

FECHA:	20 de febrero de 2026
NOMBRE DEL INFORME:	Informe de gestión por procesos 2025
PRESENTADO POR:	Johanna Andrea Jiménez Jiménez
CARGO:	Gerente

OBJETIVO DEL INFORME	Presentar a Junta Directiva el informe general de resultados por procesos de la gestión y la prestación de servicios en salud correspondiente al año 2025 de MEDIFACA IPS SAS.
-----------------------------	--

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Tabla de contenido

PROCESOS ESTRATÉGICOS	4
GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO	4
➤ Sistema de seguimiento a indicadores:	4
➤ Propuesta estratégica anual y plurianual:.....	4
GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	5
PROCESOS MISIONALES	5
ATENCIÓN AMBULATORIA	7
ATENCIÓN EN INTERNACIÓN	15
GESTIÓN DE SERVICIOS FARMACEUTICOS	21
ATENCIÓN EN URGENCIAS.....	22
ATENCIÓN QUIRÚRGICA.....	26
➤ Numero de Cirugías.....	26
➤ Cancelación de Cirugías.....	27
➤ Indicadores de Productividad del Servicio de cirugía cardiovascular	29
➤ Indicadores de Productividad del Servicio de Hemodinamia.	30
➤ Indicadores de Productividad del Servicio de Electrofisiología.....	31
➤ Indicadores de Productividad del Servicio de Neurointervencionismo.....	32
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	33
➤ Servicio de imagenología	33
➤ Servicio de laboratorio clínico.....	34
PROCESOS DE APOYO	35
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	35
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	38
GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO- GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA.....	47



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



GESTION DEL AMBIENTE FISICO.....	47
➤ GESTIÓN DE NECESIDADES DEL AMBIENTE FISICO	48
➤ GESTIÓN AMBIENTAL	49
➤ RAZÓN DE CONSUMO DE ENERGÍA POR EGRESO	49
➤ CONSUMO DE AGUA.....	50
➤ RAZÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS.....	51
➤ RAZÓN DE RESIDUOS NO APROVECHABLES.....	52
➤ AUDITORÍA AL PROCESO DE ADHERENCIA AL MANUAL DE USO SEGURO DE ROPA HOSPITALARIA	54
GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA FISICA.....	54
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA EN SALUD.....	61
➤ GESTIÓN BIOMÉDICA	61
GESTIÓN DE ACTIVOS	69
GESTIÓN FINANCIERA.....	74
Ventas Comparativas 2024 Vs 2025	74
Resumen pérdidas y ganancias.....	75
➤ Ingresos.....	75
➤ Costos.....	75
➤ Gastos.....	76
➤ Utilidad antes de impuestos.....	76
Indicadores Financieros.....	77
Productividad Por Unidades	78
Gestión de cartera	80
➤ Cartera neta	80
➤ Recaudo de cartera	81
Gestión de glosas.....	81
➤ Glosa recibida	81
Cierre de programas desarrollados de enero a octubre 2025	83
➤ Pre auditoria	83
Glosas 83	
PROCESOS SOPORTE MISIONAL.....	84
GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.....	84
➤ Remisión interna	84
PROCESOS DE VERIFICACIÓN	85
GESTIÓN DE CONTROL INTERNO.....	85



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



➤ CUMPLIMIENTO EN LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA.....	89
➤ SEGUIMIENTO PACIENTES EN SALUD MENTAL.....	90
➤ ESTADISTICAS VITALES	93
➤ VARIOS	96
➤ PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y CUIDADOS DE LA SALUD.....	97
PROCESOS DE MEJORAMIENTO	151
GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD.....	151
➤ Sistema Unico de Habilitación (SUH):	151
➤ Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC):	151
➤ Sistema de Información para la Calidad en Salud (SIC)	152



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

PROCESOS ESTRATÉGICOS

GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO

➤ **SISTEMA DE SEGUIMIENTO A INDICADORES:**

Durante la vigencia, la institución realizó seguimiento sistemático a los indicadores estratégicos a través de los comités institucionales, en cumplimiento de los actos administrativos y la metodología de evaluación definida.

El proceso incluyó la revisión mensual de resultados, el análisis de tendencias, la comparación frente a las metas establecidas y la verificación del avance de las actividades contempladas en los planes de acción. Mediante el tablero de control y el sistema de semaforización, se identificaron oportunamente los indicadores con desviaciones, priorizando aquellos clasificados en nivel crítico (color rojo) para intervención inmediata.

Este ejercicio no solo permitió monitorear el desempeño institucional, sino también evaluar la efectividad de las estrategias implementadas, identificar brechas en la gestión y determinar causas raíz de los incumplimientos. Como resultado del análisis, se definieron acciones correctivas y preventivas, ajustes en los planes de trabajo, fortalecimiento de responsables y re direccionamiento de estrategias, garantizando una gestión orientada a resultados y alineada con los objetivos estratégicos institucionales.

Este enfoque de seguimiento continuo contribuye a la mejora permanente, la toma de decisiones basada en evidencia y el fortalecimiento del desempeño organizacional para la siguiente vigencia.

➤ **PROPUESTA ESTRATÉGICA ANUAL Y PLURIANUAL:**

Con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos estratégicos institucionales, se estructuró y ejecutó un plan de trabajo orientado al desarrollo de proyectos prioritarios, realizando seguimiento permanente a las actividades desde cada una de las áreas responsables.

En el marco de la ejecución estratégica, se destacan los siguientes proyectos:

- Mejoramiento de la infraestructura de la Clínica Medifaca.
- Inicio de obra y construcción para el cambio de ascensores.

Otros proyectos estratégicos que se describen de manera detallada a lo largo del presente informe.

Estas iniciativas hacen parte del plan anual y plurianual de fortalecimiento institucional, orientado a optimizar la capacidad instalada, modernizar la tecnología biomédica y mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



GESTIÓN DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

La ejecución de la Planeación Estratégica se desarrolló hasta su cierre en octubre de 2025, garantizando el seguimiento periódico a las acciones definidas y al cumplimiento de los objetivos estratégicos. Durante el despliegue de la misión y la visión institucional, se alcanzó en un alto porcentaje el fortalecimiento del conocimiento del cliente interno, así como el posicionamiento y reconocimiento institucional en la Sabana de Occidente, en coherencia con las líneas estratégicas establecidas.

Asimismo, una vez realizado el cierre de **Medifaca IPS SAS**, se dio inicio inmediato a la puesta en marcha del proceso de inducción en Planeación Estratégica de la Clínica Medilaser SAS, con el propósito de alinear al equipo humano frente a la nueva plataforma estratégica, sus objetivos, políticas organizacionales y lineamientos de gestión, asegurando continuidad, articulación y sostenibilidad en el direccionamiento institucional.

PROCESOS MISIONALES

Clínica Medifaca IPS S.A.S. presenta el informe general, en el marco de su compromiso con la excelencia asistencial y la mejora continua. El documento consolida los principales avances, resultados y desafíos de las áreas clínicas y de apoyo diagnóstico, con énfasis en el análisis de indicadores de gestión, calidad y desempeño operativo.

NOOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO		
Índice de Rotación -Giro Cama (LIC)	>5	4-5	<4	5,96	5,60	6,48	6,36	6,32	6,00	6,12	6,08	6,32	6,92	6,22
Índice de Rotación -Giro Cama	>7	6-7	<6	7,61	6,32	6,91	6,95	7,44	6,94	6,84	7,26	6,82	7,50	7,05
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita por médico especialista consulta externa (Anestesiología)	<8 días	8 días - 10 días	>10 días	1,00	1,00	0,00	1,13	2,50	1,71	1,37	2,84	6,19	7,52	5,27
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita por médico especialista consulta externa (Cardiología)	<14 días	14 días - 17 días	>17 días	8,30	0,00	2,87	3,80	5,60	7,52	12,94	7,56	5,50	4,46	6,51
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita por médico especialista consulta externa (Cirugía General)	<7 días	7 días - 10 días	>10 días	6,74	2,40	4,25	4,42	5,30	1,73	8,96	6,86	3,85	2,78	4,75
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita por médico especialista consulta externa (Gastroenterología)	<14 días	14 días - 17 días	>17 días	4,16	0,00	6,67	7,25	13,09	9,50	16,67	10,25	6,25	5,58	6,46
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita por médico especialista consulta externa (Medicina Interna)	<15 días	15 días - 18 días	>18 días	0,81	0,00	1,50	1,25	5,50	4,33	6,64	14,09	10,52	8,69	8,94
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita por médico especialista consulta externa (Cirugía cardiovascular)	<10 días	10 días - 15 días	>15 días	2,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,40
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita por médico especialista consulta externa (Neurocirugía)	<8 días	8 días - 11 días	>11 días	7,92	3,56	10,26	4,91	5,00	4,00	6,02	7,08	7,95	7,33	7,10
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita por médico especialista consulta externa (Ortopedia)	<14 días	14 días - 17 días	>17 días	10,38	2,48	6,91	7,58	6,79	9,86	9,99	13,51	13,67	11,30	9,46
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita por médico especialista consulta externa	<8 días	8 días - 11 días	>11 días	6,15	3,96	4,29	5,65	5,60	4,90	7,70	7,97	7,22	7,63	6,42
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita por médico especialista consulta externa	<10 días	10 días - 15 días	>15 días	5,95	3,19	5,96	6,21	6,43	5,28	8,38	10,45	8,50	6,29	6,67
Promedio de tiempo transcurrido para la realización de cirugía programada (Reemplazo de Cadera)	<20 días	20 días - 30 días	>30 días	3,75	0,00	0,00	3,67	3,25	2,00	2,33	5,00	3,00	0,00	3,32
Promedio de tiempo transcurrido para la realización de cirugía programada	<20 días	20 días - 30 días	>30 días	0,40	0,53	0,40	0,98	0,48	7,35	4,30	3,06	2,72	0,26	0,94
Proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento del consentimiento informado (Criterios clínicos)	>95%	90%-95%	<90%	89,14%	78,00%	81,67%	75,00%	87,50%	100,00%	86,67%	100,00%	100,00%	95,83%	88,47%
Proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento del consentimiento informado (Datos de identificación)	>95%	90%-95%	<90%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita para la realización de ayudas diagnósticas (Colonoscopia)	<5 días	5 días - 6 días	>6 días	11,79	6,35	4,96	1,20	4,85	3,07	4,80	4,40	3,54	3,49	4,72
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita para la realización de ayudas diagnósticas (Endoscopias)	<5 días	5 días - 6 días	>6 días	12,17	6,67	2,07	2,67	3,35	0,39	1,17	4,40	2,20	4,14	3,29
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita para la realización de ayudas diagnósticas (Holter de presión, Holter de arritmia, Pruebas de esfuerzo, Ecocardiograma Transesofágico, transtorácico y Stress)	<5 días	5 días - 6 días	>6 días	17,52	5,48	3,26	11,55	0,41	18,52	14,44	6,73	2,98	4,71	8,25
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita para la realización de ayudas diagnósticas (Radiología Intervencionista)	<7 días	7 días - 8 días	>8 días	5,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,26
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita para la realización de ayudas diagnósticas (Toma de estudio Imagenología Ambulatorios)	<2 días	2 días - 3 días	>3 días	0,64	0,85	0,58	0,33	1,70	0,28	0,62	0,90	0,67	0,80	0,56
Promedio de tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas intrahospitalarias de especialidades presenciales (Ginecología)	<3 horas	3 horas - 6 horas	>6 horas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Proporción de cancelación de procedimiento de cirugía (Causas Institucionales)	<1%	1%-3%	>3%	0,37%	0,74%	1,44%	0,79%	0,93%	3,95%	0,00%	0,29%	0,00%	0,00%	0,81%

Tabla No.1 Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



ANÁLISIS DE INDICADORES

Calidad en el diligenciamiento de consentimientos informados.

NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO
Proporción de consentimiento completa y correctamente diligenciados	>95% 90%-95% <90%	65,45%	62,00%	20,00%	56,67%	25,00%	93,33%	43,33%	42,11%	100,00%	75,00%	56,12%
Proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento del consentimiento informado (Calidad de registro)	>95% 90%-95% <90%	90,91%	83,00%	95,00%	76,67%	75,61%	100,00%	78,33%	100,00%	100,00%	91,67%	87,61%
Proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento del consentimiento informado (Firmas)	>95% 90%-95% <90%	98,18%	90,85%	100,00%	100,00%	97,62%	100,00%	93,33%	85,54%	96,36%	83,72%	93,60%
Proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento del consentimiento informado	>95% 90%-95% <90%	91,40%	91,88%	90,84%	93,12%	95,95%	98,05%	95,64%	98,13%	99,11%	93,87%	93,80%

Tabla No.2 Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de consentimiento completa y correctamente diligenciados: 75% Proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento del consentimiento informado (Calidad de registro): 91,6% Proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento del consentimiento informado (Criterios clínicos): 95,83% Proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento del consentimiento informado (Datos de identificación): 100% Proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento del consentimiento informado (Firmas):83,72% Proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento del consentimiento informado:93,87%
Brecha con la meta	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de consentimiento completa y correctamente diligenciados: 20% Proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento del consentimiento informado (Calidad de registro): 3,4% Proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento del consentimiento informado (Criterios clínicos): no se presenta brecha con la meta Proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento del consentimiento informado (Datos de identificación): no se presenta brecha con la meta Proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento del consentimiento informado (Firmas):11,28% Proporción de criterios cumplidos en el diligenciamiento del consentimiento informado:1,13%
Resultado comparativo con del año anterior en el mismo periodo de tiempo	No se cuenta diferencia con el año anterior por ausencia de esta información.
Estrategias implementadas	Realizando auditoria de historias clínicas de pacientes diagnosticados con neumonía adquirida en la comunidad, se toma consentimiento diligenciados en sus respectivas historias clínicas que se realizaron por: consentimiento de procedimientos a realizar por enfermería, acompañante permanente, traslado a UCI, procedimiento de cardiología no invasiva, toma de imágenes diagnosticas con uso de medio de contraste.
Motivos de la desviación	Los consentimientos realizados se realizan por talento humano diferente, desde médicos, auxiliares de enfermería y tecnólogos en radiología. En el caso del consentimiento de cardiología no invasiva, diligenciado por los médicos del servicio de urgencias, no se diligencia observaciones relacionadas con la toma de electrocardiograma, espacio que no se encuentra previamente diligenciado en la plantilla del conocimiento. En el consentimiento para toma de imagen con requerimiento de administración de medio de contraste, la firma por parte del tecnólogo de radiología se encuentra incompleto al no diligenciar la profesión de quien da la información al paciente, así mismo no se realiza firma por médico de turno que indica la toma del estudio.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	Finalmente, el consentimiento realizado para traslado a unidad de cuidados intensivos no se encuentra escaneado en historia clínica información relacionada con declaraciones, firmas, registros legibles (no hay registro manual escrito en el consentimiento) y se realiza el uso de siglas. Consentimiento a firmar por el servicio de enfermería, se realiza correspondiente reporte a coordinación de enfermería (CC 20525414).
Estrategias para mejorar o mantener indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización en los servicios con auxiliares de enfermería y tecnólogos de radiología sobre espacios a diligenciar en consentimiento informado, así como la responsabilidad implícita en el documento. • Refuerzo a los médicos generales en la importancia del diligenciamiento del consentimiento por su parte y no por terceros. Así como la importancia en realizar diligenciamiento completo del consentimiento. • Continuar con los formatos estandarizados para diligenciamiento de consentimiento informado. • Consideración de firma electrónica de consentimientos informados, así como se firman las historias clínicas a finalizarlas según el profesional para el caso puntual: auxiliares de enfermería y tecnólogo de radiología que realice el consentimiento informado.

ATENCIÓN AMBULATORIA

Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita para la realización de ayudas diagnósticas (Doppler y ecografías obstétricas o transvaginales y de próstata transrectal).

NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita para la realización de ayudas diagnósticas (Doppler)	<5 días 5 días - 7 días >7 días	2,50	0,00	1,05	2,07	0,95	0,57	6,35	0,67	12,60	13,60	4,38
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita para la realización de ayudas diagnósticas (Ecografías de Próstata Transrectal)	<5 días 5 días - 8 días >8 días	0,00	0,00	3,67	2,00	1,00	0,00	3,00	3,00	6,00	11,00	3,19
Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita para la realización de ayudas diagnósticas (Ecografías Obstétricas o Transvaginales)	<5 días 5 días - 8 días >8 días	3,23	0,28	1,53	1,29	0,32	0,24	7,08	1,88	11,55	11,05	3,91

Tabla No.3 Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores.

Indicador	Doppler, ecografías obstétricas o transvaginales y de próstata transrectal.
Meta sobresaliente del indicador	< 5 días
Resultado	13,6 días – 11 días – 11,05 días
Brecha con la meta	8,6 días – 6 días – 6 días
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza apertura incluso días domingos de acuerdo a disponibilidad de especialista. • Como estrategia operativa actual, se priorizan casos particulares que llegan directamente a recepción, con el fin de suplir la demanda adicional de ayudas diagnósticas el mismo día.
Motivos de la brecha	Se identifica un aumento significativo en la demanda de pacientes con órdenes médicas para este tipo de ayudas diagnósticas, lo cual ha generado una sobrecarga en la capacidad instalada actual. Adicionalmente, se presenta la ausencia del especialista encargado de realizar estos procedimientos en al menos dos días a la semana, lo que limita aún más la oferta disponible y afecta negativamente la oportunidad en la atención.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Se propone la extensión de las agendas mediante jornadas semanales adicionales y la asignación de franjas horarias diarias exclusivas para la realización de ecografías Doppler y ginecológicas. Esta estrategia se aplicará de acuerdo con el comportamiento de la demanda



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



- del servicio y la disponibilidad del especialista, con el fin de descongestionar la agenda regular y mejorar la oportunidad diagnóstica.
- Se reforzará la comunicación asertiva con los usuarios, garantizando que reciban instrucciones claras y completas sobre la preparación previa a los exámenes. Esta medida busca reducir la tasa de reprogramaciones por inasistencia o preparación inadecuada, optimizando así el uso eficiente de las citas disponibles.
 - Solicitar al Contact center realizar un monitoreo continuo de las agendas para reubicar pacientes que no confirman o cancelan con anticipación, optimizando el uso de los espacios disponibles y evitando tiempos ociosos.
 - Evaluar la posibilidad de vincular especialistas de respaldo como de ginecología para cubrir los procedimientos diagnósticos inherentes a su especialidad para mejorar los tiempos de oportunidad.

Oportunidad en asignación de citas servicios habilitados, menor a 2 días:



Meta sobresaliente del indicador	< 2 días
Resultado del periodo del indicador	2.6 días
Brecha con la meta	1,4 días respecto a la meta
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No se puede realizar análisis con año anterior por cambio comparativo de meta.
Estrategias implementadas	Se logra aumentar el tiempo de toma de ecografías, ya que anteriormente se manejaba horario en la tarde desde la 1:30pm, para el mes de Octubre se amplió a la 1:00 pm.
Motivos de la desviación	La desviación del indicador obedece al incremento en la demanda de ecografías ambulatorias y a la limitada disponibilidad de agenda del servicio, lo que impactó el tiempo promedio de asignación de citas.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Ampliación de la agenda en fin de semana: Se plantea la posibilidad con el especialista de ampliar agenda en fin de semana para el día sábado, ya que no se cuenta con amplia población para biopsias, ya sea asignando un sábado más para agenda de ecografías o complementar la agenda de biopsias con ecografías para hacer aprovechamiento del espacio. Canales de asignación: Se brinda información oportuna sobre los canales de asignación de citas incluidos el Contact center e incluso directamente con la clínica.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Oportunidad en asignación de citas servicios habilitados, menor a 5 días:

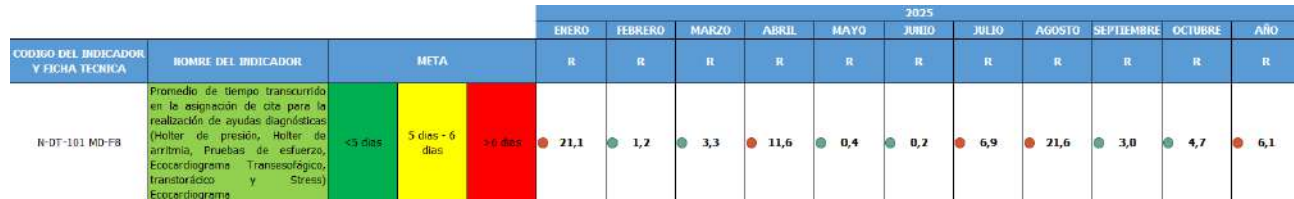


Tabla No 5 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	< 5 días
Resultado del periodo del indicador	Promedio de tiempo transcurrido en la asignación de cita para la realización de ayudas diagnósticas (Holter de presión, Holter de arritmia, Pruebas de esfuerzo, Ecocardiograma Transesofágico, transtorácico y Stress) Ecocardiograma
Brecha con la meta	1,1
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No se puede realizar análisis con año anterior por cambio comparativo de meta.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Instalación de Holter de arritmia y Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA): Instalación de dispositivos de lunes a viernes, 13 Holter de Arritmia y 9 Monitoreos de presión, fortaleciendo el servicio de diagnóstico ambulatorio. • Entrega de grabadoras Holter: El día 03 de Octubre de 2025, el área de Biomédica realizó la entrega de 1 grabadoras de Monitoreo de Presión, alcanzando un total de 10 dispositivos disponibles. • Incremento en la asignación de Ecocardiogramas Transtorácicos (Eco TT): Se amplió la oferta de Ecocardiogramas TT de 20 a 25 estudios los días martes y miércoles, optimizando la atención y reduciendo los tiempos de espera. • Realización de Ecocardiogramas Transesofágicos (Eco TE): Actualmente, los Eco TE se están realizando de manera regular los días martes y jueves, y Jornada continua los dos primeros sábados de cada mes garantizando continuidad en este servicio especializado.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • Alta demanda del servicio, especialmente en ecocardiogramas, que superó la capacidad instalada. • Reprogramaciones frecuentes de citas por inasistencia de usuarios o por mal preparación que impidieron la realización del estudio. • Procesos administrativos y autorizaciones externas, que generaron retrasos en la asignación o confirmación de citas.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>Ampliación progresiva de cobertura horaria: Se ha abierto una nueva jornada los días sábados, según la demanda del servicio y la disponibilidad del recurso humano, permitiendo así aumentar la capacidad de atención y reducir los tiempos de espera.</p> <p>Fortalecimiento de la comunicación con el paciente: Reforzar la entrega de instrucciones claras sobre la preparación previa a los exámenes, minimizando así la necesidad de reprogramaciones.</p>



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Proporción de pacientes con estancia mayor a 20 días

CODIGO DEL INDICADOR Y FICHA TECNICA	NOMBRE DEL INDICADOR	META	2025											
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO	
N-AH-551 MD-F	Proporción de pacientes con estancia mayor a 20 días	<2*100 2*100 - 4*100 > 4*100	2,88	2,39	2,62	2,79	1,91	2,89	1,92	1,64	2,99	3,08	2,52	

Tabla No6 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	< 2*100
Resultado del periodo del indicador	Para el año 2025 el resultado del indicador fue de 2,52
Brecha con la meta	0,52
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No se puede realizar análisis con año anterior por cambio comparativo de meta.
Estrategias implementadas	A lo largo del año, ha aumentado progresivamente la participación de pacientes de nueva EPS en este tipo de estancias, debido a la limitada capacidad de referencia de dicha entidad.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes con secuelas neurológicas Graves de diversas patologías o de origen traumático Pacientes adultos mayores Interposición de recursos legales que obligan a prolongar la estancia Pacientes con infecciones intrahospitalarias asociadas a larga estancia Múltiples comorbilidades con fuere asociación entre patología pulmonar y neurológica Pacientes victimas de accidente de tránsito que superan tope SOAT y pasan a EPS Con convenio o son autorizados por la misma, Pero que por la seriedad esas patologías presentan alto Riesgo de complicaciones, Infecciones asociadas al cuidado de la salud O patologías Altamente incapacitantes Que dificultan El que sean asumidos por su grupo familiar.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Intervención de la gestión de concurrencia en urgencias y estancias largas de piso y UCI Detección y reporte a trabajo social de pacientes con posible larga estancia por abandono, ubicación apartada para asignación de oxígenos y PHD. Retroalimentación a los profesionales para evitar que sea el paciente el que defina el egreso por causas distintas a las razones médicas Realización de intervenciones conjuntas con el área jurídica para los casos que requieran o que presenten recursos legales. Búsqueda y establecimientos de contactos Con las Eps cuyos usuarios tengan las estancias más largas.

Proporción de usuarios con prescripción pertinente de ayudas de laboratorio

CODIGO DEL INDICADOR Y FICHA TECNICA	NOMBRE DEL INDICADOR	META	2025											
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO	
N-DT-041 MD-F	Proporción De Usuarios Con Prescripción Pertinente De Ayudas De Laboratorio	> 95% 90-95% <90%	79,25%	88,64%	87,50%	90,48%	88,37%	84,21%	76,09%	90,00%	90,00%	87,50%	85,10%	

Tabla No7 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Meta sobresaliente del indicador	> 95%
Resultado del periodo del indicador	Para el año 2025 el resultado del indicador fue de 85,10%
Brecha con la meta	9,9%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No se puede realizar análisis con año anterior por cambio comparativo de meta.
Estrategias implementadas	Dentro de las mediciones realizadas hasta el tercer trimestre, se intervinieron hallazgos encontrados de forma incidental. Sin embargo, debido a que estos involucraban laboratorios de alto costo, la medición se centró en dichos estudios con el fin de realizar un seguimiento más detallado y una intervención más significativa sobre su pertinencia, buscando también abordar las causales de glosa. En este sentido, la principal intervención se enfocó en el Film Array.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> Se evidencia solicitud de toma de paquetes de laboratorios prequirúrgicos no congruentes con la clasificación esperable para usuarios pre quirúrgicos, con afectación principalmente de pacientes ortopedia (Ejemplo solicitud de paquetes pre quirúrgicos Para pacientes de riesgo cardiovascular en paciente menor de 30 años si antecedente Registrado). Solicitud en bloque de laboratorios principalmente de electrolitos en paciente UCI / Piso (Laboratorios que incluyen cuatro o más electrolitos en pacientes con alteraciones de sodio potasio, Solicitud de calcio iónico en pacientes sin Dx de enfermedad renal o de las glándulas paratiroides o sometidos a situaciones de hipoalbuminemia). Solicitud de Film Array Sin una interpretación rápida y Conducta dentro de las siguientes 2 horas posteriores a la toma. Solicitud de pruebas de embarazo, función renal y electrolitos en paciente SOAT sin indicación clara.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Realizar capacitación y sensibilización del personal médico, Alertas para Film Array si no se planifica interpretación dentro de las siguientes 2 horas, Validaciones automáticas para pruebas de embarazo o electrolitos en pacientes SOAT sin indicación registrada, Reconocer buenas prácticas y mejoras en la adherencia a protocolos.

Proporción de usuarios a los cuales se les realiza intervención coronaria percutánea (ICP) dentro de los 90 minutos siguientes al diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del ST

CODIGO DEL INDICADOR Y FICHA TECNICA	NOMBRE DEL INDICADOR	META	2025											
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO	
			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
N-DT-157 MD-N	Proporción de usuarios a los cuales se les realiza Intervención Coronaria Percutánea (ICP) dentro de los 90 minutos siguientes al diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con elevación del ST	>95% 90 - 95% <90%	6,45%	7,14%	8,00%	0,00%	11,11%	16,67%	22,73%	23,53%	27,27%	13,64%	11,76%	

Tabla No8 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	> 95%
Resultado del periodo del indicador	Para el año 2025 el resultado del indicador fue de 11,76%
Brecha con la meta	83,24%



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No se puede realizar análisis con año anterior por cambio comparativo de meta.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Desde referencia se ha procurado recibir los pacientes con situaciones Críticas en los días en que está disponible el servicio de Hemodinamia Y también se ha direccionado un mayor volumen de usuarios para esos días. Se realizó revisión de los tiempos transcurridos entre el diagnóstico de infarto o isquemia coronaria y la realización del cateterismo en la clínica Se ha incrementado la realización de procedimientos programados en Hemodinamia.
Motivos de la desviación	La proporción de pacientes ingresados a través del servicio de referencia es más alta para este tipo de nacientes, sin embargo, ingresaron trombolizados o con condición no Q aguda lo que permite diferir el cateterismo a menos que se presente reaparición de supra desnivel, o hasta la siguiente disponibilidad de Hemodinamia
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Fortalecer el seguimiento clínico desde auditoría concurrente de los pacientes con infarto, priorizando la atención oportuna en Hemodinamia, especialmente en aquellos con alteraciones del segmento ST, mediante alertas tempranas y coordinación multidisciplinaria.

Promedio de tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas intrahospitalarias de especialidades presenciales

CODIGO DEL INDICADOR Y FICHA TECNICA	NOMBRE DEL INDICADOR	META	2025											
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO	
N-CS-106 MD-F	Promedio de tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas intrahospitalarias de especialidades presenciales	<3 horas 3 horas - 6 horas >6 horas	4,0	5,8	5,7	7,3	4,8	4,5	6,3	6,3	6,2	7,0	5,9	

Tabla No9 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	< 3 Horas
Resultado del periodo del indicador	<ul style="list-style-type: none"> Anestesiología: Se presentó un incremento sustancial En el tiempo de respuesta interconsulta de anestesiología Debido a que se incorporó un nuevo grupo de anestesiólogos, que en la medida en que se fueron ajustando a los Procedimientos propios de la clínica mejoraron sustancialmente el indicador, Pero no lograron quedar en rango de cumplimiento sino de alerta. Cirugía general: Esta especialidad mostró Inicialmente un indicador que se encontraba en rango de alerta pero que fue mejorando a lo largo del año hasta cumplir con la meta Y mantenerse en ella, Aunque en el límite superior del valor. Intensivista: Con relación a este tipo de interconsultas primero se Evidenciaron dificultades para poder registrar adecuadamente la respuesta interconsulta ya que no todos los especialistas de la unidad eran intensivistas, Sin embargo, con la con la inclusión de médicos familiares Se redujo sustancialmente este tipo de interconsultas, quedando limitadas a algunos casos en el área de hospitalización Que aún presentan Dificultad para ser respondidos. Medicina familiar y medicina de urgencias: Center consulta por especialidades nueva en el Grupo de especialidades Presenciales y fue necesario definir una ruta especial ya que al ser el servicio que apoya al área de urgencias Tenía que abarcar dos especialidades que era medicina de urgencias y medicina familiar, Una vez que se ha definido la ruta se ha logrado obtener una mejoría gradual del indicador Con un incremento en el número de interconsultas Aunque aún se encuentra en rango de alerta.
Brecha con la meta	2,9



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No se puede realizar análisis con año anterior por cambio comparativo de meta.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Priorización de las interconsultas según nivel de urgencia clínica, con énfasis en los casos de mayor complejidad. • Seguimiento activo desde auditoría concurrente a las interconsultas pendientes, con escalamiento oportuno cuando se identifiquen retrasos. • Fortalecimiento de la comunicación entre los servicios asistenciales y el equipo de especialistas para agilizar la respuesta. • Optimización de la programación del especialista, ajustando agendas según la demanda del servicio. • Monitoreo periódico de los tiempos de respuesta de interconsultas para identificar oportunidades de mejora.
Motivos de la desviación	La desviación se presentó debido a la demora en la respuesta de la interconsulta, asociada a la alta demanda del servicio y a la disponibilidad limitada del especialista.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Auditorias concurrentes contantes en los servicios y acompañamiento a las especialidades médicas, quirúrgicas y servicios de apoyo. • Búsqueda activa de casos a priorizar en los servicios por parte de las especialidades, así como comunicación directa con médicos hospitalarios y especialistas. • Seguimiento del indicador y retroalimentación a cada especialidad

Promedio de tiempo transcurrido para la atención del paciente clasificado como TRIAGE 2

CODIGO DEL INDICADOR Y FICHA TECNICA	NOMBRE DEL INDICADOR	META	2023											
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO	
N-AU-638 MD-F	Promedio de tiempo transcurrido para la atención del paciente clasificado como triage 2	<20 minutos 20-30 Minutos >30 minutos	16,6	18,1	18,8	24,1	20,5	23,2	24,7	20,2	17,8	16,8	20,3	

Tabla No10 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	< 20 Minutos
Resultado del periodo del indicador	Se realizó un balance entre la oferta y la demanda que se tiene De pacientes entre AG dos y se evidenció que no hubo un incremento explicativo con respecto al año anterior sin embargo si se evidenciaron intervalos en que el tiempo de respuesta se presentó por encima de la meta esperada que coinciden con Picos en volumen de pacientes para triage 3, Con lo que se evidenció Que el incumplimiento estaba dado por la distribución en la atención para este tipo de pacientes que debe ser priorizada
Brecha con la meta	0,3
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No se puede realizar análisis con año anterior por cambio comparativo de meta.
Estrategias implementadas	Con las anteriores medidas se logró que para el mes Octubre se cumpliera con la meta del indicador pero el promedio del año quedó por encima de la meta Debido a los meses en que el indicador no presentó cumplimiento.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de personal médico faltante, Pues las renuncias generaron una alta rotación de personal. • Atención del Triage de 2 priorizado Para todos los pacientes, pero principalmente para Víctimas de accidentes de tránsito Ya que presentan potencialmente una Mayor probabilidad de lesiones graves



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a Triage II realizado por médicos especialistas (Medicina Familiar o urgenciología) • Apoyo Al equipo con el médico familiarista para lograr Menores tiempos de atención en todos los indicadores de urgencias.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación y designación de funciones de médico familiar y Urgenciólogo para Triage 1 y apoyo al triage 2 • Mantener el médico designado para realización de triage y adherencia a cumplimiento de triage consulta en casos especiales. • Mantener la priorización para el paciente SOAT, que establece parámetros muy bien definidos en tiempo para la valoración del paciente que ingresa por accidente de tránsito con triage 2 Cubrir los faltantes de médicos en el servicio de urgencias.

Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de las guías de práctica clínica

CODIGO DEL INDICADOR Y FICHA TECNICA	NOMBRE DEL INDICADOR	META	2023				AÑO
			PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	
N-CS-118 MD-F	Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de las guías de prácticas clínicas	>95% 90 - 95% <90%	93,00%	92,73%	93,90%	89,93%	92,77%

Tabla No11 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	Se hizo especial énfasis en las guías relacionadas con temas de salud pública, dado que estas se encuentran adoptadas mediante resolución de obligatorio cumplimiento y responden a planes de mejora establecidos con entes de control, como resultado de procesos de investigación derivados de los hallazgos de dichas entidades.
Brecha con la meta	2,23%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No se puede realizar análisis con año anterior por cambio comparativo de meta.
Estrategias implementadas	Se realizó seguimiento a guías de salud pública de las que se difundieron Mussifichas (Dengue, fiebre amarilla, tuberculosis).
Motivos de la desviación	Se encontraron dificultades con el establecimiento de adecuados intervalos de control, Cumplimiento de algoritmos diagnósticos, Definiciones de conducta en especial relacionadas con pacientes con cuadro severo de la enfermedad y Empleo sistemático de escalas de valoración.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Estas situaciones fueron intervenidas, pero para el último trimestre ya se contaba con la herramienta C Pocket que redefinió La evaluación de guías y hallazgos con la nueva metodología.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



ATENCIÓN EN INTERNACIÓN

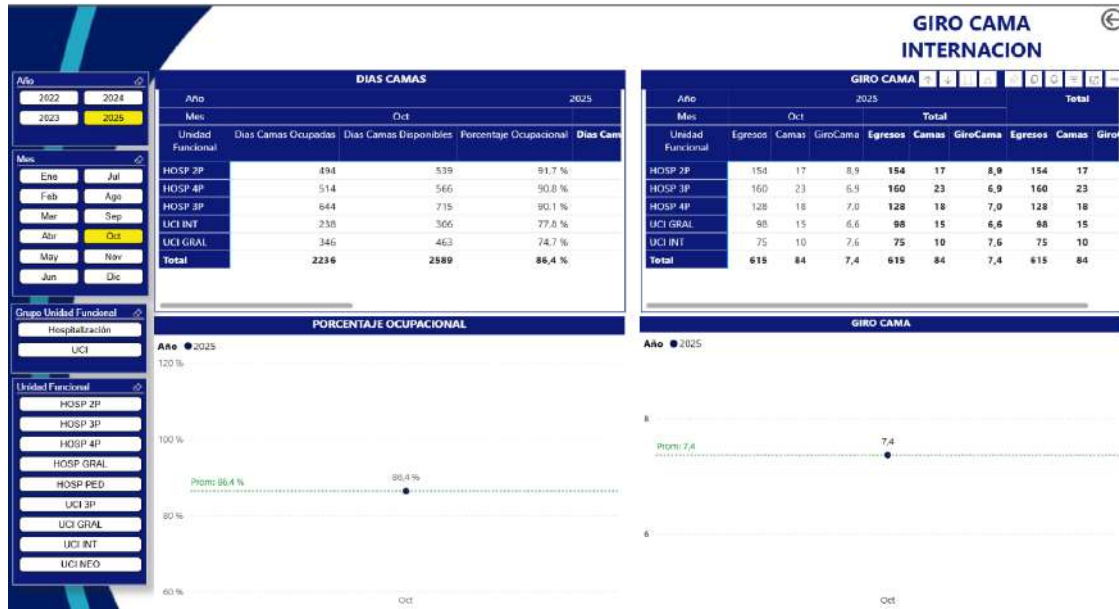


Grafico No.1 Fuente Vista Power Bi.

