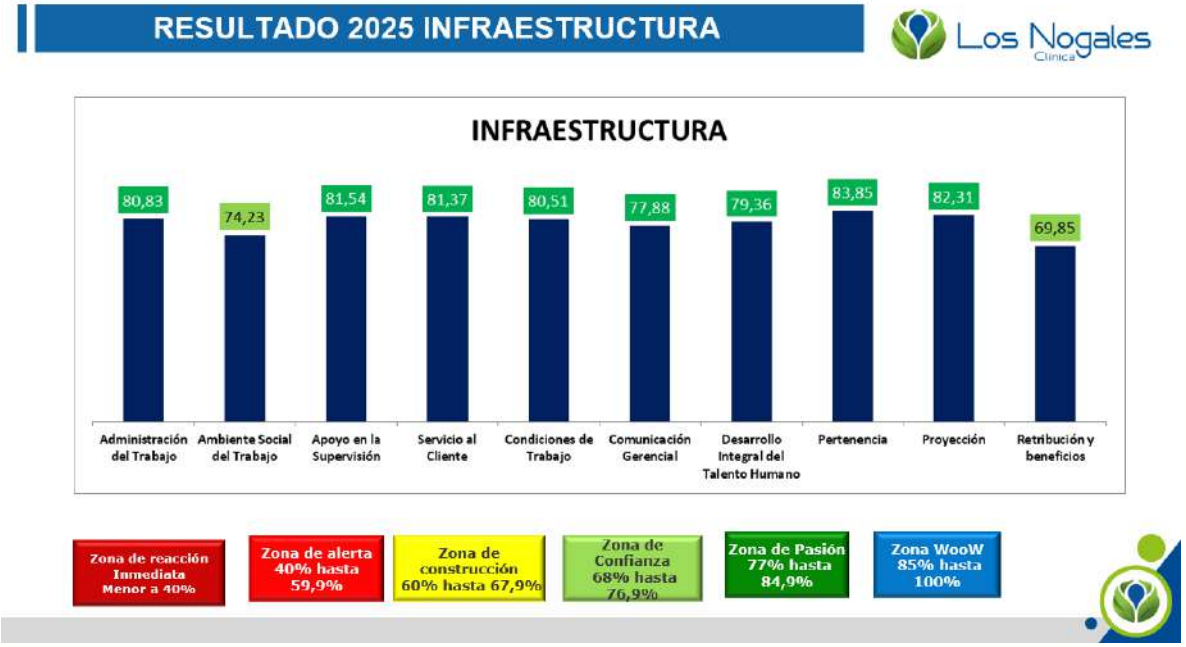
6. INDICADORES DE CULTURA:

La gestión de la cultura organizacional en el área de Infraestructura y Mantenimiento constituye un componente estratégico para el fortalecimiento del trabajo en equipo, la mejora continua y la alineación con los valores institucionales. Los indicadores de cultura permiten medir aspectos clave como la satisfacción del personal, la percepción sobre la comunicación, el compromiso y la participación en los procesos institucionales, generando información objetiva que orienta la toma de decisiones y la implementación de acciones de mejora.



Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,88	8,58
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,94	2,99
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
[illegible]	81,90	79,48	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Fuente: Informe talento humano



Fuente: Informe talento humano

Durante el período 2024–2025, se realizó el seguimiento a los indicadores de cultura, los cuales permiten evaluar la satisfacción, el compromiso y la percepción del personal respecto a los valores y prácticas institucionales.

En 2024, el indicador presentó un resultado de 81,90, mientras que en 2025 se observó un valor de 79,43, evidenciando una disminución de 2,47 puntos principalmente relacionada con la percepción sobre retribución y beneficios. Este comportamiento destaca la necesidad de analizar y fortalecer estos aspectos, junto con otras acciones que contribuyan a mejorar la satisfacción, el compromiso y el clima laboral en el área.

Para abordar esta situación, se implementará un plan de acción orientado a fortalecer la satisfacción y el compromiso del personal sin afectar la remuneración, que incluye:

- Reconocimiento y valorización del desempeño: programas de reconocimiento no monetario y comunicación de logros del equipo.
- Oportunidades de desarrollo profesional: capacitaciones y planes de crecimiento interno.
- Mejoramiento de la comunicación y retroalimentación: reuniones periódicas, encuestas internas y seguimiento a sugerencias.
- Fortalecimiento del clima laboral: actividades de integración, bienestar y promoción de la cultura organizacional.

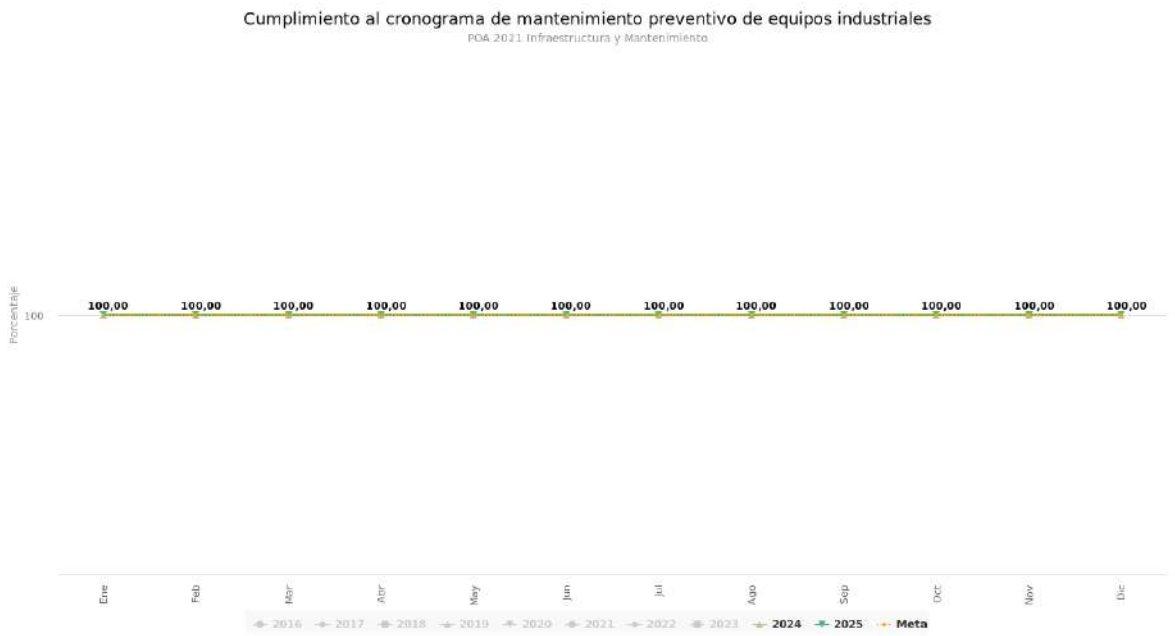
Estas acciones buscan incrementar la percepción de valoración, compromiso y motivación, contribuyendo a la mejora sostenida del indicador de cultura y al fortalecimiento del clima laboral en el área.

7. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:

ID-029: Cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de equipos industriales

Con el propósito de garantizar la operación continua, segura y eficiente de los equipos industriales, se establece el indicador *"Cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de equipos industriales"*. Indicador que permite medir el grado de ejecución oportuna de las actividades de mantenimiento preventivo programadas, asegurando la confiabilidad de los equipos, la reducción de fallas imprevistas y la prolongación de su vida útil.

$$\% \text{ Cumplimiento} = \left(\frac{\text{Número de actividades de mantenimiento preventivo ejecutadas}}{\text{Número de actividades de mantenimiento preventivo programadas}} \right) \times 100$$



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

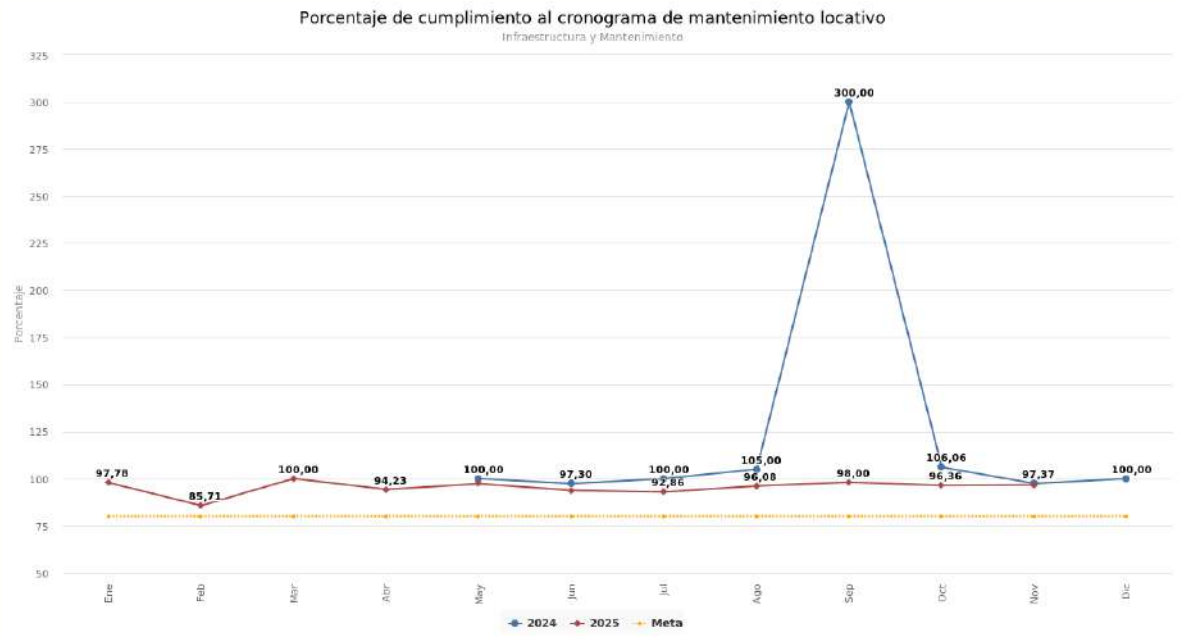
Durante el periodo 2024 a 2025, el indicador de cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de equipos industriales se ha mantenido consistentemente en 100 %, reflejando que todas las actividades de mantenimiento programadas fueron ejecutadas en tiempo y forma.

El desempeño sostenido del indicador demuestra una gestión eficiente del mantenimiento preventivo, asegurando la continuidad operativa y la seguridad de los equipos industriales.

Vigilado Supersalud

ID-028: Cumplimiento a la gestión de tickets de mesa de ayuda de infraestructura

Este indicador permite evaluar el nivel de eficiencia y cumplimiento en la atención y resolución de solicitudes registradas en la mesa de ayuda del área de Infraestructura. Mide la capacidad del equipo para gestionar oportunamente los tickets relacionados con mantenimientos, reparaciones, requerimientos de soporte y otros servicios de infraestructura, garantizando la continuidad operativa de las instalaciones y la satisfacción de los usuarios.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

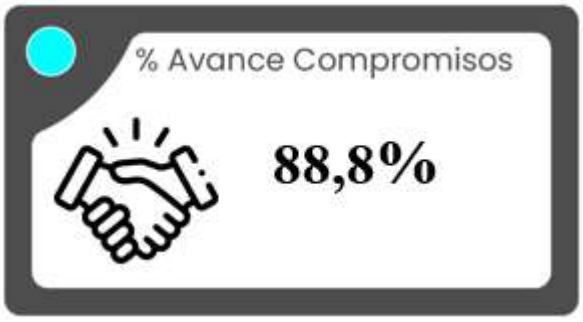
Durante el periodo enero de 2024 a diciembre de 2025, el indicador de cumplimiento a la gestión de tickets de mesa de ayuda de infraestructura ha mostrado un comportamiento mayormente estable, con valores promedio cercanos al 95-100 %, reflejando que la gran mayoría de los tickets se gestionan y resuelven dentro de los tiempos establecidos.

8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.



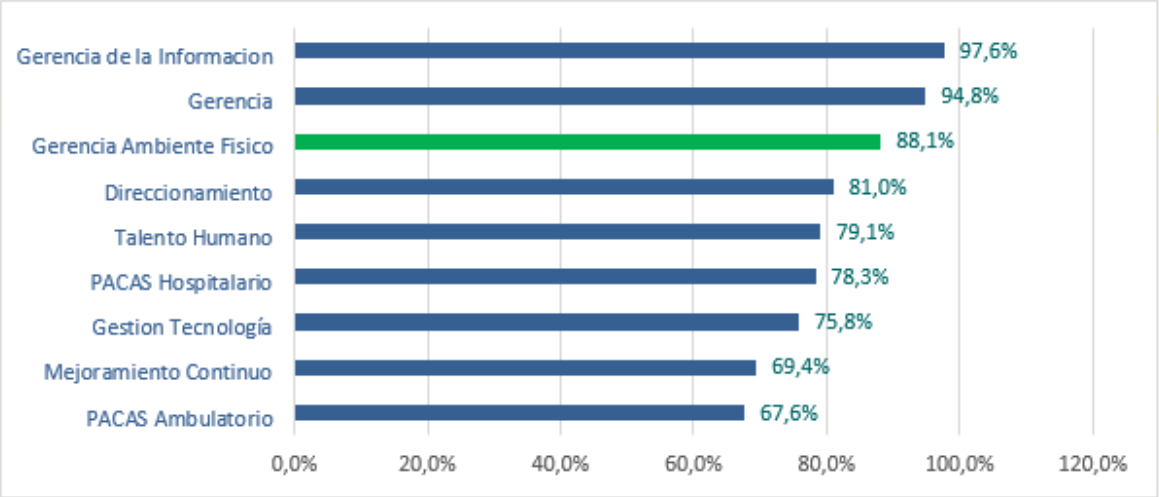
Resultados 10º autoevaluación de acreditación

Vigilado Supersalud

Indicadores.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- Importancia del cumplimiento sistemático: La ejecución consistente de los mantenimientos preventivos de equipos industriales (100 % de cumplimiento durante 2025) demostró que la planificación, seguimiento y coordinación eficaz permiten garantizar la continuidad operativa y minimizar fallas técnicas.
- Gestión eficiente de la mesa de ayuda: La mayoría de los tickets se gestionaron dentro de los tiempos establecidos, con promedios cercanos al 95-100 %. Esto evidencia que un sistema de registro, priorización y seguimiento continuo de solicitudes mejora la atención a los usuarios y optimiza la operación diaria.
- Aprendizaje continuo para optimizar decisiones: Analizar críticamente qué funcionó bien y qué no permite replicar buenas prácticas, corregir debilidades y mejorar la toma de decisiones para el año 2026, fortaleciendo la eficiencia, seguridad y sostenibilidad de los procesos de infraestructura hospitalaria.

Vigilado Supersalud

- Capacitación del personal técnico: El personal capacitado y actualizado marca la diferencia en la ejecución de tareas. Identificar brechas de conocimiento y fortalecer la formación técnica permitirá mantener altos estándares operativos y reducir errores en 2026.
- Control de proyectos constructivos: La supervisión continua y el seguimiento de los proyectos de infraestructura fueron determinantes para cumplir plazos y objetivos.
- Cumplimiento presupuestal: La planificación financiera y el seguimiento detallado del presupuesto de infraestructura mostraron que monitorear constantemente gastos frente a lo programado permite detectar desviaciones a tiempo, priorizar recursos y optimizar la ejecución de proyectos futuros sin afectar la operación del hospital.
- Integración de procesos técnicos y administrativos**:** Coordinación efectiva entre áreas técnicas, administrativas y asistenciales facilita la toma de decisiones oportunas, asegurando que los recursos humanos y financieros se utilicen eficientemente y que los proyectos constructivos y de mantenimiento se ejecuten sin contratiempos.

10. PROYECTOS 2026:

- **Licencia de construcción puente de conexión Torre 3:** Trámites requeridos para obtención de licencia de construcción ante IDU
- **Optimización proyectos:** Crear herramientas que permitan un mayor control de obras
- **Mejora y automatización planta recuperación aguas lluvias:** Mejora al funcionamiento de la planta de tratamiento de aguas lluvias recuperadas para servicio en pisos.
- **Proyecto de áreas de almacenamiento internas:** Construcción de bodegas de almacenamiento en sótano 3 torre I.
- **Intervención servicio farmacéutico:** Mejora y reorganización de los ambientes asociados al servicio farmacéutico al interior de la Clínica.
- **Medición de servicios Tercerizados:** Implementación de sistemas inteligentes de medición de consumo de servicios públicos a terceros al interior de la clínica.
- **Monitoreo Remoto Subestación eléctrica:** Desarrollo de central de monitorio remota a tableros centralizados en la subestación principal torre I.
- **Capación técnica Continua:** Desarrollo y ejecución de planta de capacitación con técnicos especializados
- **Plan Maestro Zona Franca:** Desarrollo de capítulos técnicos para ampliación del permiso para operación del proyecto Torre 4.
- **Proyecto Torre 4:** Diseño, construcción del edificio de 12 pisos y 3 sótanos.
- **Fase II Proyecto PTAR:** Desarrollo de fase II correspondiente a conducción de redes patógenas hasta punto de entrega a planta de tratamiento

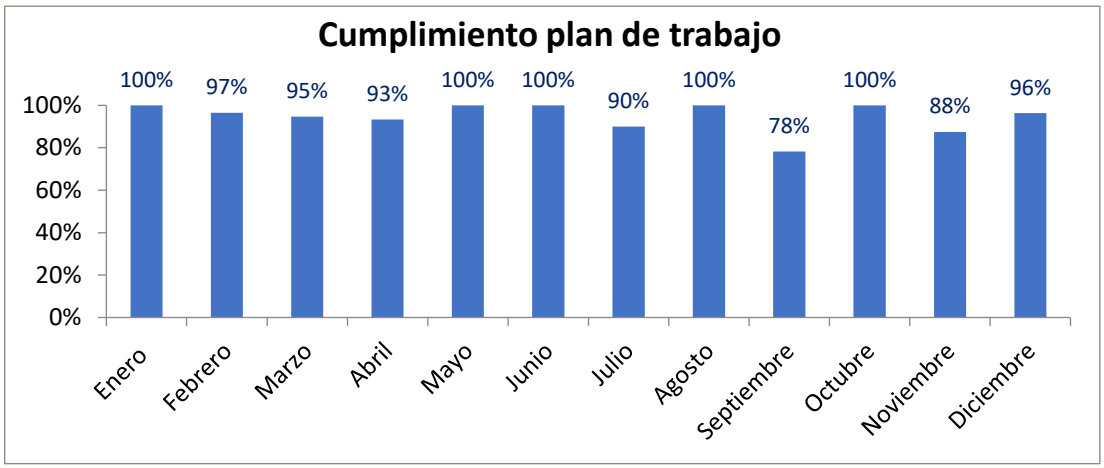
Vigilado Supersalud

Seguridad y Salud en el Trabajo

1. PRINCIPALES LOGROS:

Cumplimiento plan de trabajo: Durante el año 2025, el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la Clínica Los Nogales fue planificado, ejecutado y evaluado de manera estructurada y conforme a los lineamientos establecidos en el Decreto 1072 de 2015, en coherencia con las necesidades institucionales y los riesgos priorizados. La gestión se desarrolló bajo las tres líneas estratégicas del sistema: gestión de la salud, gestión del riesgo y gestión de las amenazas.

Como resultado entre la planeación, la ejecución y el seguimiento, se alcanzó un cumplimiento del 95% del Plan de Trabajo Anual del SG-SST, superando en 5 puntos porcentuales la meta establecida para el año 2025. Adicionalmente, frente al año anterior, se evidencia un incremento de 2 puntos porcentuales en el nivel de cumplimiento.



Fuente: Coordinación Seguridad y Salud en el Trabajo

Exámenes periódicos ocupacionales: En 2025, se realizaron 570 exámenes periódicos ocupacionales, alcanzando una cobertura del 82% de los colaboradores, lo que representa un comportamiento similar respecto al año anterior.

EXÁMENES OCUPACIONALES PERIÓDICOS 2025					
NIT	Planeados	Pendientes	% Pendiente	Ejecutado	% Avance
Clínica Nogales	692	122	18%	570	82%

Fuente: Cobertura EMOP 2025

Vigilado Supersalud

Jornadas de vacunación: Durante el año 2025, se realizaron 4 jornadas de vacunación con alcance a todos los turnos de trabajo cuyo objetivo fue promover la prevención de enfermedades inmunoprevenibles mediante la realización de jornadas de vacunación dirigidas a los colaboradores. Se realizaron 141 titulaciones de Hepatitis B, de los cuales el 30% requirió refuerzo y estos fueron aplicados conforme el resultado. De igual manera, teniendo en cuenta el programa de riesgo biológico, se aplicaron 351 vacunas entre Hepatitis B, Meningococo, varicela, DPT y triple viral con alcance de personal de salud.

Fuente: Coordinación Seguridad y Salud en el Trabajo

Pruebas de detección de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (spa): Durante 2025 se revisó, actualizó y fortaleció la Política de Prevención del Consumo de Alcohol, Drogas y sustancias psicoactivas (SPA), garantizando su alineación con la normativa vigente. Asimismo, se realizaron actividades de socialización y campañas de sensibilización para promover hábitos de vida saludable, apoyadas con material comunicativo y un suvenir institucional. De forma complementaria, se mantuvo la aplicación de pruebas de alcoholimetría y detección de SPA como acciones de control, prevención y seguimiento para mitigar riesgos en la seguridad de pacientes y usuarios.

Fuente: Coordinación Seguridad y Salud en el Trabajo

Mesa laboral: En concordancia con los lineamientos establecidos para la gestión integral de casos laborales, la mesa laboral tiene como finalidad analizar de manera técnica, estructurada, objetiva y multidisciplinaria las situaciones particulares de los trabajadores que presentan condiciones especiales de orden ocupacional, administrativo y/o jurídico, con el fin de orientar y viabilizar alternativas que permitan la toma de decisiones oportunas frente a su medidas administrativas, garantizando el cumplimiento del marco normativo vigente y la protección de los derechos del trabajador y de la organización.

Durante la vigencia 2025, se llevaron a cabo dos 2 sesiones formales de mesa laboral, en las cuales se realizó seguimiento integral a los casos priorizados. Al cierre del año, se registró un total de siete 7 colaboradores activos en mesa laboral, evidenciándose una disminución de dos 2 casos en comparación con el periodo inmediatamente anterior. La población actualmente en seguimiento está conformada por seis 6 auxiliares de enfermería y un 1 cajero.

Hábitos de estilos de vida saludable: Las actividades ejecutadas en el año 2025 permitieron que el 82% de los colaboradores tuvieran alguna participación frente a las actividades de SST:

- Movilidad sostenible: El objetivo es Promover e incentivar el uso de la bicicleta entre los colaboradores como una alternativa de movilidad activa y sostenible, orientada a la prevención de enfermedades cardiovasculares, osteomusculares y otras afecciones asociadas al sedentarismo, mediante la adopción de hábitos de vida saludables. Adicionalmente, a cada colaborador que llegaba en bici se realiza la entrega de un cubre maleta con reflectivo.

Fuente: Coordinación Seguridad y Salud en el Trabajo

- Pausas activas: Se cuenta con un aprendiz de acondicionamiento físico quien realiza recorrido por las áreas de la clínica para realizar pausas activas mediante actividades que ayuden a reducir la fatiga laboral, mejorar la postura y prevenir trastornos musculo esqueléticos.

Fuente: Registro pausas activas

- Orden y aseo: Las campañas de orden y aseo se realizan con la finalidad de fortalecer el orden y aseo en las áreas de trabajo administrativas y asistenciales, con el propósito de identificar, evaluar y controlar condiciones locativas subestándar que puedan generar riesgos de accidentes de trabajo. Estas inspecciones buscan promover ambientes de trabajo seguro y organizado para mejorar las condiciones de higiene y almacenamiento, y fortalecer la cultura de autocuidado y prevención.

Fuente: Registro orden y aseo

- Campaña alimentación saludable: En marco al sistema de vigilancia cardiovascular se realiza para Promover y fortalecer hábitos de alimentación saludable y balanceada en los colaboradores.

Fuente: Coordinación Seguridad y Salud en el Trabajo

- Citología: Esta campaña se realiza con el objetivo de promover la detección temprana de alteraciones cervicouterinas mediante la realización de jornadas de citología dirigidas a las colaboradoras, como estrategia de prevención y control del cáncer de cuello uterino y otras patologías asociadas.

Fuente: Publicidad jornada de citología 2025

- Riesgo Biológico: En el año 2025, el control del riesgo biológico en la clínica se fortaleció mediante inspecciones en las áreas asistenciales durante todos los turnos, lo anterior, permitió identificar oportunidades de mejora en la gestión del riesgo y asegurar el cumplimiento de los protocolos establecidos frente a la prevención del riesgo biológico y a la prevención de infecciones. Además, se realizaron inspecciones periódicas de los elementos de protección personal (EPP) para verificar su adecuado estado y uso, reforzando la adherencia específicamente en el uso de las monogafas.

Fuente: Coordinación Seguridad y Salud en el Trabajo

- Control radiaciones ionizantes: Teniendo en cuenta la normatividad legal vigente frente a protección radiológica. Este control implicó durante el año 2025 la implementación de medidas preventivas
- Uso de elementos de protección personal: En el año 2025, se realiza compra de equipos de elementos de protección personal plomados (3 monogafas plomadas), adicional, se realiza mantenimiento preventivo a 28 chalecos de áreas como cirugía, Hemodinamia, Tac y Rayos X. cuya finalidad es dar cubrimiento y garantizar suficiencia y adecuado estado de los EPP plomados.
- Exámenes periódicos: Para el trabajador ocupacional expuesto, se realiza examen periódico de manera semestral, garantizando así vigilancia epidemiológica ocupacional por médico laboral.
- Entrega de dosímetros: Mensualmente, se realiza entrega de dosímetro personal con el objetivo de hacer seguimiento a la exposición a las radiaciones ionizantes, así mismo, se realiza la socialización de los resultados de las mediciones del periodo inmediatamente anterior.
- Capacitación en protección radiológica: Se realiza la actualización del curso de protección radiológica bajo la Resolución 482 de 2018, este curso es obligatorio para el personal radio expuesto de manera anual. Para el cierre del año, el 95% de la población cumplió y aprobó el curso de protección radiológica.
- Adicional a lo anterior, durante el año 2025 se realiza el lanzamiento del curso orientado para el personal No radio expuesto, el cual está orientado a aquellos cargos que no intervienen directamente con el proceso de exposición a radiaciones ionizantes pero que se encuentran en zonas supervisadas (Personal tercerizados o de apoyo, administrativos, entre otros). De igual manera, se realiza curso teórico práctico de forma presencial.

Vigilado Supersalud

Fuente: Coordinación Seguridad y Salud en el Trabajo

- Liderazgo y coaching líderes estratégicos y tácticos: Dando continuidad al programa de liderazgo definido en el Plan Operativo Anual (POA) 2024, durante el año 2025 se desarrolló la tercera etapa del programa, con el objetivo de fortalecer y afianzar las habilidades de liderazgo en los líderes estratégicos de la organización. En esta fase participaron 27 líderes, quienes asistieron a cuatro (4) sesiones grupales y dos (3) sesiones individuales. Como resultado, se evidenció una participación activa promedio del 88 % de los líderes a lo largo del proceso. Este porcentaje de participación se mantuvo constante conforme los resultados de la primera y segunda etapa del programa durante el año 2024.

Fuente: Coordinación Seguridad y Salud en el Trabajo

Así mismo, durante el año 2025 se implementó un programa de liderazgo dirigido a los líderes tácticos, entre ellos jefes de enfermería, terapia y otros cargos asistenciales, con el propósito de fortalecer sus competencias en la gestión de equipos de trabajo, la comunicación efectiva y la orientación al logro de resultados. En el marco de este programa, se intervino a dos grupos de enfermería, quienes participaron en cuatro (4) sesiones grupales. Este proceso contó con un alto nivel de compromiso, evidenciado en un porcentaje de participación del 92 %, lo cual refleja el interés y la apropiación de los líderes frente al desarrollo de sus habilidades de liderazgo.

Fuente: Coordinación Seguridad y Salud en el Trabajo

Aplicación cuestionarios: batería de riesgo psicosocial, carga y fatiga: Durante el último trimestre del año 2025 se llevó a cabo la aplicación de los cuestionarios de la Batería de Riesgo Psicosocial, así como de carga y fatiga, dirigidos a los colaboradores con una antigüedad igual o superior a seis meses. Este proceso contó con el acompañamiento de psicólogos especialistas en Seguridad y Salud en el Trabajo, quienes realizaron jornadas de aplicación en todos los turnos, lo que permitió alcanzar una cobertura del 85 %, dando cumplimiento a la meta establecida y representando un incremento de cinco (5) puntos porcentuales frente a la aplicación realizada en el año 2023. Es importante resaltar que, durante el mes de enero de 2026, se llevará a cabo el análisis de la información obtenida y la formulación de los planes de intervención correspondientes, de acuerdo con los resultados identificados.

Fuente: Coordinación Seguridad y Salud en el Trabajo

Comité de emergencias: Durante el año 2025, el Comité de Emergencias participó de manera proactiva en el desarrollo de sus actividades, llevando a cabo cinco (5) sesiones, de las cuales cuatro (4) fueron ordinarias y una (1) extraordinaria. En términos generales, se registró una participación promedio del 92 %, respecto al año 2024, la participación aumentó en un 5%, lo que evidencia el compromiso de sus integrantes con la gestión y preparación ante situaciones de emergencia. El comité participó en capacitaciones orientadas a planes operativos normalizados, toma de decisiones y responsabilidades en las emergencias.

Fuente: Coordinación Seguridad y Salud en el Trabajo

Brigada de emergencias: Durante el año 2025, el 90 % de los brigadistas fue certificado conforme a lo establecido en la Resolución 0256 de 2014 del Cuerpo Oficial de Bomberos, logrando una mayor cobertura frente al cierre del año 2024, que se situó en un 82 %. Este incremento evidencia el fortalecimiento del proceso de formación y certificación de la brigada de emergencias, así como el compromiso institucional con la preparación y respuesta ante emergencias.

Los brigadistas, se forman de manera teórica y práctica en una pista de entrenamiento donde se ven los siguientes temas:

- Primeros auxilios y atención primaria.
- Camillaje y transporte de lesionados.
- Atención y manejo de conatos de incendios.
- Técnicas de evacuación y rescate.
- Liderazgo y toma de decisiones con trabajo en equipo.
- Técnica de reanimación básica cardiopulmonar (RCP)

Fuente: Coordinación Seguridad y Salud en el Trabajo

De acuerdo a la formación, los brigadistas otorgan el certificado y es entregado a cada uno:

Fuente: Coordinación Seguridad y Salud en el Trabajo

Simulacros de emergencia: En el año 2025, se realizaron los siguientes simulacros:

TIPO DE AMENAZA	FOTOGRAFÍA	RESULTADO GENERAL
Objeto sospechoso: Con acompañamiento de la Secretaría de Salud. Simulacro panificado con: Evacuación y atención a víctima.		Informe realizado por delegada de Secretaría de salud: **Aspectos a resaltar:** • Adecuada planeación y ejecución del simulacro • Activación oportuna de protocolos • Conocimiento sobre protocolos por parte de seguridad física. • Adecuada identificación de los brigadistas. • Adecuada atención de persona afectada

Vigilado Supersalud

TIPO DE AMENAZA	FOTOGRAFÍA	RESULTADO GENERAL
		durante la evacuación (Simulación). **Aspectos a mejorar:** • Fortalecer el liderazgo de los brigadistas. • Mejorar la comunicación por medio de radios. • Realizar conteo de personal al evacuar.
Simulacro Nacional: **Con el acompañamiento del cuerpo técnico oficial de bomberos.** **Simulacro multiamenaza que involucró: Conato de incendio, víctima y evacuación general.**	 	**Aspectos a resaltar:** • Adecuada organización entre el comité de emergencias y la brigada. • Organización y demarcación del punto de encuentro externo. • Uso de sistema de altavoz para activación de la brigada de emergencias. • Adecuado manejo de extintores (simulado). **Aspectos a mejorar:** • Fortalecer el procedimiento de camillaje por parte de los brigadistas. • Continuar con la formación continua de los brigadistas. • Revisar el alcance del sistema parlanteo en las áreas de la clínica de tal manera que se asegure que se escuche.

Inspecciones a elementos para la atención de emergencias: De forma periódica, se realizan inspecciones a extintores, botiquines y camillas, garantizando que los recursos para la atención de emergencias se mantengan en buen estado. Se resalta, que, en el año 2025, se ha realizado la recarga de extintores conforme la fecha de vencimiento.

De igual manera se resalta, que en el año 2025, como fortalecimiento a la gestión de emergencias, en las instalaciones de la clínica (Torre 1 y torre 2) se realiza instalación de señalización de ruta de evacuación en caso de incendio. (Flechas ubicada en escobillas), estos son reflectivas.

Fuente: Coordinación Seguridad y Salud en el Trabajo

Socialización planes de emergencias: Durante el año 2025, se realiza socialización del plan de emergencias a los colaboradores de la clínica abarcando todos los turnos y todas las áreas, de tal forma, que se brindan las herramientas para actuar en caso de una posible emergencia. Para el año 2025, se contó con el apoyo del equipo del cuerpo técnico de bomberos quien dentro de la socialización, realizaron la demostración de cuáles podrían ser los puntos seguros cuando se adopte la posición de autoprotección.

Fuente: Registro socialización plan de emergencias 2025

POA Llegando a ti/ sintonizándote: Teniendo en cuenta el objetivo para este plan: Reducir el nivel de riesgo (alto + muy alto) del dominio de demandas del trabajo y la dimensión de demandas emocionales identificados como críticos en los resultados de la batería de riesgo psicosocial, durante el año 2025 Se evidencia la ejecución de cuatro actividades relacionadas con la gestión del riesgo psicosocial, cierra el año 2025 con un avance ponderado global del 80 %.

POA 2025 Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

General | Planes Operativos | Cronogramas | Plan estratégico | Resumen

LLEGANDO A TI/SINTONIZANDOTE Reducir el nivel de riesgo (alto + muy alto) del dominio de demandas del trabajo y la dimensión de demandas emocionales identificados como críticos en los resultados de la batería de riesgo psicosocial (Salud Ocupacional)

Actividad	Fin	Seguimiento	
P. Definir las estrategias de intervención (actividades y/o servicios) del programa SINTONIZANDOTE conforme a los resultados del nivel de riesgo (alto + muy alto) del dominio de demandas del trabajo y la dimensión de demandas emocionales identificados como críticos en los resultados de la batería de riesgo psicosocial • Salud Ocupacional	2025-03-25	100%	-189
H. Desarrollar las estrategias definidas en el programa SINTONIZANDOTE 1. Sintonizandote con tu mente: SPA mentalHigiene del sueñoSintonia musical2. Sintonizandote con tu cuerpo:Carreras atléticasCaminatas ecológicas3. Sintonizandote con tu vida:Chef saludablePrevención del consumo de Sustancias Psicoactivas • Salud Ocupacional	2025-11-30	100%	-9
V. Evaluar el grado de avance en la consecución de los objetivos planteados vs los resultados obtenidos de la aplicación de la batería de riesgo psicosocial 2025 • Salud Ocupacional	2025-12-01	100%	-18
A. Proponer acciones conforme a los resultados obtenidos de la aplicación de la batería de riesgo psicosocial. • Salud Ocupacional	2026-01-30	20%	+0
4 Actividades (Ver todas)		Avance ponderado: 80,00%	

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Poa llegando a ti/ protegiéndote: Teniendo en cuenta el objetivo para este plan: Fortalecer la capacidad organizacional para responder a emergencias durante el año 2025 Se evidencia la ejecución con un avance ponderado global del 100%, lo que refleja un adecuado nivel de cumplimiento del plan de trabajo definido para el año 2025.