Para el mes de octubre se evidencia una ocupación del servicio de internación del 87%, con un promedio para la Unidad de Cuidado Intensivo del 76% y de hospitalización del 93%, con un giro cama en UCI de 7 en metas con el indicador, y para hospitalización como ya fue analizado al inicio de este documento con resultado aceptable.

A continuación, se realiza el análisis del indicador de:

Promedio de Ocupación en el Servicio de Unidad de Cuidado Intensivo

DIAS CAMAS					
Año	2025				
Mes	Total				
Unidad Funcional	Disponibles	Porcentaje Ocupacional	Dias Camas Ocupadas	Dias Camas Disponibles	Porcentaje Ocupacional
UCI INT	306	77,8 %	238	306	77,8 %
UCI GRAL	463	74,7 %	346	463	74,7 %
Total	769	75,9 %	584	769	75,9 %

Grafico No.2 Fuente Vista Power Bi.

De acuerdo a la disponibilidad de 25 camas en la Unidad de Cuidado Intensivo de Clínica Medifaca IPS, de las cuales 16 son intensivos y 9 intermedios, se realiza cálculo de ocupación de manera corregida el cual arroja resultado del 76% de ocupación para el mes de octubre, con un incumplimiento de meta, según indicador (82%).



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentación a la agremiación acerca de los hallazgos de auditoría relacionados con demoras en la definición del paciente y generadores de estancia inactiva, por parte del auditor médico que valida concurrencia. • Implementación de médico coordinador de UCI. • Socialización de indicadores del servicio con la agremiación a cargo. • Socialización del manual de criterios de ingreso a las unidades de cuidados intensivos e intermedios. • Implementación de médico especialista en urgencias las 24 horas, que permita mejorar la resolutivez oportuna de paciente críticos.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • Demoras en las autorizaciones para consecución de sub especialidades por parte de las EAPB. • Incremento en la complejidad de los pacientes que son admitidos en la unidad de cuidado intensivo. • Baja recepción de pacientes y estricto cumplimiento de ocupación sobre capacidad instalada por visita de secretaría de salud departamental.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en la oferta de servicios tanto diagnósticos como de especialidades. • Mantener una socialización constante a los médicos especialistas, médicos generales y personal de enfermería acerca de los criterios de ingreso, egreso y estancia en UCI con explicación de las herramientas que tiene Índigo para la asignación correcta de estancias y la alerta para la gestión oportuna. • Socializar con los profesionales a cargo de las unidades sobre los motivos de glosa por estancias inactivas; realizando una revisión semanal de los casos de larga estancia con grupo de trabajo de dirección médica con generación de estrategias en conjunto para optimizar las estancias y mantenerlas ajustadas a las condiciones de los pacientes.

Promedio de tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas intrahospitalarias de especialidades presenciales

NOMBRE DEL INDICADOR	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO
Promedio de tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas intrahospitalarias de especialidades presenciales (Anestesiología)	<3 horas 3 horas - 6 horas >6 horas	4,68	6,59	6,59	10,69	4,98	5,18	6,46	9,35	9,21	9,83	7,33
Promedio de tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas intrahospitalarias de especialidades presenciales (Cirugía general)	<3 horas 3 horas - 6 horas >6 horas	2,95	2,71	3,03	3,19	3,05	2,80	2,69	3,00	3,06	3,75	3,04
Promedio de tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas intrahospitalarias de especialidades presenciales (Intensivista)	<3 horas 3 horas - 6 horas >6 horas	14,50	13,33	25,50	18,20	65,50	31,00	20,95	16,00	31,00	18,67	25,15
Promedio de tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas intrahospitalarias de especialidades presenciales medicina de urgencias	<2 horas 3 horas - 6 horas >6 horas	28,00	13,89	7,32	1,43	2,30	3,43	2,51	3,33	3,30	6,82	4,40

Tabla No.13 Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

Meta sobresaliente del indicador	< 3 horas: Anestesiología, intensivista, cirugía general.	< 2 horas: Medicina de urgencias.
Resultado	7,03 horas (promedio)	6,82 horas
Brecha con la meta	4,03 horas	4,82 horas
Motivos de la desviación	Se discrimina por especialidades para evaluar las especialidades presenciales en el mes de octubre encontrando: <ul style="list-style-type: none"> • Anestesiología: la respuesta interconsultas esta en 9,8 horas el cual se ha mantenido en un estándar con respecto a agosto con 9,3 horas y septiembre con 9,2 horas. El 	



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



resultado de octubre es el mes en que más se ha prolongado la oportunidad de las interconsultas.

- **Cirugía general:** la respuesta interconsultas está en 3,7 horas, siendo el peor mes del año en oportunidad de respuesta a interconsultas.
- **Intensivista:** la respuesta de interconsultas esta en 18,6 horas que si bien ha mejorado con respecto a los dos meses anteriores, aun presenta con tiempo de respuesta fuera de meta para lo critico que es el servicio y la necesidad de respuesta oportuna frente a paciente crítico que son sus pacientes objetivo.
- **Medicina de urgencias:** la respuesta interconsultas esta en 6,82 horas con una variación significativa con respecto a los meses anteriores desde abril donde tenía tendencia al aumento y era el único mes que se encontraba en meta. Esta especialidad al tener en consideración la oportunidad generada por medicina familiar y medicina de urgencias, se encuentra que los médicos familiares cumplen con la meta de respuesta de interconsulta en menos de 3 horas y médicos urgenciólogos se encuentran por fuera de la meta con un promedio de 6 horas.

Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Solicitar ajuste de ficha técnica del indicador y del tablero de los indicadores según especialidades presenciales y no presenciales, para unificar de forma objetiva cada una de estas metas propuestas.
- Acompañamiento diario de concurrencia a la respuesta de interconsultas, con generación temprana de alertas y casos con requerimiento de manejo en unidades de cuidado crítico
- Comunicación bidireccional con las especialidades para evaluación de casos críticos o con valoración pendiente por la especialidad
- Notificación constante generada por enfermería de valoraciones pendientes por medio de grupos informativos y revistas médicas.
- Seguimiento del indicador y retroalimentación a cada especialidad.

Promedio del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas intrahospitalarias de especialidades no presenciales

Promedio del tiempo transcurrido para respuesta a interconsultas intrahospitalarias de especialidades no presenciales

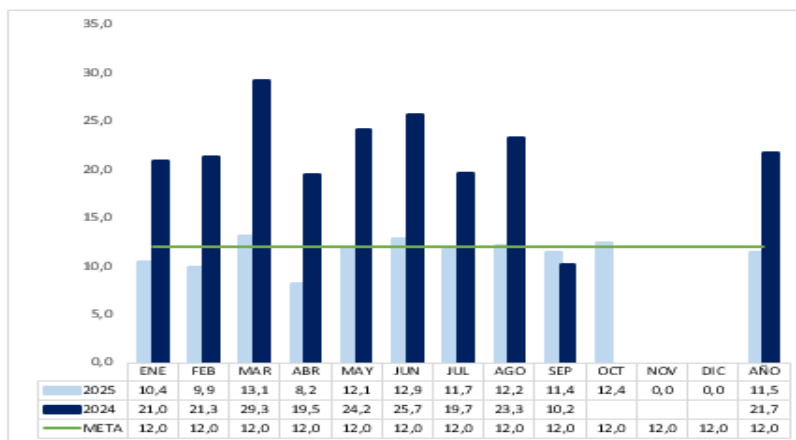


Gráfico No.3 Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Meta sobresaliente del indicador	<12 horas.
Resultado del periodo del indicador	Octubre 12.4 horas.
Brecha con la meta	No se cuenta con brecha en la evaluación del indicador
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Septiembre 2024: 10.4 horas Septiembre 2025: 11.4 horas. 3er trimestre 2024:10.6 horas 3er trimestre 2025: 11.8 horas
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • Las especialidades no presenciales son cardiología, ortopedia, medicina interna, neurocirugía, nutrición, psicología y trabajo social. • A la fecha no se cuenta con servicio de ginecología. • Cardiología: la respuesta interconsultas está en 20,4 horas que ha empeorado con respecto a los meses anteriores donde se ha presentado un aumento desde el mes de mayo de 2025. Siendo Marzo el mes con tiempo más prolongado en las respuestas de interconsultas. • Medicina interna: la respuesta de interconsultas esta en 8,85 horas que ha empeorado con respecto al mes anterior que fue 8.16 horas. • Neurocirugía: la respuesta interconsultas esta en 12,5 horas que ha empeorado con respecto a los meses anteriores, teniendo un tiempo similar para el mes de agosto • Nutrición: la respuesta interconsultas esta en 8,3 horas que ha empeorado con respecto al mes inmediatamente anterior. • Ortopedia: la respuesta interconsultas esta en 9 horas que ha empeorado con el mes inmediatamente anterior. • Psicología: la respuesta interconsultas esta en 12,4 horas que ha empeorado con respecto al mes inmediatamente anterior. • Trabajo social: la respuesta interconsultas esta en 17,5 horas que ha empeorado con respecto al mes inmediatamente anterior. • Especialidades presenciales: el promedio de la repuseta de estas interconsultas se encuentra en 7,03 horas lo que ha empeorado con respecto a los dos meses anteriores • Cirugía maxilofacial: la respuesta de interconsultas esta en 12,4 horas que ha mejorado con respecto a los dos meses anteriores. • Las especialidades que se encuentran dentro de un rango aceptable de respuesta de interconsulta (12 a 24 horas) son: cardiología, cirugía cardiovascular, cirugía vascular, infectología y neurología. • Se ha alargado el tiempo de respuesta de interconsultas de anestesiología, cardiología, medicina de urgencias en especial de médicos urgenciólogos, neurocirugía, nutrición, ortopedia, psicología, trabajo social. • Mejora los tiempos pese a que continua fuera de meta de intensivista, medicina interna y cirugía maxilofacial. •



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Estrategias para mejorar o mantener el indicador

- Auditorias concurrentes contantes en los servicios y acompañamiento a las especialidades médicas, quirúrgicas y servicios de apoyo.
- Búsqueda activa de casos a priorizar en los servicios por parte de las especialidades, así como comunicación directa con médicos hospitalarios y especialistas.
- Acompañamiento a servicios de apoyo con alertas tempranas para valoración oportuna de los pacientes, así como identificación de factores de riesgo individuales de los pacientes.
- Comunicación abierta y continua desde dirección médica con coordinadores de las SAS frente a puntos de mejora en la atención, diligenciamiento de historia clínica, evidencia de casos críticos y gestión oportuna de las partes.
- Notificación constante generada por enfermería de valoraciones pendientes por medio de grupos informativos y revistas médicas.
- Seguimiento del indicador y retroalimentación a cada especialidad.
- Apoyo constante de medicina familiar y urgencias a especialidades no presenciales en horarios en que no se encuentren para dar respuesta oportuna de las necesidades de los pacientes.

Índice de rotación giro cama hospitalización

Índice de Rotación -Giro Cama (Hospitalización)

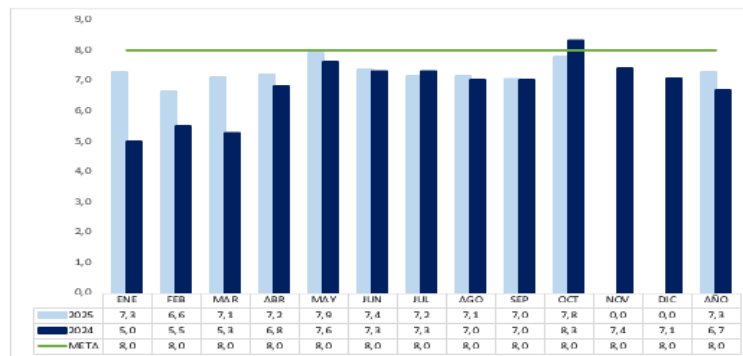
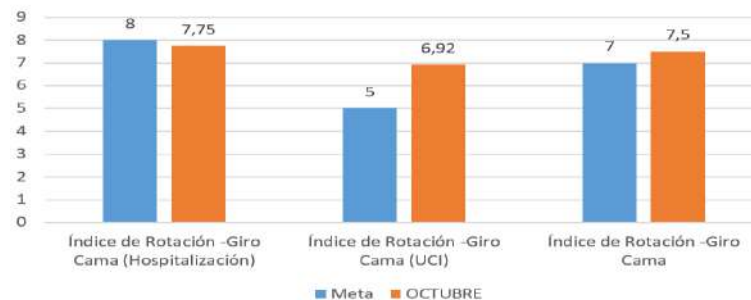


Gráfico No.4 Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

Giro cama Octubre 2025



Gráfica No. 5 Fuente: Propia.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Meta sobresaliente del indicador	Hospitalización >8 pacientes/cama (p/c)	UCI >5 pacientes/cama (p/c)	Total >7 pacientes/cama (p/c)
Resultado del periodo del indicador	7,75 p/c	6,92 p/c	7,5 p/c
Brecha con la meta	0,25 p/c	No se presenta brecha con la meta	0,5 p/c
Resultado comparativo con del año anterior en el mismo periodo de tiempo	Octubre 2024: 8,3p/c Octubre 2025: 7,75p/c	Octubre 2024: 4,3p/c Octubre 2025: 6,92p/c	Octubre 2024: sin información Octubre 2025: 7,5p/c
Estrategias implementadas	<p>Las estrategias implementadas desde auditoria frente al giro cama tanto de hospitalización como en UCI de:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se dio apoyo a la solicitud de ordenes ambulatorias que requirieran autorización o procesos adicionales para atención en casa como: <ul style="list-style-type: none"> Antibioticoterapia en casa Oxigeno domiciliario Terapia física en casa por Barthel disminuido Unidad de cuidados crónicos La vista creada para la evaluación de las ordenes previas (IND_AD_HC_Ordenes_Medicas_PHD) se encuentra actualmente fuera de servicio por la transición a Medilaser. Los pacientes que requirieron remisiones ya fuera por agotamiento de tarifa SOAT con segunda línea de pago sin convenio con la institución o requerimiento de especialidades no habilitadas en la clínica Comunicación con referentes de EPS para solución de necesidades administrativas de los pacientes, tales como Famisanar EPS, Nueva EPS, Salud total, FOMAG. Búsqueda activa de autorizaciones frente a la ya solicitud de la boleta quirúrgica con gestión desde enfermería y salida y seguimiento para con las aseguradoras. Evaluación de casos en conjunto con especialidades clínicas o quirúrgicas, así como con médico especialista de la unidad, haciendo énfasis en las estancias prolongadas. 		
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> Estado clínico del paciente que no permite egreso pronto. Administración de medicación a deshoras que alarga el tiempo de estancia al cumplir un mínimo de tiempo para administración de medicamentos. Vivienda del paciente en área rural que no tiene cobertura por la IPS que distribuye antibioticoterapia en casa, oxigeno domiciliario. <p>No respuesta oportuna de las EPS principalmente PHD de Nueva EPS o requerimiento de oxigeno domiciliario postraumático en paciente con cobertura SOAT vigente</p>		



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Dentro de estancias puntuales de pacientes que afectaron el giro cama se presentaron los siguientes casos.

ID	Revisión del caso	Motivo
20957590	Íleo posquirúrgico prolongado y refractario a manejos	Enterorresonancia – remisión
22903602	Nódulo pulmonar con proceso infiltrativo y derrame pleural bilateral a repetición	Cirugía de tórax - remisión
79002803	Tumor en fosa posterior con indicación de intervención quirúrgica	Neuronavegador – autorización y remisión
35525407	Derrame pleural bilateral tipo transudado, sospecha de masa pancreática, POP laparotomía exploratoria extrainstitucional, síndrome de intolerancia a la vía oral	Ecoendoscopia biliopancreática – remisión a cirugía hepatobiliar

Estrategias para mejorar o mantener indicador

- Continuar con la comunicación continua entre auditoría y los servicios para implementación de estrategias previamente comentadas.
- Implementación de vista IND_AD_HC_Ordenes_Medicas_PHD en sucursal Facatativá de Medilaser para dar continuidad al seguimiento de las ordenes sobre antibióticos en casa, oxígeno domiciliario, terapia física en casa por Barthel disminuido, unidad de cuidados crónicos.
- Fortalecimiento en descripción de procesos de radiología intervencionista como toracentesis o paracentesis para programación oportuna y realización de procedimientos sin demoras.
- Socialización de resultados con el personal asistencia y los especialistas relacionados a las SAS para sensibilizar sobre la importancia de tener un mejor valor frente al giro cama.

GESTIÓN DE SERVICIOS FARMACEUTICOS

Índice de problemas relacionados con tecnologías en salud (Medicamentos)

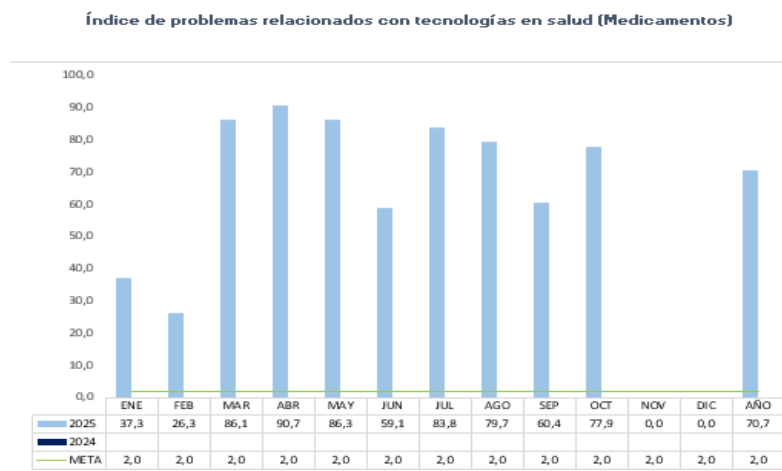


Gráfico No.6 Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Meta sobresaliente del indicador	< 2 * 1000
Resultado	77,9
Brecha con la meta	76,9 * 1000
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento y acompañamiento con el personal médico y de enfermería para fomentar la cultura del reporte a través de Indigo. • Capacitación sobre Eventos Adversos e incidentes al momento del ingreso a la clínica. • Retroalimentación individualizada con el colaborador que se identifica como no reportante. • Revisión de medicamentos trazadores semanalmente desde la realización de los pedidos a almacén. • Retroalimentación constante con el personal auxiliar de farmacia en relación con los sucesos de seguridad susceptibles de reporte.
Motivos de la brecha	<p>El incumplimiento del indicador se debe a que más de dos pacientes, en relación con los ingresos del periodo, presentaron incidentes asociados al uso de medicamentos y dispositivos médicos.</p> <p>Entre las principales causas identificadas se encuentra el alto número de reportes relacionados con la no disponibilidad de medicamentos, especialmente aquellos vinculados a conciliaciones medicamentosas de productos no incluidos en el listado institucional de medicamentos y dispositivos médicos y las custodias no son informadas de manera oportuna por el personal de enfermería.</p> <p>Asimismo, se evidenciaron reportes asociados a errores en la prescripción médica, tales como frecuencia de administración, dosis y cantidades. Además, los reportes de calidad aumentaron debido a que la mayoría correspondieron a incidentes con dispositivos médicos, los cuales ya fueron reportados al proveedor para su respectiva evaluación.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar seguimiento periódico desde la coordinación o líderes de servicios de las custodias para garantizar notificación. • Fortalecer con el personal médico la realización correcta y oportuna de los formatos de control de antimicrobianos. • Verificar la pertinencia de pedidos para 4 meses en la tabletería.

ATENCIÓN EN URGENCIAS



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Indicadores de Gestión y Productividad



Gráfico No.7 Fuente indicadores Urgencias Power Bi.

En la gráfica se observa el comportamiento del servicio de urgencias de manera general, en donde se encuentra una tendencia al aumento de las consultas de triage II, permitiendo priorizarse este tipo de clasificación, con respecto al promedio del año, lo que se relaciona a un aumento de la demanda general de las consultas en la institución y prolonga el tiempo de la atención pese a la aplicación de estrategias. A su vez los ingresos de triage 4 y 5 han disminuido a lo largo del año, como también se mantiene la proporción de mayor ingreso de población femenina que masculina.

Es importante mencionar que los días de mayor frecuencia en el servicio de triage y consulta son lunes y viernes seguidos del resto de días de semana, y en último lugar los sábados y domingos respectivamente, que las horas pico también han mantenido una constante desde las 7am hasta las 5pm, por lo cual se han creado estrategias de apoyo diurnos que garantizan una mayor dinámica y atención en el servicio.

Frente a los indicadores del servicio se evidencia una mejora significativa del indicador de atención de triage 2 y esto se debe a razones de seguimiento estricto por parte de auditoría médica, como también el ingreso de personal en los faltantes que se encontraban para el primer semestre de 2025, así mismo, con el seguimiento que se viene realizando a los especialistas de urgencias, en el que su liderazgo y metodología de trabajo se hace vital para redistribuir funciones según competencias, y habilidades con el personal médico general.

INDICE DE CODIGOS AZULES



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



NOMBRE DEL INDICADOR	META			PERIODICIDAD	1er TRIMESTRE	2 do TRIMESTRE	3er TRIMESTRE	4to TRIMESTRE	AÑO
	< 1 Relación por 1000 egresos	1-2 x Relación por 1000 egresos	> 2 Relación por 1000 egresos		R	R	R	R	R
Índice de códigos azules	< 1 Relación por 1000 egresos	1-2 x Relación por 1000 egresos	> 2 Relación por 1000 egresos	Trimestral	● 38,75	● 39,22	● 2,80	● 13,96	● 9,18

Tabla No14 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	< 1 Relación por 1000 egresos
Resultado del periodo del indicador	9,18%
Brecha con la meta	%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No se puede realizar análisis con año anterior por cambio comparativo de meta.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación periódica al personal asistencial en el reconocimiento temprano del deterioro clínico y activación oportuna del Código Azul. Socialización y refuerzo del protocolo institucional para la atención de paro cardiorrespiratorio. Conformación y disponibilidad permanente del equipo de respuesta rápida, garantizando tiempos adecuados de atención. Seguimiento y análisis de cada evento de Código Azul mediante comités de seguridad del paciente, con identificación de oportunidades de mejora. Verificación periódica del funcionamiento y disponibilidad de equipos de reanimación y carros de paro. Implementación de acciones de mejora derivadas del análisis de eventos, orientadas a la prevención de recurrencias.
Motivos de la desviación	<p>Factores asistenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Retraso en la identificación temprana del deterioro clínico. Fallas en la monitorización continua de pacientes de alto riesgo. Escasa adherencia a protocolos de valoración de signos de alarma. Factores organizacionales: Sobrecarga de trabajo en personal de enfermería/médico. Déficit de capacitación en detección y manejo inicial de deterioro clínico. Carencia o fallas en equipos de monitorización. <p>Factores del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Complejidad y severidad de los casos ingresados (pacientes críticos, comorbilidades). Incremento en el volumen de egresos con riesgo alto.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Reforzar la vigilancia de pacientes de alto riesgo con monitorización continua. Capacitación y adherencia a protocolos: Realizar entrenamiento periódico en identificación y manejo del deterioro clínico. Simulacros de código azul para mejorar tiempos de respuesta. Asegurar cumplimiento de protocolos de valoración inicial en cada turno. Seguimiento y control: Implementar un comité de análisis de códigos azules para estudiar cada caso e identificar causas evitables.

Proporción de códigos azules con resultado satisfactorio hospitalización y urgencias


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



NOMBRE DEL INDICADOR	META			PERIODICIDAD	1er TRIMESTRE	2 do TRIMESTRE	3er TRIMESTRE	4to TRIMESTRE	AÑO
					R	R	R	R	R
Proporción de códigos azules con resultado satisfactorio Hospitalización y Urgencias	>80%	70% - 80%	<70%	Trimestral	● 57,14%	● 75,00%	● 68,75%	● 28,57%	● 62,50%

Tabla No15 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	> 80%
Resultado del periodo del indicador	62.5%
Brecha con la meta	17.5%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No se puede realizar análisis con año anterior por cambio comparativo de meta.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación periódica del personal asistencial en reconocimiento temprano del deterioro clínico y activación oportuna del Código Azul. • Refuerzo del protocolo institucional de atención de paro cardiorrespiratorio y socialización de su correcta aplicación. • Garantía de disponibilidad y preparación permanente del equipo de respuesta rápida en Hospitalización y Urgencias.
Motivos de la desviación	<p>Reconocimiento tardío del deterioro clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> • El personal no identifica signos de alarma como cambios en la frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno o nivel de conciencia. <p>Factores clínicos del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta gravedad de los pacientes en urgencias: comorbilidades severas, múltiples fallos orgánicos, condiciones irreversibles con las que puede llegar el paciente. • Algunos eventos son esperados o no recuperables
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar la efectividad de los códigos azules por encima del 80%, reducir los eventos prevenibles y fortalecer la respuesta rápida ante emergencias en áreas no críticas. • Capacitar al personal en signos de deterioro clínico. • Cursos periódicos de RCP básica y avanzada (BLS/ACLS). Simulacros de código azul en los servicios.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



ATENCIÓN QUIRÚRGICA.

➤ NUMERO DE CIRUGÍAS.



Gráfico No.8 Fuente Vista Power Bi.

Se evidencia un aumento positivo del número de cirugías para el mes de octubre de 2025, tanto para programa ambulatorio como intrahospitalario, en las que se destaca de manera general la especialidad de ortopedia, seguido de urología y cirugía general, como el tipo de procedimiento por laparoscopia.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



➤ **CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS.**

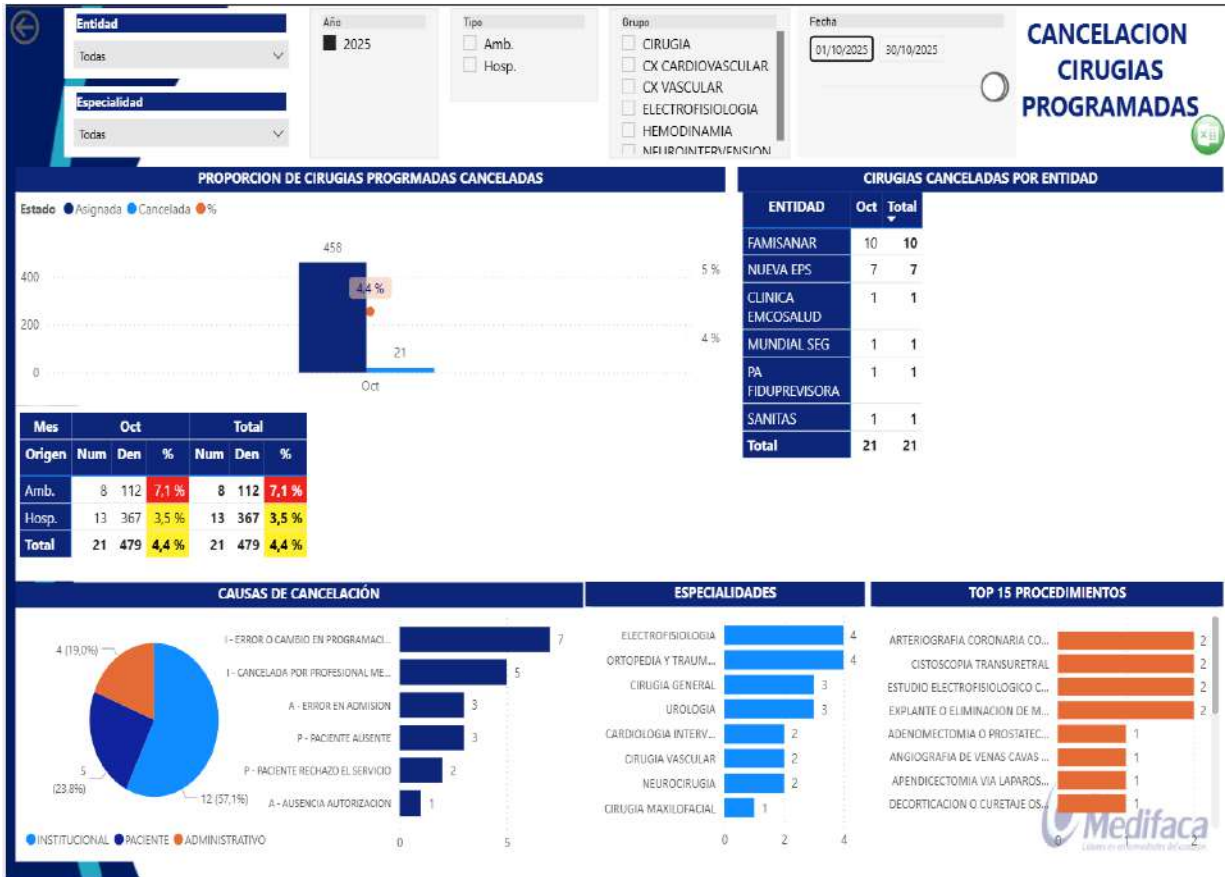


Grafico No.09 Fuente Vista Power Bi.

Frente al indicador de cancelación de cirugías, se evidencia un aumento, en especial en el ambulatorio, que al detallar son pacientes que no asisten a pesar de realizar recordatorio un día antes del procedimiento o que presentan sintomatología que no les permite continuar con el proceso quirúrgico, sin embargo, se evidencia un error en la programación que aumenta este resultado en especial en contexto ambulatorio.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Designación de profesional gestor de salas para coordinar los diferentes subprocesos agilizando el giro de pacientes en salas de cirugía. • Realización de jornadas quirúrgicas de especialidades en días no hábiles para optimizar el uso de la sala y mejorar la oportunidad de programación de cirugía. • Contratación de especialidades como gastroenterología que permite aumentar la resolutivez de pacientes.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • No comunicación y preparación adecuada de pacientes, con tiempos razonables de intervención. • Complicación intraoperatoria de pacientes programados que alargan tiempos y al finalizar jornada diurna limitan por cirugías urgenciadas por especialidades como cirugía general o neurocirugía, lo cual limita a continuar el plan quirúrgico dado que se cuenta solo con un equipo quirúrgico en la noche. • No se ha logrado que servicios como ortopedia inicien procedimientos en una misma franja horaria lo que en ocasiones produce acumulo de pacientes en jornada tarde.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Exigencia al cumplimiento de horarios en salas de cirugía por parte de especialistas y cumplimiento a las labores del personal de enfermería a través del empoderamiento del rol del gestor de salas de cirugía. • Es importante crear franjas horarias de especialidades para que se dé mejor oportunidad y se eviten cancelaciones por no disponibilidad de equipos con el fluoroscopio lo cual limita al top 3 de cirugías como urología, ortopedia, cirugía general y en ocasiones a neurocirugía y gastroenterología. • Mejorar la productividad del servicio de salas de cirugía mediante el aprovechamiento de los turnos nocturnos y días no hábiles. • Apertura de convenios con EAPB y otras entidades durante el 2025 que permita aumentar la demanda de pacientes que requieren procedimientos quirúrgicos. • Generar ampliación del portafolio de servicio con algunas especialidades como cirugía de cabeza y cuello, cirugía vascular, ginecología. • Aumento del número de equipos quirúrgicos a 3 para aprovechar todas las salas en momentos pico de demanda de servicios en algunos turnos. • Capacitación trimestral y el abordaje directo con gestora de salas, junto con la líder de enfermería de consulta externa o en su defecto la auxiliar que realiza esta actividad.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



➤ **INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**



Gráfica No.10 Fuente Power Bi.

Meta sobresaliente del indicador	>7 procedimientos por mes.
Resultado del periodo del indicador	Octubre 2025: 7 procedimientos.
Brecha con la meta	Cumplimiento de meta. Resultados con tendencia positiva, gracias a la constitución del equipo quirúrgico.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	NA
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • La especialidad de cirugía cardiovascular cuenta con jefe líder para control y seguimiento de pacientes candidatos o intervenidos por el servicio. • Captación de pacientes en jornadas de Hemodinamia y electrofisiología; al igual que en el servicio de urgencias que corresponde a aquellos pacientes con algún tipo de patología cardiovascular. • Captación de pacientes para cirugía cardiovascular mediante el servicio de referencia y contra referencia en alianza con clínica centenario, Hospital cardiovascular y Clínica Avidanti. • Aumento en los direccionamientos de algunas EAPB como Nueva Eps.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes de alta complejidad que no cumplen los requisitos fisiológicos para ser llevados a cirugía, por lo cual algunos candidatos son derivados a mejorar las condiciones con intervención de cardiología, y nutrición a fin de captarlos en meses



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	<p>próximos y llevar a procedimiento, pero que previamente son llevados a juntas medicas de manera integral, donde también se hace captación por parte del servicio de cardiología a fin de recuperación funcional y cardiaca de paciente en semanas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en la consecución de insumos, por desabastecimiento en su gran mayoría, por lo cual se aumentan tiempos de intervención, o incluso el riesgo de complicaciones por colonizaciones nosocomiales durante estudio y preparación de paciente.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Culminar creación de instructivo y acuerdos entre servicios a fin de mejorar la comunicación y definición de pacientes de manera oportuna y segura.

➤ **INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD DEL SERVICIO DE HEMODINAMIA.**



Gráfica No.11 Fuente Tablero Power Bi.

En este tablero se evidencia un aumento significativo del servicio en cuanto a procedimientos realizados, en los que se destaca el cateterismo izquierdo y la angioplastia percutánea, es importante mencionar que a pesar de los diferentes motivos de no disponibilidad de insumos se ha logrado mantener la operatividad del mismo; y que se evidencia un aumento en la recepción de pacientes de Nueva EPS, dado los direccionamientos recientes en la relación comercial que ha venido lográndose.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



➤ **INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD DEL SERVICIO DE ELECTROFISIOLOGÍA.**



Gráfica No.12 Fuente Tablero Power Bi.

Como se evidencia en el gráfico No. hay una tendencia negativa en el servicio durante este mes. Una de las brechas identificadas es el limitado direccionamiento por parte de algunas EAPB, como Famisanar. No obstante, se ha realizado búsqueda activa con referencia de otras entidades, como Nueva EPS, con el fin de mejorar esta demanda.

Otro aspecto crítico ha sido la falta de relación o comunicación asertiva con el grupo de cardiología. Se han identificado casos en los que probablemente se requiere una valoración por electrofisiología, pero aun así se han generado altas hospitalarias, lo que conlleva a la pérdida del seguimiento de estos pacientes. Esta situación está siendo objeto de seguimiento con el objetivo de definir metas y establecer controles de seguridad específicos para esta especialidad.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



➤ **INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD DEL SERVICIO DE NEUROINTERVENCIONISMO.**



Gráfica No.13 Fuente base de datos de líder del área.

Se viene logrando una tendencia estable y positiva lo cual ha permitido realizar arteriografías del tipo panangiografía, incluyendo derivaciones por oclusión de vasos intracraneales, con una tasa de complicaciones inferior al 1%.

Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Canalización de casos para la especialidad a través de cardiología, Hemodinamia, medicina interna, y oferta de servicios por medio de referencia. • Se cuenta con gestora jefe de enfermería para agilizar la prestación de servicios por parte del grupo y favorecer la captación de pacientes para sus servicios.
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> • Demoras en las autorizaciones por parte de algunas EAPB, al tratarse de procedimientos de alto costo. • Demoras en la consecución de soporte e insumos para procedimientos de los tres servicios por no disponibilidad inmediata de los proveedores o cierres administrativos.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar con el especialista la realización de los procedimientos en jornadas diurnas preferentemente, para mejorar la oportunidad de la prestación del servicio. • Gestión con los proveedores para asegurar el suministro de equipos para la realización de procedimientos de forma oportuna. • Gestionar la disponibilidad del servicio de cardiología y posteriormente aumentar la asistencia del servicio de Hemodinamia en especial los fines de semana.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

➤ **SERVICIO DE IMAGENOLÓGÍA**

Indicadores de Productividad Técnica de los Servicios de Imágenes Diagnóstico.



Gráfico No.14 Fuente Power Bi.

En el grafico anterior se observa una tendencia positiva en la toma de imágenes diagnósticas, con una gran prevalencia de toma de rayos x de tórax, y seguido de tomografía computarizada de cráneo, con una gran proporción de estudios intrahospitalarios.



Gráfica No.15 Fuente base de datos del servicio.

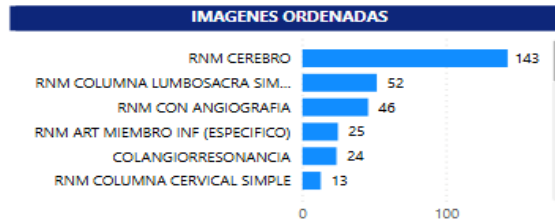


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Con respecto a la unidad de resonancia nuclear, se evidencia nuevamente un aumento del 120% en el último mes con respecto al promedio 2024-2025, siendo el top de sitio anatómico las de neuroeje, y posteriormente las de abdomen:



Gráfica No.16 Fuente Power Bi.