LLEGANDO A TI / PROTEGIENDOTE Fortalecer la capacidad organizacional para responder a emergencias (Salud Ocupacional)

Actividad	Fin	Seguimiento	
P. Definir el plan de trabajo relacionado con entrenamiento a brigadistas en pista, aumentando las coberturas del año anterior, así como la actualización documental en materia de emergencias • Salud Ocupacional	2025-03-15	100%	+46
H. Realizar la capacitación y entrenamientos en pista programados con los brigadistas de acuerdo al plan de trabajo, teniendo en cuenta los diferentes servicios y turnos.Actualización de planos y PGRD Realización de simulacros y validación de riesgos y condiciones con el fin de tener una gestión integral ante cualquier emergencia. • Salud Ocupacional	2025-10-31	100%	-42
V. Evaluar el cumplimiento de los planes de trabajo y el aumento de las coberturas en colaboradores y pacientes de la clínica • Salud Ocupacional	2025-11-30	100%	-1
A. Definir el plan de acción derivado de los resultados obtenidos en cumplimiento y cobertura, • Salud Ocupacional	2025-12-20	100%	+19
4 Actividades (Ver todas)		**Avance ponderado: 100,00%**	

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Acreditación en salud	Gestionar las oportunidades de mejora generadas en la auditoria de acreditación en salud definidos en el estándar 125 en cuanto a implementación y fortalecimiento en la gestión integral de emergencias, liderada por el Comité, buscando acciones como la señalización de rutas de evacuación, identificación y capacitación de brigadistas, ejecución de simulacros y	90%	10/2025	Se puede concluir que durante los años 2024 y 2025 se logró un fortalecimiento significativo de la gestión integral de emergencias, evidenciado en el cierre exitoso de 9 de las 10 oportunidades de mejora identificadas a través de las siguientes actividades: Compromiso de la dirección frente a la gestión de comité de emergencias Señalización de rutas de

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	divulgación del plan de emergencias a colaboradores, pacientes y acompañantes. Se debe reforzar la información sobre rutas de evacuación, puntos de encuentro, mecanismos de respuesta ante diferentes amenazas, actualizar los planos, e involucrar a todas las áreas y servicios. De tal forma que la gestión de emergencias se fortalezca.			evacuación, salidas de emergencia y elementos de emergencia en 98% de la clínica. Formación y certificación de brigadistas con el cuerpo oficial de bomberos de Tabio, con el 90% de cumplimiento. Ejecución de simulacros de emergencia con mayor participación de colaboradores, pacientes y visitantes. Implementación de mecanismos para socializar al personal que hacer en caso de emergencia, como pantallas, folletos, piezas comunicativas. Mayor adherencia por parte de los colaboradores, pacientes y visitantes sobre cómo actuar en caso de una emergencia. Inspección continúa de elementos de emergencia garantizando su estado y disponibilidad. Se resalta que el cierre satisfactorio de las oportunidades de mejora contribuyó

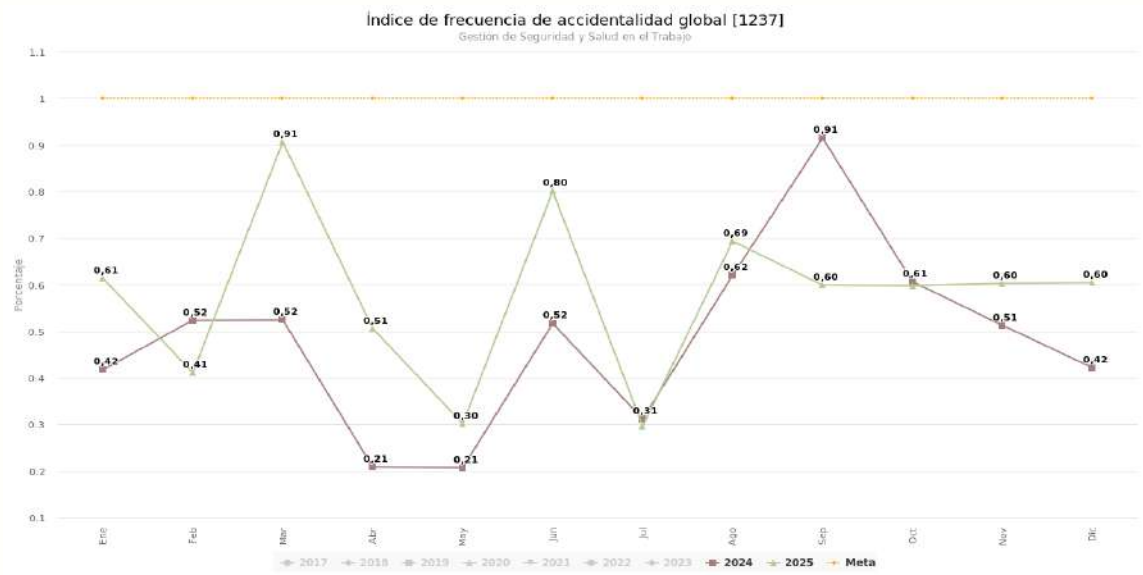
Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
				de manera directa a la obtención de un mayor puntaje en el estándar, evidenciándose un incremento de dos puntos.

3. GESTIÓN DEL RIESGO

Actualmente, el área de Seguridad y Salud en el Trabajo cuenta con una matriz de identificación de peligros y evaluación de riesgos, elaborada bajo la metodología GTC-45, la cual se encuentra documentada en un archivo en Excel. Para el año 2026, se ha definido como proyecto principal la migración y consignación de dicha información en la plataforma Almera, proceso que se desarrollará con el acompañamiento y articulación del área de Calidad.

4. INDICADORES

Frecuencia de accidentalidad 2024-2025:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

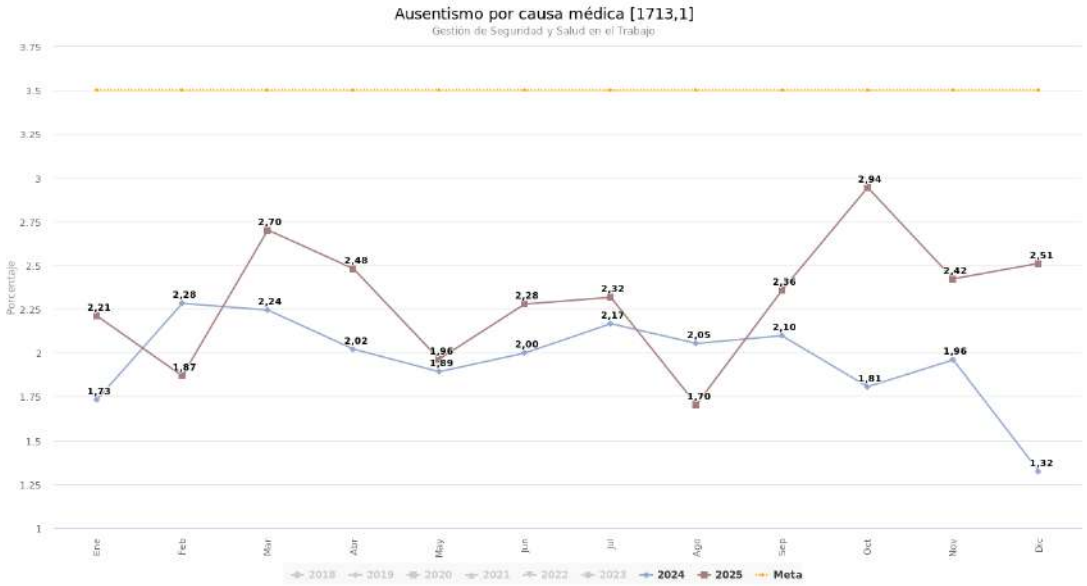
De acuerdo con la gráfica del índice de frecuencia de accidentalidad global, al comparar los años 2024 y 2025 se evidencia que durante 2025 el indicador presentó un comportamiento más constante y, en la mayoría de los meses, valores superiores a los

registrados en 2024, lo que refleja un aumento en la frecuencia de la accidentalidad, sin embargo, se evidencia que los datos no alcanzan ni superan la meta establecida. En contraste, el año 2024 mostró una mayor variabilidad, con varios meses en niveles bajos especialmente en abril- mayo y un incremento puntual y significativo en septiembre, mes en el cual se alcanzó el valor más alto del periodo analizado. Durante el primer semestre, 2025 superó de manera reiterada a 2024, con picos relevantes en marzo y junio; mientras que en el segundo semestre ambos años presentaron comportamientos similares en algunos meses. No obstante, es importante resaltar que en términos generales ninguno de los dos años superó la meta establecida.

En particular, el Índice de Frecuencia de Accidentalidad Global durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2025 se mantuvo de manera constante por debajo de la meta definida de 1,0. Si bien se presentaron variaciones mensuales, con incrementos puntuales en marzo y junio, estos no superaron el límite establecido.

Durante el año 2025 se registraron en total 70 accidentes de trabajo, de los cuales 66 correspondieron a personal del área asistencial y 4 al área administrativa. Adicionalmente, se resalta que el comportamiento de la accidentalidad institucional se mantiene por debajo del promedio del sector salud, de acuerdo con la información suministrada por la ARL. En cuanto a la clasificación por factores de riesgo, los accidentes se asociaron principalmente al riesgo biológico con 38 eventos, seguido del riesgo biomecánico con 12 accidentes, condiciones de seguridad con 8, riesgo locativo con 5, riesgo mecánico y químico con 3 accidentes cada uno, y finalmente riesgo público con 1 accidente.

Ausentismo por causa médica:



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Al analizar el comportamiento del ausentismo por causa médica en la comparación anual entre 2024 y 2025, para el periodo comprendido entre enero y diciembre, se evidencia que 2025 presenta un nivel de ausentismo superior al registrado en 2024 en la mayoría de los meses, así como una mayor variabilidad del indicador. Durante el primer trimestre, 2025 inicia con valores más altos, destacándose un incremento significativo en marzo, mientras que en 2024 el comportamiento es más estable y controlado. En el segundo trimestre, aunque ambos años presentan valores similares, 2025 continúa ubicándose ligeramente por encima, con repuntes puntuales en abril y junio; por su parte, 2024 mantiene una tendencia descendente hacia el cierre del año, alcanzando su valor más bajo en diciembre. En términos generales, si bien ninguno de los dos años supera la meta establecida, el comportamiento del ausentismo en 2025 evidencia un mayor impacto de las causas médicas sobre la continuidad laboral en comparación con 2024.

El indicador de ausentismo por causa médica durante el periodo comprendido entre enero de 2024 y diciembre de 2025 presenta un comportamiento variable, con una tendencia general levemente creciente, aunque manteniéndose de manera constante por debajo de la meta establecida. En el año 2024, el indicador osciló principalmente entre valores cercanos a 1,7 y 2,3, con una disminución significativa en diciembre (1,32). Para 2025, se observa un incremento puntual en algunos meses, destacándose marzo (2,70) y octubre (2,94) como los valores más altos del periodo, seguidos de una estabilización en el último trimestre alrededor de 2,4. A pesar de estos picos, el comportamiento general refleja un control aceptable del indicador, sin sobrepasar la meta definida.

6. INDICADORES MEJORAMIENTO

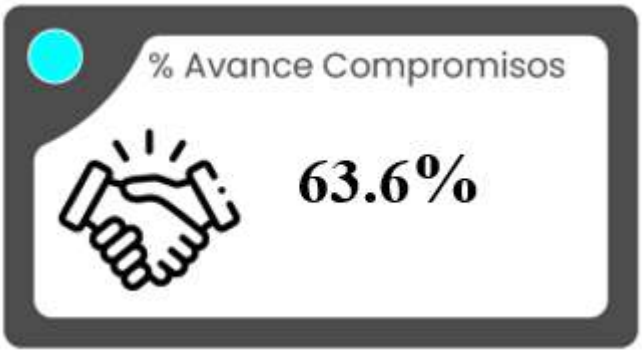
A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Comité COPASST

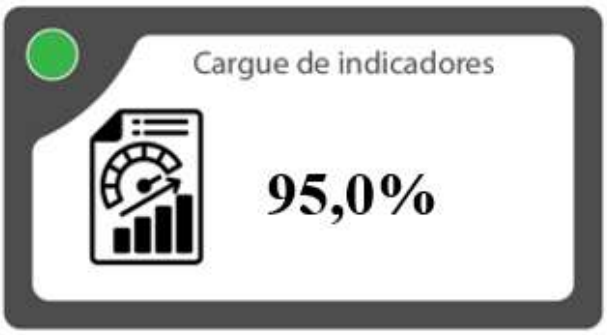
Comité Emergencias Hospitalario **Comité SST**

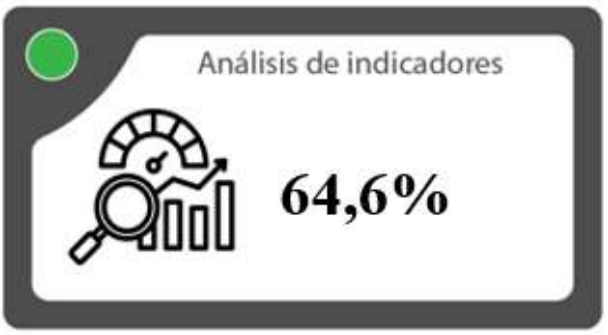
Avance de Compromisos.



Vigilado Supersalud

Indicadores.

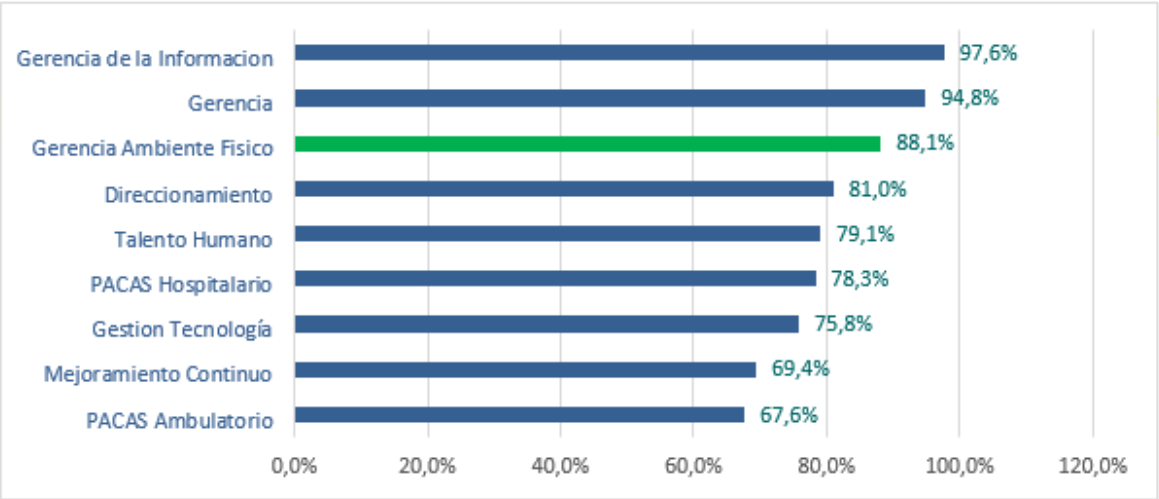




Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **Gerencia Del Ambiente Físico** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

6. LECCIONES APRENDIDAS

- La gestión oportuna de los exámenes periódicos con énfasis en radiaciones ionizantes permite que la habilitación o renovación de licencias de los equipos biomédicos sea oportuna.
- El acompañamiento de los líderes en la asignación de brigadistas, así como en la gestión de los permisos para la participación en el entrenamiento en pista con el Cuerpo Oficial de Bomberos, permitió fortalecer de manera significativa la gestión integral de emergencias.
- La programación de exámenes periódicos en la clínica facilita la asistencia y la cobertura porque no requieren desplazamiento a las otras sedes.
- El adecuado funcionamiento de los comités de emergencia y del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) contribuye de manera decisiva al cumplimiento de los objetivos del SG-SST, dado que su participación activa y liderazgo facilitan la ejecución efectiva del plan de trabajo en Seguridad y Salud en el Trabajo.
- La generación de espacios de participación para pacientes y visitantes en los simulacros de emergencia permitirá una gestión más oportuna y contribuirá al fortalecimiento del Plan de Emergencias durante el año 2026.

7. PROYECTOS 2026:

- Realizar intervención enfocado al psicosocial, lo anterior teniendo en cuenta los resultados de la aplicación de los cuestionarios: Batería de riesgo psicosocial, carga de trabajo y fatiga durante el año 2025.
- Fortalecer la prevención del riesgo biológico para reducir los accidentes de riesgo biológico, se espera la reducción de 10 accidentes asociados a este riesgo durante el año 2026 mediante inspecciones de riesgo biológico lideradas por enfermera especialista en SST y con el acercamiento con los jefes de área para la generación de planes de trabajo.
- Gestionar la prevención de riesgo ergonómico relacionado a la movilización de pacientes mediante la detección, priorización y análisis de los factores de riesgo mediante inteligencia artificial en el personal asistencial.
- Obtener una calificación por encima del 85% frente a la adherencia de la guía para la elaboración de los planes hospitalarios de emergencia de acuerdo a la actualización del mes de septiembre de 2025 por la Secretaría de Salud.
- Fortalecer las jornadas de vacunación en cuanto al despliegue de las actividades de riesgo biológico frente a la vacunación contra hepatitis B, DPT, meningococo, Triple viral, entre otras relacionadas al riesgo del personal asistencial, donde se logre el 85% de la cobertura del personal asistencial.
- Actualizar la matriz peligros y valoración del riesgo con la participación de mínimo el 70% de los colaboradores de la clínica.
- Actualizar el video de emergencias.

Vigilado Supersalud

- Realizar simulacros orientados a los pacientes y sus acompañantes, con la articulación y apoyo de la secretaría de salud.
- Mantener las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad abarcando todos los turnos.

GESTIÓN AMBIENTAL

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Clínica Los Nogales es ahora miembro activo de la Red Global de Hospitales Verdes como compromiso para reducir la huella climática y promover salud ambiental pública
- Capacitación en puestos de trabajo y en grupos primario sobre buenas prácticas ambientales en general, logrando en el año 2025 un total de 788 personas impactadas. Las temáticas tratadas fueron segregación de residuos, código de colores, rotulación de bolsas, socialización del PGIRASA y su cumplimiento, gestión integral de residuos hospitalarias, limpieza y desinfección, higiene de manos.
- Se instaura junio como el mes de Responsabilidad Social Empresarial, partiendo de que en junio se celebra el Día mundial del medio ambiente, generando acciones de impacto positivo en conjunto con aliados de la institución y otras áreas de la clínica, realizando 5 actividades y contando con la participación de 507 personas en total.
- Participación en el "*I Conversatorio de Cambio Climático en el Sector Salud*" dirigido por HOMI, en donde La coordinación de gestión ambiental participó como ponente presentando las buenas prácticas que realiza la institución en materia ambiental
- Cumplimiento del 100% de los reportes normativos relacionados: Registro de SIRHO (I y II semestre del año), registro de RUA (anual), registro de caracterización de vertimiento (acueducto anual)
- Cumplimiento del 100% de los muestreos programados de saneamiento básico: 12 controles para el programa de manejo de plagas, muestreo y caracterización de agua potable y de agua residual
- Cumplimiento con la ejecución de auditorías internas y externas, en donde se ejecutaron en total 58 auditorías en servicios asistenciales y administrativos, y la auditoría anual a la planta de tratamiento de residuos peligrosos
- Actualización del PGIRASA según la normatividad ambiental vigente y ajustado a los servicios.
- Cumplimiento con los requisitos normativos de la gestión ambiental del proyecto constructivo de torre 3, con el seguimiento del residente ambiental
- Actualización de los integrantes del Comité del Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS) que ha permitido mayor asertividad en la toma de decisiones y respuesta a las novedades presentadas
- Se presentó un incremento entre 2024 y 2025 de 2.16% de material aprovechable, en donde se obtuvo un beneficio económico donado a Funtalentum para 2025 de $15'074.116.
- En el año 2025 VS 2024, hubo una disminución del 11% de generación de residuos de riesgo biológico.

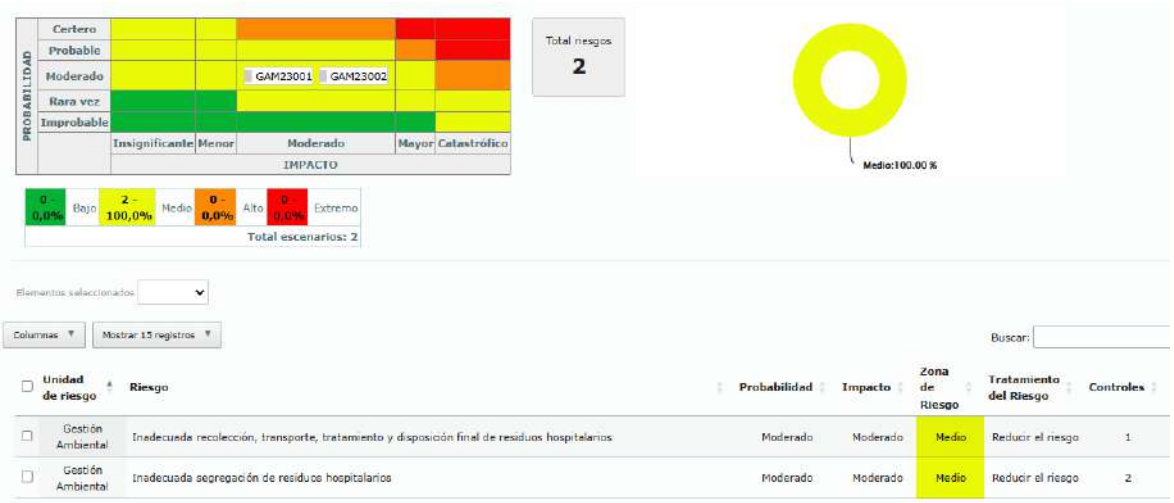
2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Programa de capacitaciones de gestión ambiental	Sensibilizar, formar y mejorar las competencias ambientales en los colaboradores de la clínica, promoviendo practicas sostenibles y responsables	100%	31/12/2025	Se debe actualizar las metodologías de intervención para poder llegar a más personal de manera que impacte positivamente en las buenas acciones ambientales dentro de la institución. Se evidenció que la participación y apoyo de aliados como el Acueducto, empresas de residuos y dinámicas, favorece la integración de las personas en los temas abordados. Además, se actualizó el curso virtual de inducción y se participa mensualmente en la inducción presencial a los nuevos colaboradores
Proyecto torre 3	Cumplimiento con los requisitos normativos de la gestión ambiental del proyecto constructivo	100%	31/12/2025	Con las visitas del residente ambiental para el proyecto constructivo, se hace el seguimiento de la operación interna para velar por el cumplimiento de los parámetros de manejo ambiental dentro del proyecto y su relación con el entorno. También, se adicionó el control de plagas mensual para evitar la presencia de alguna plaga por la obra y su entorno.

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Auditoría a gestores externos de residuos	Validar el cumplimiento de las condiciones de servicio del gestor externo de residuos peligrosos y el cumplimiento normativo de los residuos que les entrega la clínica	100%	31/12/2025	Se llevó a cabo la auditoría al vehículo recolector de residuos peligrosos y a la planta de residuos peligrosos, en donde se evaluaron parámetros técnicos, documentales y físicos con el recorrido en planta.
Red global de hospitales verdes y saludables	Inscripción y desarrollo de actividades en la red global para poder hacer uso de las herramientas y beneficios para instaurar mejores prácticas ambientales en el sector salud	62.5%	31/12/2025	Se llevó a cabo la inscripción como miembro activo de la red global de hospitales verdes, sin embargo, se espera poder realizar actividades, las lecturas que ofrece plataforma de Hipócrates para poder orientar las acciones de la clínica orientadas hacia los ODS según aplique, lo cual se iniciará a hacer en el 2026
Actualización de PGIRASA	Actualización del documento de gestión de residuos según normatividad vigente y ajustado a los servicios	100%	31/12/2025	Se realiza la actualización y codificación en Almera según la Resolución 591 de 2024.

3. GESTIÓN DEL RIESGO



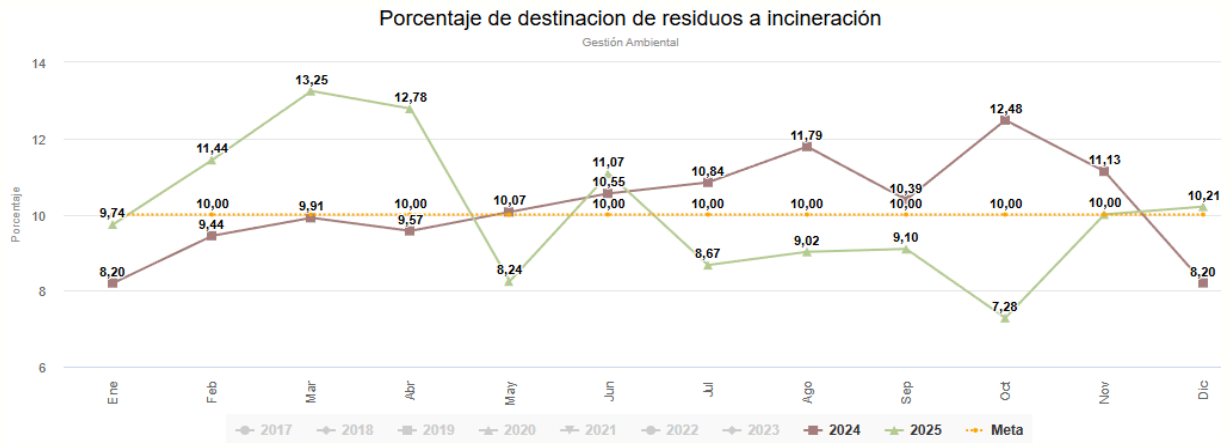
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se presentan accidentes por inadecuada segregación de residuos cortopunzantes, en donde se materializó tanto en personal de servicios generales como en personal asistencial, presentando 2 y 10 respectivamente, como causas la no aplicación y adherencia del personal asistencial al usar los guardianes. Se realizan inspecciones en puesto de trabajo como auditorías aplicando las listas de chequeo y retroalimentando sobre las novedades que se presentan; se realizaron 58 auditorías en los servicios. En cuanto a inadecuada gestión de gestor externo, no se materializa en ninguna afectación al medio ambiente o sanciones normativas, como control también se realizó auditoría al vehículo recolector de residuos peligrosos y auditoría en planta de residuos, estando en cumplimiento.

4. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Los residuos biosanitarios destinados a desactivación de alta eficiencia para el año 2025 tuvieron una disminución en todos los meses del año en comparación al año 2024 y se mantuvieron por debajo de la meta establecida de 55%. Se observa que para el mes de enero de 2025 se presentó la mayor generación del año siendo de 51.6% y a lo largo del año se generó una tendencia a disminuir llegando a un porcentaje de 37.46% para el mes de agosto, siendo el menor porcentaje conseguido en el año cumpliendo con la finalidad del indicador el cual es disminuir. Se logra observar que el comportamiento del indicador sigue una tendencia a disminuir desde el año 2024, lo cual sugiere que las prácticas adecuadas de segregación de este tipo de residuos se han realizado de manera correcta y sostenida en el tiempo.



Porcentaje de destinación de residuos a incineración

Porcentaje de destinación de residuos a incineración: Realizando un análisis comparativo entre los valores presentados del 2025 y 2024 se evidencian variaciones tanto positivas como negativas en ambos años, lo que nos permite mostrar con claridad los meses en donde se presentan aumentos y descensos de este indicador. A pesar de tener en total menor cantidad de residuos cortopunzantes, los anatomopatológicos si presentaron incremento, en donde los meses que se reciben los descartes de Patología también influye en los picos que se tienen en algunos.

Año 2024: Para el primer cuatrimestre (enero-abril) del 2024 se evidencia una tendencia positiva ya que en estos meses se evidencian los porcentajes más bajos de todo el año, en cambio para los meses de (mayo-noviembre) se evidencia la inversa de la tendencia positiva que se presentó en el primer cuatrimestre del (2024), el pico se presentó en octubre con un porcentaje del 12.48% lo que en comparación de la meta tiene una diferencia de 2.48%

Año 2025: Para el primer cuatrimestre (enero-abril) del 2025 se evidencia que el comportamiento es similar el de 2024 en donde empieza a incrementar y baja para el mes de abril, sin embargo, se evidencian los porcentajes más altos de todo el año, en marzo con un porcentaje de 13.25% lo que en comparación con la meta tiene una

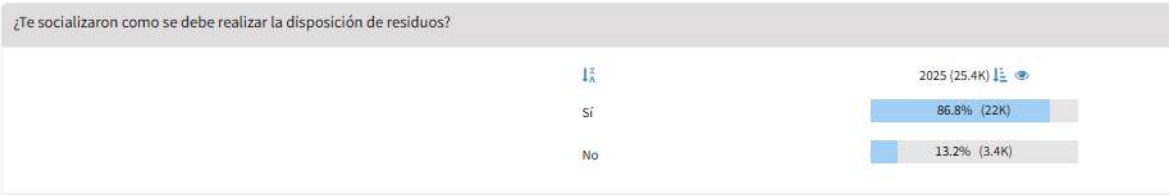
Vigilado Supersalud

diferencia de 3.25%; para el resto del año los meses de (mayo-diciembre) se evidencia una tendencia positiva y para el mes de octubre con un porcentaje de 7.28

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Porcentaje de destinación de residuos a otros sistemas: Los residuos Biodegradables, colorantes, formol, alcoholes, reactivos, aceites usados, RAEE y luminarias, son destinados a otros sistemas de tratamientos diferentes a incineración y desactivación de alta eficiencia, y se consolidan en el indicador ID – 159 “Porcentaje de destinación de residuos a otros sistemas”. Para el año 2025 la generación de estos residuos se encontró por encima de la meta establecida 9 meses del año, cumpliendo en los meses de enero, junio y septiembre, sin embargo, en comparación con el año 2024 se observa una mejoría pues para el año 2024 solamente se cumplió con la meta establecida en el mes de junio.

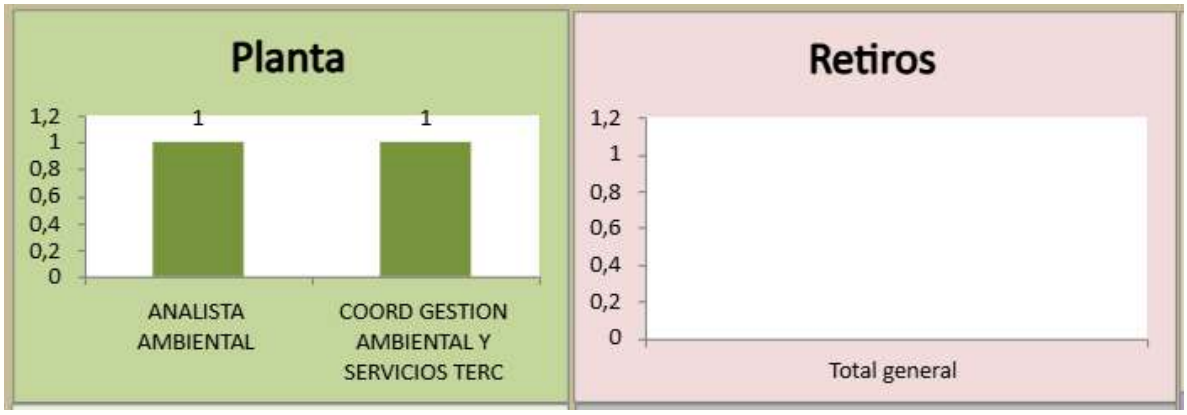
5. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR



No se cuenta con indicadores de experiencia exclusivos par gestión ambiental, pero al usuario se le realiza encuesta relacionada con la socialización disposición de residuos que debe recibir al momento de su ingreso.

6. INDICADORES DE CULTURA:

En cuanto a rotación de personal del área de gestión ambiental, no se cuenta con retiros y con una antigüedad desde marzo 2025.



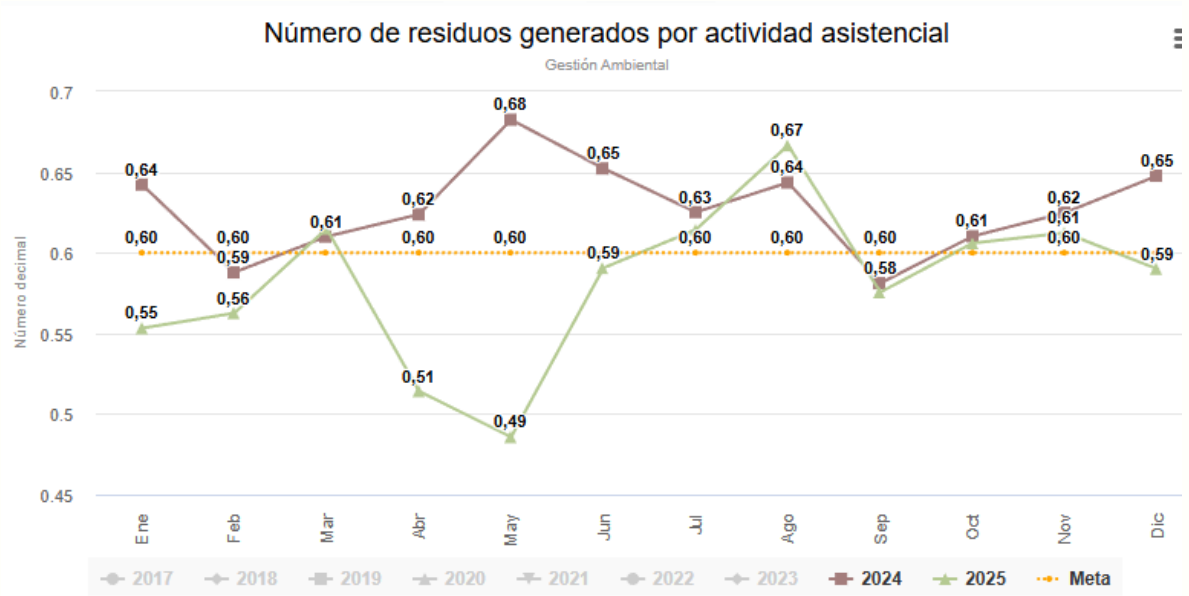
Fuente: Informe talento humano

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Fuente: Informe talento humano

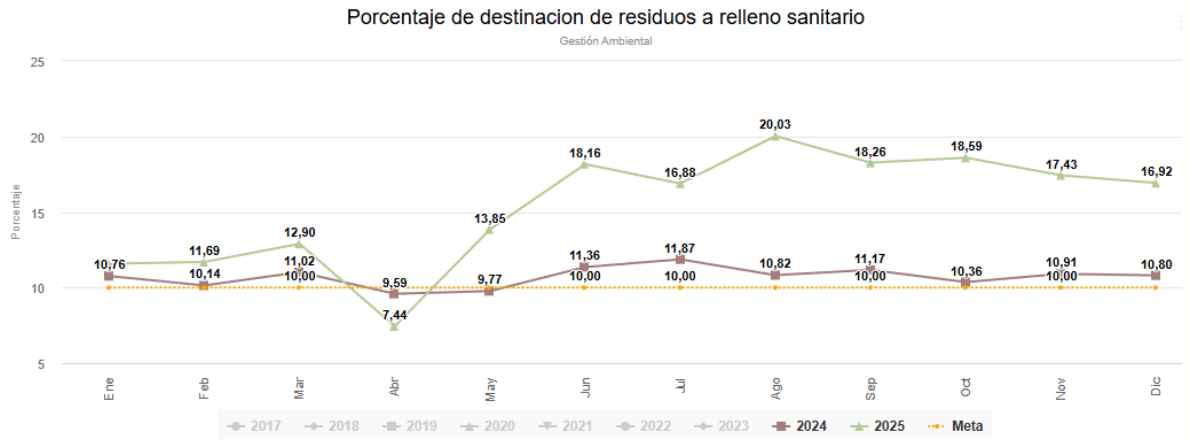
Vigilado Supersalud

7. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



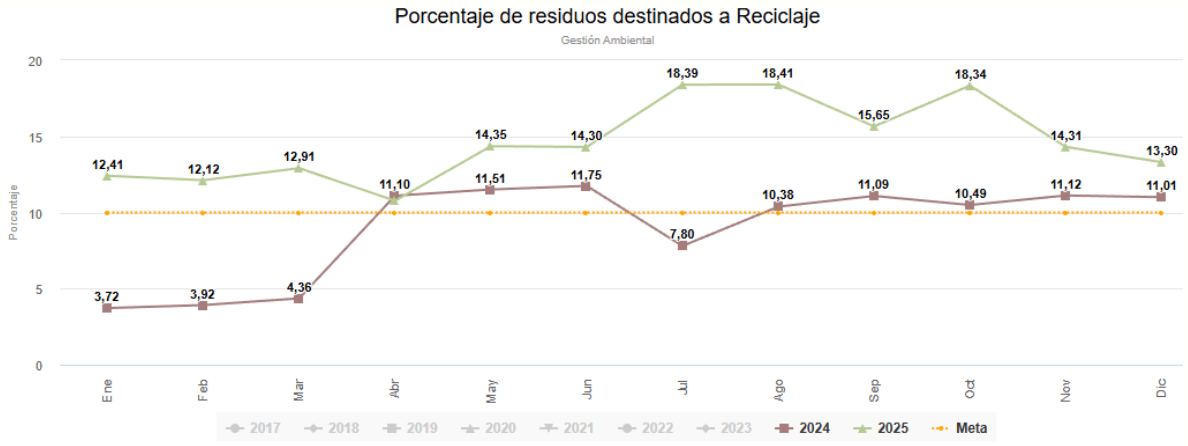
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Porcentaje de destinación de residuos generados por actividad asistencial: La totalidad de residuos generados en la institución comprende residuos con características peligrosas (riesgo biológico, químicos) y no peligrosas (aprovechables, no aprovechables), la finalidad de este indicador es la de minimizar la cantidad de residuos generados en la institución. Para el año 2025 el indicador se mantuvo por debajo de la meta establecida 7 meses en el año, sobrepasando la meta los meses de marzo, julio, octubre y noviembre, sin embargo encontrándose muy cerca de la meta, en comparación con el año 2024 se observa una gran mejoría, pues en este año solo se cumplió con la meta establecida en los meses de febrero y septiembre, indicando que para el año 2025 la generación de residuos en comparación con el número de actividades asistenciales fue muy inferior al año anterior.



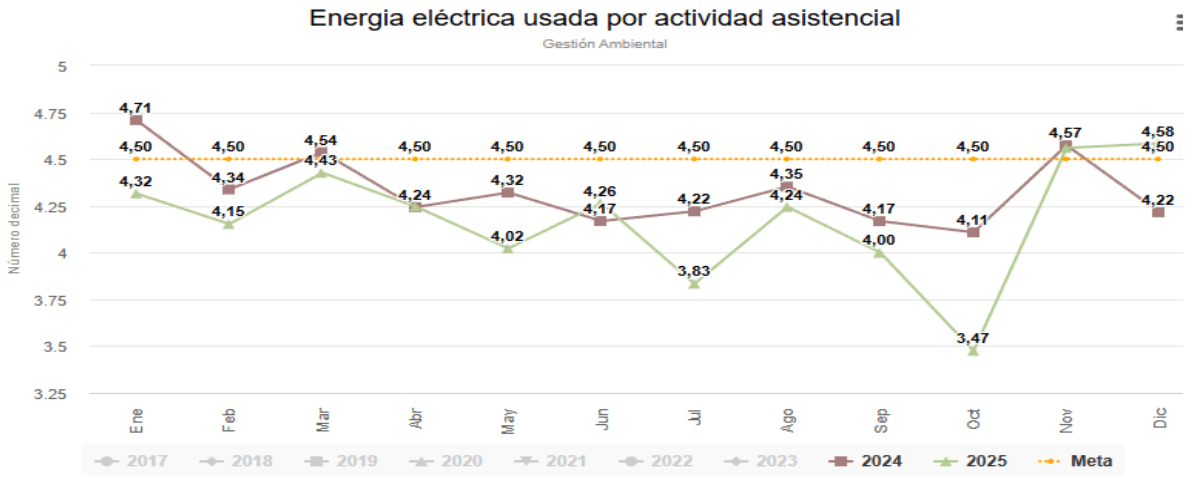
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Porcentaje de destinación de residuos a relleno sanitario: Los residuos no aprovechables son destinados directamente al relleno sanitario, en el año 2025 se observa que la cantidad de estos residuos aumentó en comparación al año 2024, este comportamiento responde principalmente al comportamiento observado en la disminución de residuos peligrosos, pues nos indica que las prácticas de segregación de residuos se está realizando de una manera más efectiva, pues residuos no peligrosos que anteriormente se segregaban de manera incorrecta, ahora entran en el proceso de poder clasificarlos y reducir la cantidad de peligrosos enviados a incineración, esterilización u otros tratamiento diferentes al relleno sanitario o reciclable.



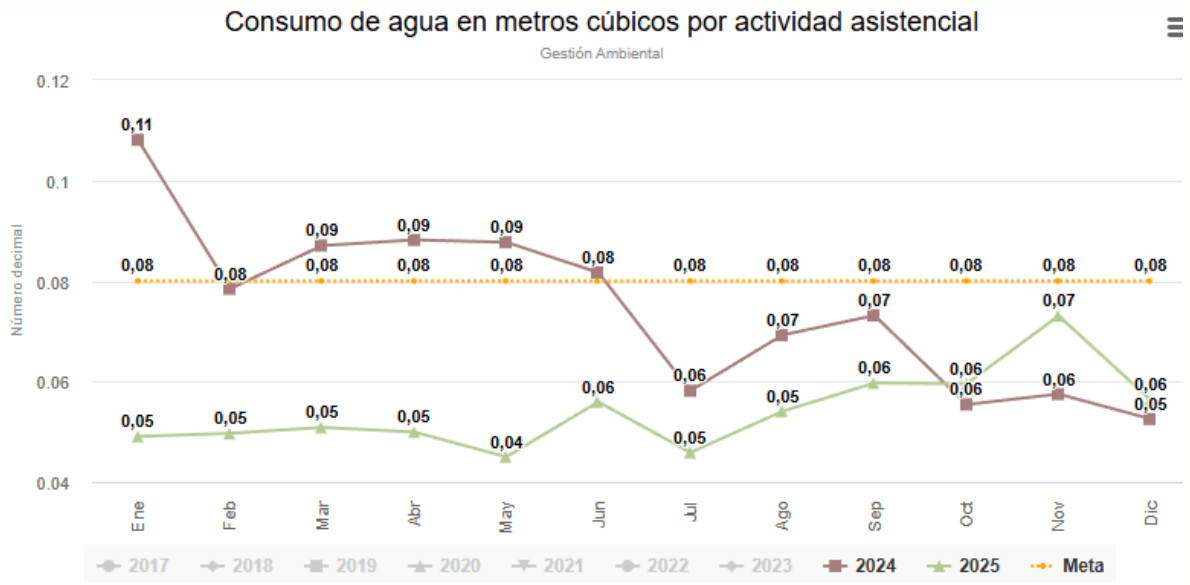
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Porcentaje de destinación de residuos a reciclaje: Los residuos aprovechables generados en la institución son recogidos por la empresa LMB reciclaje, obteniendo un beneficio económico que es donado a la fundación Funtalentum, por lo cual su finalidad es de aumentar mejorando las prácticas de segregación en la fuente en la clínica. Para el año 2025, se logra observar un aumento positivo en el porcentaje de residuos que se destinaron para reciclaje superando la meta establecida todos los meses del año, generando así un total de $15’074.116, en comparación con el año 2024 se observa una gran mejoría al ser superiores al cierre de 2025.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Energía eléctrica usada por actividad asistencial: El Consumo de energía eléctrica medido en kW/hora, en contraste con el número total de atenciones en salud ejecutadas, presentó una disminución en comparación al año 2024 y se mantuvo por debajo de la meta establecida, únicamente superando los meses de noviembre y diciembre, consumos que se pueden asociar a las celebraciones navideñas desde finales del mes de noviembre y todo el mes de diciembre, independientemente de las atenciones en salud que se tuvieron.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

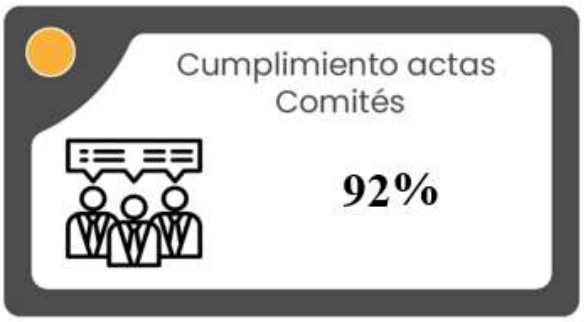
Consumo de agua en metros cúbicos por actividad asistencial: Para el año 2025 la meta establecida se redujo a 0.08 (para el año 2024 la meta era de 0.12), teniendo en cuenta que para el año 2024 se mantuvo una tendencia a la baja en el consumo del recurso hídrico, llegando a alcanzar un indicador de 0.05 para el mes de diciembre de este año. Para el año 2025 la tendencia se mantuvo, por lo cual se cumple con la meta establecida para el año, representando una buena gestión del recurso durante el periodo evaluado.

8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

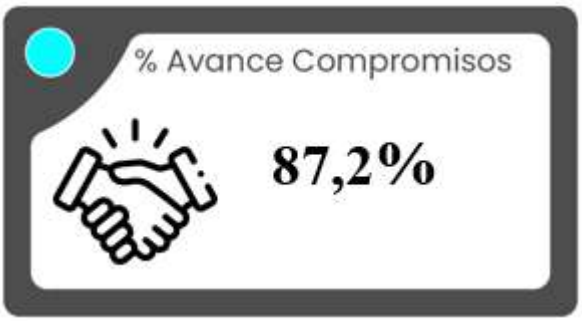
A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Comité Gestión Ambiental y Sanitaria - Gestión Ambiental



Avance de Compromisos.



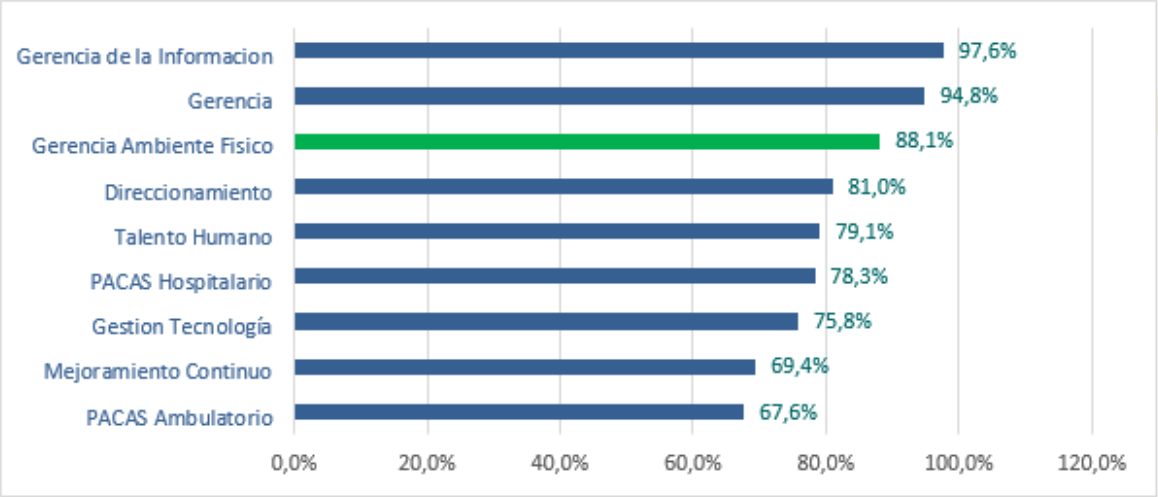
Indicadores.

Vigilado Supersalud

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- Se debe mejorar el sistema de recepción y control de datos de residuos generados por medio de formatos actualizados y mayor control operacional.
- La ejecución de auditorías en servicio asistencial y administrativo y generación de informes de auditorías mejoró la consolidación de información y puntos clave a mejorar
- La actualización de los integrantes del comité GAGAS permitió optimizar la toma de decisiones junto con equipos interdisciplinarios involucrados en los procesos.
- El muestreo de agua potable directamente con laboratorio acreditado por el IDEAM y con mayor cantidad de puntos muestreados, permite conocer el comportamiento del recurso y las mejoras que deben aplicarse según los resultados.

10. PROYECTOS 2026:

- Ampliar la vinculación a programas pos-consumo y lograr un mejoramiento de adherencia en el correcto uso de los contenedores.
- Crear alianzas para desarrollar campañas y voluntariados ambientales por parte de los funcionarios
- Mejoramiento en el seguimiento del tratamiento de agua para lograr ahorro de recurso hídrico con reutilización de agua tratada funcionando al 100%.
- Desarrollar e implementar actividades de la Red Global de Hospitales Verdes
- Proyecto de ampliación Planta de Tratamiento de Aguas Residuales “PTAR”
- Consolidar la dotación y necesidades del proyecto de torre 3 para su futura puesta en marcha
- Completar y radicar con concepto ambiental viable el proyecto de torre IV
- Mejorar el sistema interno de gestión integral de residuos con los operarios y el traslado de manera segura a los gestores externos.
- Mejorar la adherencia de las buenas prácticas ambientales y segregación de residuos por parte del cliente interno y externo

Vigilado Supersalud

SERVICIOS TERCERIZADOS

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Desarrollo del 60% del software So Health-Sodexo para la automatización de solicitud de dietas de pacientes, lo que conllevará en las futuras etapas durante la implementación en la reducción de tiempos, de papel y optimización en el proceso de facturación.
- Implementación del 100% de la App 2.0 para solicitud y reserva de alimentos por parte de los colaboradores
- Atención de visita de Secretaría Distrital de Salud para el servicio de alimentación con un cumplimiento del 78%, obteniendo concepto favorable con requerimientos.
- Implementación de modelo Renting para el proceso de ropería hospitalaria, en donde se logra la adquisición de 10.822 prendas nuevas y puesta en circulación según necesidad de los servicios. Lo cual, también va a favorecer en la disminución de ropería dada de baja al tener un nuevo ciclo de ropa nueva.
- Disminución de descarte de ropa dada de baja como residuo biosanitario en promedio 275 prendas mensual, al ser recogido directamente por el tercero para proceso de aprovechamiento textil, previamente deslogado en clínica antes de entregarlo.
- Mejoramiento en el proceso evaluativo de la operación y gestión de los servicios tercerizados, con actualización del método de evaluación, fortalecido con las reuniones mensuales de EPM y su articulación a los procesos de acreditación institucionales.
- Desarrollo de las capacitaciones dirigidas a los tercerizados administrativos para alinearse a los estándares de la clínica, en temas principales como: gestión del servicio, humanización, habilidades blandas, protocolo de saludo, limpieza y desinfección, manejo de aislamientos, gestión integral de residuos, buenas prácticas de manufactura, atención de derrames y uso de los kits, y la participación en jornadas de inducción institucional mensualmente.
- En porcentaje de Satisfacción se mantiene en un 98% para servicios tercerizados como percepción del usuario.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Renovación tecnológica para equipos del área de cocina	Realizar la compra de equipos modernos y adicionales que optimicen la operación	80%	31/12/2025	Se tenía proyectado para culminar por completo en el 2025, sin embargo, al tomar la decisión que la renovación estaría inmersa en la continuidad del

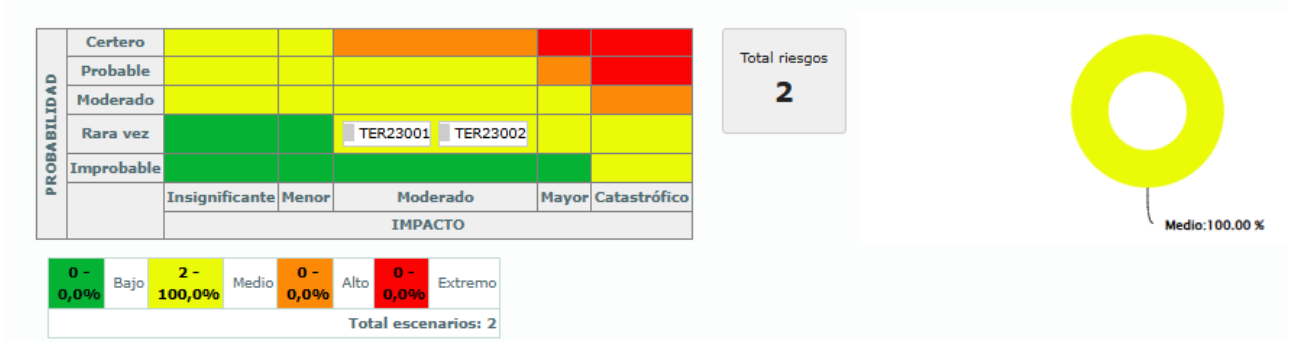
Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
				contrato con el tercero de alimentación, ya no se haría compra directa por la clínica, sino como “inversión no protegida” que cubra con la necesidad
Reabastecimiento y renovación de ropería hospitalaria	Surtir con prendas nuevas y reposición por cumplimiento de su vida útil de la ropería hospitalaria según la necesidad actual del servicio	100%	09/12/2025	Implementación de modelo Renting para el proceso de ropería hospitalaria con el tercero Ilunion en donde queda establecido contractualmente su responsabilidad de mantener en buenas condiciones la ropa que se surte y reponerla cada vez que se requiera según el stock base que se debe mantener para cada servicio
Optimización de tiempos y movimientos de los terceros	Validar los tiempos y movimientos de los servicios (limpieza y alimentación) para un control y seguimiento que evalúe efectividad	78.75%	31/12/2025	Se realiza prueba piloto torre 1 de cambio de horarios y uso eficiente en las rutas de ascensor para evitar contratiempos o cruce de servicios, lo cual debe replicarse para la torre 2, quedando pendiente el piloto en esta última torre. Además, de contar

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
				con un mecanismo automatizado para el seguimiento y control de esos horarios.
Fortalecimiento de articulación de tercerizados a procesos de acreditación	Implementar y hacer seguimiento a la participación y cumplimiento de procedimientos enmarcados en la acreditación en salud	100%	31/12/2025	Se ajustaron las desviaciones encontradas en el proceso y su adherencia a los protocolos, logrando mejorar la calificación de los tercerizados, seguimiento mensual a sus funciones mediante evaluación y participación en las actividades de la clínica para continuar en mejoramiento en la acreditación.

3. GESTIÓN DEL RIESGO



Unidad de riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo	Controles
Servicios Tercerizados	Pérdida de activos de la institución	Rara vez	Moderado	Medio	Evitar el riesgo	1
Servicios Tercerizados	Inadecuados procesos de Limpieza y Desinfección	Rara vez	Moderado	Medio	Evitar el riesgo	1

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Vigilado Supersalud

Con respecto a la *Pérdida de activos de la institución*, se presentaron 2 eventos, en abril la pérdida de otoscopio y oftalmoscopio en el área de urgencias y en noviembre, un equipo de órganos, otoscopio y oftalmoscopio de la central de especialistas, en donde no se logra evitar el hurto y se procede a prestar mayor atención y control en los servicios, los cuales deben mantener con seguro en el momento en que ya tiene asignadas citas y con el personal de vigilancia, mayor control en la puerta de acceso, puesto que la revisión de maletines debe aplicar para la totalidad del personal que sale de la institución. En cuanto a limpieza y desinfección, ninguno se materializó en evento de brotes o infecciones asociados a inadecuados procesos de limpieza.

4. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

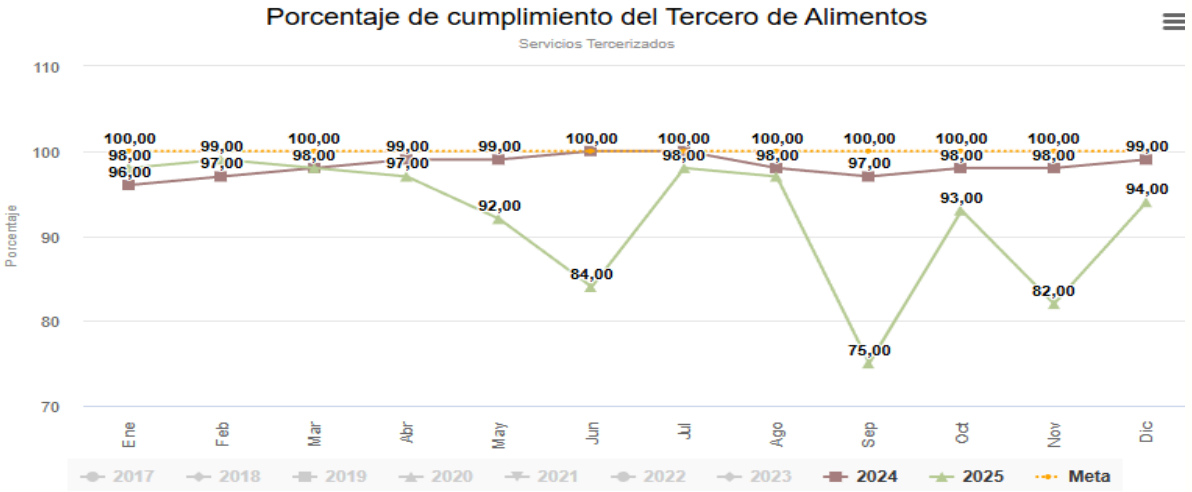
Tercerizados

Satisfacción	
2024	98%
2025	98%

Atributos Afectados 2025		
1	Comunicación	18
2	Confort	18
3	Humanización	17
4	Continuidad	3
5	Oportunidad	1
Total PQRS		57
Tasa PQRS 2025		0,10

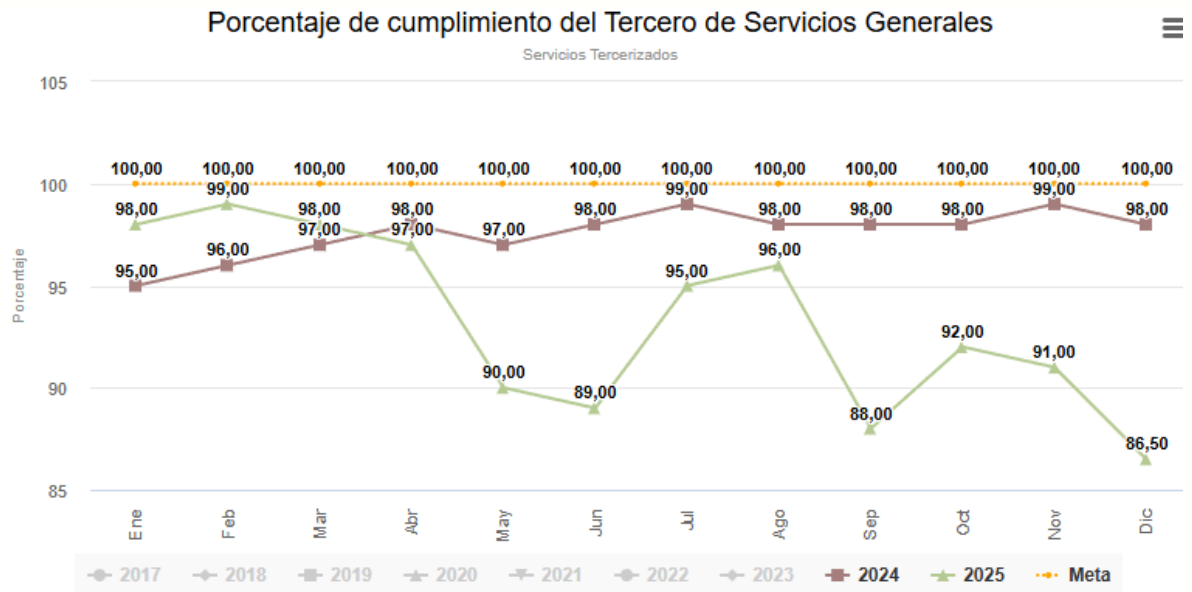
Fuente: Informe Experiencia 2025

Se mantiene en el 98% de satisfacción del usuario en los ítems evaluados para tercerizados, en total 2025 57 PQRS enfocados en Comunicación y Confort



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador mide el grado de cumplimiento del proveedor encargado (Sodexo), basado en la calidad, oportunidad, cantidad y condiciones de entrega de los alimentos según el contrato vigente. Para el año 2025, se llevó a cabo la actualización de los formatos de evaluación, en donde se desintegran a mayor detalle los ítems evaluativos según el tipo de contrato y las condiciones de cada servicio, empezando a regirse desde septiembre. El porcentaje de cumplimiento del servicio tercerizado presentó falencias en algunos meses en comparación con el año 2024, específicamente en junio, septiembre y noviembre, estas bajas calificaciones son por novedades puntuales presentadas en los meses correspondientes, por ejemplo: el no cumplimiento del gramaje de proteína en los menú, retrasos en la entrega de alimentos, afectaciones a las instalaciones de la clinica durante rutas de alimentos y tickets de pacientes por mala actitud de personal; todas las observaciones son expuestas a los líderes del servicio tercerizado durante los equipos primarios de mejoramiento mensuales y se dan respuestas a las novedades presentadas.



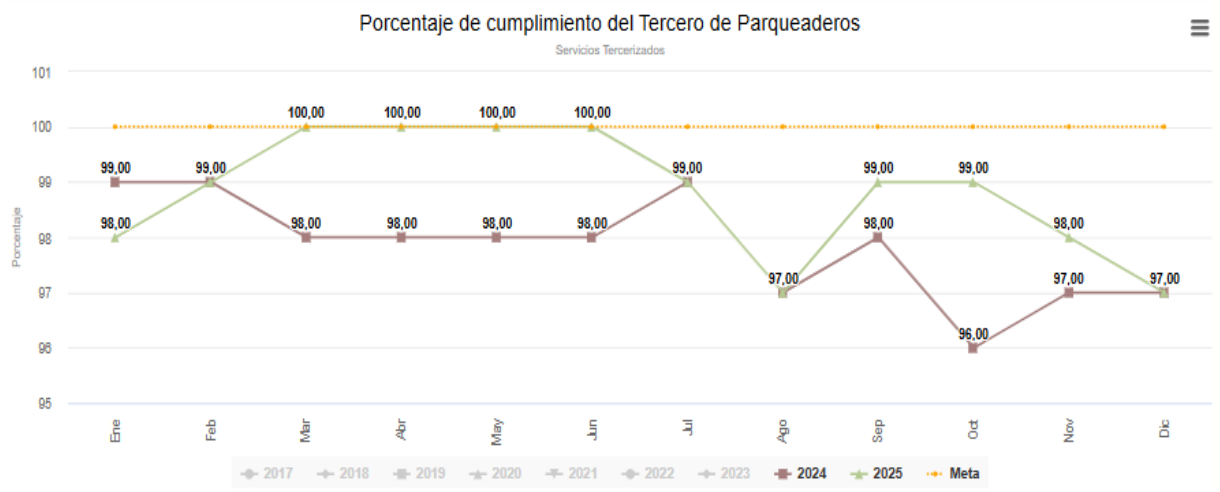
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2025, se llevó a cabo la actualización de los formatos de evaluación, en donde se desintegran a mayor detalle los ítems evaluativos según el tipo de contrato y las condiciones de cada servicio, empezando a regirse desde septiembre.

Este indicador evalúa el cumplimiento mensual de servicios generales (Casalimpia), con respecto a las condiciones pactadas en el contrato, la meta es de un 100%, reflejando un cumplimiento total sin desviaciones, sin embargo, el cumplimiento de actividades sin desviaciones es una escenario difícil de alcanzar por lo cual se ha mantenido el indicador por debajo de la meta establecida, en donde los valores más bajos se obtuvieron en los meses de junio, septiembre y diciembre, los cuales se presentaron principalmente por incumplimiento en los protocolos de limpieza y desinfección así como incumplimientos en la gestión integral de residuos, todas las observaciones consideradas para las calificaciones del servicio tercerizado se encuentran en el formato de evaluación de servicios tercerizados (TC-FO-011), en donde mensualmente se socializa con los líderes

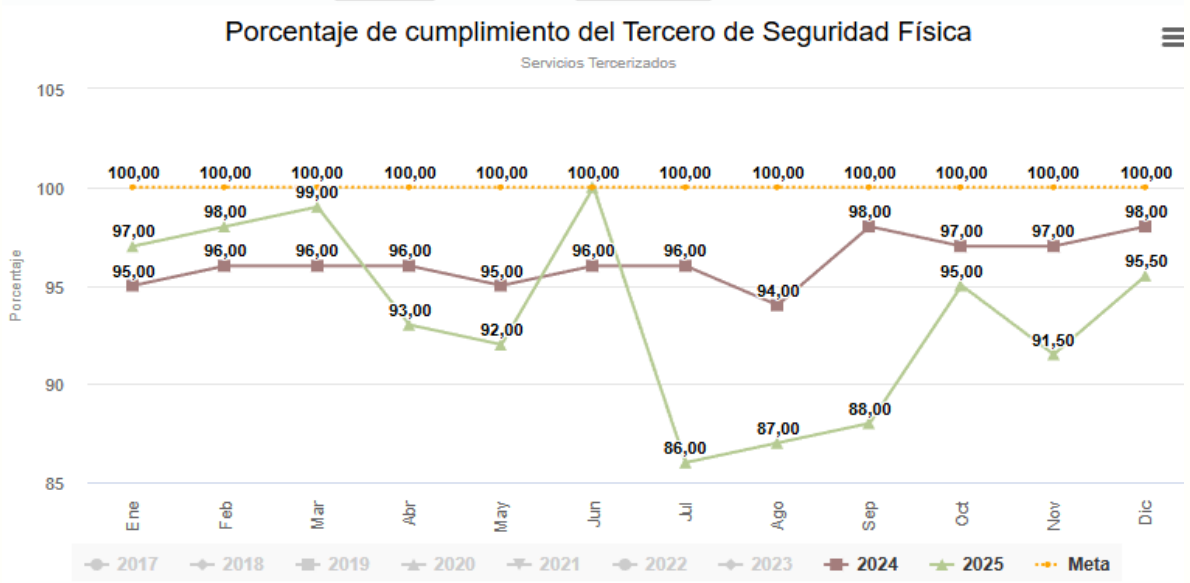
Vigilado Supersalud

del servicio con el fin de mejorar los hallazgos identificados y propender a una mejora continua.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

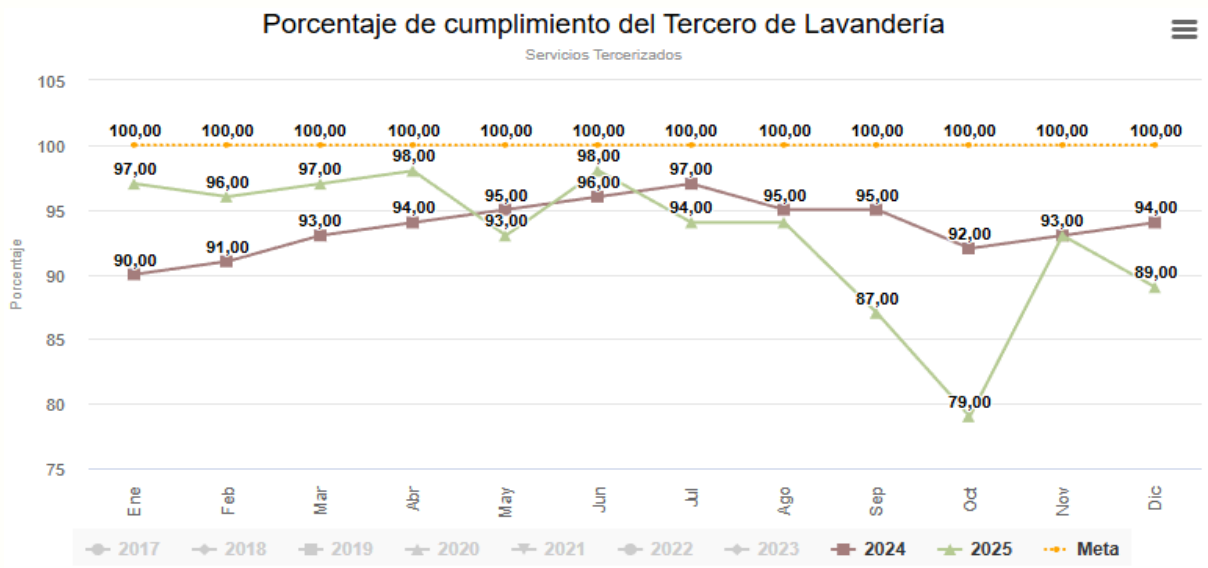
El tercerizado Parquia cumple para el año 2025 con un porcentaje superior al 95% en todos los meses considerados con los criterios evaluados dentro de la institución, manteniendo una correcta orientación y supervisión por parte del coordinador, buena presentación personal del personal y buen desempeño y actitud de los mismo. Para el año 2025, se llevó a cabo la actualización de los formatos de evaluación, en donde se desintegran a mayor detalle los ítems evaluativos según el tipo de contrato y las condiciones de cada servicio, empezando a regirse desde septiembre, según el formato de evaluación de servicios tercerizados (TC-FO-0119).



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2025, se llevó a cabo la actualización de los formatos de evaluación, en donde se desintegran a mayor detalle los ítems evaluativos según el tipo de contrato y las condiciones de cada servicio, empezando a regirse desde septiembre. Este indicador

mide el grado de cumplimiento de las obligaciones contractuales del proveedor de seguridad física, incluyendo permanencia, puntualidad, cumplimiento de funciones, rondas establecidas y presentación de informes, se observa que para el año 2025 durante el trimestre comprendido entre los meses de julio y septiembre se presentó el porcentaje de cumplimiento más bajo, debido a situaciones como: no cumplimiento por parte de los supervisores a indicaciones dadas por parte de la institución, fallas en el reporte de eventualidades presentadas y demoras en solicitudes de cambios de guardas, cada una de las observaciones son expuestas y validadas con los líderes del servicio tercerizado, con el fin de dar soluciones reales y mejorar así la experiencia de pacientes y familiares dentro de la institución.

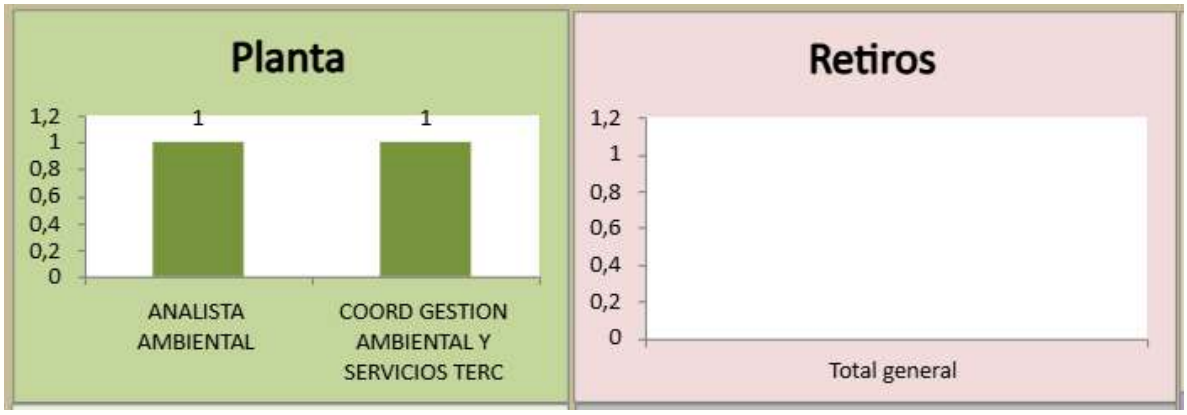


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2025, se llevó a cabo la actualización de los formatos de evaluación, en donde se desintegran a mayor detalle los ítems evaluativos según el tipo de contrato y las condiciones de cada servicio, empezando a regirse desde septiembre. Este indicador refleja el nivel de cumplimiento del tercero Ilunion en relación con los estándares establecidos en el contrato: oportunidad, cantidad, calidad del servicio y cumplimiento de horarios de entrega y recolección. Durante el año 2025 se observó una disminución en el porcentaje de cumplimiento en los meses de septiembre y octubre, asociados a un nuevo acuerdo de oferta comercial, a raíz del cual se presentaron demoras en las entregas de ropería nueva, generando un aumentando en el número de quejas en los servicios asistenciales, sin embargo, estos incumplimientos fueron ajustados en el mes de noviembre, asegurando una buena experiencia para paciente, familiares y colaboradores.