➤ **SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO**



Gráfico No. 17. Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento al cargue oportuno de resultados Reporte oportuno de resultados críticos
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> No se cuenta con radiología intervencionista en la institución. Solicitud errónea de patologías por parte del grupo quirúrgico.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Mantener la oportunidad en los reportes y cargues de resultados de los laboratorios ordenados, tanto procesados en sitio como remitidos. Continuar la estrategia de reporte de preliminares para definición rápida de pacientes. Ampliar contrataciones con EAPB's que permitan asegurar los usuarios ambulatorios y de costo alto con la clínica impactando los indicadores. Solicitud de inclusión de nuevos laboratorios, que permitan mejorar la atención integral.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



PROCESOS DE APOYO

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Indicadores generales del área

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2025																													
		JULIO						AGOSTO						SEPTIEMBRE						TERCER TRIMESTRE						OCTUBRE					
		N	D	E	R	%	Color	N	D	E	R	%	Color	N	D	E	R	%	Color	N	D	E	R	%	Color	N	D	E	R	%	Color
ÍNDICE TOTAL DE ROTACIÓN DE PERSONAL	< 2% 2 - 4% > 4%	9	344		2.6%	13	402		3.2%	11	422		2.6%	33	389	0	8.5%	12	361		3.3%										
COBERTURA DE INDUCCIÓN	>= 95% 94%-90% <90%	20	20	0	100.0%	26	26	0	100.0%	27	27	0	100.0%	73	73	0	100.0%	20	20	0	100.0%										
PROPORCIÓN DE TRABAJADORES DE PLANTA CON PROCESO DE INDUCCIÓN QUE INGRESAN EN EL PERIODO	>= 95% 94%-90% <90%	14	14	0	100.0%	13	13	0	100.0%	14	14	0	100.0%	41	41	0	100.0%	12	12	0	100.0%										
PROPORCIÓN DE MÉDICO GENERAL CON PROCESO DE INDUCCIÓN QUE INGRESAN EN EL PERIODO	>= 95% 94%-90% <90%	2	2	0	100.0%	4	4	0	100.0%	10	10	0	100.0%	16	16	0	100.0%	2	2	0	100.0%										
PROPORCIÓN DE OTROS TERCEROS CON PROCESO DE INDUCCIÓN QUE INGRESAN EN EL PERIODO	>= 95% 94%-90% <90%	2	2	0	100.0%	3	3	0	100.0%	3	3	0	100.0%	8	8	0	100.0%	6	6	0	100.0%										
PROPORCIÓN DE CLIENTES INTERNOS CON CALIFICACIÓN SATISFACTORIA (+3.5 DE LA EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN)	>= 95% 94%-90% <90%	14	14		100.0%	26	26		100.0%	27	27		100.0%	67	67	0	100.0%	20	20		100.0%										
PROPORCIÓN DE CLIENTES INTERNOS SATISFECHOS CON LA INDUCCIÓN	>= 95% 94%-90% <90%	14	14		100.0%	26	26		100.0%	27	27		100.0%	67	67	0	100.0%	20	20		100.0%										
PROPORCIÓN DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR LABORAL EJECUTADAS	>= 95% 94%-90% <90%	6	6	0	100.0%	4	4	0	100.0%	4	4	0	100.0%	14	14	0	100.0%	9	10	0	90.0%										
PROPORCIÓN DE TRABAJADORES QUE PARTICIPARON EN LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE BIENESTAR LABORAL	>= 95% 94%-90% <90%	353	356		99.2%	49	50		98.0%	243	248		98.0%	645	654	0	98.6%	46	59		78.0%										
PROPORCIÓN DE TRABAJADORES SATISFECHOS CON EL PROGRAMA DE BIENESTAR LABORAL	>= 95% 94%-90% <90%	180	180		100.0%	49	49		100.0%	217	217		100.0%	446	446	0	100.0%	46	46		100.0%										
PROPORCIÓN DE TRABAJADORES CON RENUNCIA VOLUNTARIA POR INSATISFACCIÓN EN LA INSTITUCIÓN	< 2% 2 - 4% > 4%	1	7		14.3%	1	9		11.1%	1	9		11.1%	3	25	0	12.0%	1	10		10.0%										
PROPORCIÓN DE TRABAJADORES EVALUADOS CON CONTRATO A TÉRMINO INDEFINIDO	>= 95% 94%-90% <90%	0	0		N/A	0	0		N/A	0	0		N/A	0	0	0	#DIV/0!	0	0		N/A										
PROPORCIÓN DE TRABAJADORES EVALUADOS CON RESULTADO SATISFACTORIO (>= 80%) EN LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	>= 95% 94%-90% <90%	42	43		97.7%	54	65		83.1%	69	69		100.0%	165	177	0	93.2%	41	44		93.2%										
PROPORCIÓN DE CAPACITACIONES EJECUTADAS EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN	>= 95% 94%-90% <90%	2	2	0	100.0%	4	7	0	57.1%	7	8	0	87.5%	13	17	0	76.5%	3	6	1	50.0%										
COBERTURA DEL PLAN DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL	>= 95% 94%-90% <90%	498	545		91.4%	928	1018		91.2%	1298	1440		90.1%	2724	3003	0	90.7%	615	845		72.8%										
COBERTURA DEL PLAN DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL DEL PERSONAL DIRECTO	>= 95% 94%-90% <90%	498	545		91.4%	928	1018		91.2%	1298	1440		90.1%	2724	3003	0	90.7%	615	845		72.8%										
PROPORCIÓN DE CLIENTES INTERNOS CON CALIFICACIÓN SATISFACTORIA (+3.5) EN LA CAPACITACIÓN	>= 95% 94%-90% <90%	0	0		N/A	678	678		100.0%	760	778		97.7%	1438	1456	0	98.8%	615	615		100.0%										
PROPORCIÓN DE CLIENTES INTERNOS SATISFECHOS CON LA CAPACITACIÓN	>= 95% 94%-90% <90%	335	335		100.0%	928	928		100.0%	1049	1068		98.2%	2312	2331	0	99.2%	611	615		99.3%										
COBERTURA DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	>= 95% 94%-90% <90%	15	15		100.0%	16	16		100.0%	20	20		100.0%	51	51	0	100.0%	14	14		100.0%										
SATISFACCIÓN CON LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	>= 95% 94%-90% <90%	15	15		100.0%	16	16		100.0%	20	20		100.0%	51	51	0	100.0%	14	14		100.0%										
EFICACIA DE LA INDUCCIÓN ESPECÍFICA	>= 95% 94%-90% <90%	15	15		100.0%	16	16		100.0%	20	20		100.0%	51	51	0	100.0%	14	14		100.0%										
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE VACACIONES	>= 95% 94%-90% <90%	27	30	0	90.0%	17	21	0	81.0%	24	25	0	96.0%	68	76	0	89.5%	21	24	0	87.5%										

Tabla 16 Fuente: Tablero de indicadores talento humano



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Proporción de trabajadores que participación en las actividades del programa de bienestar laboral

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2025																			
		JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				TERCER TRIMESTRE				OCTUBRE			
		N	D	E	R	N	D	E	R	N	D	E	R	N	D	E	R	N	D	E	R
PROPORCIÓN DE TRABAJADORES QUE PARTICIPARON EN LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE BIENESTAR LABORAL	>= 95% 94%-100% <90%	353	356		99,2%	49	50		98,0%	243	248		98,0%	645	654	0	98,6%	46	59		78,0%

Tabla17: Fuente: Tablero de indicadores talento humano

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador de índice cumplimiento de plan de bienestar de 78% evidenciando una brecha negativa de 17 puntos porcentuales con respecto a la meta establecida (95%).
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2025: 78% 2024: 100%
Estrategias implementadas	Se solicitaba desde inicio de año los regalos trimestralmente. Según programación
Motivos de la desviación	Se evidencia incumplimiento en el mes debido a que no se contaban con los regalos de cumpleaños del mes de octubre debido a que se terminó el contrato con el proveedor.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se siguen las mismas estrategias mencionadas.

Proporción de trabajadores por renuncia voluntaria por motivo de insatisfacción

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2025																			
		JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				TERCER TRIMESTRE				OCTUBRE			
		N	D	E	R	N	D	E	R	N	D	E	R	N	D	E	R	N	D	E	R
PROPORCIÓN DE TRABAJADORES CON RENUNCIA VOLUNTARIA POR INSATISFACCIÓN EN LA INSTITUCIÓN	< 2% 2 - 4% > 4%	1	7		14,3%	1	9		11,1%	1	9		11,1%	3	25	0	12,0%	1	10		10,0%

Tabla 18 Fuente: Tablero de indicadores talento humano

Meta sobresaliente del indicador	<2%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador de un 10% con una desviación de 8 puntos con respecto a la meta establecida
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2025: 14% 2024: 10%
Estrategias implementadas	Se realiza encuesta de retiro para tener conocimiento de los motivos que generan las renuncias e identificar los motivos de rotación.
Motivos de la desviación	Se evidencia que fue una persona la cual se fue insatisfecha. Sus motivos son alta carga de trabajo en el área donde pertenecía (Almacén – Auxiliar de almacén)
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se siguen las mismas estrategias mencionadas.

Proporción de capacitaciones ejecutadas

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2025																			
		JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				TERCER TRIMESTRE				OCTUBRE			
		N	D	E	R	N	D	E	R	N	D	E	R	N	D	E	R	N	D	E	R
PROPORCIÓN DE CAPACITACIONES EJECUTADAS EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN	>= 95% 94%-99% <90%	2	2	0	100,0%	4	7	0	57,1%	7	8	0	87,5%	13	17	0	76,5%	3	6	1	50,0%

Tabla 19 Fuente: Tablero de indicadores talento humano



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Meta sobresaliente del indicador	>95%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador de índice cumplimiento de plan de capacitación 50% evidenciando una brecha negativa de 45 puntos porcentuales con respecto a la meta establecida (95%).
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2025: 50% 2024: 100%
Estrategias implementadas	Se realiza el envío mensual de capacitaciones programadas para el desarrollo con sus respectivas evidencias y fecha entrega de soportes. Se habilita la plataforma después de la fecha establecida para dar cumplimiento
Motivos de la desviación	De las 6 capacitaciones programadas se evidencia el incumplimiento de las siguientes capacitaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo para el adecuado manejo de los códigos: Azul – Todo el personal asistencial – Dirección médica – Nivel 2 (lista de asistencia, encuesta de satisfacción y evaluación de conocimiento) • Manejo del Paciente con ACV (accidente cerebro vascular y muerte encefálica) – Todo el personal asistencial – Dirección médica – Nivel 2 (lista de asistencia, encuesta de satisfacción y evaluación de conocimiento) • Programa de educación al paciente y su familia– Todo el personal asistencial – dirección médica – Nivel 0 (lista de asistencia)
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se siguen las mismas estrategias mencionadas.

Cobertura de plan de capacitación institucional

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2025																			
		JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				TERCER TRIMESTRE				OCTUBRE			
		N	D	E	R	N	D	E	R	N	D	E	R	N	D	E	R	N	D	E	R
COBERTURA DEL PLAN DE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL	>= 95% 94% 90%	498	545		91,4%	928	1018		91,2%	1298	1440		90,1%	2724	3003	0	90,7%	615	645		72,8%

Tabla 20 Fuente: Tablero de indicadores talento humano

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador de índice cumplimiento de plan de capacitación 72% evidenciando una brecha negativa de 23 puntos porcentuales con respecto a la meta establecida (95%).
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2025: 72% 2024: 93%
Estrategias implementadas	Se habilita la plataforma después de la fecha establecida para dar cumplimiento. Se realiza revisión antes de terminar el mes de la cobertura para poder completarla.
Motivos de la desviación	De las 3 capacitaciones realizadas se evidencia la siguiente cobertura: <ul style="list-style-type: none"> • Asesoría y prueba rápida VIH 81 (188/320) • Modelo integral de atención en salud con enfoque diferencial 60% (231/286) • Guía de prácticas clínicas: 83% (193/230)
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se siguen las mismas estrategias mencionadas.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Cumplimiento de plan de vacaciones

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2025																			
		JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				TERCER TRIMESTRE				OCTUBRE			
		N	D	E	R	N	D	E	R	N	D	E	R	N	D	E	R	N	D	E	R
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE VACACIONES	>= 95% 94% 90%	27	30	0	90,0%	17	21	0	81,0%	24	25	0	96,0%	68	76	0	89,5%	21	24	0	87,5%

Tabla 21 Fuente: Tablero de indicadores talento humano

Meta sobresaliente del indicador	>95%
Análisis e interpretación del indicador	El resultado obtenido para el indicador proporción de cumplimiento del plan de vacaciones en el mes fue del 87% lo cual muestra una brecha negativa frente a la meta de 8 puntos porcentuales.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo	2025: 87% 2024: 97%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Se programan la malla vacacional desde inicio de año Se contrata el personal temporal para el cubrimiento de la malla vacaciona
Motivos de la desviación	En el mes se evidencia la cancelación de 3 personas, debido a la rotación del personal temporal
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Se mantendrán las mismas estrategias para dar cumplimiento al indicador.

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Índice de inatenciones asociadas a fallas del plan de contingencia (equipos informáticos)



Gráfica N° 18 Fuente: Indicadores TIC 2025 – Medifaca

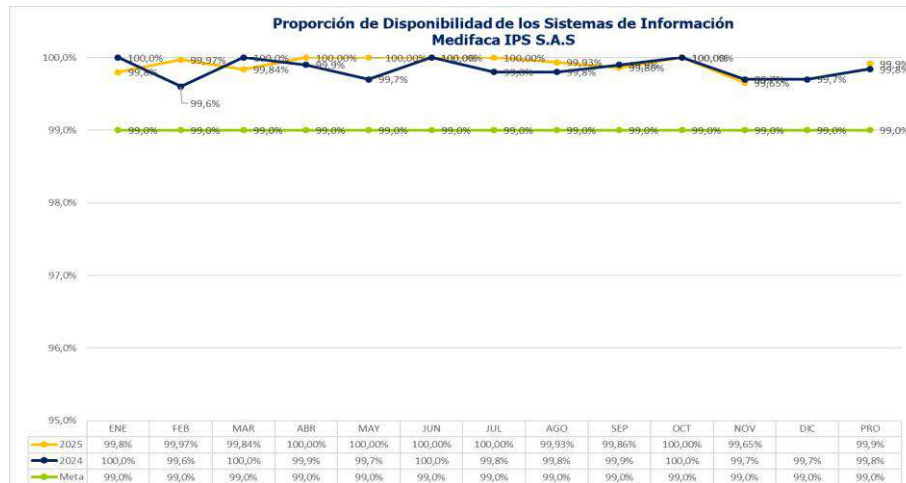
Meta sobresaliente del indicador	<2,0
Resultado del periodo del indicador	0,0 % en el 2025 no se presentaron inatenciones asociadas a la activación del plan de contingencia
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	En el año 2024 no se llevaba este indicador
Estrategias implementadas	Mantenimiento preventivo a equipos informáticos
Motivos de la desviación	N.A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Mantener el mantenimiento preventivo a equipos informáticos



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Proporción de disponibilidad de los sistemas de información



Gráfica N°19 Fuente: Indicadores TIC 2025 – Medifaca

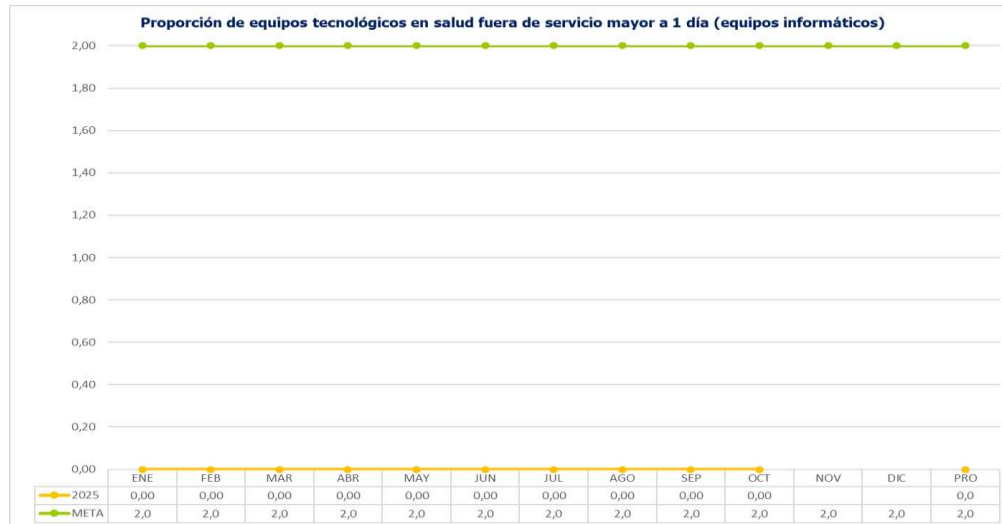
Meta sobresaliente del indicador	>99%
Resultado del periodo del indicador	99,9 % promedio para el 2025
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	99,8% promedio 2024
Estrategias implementadas	Contar con antivirus instalado en los servidores – Seguimiento a alertas Tener implementado un sistema de hiperconvergencia para los servicios más relevantes. Tener canales de respaldo en conexión MPLS e internet Implementación de reglas de navegación y acceso a los diferentes recursos informáticos
Motivos de la desviación	N.A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Mantener las estrategias implementadas



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Proporción de equipos tecnológicos en salud fuera de servicio mayor a 1 día (equipos informáticos)



Gráfica: 20 Fuente: Indicadores TIC 2025 – Medifaca

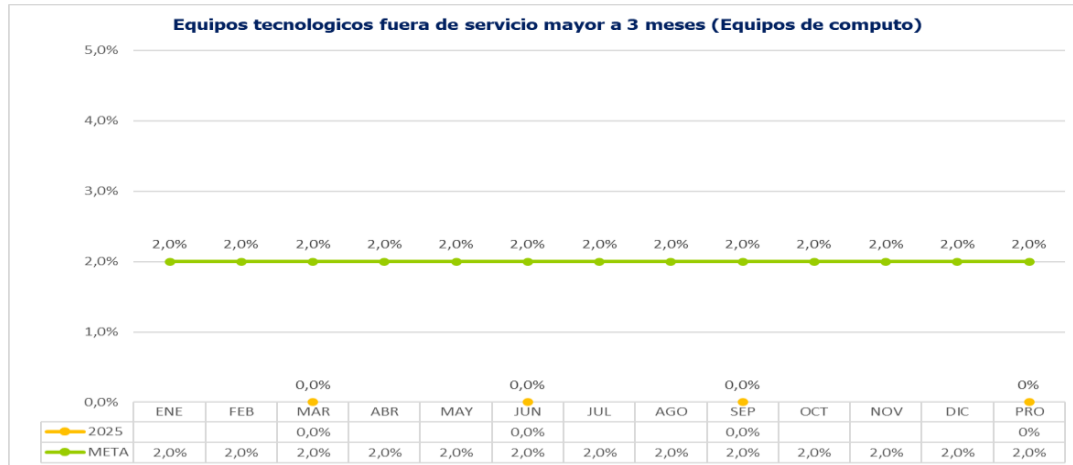
Meta sobresaliente del indicador	<2,0
Resultado del periodo del indicador	0,0 promedio para el 2025
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	En el 2024 no se llevaba este indicador
Estrategias implementadas	Realizar mantenimientos preventivos
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Mantener la realización mantenimientos preventivos



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Proporción de equipos tecnológicos en salud fuera de servicio mayor a 3 meses (equipos informáticos)



Gráfica: 21 Fuente: Indicadores TIC 2025 – Medifaca

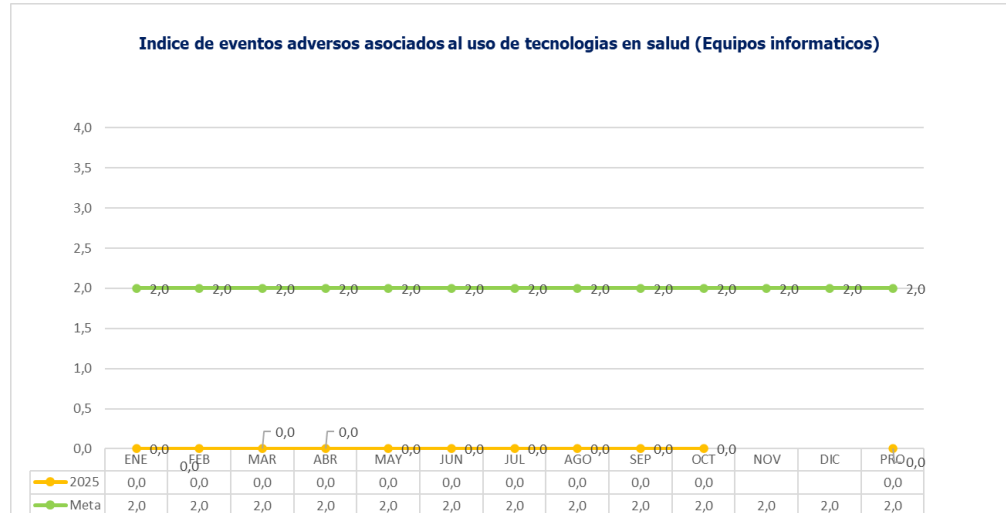
Meta sobresaliente del indicador	<2,0
Resultado del periodo del indicador	0,0 promedio para el 2025
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	En el 2024 no se llevaba este indicador
Estrategias implementadas	Realizar mantenimientos preventivos
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Mantener la realización mantenimientos preventivos



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Índice de eventos adversos asociados al uso de tecnologías en salud (Tecnologías informáticas y software))



Gráfica:22 Fuente: Indicadores TIC 2025

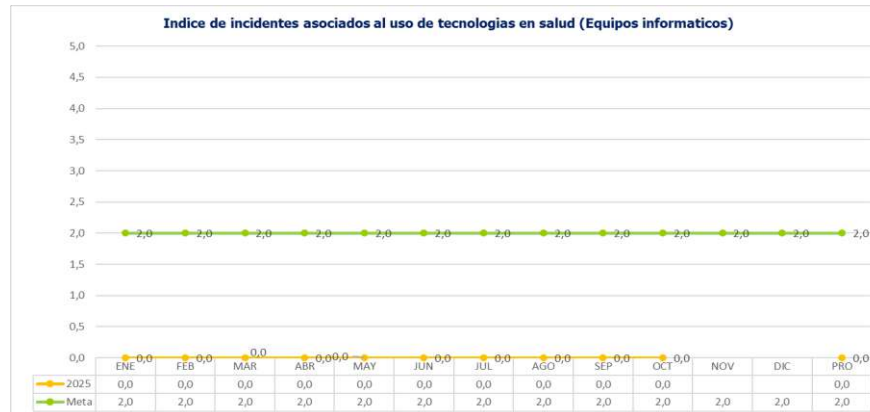
Meta sobresaliente del indicador	< 2*100
Resultado del periodo del indicador	0,0 promedio para el 2025
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	En el 2024 no se llevaba este indicador
Estrategias implementadas	Mantenimientos preventivos a equipos informáticos
Motivos de la desviación	N.A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Mantener los mantenimientos preventivos a equipos informáticos



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Índice de incidentes asociados al uso de tecnologías en salud (Equipos informáticos)



Gráfica: 23 Fuente: Indicadores TIC 2025 – Medifaca

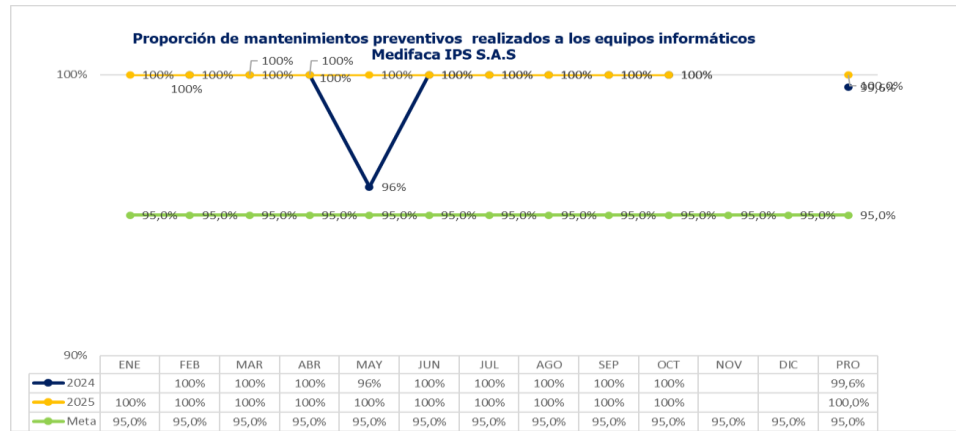
Meta sobresaliente del indicador	<2*100
Resultado del periodo del indicador	0,0 promedio para 2025
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	En el 2024 no se llevaba este indicador
Estrategias implementadas	Mantenimientos preventivos
Motivos de la desviación	N.A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Mantener los mantenimientos preventivos



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Proporción de mantenimientos preventivos realizados a equipos tecnológicos en salud (Equipos informáticos)



Gráfica:24 Fuente: Indicadores TIC 2025 – Medifaca

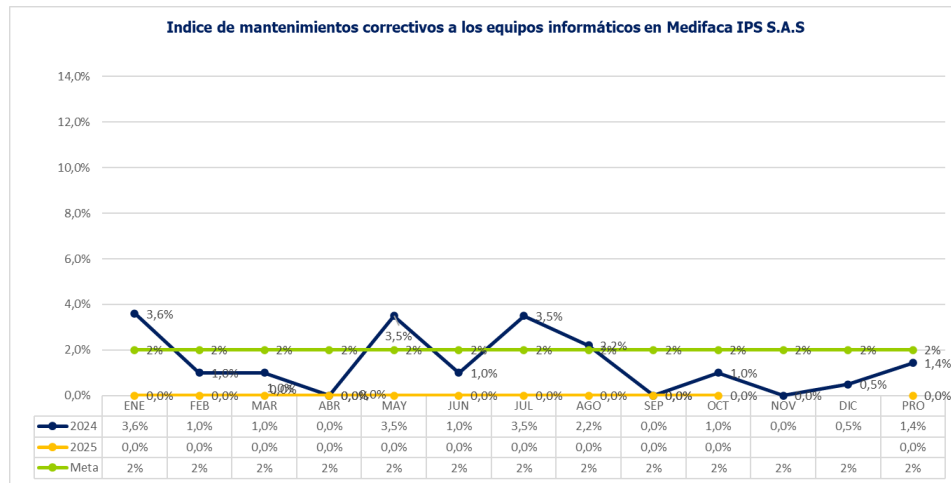
Meta sobresaliente del indicador	95,0%
Resultado del periodo del indicador	100,0% promedio para el 2025 nov y dic no se programaron mantenimientos
Brecha con la meta	N.A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	100,0% promedio para el 2024 nov y dic no se programaron mantenimientos
Estrategias implementadas	Seguimiento diario a cronograma de mantenimiento
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Mantener seguimiento diario a cronograma de mantenimiento



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Proporción de mantenimientos correctivos realizados a equipos tecnológicos (Equipos Informáticos)



Gráfica: 25 Fuente: Indicadores TIC 2025 – Medifaca

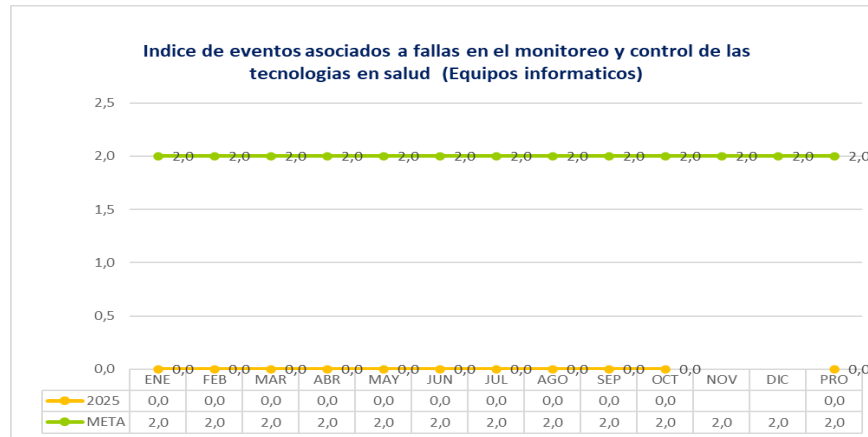
Meta sobresaliente del indicador	<2,0%
Resultado del periodo del indicador	0,0% promedio para 2025
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	1,4% promedio para 2024
Estrategias implementadas	Realizar mantenimientos preventivos
Motivos de la desviación	El año 2024 hasta agosto se media con meta de < 10%
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Mantener la realización de mantenimientos preventivos



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Índice de eventos asociados a fallas en el monitoreo y control de las tecnologías en salud (Equipos Informáticos)



Gráfica: 26 Fuente: Indicadores TIC 2025 – Medifaca

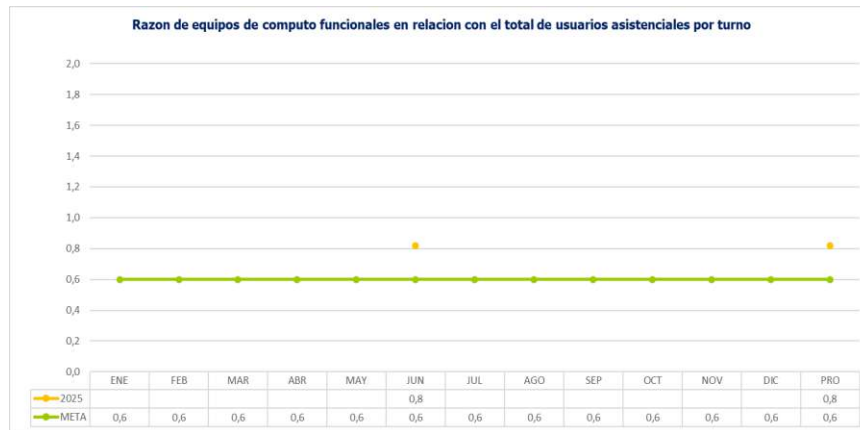
Meta sobresaliente del indicador	< 2*100
Resultado del periodo del indicador	0,0 promedio 2025
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	N/A en el 2024 no se llevaba este indicador
Estrategias implementadas	Rondas en las unidades
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Razón de equipos de cómputo en relación con el total de usuarios por turno



Gráfica: 27 Fuente: Indicadores TIC 2025 – Medifaca

Meta sobresaliente del indicador	> 0,6
Resultado del periodo del indicador	0,8 2025
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	N/A en el 2024 no se llevaba este indicador
Estrategias implementadas	Rondas en las unidades
Motivos de la desviación	N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	

GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO- GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

La dirección administrativa realizó un trabajo en equipo con cada una de las áreas que la conforman, con la finalidad de lograr una administración eficaz y eficiente, buscando la seguridad de los usuarios internos y externo y la sostenibilidad financiera. Todas las actividades de la dirección administrativa estuvieron guiadas por nuestra plataforma estratégica la cual en su Misión cita nuestro compromiso de brindar servicios de salud con excelencia.

GESTION DEL AMBIENTE FISICO

El área de gestión de ambiente físico es la encargada de velar y garantizar que la infraestructura, los equipos industriales y el mobiliario de la clínica se encuentran en óptimas condiciones para prestar un servicio idóneos, oportuno y de calidad a nuestros usuarios y su familia, todo encaminado al cumplimiento de nuestra plataforma estratégica, es por ellos que dentro del principal objetivo estuvo el cumplimiento del mantenimiento preventivo, los cuales planeamos de forma anual mediante un cronograma.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



➤ **GESTIÓN DE NECESIDADES DEL AMBIENTE FISICO**

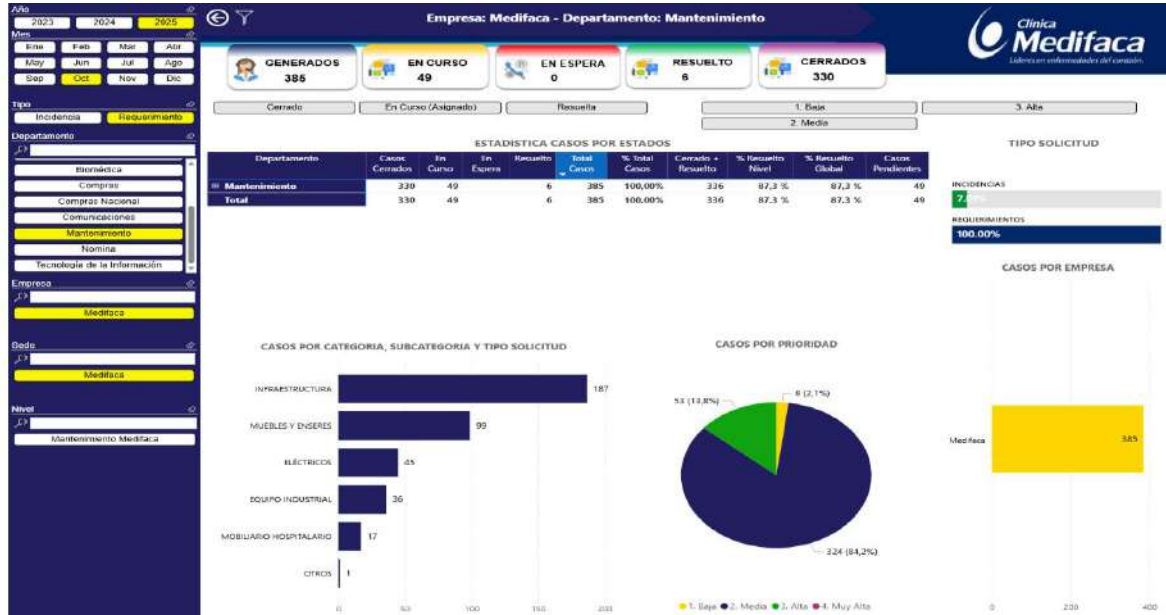


Gráfico No. 28. Fuente Vista Tablero Institucional de Indicadores

Meta sobresaliente del indicador.	>95
Resultado del periodo del indicador.	Índice de 87,3%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	octubre de 2024 100,0% octubre de 2025 87,3%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> Ejecutar por parte del área de mantenimiento el cumplimiento a cada uno de los requerimientos por GLPI.
Motivos de la desviación.	<p>Pendientes por cumplir 49 tickets.</p> <ul style="list-style-type: none"> 346778 Guayas salas de cirugía. 347652 Guayas sala de recuperación. 348556 manija puerta TAC. 349778 lavamanos. 352573 solicitud tijera. 353770 resanar y pintar. 353904 silla dañada urgencias. 354984 puerta torre administrativa.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> Optimizar tiempo de desarrollo de actividades.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



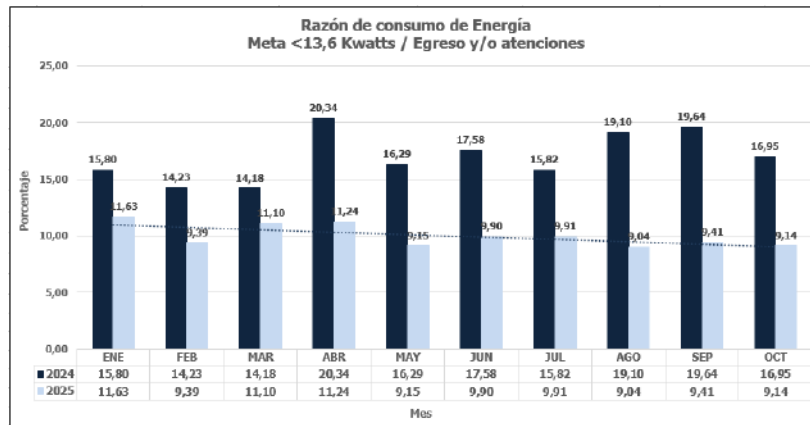
➤ **GESTIÓN AMBIENTAL**

NOMBRE DEL INDICADOR	META			PERIODICIDAD	FÓRMULA DEL INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO
						R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
Razón de consumo de energía	<13,6 Kwatts (por egreso y atenciones)	13,6-15,7 Kwatts (por egreso y atenciones)	>15,7 Kwatts (por egreso y atenciones)	Mensual	$\frac{\text{Consumo de energía eléctrica Kw}}{\text{Total de egresos y/o atenciones}}$	11,6	9,2	11,1	11,2	9,1	9,9	9,9	9,0	9,4	9,1	9,9
Razón de producción de residuos no aprovechables por Estancia	<0,5 Kg por días estancia	0,5-0,67 Kg por días estancia	>0,67 Kg por días estancia	Mensual	$\frac{\text{Producción de residuos no aprovechables Kg}}{\text{Total de días estancias en el periodo}}$	0,5	0,8	0,4	0,4	0,4	0,7	0,3	0,7	0,8	0,7	0,6
Razón de consumo hídrico	<0,14 m ³	0,14 - 0,21 m ³	>0,21 m ³	Bimestral	$\frac{\text{consumo del recurso hídrico m}^3}{\text{Total de egresos y/o atenciones}}$	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Razón de producción de residuos peligrosos por Estancia	<1,24 Kg	1,24 Kg - 1,7 Kg	>1,7 Kg	Mensual	$\frac{\text{Producción de residuos Peligrosos Kg}}{\text{Total de días estancia}}$	1,08	1,29	1,22	1,14	1,15	1,58	1,41	1,63	1,74	1,58	1,39
Proporción de criterios cumplidos en la aplicación del manual de limpieza y desinfección (Auditoria de Procesos)	>95 %	90-95 %	<90 %	Mensual	$\frac{\text{Número de criterios cumplidos en la aplicación del manual de limpieza y desinfección}}{\text{Total de criterios evaluados}} * 100$	96,91%	92,37%	96,61%	97,20%	98,20%	97,44%	95,73%	95,76%	95,69%	95,69%	96,20%
Proporción de segregación correcta de residuos	>95%	90%-95%	<90%	Mensual	$\frac{\text{Número de criterios cumplidos}}{\text{Total de criterios evaluados}} * 100$						92,86%	90,48%	90,70%	94,00%	92,59%	92,31%

Tabla N° 23 Fuente: listado de indicadores aprobados 2025/comité ambiental

En el presente informe se muestra el resultado de las inspecciones realizadas por el área de gestión ambiental durante el mes de octubre de 2025; se implementaron técnicas de observación, entrevistas y retroalimentación de los hallazgos en cada una de las unidades en aras de contribuir con el mejoramiento continuo de la clínica.