6. INDICADORES DE CULTURA:

En cuanto a rotación de personal del área de gestión ambiental y servicios tercerizados, no se cuenta con retiros y con una antigüedad desde marzo 2025



Fuente: Informe talento humano

Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

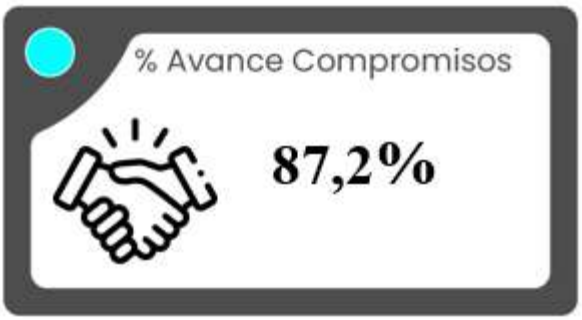
Fuente: Informe talento humano

7. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.



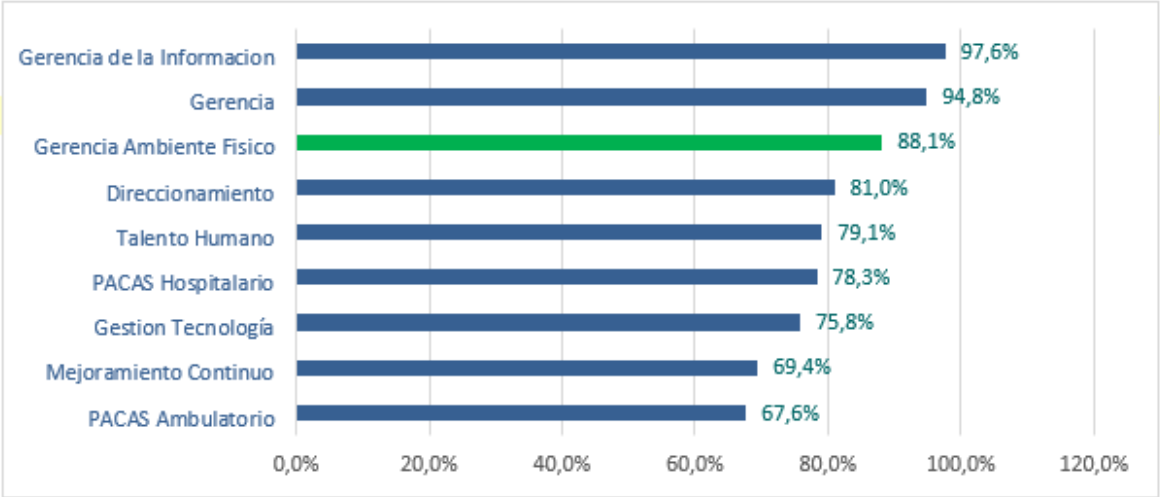
Vigilado Supersalud

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Indicadores.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **Gerencia del Ambiente Físico** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- La medición de tiempos en momento real de los terceros como limpieza y desinfección y distribución de dietas de pacientes, mejoraría el control y seguimiento, el tiempo de respuesta oportuna y mayor trazabilidad de funciones, lo cual se espera poder realizar en el 2026
- El mejoramiento en el método de evaluar a cada tercero mensualmente con ítems específicos por tipo de contrato permitió centralizar más la información para la toma de decisiones y fortalecer los puntos débiles identificados.

10. PROYECTOS 2026:

- Implementar herramientas automatizadas para la trazabilidad, medición y control de tiempos y movimientos de los terceros y optimización de tareas
- Aseguramiento de las condiciones de confort, seguridad y bienestar para los pacientes y visitantes, desde su ingreso a la clínica por medio de acciones de seguimiento, control y medición en los servicios
- Concretar la instalación de la modernización de equipos de cocina con el tercero de alimentación para mejorar la calidad y eficiencia del servicio.
- Mejorar el proceso de gestión interna de residuos en la institución con el tercero contratado para tal fin, con su respectivo seguimiento y trazabilidad según lo indica la normatividad

Los Nogales
Clínica

Informe de Gestión 2025

Gestión de la Tecnología

Vigilado Supersalud

Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C
Autopista Norte, Costado Oriental.
www.clinicanogales.com
(601) 593 70 00

GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Adquisición, Instalación, licenciamiento y puesta en marcha del acelerador 2 Halcyon Hypersight, además de la instalación del sistema IDENTIFY, situándonos como la primera institución de Colombia en contar con esta configuración del equipo. A la fecha es la inversión tecnológica por unidad más ambiciosa de la institución, teniendo un costo de $ 2.352.000 USD. Este equipo posee mejoras en la planificación de plan de tratamiento de pacientes, además de posicionar a la clínica como punto de referenciación de esta índole.
- Incremento de 0.1 puntos en la calificación de seguimiento oportunidades de mejora de acreditación en el estándar de gestión de la tecnología en el seguimiento efectuado en 2025-1, demostrando la gestión de mejora institucional frente al estándar.
- Cumplimiento del 100% del cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos, dando alcance a la cobertura total según inventario institucional, aportando con esto a la no materialización de riesgos no clínicos asociados al uso de estos equipos, a la seguridad tecnológica biomédica y por ende a la seguridad del paciente.
- Negociación e inicio de instalación de un nuevo resonador como renovación del resonador 1, con ello apuntando a la renovación de tecnología de vanguardia, posicionando a la institución en ser la primera en poseer este tipo de tecnología, de grandes bondades en inteligencia artificial.
- Aumento de 2.33 puntos porcentuales de la eficacia en las capacitaciones de uso adecuado de tecnología biomédica, asegurando la adherencia de la información para el buen uso de los equipos, logrando una mejor apropiación de conocimientos en el cliente asistencial, con ello permitiendo la gestión de cobertura de las capacitaciones sobre el personal y así, contribuyendo a la efectividad del buen manejo de tecnología biomédica.
- Costeo de dotación de tecnología biomédica, para la nueva unidad de otología, por un valor total de $361.066.428 COP, permitiendo la ampliación de portafolio de servicios y que, a su vez, cuente como centro de referencia para el nicho de población de estas patologías.
- Adquisición de diversas tecnologías tales como: Monitor de signos vitales para resonancia ($202.863.000 COP) en función de la renovación del nuevo resonador; video broncoscopio e instrumental ($53.821.066 COP) cumpliendo con necesidad del grupo de anestésica y su optimización de técnica de intubación en vías áreas de difícil maniobra; Grúa de paciente ($ 38.368.500 COP) apuntando a la mejora en condiciones ergonómicas de cliente interno asistencial de las unidades de cuidado intensivo e intermedio y al apoyo en labores de rehabilitación de pacientes de estos servicios.

Vigilado Supersalud

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Puesta en marcha acelerador 2	Instalación, licenciamiento y puesta en marcha de un nuevo acelerador	100%	12/09/2025	La colaboración interdisciplinar desde la planeación hasta la puesta en marcha permite la optimización de tiempos en el proyecto. Todo debe ser meticulosamente calculado (proyectando posibles retrasos) para que no se materialicen durante el desarrollo del mismo.
Otología	Dotación de área de otología	100%	20/07/2025 (aprox)	Como institución y, desde la investigación de las patologías de la población actual, se debe apostar por aquellas inversiones que permitan concentrar este tipo de personas, en función de aportar al diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades. Un servicio como otología concluye hasta donde se desea llegar a la minucia de las patologías de esta categoría y la forma en que se puede brindar un servicio de calidad, con tecnología de punta.

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Monitor RM	Compra de monitor compatible con resonancia magnética	100%	05/09/2025	Una renovación tecnológica, como lo es el resonador del cual habla el presente informe, permite validar que otras oportunidades son viables para optimizar a un más la tecnología adquirida. Esta monitoria permitirá validar la viabilidad de estudios bajo sedación.
Renovación licencias	Renovación de licencias de práctica médica para los equipos: arco en c, rx fijo, rx telecomandado, acelerador 1	100%	19/12/2025	El cumplimiento normativo es y será un reto en el tiempo para las áreas de gestión de tecnología. La resolución 482 / 19 habla sobre la adquisición y renovación de licencias de práctica médica para equipos de radiación ionizante, siendo este acto administrativo la puesta oficial de puesta en marcha de la variedad de tecnología a la cual aplica.
Dotación Torre 3	Definir con qué proveedores se llevará a cabo la compra de la dotación para la torre 3	80%	En curso	Este proyecto de inversión requiere de alto detalle en la dotación tecnología necesaria para tal fin. Para ello, se debe contar con una validación multidisciplinar que

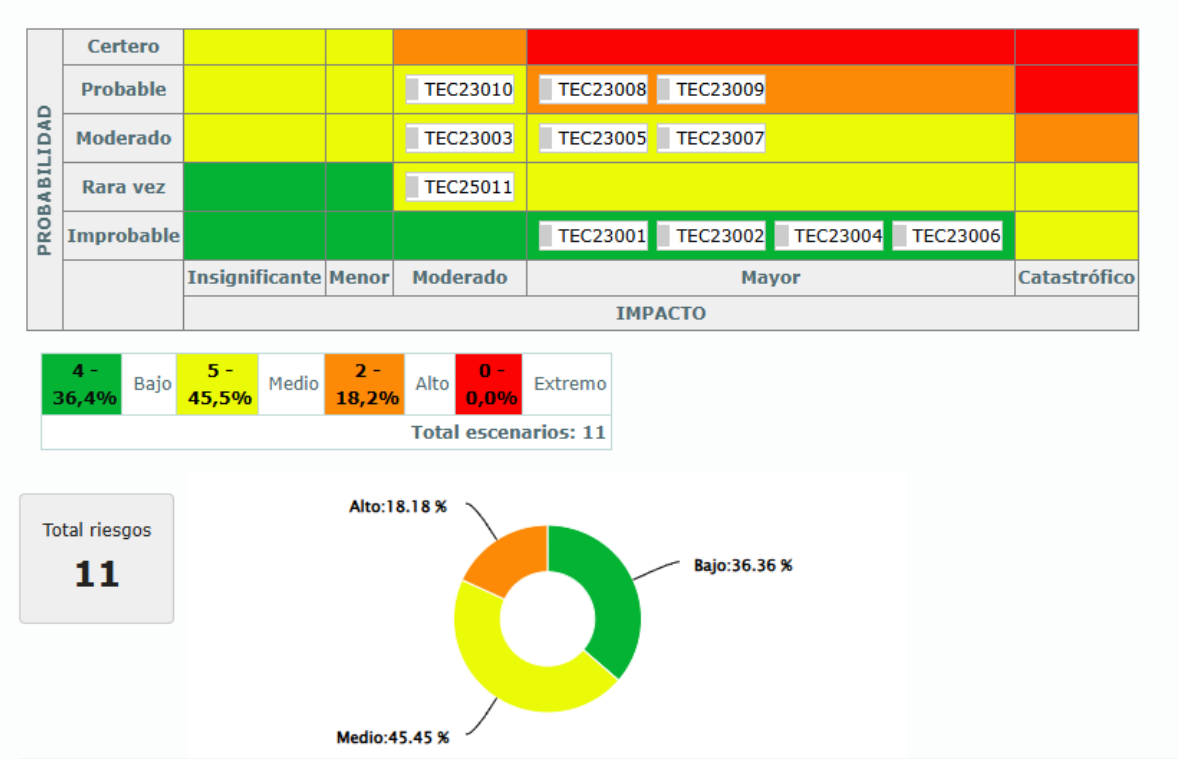
Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
				permita la optimización tecnológica, desde la gestión y adquisición de la misma. Se debe contar con rigurosas validaciones en aspectos económicos, clínicos, técnicos y ambientales.
Renovación resonador 1	Compra, e instalación de un nuevo resonador	80%	En curso	A diferencia de los proyectos de inversión de tecnología diagnostica ionizante, este tipo de renovación permite analizar los diferentes modelos tecnológicos diagnósticos y su exclusividad de los requisitos de preinstalación. A su vez y, en función de la apuesta tecnológica de vanguardia, se tuvieron en cuenta diversos criterios de inteligencia artificial en la tecnología, con el fin de optimizar calidad de estudios y oportunidad de servicio. Una correcta ejecución del ciclo de gestión de tecnología biomédica permite la optimización al 100% de los equipos de tal categoría.

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Artroscopia en calidad de comodato	Celebración de contrato de comodato de artroscopia, en función de adjudicación de grupo empresarial	40%	19/02/2026	Este proyecto permite la inclusión de nueva tecnología de artroscopia, en modelo de comodato. Demostrando no solo la vanguardia de tecnología de esta categoría, si no la efectividad de los otros modelos de adquisición tecnológicas existentes en el mercado.

3. GESTIÓN DEL RIESGO



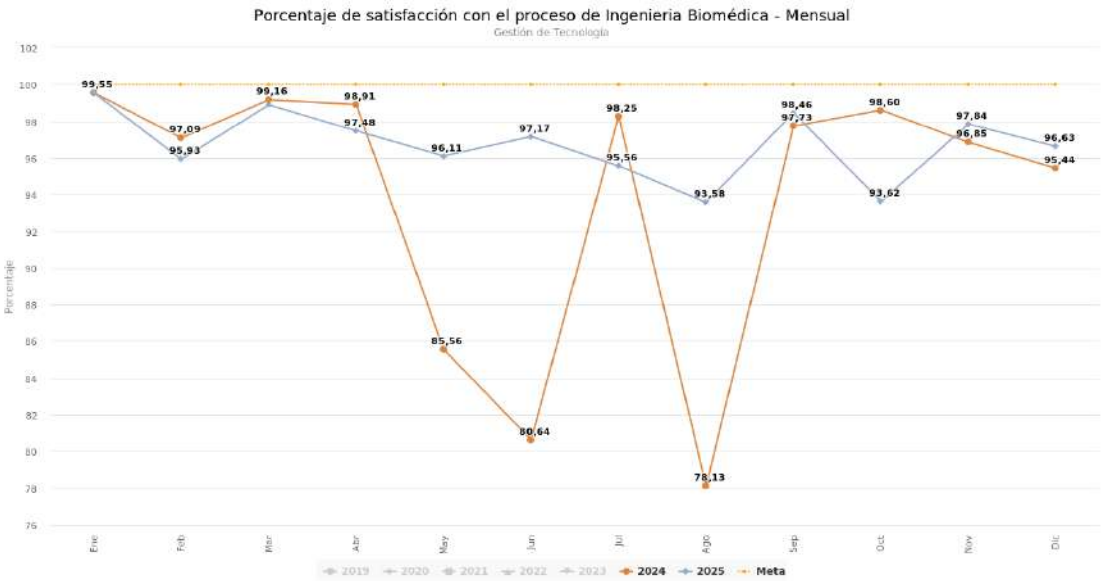
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

RIESGO	CONTROL
Infección cruzada secundaria a no limpieza y desinfección de equipos	Ejecución de mantenimiento preventivo con apartado de limpieza y desinfección Capacitaciones programadas de manejo de equipos incluido componente de limpieza y desinfección ID - 062 ID - 068 ID - 069 ID - 967
Probabilidad de afectación en la salud del paciente a razón de fallas en equipos biomédicos	Cumplimiento al plan de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos Seguimiento a tiempos de parada de equipos de diferente criticidad Ejecución de mantenimientos correctivos Contratos de mantenimiento para equipos de alta gama con tiempos de respuesta menor a 8 horas. ID - 062 ID - 128 ID - 129 ID - 130
Posibilidad de ausencia de reporte de sucesos relacionados con Tecnovigilancia que afecta la mejora continua	Plan de trabajo del comité de tecnovigilancia Capacitaciones en cultura del reporte y buen uso de equipos ID - 068 ID - 069 ID - 967
Adquisición de tecnología biomédica que no cumple los criterios de la institución	Evaluación de tecnología de acuerdo con los lineamientos definidos por la institución GT-FO-083 GT-FO-017 GT-FO-046
Probabilidad de afectación en la seguridad del por falencias en el uso de dispositivos médicos sin entrenamiento adecuado del personal	Capacitación en el uso y cuidado de la tecnología que ingresa nueva a la institución Recapacitación en la tecnología de mayor abordaje por el personal asistencial ID - 068 ID - 069 ID - 967
Inadecuada disposición final de la tecnología biomédica	Disposición final de residuos de acuerdo con lo establecido en la norma de zona franca y la normativa ambiental
No identificación de equipos biomédicos que requieren renovación o reposición	Determinación anual de los equipos que cumplen su vida útil en la institución Evaluación de la tecnología que ya cumplió su vida útil en una matriz de obsolescencia ID - 575
Probabilidad de Incompatibilidad tecnológica	Articulación con las áreas de ambiente físico y tecnología de la información para el seguimiento

Vigilado Supersalud

RIESGO	CONTROL
	de los proyectos que incluyan tecnología biomédica Validación por parte del área asistencial y especialistas de la tecnología a adquirir
Falta de criterios claros de evaluación de tecnología biomédica	Definición de especificaciones técnicas de los equipos que se pretende adquirir Evaluación costo – efectiva de la tecnología Evaluación económica, técnica, clínica y ambiental GT-FO-083 GT-FO-046 GT-FO-017
Inoperatividad de la tecnología adquirida, derivado de la ausencia de capacitación de manejo en equipos nuevos	Capacitación en el uso y cuidado de la tecnología que ingresa nueva a la institución Recapacitación en la tecnología de mayor abordaje por el personal asistencial ID - 068 ID - 069 ID - 967
Posibilidad de uso de dispositivos médicos con alerta sanitaria y/o informe de seguridad activa que pone en riesgo la salud del paciente	Solicitud de documentación requerida para el ingreso de cualquier equipo en modalidad de compra, comodato, demostración o alquiler GT-FO-083 GT-FO-015 GT-FO-017
No identificación de equipos biomédicos que requieren renovación o reposición	Evaluación de obsolescencia en matriz de índice de obsolescencia ID- 575

4. INDICADORES DE EXPERIENCIA DEL PACIENTE, FAMILIAR Y CUIDADOR

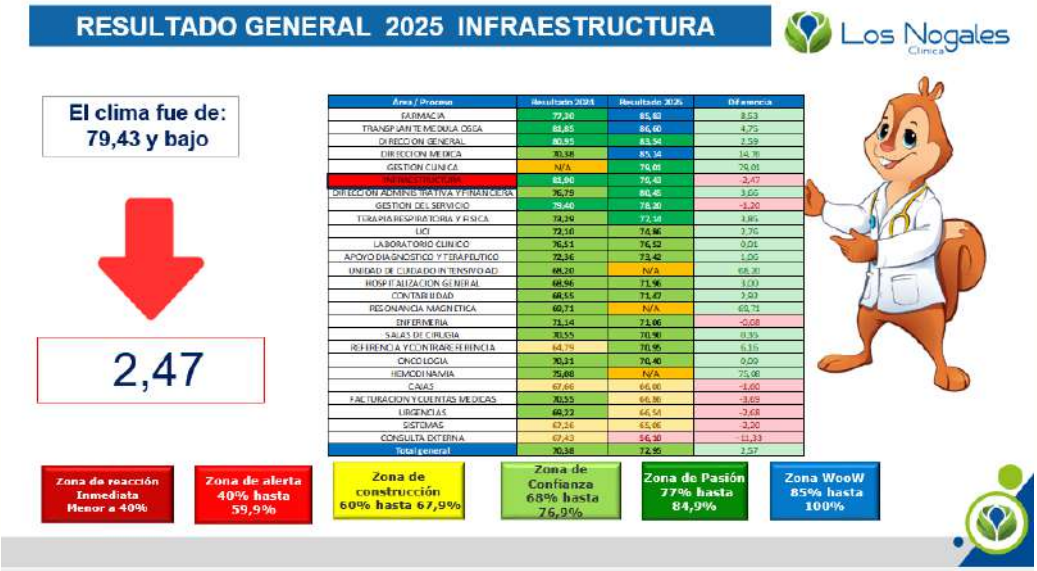


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2025 se presentó el aumento del porcentaje acumulado de satisfacción con el servicio, obteniendo un el 96.74% en comparación al 2024, en donde el porcentaje fue del 93.83%. Este incremento refleja un fortalecimiento en la percepción del servicio por parte del cliente interno.

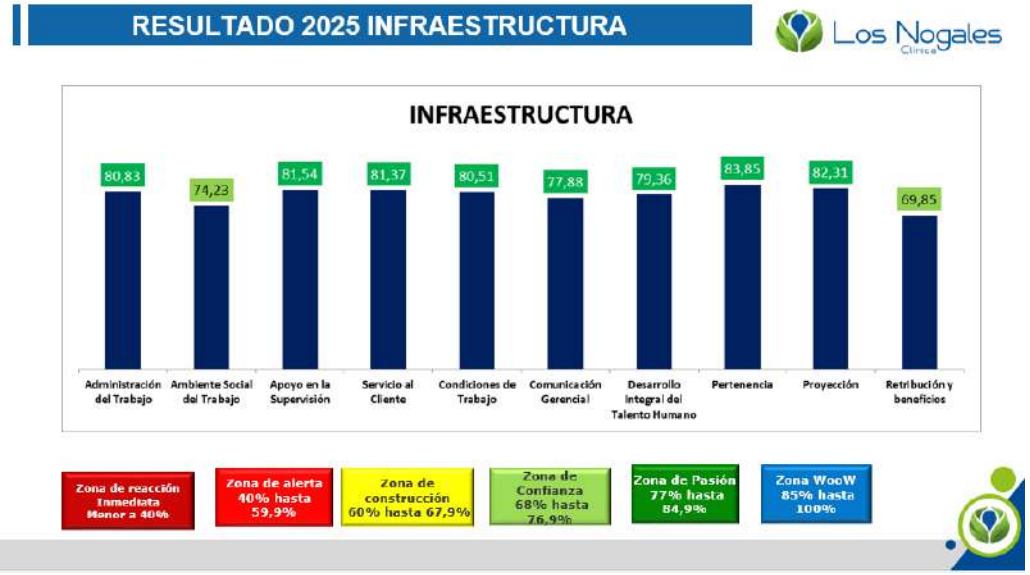
5. INDICADORES DE CULTURA:

El clima organizacional en una unidad funcional como gestión de tecnología es un gran reto, puesto que al ser un área tan técnica y al pie de la letra, se deben tener en cuenta aspectos que se orienten a la motivación, rendimiento calidad de soporte técnico y capacidad de respuesta ante situaciones adversas que involucren este tipo de tecnología. Es por ello, que se debe optar por apuntar a desarrollar clima positivo que potencie la innovación, el cumplimiento normativo y la mejora continua, contribuyendo así a la seguridad, los tiempos de respuesta y la cohesión del equipo. A continuación, se presentan los resultados de clima organizacional 2025 del área.



Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,58	85,34	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
[illegible]	81,90	79,43	-2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	75,40	74,20	-1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	72,38	4,86
UCI	72,16	74,96	2,79
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	1,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,93
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	-0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	-1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	-3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	-2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	-11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

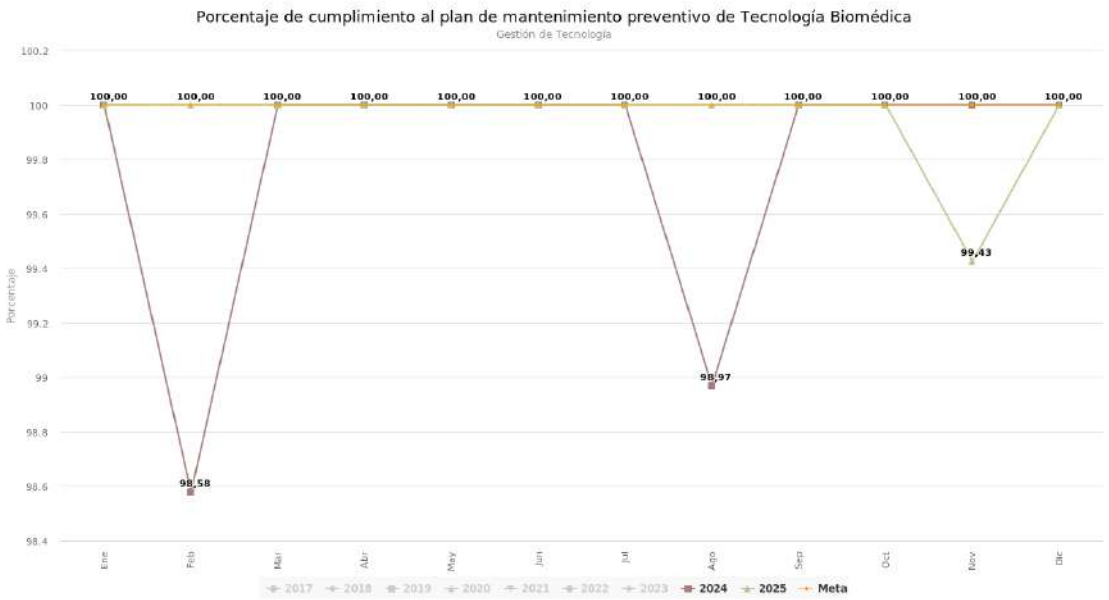
Fuente: Informe talento humano



Fuente: Informe talento humano

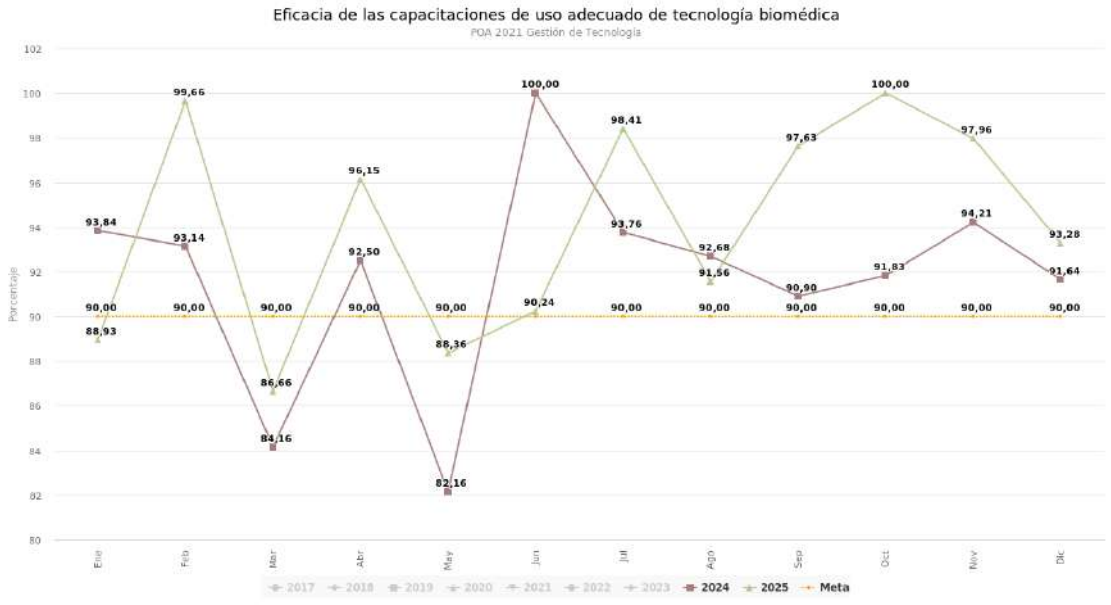
A pesar de que el puntaje obtenido en 2025 es de 79.43%, si se compara con el 2024, se tuvo una reducción de 2.47 puntos porcentuales, teniendo en cuenta dos factores de evaluación, como lo son el ambiente social de trabajo y la retribución y beneficios. Esto posiblemente relacionado con la brecha salarial existente entre los colaboradores actuales y la media del mercado. Esta desviación tendrá lugar a un plan de trabajo a desarrollar en 2026.

6. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



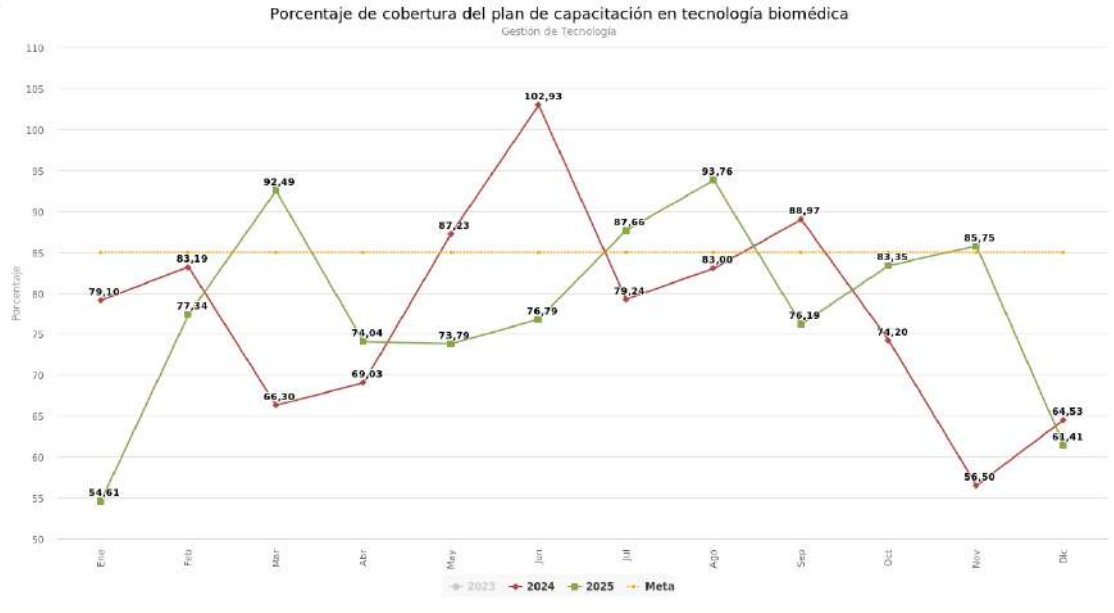
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2025 se cumplió con el 99.95% del plan de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos de la institución, contando únicamente con una desviación presentada en noviembre por motivo de la reprogramación del mantenimiento preventivo del acelerador 1 debido a la instalación del sistema Identify. En el año 2024 se presentó el cumplimiento del 99.80%, evidenciando un aumento del 0.15% para 2025. Este incremento evidencia la adherencia operativa y la gestión flexible pero controlada ante intervenciones que generan cambios operativos.



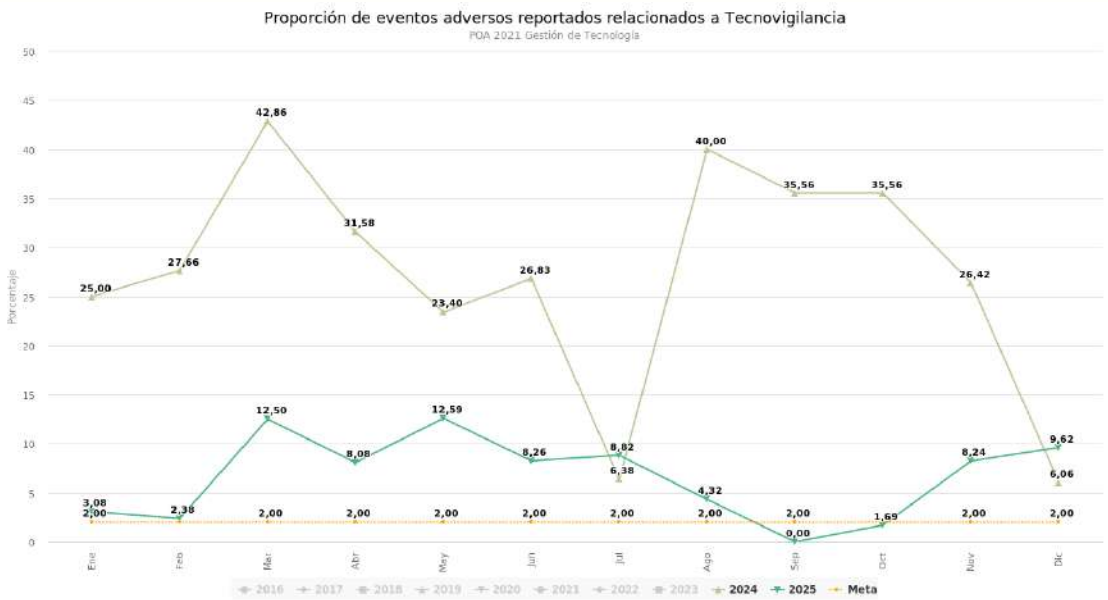
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Para el año 2025 se alcanzó un porcentaje de eficacia de uso adecuado de tecnología biomédica del 94.07% evidenciando un incremento de 2.33 puntos porcentuales comparado con el año 2024, en donde la eficacia correspondió al 91.74%. Este avance refleja una mayor apropiación del conocimiento por parte del personal asistencial, reforzando el compromiso con el buen uso de la tecnología y la seguridad del paciente.



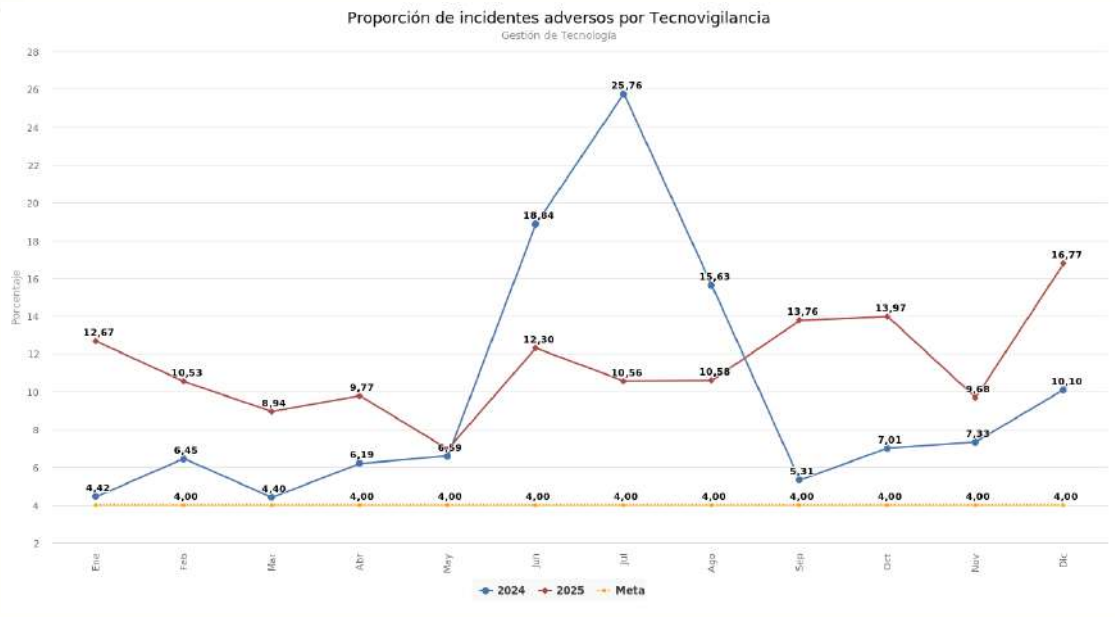
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Durante el año 2025 se alcanzó un porcentaje de cobertura del 78.10% en el plan de capacitación de tecnología biomédica, presentando un incremento de 0.25 puntos porcentuales frente al valor obtenido en 2024 (77.85%), lo cual refleja una tendencia de crecimiento en la gestión del proceso.



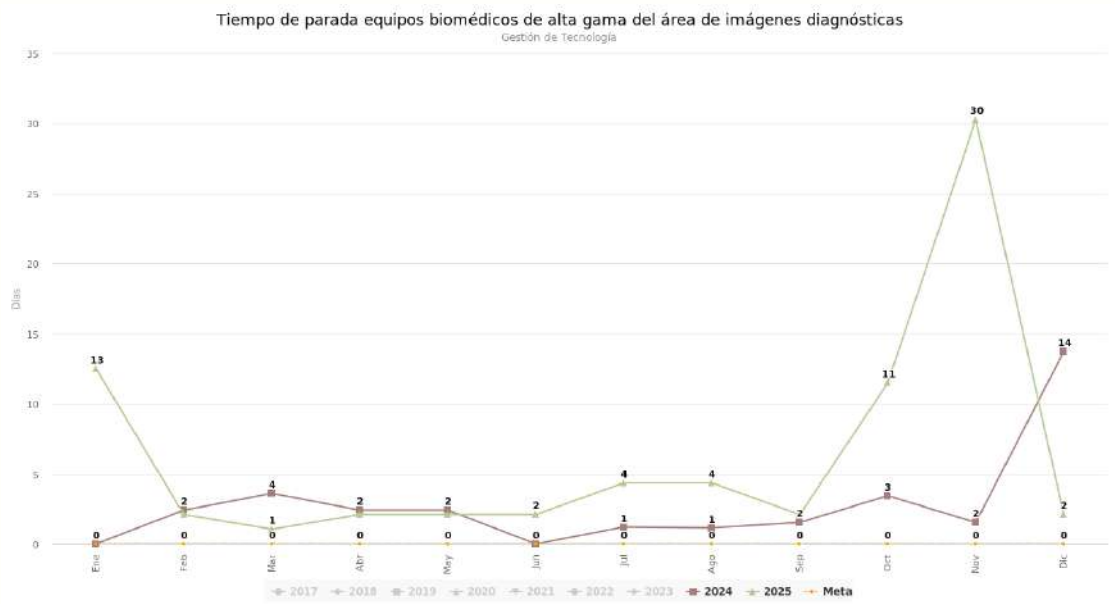
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se observa una disminución considerable, pasando del 27.27% en 2024 al 6.63% en 2025, evidenciando una mejora considerable en el uso de la tecnología y la identificación de los riesgos asociados, debido a que es posible evitar la materialización de eventos adversos relacionados a tecnovigilancia.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La proporción de incidentes adversos por tecnovigilancia durante el 2025 fue del 11.37% presentando un incremento de 1.53 puntos porcentuales en comparación al 2024 (9.84%). Este aumento significa la mejora en la correcta identificación y clasificación de incidentes, evitando que estos se conviertan en eventos adversos.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El promedio de tiempo de parada de equipos biomédicos de alta gama de imágenes diagnósticas para el año 2024 fue de 3 días, para el año 2025 se presentó un incremento de 3 días, obteniendo un promedio de 6 días. Este incremento se atribuye a las intervenciones necesarias en las áreas, orientadas a la evolución tecnológica de los equipos.

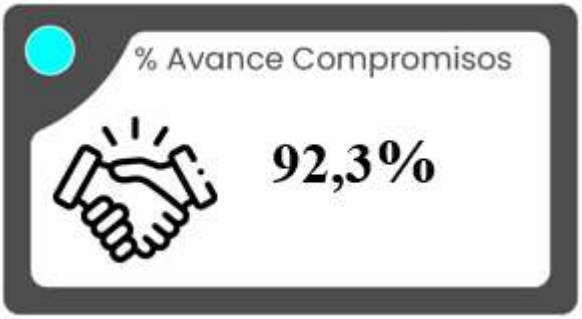
7. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Comité Tecnovigilancia - Gestión de la Tecnología

Avance de Compromisos.



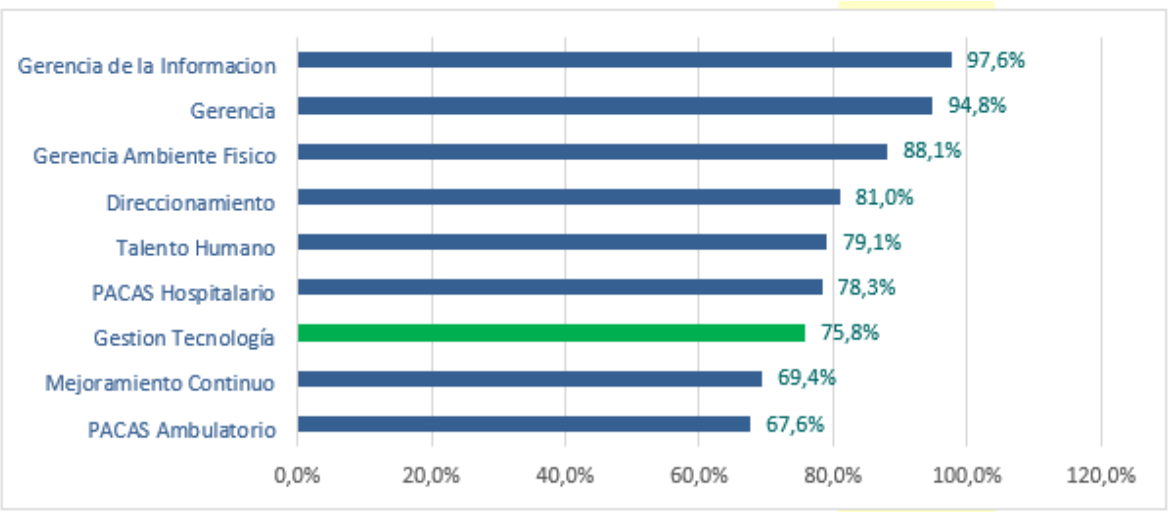
Vigilado Supersalud

Indicadores.

Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

8. LECCIONES APRENDIDAS

- La planificación interdisciplinaria desde etapas tempranas de la gestión de tecnología demostró ser clave para anticipar riesgos, optimizar tiempos y asegurar puestas en marcha sin contratiempos, especialmente en proyectos de alta complejidad como equipos de imágenes diagnósticas y tratamiento.
- Los procesos de dotación de los diferentes servicios especializados requieren un entendimiento profundo del perfil epidemiológico institucional, lo que permite orientar inversiones estratégicas hacia servicios, fortaleciendo el diagnóstico y tratamiento, en función de la tecnología adquirida.
- El cumplimiento normativo en tecnologías emisoras de radiación ionizante exige un seguimiento continuo y riguroso, recordando que la gestión de tecnología biomédica es tanto técnica como regulatoria, y requiere actualización permanente, seguimiento constante y mejora continua.

09. PROYECTOS 2026:

- En pro de optimizar los procesos de atención de pacientes, se llevará a cabo la instalación y puesta en marcha del nuevo resonador 1, proyecto con el cual también se busca la evolución tecnológica del servicio, con un mejor procesamiento de imágenes, ayudando a la definición de un diagnóstico más acertado a los pacientes.
- Buscando mejorar la oportunidad de atención en salas de cirugía, se realizará la incorporación, licenciamiento y puesta en marcha de un nuevo arco en c.
- Se recibirá la visita de recertificación de la central de producción de aire medicinal BPM, con el fin de continuar con el cumplimiento normativo legal vigente, proceso el cual conlleva el ahorro de costos de producción de aire al ser productores
- Se llevará acabo la evaluación tecnológica y adquisición de un ventilador mecánico o máquina de anestesia compatible con resonancia magnética, complementando el portafolio de servicios con estudios de sedación.
- Se realizará la adquisición de la dotación para torre III dando cumplimiento normativo según la resolución 3100 y cumplimiento a las necesidades clínicas, con el fin de ofrecer un servicio oportuno y de calidad a los pacientes.
- Se pondrá en marcha la validación de integración de parámetros clínicos de los equipos críticos de salas de cirugía a la historia clínica, con el fin de la digitalización de estos datos para una trazabilidad y seguimiento de casos clínicos.
- Como otro proyecto orientado a la actualización de tecnología y optimización de atención al cliente de ejecutará la integración, licenciamiento y puesta en marcha de un nuevo equipo de rayos x portátil para complementar el proceso de atención a pacientes de internación.
- Torre 4. Proyección para plan maestro de ampliación de zona franca, se contempla proyectar costeo de dotación, con el fin de poder dar cumplimiento a requisitos normativos de tal fin.

Vigilado Supersalud

GESTIÓN LOGÍSTICA

1. PRINCIPALES LOGROS:

- **Acercamiento con los proveedores:** Durante el año 2025 se fortaleció de manera significativa la relación comercial con los proveedores estratégicos del área. Se realizaron espacios formales de reunión y seguimiento que permitieron alcanzar un 30% de cobertura, equivalente a 25 de los 84 proveedores directos. Este proceso se considera un logro relevante, teniendo en cuenta que, según las apreciaciones de los propios proveedores, el nivel de interacción previo con el área de Compras era limitado. El acercamiento ha contribuido a mejorar la comunicación, agilizar procesos y fortalecer la confianza bilateral.
- **Mejora en la gestión del stock:** Se implementaron ajustes en los procesos de control y planeación de inventarios, logrando una mejora sustancial en la gestión del stock. Gracias a estas acciones, las planeaciones mensuales pasaron de un promedio de $1.200.000.000 a $950.000.000, optimizando el uso de recursos y reduciendo costos asociados al sobre stock. El resultado se obtuvo mediante la identificación y corrección de pedidos repetitivos y consumos irregulares, lo que permitió mantener niveles de inventario más eficientes y alineados con la demanda real de la operación.
- **Depuración de la maestra de materiales:** Durante el período se avanzó en el proceso de actualización y depuración de la maestra de materiales, logrando identificar la totalidad del universo de códigos creados en el sistema dentro del ámbito administrativo, así como aquellos que se encuentran en desuso. Este avance contribuye a fortalecer la calidad de la información, optimizar los procesos de compra y reducir errores asociados a referencias duplicadas o inactivas. En esta primera fase se alcanzó un progreso del 5%, correspondiente a un total de 10.192 códigos registrados en la maestra
- **Gestión y entrega de requerimientos en IT Salud Administrativo:** Durante el periodo se garantizó la atención y entrega del 100% de los requerimientos solicitados por los diferentes servicios, los cuales representan un promedio mensual de 2.500 líneas gestionadas a través del sistema IT Salud Administrativo. Este resultado fue posible gracias a la atención oportuna de cada requisición y al seguimiento detallado mediante traza. Este cumplimiento asegura la continuidad operativa, brinda soporte oportuno a los servicios y consolida una gestión transparente, controlada y completamente documentada de cada requerimiento.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
IT Salud IPS versión 2	Migrar la versión actual de IT Salud, desarrollada en Silverlight y dependiente de Internet Explorer —tecnologías sin soporte vigente— hacia una nueva plataforma construida en Angular, garantizando una transición progresiva y segura de todos los módulos de Salud IPS	100%	11/12/2025	Se evidenció que el desarrollo existente estaba significativamente desactualizado frente a las necesidades reales del proyecto y a los tiempos de ejecución establecidos.
Gestión de cotizaciones dotación mobiliario torre 3	Dotar la Torre 3 con mobiliario conforme a la normativa vigente y alineado con las necesidades institucionales del proyecto de ampliación	25%	Diciembre 2026	La validación se generó multidisciplinariamente para no tener, incentivo la búsqueda para el confort de la prestación del servicio y el correcto desarrollo de actividades institucionales
Gestión de proyección de compra dotación mobiliario torre 4	Presupuestar el gastro mobiliario del proyecto de expansión torre 4.	15%	Abril 2026	

Vigilado Supersalud

3. GESTIÓN DEL RIESGO

PROBABILIDAD					
Certero			LOG23002		
Probable					
Moderado			LOG23003	LOG23001	
Rara vez					
Improbable					
	Insignificante	Menor	Moderado	Mayor	Catastrófico
	IMPACTO				

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Vinculación de proveedores reportados en listas públicas: Existe la posibilidad de vincular proveedores que se encuentren reportados en listas públicas de sanciones, inhabilidades o señales de alerta asociadas a riesgos de LA/FT (Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo). Esta situación puede generar impactos legales, reputaciones y operativos para la organización, afectando la transparencia y el cumplimiento normativo en los procesos de contratación.

Causas asociadas al riesgo:

- Recepción de documentación falsa o errada presentada por los proveedores durante la convocatoria.
- Omitir o realizar de manera incorrecta la validación de proveedores en las bases de datos de consulta obligatorias para la gestión de riesgos LA/FT.
- Reportar de forma inoportuna sospechas y/o alertas relacionadas con proveedores que aparecen en bases de datos de consulta LA/FT.
- Realizar contrataciones o adquisiciones con proveedores asociados a riesgos de LA/FT bajo escenarios donde su relacionamiento no afecta directamente la integridad del paciente, lo que podría llevar a omitir controles de verificación adicionales.

Situación actual del riesgo: A pesar de estas causas potenciales, el riesgo no se ha materializado debido a los controles implementados por la organización, los cuales incluyen la verificación obligatoria en listas públicas y bases de datos LA/FT, la revisión documental exhaustiva y los procedimientos formales de aprobación de proveedores. Estos mecanismos mantienen el riesgo en un nivel de exposición bajo y con monitoreo permanente.

Incumplimiento en la disponibilidad de suministros por parte de proveedores: Existe el riesgo de que los proveedores no garanticen la disponibilidad oportuna de los suministros requeridos por la organización, lo cual puede afectar la continuidad operativa y el cumplimiento de los tiempos establecidos para la prestación de los servicios.

Vigilado Supersalud

Causas asociadas al riesgo:

- Ausencia de materia prima en el país para la fabricación de los suministros, lo que limita la capacidad de producción de los proveedores.
- Proyecciones de compra incorrectas, que pueden generar demanda no anticipada o insuficiencia de inventario para cubrir los requerimientos.
- Incumplimiento de los acuerdos de servicio por parte de los proveedores, afectando tiempos de entrega, cantidades comprometidas o condiciones establecidas.
- Falta de condiciones comerciales adecuadas o desabastecimiento de referencias por parte de las distribuidoras, lo que dificulta el acceso oportuno a los productos necesarios.
- Materialización del riesgo
- Durante el periodo se presentó una materialización parcial del riesgo, evidenciada en el vencimiento del 0,04% del inventario. Aunque se trata de una proporción mínima, este evento confirma la ocurrencia del riesgo asociado a la gestión de suministros con fechas de vencimiento próximas.
- El vencimiento se originó por limitaciones en la trazabilidad de la información del sistema, falta de recurso humano y por un seguimiento insuficiente a las fechas de vencimiento de algunos ítems, lo que impidió aplicar mecanismos de rotación oportuna.
- Acciones correctivas aplicadas
- Para atender inmediatamente la materialización del riesgo, se ejecutaron las siguientes acciones:
- Revisión detallada del inventario, verificando fechas de vencimiento y suministro comprometido enviando comunicado al servicio con el fin de acelerar su rotación.
- Ajuste manual de la información técnica en el sistema para los lotes identificados, mejorando la trazabilidad de los productos vencidos o próximos a vencer.
- Notificación al proveedor, cuando aplica, para gestionar la reposición, devolución o revisión de condiciones contractuales según políticas vigentes.
- Rotación acelerada del inventario con fechas próximas a vencer para evitar afectación adicional.
- Estas acciones permitieron contener el impacto y evitar una mayor afectación del inventario.

4. INDICADORES DE CULTURA:

El área de Compras y Logística tiene un rol estratégico en el clima organizacional debido a su interacción constante con todas las áreas operativas y de apoyo. Su desempeño influye directamente en la percepción de eficiencia, la calidad de los procesos internos, los niveles de estrés organizacional y la confianza entre equipos.

En primer lugar, una gestión logística efectiva caracterizada por entregas oportunas, procesos claros y respuestas ágiles contribuye a generar un ambiente laboral positivo, donde las demás áreas sienten respaldo, orden y estabilidad operativa. Por el contrario, retrasos frecuentes, falta de comunicación o reprocesos pueden generar fricciones, aumentar la presión interna y deteriorar el ambiente de trabajo.

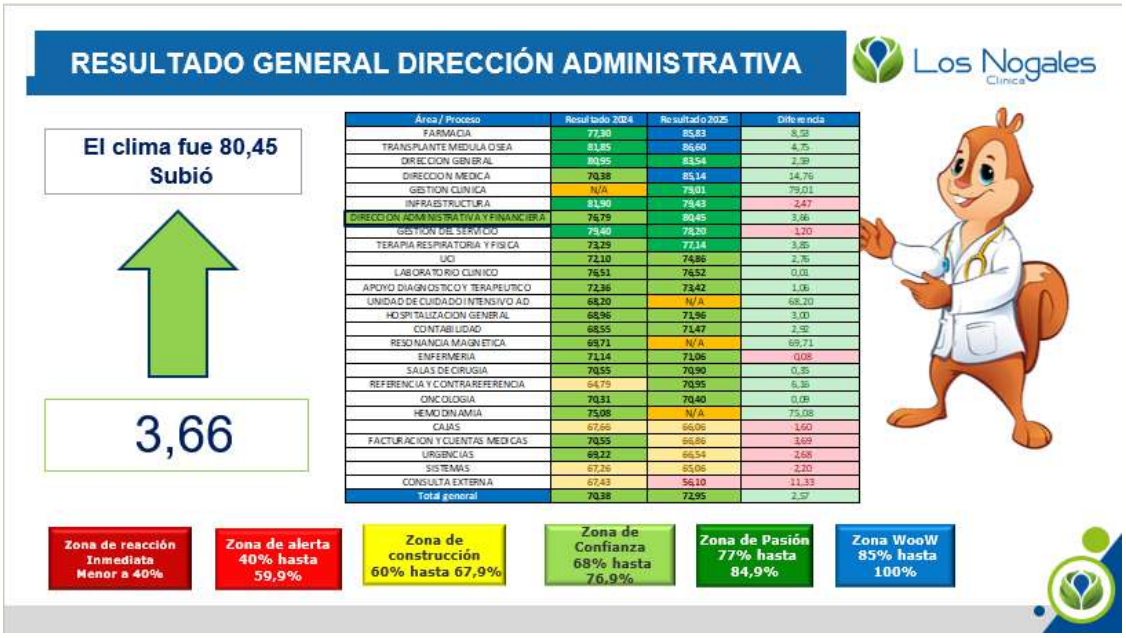
Vigilado Supersalud

La comunicación es otro factor determinante; Compras y Logística actúan como puente entre proveedores, áreas asistenciales y áreas administrativas. Una comunicación clara, transparente y proactiva reduce tensiones, facilita la coordinación y fortalece la confianza interdepartamental. La ausencia de esta claridad puede provocar incertidumbre y afectar la percepción interna del área.

Adicionalmente, la naturaleza del trabajo logístico implica una alta carga operativa, atención simultánea de solicitudes y manejo de imprevistos. Cuando el área gestiona adecuadamente el estrés y mantiene la organización aún bajo presión, transmite calma y estabilidad al resto de la operación. En cambio, un manejo reactivo o desordenado genera contagio emocional negativo, impactando directamente el clima organizacional.

El área también influye en la cultura de cumplimiento y disciplina. Procesos ordenados, registros actualizados, compras planificadas y un adecuado relacionamiento con proveedores elevan la percepción de control y eficiencia institucional. Por el contrario, las compras de urgencia o inconsistencias operativas generan sensación de descontrol y afectan la credibilidad del área.

A continuación, se presentan los resultados de clima organizacional del área logística inmersa en el área de dirección administrativa.



Área / Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,30	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,34	2,39
DIRECCION MEDICA	70,38	85,14	14,76
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,90	79,43	2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,79	80,45	3,66
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,00
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,55	70,90	0,35
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CAJAS	67,66	66,06	1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	70,55	66,86	3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	2,68
SISTEMAS	67,26	65,06	2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

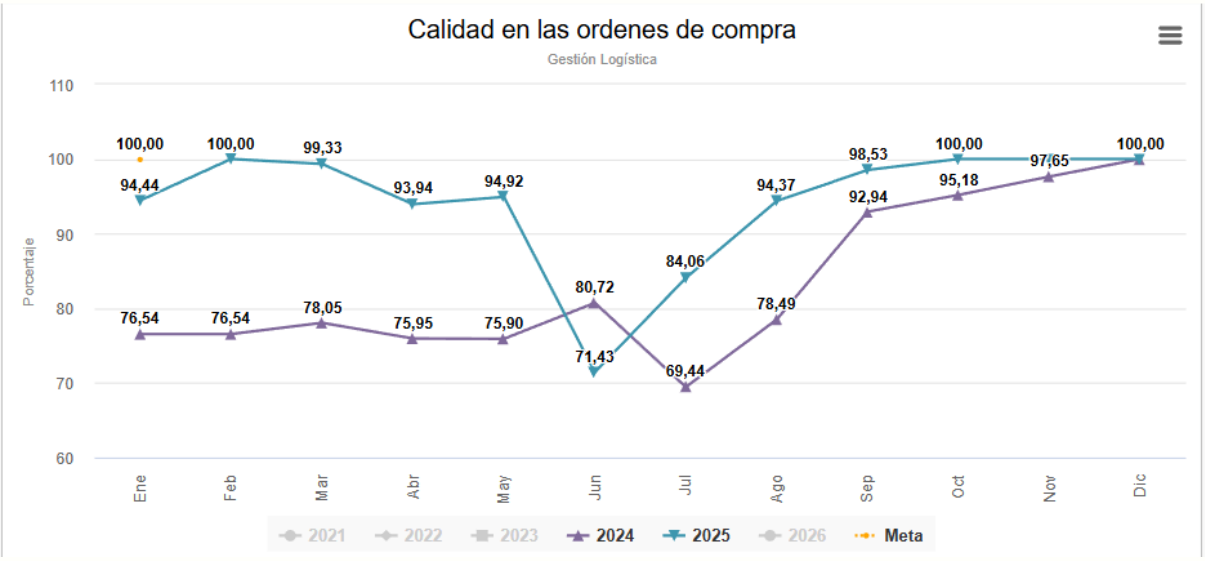
Fuente: Informe talento humano

Fuente: Informe talento humano

Como se evidencia en los resultados los dos aspectos más bajos corresponden a retribución y beneficios y Desarrollo integral del talento humano de los cuales pueden darse las siguientes hipótesis:

- Brecha entre la carga laboral y la compensación recibida.
- Poca percepción de competitividad salarial frente al mercado.
- Poca claridad sobre los criterios de aumentos o reconocimientos económicos.
- Beneficios percibidos como insuficientes o poco relevantes.
- Desactualización de los beneficios frente a las nuevas expectativas.
- Falta de oportunidades claras de crecimiento dentro de la organización.
- Poca oferta de capacitación, entrenamiento o actualización de competencias.
- Planes de desarrollo individual inexistentes o poco visibles.
- Retroalimentación insuficiente o inexistente.
- Carga operativa muy alta que limita el tiempo para capacitarse.

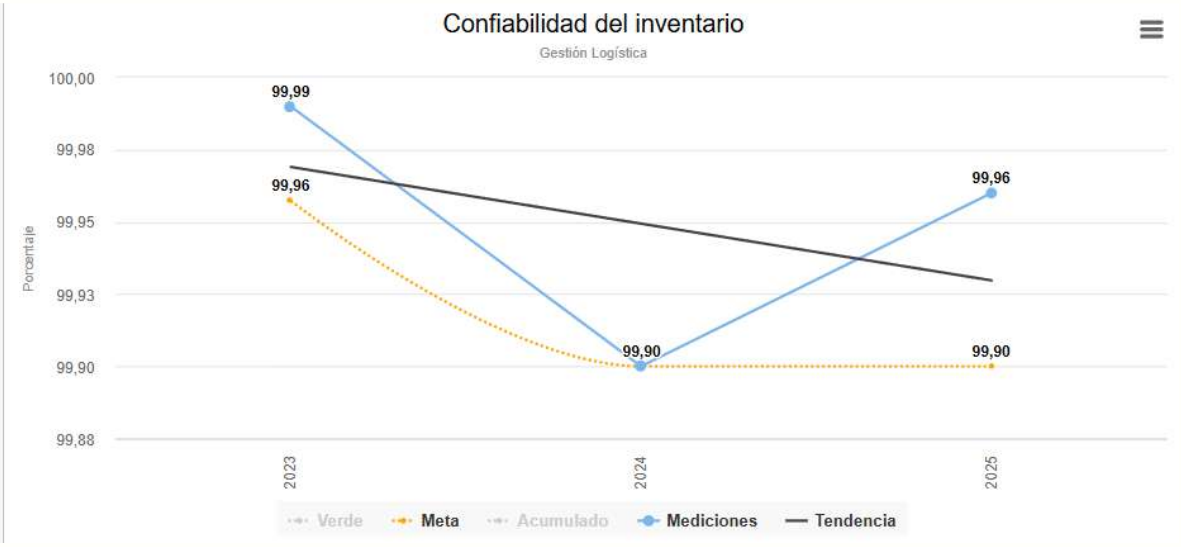
5. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



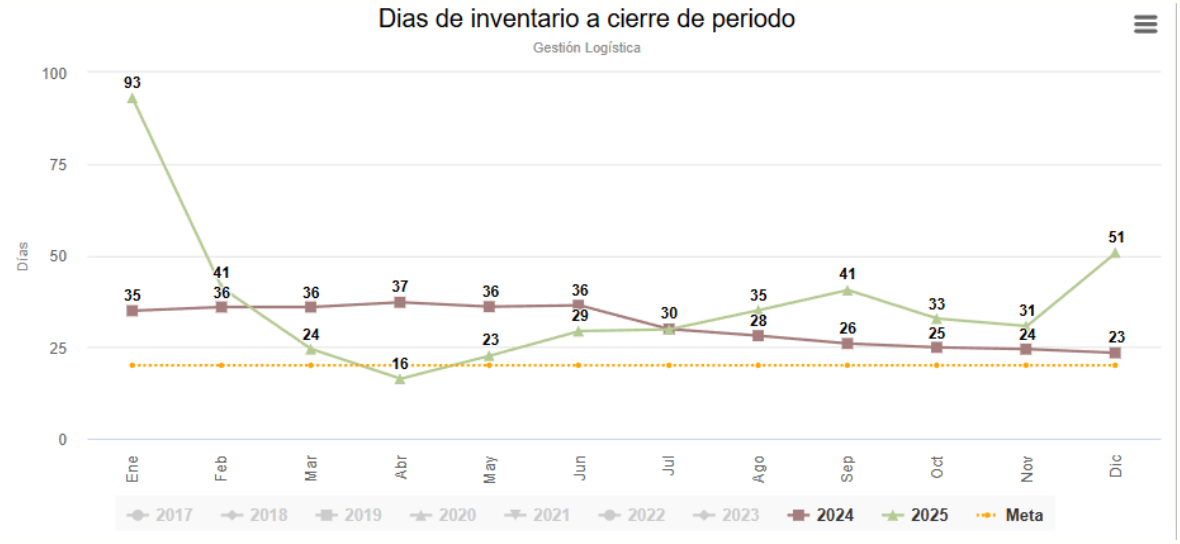
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El análisis entre 2024 y 2025 muestra una mejora significativa en la calidad de las órdenes de compra. Mientras que en el año 2024 el desempeño fue bajo y presentó una alta variabilidad, particularmente durante el primer semestre, en el año 2025 se mantuvieron niveles de calidad consistentemente superiores. Esto se sostuvo incluso durante el periodo comprendido entre marzo y junio, en el cual no se contó con el cargo de Coordinación de Logística.

Este comportamiento evidencia que los controles implementados y la estandarización del proceso permitieron garantizar resultados sobresalientes, sin embargo, la disminución puntual observada en el mes de junio de 2025 se relaciona con deficiencias en la información encontrada y con el proceso de ajuste el cual inicio con la llegada de la nueva coordinación de compras y Logística, quien reforzo los criterios para la validación y diferenciación de las órdenes de durante el año inmediatamente anterior.



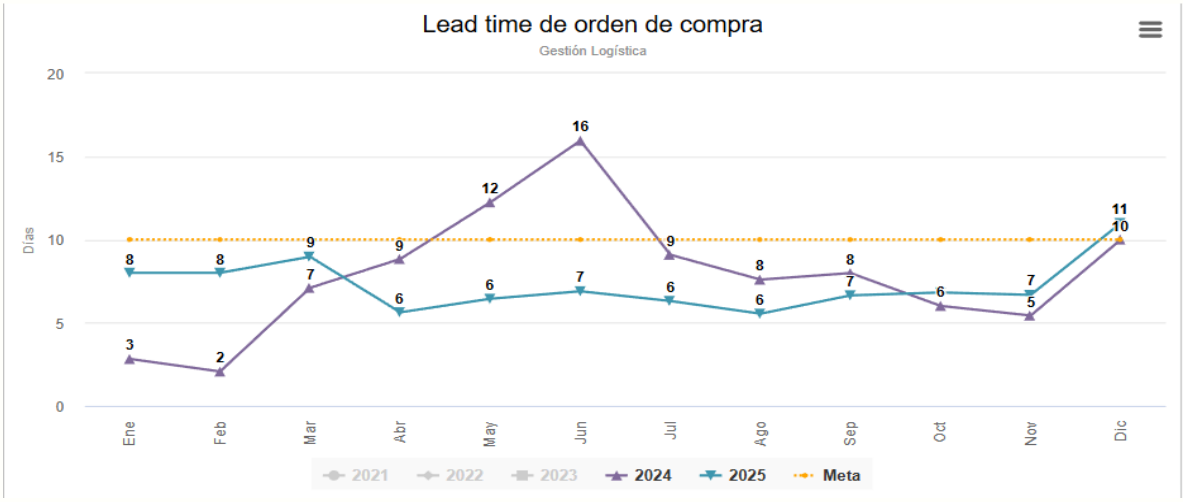
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

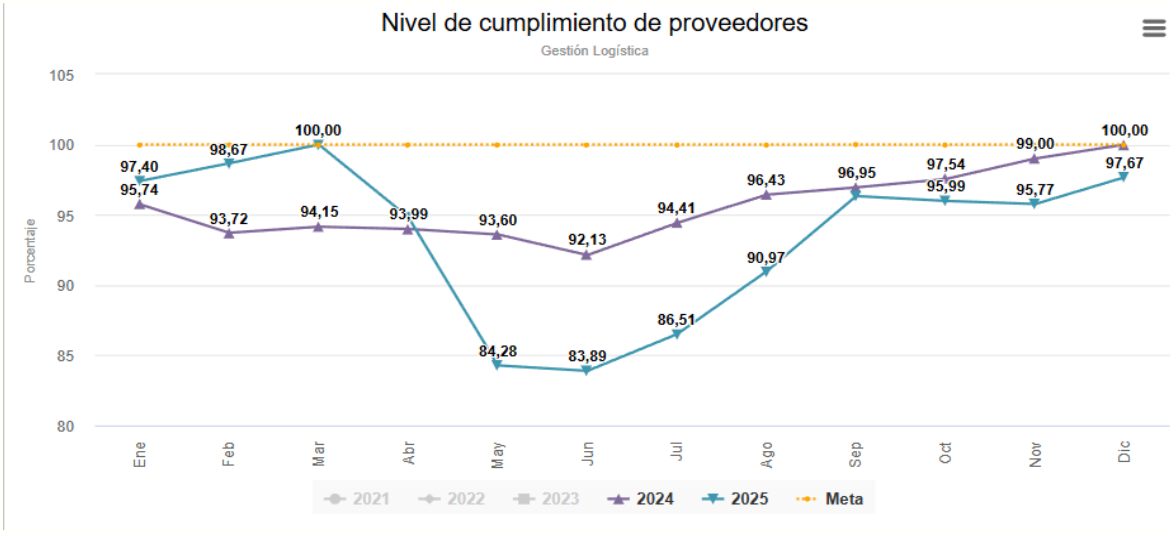
El análisis muestra que el año 2024 tuvo un comportamiento significativamente mejor que 2025 en términos de días de inventario. Mientras en el año 2025 se presentaron niveles elevados y alta variabilidad, especialmente durante el primer semestre, en el año 2024 el inventario se mantuvo estable y cercano a la meta. Sin embargo, este desempeño se vio afectado por el incremento considerable de inventario en los meses de enero de 2025 y diciembre de 2025, donde se registraron picos de 93 y 51 días respectivamente, estos picos son ocasionados por el abastecimiento realizado para poder dar alcance a la temporada de vacaciones de los proveedores la cual toma parte del mes de diciembre y parte del mes de enero Aunque se evidencia una gestión más

eficiente durante la mayor parte del año, es necesario ajustar la planeación y el escalonamiento de entregas para evitar sobreacumulaciones al cierre del periodo, así mismo es necesario poder ajustar procesos internos que nos permitan tener la información en línea.



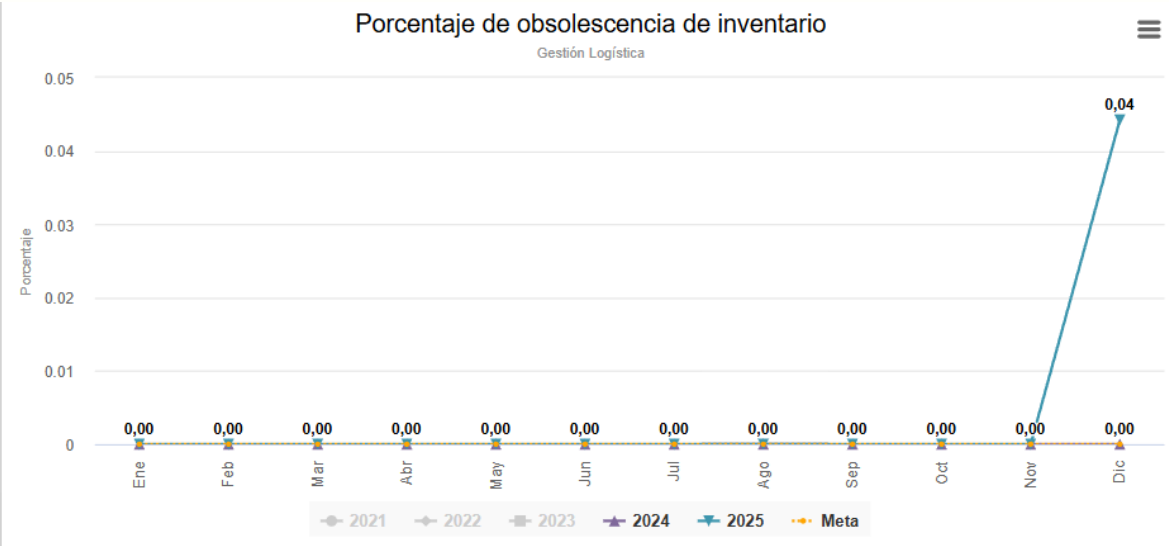
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador de lead time de órdenes de compra mostró un comportamiento superior en el año 2025 frente al año 2024. Mientras el año 2024 presentó un incremento progresivo durante el primer semestre con un pico en junio y una mejora sostenida en el segundo semestre, el año 2025 se mantuvo estable y por debajo de la meta de 10 días durante casi todo el año, superando dicha meta únicamente en diciembre dado por periodos vacacionales de los proveedores. En conjunto, el año 2025 evidenció mayor control y consistencia del proceso gracias a la oportunidad en el seguimiento dado a partir del mes de junio.