➤ **RAZÓN DE CONSUMO DE ENERGÍA POR EGRESO**



Gráfica N° 29: Razón consumo de energía Fuente: Indicadores ambiental2025

Nota: Para el mes de octubre se presenta recibo de energía correspondiente, en donde se genera un costo mensual \$52.551.196 de \$52.574.800 con un aumento al mes pasado de \$23.600, sin embargo, el mes pasado el costo a facturar fue de \$54.820.172 realizándose un descuento de \$2.245.372 por fallas en el servicio de energía como picos de energía y demás. El consumo de energía para el mes facturado fue de 62480 KW/h, en comparación con el mes de septiembre fue un total de 66000 kW/h. **Fuente: INDICADORES AMBIENTAL 2025**

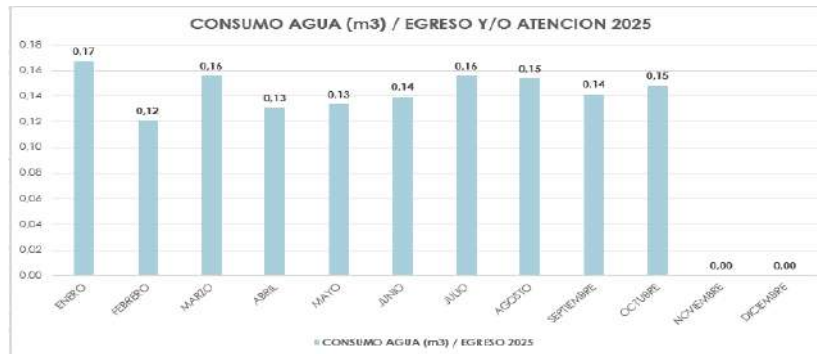


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Meta Sobresaliente (<13,6 kg)	<table border="1"> <tr> <td style="background-color: green; color: white; text-align: center;"><13,6 Kwatts/por egreso y atenciones</td> <td style="background-color: yellow; text-align: center;">13,6–15,7 Kwatts/por egreso y atenciones</td> <td style="background-color: red; color: white; text-align: center;">>15,7 Kwatts/por egreso y atenciones</td> </tr> </table>	<13,6 Kwatts/por egreso y atenciones	13,6–15,7 Kwatts/por egreso y atenciones	>15,7 Kwatts/por egreso y atenciones
<13,6 Kwatts/por egreso y atenciones	13,6–15,7 Kwatts/por egreso y atenciones	>15,7 Kwatts/por egreso y atenciones		
Resultado del Periodo del Indicador	Consumo de 9,14 KW/h Sobre Egreso y/o atención mes octubre de 2025			
Brecha con la Meta	N/A			
Análisis de la variación	Para el mes de octubre hubo una disminución de 3520 KW			
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	16.40 KW/h Sobre Atención y/o egreso			
Estrategias Implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Acercamiento al personal sobre uso eficiente de ahorro de energía • Verificación de consumo de energía por área 			
Motivos de la Desviación	La variación radica principalmente en la disminución de 462 procedimientos en el área de imágenes diagnósticas. (Rad convencional 2559-TAC 1267-Ecografía 843 - Doppler 217 – Resonador377) Teniendo en cuenta que el promedio del consumo del Chiller mensual es de 18.720 KW lo cual corresponde al 27% del consumo total generado en la factura.			
Estrategias para Mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Rondas de uso eficiente de energía 			
Correlación con otros indicadores	N/A			

➤ **CONSUMO DE AGUA**



Gráfica N° 30: Razón consumo de energía Fuente: Indicadores ambiental2025

Nota: De septiembre a octubre se presenta un aumento mínimo de 0.01m³/ egreso y/o atención

Meta	<table border="1"> <tr> <td style="background-color: green; color: white; text-align: center;"><0,14 m³</td> <td style="background-color: yellow; text-align: center;">0,14 – 0,21 m³</td> <td style="background-color: red; color: white; text-align: center;">>0,21 m³</td> </tr> </table>	<0,14 m ³	0,14 – 0,21 m ³	>0,21 m ³
<0,14 m ³	0,14 – 0,21 m ³	>0,21 m ³		
Resultado del Periodo del Indicador	Consumo de 0,15 m ³ Sobre Egreso y/o atención mes octubre de 2025			
Brecha con la Meta	N.A.			
Análisis de la variación	N.A.			
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	N.A.			

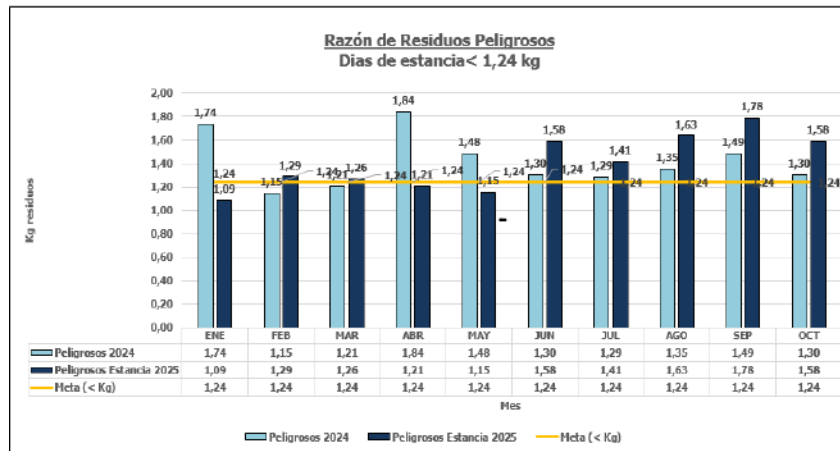


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Estrategias Implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Verificación goteras y presiones en áreas hospitalarias Reemplazo de llaves push dañadas
Motivos de la Desviación.	N.A.
Estrategias para Mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Verificación llaves push Verificar la posibilidad de implementar llaves aireadoras en baños.
Correlación con otros indicadores	N/A

➤ **RAZÓN DE RESIDUOS PELIGROSOS**



Gráfica N° 31: Razón consumo de energía Fuente: Indicadores ambiental2025

Nota: Se observa en la gráfica una razón de residuos peligrosos por días de estancia para el mes de octubre fue de 1,58 kg/. **Fuente:** INDICADORES AMBIENTAL 2025

Meta Sobresaliente del Indicador (<1,24 kg)	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="background-color: green; padding: 5px; text-align: center;"><1,24 Kg</div> <div style="background-color: yellow; padding: 5px; text-align: center;">1,24 Kg - 1,7 Kg</div> <div style="background-color: red; padding: 5px; text-align: center;">> 1,7 Kg</div> </div>
Resultado del Periodo del Indicador	Razón de residuos Peligrosos de 1,58 Kg por días de estancia
Brecha con la Meta	0,34 kg/ días de estancia con la meta sobresaliente
Análisis de la variación	Para el mes de octubre hubo un aumento con respecto a la meta de 0,34Kg lo que genera un resultado aceptable en la meta, sin embargo, se requiere de seguimiento para evitar en el aumento de residuos por prácticas inadecuadas en la segregación y uso inadecuado de Epps.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	1,30 kg Egreso

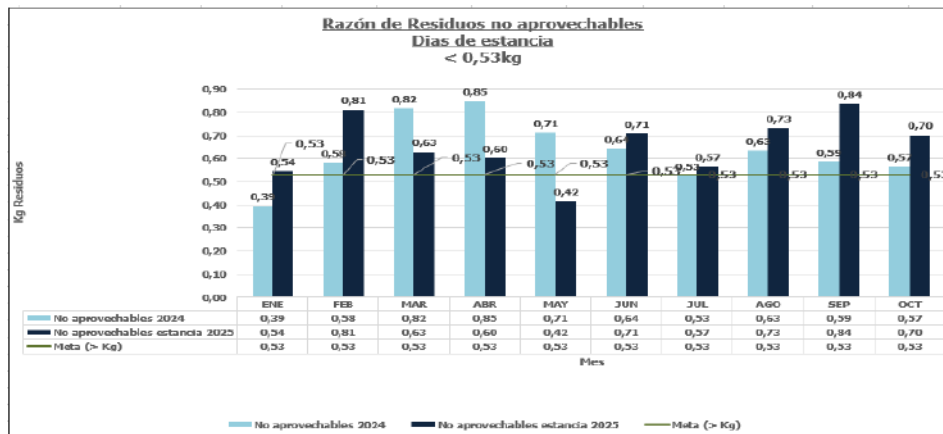


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Estrategias Implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Ronda de verificación de correcta segregación de residuos hospitalarios. Retroalimentación segregación residuos cortopunzantes Cambio de pedales y canecas dañadas. Inducción a personal nuevo.
Motivos de la Desviación.	La variación corresponde al aumento en el número de días de estancia el cual corresponde a 3930 con un aumento de 378 días de estancia en comparación al mes pasado. Así mismo el aumento de los procedimientos en salas de cirugía con 356 procedimientos para octubre y 326 para el mes de septiembre. Adicionalmente se presentan 30 aislamientos por contacto, gota y aerosol con duración de 1 a 8 días aproximadamente
Estrategias para Mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar la capacitación de todos los funcionarios nuevos y retroalimentar al personal cuando se observe inadecuada segregación de los residuos hospitalarios. Verificación de las canecas en áreas con el fin de garantizar las áreas que necesiten caneca para residuos peligrosos. Verificar la correcta segregación de residuos hospitalarios
Correlación con otros indicadores	El uso de medicamentos, e insumos para la atención al paciente genere a su vez residuos ordinarios y aprovechables, lo cual este indicador va ligado a estos.

➤ **RAZÓN DE RESIDUOS NO APROVECHABLES**



Gráfica Nº 32: Razón consumo de energía Fuente: Indicadores ambiental2025

Nota: Para el mes de octubre el resultado de la razón de residuos no aprovechables por días de estancia fue de 0,7 kg/días de estancia **Fuente:** INDICADORES AMBIENTAL 2025

Meta Sobresaliente del Indicador	<table border="1"> <tr> <td style="background-color: #28a745; color: white; text-align: center;"><0,5Kg por días estancia</td> <td style="background-color: #ffc107; color: white; text-align: center;">0,5-0,67 Kg por días estancia</td> <td style="background-color: #dc3545; color: white; text-align: center;">> 0,67Kg por días estancia</td> </tr> </table>	<0,5Kg por días estancia	0,5-0,67 Kg por días estancia	> 0,67Kg por días estancia
<0,5Kg por días estancia	0,5-0,67 Kg por días estancia	> 0,67Kg por días estancia		
Resultado del Periodo del Indicador	Razón de residuos no aprovechables de 0,7 Kg por días de estancia			
Brecha con la Meta	0.2 Kg por días de estancia			



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Análisis de la variación	Para el mes de octubre hubo una disminución 192 de Kg de residuos no aprovechables lo que corresponde sobrepasando la meta
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	0,64 kg Egreso
Estrategias Implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Ronda de verificación de correcta segregación de residuos hospitalarios. Se retroalimenta a los funcionarios cuando se evidencian hallazgos. Cambio de pedales y canecas dañadas. Ajuste de rótulos de las canecas Inducción a personal nuevo.
Motivos de la Desviación	<ul style="list-style-type: none"> La variación corresponde al aumento en el número de días de estancia el cual corresponde a 3930 con un aumento de 378 días de estancia en comparación al mes pasado. Así mismo el aumento de los procedimientos en salas de cirugía con 365 procedimientos para septiembre y 339 para el mes de agosto.
Estrategias para Mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar la capacitación de todos los funcionarios nuevos y retroalimentar al personal cuando se observe inadecuada segregación de los residuos hospitalarios. Se retroalimentará a los pacientes y sus familias cuando se evidencia incorrecta segregación de residuos en habitaciones de hospitalización.
Correlación con otros indicadores	Este indicador va ligado el indicador de residuos peligrosos, ya que empaques de medicamentos y material estéril se dispone como material no aprovechable

Proporción de objetos ajenos en la ropa hospitalaria



Gráfica N° 33: Razón consumo de energía Fuente: Indicadores ambiental2025

Nota: Para el mes de octubre se reportó una bolsa Biosanitaria del servicio de Cx. **Fuente.** INDICADORES AMBIENTAL 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



➤ **AUDITORÍA AL PROCESO DE ADHERENCIA AL MANUAL DE USO SEGURO DE ROPA HOSPITALARIA**

Durante el mes de octubre se identifica la incorrecta segregación de ropa hospitalaria en hospitalización 3 piso



Nota: Fuente: Elaboración propia.

GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA FISICA

NOMBRE DEL INDICADOR	META	META	META	PERIODICIDAD	2025											
					ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO	
Proporción De Mantenimiento Correctivo Realizados A Los Industriales	< 2%	2%-4%	>4%	Mensual	1,47%	1,47%	0,00%	0,00%	0,00%	1,42%	1,42%	0,00%	0,00%	0,00%	0,24%	
Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Las Instalaciones Locativas	>95%	90%-95%	<90%	Mensual	100,00%	100,00%	100,00%	89,74%	73,08%	97,22%	83,67%	90,70%	91,67%	96,00%	92,41%	
Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Los Equipos Industriales	>95%	90%-95%	<90%	Mensual	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	
Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados Al Mobiliario	>95%	90%-95%	<90%	Mensual	100,00%	100,00%	100,00%	80,65%	100,00%	94,31%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	95,29%	
Proporción Del Mantenimiento Preventivo Efectivo De Equipos Industriales	>95%	80-90%	<80%	Mensual	98,28%	94,74%	100,00%	100,00%	100,00%	93,75%	97,78%	100,00%	100,00%	100,00%	99,61%	
Proporción De Fallas De Equipos Tecnológicos En Salud Mayor A 1 día Industriales	<2%	2%-4%	>4%	Mensual	0,74%	0,74%	0,00%	0,00%	0,00%	0,71%	0,71%	0,00%	1,47%	1,47%	0,86%	
Proporción De Cumplimiento De Rondas De Verificación De Instalaciones Locativas Y Equipos Industriales	>95%	90%-95%	<90%	Mensual	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	60,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla N° 24: Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

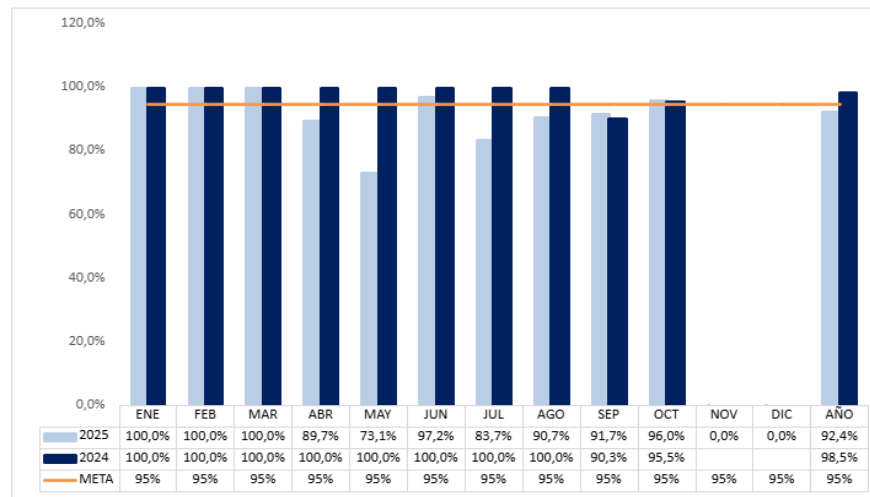


Proporción De Mantenimientos Preventivos realizados a las Instalaciones Locativas

NOMBRE DEL INDICADOR	META	META	META	PERIODICIDAD	2025											
					ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO	
Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Las Instalaciones Locativas	>95%	90%-95%	<90%	Mensual	100,00%	100,00%	100,00%	89,74%	73,08%	97,22%	83,67%	90,70%	91,67%	96,00%	92,41%	

Tabla n° 25 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Las Instalaciones Locativas



Gráfica n° 34 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Meta sobresaliente del indicador.	>90
Resultado del periodo del indicador.	Índice de 96,0%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	octubre de 2024 95,5% octubre de 2025 96,0%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar y dar cumplimiento al cronograma de mantenimiento de infraestructura para el mes de octubre. Mantener actualizado el cronograma del área mantenimiento. Presentar formatos de cumplimiento de las labores realizadas.
Motivos de la desviación.	No se da cumplimiento al cronograma en su totalidad, por falta de contrato con proveedor para mantenimiento de fachadas.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo en GLPI y rondas preventivas de infraestructura. Se proyectan presupuestos para el próximo año, poder cumplimiento con los mantenimientos de fachadas.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

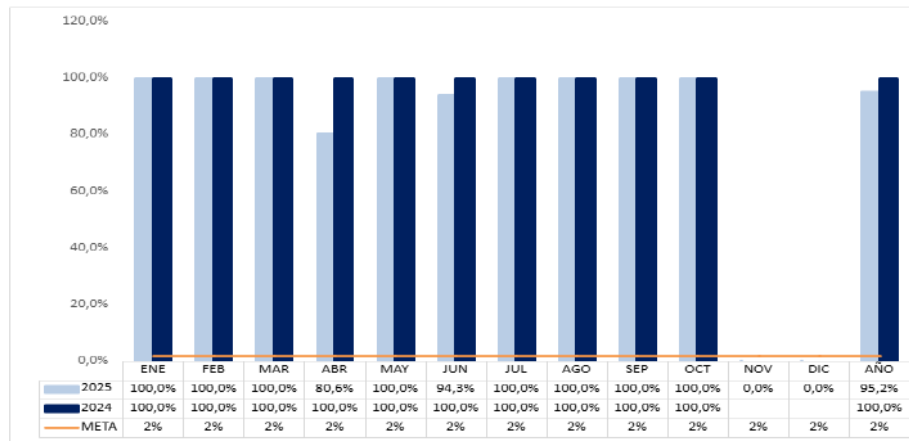


Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados al mobiliario

NOMBRE DEL INDICADOR	META	META	META	PERIODICIDAD	2025											
					ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO	
					R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados Al Mobiliario	>95%	90%-95%	<90%	Mensual	100,00%	100,00%	100,00%	80,65%	100,00%	94,31%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	95,29%	

Tabla n° 26 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados Al Mobiliario



Gráfica n° 35: Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Meta sobresaliente del indicador.	>95
Resultado del periodo del indicador.	Índice de 100%
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	octubre de 2024 100% octubre de 2025 100%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> Cumplir con la ejecución de cronograma establecido de mantenimiento de mobiliario para el mes de octubre. Mantener actualizado el cronograma de mantenimiento. Llenar los formatos para dar cumplimiento a las labores realizadas
Motivos de la desviación.	No se generan desviaciones para el mes de octubre.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo en GLPI generado por cada uno de los servicios. Apoyo operativo por parte del jefe de servicios administrativos.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

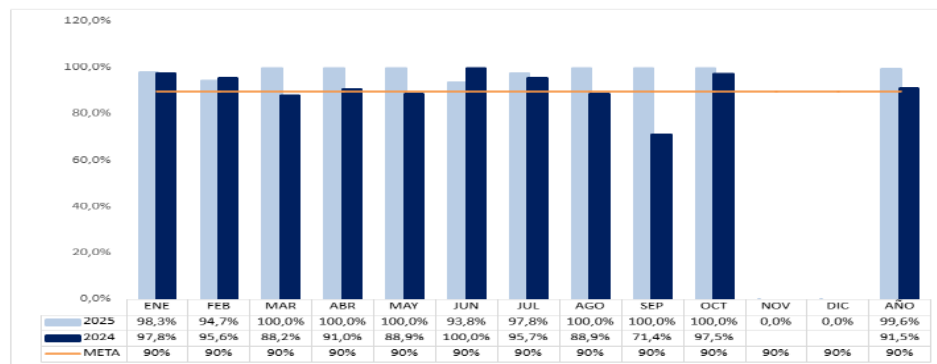


Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Los Equipos Industriales

NOMBRE DEL INDICADOR	META	META	META	PERIODICIDAD	2025											
					ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO	
					R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
Proporción Del Mantenimiento Preventivo Efectivo De Equipos Industriales	>90%	80-90%	<80%	Mensual	98,28%	94,74%	100,00%	100,00%	100,00%	93,75%	97,78%	100,00%	100,00%	100,00%	99,61%	

Tabla n° 27 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Proporción Del Mantenimiento Preventivo Efectivo De Equipos Industriales



Gráfica N° 36: Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Proporción De Mantenimiento Correctivo Realizados A Los Industriales

NOMBRE DEL INDICADOR	META	META	META	PERIODICIDAD	2025											
					ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO	
					R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
Proporción De Mantenimiento Correctivo Realizados A Los Industriales	< 2%	2%-4%	>4%	Mensual	1,47%	1,47%	0,00%	0,00%	0,00%	1,42%	1,42%	0,00%	0,00%	0,00%	0,24%	

Tabla N° 28 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

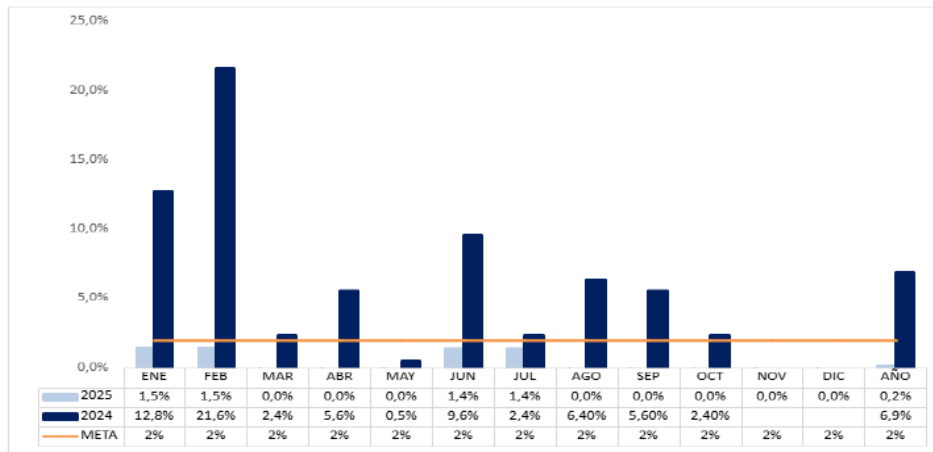


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Proporción De Mantenimiento Correctivo Realizados A Los Industriales



Gráfica N° 37: Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Meta sobresaliente del indicador.	2%
Resultado del periodo del indicador.	Índice de 0,0%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	octubre de 2024 2,40% octubre de 2025 0,0%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Dar cumplimiento al cronograma de mantenimientos de equipos industriales, seguimiento a los proveedores.
Motivos de la desviación.	No se generan desviaciones para el mes de octubre.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> • Cotización y orden de compra con proveedor Aireco, para solución del daño de los aires.

Proporción Del Mantenimiento Preventivo Efectivo De Equipos Industriales

NOMBRE DEL INDICADOR	META	META	META	PERIODICIDAD	2025												
					ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO		
Proporción Del Mantenimiento Preventivo Efectivo De Equipos Industriales	>90%	80-90%	<80%	Monthly	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
					98,28%	94,74%	100,00%	100,00%	100,00%	93,75%	97,78%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	99,61%	

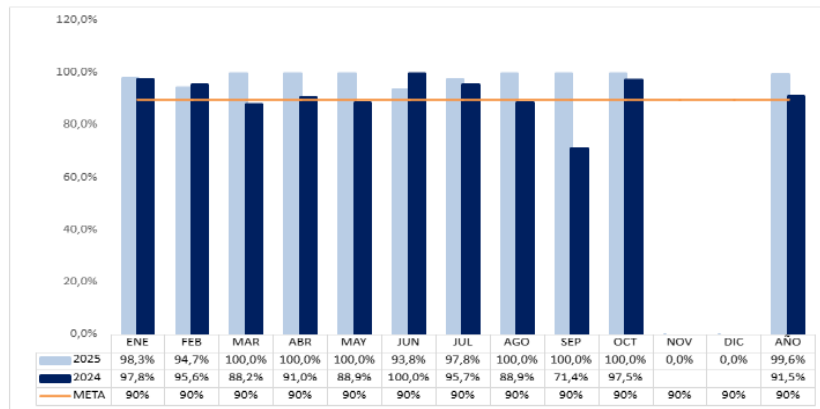
Tabla N° 29 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Proporción Del Mantenimiento Preventivo Efectivo De Equipos Industriales



Gráfica N° 38: Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Meta sobresaliente del indicador.	>90%
Resultado del periodo del indicador.	Índice de 100,0%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	octubre de 2024 97,5% octubre de 2025 100,0%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> Ejecutar el cronograma de mantenimiento de equipos industriales para el mes de octubre por cada uno de los proveedores contratistas. Presentar formatos de cumplimiento de las labores realizadas Dar actualización oportuna las hojas de vida y su documentación para realizar seguimiento de los equipos industriales.
Motivos de la desviación.	No se generan desviaciones para el mes de octubre.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo en GLPI y rondas preventivas de infraestructura y equipos industriales, apoyo en nacionales de infraestructura para agilizar contrato para cambio de ascensores.

Proporción de fallas de equipos tecnológicos en salud mayor a 1 día industriales

NOMBRE DEL INDICADOR	META	META	META	PERIODE CIUDAD	2025											
					ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO	
Proporción De Fallas De Equipos Tecnológicos En Salud Mayor A 1 día Industriales	<2%	2%-4%	>4%	Mensual	0,74%	0,74%	0,00%	0,00%	0,00%	0,71%	0,71%	0,00%	1,47%	1,47%	0,58%	

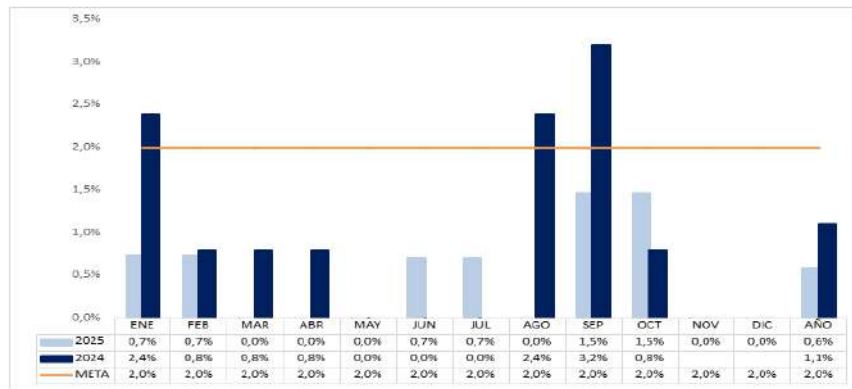
Tabla N° 30 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Proporción De Falias De Equipos Tecnológicos En Salud Mayor A 1 día Industriales



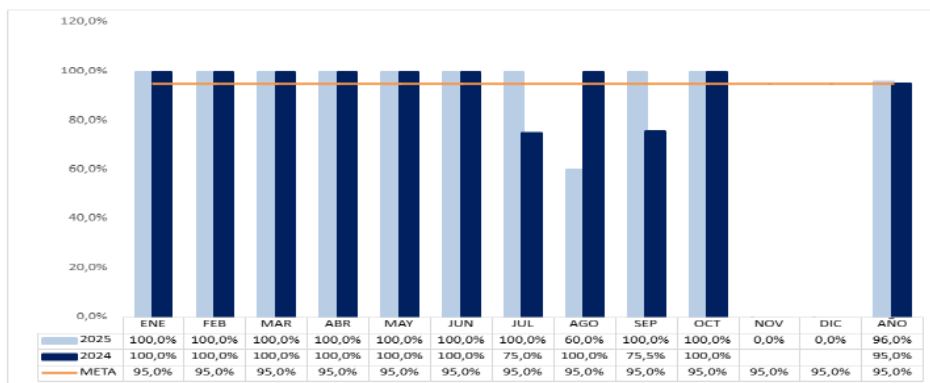
Gráfica N°39: Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Proporción de cumplimiento de Rondas de Verificación De Instalaciones Locativas y Equipos Industriales

NOMBRE DEL INDICADOR	META	META	META	PERIODICIDAD	2025											
					ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO	
					R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
Proporción De Cumplimiento De Rondas De Verificación De Instalaciones Locativas Y Equipos Industriales	>95%	90%-95%	90%	Mensual	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	60,00%	100,00%	100,00%	96,00%

Tabla N° 31 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Proporción De Cumplimiento De Rondas De Verificación De Instalaciones Locativas Y Equipos Industriales



Gráfica N° 40: Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Meta sobresaliente del indicador.	>95
Resultado del periodo del indicador.	Índice de 100%
Brecha con la meta	N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	octubre de 2024 100% octubre de 2025 100%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecutar las rondas semanales por parte del área de mantenimiento. • Presentar formatos de cumplimiento de las labores realizadas. • Solicitar personal para el área.
Motivos de la desviación.	No se generan desviaciones para el mes de octubre.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en GLPI y rondas preventivas de infraestructura. • Solicitar contratación de persona faltante en el área de mantenimiento. • Apoyo operativo por parte del jefe de servicios administrativos.

GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA EN SALUD

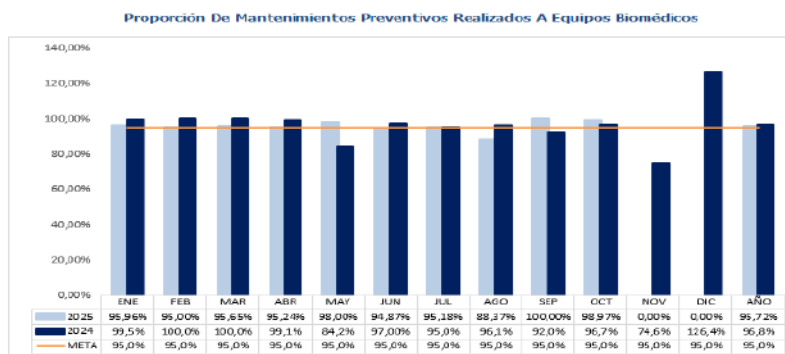
➤ GESTIÓN BIOMÉDICA

El área de ingeniería Biomédica tiene como fin garantizar un adecuado ciclo de gestión de la tecnología y el fortalecimiento del programa de Tecnovigilancia y todas aquellas características que se incluyen dentro del modelo de gestión de la tecnología, razón por la cual se han tenido en cuenta ciertos aspectos específicos como indicadores. Con el fin de dar trazabilidad al desarrollo de estos puntos durante el año 2025 corte del mes de octubre

Proporción de los mantenimientos preventivos realizados a equipos biomédicos

NOMBRE DEL INDICADOR	META	2025												AÑO			
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	R	R		
Proporción De Mantenimientos Preventivos Realizados A Equipos Biomédicos	>95%	90%-95%	95%	95,96%	95,00%	95,65%	95,24%	96,00%	94,87%	95,18%	88,37%	100,00%	96	97	NA	96,97%	95,72%

Tabla N° 32 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025



Gráfica N° 41: Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Meta sobresaliente del indicador	>95%
Resultado del periodo del indicador	Índice de 95.7%
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Octubre 2025: 98.9 % Octubre 2024: 96.7% Resultado cierre del año 2025: 95.7% Resultado cierre del año 2024: 96.8%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo • Seguimiento a los contratos de los proveedores de mantenimiento de los equipos • Ajustes en las frecuencias de mantenimientos preventivos en los equipos de la clínica • Ajuste en la clasificación de criticidad de los mantenimientos de los equipos
Motivos de la desviación	<p>En octubre de 2025 el indicador cerró en 98.9 %, superando la meta sobresaliente (>95 %) y mejorando en 2.2 puntos porcentuales el resultado obtenido en el mismo mes del año anterior (96.7 %).</p> <p>La única actividad pendiente correspondió al mantenimiento preventivo del angiógrafo del servicio de Hemodinamia, el cual no pudo ejecutarse debido a la apertura de agenda adicional de procedimientos en el servicio de Hemodinamia. Dicha intervención fue reprogramada y ejecutada satisfactoriamente el 5 de noviembre de 2025.</p> <p>A nivel acumulado anual, el indicador cierra 2025 en 95.7 %, cumpliendo la meta institucional, aunque presenta una disminución de 1.1 puntos porcentuales respecto al cierre 2024 (96.8 %). Esta variación se explica fundamentalmente por el bajo cumplimiento registrado en agosto 2025 (88.3 %), mes que concentró la mayor desviación del año.</p> <p>Adicionalmente, durante 2025 se evidenció una distribución no homogénea de los mantenimientos preventivos programados a lo largo de los meses, lo que incrementó la sensibilidad del indicador ante reprogramaciones o imprevistos. En meses con menor cantidad de equipos agendados (48–55 equipos/mes), la no ejecución de solo 3–5 actividades generaron un impacto porcentual significativamente mayor que en meses de alta carga (78–85 equipos/mes), donde la misma cantidad de pendientes representaba apenas 3.8–5.1 %. Esta variabilidad explica gran parte de las oscilaciones mensuales observadas, aun cuando el número absoluto de actividades pendientes se mantuvo bajo.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>Para mejorar o mantener este indicador se implementaron las siguientes estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de actividades asignadas en comité primario en las fechas establecidas • Notificación oportuna a cada uno de los proveedores y servicios tercerizados sobre las actividades a realizar durante el mes • Seguir correctamente el paso a paso de los protocolos de mantenimiento preventivo. • Rediseñar el cronograma anual 2026 buscando una distribución más uniforme de la carga (ideal 60–70 equipos/mes) para reducir la volatilidad del indicador. • Establecer franjas horarias protegidas (bloqueadas en agenda clínica) para mantenimientos preventivos de equipos únicos o críticos (angiografía, resonancia, TAC).



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

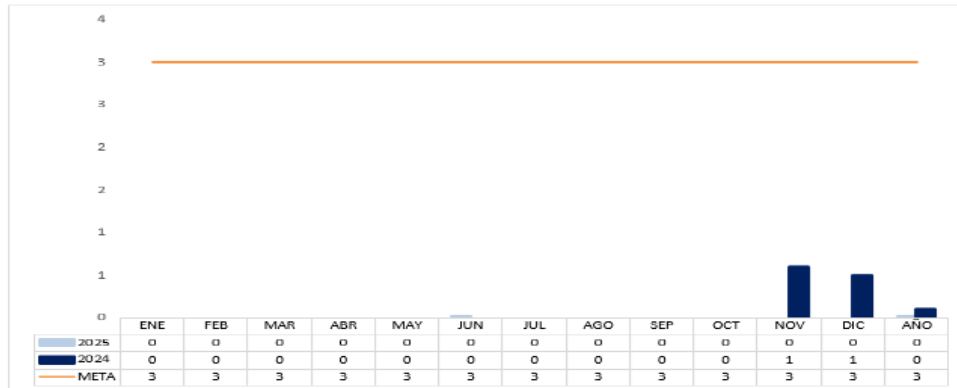


Índice de Eventos adversos asociados a equipos de tecnología en salud biomédicos.

NOMBRE DEL INDICADOR	META	META	META	2025												AÑO		
				ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE			R		
				R	R	R	R	R	R	R	R	R	N	D	R	R		
Índice De Eventos Adversos Asociados Al Uso De Equipos Tecnológicos En Salud (Biomédicos)	<2%	2%-4%	>4%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%	0,00%	0,00%	0,00%	0	4414	NA	0,00%	0,00%	

Tabla N° 33 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Índice De Eventos Adversos Asociados Al Uso De Equipos Tecnológicos En Salud (Biomédicos)



Gráfica N° 42: Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Meta sobresaliente del indicador.	<2
Resultado del periodo del indicador.	Índice de 0%
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo.	<p>Octubre 2025: 0%</p> <p>Octubre 2024: 0%</p> <p>Resultado cierre del año 2025: 0%</p> <p>Resultado cierre del año 2024: 0%</p>
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> Cumplir con el cronograma de mantenimiento y calibración de los equipos biomédicos. Seguimiento a las alertas sanitarias emitidas por el INVIMA o por el fabricante de los equipos. Implementación de stock de repuestos con el fin de manejar un seguimiento riguroso a los accesorios y repuestos de los equipos críticos y de alto impacto, así como las garantías de estos mismos Seguimiento a las rondas críticas y de alto impacto realizadas por el área de biomédica Seguimiento a los reportes verbales o escritos que manifiestan en los diferentes servicios con respecto a equipos biomédicos. Reporte real de eventos asociados y que no estén sujetos al mantenimiento preventivo y correctivo periódico de la tecnología biomédica.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



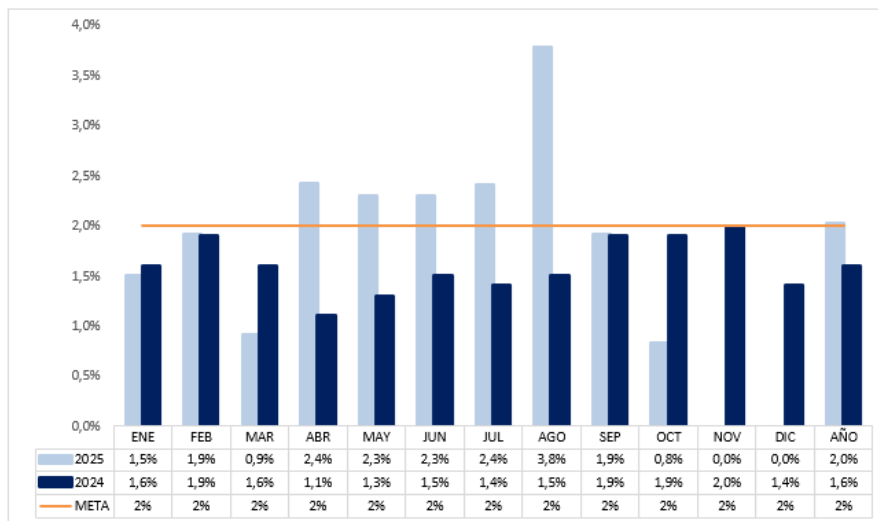
Motivos de la desviación.	Para el mes de octubre no se presentaron casos, de igual manera durante el año 2025 hasta la fecha no se presentó ningún evento adverso relacionado al uso de equipos médicos.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal sobre que es un evento adverso generado por un equipo biomédico, para un adecuado reporte. • Capacitar al personal que ingresa nuevo en la institución sobre cómo y cuándo realizar los reportes de eventos adversos ocasionados por tecnologías biomédicas. • Continuar con la vigilancia activa y proactiva a través de rondas en busca de identificar eventos adversos. • Retroalimentar al personal una vez que ocurre un evento adverso. • Realizar las capacitaciones de acuerdo con lo estipulado en el cronograma de capacitaciones.