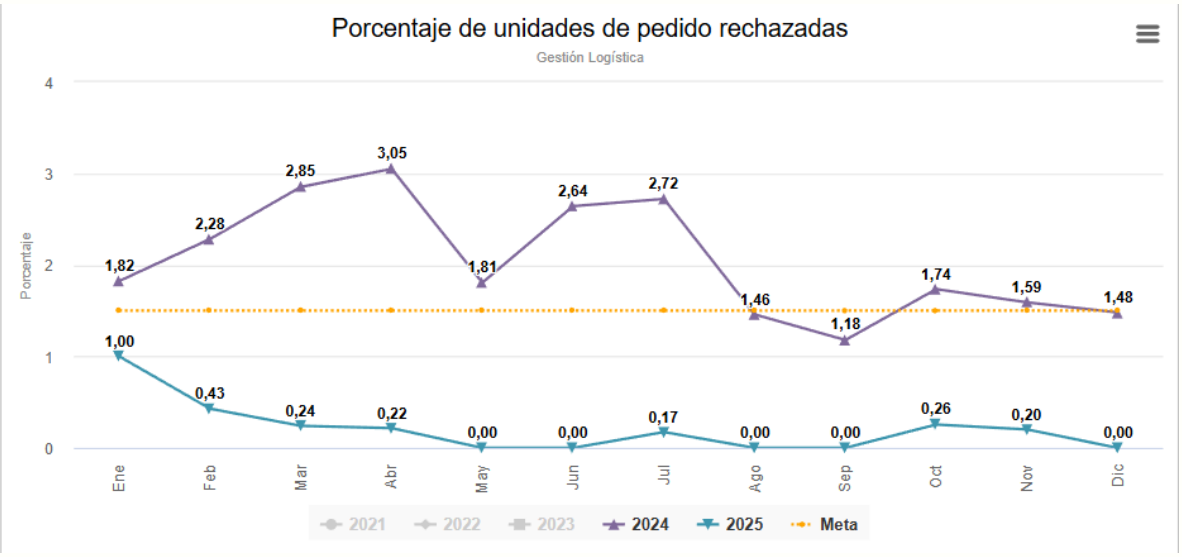
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador de pedidos recibidos en el tiempo establecido mostró en el año 2024 un comportamiento más estable y con mayores niveles de cumplimiento frente al año 2025. Mientras el año 2025 presentó variaciones y caídas puntuales en la entrega oportuna, el año 2024 mantuvo una tendencia consistentemente alta, con desviaciones acotadas y rápida recuperación. En el año 2025 vemos una recuperación a partir del segundo semestre el cual inicia con una gestión de seguimiento más oportuna comparado a los meses de mayo a junio que se da una caída considerable frente a los resultados anteriores. Este resultado sugiere mejoras en los acuerdos de servicio con proveedores y en los controles del proceso, por lo que se recomienda consolidar por parte del área de compras los seguimientos oportunos que permitan mitigar estas brechas de incumplimiento por parte de los proveedores



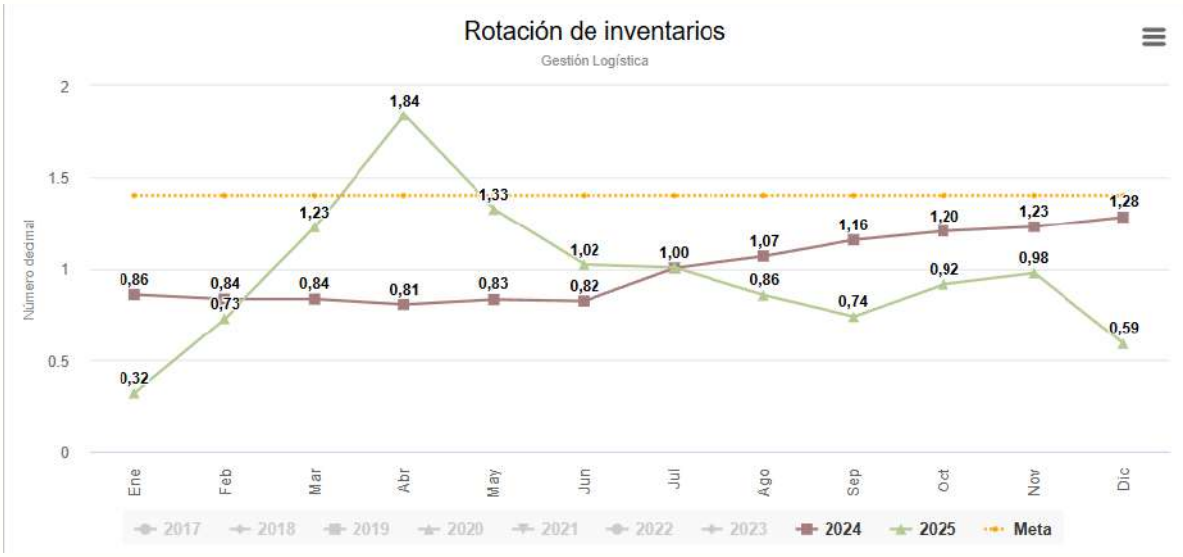
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador de obsolescencia de inventario muestra que en el año 2024 no se registró ningún valor de obsolescencia durante todo el año, manteniéndose en 0,00% de manera constante. En contraste, el año 2025 inicia con un porcentaje de 0,76% en el mes de enero, reflejando la presencia de inventario obsoleto heredado o identificado al inicio del periodo; sin embargo, a partir de febrero se observa un control eficiente, manteniéndose en 0,00% durante diez meses consecutivos y finalizando en 0,04% en diciembre. Esto evidencia que, aunque el año 2025 presentó un riesgo inicial mayor, se aplicaron acciones efectivas de seguimiento y depuración que normalizaron el comportamiento del indicador a lo largo del año.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador de porcentaje de unidades de pedido rechazadas muestra un contraste claro entre el año 2024 y el año 2025. En el año 2024, se observa un comportamiento altamente variable, con picos que alcanzan hasta el 3,05%, lo que evidencia inconsistencias en la calidad de los suministros recibidos, errores en especificaciones y descargas con inconformidades. Por su parte, en 2025 el indicador se mantuvo por debajo del 1% durante todo el año, con varios meses en 0%, reflejando una mayor alineación con los proveedores, mejoras en la gestión de compras y un fortalecimiento del proceso de recepción técnica. En conjunto, el año 2025 demuestra un avance significativo en la disminución de rechazos y un mayor nivel de control operativo frente al año anterior.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El indicador de rotación de inventarios se mantuvo por debajo de la meta establecida de 1,5 durante los años 2024 y 2025. En el año 2024, la rotación presentó un comportamiento moderado y relativamente estable, ubicándose predominantemente en un rango entre 0,7 y 1,3, valor que, aunque consistente, resultó insuficiente para alcanzar el estándar definido. En el año 2025 los niveles fueron aún inferiores, evidenciándose una disminución significativa hacia el cierre del año, particularmente en diciembre, como consecuencia de la planeación anticipada orientada a cubrir la demanda de los meses de diciembre de 2025 a marzo de 2026. Este comportamiento generó una acumulación de inventario asociada a la estrategia de abastecimiento preventivo frente al periodo vacacional de diciembre–enero. Para el año 2026 se plantea la revisión y ajuste de los parámetros de abastecimiento, focalizando la planeación en insumos de rotación alta y media, con el fin de incrementar la eficiencia del indicador y reducir niveles de inventario no requeridos.

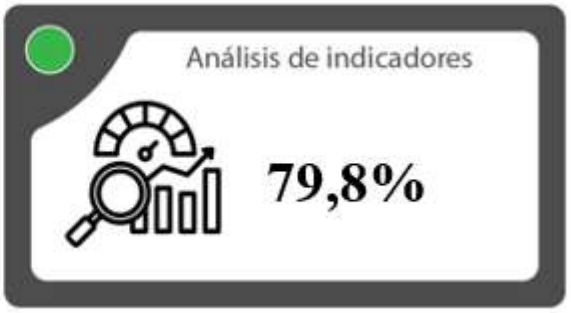
7. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Comité Compras – Logística

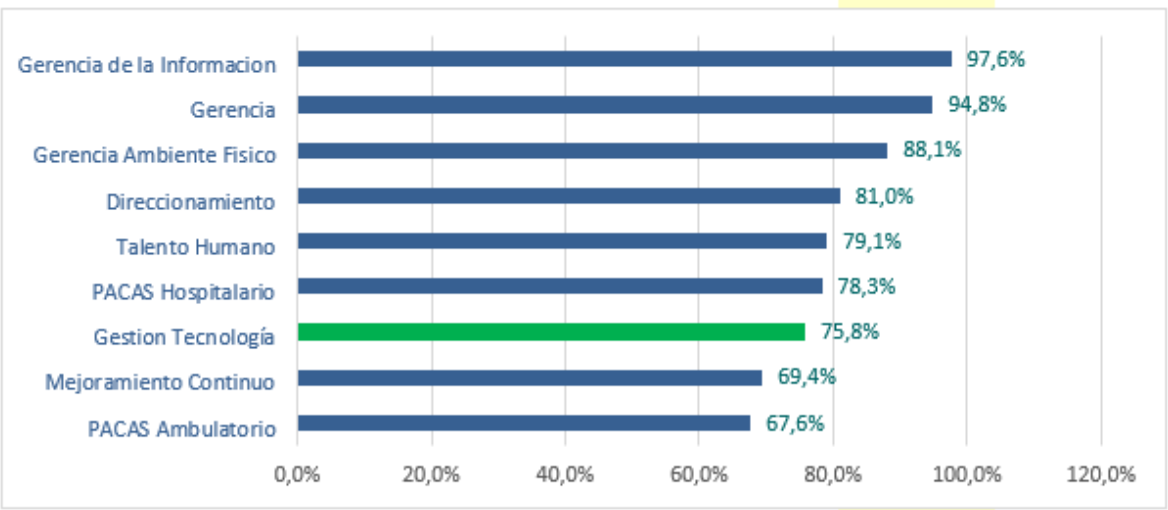
Indicadores.



Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **Gestión de la Tecnología** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

8. LECCIONES APRENDIDAS

- La comunicación asertiva entre los miembros del equipo es fundamental para asegurar la coordinación efectiva de las actividades y alcanzar resultados operativos eficientes.
- El fortalecimiento de la planeación contribuye a una gestión de compras más eficiente y a la optimización de los niveles de inventario, generando un impacto positivo en el control del gasto.
- Una convocatoria adecuada de proveedores amplía las alternativas disponibles en el mercado y facilita la selección de opciones con mejores condiciones en precio, calidad y oportunidad.
- La implementación de desarrollos tecnológicos, como plataformas basadas en Angular, permite parametrizar procesos y fortalecer los mecanismos de control asociados al ordenamiento del gasto.
- El trabajo colaborativo entre áreas facilita la atención oportuna de requerimientos y permite anticipar desviaciones, fortaleciendo la continuidad operativa y la eficiencia del proceso.
- El relacionamiento cercano con los proveedores favorece relaciones estables y sostenibles, facilita negociaciones más favorables y asegura abastecimientos oportunos, reduciendo rechazos gracias a una mayor alineación técnica.
- Es necesario implementar herramientas que fortalezcan la trazabilidad y la gestión de obsolescencia, dado que los procesos manuales actuales incrementan el riesgo de vencimientos y pérdidas asociadas.
- La depuración de la maestra de materiales mitiga duplicidades en las compras y fortalece el ciclo de abastecimiento, asegurando adquisiciones oportunas, precisas y alineadas con especificaciones vigentes.

9. PROYECTOS 2026:

- Impulsar la mejora de la rotación de inventarios mediante la adopción de herramientas y metodologías avanzadas de administración, orientadas a incrementar la visibilidad operativa, ajustar de manera precisa los parámetros de abastecimiento y minimizar la acumulación de inventario no prioritario.
- Implementar un sistema o gestión de alerta temprana que permita anticipar posibles desabastecimientos y activar acciones preventivas para garantizar la continuidad del suministro.
- Establecer un seguimiento continuo a los proveedores mediante la gestión mensual de los niveles de servicio, con el propósito de contar con un parámetro sólido y homogéneo que facilite su evaluación integral al cierre del año.
- Diseñar un reporte que permita verificar de manera sistemática el cumplimiento del almacén frente a los servicios, asegurando el nivel de servicio establecido y fortaleciendo la gestión de las solicitudes, con el propósito de garantizar la atención del 100% de las cantidades requeridas y mejorar la proyección de la planeación mensual.

Vigilado Supersalud

Los Nogales
Clínica

Informe de Gestión 2025

Gerencia de la Información

Vigilado Supersalud

Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C
Autopista Norte, Costado Oriental.
www.clinicanogales.com
(601) 593 70 00

GESTIÓN DE LAS TICS

1. PRINCIPALES LOGROS:

- Cumplimiento del 100% del cronograma de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo de la clínica.
- Se logró el 100 % de la implementación de la interoperabilidad entre Salud IPS y Sodexo para el manejo de sohealt para la administración de dietas para los pacientes de la clínica.
- Se implementó la versión 2 del software de seguimiento a pacientes en salas de cirugía.
- Se implementó el software de control de visitantes el cual agiliza y controla los visitantes que ingresan a la clínica.
- Se implementó el canal de contingencia del MPLS que permite mantener la comunicación ininterrumpida con los servidores propios y los servicios de las empresas del grupo empresarial.
- Se avanzó en un 70% en la implementación de la interoperabilidad entre salud IPS y Abbot para monitoreo de resultados críticos.
- Se mantuvo en 0 los incidentes de seguridad debido al seguimiento de eventos y detección proactiva de los sistemas e infraestructura tecnológica de la clínica.
- Se lideraron iniciativas estratégicas para fortalecer la postura de ciberseguridad de nuestra organización, logrando avances significativos en diversos frentes:
- **Integración tecnológica**: Incorporación de nuevas soluciones de seguridad en la infraestructura de TI, con el fin de mitigar riesgos latentes y mejorar la capacidad de respuesta ante amenazas.
- **Reducción del riesgo operativo**: Disminución del 50% en la calificación del riesgo, mediante la corrección de malas prácticas y configuraciones en los equipos instalados.
- **Auditoría en infraestructura OT:** Identificación de vulnerabilidades críticas y configuraciones inapropiadas en equipos de tecnología operacional (OT), reconocidas por su alto impacto en la resiliencia organizacional.
- **Fortalecimiento del personal asistencial:** Ejecución de campañas de sensibilización y capacitación, logrando una mejora en las buenas prácticas de seguridad digital del equipo humano.
- Se realizó la implementación de 4 módulos en Salud IPS como soporte a la operación del sistema de información:
  - Implementación de la Solicito y programación de Cirugía. Versión 2
  - Implementación de RIPS.
  - Implementación de Compras en versión 2.
  - Legalizaciones automáticas versión 1.
- Se realizó la implementación de 6 reportes como apoyo a la operación de los diferentes procesos de la clínica en salud IPS
  - Tablero de Cirugías.

Vigilado Supersalud

  - Reporte de Referencia y Contrarreferencia.
  - Reporte de Órdenes de Compra.
  - Requisiciones pendientes de entrega.
  - Listado de solicitudes o requisiciones
  - Informe de Caracterización de pacientes.
- Se participó en pilotos y pruebas de concepto para evaluación de:
  - Automatización de procesos
  - Implementación de IA
  - Reconocimiento de Voz
  - Cambio de HIS
- Se participó en eventos de tecnología para la evaluación de nuevas tendencias a nivel tecnológico y también relacionadas con el ecosistema de salud:
  - Huawei
  - Tren Micro
  - Health Technology
  - Andicom
- Se participó en la elaboración de los diseños de redes y comunicaciones para Torre3 proponiendo un cambio de tecnología para XGpon, se lleva un 80% en la presentación de la propuesta económica.
- Se participó en la implementación del DRP de Salud Total donde se realizaron las pruebas desde la infraestructura de la clínica identificando y corrigiendo las configuraciones para el logro del objetivo
- Se realizó la instalación del sistema de trazabilidad Instacount Plus para la central de esterilización de la institución para el seguimiento del material quirúrgico de las salas.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Torre 3	Instalación del sistema de redes y comunicaciones para Torre 3	10%	Segundo semestre	Se realizó el levantamiento de requerimiento y solicitud de cotizaciones.
Interoperabilidad Abbot	Desarrollar e implementar la interoperabilidad del HIS con Abbot	70 %	Primer trimestre	Se espera realizar un análisis de resultados críticos de los pacientes para una pronta atención de los pacientes.

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Migración Imexhs	Migración del PACS bajo el nuevo modelo de contratación en nube	10%	Primer trimestre	Al realizar la migración a la nueve se espera mejorar el procesamiento y manejo de los resultados, así como la posibilidad de implementación de IA.
Implementación de AMS	Generar la interoperabilidad para el aplicativo de AMS	50%	Primer Semestre	Se debe implementar la interoperabilidad con AMS
Implementación de nueva página WEB e intranet	Cambio de diseño de la página Web y de la intranet de la clínica	10%	Primer trimestre	Se realizará la implementación de los nuevos portales una vez nos sea entregado el nuevo diseño.
Implementación de V3 de seguimiento a salas de cirugía	Interoperabilidad con base de datos de Salud IPS	10%	Primer trimestre	La interoperabilidad nos permitirá tener en tiempo real la información de los pacientes en salas de cirugía.
Cambio de equipos por renovación tecnológica	Alistamiento e instalación de 150 equipos de cómputo por renovación tecnológica	20%	Primer trimestre	Nos permitirá el cambio de 148 equipos por obsolescencia tecnológica.
Implementación de tableros de riesgo Actuarial	Terminar con la implementación de los tableros e informes relacionados con Riesgo Actuarial del proveedor Agiles	90%	Primer trimestre	Se terminará con la recepción del proyecto para hacer las definiciones de operación de los tableros para seguimiento.

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Implementación de resolución 1888	Levantamiento de requerimiento para el desarrollo por parte del equipo de ST, implementación de la resolución 188 de Minsalud	20%	Primer trimestre	Se debe cumplir con el requerimiento normativo.
Implementación de circular externa 044	Levantamiento de requerimiento para la implementación de reporte de medicamentos a MIPRES	0%	Primer semestre	Se debe cumplir con el requerimiento normativo.
Implementación de gestor de filas y módulos de autopago	Agilizar los procesos de filas y pagos en cajas	30%	Primer semestre	Se busca la reducción de filas y agilidad en trámites por parte de los usuarios.
Instalación y configuración de servidor de eclipse y aria para varían	Actualización de las versiones del software de eclipse y aria para acelerador 2	40%	Primer bimestre	Mejora en los procesos de manejo de las imágenes.

3. GESTIÓN DEL RIESGO

Unidad de riesgo	Riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Tratamiento del Riesgo	Controles
Gestión de la Información TICS	Perdida de Información de la BD	Rara vez	Catastrófico	Medio	Evitar el riesgo	1
Gestión de la Información TICS	Falla en la continuidad del servicios informáticos	Rara vez	Mayor	Medio	Evitar el riesgo	2
Gestión de la Información TICS	Robo y/o secuestro de información.	Moderado	Catastrófico	Alto	Evitar el riesgo	2
Gestión de la Información TICS	Falla de equipos de infraestructura tecnologica	Rara vez	Catastrófico	Medio	Evitar el riesgo	1

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

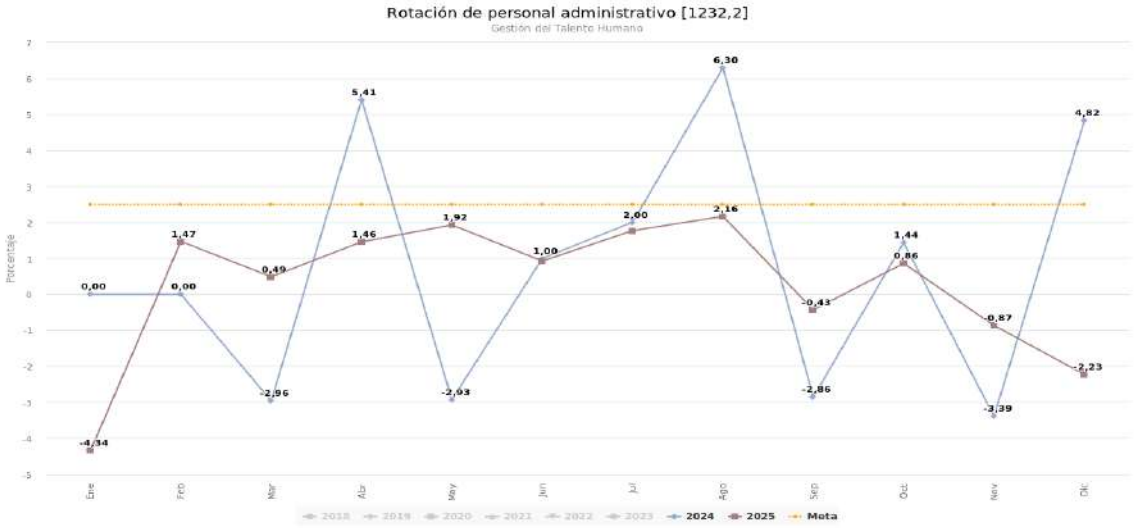
- **Perdida de información**: aunque el riesgo de pérdida de información no se ha materializado, la exposición de los datos es un factor crucial para la organización. Actualmente, los controles implementados reducen la probabilidad de ocurrencia. Se

Vigilado Supersalud

recomienda fortalecer el control de 'Pruebas de Restauración' para asegurar que el impacto se mantenga en el mínimo posible.

- **Falla en la continuidad de los servicios de información**: El riesgo de falla en la continuidad tiene un impacto crítico por cada hora de inactividad. Aunque en el periodo tuvimos varios incidentes a nivel de infraestructura y comunicaciones, estos representaron menos del 0.5% de tiempo de inactividad por las fallas presentadas, se logró la implementación del canal secundario lo que nos garantiza la alta disponibilidad a nivel de comunicaciones. El Riesgo Residual se concentra en fallas de proveedores externos (nube), por lo que se tienen establecidos acuerdos de niveles de servicio (SLA) con los proveedores de misión crítica.
- **Robo y/o secuestro de información**: es el riesgo con mayor severidad financiera. Dado que no se ha materializado, la gestión debe priorizar la Inmutabilidad de las copias de seguridad; esto garantiza que, aunque los datos sean secuestrados, la empresa pueda ignorar la extorsión y restaurar su operación. Actualmente, la eficacia de los controles de acceso y seguimiento a los eventos de seguridad de forma detallada y se ha implementado un esquema Zero Trust Architecture.
- **Falla de equipos de infraestructura tecnológica**: este riesgo es previsible y mitigable. Aunque no se ha materializado, la gestión del control es Eficaz gracias al sistema de monitoreo y alertas automáticas de manera preventiva.

4. INDICADORES DE CULTURA



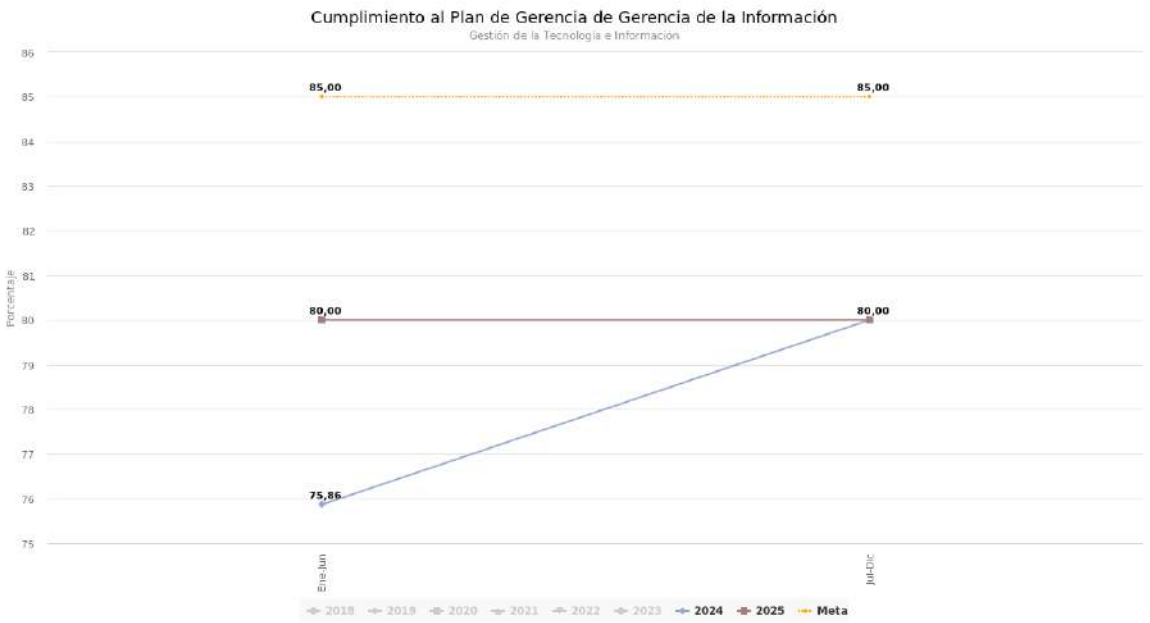
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

La mayor rotación de personal se da a nivel técnico, durante el año 2 de los 5 técnicos fueron reemplazados por diferentes razones.En cuanto a cultura y clima organizacional tuvimos una reducción de 2.20 puntos por lo cual se trabajará con talento Humano para realizar la evaluación y plan de acción correspondiente.

SISTEMAS	67,26	65,06	-2,20

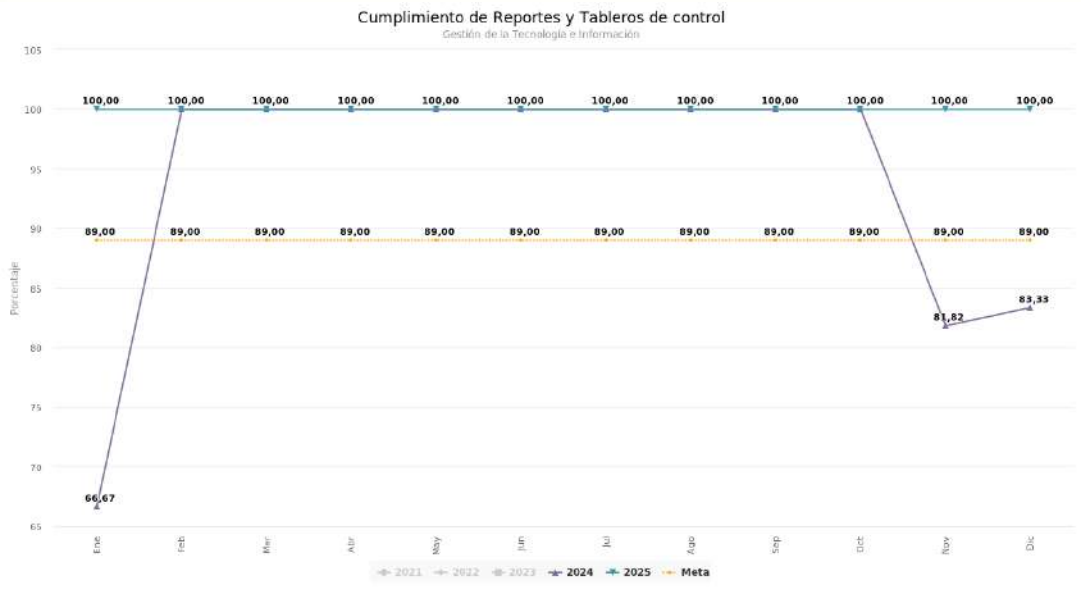
Fuente: Informe talento humano

5. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



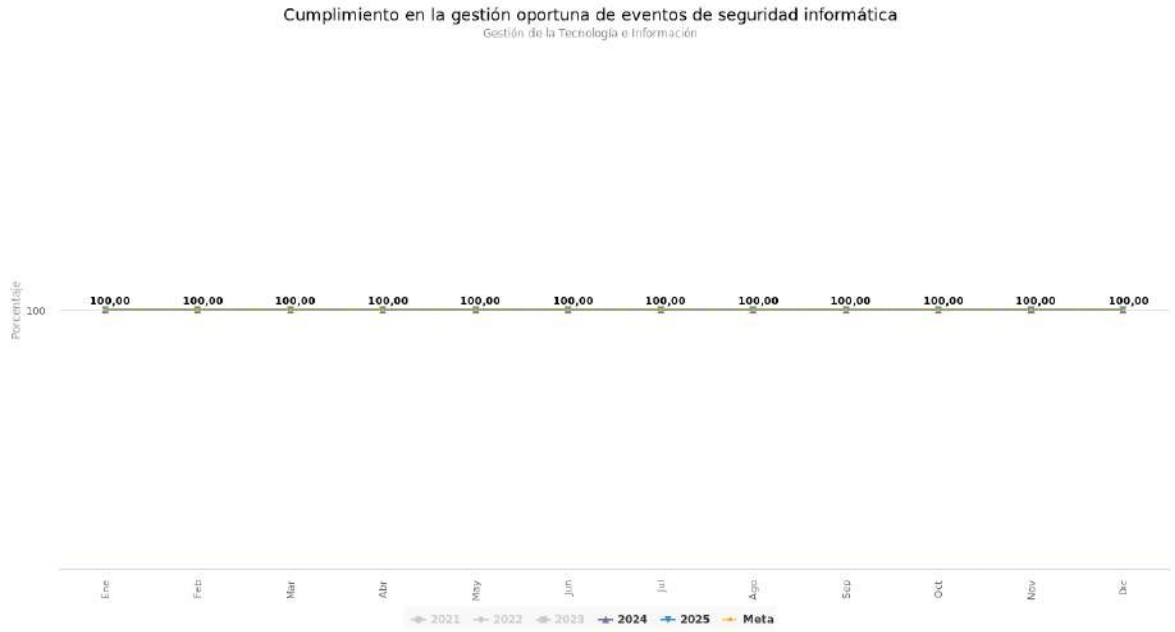
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se pudo mantener en un 80% el cual se encuentra por debajo de la meta debido al avance en las solicitudes de mejoras del sistema de información.



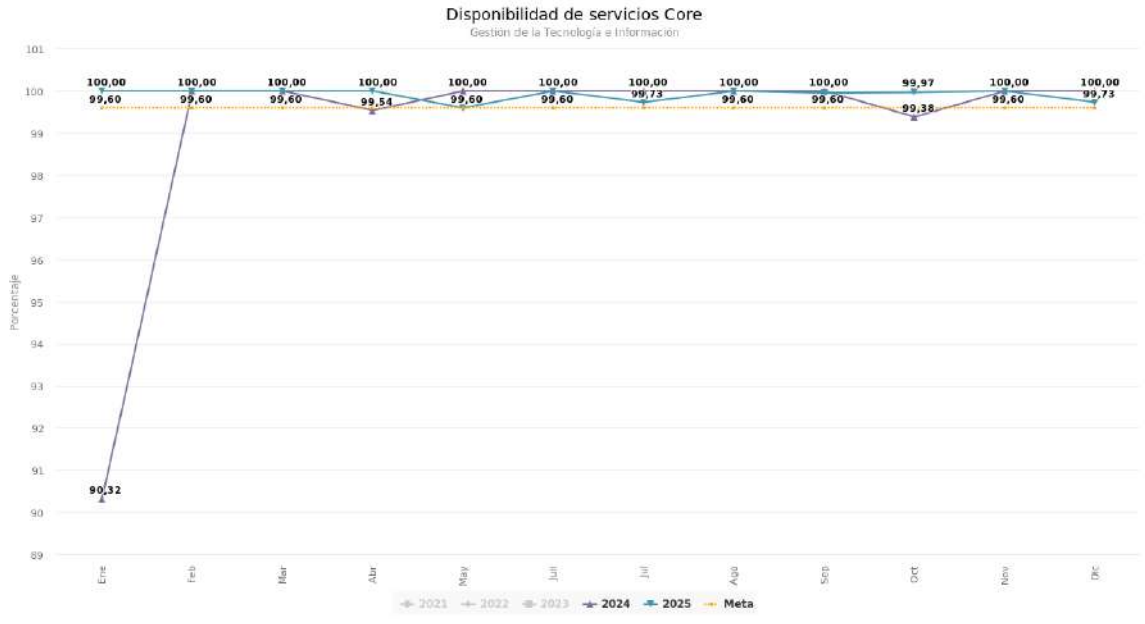
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Se mantuvo el 100% en la implementación de los tableros y reportes solicitados al área en relación con el sistema de información Salud IPS.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Debido a los controles establecidos y el seguimiento a los incidentes de seguridad identificados los cuales fueron gestionados de manera oportuna el indicador se mantuvo en una gestión oportuna del 100% al no presentarse ningún evento con criticidad media o alta.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

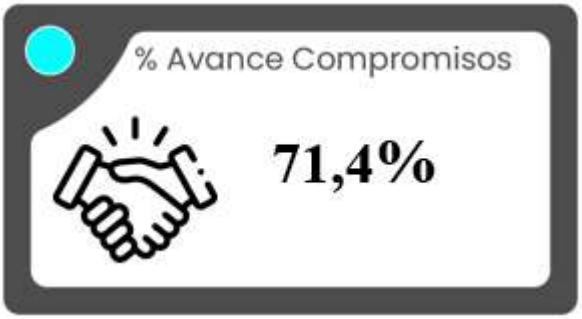
Durante el año y pese a los incidentes presentados en infraestructura y redes el indicador se mantuvo todos los meses sobre la meta del 99.6% de disponibilidad.

6. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

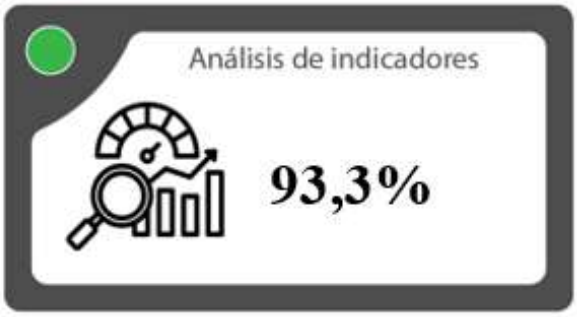
A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.



Indicadores.

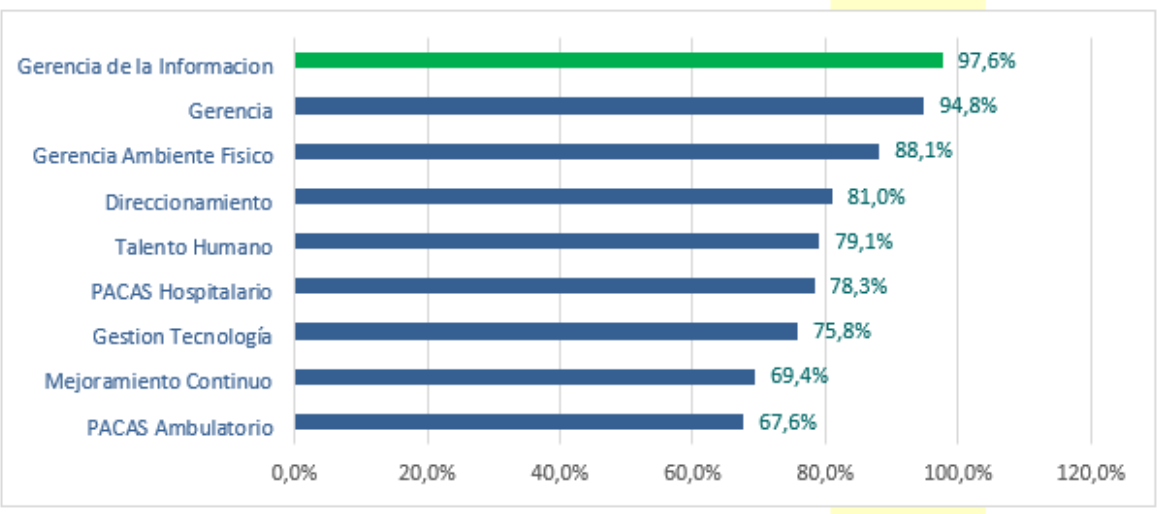


Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Vigilado Supersalud

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **Gerencia de la Información** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

9. LECCIONES APRENDIDAS

- La lección principal es que un respaldo solo es válido si se ha probado su restauración exitosa y recientemente. No basta con ver el indicador "verde" en el software de copia.
- La automatización reduce el error humano: Los procesos manuales suelen fallar por olvido o cansancio. La lección es automatizar al 100% y solo intervenir para auditar el resultado.
- Identificación de "Puntos Únicos de Falla" (SPOF): Se identifica y se descubre tarde que toda su operación depende de un solo switch o proveedor de internet. La lección aprendida es diversificar proveedores y equipos críticos para que la caída de uno no detenga todo el negocio.

- El eslabón más débil es siempre el usuario: No importa cuántos firewalls se compren, un clic en un correo de phishing puede comprometerlo todo. La lección aprendida es que la cultura de seguridad es tan importante como la inversión en software.
- El principio de Privilegio Mínimo: Dar a cada empleado acceso solo a lo que estrictamente necesita para trabajar. Esto limita el "radio de explosión" si una cuenta es comprometida por un atacante.

10. PROYECTOS 2026:

- El mayor reto que se presenta para el 2026 es torre 3 lo que respecta a la implementación de tecnología para los servicios que allí se prestarán y garantizar la continuidad, escalabilidad y seguridad en los diferentes niveles.
- Otro reto importante es la consolidación y la automatización de procesos para mejorar la productividad de las diferentes áreas de la clínica, si bien es en conjunto de las diferentes áreas en las definiciones el factor tecnológico para la implementación es un reto importante para TIC.
- Un desafío importante es la implementación de IA dentro de los procesos asistenciales como administrativos, la IA es tan buena como los datos con los que se entrena, el desafío es que tenemos "silos" de información (datos en el laboratorio, otros en imágenes diagnósticas y otros en la historia clínica electrónica) pero que no se encuentran centralizados y con una calidad de dato aceptable, el reto es la estandarización para normalizar los datos bajo estándares internacionales como HL7 FHIR para que la IA pueda "leer" toda la historia del paciente de manera coherente.