Proporción de mantenimientos correctivos realizados a equipos biomédicos

NOMBRE DEL INDICADOR	2025															AÑO	
	META	META	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE			R	R
Proporción De Mantenimiento Correctivo Realizados A Los Equipos	<2%	2%-4%	>4%	1,50%	1,91%	0,91%	2,41%	2,30%	2,30%	2,41%	3,78%	1,91%	0	1094	114	0,82%	2,02%

Tabla nº34: Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Proporción De Mantenimiento Correctivo Realizados A Los Equipos



Gráfica N° 43: Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Meta sobresaliente del indicador	<2%																		
Resultado del periodo del indicador	0.8%																		
Brecha con la meta	NA																		
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Octubre 2025: 0.8% Octubre 2024: 1.8% Resultado cierre del año 2025: 2% Resultado cierre del año 2024: 1.6%																		
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a los equipos de alto impacto de la institución por medio del análisis de contingencia de equipos críticos y de alto impacto • Ejecución del cronograma de rondas de verificación diaria y mensual • Vigilancia de las actividades correctivas reportadas de manera activa y voluntaria por medio de tickets generados en la plataforma GLPI • Seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos • Capacitaciones realizadas al personal asistencial programadas mes a mes por medio del cronograma de capacitaciones sobre el uso y limpieza de equipos biomédicos 																		
Motivos de la desviación.	<p>En octubre de 2025 el indicador cerró en 0.8 %, cumpliendo ampliamente la meta sobresaliente (<2 %) y mejorando en 1.0 punto porcentual el resultado del mismo mes del año anterior (1.8 %). Este es el mejor registro mensual del año 2025 y refleja el impacto positivo de las rondas preventivas intensivas y la renovación parcial de tecnología crítica.</p> <p>Sin embargo, a nivel acumulado anual el indicador cierra en exactamente 2.0 %, incumpliendo por apenas 0.1 puntos la meta institucional. Esta desviación se concentra fundamentalmente en el elevado número de intervenciones correctivas en camas hospitalarias a lo largo del año, equipo que acumuló más de 85 intervenciones correctivas en 2025 (más del 55 % del total de correctivos del año), pese a representar solo el 7 % de la base instalada.</p> <p>Las camas actualmente instaladas en la institución (principalmente modelo MUKA y Stryker de más de 9 años de antigüedad) han alcanzado o superado su vida útil esperada, generando fallas recurrentes en motores, mandos, sistemas neumáticos, ruedas y estructuras. Estas fallas, aunque de baja complejidad individual, generan alto volumen de intervenciones y afectan directamente la continuidad de servicios críticos como UCI, Urgencias y Hospitalización.</p> <table border="1" data-bbox="553 1409 1377 1738"> <thead> <tr> <th>Grupo de equipos</th> <th>Nº aproximado de intervenciones 2025</th> <th>% del total correctivos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Camas hospitalarias</td> <td>>85</td> <td>55-60 %</td> </tr> <tr> <td>Central de esterilización (autoclaves y lavadoras)</td> <td>22</td> <td>14-16%</td> </tr> <tr> <td>Equipos de imágenes (TAC, RM, Rayos X, inyectores)</td> <td>18</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>Equipos de cirugía Máquinas de anestesia / torres / electrobisturí</td> <td>15</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>Monitores, bombas de infusión y ventiladores</td> <td>12</td> <td>8-9%</td> </tr> </tbody> </table>	Grupo de equipos	Nº aproximado de intervenciones 2025	% del total correctivos	Camas hospitalarias	>85	55-60 %	Central de esterilización (autoclaves y lavadoras)	22	14-16%	Equipos de imágenes (TAC, RM, Rayos X, inyectores)	18	12%	Equipos de cirugía Máquinas de anestesia / torres / electrobisturí	15	10%	Monitores, bombas de infusión y ventiladores	12	8-9%
Grupo de equipos	Nº aproximado de intervenciones 2025	% del total correctivos																	
Camas hospitalarias	>85	55-60 %																	
Central de esterilización (autoclaves y lavadoras)	22	14-16%																	
Equipos de imágenes (TAC, RM, Rayos X, inyectores)	18	12%																	
Equipos de cirugía Máquinas de anestesia / torres / electrobisturí	15	10%																	
Monitores, bombas de infusión y ventiladores	12	8-9%																	



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	Es importante destacar que durante 2025 ya se inició el proceso de renovación: se recibieron y pusieron en servicio 3 nuevas camas en UCI y está en trámite la compra de 3 camas adicionales por concepto de renovación tecnológica. Se espera que esta renovación parcial, junto con la proyectada para 2026, reduzca significativamente la carga correctiva en los próximos años.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de Rondas preventivas de equipos crítico y de alto impacto • Incentivar al personal en el reporte de fallas o daños en los equipos por medio de la plataforma GLPI • Implementación del programa de manejo seguro de equipos biomédicos. • Completar la renovación de al menos 15 camas hospitalarias adicionales en 2026 (priorizando UCI y Urgencias). • Incluir en la matriz de obsolescencia 2026–2028 la sustitución progresiva del 100 % de las camas con más de 10 años. • Continuar con la política de comparendos pedagógicos y capacitación continua sobre uso correcto de camas (frenos, barandas, mando).

Proporción de mantenimientos preventivos efectivos en los equipos biomédicos

NOMBRE DEL INDICADOR	META	META	META	2025												AÑO		
				ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE		R			
Proporción Del Mantenimiento Preventivo Efectivo De Equipos Biomédicos	> 90%	80-90%	< 80%	97,89%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	98,73%	97,37%	96,08%	96	96	NA	100,00%	99,21%

Tabla N° 35 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Meta sobresaliente del indicador	>90%
Resultado del periodo del indicador	100%
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	<p>Octubre 2025: 100 %</p> <p>Octubre 2024: 100%</p> <p>Resultado cierre del año 2025: 99.21%</p> <p>Resultado cierre del año 2024: 99.9%</p>
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de Rondas preventivas de equipos crítico y de alto impacto • Vigilancia de accesorios y renovación de los mismos • Seguimiento y control de los nuevos formatos de protocolos de mantenimiento preventivo
Motivos de la desviación	No se presentaron desviaciones del presente indicador en el mes de octubre. El único caso relevante en el año 2025 corresponde al mantenimiento no efectivo de una máquina de anestesia intervenida en el mes de septiembre, ya que el equipo no tuvo el ajuste adecuado en uno de los empaques del fuelle, generando que quedara fuera de servicio durante un fin de semana.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>Para mejorar o mantener este indicador se implementaron las siguientes estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de Rondas preventivas de equipos crítico y de alto impacto • Seguir correctamente el paso a paso de los protocolos de mantenimiento preventivo.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

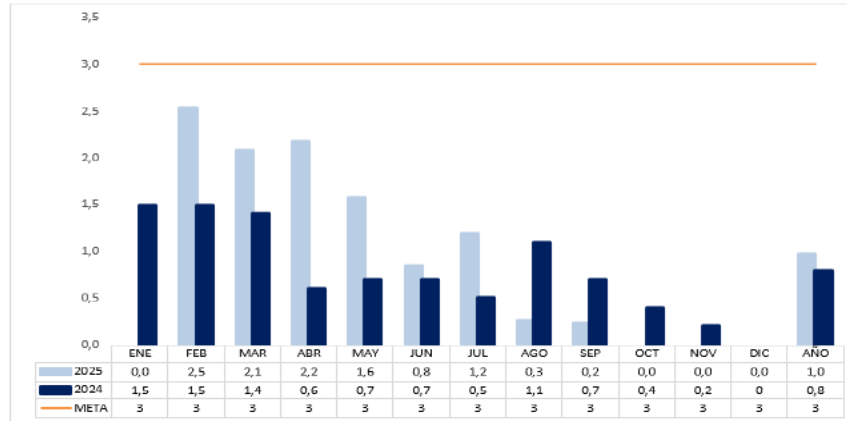


Índice de Incidentes Asociados a Equipos de Tecnología en Salud (Biomédicos)

NOMBRE DEL INDICADOR	META	META	META	2025												AÑO
				ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE			
Índice De Incidentes Asociados Al Uso De Equipos Tecnológicos En Salud (Biomédicos)	0,311000	2,411000	3,111000	0,00	2,53	2,08	2,17	1,57	0,84	1,19	0,26	0,23	0	0,00	0,98	0,98

Tabla N° 36 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Índice De Incidentes Asociados Al Uso De Equipos Tecnológicos En Salud (Biomédicos)



Gráfica N° 44: Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Resultado del periodo del indicador.	Índice de 0%
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo.	Octubre 2025: 0% Octubre 2024: 0.4% Resultado cierre del año 2025: 0.98% Resultado cierre del año 2024: 0.8%
Estrategias implementadas.	<ul style="list-style-type: none"> Cumplir con el cronograma de mantenimiento y calibración de los equipos biomédicos. Tener actualizadas las hojas de vida y su documentación para realizar seguimiento de las tecnologías. Base de datos de los equipos críticos para tener stock de insumos y repuestos. Seguimiento a los reportes verbales o escritos que manifiestan en los diferentes servicios con respecto a equipos biomédicos. Reporte real de incidentes asociados y que no estén sujetos al mantenimiento preventivo y correctivo periódico de la tecnología biomédica
Motivos de desviación.	<p>En octubre de 2025 no se reportó ningún incidente adverso asociado al uso de equipos biomédicos, logrando el mejor registro mensual del año y mejorando en 0.4 puntos porcentuales el resultado del mismo mes del año anterior (0.4 %). Este resultado refleja la efectividad de las acciones de tecno vigilancia activa y el refuerzo en las rondas preventivas durante el último trimestre.</p> <p>A nivel acumulado anual, el indicador cierra 2025 en 0.89 %, cumpliendo la meta institucional (<2 %), aunque con un incremento de 0.19 puntos porcentuales respecto al cierre 2024 (0.8 %). Este aumento, aunque dentro del rango aceptable, se encuentra una correlación directa</p>



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



con el aumento de mantenimientos correctivos (indicador 1.3 cerró en 2.0 %). Los mantenimientos correctivos no programados, especialmente en camas hospitalarias, monitores y equipos de imágenes, generan ventanas de mayor riesgo cuando ocurren inmediatamente antes o durante la atención del paciente. Del total de incidentes reportados en 2025, el 68 % estuvo asociado a equipos que habían requerido o requerirían intervención correctiva en menos de 24 horas previas y a equipos críticos o de alto impacto.

Estrategias para mejorar o mantener el indicador.

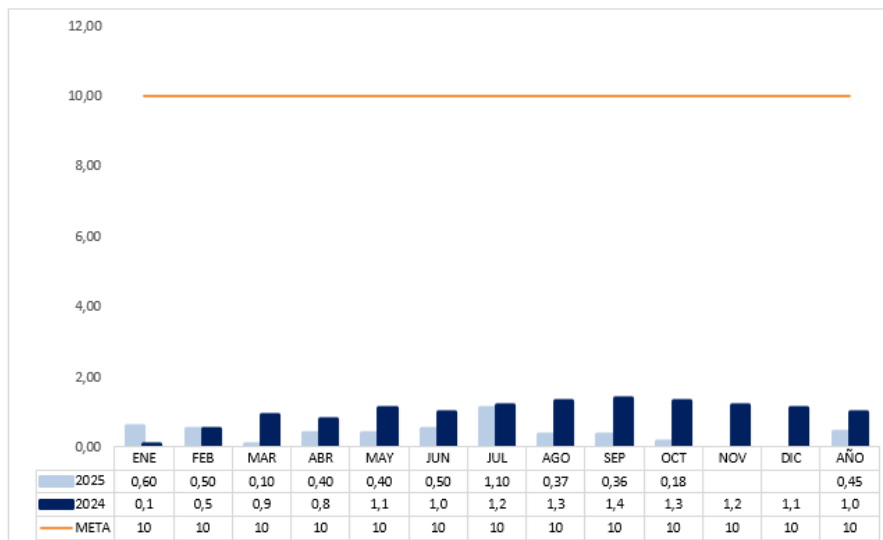
- Capacitar al personal sobre que es un incidente adverso generado por un equipo biomédico, para un adecuado reporte.
- Capacitar al personal que ingresa nuevo en la institución sobre cómo y cuándo realizar los reportes de incidentes adversos ocasionados por tecnologías biomédicas.
- Continuar con la vigilancia activa y proactiva a través de rondas en busca de identificar eventos adversos.
- Retroalimentar al personal una vez que ocurre un incidente adverso.
- Realizar las capacitaciones de acuerdo con lo estipulado en el cronograma de capacitaciones.
- Implementación de comparendos educativos a los servicios que se ven involucrados en casos de mal uso de los equipos.

Proporción de fallas de equipos tecnológicos en salud mayor a 1 día biomédicos

NOMBRE DEL INDICADOR	META	META	META	2025												OCTUBRE				ANO
				ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	R	D	R	R				
				R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R			
Proporción De Fallas De Equipos Tecnológicos En Salud Mayor A 1 Día Biomédicos	<2%	2%-4%	4-6%	0,60%	0,50%	0,10%	0,60%	0,40%	0,50%	1,11%	0,37%	0,36%	2	1694	NA	0,18%	0,47%			

Tabla N° 37 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Proporción De Fallas De Equipos Tecnológicos En Salud Mayor A 1 Día biomédicos



Gráfica N° 45: Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Meta sobresaliente del indicador	<2%
Resultado del periodo del indicador	0.18%
Brecha con la meta	NA
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Octubre 2025: 0.18% Octubre 2024: 0.3% Resultado cierre del año 2025: 0.45% Resultado cierre del año 2024: 1%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos Seguimiento a los equipos de alto impacto de la institución por medio del análisis contingencia de equipos críticos y de alto impacto Ejecución del cronograma de rondas de verificación diaria y mensual Vigilancia de las actividades correctivas reportadas de manera activa y voluntaria por medio de tickets generados en la plataforma GLPI
Motivos de la desviación	<p>Para el mes de octubre se tuvieron 2 equipos fuera de servicio los cuales corresponden a monitor de signos vitales de placa COS0273 y una mesa quirúrgica del servicio de salas de cirugía, hasta el momento el monitor de signos vitales continua fuera de servicio.</p> <p>En el balance global el indicador cerro en un porcentaje de 0.45% cumplimiento de la meta del indicador, a lo largo del año el indicador se mantuvo estable, sin desviaciones ni picos importantes, entre los equipos que estuvieron fuera de servicio de manera reiterativa tenemos, el TAC, el esterilizador a vapor y los ecocardiógrafos de cardiología no invasiva y cirugía cardiovascular.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento a los equipos biomédicos por medio del cuadro de seguimiento de tecnología biomédica implementando fechas de ingreso y salida de cada equipo Implementación de la matriz de obsolescencia para gestionar la Renovación de tecnología obsoleta Implementación de rótulos de equipos fuera de servicio por medios de Sticker de equipos fuera de servicio

GESTIÓN DE ACTIVOS

Este proceso es el encargado de la custodia y/o control de todos los activos de la institución, ya sean equipos de cómputo, equipos biomédicos, muebles y enseres, equipos industriales y también se encarga de manejar los siniestros en nuestra institución.

El cumplimiento general es positivo, con un alto porcentaje de activos que cumplieron con los criterios de identificación. Sin embargo, es importante abordar las desviaciones y la pérdida de ubicación para mejorar la gestión de inventarios en el futuro.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

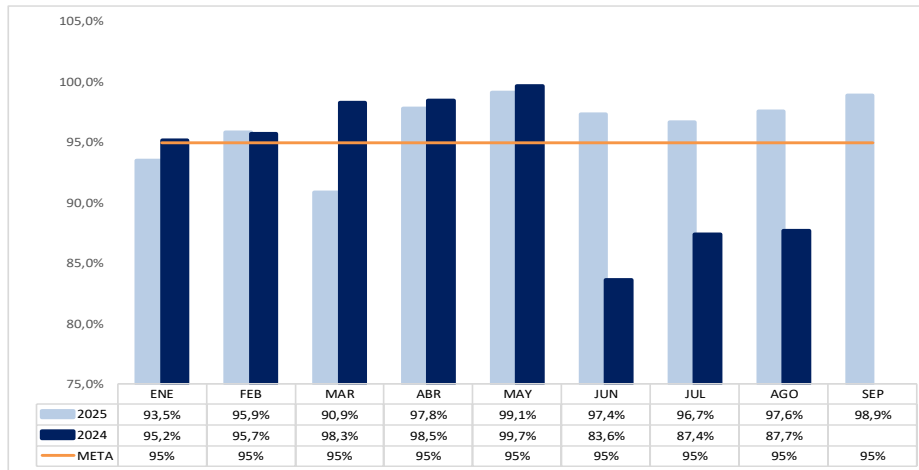


Proporción de activos que cumplen con los criterios de identificación

NOMBRE DEL INDICADOR	META	META	META	2025										AÑO
				ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	
Proporción De Activos Fijos Que Cumplen Con Los Criterios De Identificación	>95%	90%-95%	<90%	93,52%	95,86%	90,90%	97,84%	99,15%	97,36%	96,70%	97,56%	96,91%	0,00%	95,75%

Tabla N° 38 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Proporción De Activos Fijos Que Cumplen Con Los Criterios De Identificación



Gráfica N° 46 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Meta sobresaliente del indicador	<ul style="list-style-type: none"> >95%
Resultado del periodo del indicador	<ul style="list-style-type: none"> 98,9%
Brecha con la meta	<ul style="list-style-type: none"> N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> S/D
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Sticker de personalización Muestreo de equipos por familia Implementación de minutas (movimientos temporales de activos fijos) en todos los servicios críticos Incremento de rondas por las unidades críticas
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> N/A



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

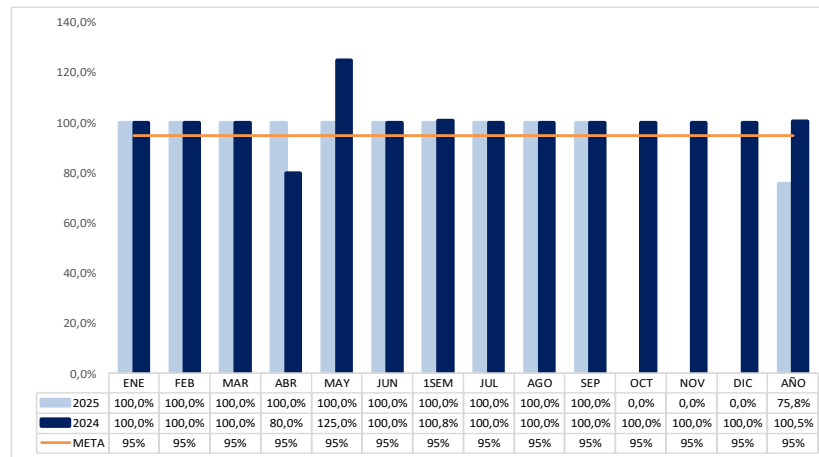


Proporción ejecución de inventario

NOMBRE DEL INDICADOR	META	META	META	2025											
				ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO	
				R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
Proporción De Ejecución De Inventario	>95%	90% - 95%	<90%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%	75,76%	

Tabla N° 39 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Proporción De Ejecución De Inventario



Gráfica N° 47 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Meta sobresaliente del indicador	<ul style="list-style-type: none"> >95%
Resultado del periodo del indicador	<ul style="list-style-type: none"> Octubre 0%
Brecha con la meta	<ul style="list-style-type: none"> >95%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> Octubre 2024 100%
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Adherencia del plan de trabajo
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> Replaqueteo de activos
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Estructuración de un plan de trabajo con metas alcanzables Seguimiento al plan de trabajo.

Análisis: Durante el mes de octubre se tenía programada la ejecución de 16 inventarios, sin embargo, no fue posible cumplir con el cronograma establecido, debido al replaqueteo de activos para el cambio realizado y cesión de la operación de Medifaca a Medilaser. Esto afectó directamente el indicador el cual reflejó un incumplimiento del 100% frente al objetivo mensual.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

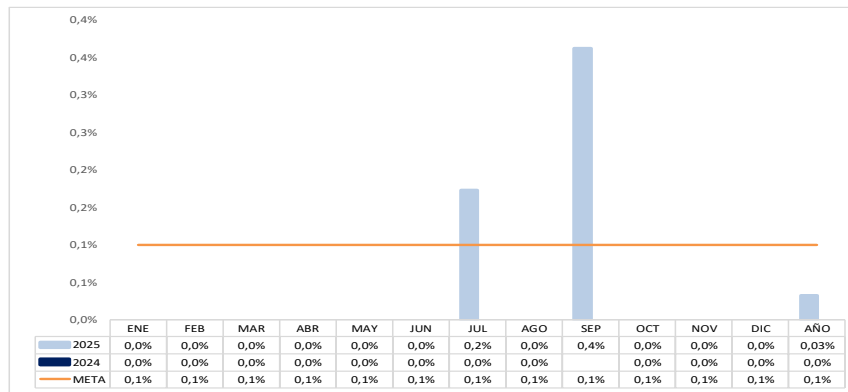


Proporción de activos proporción de activos que estan por fuera del software de gestión

NOMBRE DEL INDICADOR	META			2025											
	< 0,1%	0,1% - 3%	> 3%	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO	
Proporción De Activos Que Están Por Fuera Del Software De Gestión				R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,17%	0,00%	0,36%	0,00%	0,03%	

Tabla N° 40 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Proporción De Activos Que Están Por Fuera Del Software De Gestión



Gráfica N° 48 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Análisis anual: El indicador presenta desviaciones durante los meses de julio y septiembre, debido a la identificación de dos activos que no se encontraban registrados en el módulo de gestión. El primer caso corresponde a un fonendoscopio que figura en estado de baja, pero continúa operativo, y el segundo a un vaporizador entregado en agosto de 2024 que aún no había sido ingresado al sistema.

Como acción correctiva, se envió una solicitud formal al área de Farmacéuticos para obtener el acta de entrega del vaporizador. Una vez recibida, el activo fue incorporado al módulo de gestión en el mes de octubre.

Durante el 2024 no se encontraron activos fuera del modulo

Proporción del valor indemnizado

NOMBRE DEL INDICADOR	META			2025											
	≥ 55%	50% - < 55 %	< 50%	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO	
Proporción Del Valor Total Indemnizado				R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
	59,75%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	33,13%	

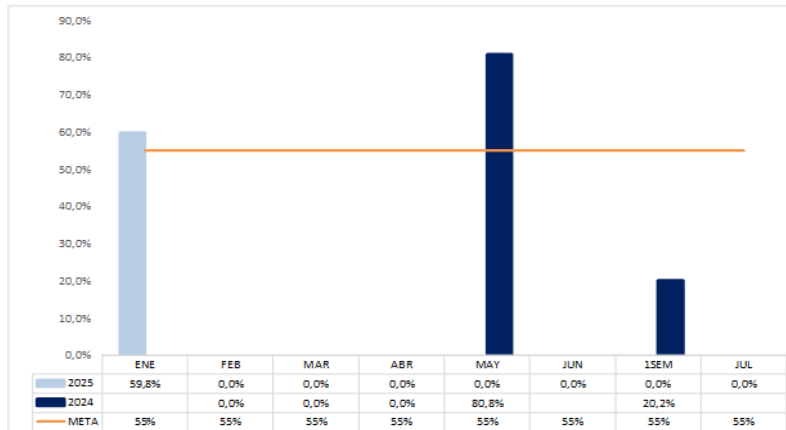
Tabla N°41 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Proporción Del Valor Total Indemnizado



Gráfica N° 49 Fuente: Indicadores grupo mejoramiento- administrativo 2025

Meta sobresaliente del indicador	• $\geq 55\%$
Resultado del periodo del indicador	• Sin datos
Brecha con la meta	• N/A
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	• Sin datos
Estrategias implementadas	• Seguimiento a la aseguradora
Motivos de la desviación	• N/A
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	• N/A

Análisis de Siniestro en Proceso de Reclamación:

- Fecha de siniestro: 21/07/2025
- Fecha de reporte a la aseguradora: 04/08/2025
- Descripción del equipo: Angiografía
- Valor asegurado: 2.753.898.000
- Valor perdido: 672.594.962
- Edad del siniestro: 102 días
- Documentación enviada:
 - Carta dando aviso informando lugar, fecha, modo lugar y daños
 - informe técnico
 - cotización arreglo
 - registro fotográfico
 - Oficios CODENSA
 - Informe con pruebas realizadas al equipo
 - Factura de compra inicial (contrato Angiografos, actas de terminación y factura)
 - Copia del contrato de mantenimiento
 - Copia de bitácoras de mantenimiento
 - Documentos del operador del equipo



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



- Cotización de un equipo con características similares
- Factura detector

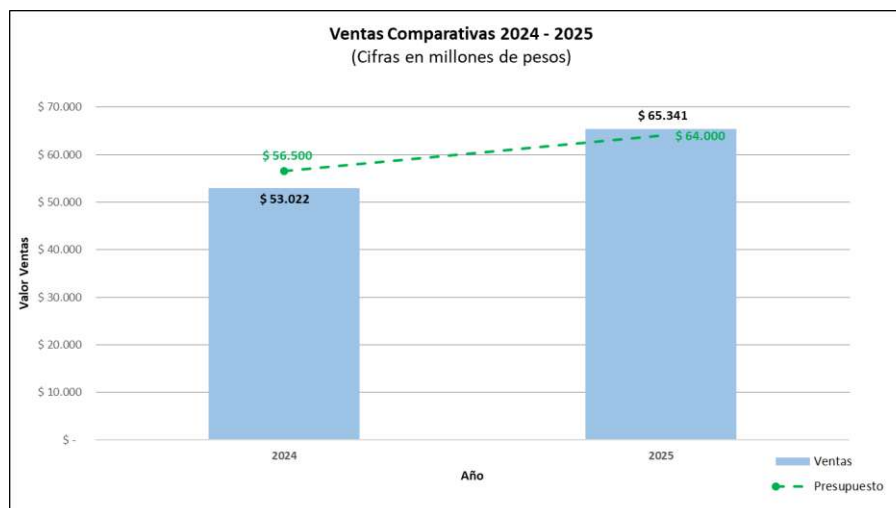
Siniestro en proceso de reclamación.

PORPORCIÓN DE ACTIVOS ADQUIRIDOS

Adquisición	cantidad	Suma de VrHistorico
BALANZA	1	\$ 700.000,29
CUELLO PLOMADO	2	\$ 675.088,00
DELANTAL PLOMADO	3	\$ 7.304.220,00
FALDA DE CHALECO PLOMADA	2	\$ 6.899.168,00
MESA DE NOCHE	12	\$ 9.738.960,00
MULTIMETRO	1	\$ 314.160,00
REFRIGERADOR DE RESIDUOS BIOLÓGICOS	1	\$ 8.496.600,00
SILLA GIRATORIA SIN BRAZOS EN CORDOBAN	5	\$ 2.289.265,00
SILLA TANDEM DE TRES PUESTOS	8	\$ 5.395.176,00
SOFA CAMA SENCILLO	6	\$ 15.600.900,00
TALADRO INALAMBRICO	2	\$ 860.860,00
VAPORIZADOR	1	\$ 1,00
Total general	44	\$ 58.274.398,29

GESTIÓN FINANCIERA

Ventas Comparativas 2024 Vs 2025



Gráfica 50. Ventas Comparativas Fuente: Presentación de Informe Financiero 2024 y 2025

Las ventas de la clínica para enero-octubre de 2025 muestran un desempeño financiero sobresaliente, superando el presupuesto en un 102% con un excedente de \$1.341 millones y un crecimiento del 23% respecto a 2024 (\$12.319 millones de incremento).



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

Este logro refleja una ejecución estratégica efectiva, con ventas reales de \$65.341 millones frente a un presupuesto de \$64.000 millones. La gráfica evidencia un crecimiento sostenido, posicionando a la institución por encima de las metas establecidas.

Las unidades de Apoyo Diagnóstico, Quirófanos y Hemodinamia lideraron la generación de ingresos, consolidándose como pilares del resultado positivo, este enfoque en áreas de alto valor impulsó la consolidación operativa pese a la cesión de operación realizada en noviembre 2025.

Resumen pérdidas y ganancias

➤ INGRESOS

Distribución Ingresos Promedio Mensual Año 2024 - 2025

INGRESOS OPERACIONALES	2024		2025		Variación	
	Ind	Valor	Ind	Valor	Ind	Valor
INGRESOS POR SERVICIOS	64%	\$ 3.370	66%	\$ 4.322	28,2%	\$ 952
INGRESOS POR MEDICAMENTOS	36%	\$ 1.932	38%	\$ 2.500	16,9%	\$ 568
ANULACIONES VIGENCIAS PASADAS	0%	\$ -	-4%	-\$ 288	-8,5%	-\$ 288
INGRESOS BRUTOS OPERACIONALES	100%	\$ 5.302	100%	\$ 6.534	23,2%	\$ 1.232
DESCUENTOS Y GLOSAS	2,4%	\$ 129	2,5%	\$ 163	26,4%	\$ 34
INGRESOS NETOS OPERACIONALES	97%	\$ 5.173	97%	\$ 6.371	23,2%	\$ 1.198

Tabla 42. (Datos En Millones de \$) Fuente: Presentación de Informe Financiero 2024 y 2025

Se presenta un aumento en los ingresos brutos frente al año 2024 del 23,2% (\$1.232 millones), la venta por servicios representa el porcentaje más alto dentro en la estructura del rubro, liderados por especialidades clave como ortopedia y cardiología que impulsan la mayor generación de valor.

Para efectos de reconocimiento de las posibles glosas y devoluciones que maneja la clínica, se establece una provisión basada en el porcentaje de aceptación histórico, este porcentaje es verificado anualmente, con el fin de actualizar su cubrimiento a nivel contable. Se presenta variación de 26,4%, valor que corresponde a las aceptaciones registradas durante el periodo.

➤ COSTOS

Costos Año 2024 - 2025 Promedio Mensual

COSTOS	2024		2025		Variación	
	Ind	Valor	Ind	Valor	Ind	Valor
COSTOS VARIABLES	42%	\$ 2.181	42%	\$ 2.672	22,6%	\$ 492
COSTOS FIJOS	26%	\$ 1.332	24%	\$ 1.513	13,6%	\$ 181
TOTAL COSTOS:	68%	\$ 3.513	66%	\$ 4.186	19,2%	\$ 673
MARGEN BRUTO OPERACIONAL	32%	\$ 1.660	34%	\$ 2.185	31,6%	\$ 525

Tabla 43. (Datos En Millones de \$) Fuente: Presentación de Informe Financiero 2024 y 2025

Los costos totales presentan una tendencia ascendente durante el año 2025, con una variación de 19,2 puntos porcentuales con respecto al periodo anterior; este aumento se explica por el mayor costo de mano de obra especializada, derivado de la escasez de profesionales médicos en la zona, la contratación de nuevas especialidades para expandir el portafolio de servicios y la vinculación de personal adicional para cumplir estándares de habilitación en atención al usuario. Asimismo, incidieron los elevados costos de insumos y medicamentos por desabastecimientos y backorder.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



➤ **GASTOS**

Gastos Año 2024 - 2025 Promedio Mensual

GASTOS	2024		2025		Variación	
	Ind	Valor	Ind	Valor	Ind	Valor
GASTOS ADMINISTRATIVOS	12%	\$ 597	11%	\$ 692	15,9%	\$ 95
GASTOS NÓMINA	8%	\$ 427	8%	\$ 480	12,6%	\$ 54
OTROS GASTOS	4%	\$ 232	4%	\$ 236	1,6%	\$ 4
TOTAL GASTOS:	24%	\$ 1.256	22%	\$ 1.408	12,1%	\$ 152

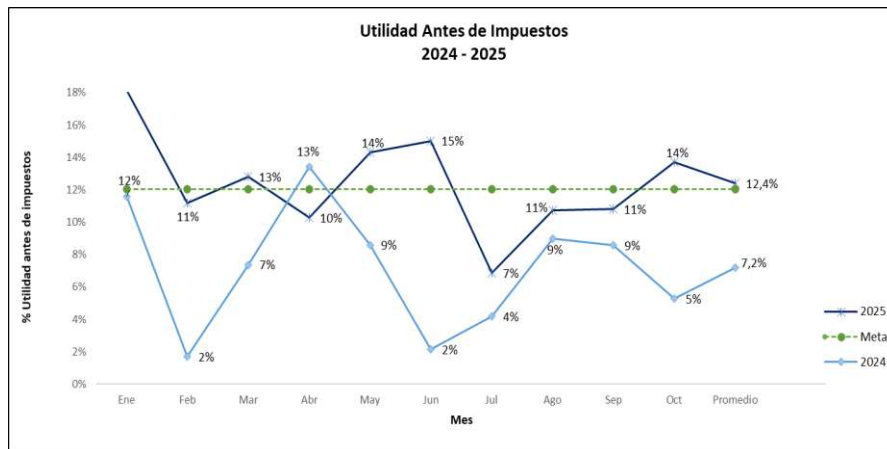
Tabla 44. (Datos En Millones de \$) Fuente: Presentación de Informe Financiero 2024 y 2025

Los gastos administrativos presentan una variación del 12,1% con un marcado aumento en rubros tales como mantenimiento, alimentación y ropa hospitalaria, adicionalmente se realiza ajuste del IPC en los diversos contratos de servicios.

La Nómina presenta una variación del 12,6%, generada por el ajuste salarial y la vinculación de personal nuevo requerido en los diferentes servicios por capacidad instalada.

Los otros gastos corresponden a conceptos contables tales como amortización, depreciación y las provisiones, los cuales presentan una leve variación del 1,6%.

➤ **UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS**



Gráfica 51 Fuente: Presentación de Informe Financiero 2024 y 2025

Clínica Medifaca cierra el año 2025 con una utilidad acumulada del 12,4% (ene-oct), cumpliendo con la meta establecida para la vigencia. El mayor porcentaje de la venta se concentra en entidades del régimen contributivo con un 76%, seguido de aseguradoras con un 18%. Esta estructura resalta la sólida posición en el mercado contributivo y la diversificación controlada de fuentes de ingresos.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Indicadores Financieros



Imagen 1. Balanced Scorecard de enero a octubre 2025 Fuente: <https://app.powerbi.com>

Índice de Costo de Honorarios Médicos: cerró en 25,6%, registrando una desviación de 1,9 puntos porcentuales por encima de la meta establecida que es 23,7%. Esta brecha se debe principalmente al incremento en los costos fijos de especialidades como anestesia para cirugía cardiovascular no presupuestada, aumento de horas de intensivistas y urgenciólogos durante varios meses del año. Como medidas de mejora, se trabaja activamente en la optimización de la productividad de estas especialidades, con el fin de compensar los costos asociados y alinear el indicador con los objetivos presupuestales.

Índice de Costos de Medicamentos e Insumos: cerró en 23,8%, con una leve desviación de 0,9 puntos porcentuales por encima de la meta del 22,9%. Esta brecha obedece al incremento sostenido de precios en productos críticos debido a cierres de cartera y desabastecimientos, así como a la facturación sin utilidad de materiales de osteosíntesis a entidades SOAT conforme a la normatividad vigente, adicionalmente se tiene el impacto de moléculas reguladas que redujeron la utilidad de múltiples productos durante el año. Como acciones de mejora se evalúan alternativas más económicas en conjunto con el área médica y se vienen desarrollando controles y seguimiento para reducir el desperdicio y mal uso de insumos en la institución.

Índice de Gasto Administrativo: se presenta un indicador del 10,9% frente a una meta del 11,2%, con un resultado sobresaliente con corte octubre 2025. reflejando un resultado sobresaliente con corte a octubre de 2025. Esta optimización responde a un estricto control de recursos y gasto, que permitió no solo el cumplimiento, sino superar los objetivos presupuestales. Durante la vigencia, se ejecutaron actividades clave como mantenimiento, arreglo de equipos biomédicos y adecuaciones, todo acorde con los rubros presupuestados, fortaleciendo la eficiencia operativa sin exceder límites financieros.