COMUNICACIONES

1. PRINCIPALES LOGROS:

Durante 2025, la Coordinación de Comunicaciones brindó apoyo transversal a áreas asistenciales y administrativas, según necesidades y objetivos estratégicos, la cultura organizacional y el proceso de acreditación en salud. Para elevar eficiencia, oportunidad e impacto, se consolidaron mecanismos de planificación, ejecución y seguimiento (matrices temáticas, analítica de canales y registro de requerimientos), mejorando la cobertura y oportunidad hacia colaboradores, pacientes**,** comunidad y demás grupos de interés**.**

Generación de conocimiento (campañas, cultura de calidad y aprendizaje continuo)
La comunicación institucional en Clínica Nogales no solo transmite mensajes, sino que también difunde aprendizajes, resultados y avances en investigación o mejores prácticas, lo que contribuye al pilar de generación de conocimiento y fortalece la cultura de mejora continua que queremos seguir desarrollando.

En ese sentido, tras el levantamiento de necesidades con líderes de Ejes de Acreditación y EAE, se definió una programación editorial y se canalizaron contenidos en los medios institucionales, según temas prioritarios, hitos y necesidades de divulgación.

Este plan permitió ejecutar 8 campañas/estrategias institucionales (5 de Gestión del riesgo y 3 de Seguridad del paciente), directamente alineadas con los estándares de Acreditación y con impacto en **la cultura de calidad en salud, al reforzar prácticas seguras y la apropiación de los procesos.**

Algunas de las campañas fueron sobre:

- Control de infecciones (feb.)
- Bioseguridad: despliegue del manual (abr.)
- Manejo de gérmenes resistentes (jun.)
- Accesos vasculares (sep.)
- Manos limpias, cuidado con amor (oct.).
- Cultura de seguridad del paciente (nov.

La difusión fue multicanal con predominio de comunicación interna, y se consolidó con la Feria de Acreditación, un espacio de sensibilización, visibilidad de logros y compromisos, que convocó a empleados y colaboradores tercerizados.

Efectividad y demanda del servicio de comunicaciones: En 2025 se gestionaron cerca de **300 solicitudes de comunicaciones**, que abarcaron producción multimedia, diseño gráfico, señalética, impresión, actualizaciones digitales y apoyo a campañas institucionales. De este total, 66 solicitudes (32%) correspondieron a acciones de divulgación alineadas con ejes temáticos prioritarios como salud pública, seguridad del paciente, humanización, talento humano, gestión del riesgo y bienestar.

El nivel de servicio del área se sitúa en 55.8%, correspondiente a los usuarios que califican la atención de sus solicitudes como “Siempre” (22.3%) o “Casi siempre” (33.5%). Este resultado refleja un desempeño favorable en la atención oportuna de requerimientos y evidencia una gestión consistente en la planificación y el seguimiento de las solicitudes.

Adicionalmente, las distribuciones de respuesta permiten identificar oportunidades de fortalecimiento en la estandarización de tiempos de respuesta y en la comunicación sobre los procesos, lo cual contribuirá a consolidar la percepción de servicio en los distintos grupos usuarios.

El levantamiento continuo de necesidades desde servicios asistenciales, áreas administrativas y equipos estratégicos permitió estructurar un plan anual de contenidos y un cronograma editorial ajustado a los hitos institucionales. Esto habilitó una divulgación permanente en los canales digitales institucionales —intranet, pantallas, WhatsApp corporativo, correo interno y redes sociales— con mensajes dirigidos tanto a colaboradores como a pacientes y sus familias.

En el marco del plan, se ejecutaron campañas de alto impacto, entre ellas:

- Día Mundial del Cáncer, Mes de la Identificación Correcta, Día Mundial del Lavado de Manos, Semana de Humanización y Empatía,
- Campañas de seguridad del paciente,
- Campañas ambientales y de sostenibilidad,
- Actualizaciones operativas críticas (ajustes en horarios, señalización, rutas de atención y procedimientos).

Con base en los lineamientos de manual de marca y señalización en 2025 se continuó el trabajo de actualización y mantenimiento de señalización de pasillos, salas de espera, consultorios, servicios diagnósticos y áreas críticas, garantizando vigencia y claridad en línea con los estándares de calidad y acreditación.

Líderes como canal de comunicación: Con el fin de desarrollar habilidades de comunicación en los líderes, facilitar apropiación y despliegue de contenidos clave entre los equipos, se creó una herramienta de comunicación nueva denominado Guía de mensajes para lideres a través de la cual se promueve la información en cascada, apalancado en el más efectivo canal de comunicación es el humano, los líderes. Se

Vigilado Supersalud

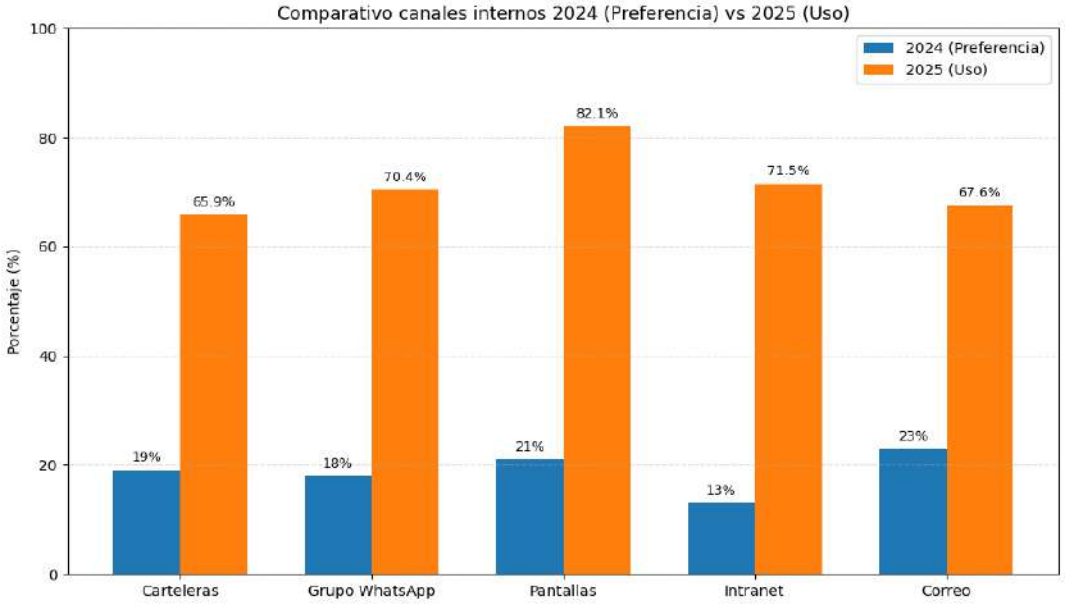
elaboraron dos guías sobre Rendición de cuentas y Planeación estratégica emergente, para movilizar equipos y mantener mensajes estratégicos vivos.

Transformación digital: Desde la gestión de comunicaciones, se logra apoyar la transformación digital, esencial para:

- Comunicar cambios en herramientas.
- Enseñar a colaboradores a usar nuevos canales digitales internos.
- Asegurar que pacientes conozcan y usen medios digitales de atención.

En ese sentido, durante 2025 y como parte de las mejoras identificadas en la medición interna de comunicaciones del año anterior, se implementaron oportunidades de mejora en accesibilidad y efectividad de los canales digitales.

Durante 2025 se evidenció un crecimiento significativo en el uso y consulta de los canales internos frente a los resultados obtenidos en 2024. Mientras que en 2024 los colaboradores mostraban mayor lectura y preferencia por canales como correo electrónico y WhatsApp, así como un conocimiento alto pero una lectura más limitada de pantallas digitales e intranet, en 2025 estos últimos registraron un avance notable: pantallas digitales alcanzaron un 82,1% de uso y la intranet llegó a un 71,5%, superando la brecha previamente identificada entre conocimiento y consulta efectiva. Asimismo, canales tradicionalmente fuertes como WhatsApp (70,4%) y correo electrónico (67,6%) mantuvieron su relevancia, coherente con su alta lectura y preferencia en 2024. Un cambio destacable en 2025 fue la incorporación del líder directo como canal principal, posicionándose como el más utilizado (86,6%), elemento no evaluado en 2024 pero que revela la creciente importancia de la comunicación interpersonal en la transmisión de información institucional. En conjunto, la comparación muestra un fortalecimiento claro de los canales digitales y una mayor apropiación de los medios institucionales por parte de los colaboradores.



Fuente: Coordinación comunicaciones

Durante 2025, el sitio web mostró un uso estable y un crecimiento de 82,4% (2024 registra 481 mil page view y 2025 registra 877 mil), frente a 2024. El tráfico orgánico representó cerca del 88% del total, reafirmando su papel como el principal impulsor del comportamiento del sitio. Entre las páginas más visitadas se destacan:

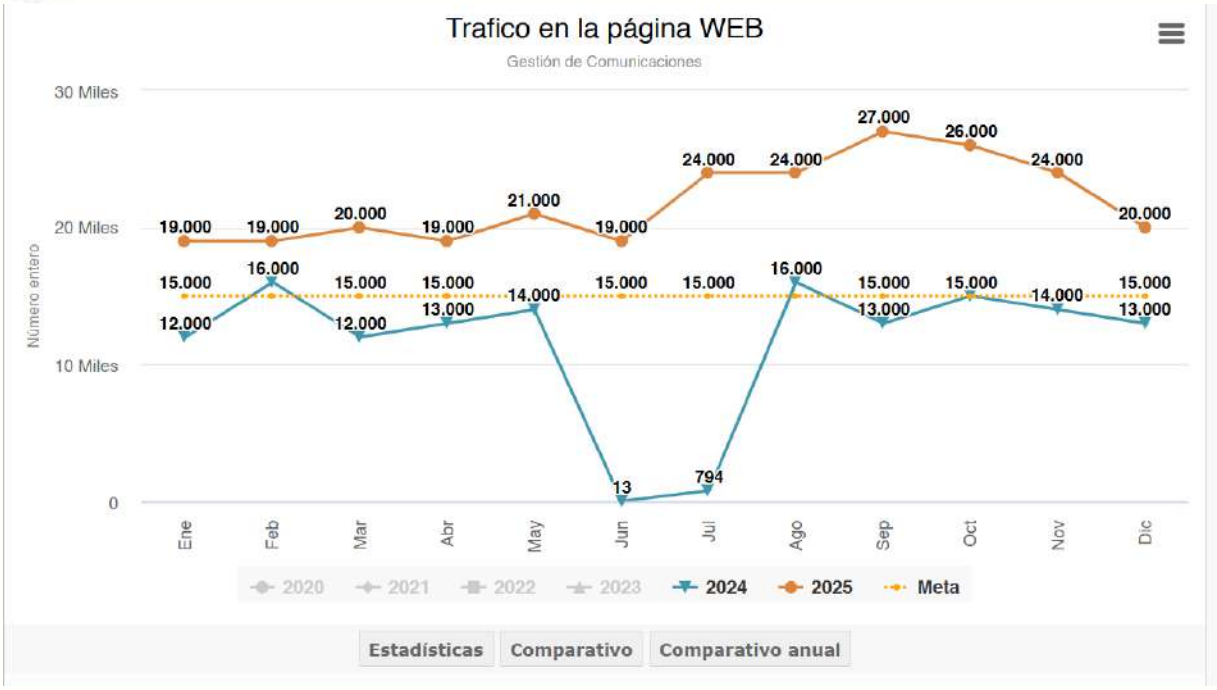
- Página principal: 268 mil vistas (+267,3 %)
- Solicitar Citas: 236 mil (+607,8 %)
- Resultados de Imágenes: 119 mil (+226 %)
- Resultados de Laboratorio: 33 mil (+152,1 %)

Página	2024	2025	Variación %
Página principal	72.965	268.000	+267,3 %
Solicitar Citas	33.343	236.000	+607,8 %
Resultados de Imágenes	36.503	119.000	+226,0 %
Resultados de Laboratorio	13.090	33.000	+152,1 %
Total	**155.901**	**656.000**	**+320,8 %**

El comportamiento de los usuarios se mantuvo orientado a gestiones concretas, especialmente en las secciones Solicitar Citas, Resultados de Imágenes y Resultados de Laboratorio, que registraron incrementos significativos en visualizaciones.

En términos de audiencia, el sitio presentó un crecimiento sustancial. Los usuarios activos aumentaron de 128 mil en 2024 a 207 mil en 2025 (+61,6 %), mientras que los usuarios nuevos pasaron de 126 mil a 203 mil (+60,7 %). Este avance evidencia una mayor adopción de los canales digitales por parte de la población usuaria.

Estos resultados confirman un crecimiento sostenido de la autogestión digital, especialmente en los servicios críticos, y consolidan el sitio web como un canal fundamental para las interacciones asistenciales de los usuarios.



Fuente: Coordinación comunicaciones

La gestión de comunicaciones durante 2025 estuvo también orientada a fortalecer el eje estratégico: Mi prioridad es mi paciente, asegurando que cada mensaje, pieza visual y canal de comunicación contribuyeran a una experiencia más clara, segura y coherente para los usuarios. El área actuó como un habilitador clave para la gestión clínica, garantizando información oportuna, verificada y accesible tanto para pacientes como para los equipos asistenciales y administrativos.

Redes Sociales: Durante 2025, la estrategia de contenidos priorizó información de valor clínico y humano, bajo un tono claro, empático y responsable. Se articularon cuatro líneas editoriales:

- Educación en salud (preventiva y asistencial): piezas breves y visuales que explican signos de alarma, autocuidado y rutas de atención.
- Calidez y cercanía del talento humano: historias y retratos del equipo asistencial y administrativo (celebraciones, conmemoraciones del sector, días de la salud), destacando el trato humanizado y la vocación de servicio.
- Vida institucional y seguridad del paciente: hitos, acreditaciones, jornadas de calidad, capacitaciones internas y mejoras de procesos que impactan la experiencia del usuario.
- Servicios y acceso: recordatorios prácticos sobre Solicitud de Citas, consulta de Resultados de Imágenes y Laboratorio, horarios y canales oficiales, fomentando la autogestión segura.

Durante 2025, la gestión digital de Comunicaciones registró un crecimiento sostenido en redes sociales, impulsado por contenido multimedia de carácter educativo y por piezas

Vigilado Supersalud

que resaltan la calidez del equipo (celebraciones y conmemoraciones del sector), además de actividades, capacitaciones y novedades internas de la clínica.

Al 31 de diciembre de 2025, Facebook creció 60,4 % y alcanzó 7.601 seguidores; Instagram sumó 1,6 mil nuevos y llegó a 2.319; LinkedIn incorporó 6.166 seguidores y cerró en 10.602; y YouTube, reactivado en el último trimestre, finalizó con 85 suscriptores.

Red social	2024	2025	Variación unidades	Variación %
Facebook	7.252	7.601	+349	+4,8 %
Instagram	901	2.319	+1.418	+157,2 %
LinkedIn	4.265	10.602	+6.337	+148,6 %
YouTube	21	85	+64	+304,8 %
Total	12.439	20.607	+8.168	+65,7 %

Comunicación que habilita procesos y acceso: La gestión de comunicaciones jugó un rol decisivo en facilitar el acceso a los servicios y la orientación al paciente. Las piezas educativas, instructivos, avisos de procesos, publicaciones web y materiales de apoyo permitieron entregar información clara sobre:

- Acceso a citas y resultados
- Requisitos de ingreso
- Instrucciones para procedimientos
- Preparación para estudios diagnósticos
- Indicadores de seguridad del paciente, entre otros temas.

Este trabajo se articuló con las áreas asistenciales, administrativas y de calidad para asegurar que la información entregada fuera útil, comprensible, verificada y consistente en todos los canales.

Apoyo integral a eventos académicos y producción científica: Más allá de la difusión de información operativa, la comunicación institucional se consolidó como un habilitador del pilar de generación de conocimiento, facilitando la circulación de aprendizajes, resultados, prácticas clínicas seguras y logros institucionales. Esto contribuyó directamente a la cultura de mejora continua que la Clínica busca consolidar entre colaboradores, estudiantes, aliados y público externo.

En articulación con líderes clínicos y con apoyo de la Líder de Educación, se desarrolló el II Encuentro Académico de Cirugía Cardiovascular, Falla Cardíaca, Hemodinamia y Electrofisiología, un evento de carácter científico con formato híbrido (presencial + virtual) que reunió a más de 90 asistentes, incluyendo profesionales de la Clínica y aliados estratégicos como Salud Total EPS-S, Virrey Solís IPS, Centro Policlínico del Olaya y Medicall TH.

Vigilado Supersalud

Este encuentro se posicionó como un referente institucional para visibilizar avances clínicos, promover diálogo científico y fortalecer la transferencia de conocimiento especializado.

En paralelo, desde Comunicaciones se brindó un acompañamiento continuo en la divulgación de actividades académicas y publicaciones científicas, lo cual aumentó la visibilidad institucional en temas de investigación, formación continua y actualización clínica.

- Ocho (8) jornadas académicas internas acompañadas en diseño, producción y divulgación (p. ej.: Artritis, Lavado de Manos, Semana de Seguridad del Paciente, programas clínicos especializados).
- Difusión de publicaciones y prácticas científicas: Se realizó la divulgación de investigaciones y se dio visibilidad de participación de talento en eventos externos, para resaltar la producción científica institucional, facilitar el acceso a nuevos conocimientos entre los colaboradores y visibilizar el aporte académico de la organización ante la comunidad externa. (Para destacar: la divulgación de estudio sobre Radioterapia Estereotáctica Corporal- Dr. Galvis y Divulgación II Congreso de Medicina Interna "Fronteras de la Medicina Interna: Innovaciones y Desafíos", organizado por el Hospital Militar Central)

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Aquí deben relacionar los proyectos desarrollados durante el 2025, de acuerdo con los parámetros solicitados en la tabla que se relaciona a continuación.

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Agendador virtual de citas	Promover el uso de la herramienta de agendador virtual de citas virtuales a través de implementación de campaña de comunicación efectiva que permita la divulgación de la herramienta en los canales de comunicación externos como son redes sociales y página web.	100%	Julio 2025	La campaña de comunicación ha permitido crear la base para posicionar la herramienta logrando el proceso de transición hacia la digitalización. Con base en el monitoreo constante de redes sociales

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
				(Facebook, Instagram, y recomendaciones de Google como fuente de información se vienen identificando mejoras en el agendador virtual. Estos hallazgos buscan orientar mejoras en el árbol de respuestas para incrementar la usabilidad, claridad del proceso y experiencia del usuario. Se debe continuar optimizando la experiencia digital y fortalecer la comunicación pedagógica, lo cual facilitará aumentar la adopción y percepción positiva del agendador virtual.
Señalización Institucional	Garantiza el cumplimiento normativo y optimizar la orientación de colaboradores, pacientes y visitantes en todos los	100%	Dic 2025	La gestión de la señalización institucional presenta el reto permanente de

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
	espacios de la institución a través del proceso continuo de actualización de la señalización institucional, según las reubicaciones, cambios de servicio, nuevas obras y mejoras operativas.			actualizar todos los elementos temporales que surgen a diario por reubicaciones, cambios de servicio, adecuaciones y ajustes operativos. Este dinamismo exige una coordinación constante para evitar desactualizaciones que puedan afectar la orientación de los usuarios y el cumplimiento normativo. Adicionalmente, el proceso debe articularse con los proyectos de mayor alcance, especialmente el plan de señalización del piso 13 de Torre 3 programado para 2026, lo cual implica integrar criterios técnicos, estandarización gráfica y lineamientos de accesibilidad.
Promoción Paciente	Diseñar y operacionalizar la ruta integral del paciente	15%	Dic 2026	Plan de negocios y estrategia

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Particular/Internacional	particular para asegurar una atención clara, oportuna y coherente con sus expectativas, alineando equipos clínicos y administrativos, soportado por comunicación omnicanal (WhatsApp, email, landing, línea exclusiva) y capacidades tecnológicas (CRM, pagos en línea y automatización)			comercial de la mano con Procolombia
Reputación Google	Elevar y sostener la calificación promedio del Perfil de Empresa en Google a ≥4,0 al 31 de diciembre de 2026, mediante un crecimiento orgánico y respuesta integral y oportuna a todas las reseñas (≥95 % respondidas en <48 h) y la optimización continua de la ficha.	15%	DIC 2026	

3. GESTIÓN DEL RIESGO

Riesgo GCO23001- La institución se ve involucrada en noticias que afecten su imagen y/o reputación: La institución puede verse involucrada en noticias, contenidos digitales, reseñas públicas o conversaciones en redes sociales que afecten su imagen y/o reputación. La alta capilaridad de redes sociales y sitios de reseñas incrementa el alcance y la velocidad de difusión, amplificando su impacto en la percepción de los usuarios.

Durante 2025 se registraron 222 comentarios negativos en canales digitales: Facebook (98; 44,1%), Google (79; 35,6%) e Instagram (45; 20,3%). En Google, las reseñas con comentario impactaron la calificación promedio. Por temática, los principales detonantes fueron Agendamiento de citas (87), Tiempos de atención (36), Trato del personal (19) y Mala información (19); con menor incidencia en Maltrato (13), Malos procedimientos (12)

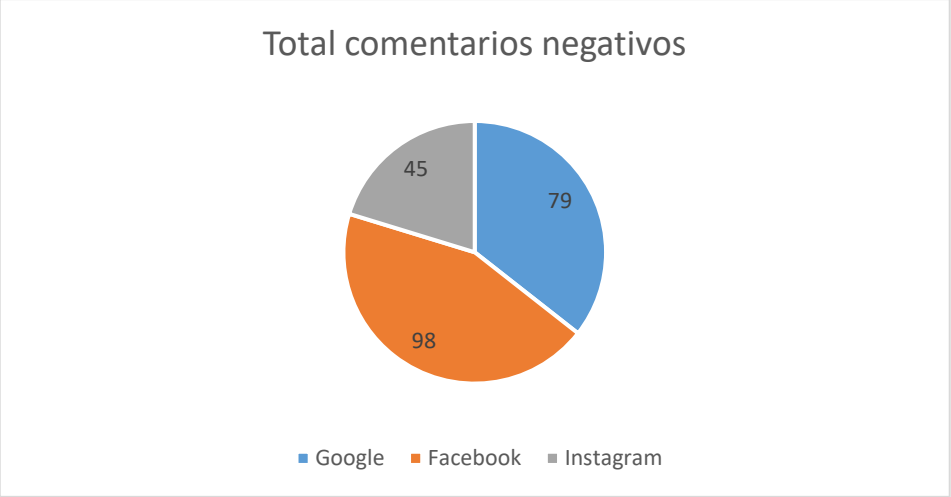
Vigilado Supersalud

y Seguridad (5). Las menciones por servicios clínicos fueron puntuales, lo que sugiere un foco de mejora en procesos transversales (agendamiento, información y tiempos) más que en áreas específicas.

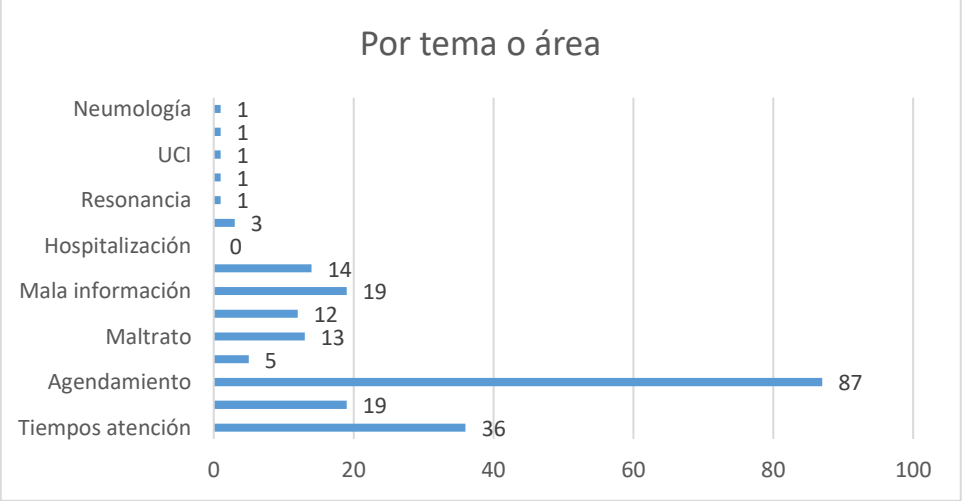
El monitoreo reputacional es principalmente manual y no sistemático, lo que limita la detección temprana y la respuesta oportuna ante eventos críticos.

Consecuencias:

- Pérdida de credibilidad y disminución de la confianza de usuarios y comunidad.
- Deterioro reputacional acumulado, con mayor volumen de reseñas adversas y viralización de experiencias negativas.
- Riesgos legales y regulatorios por información inexacta o manejo inadecuado de casos.
- Menor preferencia de los usuarios, especialmente en canales digitales donde se decide con inmediatez.



Fuente: Coordinación comunicaciones



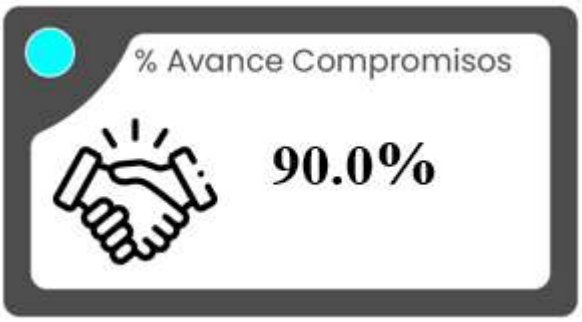
Fuente: Coordinación comunicaciones

4. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

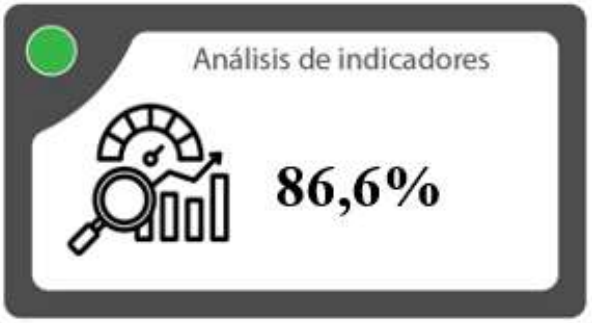
A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA.**

Cumplimiento Cargue de Actas.

Avance de Compromisos.



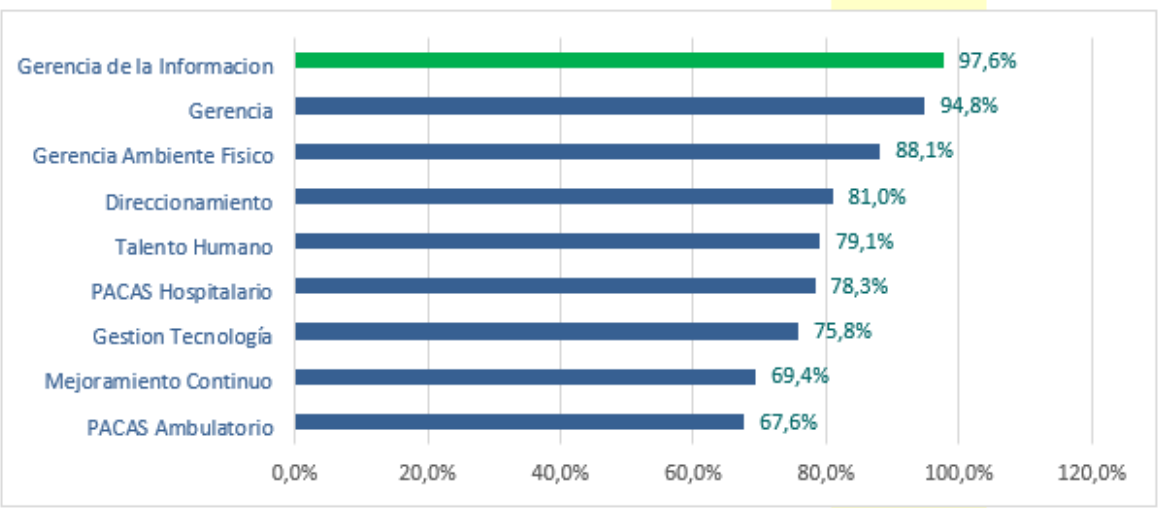
Indicadores.



Resultados Calificación 10º Autoevaluación de Acreditación.

Plan Único de Mejoramiento Institucional – PUMI.

A continuación, se presenta el estado del PUMI de los estándares **Gerencia de la Información** arrojando los siguientes resultados:



Fuente: Informe Mejoramiento

Vigilado Supersalud

5. LECCIONES APRENDIDAS

- Es necesario fortalecer la medición de cobertura por canal y temas, integrando indicadores más robustos para evaluar impacto, identificar tendencias y ajustar la estrategia en tiempo real.
- Integración analítica avanzada: incorporar métricas cualitativas y dashboards para evaluar impacto real en experiencia de los públicos a los que nos dirigimos.
- Actualización tecnológica: garantizar la adquisición y uso eficiente de equipos audiovisuales para mejorar calidad y reducir tiempos de producción.
- Mantener y evolucionar la matriz de seguimiento como herramienta estratégica para la toma de decisiones en tiempo real.
- Reforzar mensajes sobre humanización, educación y participación, asegurando coherencia entre canales internos y externos.

6. PROYECTOS 2026:

- Optimización agendador virtual de citas: Consolidar el uso del agendador virtual como canal principal de autogestión para citas, mejorando usabilidad, claridad del proceso y experiencia del usuario mediante una estrategia de comunicación pedagógica y optimizaciones funcionales continuas.
- Señalización institucional y canales de comunicación Torre 3: Garantizar cumplimiento normativo y optimizar la orientación de colaboradores, pacientes y visitantes mediante la actualización continua de las torres actuales y la nueva señalización de torre 3 junto a la iimplementación de una red de pantallas digitales en ascensores y salas de espera.
- Promoción Paciente Particular/Internacional — Ruta integral y comunicación omnicanal: Diseñar y operacionalizar la ruta integral del paciente particular e internacional para asegurar atención clara, oportuna y coherente con expectativas, mediante alineación clínica-administrativa, comunicación omnicanal (WhatsApp, email, landing, línea exclusiva) y capacidades tecnológicas (CRM, pagos en línea, automatización).
- Reputación Google — Gestión activa del perfil de empresa: Elevar y sostener la calificación promedio del Perfil de Empresa en Google a ≥ 4,0 al 31/dic/2026, con crecimiento orgánico y respuesta integral y oportuna a reseñas (≥95% respondidas en <48 h) y optimización continua de la ficha. Se institucionalizará un proceso de escucha y respuesta (plantillas con enfoque de servicio, derivación de casos, cierres de ciclo), campañas post-servicio para activación de reseñas, actualización de atributos/servicios, fotografías, Q&A.

Los Nogales
Clínica

Informe de Gestión 2025

Mejoramiento Continuo de la Calidad

Vigilado Supersalud

Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C
Autopista Norte, Costado Oriental.

www.clinicanogales.com

(601) 593 70 00

MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

1. PRINCIPALES LOGROS:

Gestión de Calidad SOGCS

- Desarrollo de la Autoevaluación del SUH (Sistema único de Habilitación) al 100% de los estándares, servicios y criterios. Se obtuvo cumplimiento del 98%, para el 2% restante se generan los planes de mejora pertinentes ejecutados durante esta misma vigencia.
- Reportes normativos generados y reportados a los entes reguladores al 100%, con 0% de sanciones por renuencia o extemporaneidad.
- Mantenimiento del certificado del SUA (Sistema único de Acreditación) de acuerdo con el cronograma establecido por el ente acreditador Icontec, con una calificación general de 3,58.

Avance Oportunidades de Mejora ICONTEC 2025

- Desarrollo de la 10° Autoevaluación del Sistema Único de Acreditación SUA. Se realizó la separación técnica para el análisis cualitativo y cuantitativo de los estándares ambulatorios y hospitalarios del grupo PACAS lo que apoya el desarrollo de una de las oportunidades de mejora de la visita de 1 seguimiento en abril 2025, con calificaciones de 3,96 y 3,97 respectivamente.
- Implementación en el sistema de información integral Almera de la herramienta Modelos de gestión Acreditación en Salud y Paquetes instruccionales**.** Se crearon con la finalidad de integrar las oportunidades de mejora de estas fuentes de mejoramiento y facilitar la gestión y seguimiento a todos los líderes.
- Se evidencia una mejora significativa en la actualización documental. En el año 2024 el nivel de actualización alcanzo un 78.5%, mientras que en 2025 se incrementó en 86.2%, lo que representa aumento de 7.7 puntos porcentuales. El incremento observado sugiere una mayor adherencia a los procedimientos establecidos, así como un mejor seguimiento a los procesos.
- Se define y crea el GQ-IN-011 INSTRUCTIVO PARA LA CREACIÓN DE PLANES DE TRABAJO CON ESTRUCTURA PHVA, se encuentra publicado en Almera y contiene el paso a paso de cómo se debe elaborar un plan de trabajo en estructura PHVA. Adicionalmente se parametrizó en Almera / módulo de Planes de mejora, el espacio para dejar registrado el plan de trabajo estructura PHVA. También se parametriza en la parte inicial de las OM en Almera en el campo entregable deseado, lo parámetros de entregables con calidad y aseguramiento de impacto en el mejoramiento, abordaje de la causa raíz y la eficiencia en los procesos; con el fin de que los líderes tengan una guía de abordaje y hoja de ruta hacia lo que se espera de cada oportunidad de mejora.

Desarrollo Estratégico

- Como resultado de la actualización de la matriz de riesgo, se evidencia un incremento en el número de riesgos identificados pasando de 2 riesgos inicialmente registrados a 10 riesgos documentados, dentro de esta clasificación 2 de ellos se catalogaron en zona de riesgo alto y 8 como riesgo medio. El incremento en el número de riesgos no representa un aumento en la exposición de riesgo sino el fortalecimiento del enfoque preventivo, mayor profundidad en el análisis de los procesos, lo que permitió identificar riesgos que anteriormente no se encontraban documentados.
- Para el proceso de Referenciación institucional, se realizó la digitalización de los formatos para las solicitudes de referenciación interna y por otras instituciones, a través de la herramienta XCustomer, este avance presenta una mejora significativa en la eficiencia operativa, una disminución del uso de papel y un mayor control y seguimiento del proceso de referenciación.
- Durante el año 2025 se consolido de manera exitosa el proyecto de implementación del subsistema de riesgo actuarial, alcanzando un avance del 95%, Este resultado refleja un trabajo técnico y estructurado que permitió dejar implementada la información documentada requerida para el cumplimiento normativo, cuadro de identificación con datos de costos e ingresos, modelo de datos para actualizar de forma sistemática los datos del subsistema, indicadores de gestión, matriz de riesgos e informes actuariales finales por medio de scripts estandarizados, fortaleciendo la capacidad institucional para anticiparse, analizar y gestionar riesgos con impacto financiero.
- Durante el año 2025 se culminó exitosamente el cuadro de mando de eficiencia operacional, dejando en funcionamiento una herramienta estratégica que pretende transformar la forma en que los líderes y coordinadores analizan y gestionan el desempeño de los procesos. El cuadro de mando integra indicadores claves de 9 procesos asistenciales en cuatro dimensiones fundamentales: productividad, gestión clínica, oportunidad y uso de recursos, contribuyendo a la toma de decisiones informadas.

Gestión por procesos

- Parametrización en Almera y entrega al 100% de la Metodología IHI para el análisis de casos de mortalidad institucional al área de Vigilancia Epidemiológica.
- Ajuste y entrega del módulo de Seguridad del Paciente al 100%. Se ajustaron e incluyeron metodologías para el análisis de los eventos, descripción de los costos de no calidad y cálculo de UVR, adicionalmente se realizó parametrización para respuestas de selección múltiple para facilitar a los lideres la gestión de los eventos.
- Avance del 70% Metodología TASCOI, como estrategia para la Gestión del Conocimiento dirigido a los subprocesos institucionales. Esta metodología tiene como fin garantizar que la información se encuentre disponible para promover el aprendizaje organizacional de los colaboradores de la institución.

Vigilado Supersalud

Formación y desarrollo 2025

- Curso BPM-Gases Medicinales finalizado en febrero 2025. Este curso permitió reforzar los lineamientos y proceso de obtención de aire medicinal y ayudar a todo el personal principal, suplente y de apoyo a identificar y mejorar falencias para la preparación de la visita de recertificación por el INVIMA.
- Taller Seminario Virtual para la Aplicación del Manual de Estándares del Sistema Único de Habilitación, Resolución 3100 de 2019 y Resolución 465 de 2025, dictado por la Organización para la excelencia de la Salud OES, El taller fue realizado en el mes de mayo 2025, aprobado y financiado por la alta Dirección.
- Curso "Construcción de indicadores de salud: Cuando la decisión se alinea con la información", dictado por la plataforma digital Consultorsalud, el curso fue realizado en el mes de julio 2025, aprobado y financiado por la alta dirección.
- A través de la Plataforma Unitotal se realizaron los cursos de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, Gestión del Riesgo y Humanización de acuerdo con la programación establecida.

2. AVANCES DE PROYECTOS EN CURSO

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
Ajuste Módulo Seguridad del Paciente	Realizar reestructuración al módulo de Seguridad del paciente en el sistema de información integral Almera, con el fin de mejorar el análisis y la data de los eventos presentados a nivel institucional.	100%	Marzo 2025	El módulo fue entregado la primera semana de marzo 2025, sin embargo, seguridad del paciente ha visto la necesidad de continuar mejorando la implementación y desarrollo, por lo que se han generado más ajustes.
Implementación de Metodología IHI Almera	Parametrizar en Almera metodología IHI para el análisis de casos de mortalidad institucional	100%	Septiembre 2025	Esta implementación fue entregada al área de Vigilancia Epidemiológica en la primera semana de septiembre 2025. Posterior a ello se han realizado reuniones para estabilización del módulo o ajustes necesarios, sin embargo, ha mejorado

Vigilado Supersalud

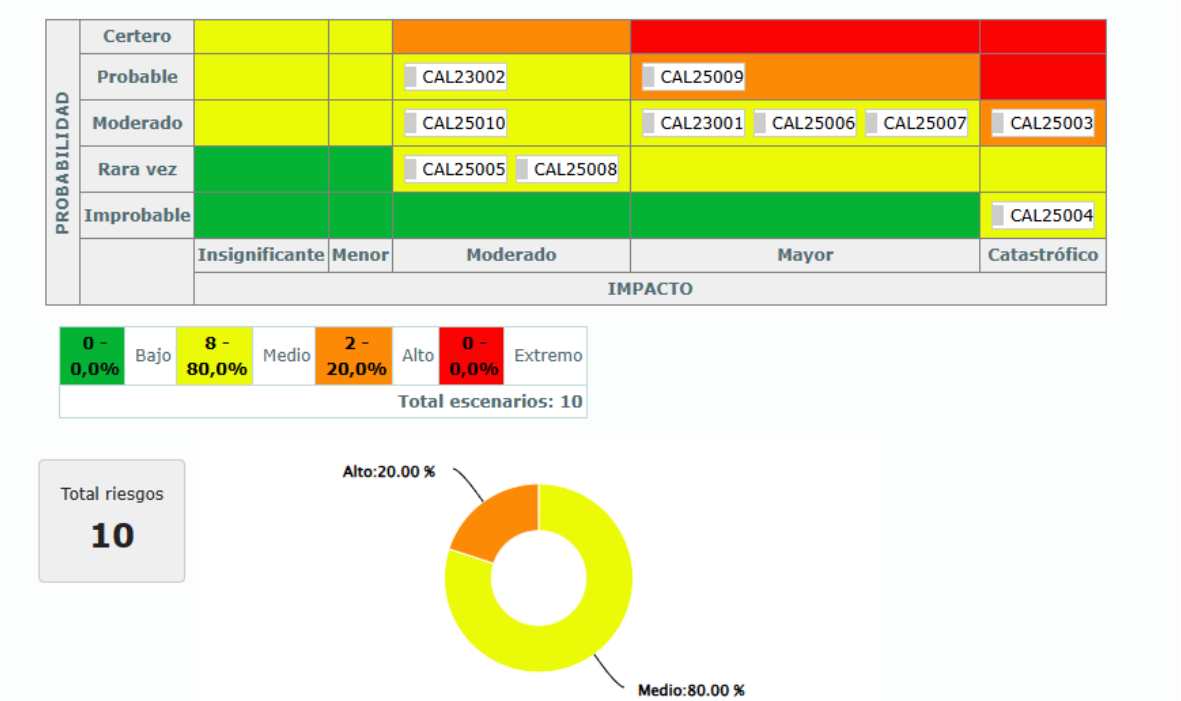
Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
				la gestión de análisis de eventos de mortalidad con la implementación de esta herramienta.
Eficiencia operacional	Establecer, desarrollar e implementar un sistema integral de indicadores de eficiencia operacional por medio de la construcción de cuadros de mando que funcione como insumo para la toma de decisiones informada en líderes, coordinadores y directivos.	100%	Octubre 2025	El cuadro de mando de eficiencia operacional se encuentra parametrizado en el sistema de información Almera, funcional y con ingreso a resultaos de 9 servicios en 4 dimensiones. Además de permitir consultar del modelo BISA con enlace de acceso desde Almera.
Implementación del subsistema de riesgo actuarial	Implementar el subsistema de riesgo actuarial en Clínica Los Nogales	95%	En ejecución	La institución ya cuenta con la información documentada requerida para el cumplimiento normativo, cuadro de identificación con datos de costos e ingresos, modelo de datos para actualizar de forma sistemática los datos del subsistema, indicadores de gestión, matriz de riesgos e informes actuariales finales por medio de scripts estandarizados. A la fecha se encuentra pendiente reunión

Vigilado Supersalud

Nombre del proyecto	Objetivo del Proyecto	Porcentaje de Avance	Fecha de Finalización	Conclusiones
				entre proveedor y la institución para entrega de informe final del proyecto.
Metodología TASCOI	Garantizar que la información relevante de los procesos esté disponible, para facilitar el aprendizaje organizacional y preservar el conocimiento a largo plazo. La actualización se realizará a nivel de caracterización, promesas y acuerdos de servicio, flujograma de atención, matriz legal, participación en equipos de mejoramiento y comités	70%	En ejecución	A la fecha se encuentra pendiente la actualización de la caracterización de 15 subprocesos, se han presentado barreras de mejoramiento debido a la falta de disponibilidad de tiempo o por la rotación de líderes.

3. GESTIÓN DEL RIESGO

En el 2025 se definió nueva matriz de Riesgo, pasando de 8 a 10 riesgos, 2 de ellos clasificados como riesgo alto y 8 como riesgo medio.



Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

De acuerdo con la gestión y evaluación de los controles para cada uno de los riesgos, se materializaron 6 de ellos, Uno clasificado como Riesgo alto y cinco en zona riesgo medio.

A continuación, se presenta el resumen de los riesgos materializados, describiendo la frecuencia de evaluación, frecuencia materializada y número de veces materializado en el 2025:

Riesgo	Frecuencia evaluada en matriz	Frecuencia materializada	Veces materializado en el año	Zona de riesgo
Cambio normativo frecuente	Cada semana	Cada 6 meses	3	Alto
Deficiencia en la documentación de los procesos	Cada mes	Cada mes	12	Medio
Debilidad en el análisis de causa raíz de hallazgos/problemáticas	Cada mes	Cada mes	5	Medio
Pérdida del enfoque en la cultura organizacional del	Cada mes	Cada mes	10	Medio

Riesgo	Frecuencia evaluada en matriz	Frecuencia materializada	Veces materializado en el año	Zona de riesgo
personal asistencial, administrativo y tercerizados				
Desalineación entre procesos y estándares de acreditación	Cada mes	Cada mes	8	Medio
Baja capacidad de adaptación a tecnologías emergentes como las IA	Cada mes	Cada 6 meses	2	Medio

Fuente: Informe Sistema General de Riesgos

4. INDICADORES DE CULTURA:

Rotación de personal.

Causales Rotación	Año	% Institucional
Mejor Oferta laboral	2023	3,51%
Voluntaria	2024	3,81%
Mejor Oferta laboral	2025	3,78%

*ID 247 Rotación de personal por perdida

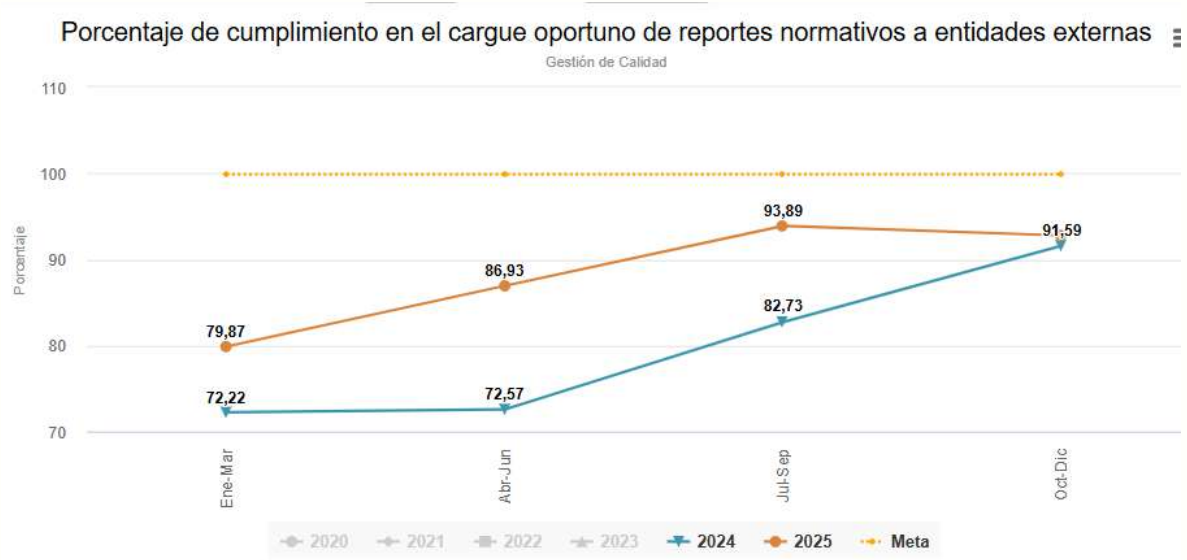
Fuente: Resultados de encuesta de Cultura y Clima Dirección General

Área/ Proceso	Resultado 2024	Resultado 2025	Diferencia
FARMACIA	77,38	85,83	8,53
TRANSPLANTE MEDULA OSEA	81,85	86,60	4,75
DIRECCION GENERAL	80,95	83,54	2,59
DIRECCION MEDICA	70,36	85,14	14,78
GESTION CLINICA	N/A	79,01	79,01
INFRAESTRUCTURA	81,94	79,47	2,47
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	76,73	80,45	3,68
GESTION DEL SERVICIO	79,40	78,20	1,20
TERAPIA RESPIRATORIA Y FISICA	73,29	77,14	3,85
UCI	72,10	74,86	2,76
LABORATORIO CLINICO	76,51	76,52	0,01
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	72,36	73,42	1,06
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO AD	68,20	N/A	68,20
HOSPITALIZACION GENERAL	68,96	71,96	3,01
CONTABILIDAD	68,55	71,47	2,92
RESONANCIA MAGNETICA	69,71	N/A	69,71
ENFERMERIA	71,14	71,06	0,08
SALAS DE CIRUGIA	70,20	70,90	0,70
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	64,79	70,95	6,16
ONCOLOGIA	70,31	70,40	0,09
HEMODINAMIA	75,08	N/A	75,08
CALAS	67,66	66,06	1,60
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	79,84	66,84	3,69
URGENCIAS	69,22	66,54	2,68
SISTEMAS	67,28	65,08	2,20
CONSULTA EXTERNA	67,43	56,10	11,33
Total general	70,38	72,95	2,57

Fuente: Informe talento humano

Fuente: Informe talento humano

6. INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD:



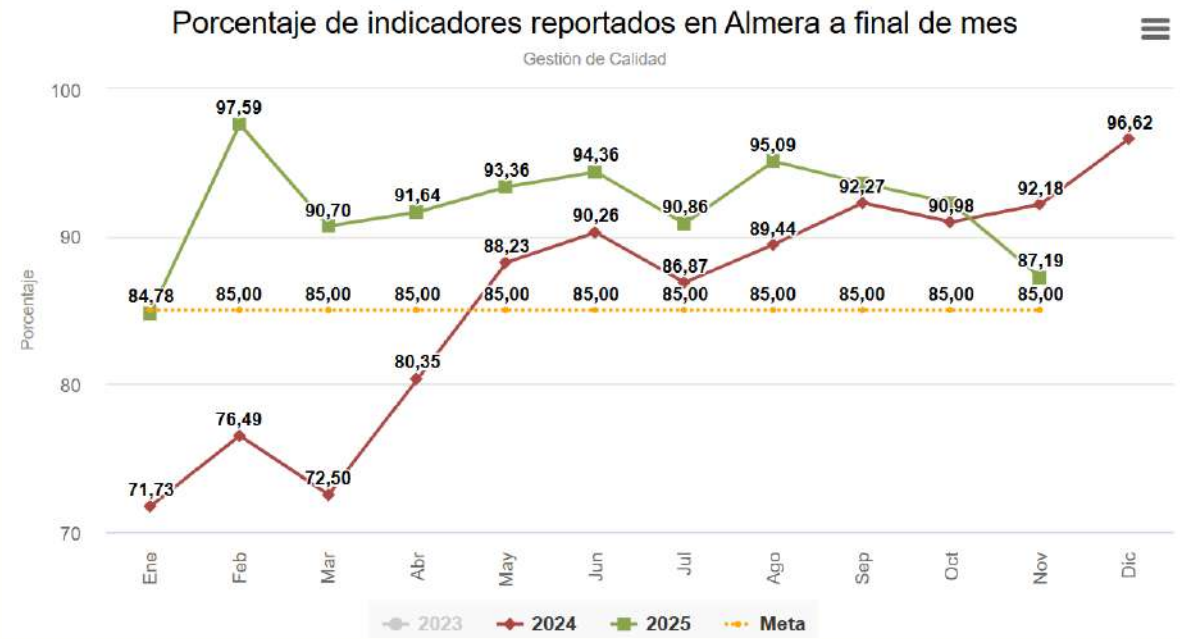
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

De acuerdo con la Matriz Legal establecida para el 2025, la cantidad de reportes a realizar a entes de control se contabilizo en un total de 733, el porcentaje de cumplimiento alcanzado fue del 92.78%, con respecto al 2023 el resultado presenta una leve mejoría con el aumento de 1 punto porcentual.

Durante el 2025, se establecieron estrategias para fortalecer el reporte en Almera: Envío de recordatorio mensuales de los reportes a realizar, seguimiento y monitoreo a través de los Informes mensuales de mejoramiento y Rendición de Cuentas llevada a cabo en el mes de octubre 2025.

Vigilado Supersalud

Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

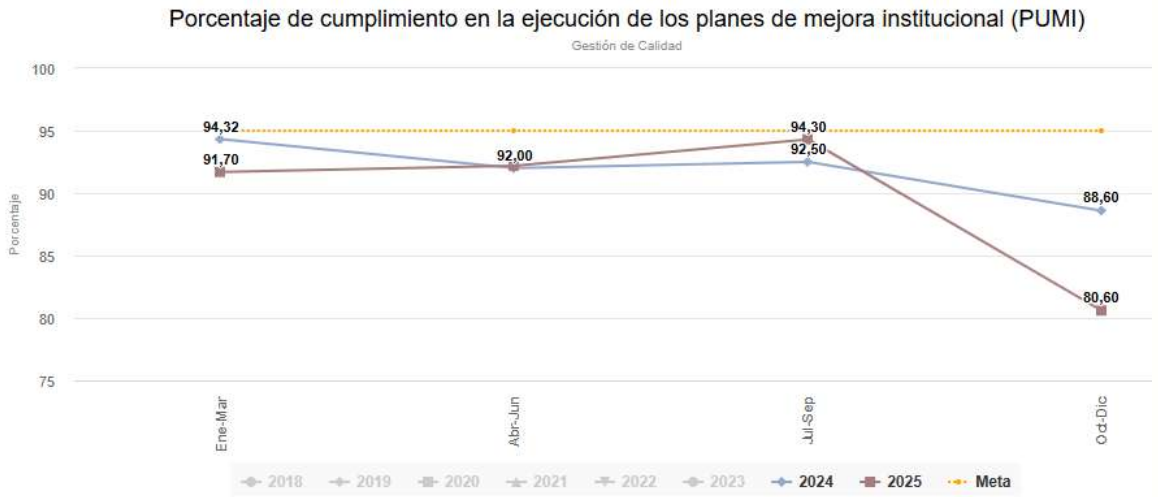


Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

El seguimiento al reporte de indicadores ha sido una tarea que toma un papel protagónico en la estructura de seguimiento en la gestión de los procesos dado que se busca fortalecer la toma de decisiones informada en líderes y coordinadores por medio de un sistema que contenga información de valor. Para que esta tarea se avance de forma efectiva es fundamental la labor de cada uno de los responsables en reportar dicha información, para ello el modelo de productividad TACSI (Tablero de control de seguimiento a indicadores) permite realizar seguimiento institucional a un reporte oportuno de los indicadores y lo hace en dos momentos, indicadores reportados durante los primeros 10 días del mes e indicadores reportados al finalizar el mes.

Para el año 2025 se evidencia un fortalecimiento tanto en el reporte oportuno cuyo promedio anual pasa en el año 2023 del 56,25%, año 2024 66,55% a un 80% en 2025, como en el reporte a finalizar el mes que en el año 2023 fue de 70,49%, año 2024 del 85,66% y finaliza el año 2025 en un 91,95%.
Este fortalecimiento se debe a diferentes actividades que se realizaron de forma sistemática durante 2025:

- Se realiza retroalimentación constante a los líderes de los procesos, especialmente en aquellos priorizados en el TOP 5.
- Se envía correo electrónico y seguimiento por medio de WhatsApp a los procesos priorizados en TOP 5
- Se publican resultados de escalafón en el portal BISAAD
- Se realiza inducción en el adecuado análisis de indicadores y metodología TACSI a líderes y coordinaciones nuevas.
- Se presenta resultado de metodología TACSI en el informe de mejoramiento cuyo destino es dirección y jefes de división.
- Se genera una nueva visualización en el informe de mejoramiento, con un porcentaje de cumplimiento acumulado.
- Se realiza mejora en el modelo TACSI, contando con cumplimiento por usuario.



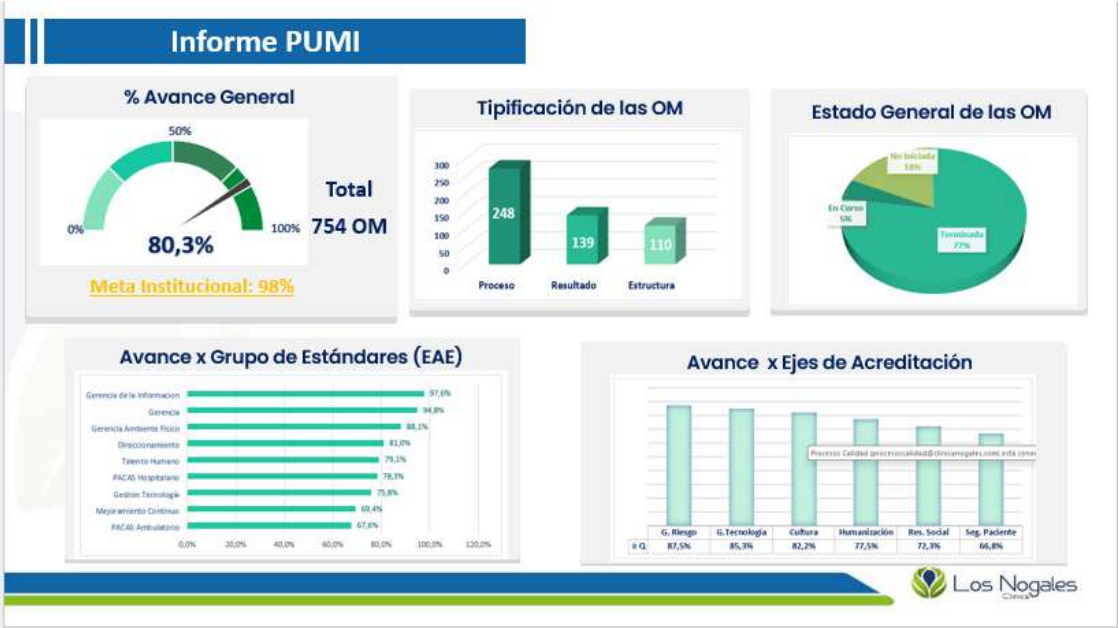
Fuente: Sistema de gestión integrado Almera

Este indicador para el año 2024 presentó un cumplimiento acumulado del 91,86% y para el año 2025 del 89,70%, esto se debe al aumento de seguimiento y verificación de la calidad de cierre de las oportunidades de mejora, para el último trimestre 2025 se inició validación no solo de registro de avance y soportes sino también la eficiencia de estas a través del impacto en los indicadores asociados desde la planificación de estas. Este ajuste cultural se espera que tenga nivelación en las métricas durante el año 2026.

8. INDICADORES DE MEJORAMIENTO

Plan de Mejoramiento Institucional PUMI

Los datos presentados a continuación hacen referencia al resumen institucional del estado del PUMI:



Fuente: Informe de Mejoramiento Institucional

A continuación, se presenta el avance del **Plan Operativo Anual 2025 – POA**

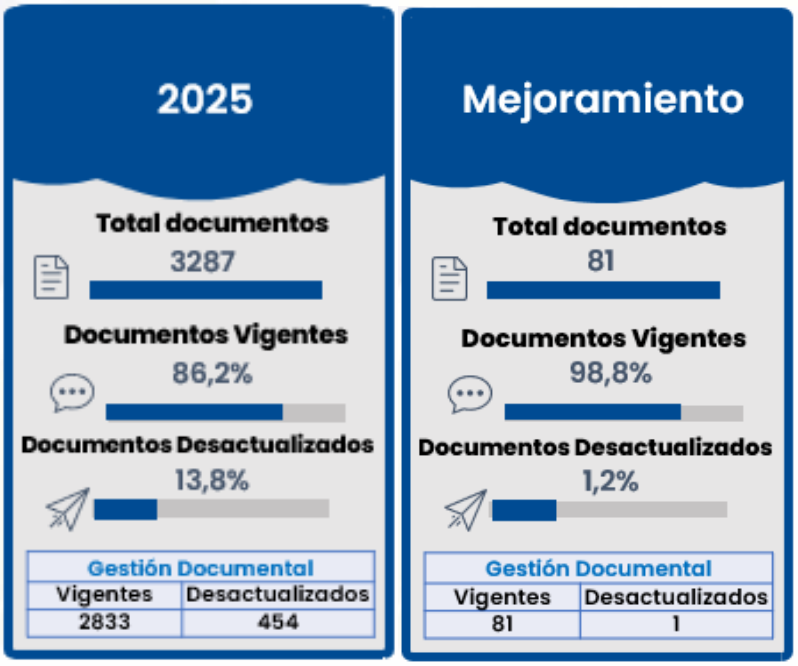
#	POA 2025	Avance Real
1	POA 2025 Vigilancia Epidemiológica	100,00%
2	POA 2025 Gestión del Riesgo	100,00%
3	POA 2025 Nutrición	100,00%
4	POA 2025 Humanización	100,00%
5	POA 2025 Falla Cardiaca	100,00%
6	Seguridad del Paciente	100,00%
7	POA 2025 Infecciones	100,00%
8	POA 2025 Convenios	100,00%
9	POA 2025 Cuentas Médicas y Facturación	100,00%
10	POA 2025 Atención Quirúrgica	100,00%

#	POA 2025	Avance Real
38	POA 2025 Sistemas	71,75%
39	POA 2025 Cajas	71,69%
40	POA Atención Ambulatoria	70,82%
41	POA 2025 Gestion del Servicio	66,25%
42	POA 2025 Epidemiología	65,40%
43	POA 2025 Costos y Presupuesto	64,38%
44	POA 2025 Talento Humano	60,63%
45	POA 2025 Cardiologia	53,13%
46	POA 2025 Control Interno	39,38%
47	POA 2025 Contabilidad	32,85%

Fuente: Informe de Mejoramiento Institucional

Gestión Documental

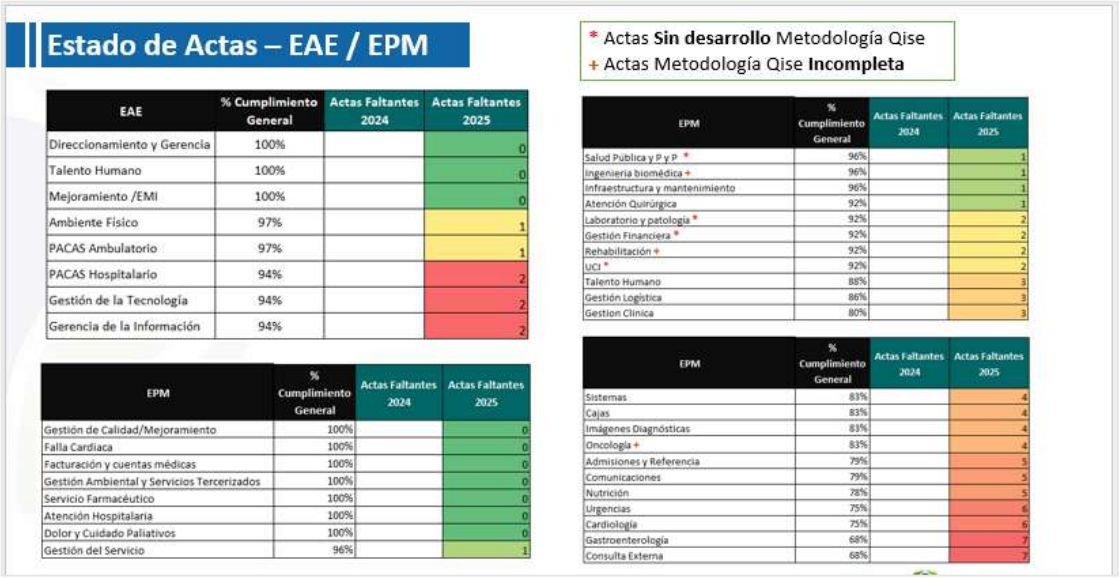
A continuación, se presenta el estado de la gestión documental con corte a 31 de diciembre a nivel Global y por Mejoramiento Institucional.



Fuente: Informe de Mejoramiento Institucional

Estado de Actas EAE, EPM y Comités

Se presenta un Resumen del estado de cargue de actas en Almera



Estado de Actas – EAE / EPM

* Actas **Sin desarrollo** Metodología Qise
\+ Actas Metodología Qise **Incompleta**

EAE	% Cumplimiento General	Actas Faltantes 2024	Actas Faltantes 2025
Direccionamiento y Gerencia	100%		0
Talento Humano	100%		0
Mejoramiento /EMI	100%		0
Ambiente Físico	97%		1
PACAS Ambulatorio	97%		1
PACAS Hospitalario	94%		2
Gestión de la Tecnología	94%		2
Gerencia de la Información	94%		2

EPM	% Cumplimiento General	Actas Faltantes 2024	Actas Faltantes 2025
Gestión de Calidad/Mejoramiento	100%		0
Falla Cardiaca	100%		0
Facturación y cuentas médicas	100%		0
Gestión Ambiental y Servicios Tercerizados	100%		0
Servicio Farmacéutico	100%		0
Atención Hospitalaria	100%		0
Dolor y Cuidado Paliativos	100%		0
Gestión del Servicio	96%		1

EPM	% Cumplimiento General	Actas Faltantes 2024	Actas Faltantes 2025
Salud Pública y P y P *	96%		1
Ingeniería biomédica +	96%		1
Infraestructura y mantenimiento	96%		1
Atención Quirúrgica	92%		1
Laboratorio y patología *	92%		2
Gestión Financiera *	92%		2
Rehabilitación +	92%		2
UCI *	92%		2
Talento Humano	88%		3
Gestión Logística	86%		3
Gestion Clinica	80%		3

EPM	% Cumplimiento General	Actas Faltantes 2024	Actas Faltantes 2025
Sistemas	83%		4
Cajas	83%		4
Imágenes Diagnósticas	83%		4
Oncología +	83%		4
Admisiones y Referencia	79%		5
Comunicaciones	79%		5
Nutrición	78%		5
Urgencias	75%		6
Cardiología	75%		6
Gastroenterología	68%		7
Consulta Externa	68%		7

Fuente: Informe de Mejoramiento Institucional

Estado de Actas - Comités

* Actas **Sin desarrollo** Metodología Qise
\+ Actas Metodología Qise **Incompleta**

COMITÉ	% Cumplimiento General	Actas Faltantes 2025
Comité de Presidencia	100%	0
Comité de Bioetica	100%	0
Comité de Gestión del Riesgo	100%	0
Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo	100%	0
Comité Gestion de Medicamentos	100%	0
Comité de Docencia Servicio	100%	0
Comité de Vigilancia Epidemiológica	100%	0

COMITÉ	% Cumplimiento General	Actas Faltantes 2025
Comité de Trasplantes y Donación de Órganos	100%	0
Comité de Biovigilancia de Tejidos y Células	100%	0
Comité de Mortalidad	96%	1
Comité de Farmacia y Terapéutica	96%	1
Comité de Ética Hospitalaria y Experiencia al Usuario	96%	1
Comité de Ética de la Investigación	95%	1
Comité de Reactivovigilancia *	94%	1

COMITÉ	% Cumplimiento General	Actas Faltantes 2025
Comité de Historias Clínicas *	92%	1
Comité de Emergencias Hospitalario	90%	1
Comité BPM- Gases Medicinales	89%	1
Comité de Tecnovigilancia *	88%	1
Comité de Crisis	50%	1
Comité de Guias de Práctica Clinica	50%	1
Comité Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS)*	92%	2

COMITÉ	% Cumplimiento General	Actas Faltantes 2025
Comité de Infecciones *	92%	2
Comité PROA +	92%	2
Comité de Seguridad del Paciente +	92%	2
Comité de Medicina Transfusional *	92%	2
Comité de Farmacovigilancia	88%	2
Comité de Compras	80%	2
Comité de Proteccion Radiológica	23%	10

Fuente: Informe de Mejoramiento Institucional

Compromisos 2025

Se presenta resumen por responsable de los compromisos pendientes con corte a diciembre 2025.

Compromisos Pendientes x Cierre

Responsable	Compromisos Vencidos
División Médica	17
Coordinación de Hospitalización	14
Coordinación de Atención Ambulatoria	9
Coordinador de Talento Humano	7
Referente de Trasplante	7
Salud Ocupacional	4
Coordinación de Sistemas	4

Responsable	Compromisos Vencidos
Jefe de Educación	2
Coordinación de Costos y Presupuesto	2
Coordinación de Enfermería	2
Epidemiología	2
Coordinación de Admisiones y Referencia	2
Coordinación de Gestión del Servicio	1
División Administrativa	1

Responsable	Compromisos Vencidos
Coordinación de UCIs	4
Jefatura Financiera	3
Unidad de Cardiología	3
Jefe de Área de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	3
Coordinación de Comunicaciones	3
Productividad y Desarrollo	3
Coordinación de Gestión Ambiental y Tercerizados	2

Responsable	Compromisos Vencidos
Coordinación de Salas de Cirugía	1
Coordinación de Farmacia	1
Coordinación de Ambiente Físico	1
Coordinación UTPH	1
Coordinación de Oncología	1
Coordinación de Tecnología Biomédica	1

Total Compromisos Vencidos	105

Fuente: Informe de Mejoramiento Institucional

Autoevaluación Acreditación

A continuación, se presentan resultados históricos y generales de las diferentes autoevaluaciones realizadas con los todos los grupos de estándares. Para la 10° autoevaluación se obtuvo puntaje 4.00 / 5.00

GRUPO DE ESTÁNDARES	Autoev. 1	Autoev. 2	Autoev. 3	Autoev. 4	Icontec OI 2018	Autoev. 5	Autoev. 6	Icontec 1S 2022	Autoev. 7	1° nuevo ciclo 2022	Autoev. 8	Autoev. 9	Icontec 1S 2025	Autoev. 10
Direccionamiento	1,61	2,68	3,53	3,89	3,30	3,80	3,82	3,60	4,21	3,80	4,37	4,46	3,80	4,47
Gerencia	1,63	2,68	3,51	3,88	3,30	3,65	3,89	3,50	4,09	3,60	4,12	4,23	3,80	4,23
PACAS Hospitalario	1,28	2,23	3,07	3,82	3,20	3,33	3,46	3,05	3,88	3,51	3,90	3,94	3,54	3,97
PACAS Ambulatorio	1,28	2,23	3,07	3,82	3,20	3,33	3,46	3,05	3,88	3,51	3,90	3,94	3,54	3,96
Gerencia del Talento Humano	1,05	2,33	2,80	2,83	3,10	3,52	3,14	3,30	3,41	3,50	3,48	3,59	3,60	3,81
Gerencia del Ambiente Físico	1,63	3,28	3,70	3,85	3,50	3,57	3,51	3,60	3,51	3,50	3,54	3,67	3,70	3,73
Gestión de Tecnología	1,56	2,47	2,90	3,46	3,50	3,56	3,55	3,60	3,56	3,60	3,86	3,95	3,70	3,97
Gerencia de la Información	1,49	2,91	3,36	3,81	3,50	3,67	3,49	3,60	3,59	3,60	3,63	3,66	3,60	3,68
Mejoramiento de la Calidad	1,28	2,23	3,07	3,20	3,20	3,40	3,54	3,40	3,88	3,45	3,90	4,00	3,45	4,00
CALIFICACIÓN GENERAL														**3,98**

Fuente: Coordinación de Mejoramiento Institucional

9. LECCIONES APRENDIDAS

- El registro oportuno en el sistema Almera de la gestión realizada, aportó durante el año 2025 significativamente a la gestión del conocimiento institucional.
- La generación de nuevas métricas e indicadores para el proceso ha permitido una mejor toma de decisiones con base en resultados veraces que permitieron alcanzar mejor resultados y optimización de recursos.
- El diseño de la herramienta en Almera denominada Modelos de gestión por Equipos de Autoevaluación ha permitido integrar las oportunidades de mejora, actas, indicadores, documentos necesarios para el SUA facilitando el seguimiento tanto a los líderes y sus equipos como al área de calidad para conocer el avance en tiempo real de la gestión realizada por cada EAE.
- La decisión estratégica que para el año 2026 todos los planes de trabajo tengan indicadores institucionales asociados, con el fin de iniciar medición de avance objetiva de impacto y no solo de avance de cronogramas, el cual es menos objetivo.

Vigilado Supersalud

10. PROYECTOS 2026:

- **Portal BISAAD:** Sistematización del informe mensual de Mejoramiento para ser publicado en el portal BISSAD, con el fin de digitalizar su contenido y contar con una herramienta que facilite la consulta a los líderes.
- **Torre 3 y Torre 4:** Apoyo en la construcción en temas relacionados con habilitación en salud, procesos y normatividad.
- **SOGCS:** Sostenimiento habilitación en Salud, acreditación en Salud de acuerdo con programación de visitas para el 2026 y aporte a la estrategia competitiva institucional con los resultados de estos sistemas, a través del aumento en la calificación.
- **Posicionamiento Institucional:** Dar continuidad a la postulación en los diferentes rankings internacionales.
- **Eficiencia Operacional de procesos de apoyo:** Definir, parametrizar y poner en estado de producción los cuadros de mando para medir la eficiencia de los procesos de apoyo

Vigilado Supersalud

Propiedad Intelectual y Derechos de Autor

Para fines legales de este informe, declaramos que la administración de Clínica Los Nogales S.A.S cumple a cabalidad con lo descrito en la Ley 603 de 2000 sobre derechos de autor y protección intelectual, especialmente en lo relacionado con los derechos de uso de software, licencias necesarias para el funcionamiento de la clínica y productos informáticos consagrados igualmente en la legislación actual colombiana.

Científicamente avanzados, Humanamente cálidos.

Los Nogales
Clínica

Científicamente avanzados, **humanamente cálidos.**

Vigilado Supersalud

Calle 95 N°. 23 - 61, Bogotá D.C
Autopista Norte, Costado Oriental.

www.clinicanogales.com

(601) 593 70 00