Índice de Costo Total de Personal: el indicador registra un resultado favorable del 23,9% acumulado, por debajo de la meta del 25,1%, reflejando una gestión sobresaliente. Este desempeño se atribuye al estricto control de nuevas contrataciones, que permitió alcanzar los objetivos pese a las vacantes que no fueron cubiertas por las limitaciones de personal en la zona.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Indicador Descuentos: se da cumplimiento al indicador del 2,5%. Corresponde al registro de aceptación de devoluciones y glosas durante el período. Este resultado incluye una provisión, dado los tiempos de conciliación con las entidades responsables de pago.

Utilidad Antes de Impuestos: Este indicador cerró 2025 en 12,4%, cumpliendo la meta establecida para la vigencia. El logro se debe al cumplimiento de la meta de facturación con tendencia positiva desde el mes de julio, sumado al control de costos y gastos antes mencionado que permitió generar un superávit que compensó el déficit del primer semestre. Adicionalmente, los contratos con entidades de mayor volumen de usuarios en la zona facilitaron el direccionamiento hacia la IPS.; aunque el incremento de tarifas ha sido un desafío por la situación del sector salud, se avanza en la gestión con proyecciones de mejora en el resultado.

Productividad Por Unidades



Imagen 2. Balanced Scorecard por unidad funcional de enero a octubre 2025 Fuente: <https://app.powerbi.com>

- **Consulta Externa:** alcanzó una utilidad del 8,4%, superando la meta del 7,7% establecida para el período. Durante el segundo semestre de 2025, esta unidad registró una notable mejora en productividad, impulsada por el direccionamiento estratégico de las entidades responsables de pago.
- **Urgencias:** registró una utilidad del 6,9%, con una ligera brecha negativa de 0,2 puntos porcentuales frente a la meta establecida. Este resultado se explica por el incumplimiento del presupuesto de ventas, combinado con un incremento en costos y gastos asociados, donde nómina y gastos administrativos representaron los rubros de mayor impacto.
- **Hospitalización:** registró una utilidad acumulada del 5,7%, con una desviación negativa de 4,4 puntos porcentuales frente a la meta del 10,1%. El desempeño refleja ventas promedio por debajo de lo presupuestado, combinadas con costos y gastos que superaron los indicadores establecidos. Un factor clave fue la afectación por anulación de facturación SOAT para refacturación, generando impacto negativo directo en los ingresos de la unidad.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



- **Endoscopias:** registró una utilidad del 33,8%, con una desviación negativa de 13,8 puntos porcentuales respecto a la meta establecida, aunque la programación de procedimientos se ejecuta de manera oportuna, las ventas no alcanzaron el nivel proyectado, se hace necesario ampliar las agendas para incrementar la productividad y cumplir con la meta, optimizando así la contribución de la unidad al resultado financiero global.
- **Electrofisiología:** registró una utilidad del 15,6%, con una brecha negativa de 14,8 puntos porcentuales frente a la meta del 30,4% establecida para la vigencia. Este resultado se originó por el bajo volumen de procedimientos realizados durante el año, combinado con el incremento constante en los costos de insumos.
- **Apoyo diagnóstico:** registró una utilidad del 53,1%, con una brecha negativa de 4,1 puntos porcentuales frente a la meta establecida. Aunque se cumplieron las ventas proyectadas, los costos y gastos aumentaron aproximadamente un 43%, impactados principalmente por mayores gastos de mantenimiento. En julio, la falla del tubo del tomógrafo generó un costo de aproximadamente \$200 millones, afectando directamente la productividad de la unidad.
- **Quirófanos:** alcanzó una utilidad acumulada del 20,5%, superando la meta establecida del 14,7%. La unidad mostró una tendencia positiva con aumento de procedimientos en el segundo semestre de 2025, lo que permitió cumplir y exceder las metas de productividad. A pesar del incremento constante en costos de insumos y medicamentos, logró mantener márgenes sólidos. Este desempeño se atribuye también al crecimiento en atenciones SOAT recibidas durante el año, que impulsaron significativamente los ingresos de la unidad. El resultado posiciona a la unidad como un pilar clave en la rentabilidad global de la clínica.
- **Hemodinamia:** presenta una utilidad del 42,6%, frente a una meta establecida del 42,2%, cumpliendo con la meta establecida. Este resultado se logró gracias al aumento de procedimientos a partir de julio de 2025, que impulsó la productividad de la unidad hasta alcanzar los objetivos proyectados.
- **Cirugía cardiovascular:** registró una pérdida del -19,2%, reflejando un desempeño por debajo de las expectativas. Este resultado negativo se originó por el bajo volumen de procedimientos, con un promedio de 2 mensuales frente a la meta de 10 establecidos. La brecha operativa limitó significativamente los ingresos de la especialidad.
- **UCI Medica:** registró una utilidad del 11,6%, superando ligeramente la meta del 10,8% establecida. Las ventas promedio superaron las proyecciones realizadas, permitiendo cumplir con la productividad esperada pese al incremento paralelo en costos y gastos. La ocupación promedio de la unidad alcanzó el 81,46% durante enero-octubre de 2025, reflejando una gestión mucho más eficiente que otros periodos.
- **Banco de sangre:** presenta una utilidad del 58% frente a una meta del 57,6%, este indicador positivo se atribuye al aumento en las unidades requeridas para respaldar la operación durante 2025.
- **Resonancia magnética:** generó una utilidad del 84,4%, superando ampliamente el presupuesto del 65,2%. Este desempeño destacado se beneficia de que aún no se han cargado la totalidad de costos asociados a la unidad, lo que infla temporalmente los márgenes. El volumen actual de procedimientos es muy bajo, limitando el potencial real de ingresos.

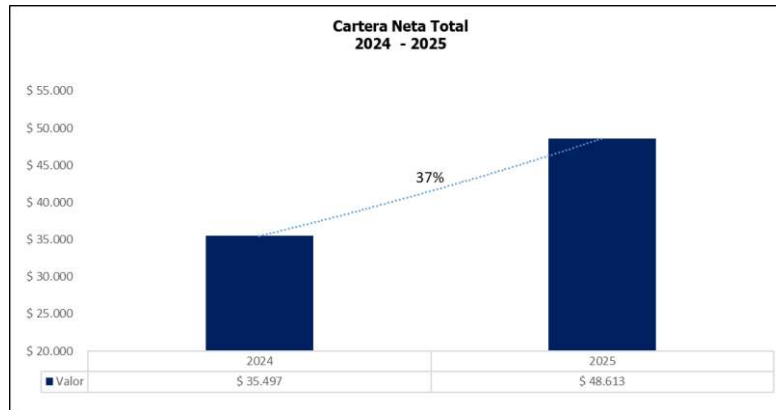


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Gestión de cartera

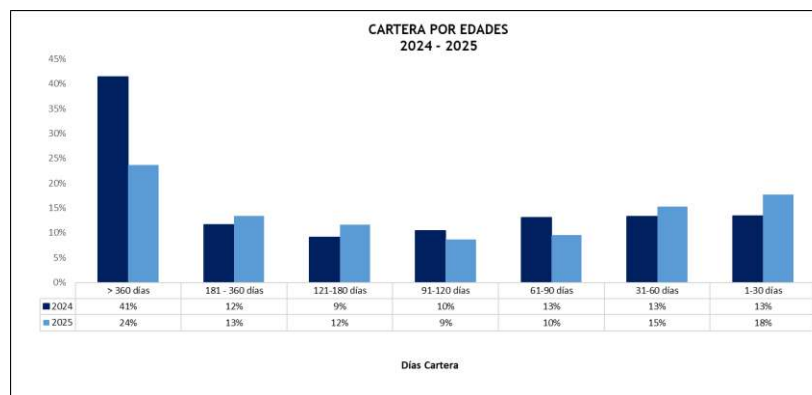
➤ CARTERA NETA



Gráfica 53. (Datos En Millones de \$) Fuente: Vista 192.168.10.162

El año 2025 cierra con un valor total de la cartera de \$48.613 millones de pesos, lo que significó un aumento porcentual del 37% con respecto a la deuda reportada en el año 2024.

Por edad se presenta:



Gráfica 54. Cartera por edades total Año 2024 y 2025 Fuente: Vista 192.168.10.162

La cartera con vencimiento superior a 360 días representó el 24% del total de cuentas por cobrar en 2025, reflejando una reducción de 17 puntos porcentuales respecto al año anterior.

Este comportamiento responde a deudas históricas no saldadas, déficits en financiamiento y las intervenciones gubernamentales en el sistema de salud, agravados por prácticas indebidas de las EPS: reducción de giros, demoras en conciliaciones, objeciones injustificadas, pre auditorias y exigencias administrativas que obstaculizan la facturación.

La rotación de cartera alcanzó 260 días a diciembre 2025 (incremento anual), ante lo cual se ejecutaron acciones estratégicas: acuerdos de pago equivalentes al promedio de facturación, agendamiento de conciliaciones y

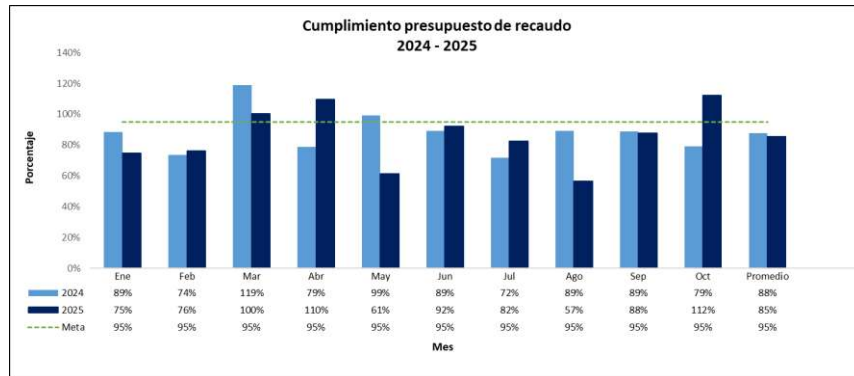


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



depuraciones, mesas de trabajo con EPS para corregir prácticas, y procesos jurídicos para recuperar glosas y saldos.

➤ **RECAUDO DE CARTERA**



Gráfica 55. Fuente: Tablero Power BI – Recaudo Cartera

El indicador de cumplimiento de recaudo cerró 2025 con un promedio acumulado del 85%, mostrando una desviación negativa de 10 puntos porcentuales frente a la meta y una tendencia decreciente respecto a 2024, como evidencia la gráfica mensual.

El área de cobranzas, respaldada por alta gerencia, intensificó mecanismos de recuperación mediante acuerdos clave que mejoraron liquidez; sin embargo, ineficiencias administrativas en EPS (demoras conciliaciones) generaron barreras. Destaca la gestión de cobro y conciliación, que se mantiene sobre el 90% de entidades gestionadas, aclarando saldos y facilitando pagos.

La intervención de las EPS y los múltiples cambios de agentes interventores generaron traumatismos operativos en dichas entidades, afectando directamente la programación de pagos y causando el incumplimiento del indicador de recaudo.

Gestión de glosas

➤ **GLOSA RECIBIDA**



Gráfica 56. (Datos En Millones de \$) Fuente: Tablero de Power BI – histórico de glosas



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Durante el año 2025 el promedio de glosa recibida disminuyó en un 9% en comparación con el año anterior, representado en \$121 millones de pesos.

Por concepto para el año 2025 se tiene en primer lugar la glosa por facturación con un porcentaje de participación dentro del total recibido del 21%, seguido de cobertura con un 19%, pertinencia con el 16% y tarifas con el 12%:



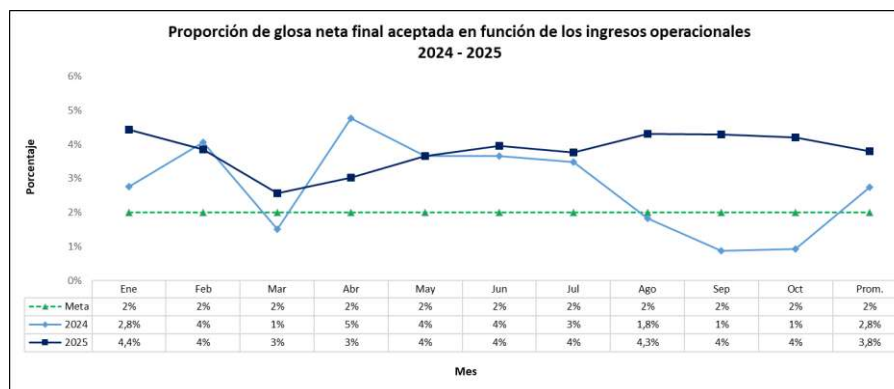
Gráfica 57 (Datos En Millones de \$) Fuente: Tablero de Power BI – histórico de glosas

Durante el análisis de glosas se identificaron oportunidades de mejora, evaluadas por líderes de proceso para diseñar estrategias de educación, ajuste y retroalimentación que corrijan y prevengan objeciones.

Se realizaron socializaciones y capacitaciones dirigidas al personal de facturación y asistencial, junto con comités interinstitucionales con EPS para redefinir procesos. Además, se incorporaron temas clave sobre causas de objeción y lineamientos preventivos en el programa de inducción para nuevo personal asistencial.

Estas iniciativas fortalecen la gestión integral de glosas, reduciendo su impacto financiero en un contexto sectorial desafiante.

Proporción de glosa neta final aceptada en función de los ingresos operacionales



Gráfica 58. Fuente: Tablero de Power BI – histórico de glosas

Se observa una tendencia ascendente en el promedio de glosa aceptada durante el año 2025, representado en 1 punto porcentual con respecto al año anterior y 1,8 con respecto a la meta.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Dentro de las causas de desviación se encuentra:

- Estancia y estudios diagnósticos: Reflejan inconsistencias en documentación clínica que generan objeciones recurrentes.
- Registro de historia clínica: Evidencia falencias en completitud y oportunidad de registros asistenciales.
- Refacturaciones SOAT: Constituye la causa principal, asociada a refacturaciones por cobertura agotada de servicios SOAT.

Para generar un impacto positivo en el resultado del indicador se viene adelantando capacitación constante al personal asistencial con el fin de adoptar las guías medicas pertinentes en las conductas médicas definidas, así como al personal de facturación para realizar los correctivos pertinentes.

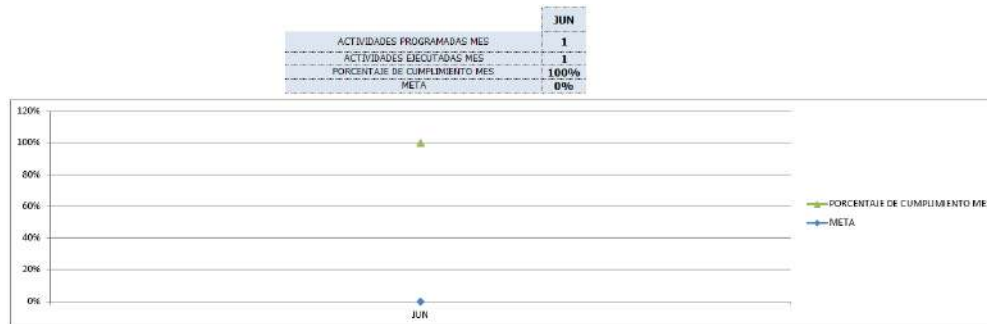
Cierre de programas desarrollados de enero a octubre 2025

➤ PRE AUDITORIA

Como parte del plan de actividades 2025 del área de auditoría de cuentas médicas, se ejecutaron dos talleres estructurados en fases diferenciadas, orientados a fortalecer los conocimientos del personal de facturación sobre la normatividad vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pilar esencial para la facturación de servicios de salud:

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	
			FECHA DE REALIZACIÓN	JUN
Taller de Conocimientos Fase 1 para Analista de Facturación	1. Realizar talleres estructurados en dos fases, con énfasis primordial en la normatividad vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como base fundamental para la facturación de servicios de salud.	Auditor de Cuentas Medifaca	Junio 2025 Diciembre 2025	P E 1 1

Tabla 45. Ejecución actividades área pre auditoría Fuente: Informe de pre auditoría



Gráfica 59. Cumplimiento de actividades programadas área pre auditoría Fuente: Informe pre auditoría

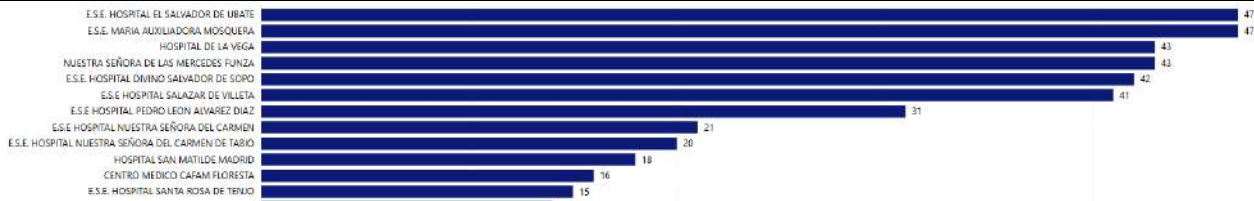
Glosas

Durante el año 2025, se impartieron inducciones programadas al personal médico y de enfermería, coordinadas por la dirección correspondiente, para socializar los motivos más recurrentes de glosas y devoluciones, con el objetivo de reducir las objeciones. Adicionalmente, se programaron sesiones específicas con el personal de facturación y nutrición para abordar las glosas recibidas y fortalecer la gestión integral:



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





Gráfica No. 62 Top 15 de las IPS remitentes en octubre de 2025. Fuente Vista Power Bi.

Frente al origen de los pacientes remitidos se evidencia que dentro del top de municipios se encuentran Villeta, Ubaté, Mosquera y Funza; y dentro del Top de aseguradores que remiten Famisanar, Nueva EPS, y SOAT.



Gráfico No. 63. Especialidades médicas solicitadas en referencia en octubre de 2025 con diagnósticos presentados. Fuente Vista Power Bi.

Es importante destacar que el 19% de casos que se presentan corresponden a la especialidad de ortopedia, seguido con 14% de Unidad de Cuidado Intensivo y un 11% corresponde a cirugía general, los demás casos se relacionan con enfermedades cardiovasculares, patología neurológica y traumatismos músculo esqueléticos.

PROCESOS DE VERIFICACIÓN

GESTIÓN DE CONTROL INTERNO

Proporción de criterios cumplidos en la auditoria aplicada a procesos y procedimientos

NOMBRE DEL INDICADOR	META			PERIODICIDAD	1er TRIMESTRE	2 do TRIMESTRE	3er TRIMESTRE	4to TRIMESTRE	AÑO
	>95%	90 - 95%	<90%		R	R	R	R	R
Proporción de criterios cumplidos en la auditoria aplicada a procesos y procedimientos				Trimestral	0,00%	94,29%	46,15%	0,0	81,25%

Tabla No 47 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	• > 95%
Resultado del periodo del indicador	81.25%
Brecha con la meta	13.75%



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	El indicador no se encontraba previamente implementado en el tablero de indicadores durante el año 2024.
Estrategias implementadas	<p>Para el año 2025, se programó la auditoría del proceso de esterilización en el primer semestre, obteniendo un cumplimiento del 94,29 %. Durante el período evaluado solo se realizó una auditoría en el primer trimestre de 2025, lo cual limitó la posibilidad de seguimiento continuo y ajuste oportuno de los resultados.</p> <p>Adicionalmente, en la auditoría al proceso transfusional realizada en el servicio de UCI, se obtuvo un cumplimiento del 52 %, evidenciando desviaciones significativas en las etapas de prescripción, preparación y ejecución de la transfusión</p>
Motivos de la desviación	<ul style="list-style-type: none"> Se realizó únicamente una auditoría durante el primer semestre de 2025, sin seguimiento periódico en el segundo semestre.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Modificar y ejecutar el plan de trabajo del Área de Garantía de la Calidad, asegurando la realización de auditorías programadas durante el segundo semestre de 2025. Realizar seguimiento periódico a los hallazgos identificados mediante planes de mejora con responsables y fechas definidas. Socializar los resultados de las auditorías en los comités de Seguridad del Paciente y Calidad para la toma de decisiones y acciones correctivas. Monitorear el indicador de manera continua en el tablero institucional para evaluar tendencias y asegurar el cumplimiento de la meta establecida

Proporción de cumplimiento a los protocolos de atención en salud

NOMBRE DEL INDICADOR	META			PERIODICIDAD	1er TRIMESTRE	2do TRIMESTRE	3er TRIMESTRE	4to TRIMESTRE	AÑO
					R	R	R	R	R
Proporción de cumplimiento a los protocolos de atención en salud	>95%	90 - 95%	<90%	Trimestral	● 89,49%	● 75,57%	● 90,89%	● 93,67%	● 82,95%

Tabla No 48 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	> 95%
Resultado del periodo del indicador	82.95%
Brecha con la meta	12,05%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No se puede realizar análisis con año anterior por cambio comparativo de meta.

Proporción de estancias pertinentes

CODIGO DEL INDICADOR Y FICHA TECNICA	NOMBRE DEL INDICADOR	META			2025				Año
					1er TRIMESTRE	2do TRIMESTRE	3er TRIMESTRE	4to TRIMESTRE	
N-CS-557 MD-F	Proporción de Estancias Pertinentes	>95%	90 - 95%	<90%	● 80,16%	● 84,62%	● 82,96%	● 81,58%	● 82,05%

Tabla No 49 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Meta sobresaliente del indicador	> 95%
Resultado del periodo del indicador	82,05%
Brecha con la meta	12,95%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No se puede realizar análisis con año anterior por cambio comparativo de meta.
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de la pertinencia de estancia día por día en historias que evaluadas dentro de los procesos de seguimiento de auditoría registro de historias Clínicas. Revisión de historia clínicas a las que se han presentado objeciones de pertinencia de estancia por parte de la auditoría concurrente de los aseguradores Revisión del cumplimiento de los criterios de estancia según el nivel de complejidad en que se encuentre ubicado el paciente.
Motivos de la desviación	<p>Para este trimestre se realizó evaluación de estancias pertinentes en los casos de más larga estancia asociados a estancias mayores de 20 días, Encontrando de estancias evaluadas pertinencia en Días, evidenciando la siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prolongación de estancia por Remisiones no aceptadas Para subespecialidades No asignación de servicio de crónicos domiciliario No entrega de condicionantes de egreso (Nutriciones, medicamentos) Disponibilidad de especialista, procedimiento o material Quirúrgico (Cirugía Cardiovascular, vascular, ortopedia). Definición de egreso a la espera de paso a piso desde unidad de cuidado intensivo (No asignación de cama en piso).
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Reporte a trabajo social y desde allí a antes de control y jurídica de los casos de pacientes con sospecha de abandono o no aceptación de egreso. Apoyo a gestión de egresos para mejorar disponibilidad de camas en áreas adecuadas a la condición del paciente. Reporte y seguimiento a la respuesta a interconsultas por especialidad no presenciales (Hemodinamia, Neurointervencionismo, toxicología, cirugía cardiovascular entre otras). Apoyo a gestión de demoras para realización de procedimientos quirúrgicos, Lectura de imágenes, Reporte de cultivos y otros laboratorios y gestión de trámites redondos.

INDICADOR PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

NOMBRE DEL INDICADOR	META			PERIODICIDAD	PRIMER SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE	AÑO
	> 95%	90-95%	< 90%		R	R	R
Proporción de cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento	> 95%	90-95%	< 90%	Semestral	● 0,00	● 66,67%	● 66,67%

Tabla No 50 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	• > 95%
Resultado del periodo del indicador	28.33%



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Brecha con la meta	12,95%
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	No se puede realizar análisis con año anterior por cambio comparativo de meta.
Estrategias implementadas	Medifaca IPS SAS, tiene un plan de mejora de humanización que se presentó ante la Secretaria de salud de Facatativá.
Motivos de la desviación	El plan de mejora inicio el 1 de Septiembre de 2025, se ha dado cumplimiento a las actividades propuestas hasta el mes de octubre de 2025.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<ul style="list-style-type: none"> Terminar de ejecutar el plan de mejora con las actividades del mes de noviembre y diciembre.

COMITÉ DE COVE Y EVV

Con base en la revisión de las actas mensuales correspondientes a las sesiones del Comité de Vigilancia Epidemiológica durante el año 2025, se evidencia el cumplimiento de los compromisos programados y el adecuado seguimiento a cada una de las acciones establecidas. A lo largo del periodo, el comité mantuvo una periodicidad constante en sus reuniones, garantizando la trazabilidad de los casos, la evaluación sistemática de los indicadores y la implementación oportuna de las medidas de control.

Las actas documentan el cierre progresivo de los compromisos, la verificación de las intervenciones propuestas, así como la participación activa de los responsables asignados. Igualmente, se reflejó la ejecución de actividades de mejora continua orientadas al fortalecimiento de los procesos de vigilancia, notificación, análisis de riesgos y gestión preventiva.

En conclusión, el análisis de la información soportada en las actas mensuales confirma que, durante el año 2025, la organización cumplió de manera satisfactoria con los compromisos del Comité de vigilancia epidemiología y estadísticas vitales, asegurando la operatividad del sistema de vigilancia epidemiológica y contribuyendo al mantenimiento de condiciones seguras y controladas en materia de salud pública y prevención de eventos.

TABLERO DE INDICADORES COMITÉ COVE Y EEV

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	2025								
					PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO SEMESTRE			AÑO		
					N	D	R	N	D	R	N	D	R
Tasa de mortalidad Intra-hospitalaria después de 48 horas	< 18 x1000	18-20 x1000	>20 x1000	(Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso Total de pacientes hospitalizados en el periodo) x 1000	0	9720	0,00	2	14254	0,14	2	34068	0,06
Índice de mortalidad en menores de 5 años por Infección respiratoria aguda (IRA)	<2 x100	2-4 x100	>4 x100	Número de muertes por IRA en pacientes menores de 5 años / Total de Menores de 5 años atendidos con IRA x 100	0	17	0,00	0	9	0,00	0	45	0,00
Índice de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad diarreica aguda (EDA)	<2 x100	2-4 x100	>4 x100	Número de muertes por EDA en pacientes menores de 5 años / Total de Menores de 5 años con diagnostico de EDA atendidos x 100	0	1	0,00	0	7	0,00	0	19	0,00
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición	<2%	2% - 4%	>4%	(Número de defunciones de niños menores de 5 años cuya causa básica de muerte la desnutrición Total de muertes de 5 años atendidos en la clínica en el periodo evaluado) x 100	0	2	0,00%	0	41	0,00%	0	116	0,00%

Tabla No 51 Fuente: Formato de plan de trabajo comité COVE y EEV 2025/ SharePoint planes de trabajo institucional 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Tras la revisión y análisis de los indicadores del Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE y EEVV) correspondientes al periodo anual evaluado, se confirma que **todos los indicadores se encuentran dentro de las metas establecidas**, sin presentar desviaciones ni alertas durante el año.

Este resultado refleja la adecuada implementación de las acciones de vigilancia, la oportunidad en el reporte de eventos, el cumplimiento de los protocolos institucionales y el compromiso del equipo responsable de la gestión epidemiológica en Clínica Medifaca.

Se deja constancia de que el comportamiento epidemiológico anual se mantuvo bajo control, garantizando la continuidad de las estrategias de prevención, detección y respuesta, y contribuyendo a la seguridad de los pacientes, trabajadores y comunidad atendida.

➤ **CUMPLIMIENTO EN LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA**

NOMBRE EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA	TOTAL	%
DENGUE	193	35.68%
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	155	28.62%
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	92	16.99%
INTENTO DE SUICIDIO	25	4.61%
INTOXICACIONES	23	4.24%
VARICELA INDIVIDUAL	16	2.95%
TUBERCULOSIS	6	1.11%
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	6	1.11%
FIEBRE AMARILLA	5	0.92%
ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	3	0.55%
LEPTOSPIROSIS	3	0.55%
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	3	0.55%
PAROTIDITIS	3	0.55%
IAD - INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS - INDIVIDUAL	3	0.55%
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	2	0.37%
HEPATITIS A	2	0.37%
MALARIA	1	0.18%
ACCIDENTES POR OTROS ANIMALES VENENOSOS	1	0.18%
TOTAL	542	100%

Tabla No 52 Fuente: Registros de notificación Obligatoria y reporte INS

ANÁLISIS DEL INDICADOR

Durante el periodo evaluado, se registró un total de **542 eventos de interés en salud pública**. El análisis evidencia que **el dengue** fue el evento de mayor frecuencia, representando **35.68%** del total, lo que confirma su relevancia epidemiológica y la necesidad de mantener acciones de control vectorial y educación comunitaria.

En segundo lugar, las **agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia** aportaron **28.62%**, destacándose como un evento prioritario para las acciones de prevención, vacunación y control de fauna doméstica y callejera.

Los eventos asociados a **violencia de género e intrafamiliar** representaron **16.99%**, lo que refleja un problema social persistente que requiere fortalecimiento de rutas de atención, detección temprana y trabajo intersectorial.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Los **intentos de suicidio (4.61%)** e **intoxicaciones (4.24%)** mantienen proporciones moderadas, pero continúan siendo eventos sensibles que demandan vigilancia activa, abordaje psicosocial oportuno y acciones preventivas integrales.

El resto de los eventos, incluyendo **varicela, tuberculosis, VIH/SIDA, fiebre amarilla, hepatitis, leptospirosis, IRAG centinela, IAD, morbilidad materna extrema, parotiditis y malaria**, presentan frecuencias bajas (entre 0.18% y 2.95%), sin generar cargas epidemiológicas significativas durante el año. No obstante, por su importancia sanitaria, requieren vigilancia continua para detección temprana y prevención de brotes.

En conjunto, los datos muestran un **comportamiento epidemiológico estable**, sin desviaciones respecto a las metas del comité. Estos resultados evidencian una vigilancia efectiva y la adecuada implementación de medidas de prevención y control en Clínica Medifaca.

➤ **SEGUIMIENTO PACIENTES EN SALUD MENTAL**

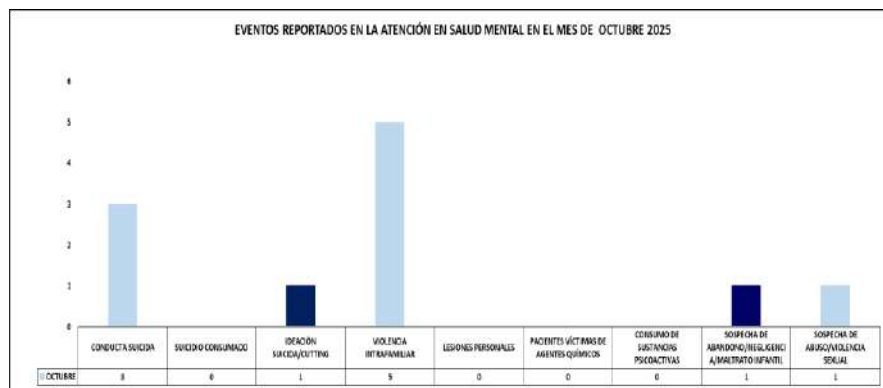


Gráfico N° 64 Fuente: Seguimiento de casos Salud Mental

El gráfico anterior evidencia que, para el mes de octubre la proporción de eventos en salud mental presentan una variabilidad significativa con el aumento de las violencias por razones de sexo y género.

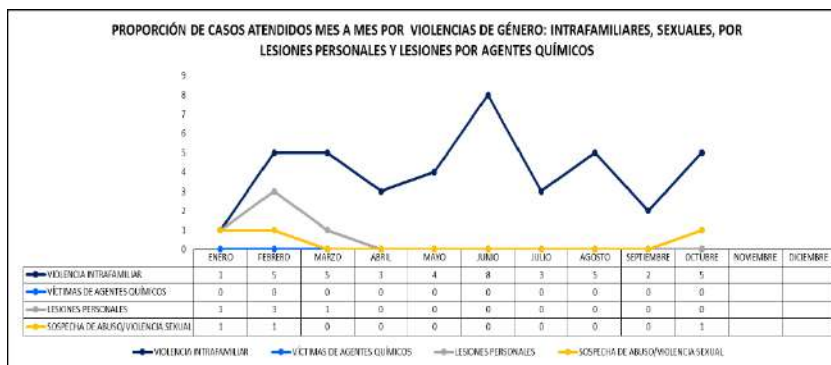


Gráfico N° 65 Fuente: Seguimiento de casos Salud Mental



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



El gráfico anterior corresponde al análisis comparativo de la proporción de los eventos de los diferentes tipos de violencias presentadas para el mes de octubre del año en curso, lo que permite identificar la prevalencia de eventos mes a mes.

Se realiza revisión de casos identificados:

VIOLENCIAS DE GÉNERO

- ✓ Masculino de 17 años de edad, residente del municipio de Facatativá, de EAPB Nueva EPS, quien ingresa en compañía de fuerza pública por impresión diagnóstica de maltrato intrafamiliar. Caso recibe atención interdisciplinaria y psicosocial. Se pone caso en disposición de la Comisaria de Familia.
- ✓ Femenina de 37 años de edad, residente del municipio de Facatativá, de EAPB Sanitas, quien ingresa por presunta violencia en entorno intrafamiliar: físico y psicológico. Recibe atención interdisciplinaria. Caso se reporta a comisaria de familia de su municipio.
- ✓ Femenina de 31 años de edad, residente del municipio de Facatativá, de EAPB Salud Total, quien ingresa por presunta violencia en entorno intrafamiliar: físico. Recibe atención interdisciplinaria. Caso se reporta a comisaria de familia de su municipio.
- ✓ Femenina de 31 años de edad, residente del municipio de Facatativá, de EAPB Famisanar, quien ingresa por presunta violencia en entorno intrafamiliar: físico. Recibe atención interdisciplinaria. Caso se reporta a comisaria de familia de su municipio.
- ✓ Femenina de 36 años de edad, residente del municipio de Madrid, de EAPB Famisanar, quien ingresa remitida de primer nivel de atención por presunta violencia en entorno intrafamiliar: físico, para manejo por especialidad de ortopedia. Recibe atención interdisciplinaria. Caso se reporta a comisaria de familia de su municipio.
- ✓ Femenina de 48 años de edad, residente del municipio de Facatativá, de EAPB Nueva EPS, quien ingresa por sospecha de violencia sexual, recibe atención interdisciplinaria con activación de ruta intersectorial. Se recibe noticia criminal No. 252696099368202500311



Gráfico N° 66 Fuente Seguimiento de casos Salud Mental

El gráfico anterior corresponde al análisis comparativo de la proporción de los eventos relacionados con conductas autolesivas e ideación en la población atendida, lo que permite identificar la variabilidad de los eventos en salud mental mes a mes.

Se realiza revisión de los casos identificados de conducta suicida, uno a uno relacionados de la siguiente manera:



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Conducta suicida, ficha **SIVIGILA**

- ✓ Femenina de 18 años de edad, residente del municipio de Madrid, de EAPB, quien ingresa remitida de institución educativa universitaria por episodio paroxístico con identificación de rumiación de ideas de muerte, con tabaquismo activo e intentos previos de suicido; recibe atención interdisciplinaria con indicación de remisión para manejo integral en unidad de salud mental.
- ✓ Masculino de 28 años de edad, residente del municipio de Subachoque, de EAPB Nueva EPS, quien ingresa en contexto de intoxicación autoflingida con fin suicida, secundario a estresores vitales; recibe atención interdisciplinaria con valoración psicosocial. Paciente sin respuesta por parte de EPS correspondiente para ruta de atención integral, se benefició de egreso clínico con indicación de atención prioritaria por especialista en psiquiatría.
- ✓ Femenina de 24 años de edad, residente del municipio de Facatativá, quien ingresa en contexto de intoxicación autoflingida con fin suicida; recibe atención interdisciplinaria con indicación de remisión para manejo integral en unidad de salud mental, egresa a ESE Hospital San Rafael de Facatativá para valoración por especialista en psiquiatría.

Conducta suicida, ficha **DEPARTAMENTAL**

- ✓ Femenina de 38 años de edad, residente del municipio de Madrid, de EAPB Sanitas, quien ingresa por cursar patología orgánica "Cefalea" asociada a estrés agudo, con ideas de muerte sin plan específico de suicidio; por lo que se benefició de egreso clínico, para seguimiento ambulatorio en salud mental.



Gráfico N° 67 Fuente Seguimiento de casos Salud Mental

El gráfico anterior corresponde al análisis comparativo de la proporción de los eventos relacionados consumo de sustancias psicoactivas en la población atendida mes a mes, en donde para el mes de octubre no se evidenciaron notificaciones de casos relacionados con de consumo de sustancias psicoactivas.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





Gráfico N° 68 Fuente: Oficina de Atención al Usuario (SIAU)

El gráfico anterior corresponde al análisis comparativo de la proporción de los casos identificados por parte de la profesional del área de Trabajo Social durante el mes de octubre, se detecta un casos relacionados con abandono social.

➤ **ESTADISTICAS VITALES**

SEGUIMIENTO DEFUNCIONES CERTIFICADAS POR MEDIFACA , NECROPSIAS CLINICAS Y MEDICO LEGALES



Gráfica No 69 Fuente: Aplicativo RUAF

✓ **Análisis del indicador**

Por tanto, el total correcto es:

- Defunciones totales: 291
- Egresos totales: 33,919

La mortalidad hospitalaria acumulada 2025 es: 0.86% Está dentro de rangos aceptables para hospitales generales (promedio 1% – 2%).



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Tasa de mortalidad mensual

MES	DEF	EGR	Mortalidad %
Enero	37	3135	1.18%
Febrero	21	2924	0.72%
Marzo	27	3512	0.77%
Abril	24	3386	0.71%
Mayo	28	3497	0.80%
Junio	28	3211	0.87%
Julio	27	3578	0.75%
Agosto	35	3892	0.90%
Septiembre	31	3242	0.96%
Octubre	33	3542	0.93%

Tabla No 53 Fuente: Registros de software RUAF

Meses con mayor mortalidad- Comportamiento general

Tendencias

- La mortalidad se mantiene estable entre 0.70% – 0.95% durante la mayor parte del año.
- Enero muestra un valor más alto de lo esperado → posible estacionalidad (infecciones respiratorias, demanda elevada).
- De agosto a octubre hay un alza sostenida, aunque leve.
- Interpretación técnica
- El valor global 0.86% sugiere un adecuado desempeño hospitalario.
- No se observan picos críticos, solo variación estacional moderada.

Las variaciones pueden relacionarse a:

- incremento de casos graves en meses fríos.
- mayor ocupación hospitalaria.
- variaciones en el tipo de pacientes atendidos.

MORTALIDAD POR GRUPO ETAREO

Grupo de edad	Total	Proporcion%	Hombres	Proporcion%	Mujeres	Proporcion%
Total	294	100	156	53,1	138	46,9
15-19	1	0,3	1	0,3	0	0,0
20-24	4	1,4	4	1,4	0	0,0
25-29	8	2,7	4	1,4	4	1,4
30 - 34	1	0,3	0	0,0	1	0,3
35-39	3	1,0	2	0,7	1	0,3
40-44	4	1,4	2	0,7	1	0,3
45-49	7	2,4	5	5,3	2	0,7
50-54	12	4,1	7	7,3	2	0,7
55-59	12	4,1	6	6,3	6	2,0
60-64	22	7,5	17	17,0	5	1,7
65-69	24	8,2	16	25,0	8	2,7
70-74	34	11,6	17	17,3	17	5,8
75-79	37	12,6	17	17,3	20	6,8
80-84	35	11,9	18	19,1	17	5,8
85-MAS	90	30,6	40	41,0	50	17,0

Tabla No 54 fuente ruaf



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



✓ **Análisis del indicador**

Total, de defunciones 2025: 294

Distribución por sexo:

- Hombres: 156 (53,1%)
- Mujeres: 138 (46,9%)

El exceso masculino es consistente con el patrón global de mortalidad, donde los hombres suelen presentar mayor riesgo debido a comorbilidades, exposición laboral, conductas de riesgo y menor uso de servicios preventivos.

Distribución por edad: patrón epidemiológico: La mortalidad presenta un marcado aumento con la edad, típico de enfermedades crónicas y condiciones asociadas al envejecimiento.

Principales observaciones:

- El 71% de las muertes ocurren en ≥ 70 años.
- El grupo 85 y más concentra por sí solo 30,6% de todas las defunciones, siendo el segmento más vulnerable.
- Los grupos < 50 años representan menos del 7% de las defunciones, lo que indica baja mortalidad en población joven.
- Esto sugiere que la carga de mortalidad está fuertemente asociada a enfermedades crónicas degenerativas (cardiovasculares, respiratorias crónicas, cánceres, demencia, fragilidad, etc.).

Esto es esperable epidemiológicamente:

- Los hombres tienden a fallecer antes.
- Las mujeres, al vivir más, concentran mortalidad en edades avanzadas.

Interpretación epidemiológica: El patrón observado es consistente con

- Envejecimiento poblacional significativo.
- Transición epidemiológica hacia predominio de:
 - Enfermedades cardiovasculares
 - Cáncer
 - Enfermedades respiratorias crónicas
 - Enfermedades neurodegenerativas
 - Polipatologías de adultos mayores

Se observa:

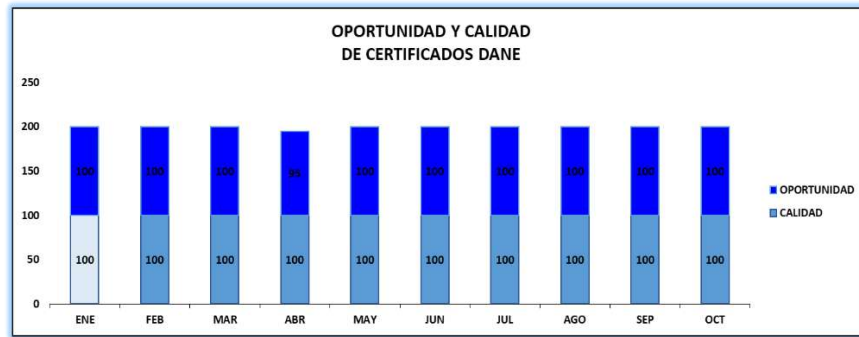
- Baja mortalidad en jóvenes
- Mortalidad masculina ligeramente mayor en grupos productivos → posible relación con:
 - accidentes previos,
 - enfermedades no controladas,
 - estilos de vida no saludables.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



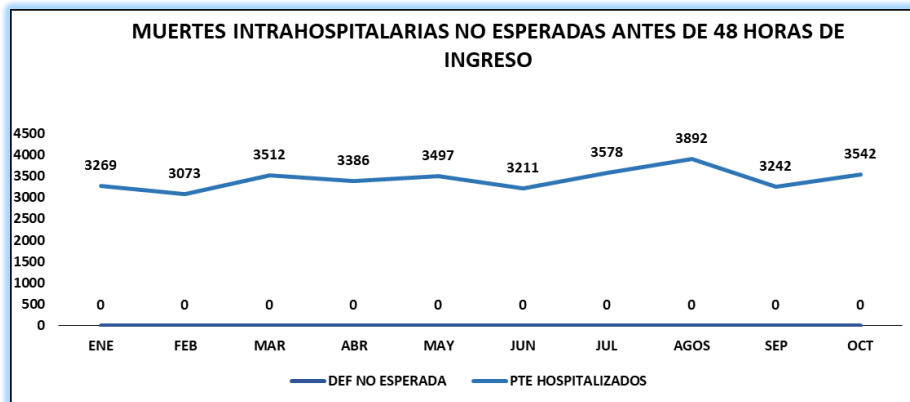
OPORTUNIDAD Y CALIDAD RUAF



Grafica No: 70 Fuente: Aplicativo RUAF

El indicador de oportunidad de acuerdo al seguimiento realizado, se evidencia cargue y confirmación del certificado dentro de las 24 horas de la defunción y dentro de los 7 días de seguimiento al RUAF, un cumplimiento del 100%.

PROPORCIÓN DE MUERTES INTRAHOSPITALARIAS NO ESPERADAS DESPUES DE 48 HORAS DE INGRESO



Grafica No 71 Fuente: Aplicativo RUAF – indigo cristal

Se realiza seguimiento a las defunciones de mes de septiembre no se reportan casos al área de seguridad del paciente para análisis de protocolo de Londres.

La tasa es 0%, significa que no se registraron muertes después de las primeras 48 horas de hospitalización.

➤ **VARIOS**

Pendiente por ajuste: 1 caso (0,5%) correspondiente al mes de julio, debido a que no fue posible la toma de muestra ni establecer contacto con el paciente. Por esta razón, el caso continúa abierto y en seguimiento por parte del ente de control. Relaciono nombre de usuario.

01	DIMAS	ALFONSO	SANCHEZ	RAMOS	CC	1072593518
----	-------	---------	---------	-------	----	------------



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Dirección Médica realiza gestión, comunicándose vía telefónica con el paciente, quien informa que no se realizó la prueba de forma ambulatoria como lo indica la orden médica. Por tal razón no se puede realizar ajuste solicitado por Ente de Control Departamental. Pendiente seguimiento por vigilancia y control.

➤ PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y CUIDADOS DE LA SALUD

Durante los diez meses evaluados (enero a octubre), se observa lo siguiente:

- El número de actividades programadas varía entre 4 y 6 por mes.
- No se registran actividades reprogramadas ni actividades no aplicables.
- El total de actividades ejecutadas coincide exactamente con las actividades programadas.
- El porcentaje de cumplimiento mensual es del 100% en todos los meses.
- Esto nos indica una ejecución consistente, estable y sin desviaciones en todo el periodo analizado.

El análisis de los meses de enero a octubre demuestra un desempeño óptimo del 100%, con ejecución total de todas las actividades programadas y sin necesidad de reprogramación o ajustes. El cumplimiento refleja una adecuada planeación operativa y un alto nivel de eficiencia en la ejecución de las actividades. El indicador se encuentra completamente alineado con la meta institucional del 100%, sin evidencias de riesgo o desviaciones durante el periodo evaluado.

TABLERO DE INDICADORES COMITÉ DE INFECCIONES

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	2025							
					PRIMER SEMESTRE			SEGUNDO SEMESTRE		AÑO		
					N	D	R	D	R	N	D	R
Índice de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	<2 *100	2*100 - 3*100	> 3 *100	(Número de infecciones asociadas a la atención en salud / Total de egresos hospitalarios) x 100	59	21311	● 0,28	16778	● 0,21	94	38089	● 0,25
Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	(Número de infecciones asociadas a la atención en salud / Total días de estancia) X 1000	59	21311	● 2,77	16778	● 2,09	94	38089	● 2,47
Índice de infecciones de localización quirúrgica	<1 x 100	<1-2 x 100	>2 x 100	(Número de infecciones de localización quirúrgica / Total de cirugías realizadas en el periodo) x 100	3	1622	● 0,18	1387	● 0,29	7	3009	● 0,23
Tasa de infección de vías urinarias asociadas al uso de catéter vesical	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	(Número de pacientes con infección de vías urinarias asociadas al uso de catéter vesical / Total de días de Exposición a Catéter Vesical en el periodo) X 1000	7	903	● 7,75	546	● 14,65	15	1449	● 10,35
Tasa de bacteriemias asociadas al uso de catéter central	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	(Número de pacientes con bacteriemias asociadas al uso de catéter central / Total de días de exposición a catéter central en el periodo) x 1000	9	817	● 11,02	655	● 9,16	15	1472	● 10,19
Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	(Número de casos de neumonía asociada a ventilación mecánica / Total de días de exposición a ventilación mecánica invasiva en el periodo) x 1000	4	642	● 6,23	429	● 2,33	5	1071	● 4,67
Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de las precauciones de aislamiento por el Personal de Salud	> 95 %	90-95 %	<90 %	(Número de criterios cumplidos en la aplicación de las precauciones de aislamiento por el personal asistencia / Total de criterios evaluados de	1283	1350	● 95,04%	794	● 95,84%	2044	2144	● 95,34%
Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de la guía de traslado de pacientes con aislamiento	> 95 %	90-95 %	<90 %	(Número de criterios cumplidos en la adherencia al traslado de pacientes con aislamiento / Total de criterios evaluados) x100	943	988	● 95,45%	699	● 95,14%	1608	1687	● 95,32%
Medir la adherencia de los clientes internos a los cinco momentos del lavado de manos (Global y por servicio)	> 95 %	90-95 %	<90 %	(Proporción de criterios cumplidos en la adherencia a los cinco momentos del lavado de manos *)100	1198	1392	● 86,06%	1155	● 84,85%	2178	2547	● 85,51%

Tabla No 56 fuente: Tablero de indicadores 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Análisis tablero de indicadores

Los indicadores de vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud muestran un desempeño globalmente favorable, con una tendencia general a la reducción de las infecciones en el segundo periodo evaluado. Se evidencia un adecuado control de las infecciones en la mayoría de los ámbitos, especialmente en las infecciones quirúrgicas, la neumonía asociada a ventilación mecánica y las tasas generales de IAAS por egresos y por días de estancia, las cuales se mantienen en niveles bajos y dentro de rangos esperados para instituciones con buenas prácticas de seguridad del paciente.

La adherencia a las medidas institucionales de prevención, como las precauciones de aislamiento y el manejo seguro de pacientes, se mantiene en niveles consistentemente altos ($\geq 95\%$), lo que refleja un compromiso sostenido del personal asistencial con las políticas de bioseguridad. No obstante, la adherencia al lavado de manos, aunque aceptable, requiere fortalecerse, dado que no alcanza los niveles óptimos sugeridos ($\geq 90\%$) y podría estar influyendo en algunos indicadores.

El principal punto crítico identificado corresponde a las infecciones del tracto urinario asociadas al uso de catéter vesical, cuya tasa muestra un incremento importante en el segundo periodo y se mantiene por encima de los valores de referencia. Las bacteriemias asociadas a catéter central también presentan tasas superiores a las recomendadas, aunque con una ligera mejora en el segundo periodo.

En conjunto, los resultados reflejan una institución con procesos de control de infecciones sólidos y efectivos, pero con áreas específicas que requieren intervenciones dirigidas para optimizar los cuidados relacionados con el uso de dispositivos invasivos. El fortalecimiento de la adherencia al lavado de manos y la implementación de estrategias enfocadas en el manejo seguro de catéteres serán clave para continuar disminuyendo las infecciones y mejorar aún más la seguridad del paciente.

Tras la revisión de los indicadores evaluados, se identifican tres áreas críticas en las cuales no se alcanza la meta institucional establecida. Estas brechas representan riesgos relevantes para la seguridad del paciente y requieren intervenciones correctivas inmediatas.

PREVALENCIA DE MICROORGANISMOS DURANTE EL SEGUNDO (II) SEMESTRE DE 2025

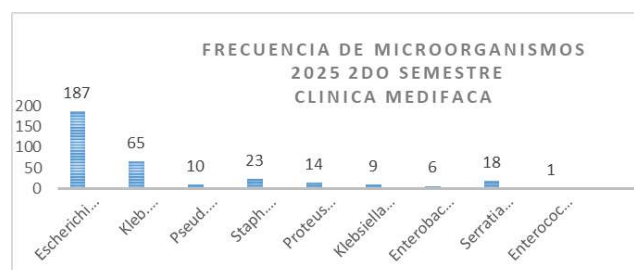


Gráfico No 72: Fuente WHONET del año 2025

Entre las Enterobacterias fermentadoras de lactosa identificadas con mayor frecuencia del total de los aislamientos para el segundo semestre del 2025, se destacan Escherichia coli ($n=187$) y Klebsiella pneumoniae ($n=65$). Dentro de los microorganismos Gram positivos se destaca el Staphylococcus aureus ($n=23$), y dentro de las enterobacterias no fermentadoras, se encuentra Pseudomonas aeruginosa ($n=10$), y Proteus mirabilis ($n=14$).



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



PREVALENCIA DE MICROORGANISMOS POR SERVICIOS

- Frecuencia de microorganismos en la unidad de cuidado intensivo**

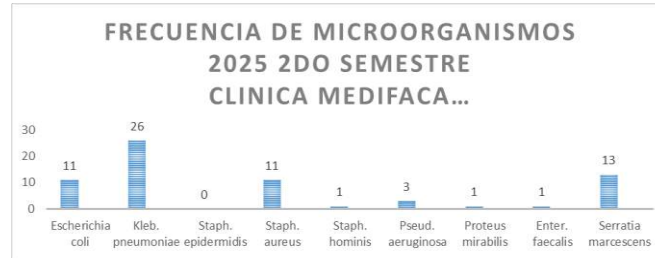


Gráfico No 73 Fuente WHONET del año 2025

En el servicio de UCI se encuentra en primer lugar *Klebsiella pneumoniae* (n=26) en segundo lugar, *Escherichia coli* (n=11) y dentro de los microorganismos Gram positivos encontramos a *Staphylococcus aureus* (n=11).

- Frecuencia de microorganismos en el servicio de hospitalización**

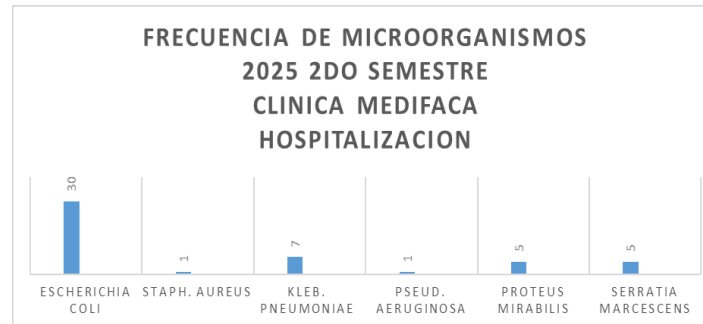


Gráfico No 74 Fuente WHONET del año 2025

En el servicio de hospitalización, se evidencia en primer lugar la *Escherichia coli* (n=30) y *Klebsiella pneumoniae* (n=7). Y dentro de los microorganismos Gram positivos se encuentra *Staphylococcus aureus* (n=1).

- Frecuencia de microorganismos en el servicio de urgencias**

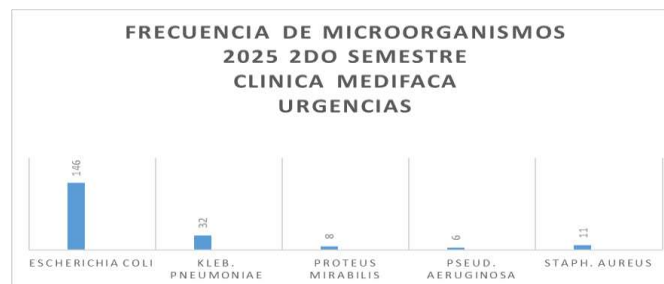


Gráfico No 75 Fuente WHONET del año 2025

En el servicio de urgencias entre las Enterobacterias identificadas con mayor frecuencia, se destacan *Escherichia coli* (n=146), *Klebsiella pneumoniae* (n=32) con el 13 %, *Proteus mirabilis* (n=8) estos aislamientos principalmente de muestras de orina.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



PERFILES DE RESISTENCIA BACTERIANA

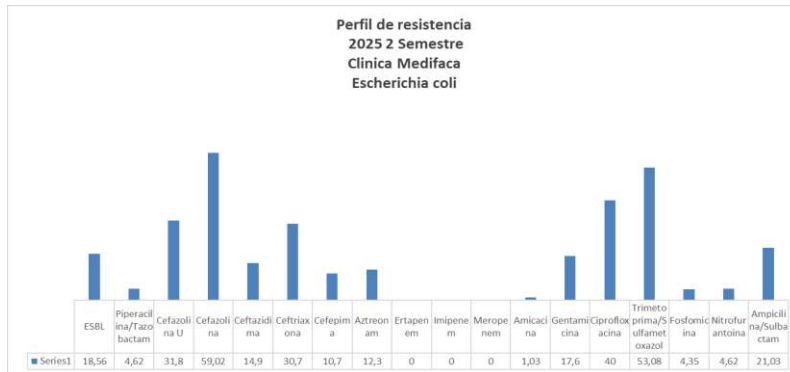


Gráfico No 76 Fuente WHONET del año 2025

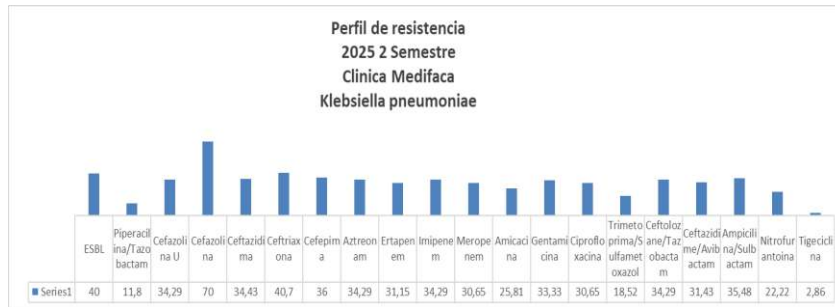


Gráfico No 77 Fuente WHONET del año 2025

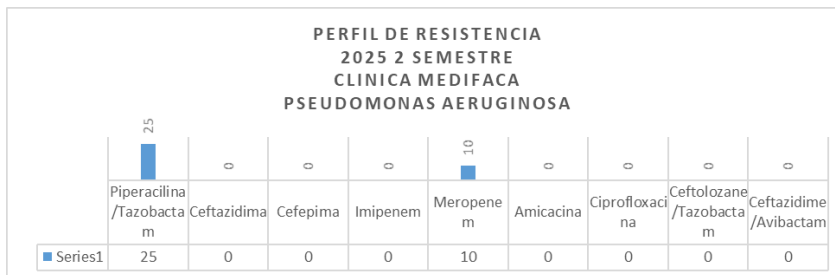


Gráfico No 78 Fuente WHONET del año 2024 – 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



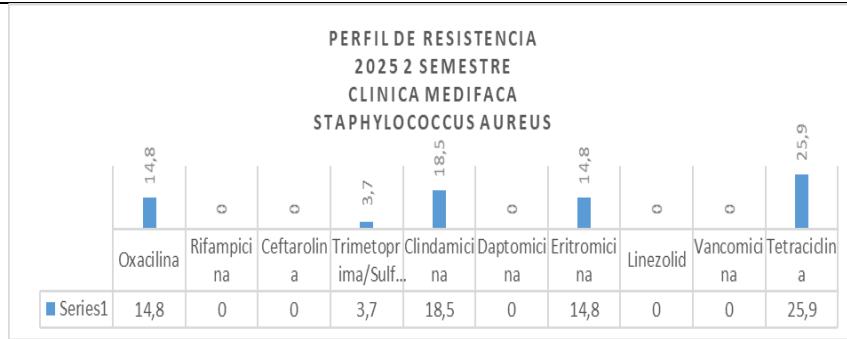


Gráfico No 79 Fuente WHONET del año 2024 – 2025

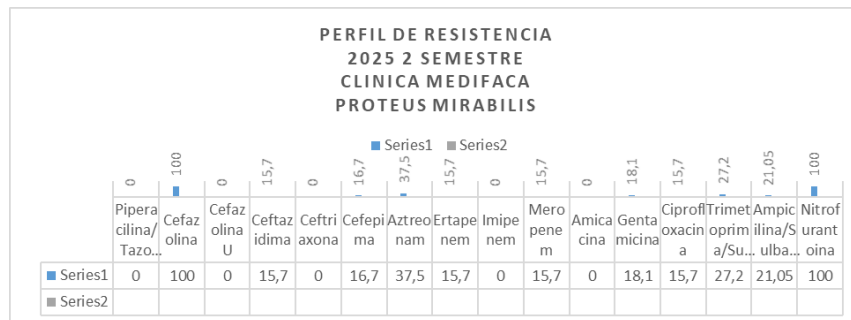


Gráfico No 80 Fuente WHONET del año 2024 – 2025

IDENTIFICACIÓN DE CARBAPENEMASAS



Gráfico No 81 Fuente WHONET del año 2024 – 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

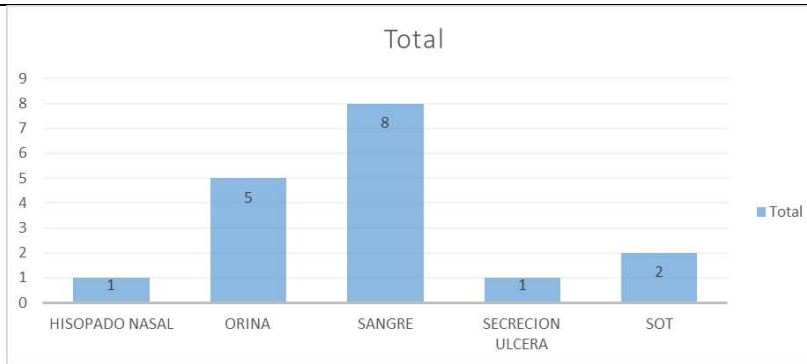


Gráfico No 82 Fuente WHONET del año 2024 – 2025



Gráfico No 83 Fuente WHONET del año 2025

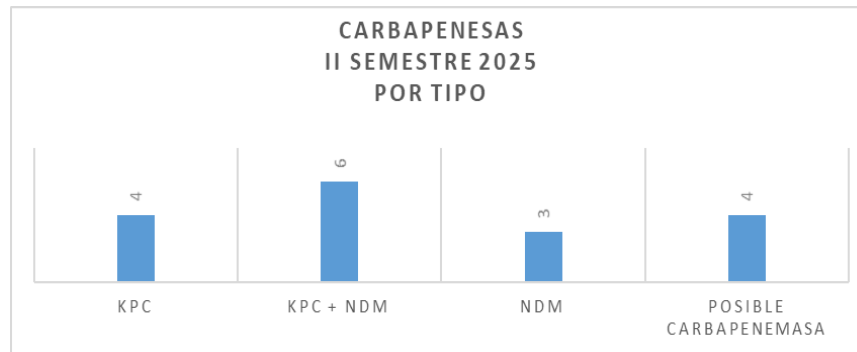


Gráfico No 84 Fuente WHONET del año 2025

INDICADORES CON DESVIACION

TASA DE INFECCION DE VIAS URINARIAS ASOCIADAS AL USO DEL CATETER VESICAL

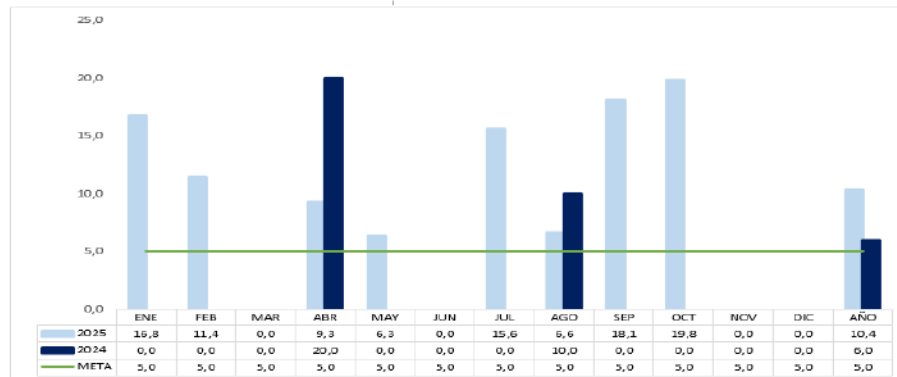
NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	2025							
					PRIMER SEMESTRE			SEGUNDO SEMESTRE		AÑO		
					N	D	R	D	R	N	D	R
Tasa de infección de vías urinarias asociadas al uso de catéter vesical	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	(Número de pacientes con infección de vías urinarias asociadas al uso de catéter vesical / Total de días de Exposición a Catéter Vesical en el periodo) X 1000	7	903	7,75	546	14,65	15	1449	10,35

Tabla N°56 fuente: Tablero de indicadores 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





Grafica N° 85 fuente: Whonet- rondas de seguridad

- ✓ Tasa registrada: 10,4 por 1000 días de exposición.
- ✓ Meta esperada: < 5 por 1000 días.
- ✓ Situación: INCUMPLIMIENTO.

La tasa de Infección de Vías Urinarias asociada a Catéter Vesical (IVU-ACV) presenta un comportamiento **por encima de la meta institucional**, mostrando además un incremento en el segundo periodo analizado. El valor consolidado alcanza **10,35 casos por 1000 días de catéter**, cifra que supera significativamente el estándar recomendado (<5 por 1000 días según referencias internacionales), convirtiéndose en el indicador de mayor riesgo dentro del conjunto evaluado.

Este comportamiento sugiere fallas en uno o más componentes del proceso de indicación, inserción, mantenimiento o retiro oportuno del catéter. El aumento coincide con una adherencia subóptima a la higiene de manos (85,5%), lo que puede estar influyendo directamente en el riesgo de colonización e infección. Asimismo, no se evidencian actividades reprogramadas ni elementos estructurales que justifiquen la variabilidad, lo que orienta la necesidad de una intervención dirigida sobre las prácticas asistenciales.

Las IVU-ACV generan un impacto clínico relevante, incrementando el riesgo de complicaciones, prolongación de la estancia hospitalaria y aumento de recursos institucionales. Por lo tanto, se requiere implementar de manera prioritaria el bundle de prevención, reforzar la vigilancia activa, fortalecer la capacitación en inserción y mantenimiento del catéter y optimizar la reevaluación diaria de la necesidad del dispositivo.

En síntesis, las IVU asociadas a catéter representan un evento de alto impacto y oportunidad crítica de mejora, cuya reducción depende del refuerzo de las prácticas seguras, la estandarización de los procesos y el monitoreo continuo del cumplimiento de los protocolos establecidos.

IMPACTO

- Alto riesgo para el paciente.
- Incremento potencial de infecciones prevenibles.
- Necesidad urgente de reforzar estrategias de cuidado del catéter.
- La tasa aumenta significativamente en P2 (14,65).
- El total 10,35 es más alto que valores recomendados (<5 por 1000 días según CDC).
- Es el indicador más preocupante del conjunto.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



ESTRATEGIAS: Estrategias Sobre La Indicación Del Catéter

- Uso estricto del catéter solo cuando sea clínicamente necesario.
- Implementar criterios institucionales de indicación, tales como:
- Retención urinaria documentada.
- Medición estricta de diuresis en pacientes críticos.
- Cirugía urológica específica.
- Lesiones sacras graves que requieran mantenimiento de piel seca.
- Pacientes con obstrucción urinaria.
- Reevaluación diaria documentada de la necesidad del catéter con registro en historia clínica.

ESTRATEGIAS PARA LA INSERCIÓN

- Checklist obligatorio de técnica aséptica para la inserción
- Inserción únicamente por personal capacitado y validado en el procedimiento.
- Uso de técnica estéril completa:
- Higiene de manos.
- Campo estéril.
- Guantes y bata estéril.
- Lubricante estéril.
- Antiseptia del meato urinario (clorhexidina o povidona yodada).

SELECCIÓN DEL CALIBRE ADECUADO:

- Calibre menor (14–16 Fr) = menos trauma.
- Fijación correcta del catéter para evitar tracción y microtraumas.

ESTRATEGIAS PARA EL MANTENIMIENTO

- ✓ Asegurar un sistema cerrado de drenaje, sin desconexiones innecesarias.
- ✓ Bolsa colectora siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujo.
- ✓ Vaciar la bolsa colectora sin contacto con el piso ni contaminación.
- ✓ Limpieza diaria del área perineal con agua y jabón; evitar uso rutinario de antisépticos.
- ✓ Mantener permeabilidad del sistema sin acodamientos del tubo.
- ✓ Cambio del catéter solo cuando esté clínicamente indicado, no por rutinas de tiempo
- ✓ Auditorías periódicas del bundle de mantenimiento (observación directa).

ESTRATEGIAS PARA EL RETIRO OPORTUNO

- ✓ Protocolo institucional de retiro precoz del catéter, basado en criterios clínicos.
- ✓ Orden médica diaria de retiro, si el paciente ya no cumple criterios de indicación.
- ✓ Alternativas al catéter vesical:
- ✓ Sondeo intermitente.
- ✓ Dispositivos externos (condón urinario en hombres).
- ✓ Medición por ecografía vesical (bladder scan).



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



ESTRATEGIAS EDUCATIVAS

- ✓ Educación periódica al personal asistencial sobre:
- ✓ Riesgos del catéter.
- ✓ Técnica aséptica.
- ✓ Signos de infección.
- ✓ Bundles de prevención.
- ✓ Retroalimentación inmediata y mensual con indicadores de desempeño.

ESTRATEGIAS DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO

- ✓ Vigilancia epidemiológica activa del uso de catéter y días de exposición.
- ✓ Tasa de IVU-ACV por servicios para identificar áreas críticas.
- ✓ Análisis de causas en casos repetitivos o brotes.
- ✓ Tableros visuales de cumplimiento (run charts).

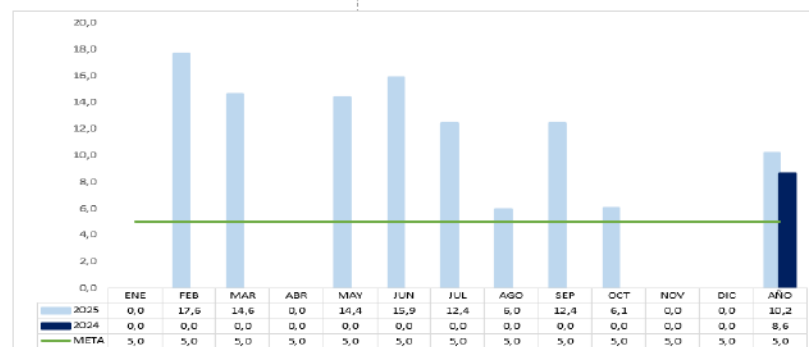
ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES

- ✓ Disponibilidad garantizada de insumos estériles, lubricantes y dispositivos adecuados.
- ✓ Protocolos actualizados y socializados formalmente.
- ✓ Trabajo coordinado entre Enfermería, Epidemiología y Seguridad del Paciente.

TASA DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER CENTRAL (BA-CVC)

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	2025							
					PRIMER SEMESTRE			SEGUNDO SEMESTRE		AÑO		
					N	D	R	D	R	N	D	R
Tasa de bacteriemias asociadas al uso de catéter central	<5 x 1000	5-7 x 1000	>7 x 1000	(Número de pacientes con bacteremias asociadas al uso de catéter central / Total de días de exposición a catéter central en el periodo) x	9	817	11,02	655	9,16	15	1472	10,19

Tabla N° 57 fuente: Tablero de indicadores 2025



Gráfica N° 86 fuente: Whonet- rondas de seguridad

- Tasa registrada: 10,2 por 1000 días de exposición.
- Meta esperada: < 5 por 1000 días.
- Situación: INCUMPLIMIENTO.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Análisis

La tasa de bacteriemias asociadas a catéter central alcanza 10,19/1000 días de catéter, superando la meta institucional y los valores de referencia internacionales. Aunque se observa una ligera mejoría en el segundo periodo, el indicador continúa en nivel de riesgo, evidenciando fallas en la técnica de inserción, mantenimiento o retiro oportuno del dispositivo. Este resultado representa un evento de alto impacto para la seguridad del paciente y exige reforzar el cumplimiento del bundle de prevención, fortalecer la capacitación del personal y aumentar la frecuencia de auditorías y retroalimentación en los servicios con mayor exposición.

IMPACTO

- Elevado riesgo de sepsis.
- Aumento de la morbilidad y mortalidad.
- Requerimiento de revisión inmediata de protocolos.

ESTRATEGIAS PARA LA INDICACIÓN DEL CATÉTER

- Utilizar CVC solo cuando exista una indicación clara, como:
- Administración de medicamentos irritantes o vesicantes.
- Nutrición parenteral.
- Monitorización hemodinámica central.
- Acceso venoso difícil por periodos prolongados.
- Reevaluar diariamente la necesidad del CVC y documentar el motivo de su permanencia.
- Considerar alternativas cuando sea posible:
- Catéter periférico de larga duración
- Accesos periféricos temporales.

ESTRATEGIAS PARA LA INSERCIÓN DEL CATÉTER

- Bundle de Inserción (altamente efectivo, reduce hasta 60% las ITS-AC)
- Higiene de manos antes del procedimiento.
- Uso obligatorio de máxima barrera estéril:
- Gorro.
- Mascarilla.
- Gafas.
- Bata estéril.
- Guantes estériles.
- Campo estéril grande.
- Antiseptia de la piel con clorhexidina al 2% en base alcohólica.
- Evitar la vía femoral, salvo contraindicación.
- Preferir: subclavia (primera elección), yugular interna.
- Uso de catéteres impregnados con antimicrobianos o antisépticos en pacientes de alto riesgo.
- Inserción realizada solo por personal competente y entrenado, con certificación vigente.
- Guía ecográfica para mejorar la técnica y reducir complicaciones.
- Registro completo del procedimiento (lugar, fecha, operador, número de intentos).

ESTRATEGIAS PARA EL MANTENIMIENTO DEL CATÉTER

- Higiene de manos estricta antes de cualquier manipulación.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



- Apósito Curación del sitio de inserción:
- Apósito transparente estéril curación cada 72 días o antes si está sucio, húmedo o despegado.
- Uso de tapones antisépticos
- Sistema cerrado de infusión, evitando desconexiones innecesarias.
- Cambio de equipos de infusión
- Mantener el área limpia y seca, evitando humedad en el apósito.
- Revisión diaria del sitio de inserción para detectar infección o desplazamiento.
- Minimizar accesos: usar lúmenes estrictamente necesarios.
- Mantener fijación adecuada para evitar desplazamientos y microtraumas.

ESTRATEGIAS PARA EL RETIRO

- Reevaluación diaria del CVC, documentada en historia clínica.
- Retiro inmediato si ya no cumple indicaciones o si hay evidencia de infección.
- Adherencia a protocolos institucionales

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS

- Entrenamientos periódicos sobre:
- Inserción segura.
- Mantenimiento.
- Retiro oportuno.
- Técnicas de antisepsia.
- Prevención de infecciones por acceso vascular.
- Retroalimentación mensual del desempeño por servicio clínico.

ESTRATEGIAS DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO

- Vigilancia epidemiológica activa:
- Tasa de BAC por 1000 días CVC.
- Días de exposición por servicio.
- Cumplimiento del bundle de inserción y mantenimiento.
- Auditorías directas semanales.
- Auditoría del registro de indicación y de retiro.
- Seguimiento a indicadores

ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES

- Disponibilidad de:
- Kits estériles completos.
- Clorhexidina alcohólica.
- Campos grandes estériles.
- Tapones antisépticos.
- Protocolos actualizados y difundidos.
- Liderazgo activo de enfermería y comité de infecciones.



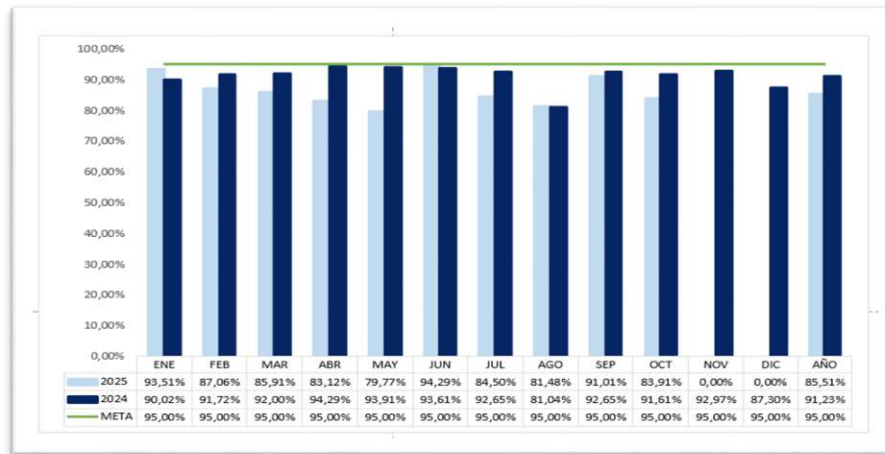
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



ADHERENCIA A LOS CINCO MOMENTOS DE HIGIENE DE MANOS

NOMBRE DEL INDICADOR	META			FÓRMULA DEL INDICADOR	2025							
					PRIMER SEMESTRE			SEGUNDO SEMESTRE		AÑO		
					N	D	R	D	R	N	D	R
Medir la adherencia de los clientes internos a los cinco momentos del lavado de manos (Global y por momento)	> 95 %	90-95 %	< 90 %	(Proporción de criterios cumplidos en la adherencia a los cinco momentos del lavado de manos *)100	1198	1392	86,06%	1155	84,85%	2178	2547	85,51%

Tabla N°57 fuente: Tablero de indicadores 2025



Grafica N° 87 fuente: lista de chequeo adherencia a los 5 momentos

- Promedio anual: 85,51%
- Meta: ≥ 90%
- Situación: INCUMPLIMIENTO.

Análisis

Aunque el cumplimiento es relativamente alto, no alcanza el estándar óptimo, y esta brecha puede estar directamente relacionada con los incrementos observados en las infecciones asociadas a dispositivos. La higiene de manos continúa siendo la medida más costo-efectiva para prevenir IAAS, por lo que este incumplimiento representa un riesgo institucional importante.

IMPACTO

Posible contribución al aumento de las IVU-ACV y BA-CVC.
Evidencia de necesidad de reforzar cultura de seguridad.

ESTRATEGIAS DE LAVADO DE MANOS – ENFOQUE MULTIMODAL (OMS)

La Estrategia Multimodal de la OMS **establece** 5 componentes clave que, aplicados simultáneamente, incrementan la adherencia al lavado de manos y reducen las infecciones asociadas a la atención en salud.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



CAMBIO DE SISTEMAS (Infraestructura y suministros)

Objetivo: garantizar que el personal tenga los recursos necesarios.

Acciones:

- Asegurar **disponibilidad permanente** de alcohol glicerinado en los puntos de atención.
- Ubicar dispensadores a máximo **1 metro de la cama del paciente**.
- Garantizar **lavamanos funcionales**, agua potable, jabón, toallas y sistemas sin contacto (ideal).
- Reposición diaria y supervisión del estado de los dispensadores.
- Señalización visible de los puntos de higiene de manos.

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

Objetivo: reforzar conocimientos y habilidades del personal.

Acciones:

- Capacitaciones periódicas sobre los **Cinco Momentos del Lavado de Manos**.
- Entrenamiento práctico con simulaciones clínicas.
- Sesiones de sensibilización ante brotes o servicios críticos.
- Validación de competencias anualmente

EVALUACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN

Objetivo: medir cumplimiento y retroalimentar al personal.

Acciones:

- Observación directa del cumplimiento (auditorías estructuradas).
- Medición mensual de adherencia por servicio.
- Presentación de resultados mediante tableros visibles para el personal.
- Retroalimentación inmediata individual o grupal.
- Reconocimiento a los servicios con mejor desempeño.

RECORDATORIOS EN EL ENTORNO

Objetivo: mantener la higiene de manos como prioridad constante.

Acciones:

- Colocar **afiches**, señalización y recordatorios visuales en áreas clínicas.
- Uso de colores o pictogramas para reforzar los cinco momentos.
- Mensajes cortos en pantallas, áreas comunes y ascensores del personal.
- Etiquetas en equipos clínicos ("¿Lavaste tus manos?").

CULTURA DE SEGURIDAD INSTITUCIONAL

Objetivo: integrar la higiene de manos como un valor institucional.

Acciones:



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



- Liderazgo visible de jefes de enfermería y médicos en el ejemplo del lavado de manos.
- Promover cultura de cero tolerancias al incumplimiento.
- Iniciar campañas institucionales (ej. "Salve vidas: límpiense las manos").
- Empoderar al personal para recordar a colegas y médicos realizar higiene de manos.
- Integrar la adherencia al lavado de manos en evaluaciones de desempeño.
- Aplicar la estrategia multimodal implica actuar simultáneamente sobre infraestructura, capacitación, evaluación, recordatorios y cultura institucional. Su implementación completa busca mejorar la adherencia entre un 20% y 40%, con impacto directo en la reducción de infecciones relacionadas con la atención en salud.

RONDA CENTRAL DE ESTERILIZACION

Estrategias implementadas	<p>El proceso de limpieza y desinfección es fundamental para garantizar la seguridad del paciente y prevenir infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). Durante el periodo evaluado se realizaron observaciones en los diferentes servicios de la Clínica Médifaca, identificando oportunidades de mejora relacionadas con la técnica de limpieza, el uso adecuado de insumos y el estado de los elementos empleados para el transporte de material</p> <p>Estrategias Implementadas</p> <p>Con el objetivo de fortalecer este proceso, se desarrollaron las siguientes acciones:</p> <p>Sensibilización del personal asistencial sobre la importancia de una correcta técnica de limpieza y desinfección.</p> <p>Articulación con la Coordinación de Enfermería y las gestoras /líderes de servicio, para garantizar el cumplimiento de los protocolos establecidos.</p> <p>Verificación de disponibilidad de insumos e implementos, asegurando que cada servicio cuente con los recursos necesarios para una desinfección efectiva.</p> <p>Acompañamiento en campo para reforzar el uso adecuado de elementos de protección personal y la aplicación correcta de las técnicas de limpieza.</p>
Motivos de la desviación	<p>Hallazgos Recurrentes</p> <p>Durante las rondas y verificaciones se identificaron los siguientes hallazgos:</p> <p>Cubetas o contenedores de transporte en mal estado (rotos, incompletos o sin tapas).</p> <p>Cubetas de transporte sucias o contaminadas empleadas para movilizar material.</p> <p>Material envasado con fechas de resolución vencidas.</p> <p>Falta de reposición o ausencia de insumos necesarios para la limpieza (paños, soluciones desinfectantes, bolsas).</p> <p>Incumplimiento parcial de la técnica de limpieza y desinfección en algunos servicios.</p> <p>Estos hallazgos representan desviaciones que pueden incrementar el riesgo de contaminación cruzada y afectar la seguridad del paciente.</p>
Estrategias para mejorar	<p>Estrategias de Mejora</p> <p>Para optimizar el proceso de limpieza y desinfección y disminuir las desviaciones, se proponen las siguientes estrategias:</p> <p>Capacitación y Sensibilización</p> <p>Mejoras en Supervisión y Seguimiento</p> <p>Aumentar las rondas de verificación por parte de enfermería y líderes de servicio.</p> <p>Implementar un checklist mensual para evaluar estado de insumos, cubetas y cumplimiento de técnica.</p> <p>Socializar hallazgos y acciones correctivas en reuniones de servicio.</p> <p>Recursos e Implementos</p> <p>Gestionar la reposición o sustitución de cubetas de transporte en mal estado.</p> <p>Garantizar la disponibilidad permanente de insumos y soluciones desinfectantes.</p>



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



INDICADORES DE COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Indicadores con desviación con respecto a la meta mes vigencia 2025
Se evidencia un total de 11 indicadores con desviación para la vigencia 2025.

ÍNDICE DE EVENTOS ADVERSOS QUIRÚRGICOS EVITABLES

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2023												AÑO				
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	N	D	R				
Índice de eventos adversos quirúrgicos evitables	2-4 x 1000	(Número de eventos adversos quirúrgicos evitables / Total de cirugía) x 1000	0,00	0,00	0,00	3,97	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2	356	5,62	3	3009	1,00

Tabla No 58 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	< 2x1000
Resultado del periodo del indicador	3,97
Brecha con la meta	1,97
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	0.0
Estrategias implementadas	<ul style="list-style-type: none"> -Revisión de los reportes diarios de indigo VIe. -Análisis de casos detectados para descartar eventos de seguridad del paciente relacionados con la eventual reintervención quirúrgica no programada. -Revisión de casos reportados como reintervenciones desde los servicios. -Reporte de casos compatibles con eventos de reintervenciones desde seguridad del paciente. - Revisión de estancias prolongadas evaluando el número de procedimientos quirúrgicos realizados y su correlación con la evolución del paciente para detectar reintervenciones. - Búsqueda de reintervenciones en los casos detectados de reingresos a urgencias y hospitalización.
Motivos de la desviación	<p>Durante el mes de abril de 2025, el indicador de índice de eventos adversos quirúrgicos evitables presentó un resultado de 3,97 x 1000, superando la meta establecida de < 2 x 1000, lo que representa una variación de +1,97 x 1000. Para el mes de octubre se reportan 2 casos, con un resultado global de 5,6 x 1000 pacientes, nuevamente por encima de la meta establecida (< 2 x 1000). Esta desviación evidencia un incremento significativo en la ocurrencia de eventos prevenibles dentro del contexto quirúrgico.</p> <p>Caso reportado previamente (abril): Corresponde a un paciente intervenido por fractura intertrocantérica de cadera izquierda, quien presentó en el control radiológico posoperatorio una fractura diafisaria de fémur ipsilateral, requiriendo reintervención quirúrgica. Este evento sugiere fallas en el proceso quirúrgico o en el manejo perioperatorio, lo que resalta la necesidad de fortalecer los controles intraoperatorios, el cumplimiento de los protocolos y la vigilancia posoperatoria inmediata.</p> <p>Casos reportados en octubre</p>



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Caso 1 – CC 4179709
 Paciente que ingresó con diagnóstico de apendicitis aguda y fue llevado a apendicectomía por laparoscopia el 12 de octubre de 2025. En el posoperatorio inmediato presentó drenaje hemático a través del dren, además de palidez mucocutánea.
 13 de octubre de 2025: Requiere primera reintervención quirúrgica, encontrándose aproximadamente 600 cc de contenido hemático.
 En el nuevo posoperatorio presenta anemia progresiva.
 14 de octubre de 2025: Requiere segunda reintervención, en la cual se documentan 500 cc de sangrado hemático. Se evidencia desprendimiento de la grasa anterior del ángulo hepático del colon con sangrado venoso activo y persistente, sin otras lesiones asociadas.
 Este caso se clasifica como evento adverso, dado que el paciente requirió dos reintervenciones en menos de 48 horas, derivadas de un sangrado posoperatorio no previsto. El evento pudo estar relacionado con fallas en la técnica quirúrgica, en la verificación de la hemostasia intraoperatoria o en la identificación temprana del sangrado durante la vigilancia posoperatoria.
 Caso 2 – CC 28.476.596
 Paciente que presentó caída desde su propia altura con trauma en codo, desarrollando fractura de húmero y cúbito, además de subluxación compatible con tríada terrible de codo. Posteriormente fue citada para un segundo tiempo quirúrgico dada la persistencia de la subluxación. Durante el procedimiento se encuentra material purulento, lo que sugiere rechazo o complicación infecciosa asociada al material de osteosíntesis, razón por la cual este es retirado.
 El caso es valorado por junta quirúrgica, y considerando las características de la fractura y el alto riesgo de complicaciones, se determina realizar un reemplazo articular como conducta definitiva.

Estrategias para mejorar o mantener el indicador
 Reporte para análisis: Realizar el análisis de los eventos reportados en el marco del Programa de Seguridad del Paciente, aplicando el Protocolo de Londres en los casos que así lo requieran.
 Seguimiento a planes de mejora: Hacer seguimiento a las actividades planteadas como parte de los planes de mejora derivados de los protocolos aplicados, garantizando su cumplimiento y efectividad.
 Reporte a epidemiología: Remitir los casos identificados al área de epidemiología para su análisis, con el fin de determinar si cumplen con los criterios de infección del sitio operatorio (ISO) o infección asociada a la atención en salud (IAAS).

TASA DE LESIONES POR PRESIÓN

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2025												AÑO		
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AUGUSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	N	D	N	D	R
Tasa de lesiones por presión	2 < x 1000	$\frac{\text{Número de lesiones por presión presentadas en el periodo}}{\text{Total de días estancias en el periodo}}$	3,46	1,75	1,08	1,30	0,96	0,00	0,50	1,22	1,35	5	1577	3,17	26	19340	1,34

Tabla No 59 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	2 < x 1000
Resultado del periodo del indicador	Octubre 2025: 3.2 x 1000 Año 2025: 1.3
Brecha con la meta	Octubre 2025: 1.2 x 1000 Año 2025: No aplica



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Para la vigencia 2024 se llevaba como Índice.
Estrategias implementadas	Revisión en trabajo de campo de escalas y corrección de las misma para optimización de plan de cuidados de enfermería. Realimentación al personal sobre barreras de seguridad a implementar. Revisión del estado de la piel del paciente en cada recibo y entrega de turno. El 17 de septiembre de 2025 se llevó a cabo la conmemoración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente. Durante la actividad se entregaron al personal de enfermería esquelas o tarjetas con la escala de Norton, con el propósito de facilitar su aplicación y realizar la valoración del riesgo de lesiones por presión de manera in situ con los pacientes
Motivos de la desviación	Durante la vigencia 2025 se han reportado 26 lesiones por presión en pacientes de diferentes servicios. Estas se asocian principalmente a la no adherencia a la aplicación correcta de la escala de Norton, al diligenciamiento incompleto o anticipado del formato de cambio de posición, y a la falta de cumplimiento en los cuidados de enfermería orientados a la prevención, tales como la hidratación adecuada de la piel y la rotación oportuna de dispositivos. Es importante señalar que, en algunos pacientes, las lesiones por presión se presentaron a pesar de la implementación completa de las barreras de seguridad, lo que corresponde a casos considerados no prevenibles. Para el mes de octubre se reportaron 5 lesiones por presión, de las cuales una se clasificó como no prevenible. Dos casos ocurrieron en el servicio de hospitalización 3, mientras que los tres restantes se presentaron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Realizar revisiones y trabajos de campo enfocados en la prevención de lesiones por presión en las diferentes unidades hospitalarias, con el fin de reforzar el conocimiento del personal asistencial en la identificación del riesgo mediante la aplicación adecuada de la escala de Norton, así como en la implementación de los cuidados de enfermería correspondientes según el nivel de riesgo identificado.

PROPORCIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS CON DIAGNOSTICO SECUNDARIO DE TROMBO EMBOLISMO PULMONAR O TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2025												AÑO		
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	N	D	R	N	D
Proporción de pacientes quirúrgicos con diagnóstico secundario de trombo embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda	2 x 1000 2 - 4 x 1000 4 x 1000	(Número de pacientes quirúrgicos con diagnóstico secundario de Trombo embolismo pulmonar o Trombosis Venosa Profunda / Total de pacientes quirúrgicos durante el periodo de acuerdo a los procedimientos priorizados) x 1000	3,75	3,69	3,60	0,00	3,10	0,00	3,07	5,90	0,00	0	356	0,00	7	3070	2,28

Tabla No 60 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	< 2 x 1000 intervenciones
Resultado del periodo del indicador	2.3 x1000 Año 0 x1000 Trimestre 0 x1000 octubre
Brecha con la meta	0.3 x1000 para el Año Cumple meta en trimestre/mes
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	2024: 0.3 x 1000 Año/0 x1000 Trimestre /0 x 1000 octubre 2025: 2.3 x 1000 Año/ 0 x1000 Trimestre /0 x 1000 octubre



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Estrategias implementadas	<p>Revisión de la base de datos de diagnósticos finales en búsqueda de los diagnósticos de trombosis venosa y diagnósticos afines para cruzarlo con la base de datos de pacientes intervenidos y buscar coincidencias sospechosas de esta patología.</p> <p>Revisión de desenlace de pacientes con patología quirúrgica que presentan prolongación de estancia.</p> <p>Revisión de reingresos en busca de los diagnósticos centinela de tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda.</p> <p>Revisión concurrente de los casos detectados de tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda en busca de antecedente quirúrgico reciente intrahospitalario.</p> <p>Reporte de casos hallados a seguridad del paciente.</p>
Motivos de la desviación	<p>Para el año no se cumple la meta presentando una brecha de 0.3x1000, debido a la presencia de casos relacionados con trombosis venosa profunda pos operatoria en los meses de enero a marzo, mayo, julio y agosto, siendo este último el mes con mas alta tasa de casos. A partir de los análisis realizados se implementaron medidas más estrictas de prevención de trombosis venosa profunda En especial en los pacientes Intervenidos por el servicio de ortopedia Evidenciando que para los meses de septiembre y octubre si bien se está presentando un incremento en el número de intervenciones mes realizadas Con relación A los primeros meses del año y al mismo periodo del año anterior, No se han reportado casos de tromboembolismo pulmonar O trombosis venosa profunda postoperatorios.</p> <p>Tanto el mes Como el trimestre medido que es octubre cumple la meta Aunque el promedio no alcanza para cumplir la meta anual.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>Continuar el monitoreo a través de Las vistas que permiten la recopilación de los diagnósticos De ingreso de los pacientes, El seguimiento a casos reportados o evidenciados durante la concurrencia El seguimiento a reingresos de pacientes pozo hospitalizados O que han presentado Ingresos al servicio de urgencias, En especial si se encuentran en período posoperatorio para identificar casos de TVP asociados a eventos quirúrgicos en la clínica, Con el fin de identificar acciones inseguras asociadas a este diagnóstico</p>
Correlación con otros indicadores	Reingresos a hospitalización antes de 15 días

TASA DE CAÍDAS (HOSPITALIZACIÓN) RES. 256.

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2025														
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	AÑO				
			R	R	R	R	R	R	R	R	R	N	D	R	N	D	R
Índice de caídas - Tasa de Caídas Resolución 0256 (Hospitalización)	<0,5*1000 0,5*1000 1*1000 >1*1000	(Número de caídas presentadas en el periodo: Total de días de estancia en el periodo) x1000	2,04	0,58	1,62	1,30	0,48	1,80	0,00	0,61	0,67	0	1003	0,00	13	17523	0,74

Tabla No 61Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	0.5 x 1000
Resultado del periodo del indicador	Octubre 2025: 0.0 x 1000 Año 2025: 0.7 x 1000
Brecha con la meta	Octubre 2025: No aplica. Año 2025: 0.2 x 1000



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Para la vigencia 2024 el indicador se media global.
Estrategias implementadas	Se realizó la socialización del Programa de Seguridad del Paciente, enfatizando en los procesos institucionales seguros. La actividad alcanzó una cobertura de 218 de 219 colaboradores, equivalente al 99,54% del personal socializado. Se realizó la intensificación de las barreras de seguridad para la prevención de caídas mediante la implementación de "píldoras de seguridad". La actividad permitió la socialización de estas medidas a 202 personas, entre pacientes, familiares y funcionarios de la institución durante el mes de septiembre y octubre del 2025. Se realizó la entrega de esquelos y la capacitación correspondiente en la valoración del riesgo de caídas mediante la aplicación de la Escala de Downton
Motivos de la desviación	Durante el período de enero a octubre, la tasa de caídas en hospitalización mostró valores superiores a la meta institucional de <0.5 por cada 1.000 pacientes-día, especialmente en los meses de enero, marzo, abril y junio, con picos de hasta 2.0. Estas desviaciones pueden atribuirse a factores del paciente, como edad avanzada, alteraciones cognitivas y medicación de riesgo; fallos en la adherencia a protocolos de prevención de caídas, incluyendo la valoración de riesgo y señalización de pacientes de alto riesgo. A partir de mayo se observa una tendencia de mejora, con meses como julio y octubre alcanzando una tasa de 0.0, lo que evidencia el efecto positivo de las estrategias implementadas, tales como la valoración sistemática del riesgo de caídas, rondas de seguridad, reentrenamiento del personal, adecuación de la infraestructura y participación activa de cuidadores y familiares. Esto demuestra que las acciones emprendidas han contribuido a reducir las caídas institucionales
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Verificar adherencia a proceso seguro por medio de rondas de seguridad. Mantener educación de las barreras de prevención de caídas mediante píldoras de seguridad para paciente, familia y funcionarios de la institución.
Correlación con otros indicadores	Índice de eventos adversos.

TASA DE CAÍDAS (URGENCIAS) RES. 256.

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2023														
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AUGUSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE		AÑO			
Índice de caídas - Tasa de Caídas Resolución 0256 (Urgencias)	<0,5*1000 0,5*1000 1*1000 >1*1000	(Número de caídas presentadas en el periodo (Servicio de Urgencias) / Total de atenciones en el periodo) *1000	0,45	0,00	1,54	0,80	0,38	0,83	0,38	0,62	0,00	1	2539	0,39	14	2448	0,57

Tabla No 62 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad

Meta sobresaliente del indicador	del	0.5 x 1000
Resultado del periodo del indicador	del	Octubre 2025: 0.4 x 1000 Año 2025: 0.6 x 1000
Brecha con la meta		Octubre 2025: No aplica. Año 2025: 0.1 x 1000



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	Para la vigencia 2024 el indicador se media global.
Estrategias implementadas	Se realizó la socialización del Programa de Seguridad del Paciente, enfatizando en los procesos institucionales seguros. La actividad alcanzó una cobertura de 218 de 219 colaboradores, equivalente al 99,54% del personal socializado. Se realizó la intensificación de las barreras de seguridad para la prevención de caídas mediante la implementación de "píldoras de seguridad". La actividad permitió la socialización de estas medidas a 202 personas, entre pacientes, familiares y funcionarios de la institución durante el mes de septiembre y octubre del 2025. Se realizó la entrega de esquelas y la capacitación correspondiente en la valoración del riesgo de caídas mediante la aplicación de la Escala de Downton
Motivos de la desviación	Durante el período de enero a octubre, la tasa de caídas en el área de Urgencias mostró fluctuaciones, con picos en marzo (1.5) y abril, junio y agosto (0.8), aunque en la mayoría de los meses se mantuvo en valores cercanos o dentro de la meta institucional de <0.5 por cada 1.000 pacientes-día. Las desviaciones observadas pueden atribuirse a factores del paciente, como alteraciones en el estado de conciencia o movilidad limitada; factores del entorno y organizacionales, incluyendo alta afluencia de pacientes, a la adherencia parcial a protocolos de prevención de caídas en situaciones de urgencia. A pesar de la ocurrencia de algunos casos, la implementación de estrategias de seguridad, tales como la valoración sistemática del riesgo al ingreso, identificación de pacientes de alto riesgo, rondas de vigilancia, reentrenamiento del personal y participación de familiares, ha permitido mantener la tasa dentro de la meta y evidenciar una mejora sostenida. Esto demuestra que las acciones implementadas han sido efectivas.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	Verificar adherencia a proceso seguro por medio de rondas de seguridad. Mantener educación de las barreras de prevención de caídas mediante píldoras de seguridad para paciente, familia y funcionarios de la institución.
Correlación con otros indicadores	Índice de eventos adversos.

SEGUIMIENTO A INDICADORES TRAZADORES

A pesar de que el indicador se encuentra en cumplimiento, se continúa con su seguimiento por tratarse de un indicador trazador en salud.

INDICADORES DE EVENTOS ADVERSOS

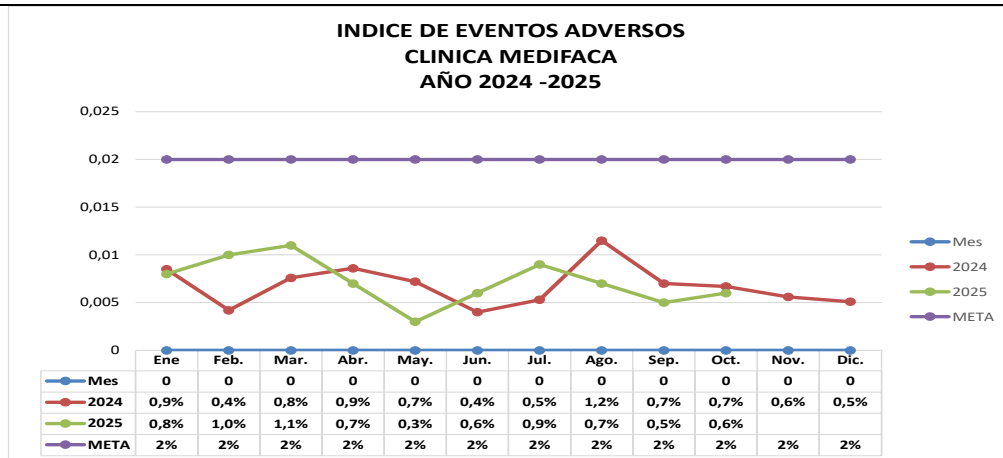
NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2025														
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE		AÑO			
			R	R	R	R	R	R	R	R	R	N	D	R	N	D	R
Índice de eventos adversos	<0.5 27 100 - 47 100 > 0.5	(Número de eventos adversos detectados en el periodo. Total de egresos) x 100	0,82	1,01	1,14	0,70	0,29	0,56	0,86	0,75	0,49	28	4414	0,63	275	38279	0,72

Tabla No 63 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad



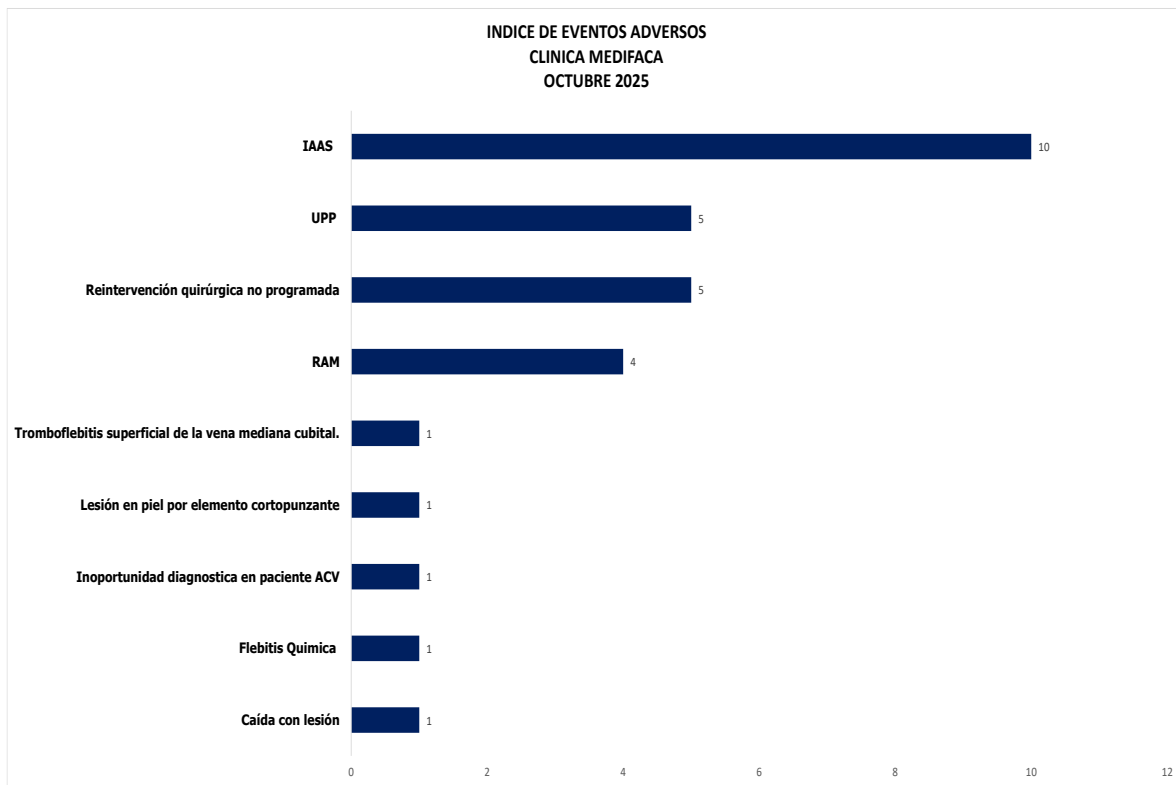
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





Grafica No 88 Fuente: Tablero de indicadores 2025

Para la vigencia 2025 se reportaron 257 casos clasificados como eventos adversos, sobre un total de 38.279 egresos. Durante el mes de octubre se presentaron 28 casos, siendo los de mayor impacto las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) con 10 casos, seguidas por 5 úlceras por presión (UPP) y 5 reintervenciones quirúrgicas.

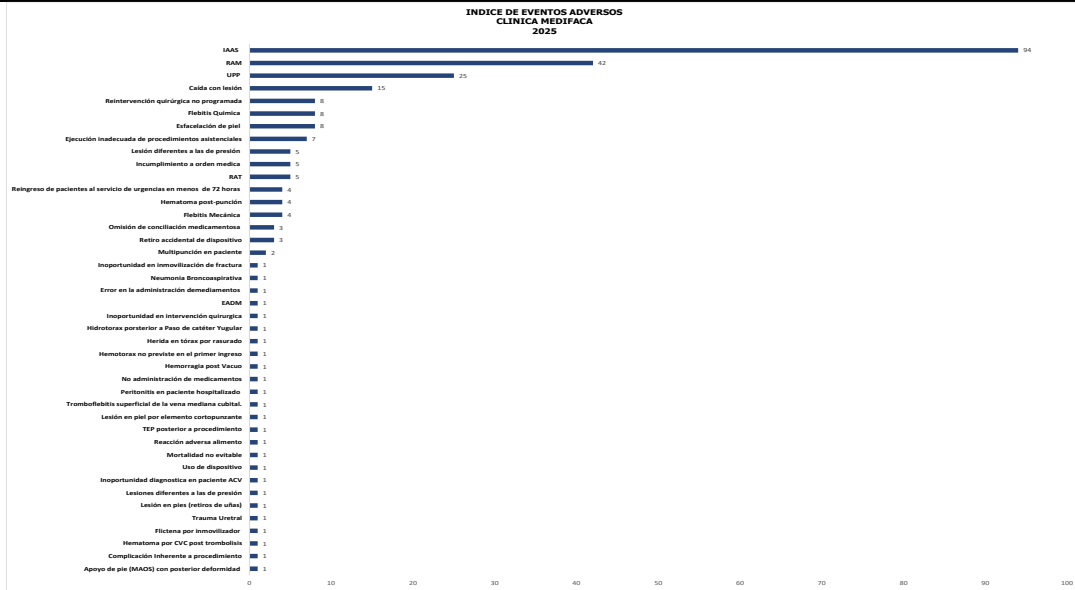


Grafica No 89 Fuente: Tablero de indicadores 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





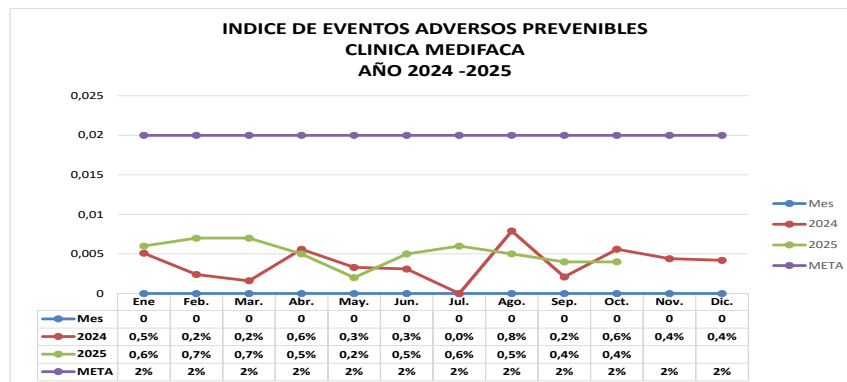
Gráfica No 90 Fuente: Tablero de indicadores 2025

En el año 2025 se registraron un total de 275 eventos adversos sobre 38.279 egresos, lo que evidencia la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de seguridad del paciente. Dentro de los eventos reportados, las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) representaron el mayor impacto con 94 casos, seguidas de las Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) con 42 casos, las Úlceras Por Presión (UPP) con 25 casos y, finalmente, las caídas, que aportaron 15 casos. Este comportamiento permite identificar las áreas críticas que requieren intervenciones prioritarias, especialmente en prevención de IAAS y uso seguro de medicamentos, sin dejar de lado las medidas de control para prevenir lesiones por presión y caídas dentro de la institución.

ÍNDICE DE EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2025												AÑO		
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOV	DIC	N	D	R
Índice de eventos adversos prevenibles	~2% 100 - 4% 100	$\frac{\text{Número de eventos adversos prevenibles}}{\text{Total de egresos}} * 100$	0,61	0,66	0,68	0,51	0,24	0,48	0,60	0,51	0,35	17	4414	0,39	190	38279	0,50

Tabla No 64 Fuente: Tablero general de indicadores 2023 Comité de calidad



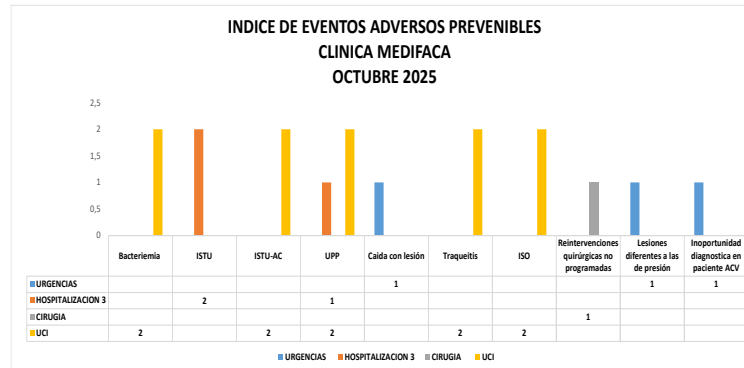
Gráfica No 91 Fuente: Tablero de indicadores 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



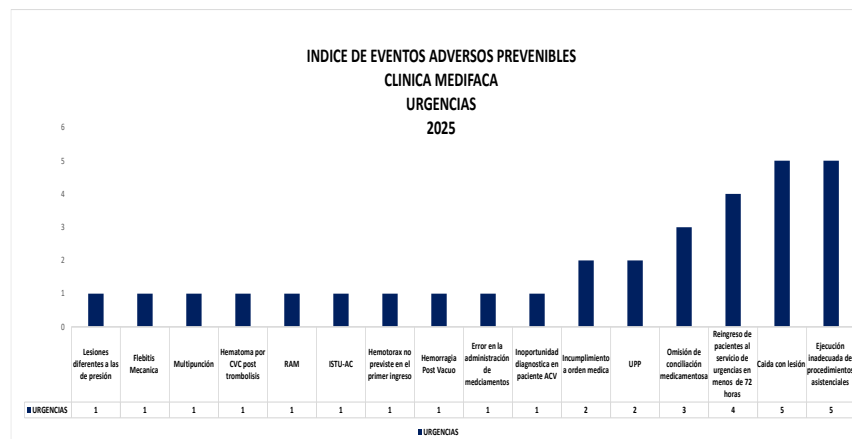
Al comparar el comportamiento de los eventos adversos prevenibles entre los años 2024 y 2025 se observa un incremento significativo, pasando de 152 eventos prevenibles en 2024 (con 40.163 egresos) a 190 eventos prevenibles en 2025 (con 38.279 egresos). Este aumento, aun cuando en 2025 se registró un menor número de egresos, evidencia una mayor proporción de eventos potencialmente evitables y sugiere la necesidad de revisar la adherencia a los protocolos de seguridad, el cumplimiento de las prácticas seguras y la efectividad de las barreras de prevención implementadas. Estos resultados resaltan la importancia de fortalecer las estrategias institucionales orientadas a la identificación temprana de riesgos, el entrenamiento del personal y la mejora continua de los procesos asistenciales para disminuir la ocurrencia de eventos prevenibles en los próximos periodos.



Gráfica No 92 Fuente: Tablero de indicadores 2025

De acuerdo con el índice de eventos adversos prevenibles, durante el mes de octubre se registraron 17 eventos, concentrándose el mayor número de casos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con 8 eventos, lo que la posiciona como el servicio de mayor impacto. En segundo lugar, se ubicaron los servicios de Urgencias y Hospitalización 3 piso, cada uno con 3 casos, lo cual evidencia que, aunque la mayoría de los eventos se focalizan en áreas de alta complejidad como la UCI, también persisten situaciones prevenibles en otros servicios asistenciales. Este comportamiento resalta la necesidad de continuar reforzando las medidas de prevención y la adherencia a los protocolos de seguridad del paciente.

EVENTOS ADVERSOS POR SERVICIOS



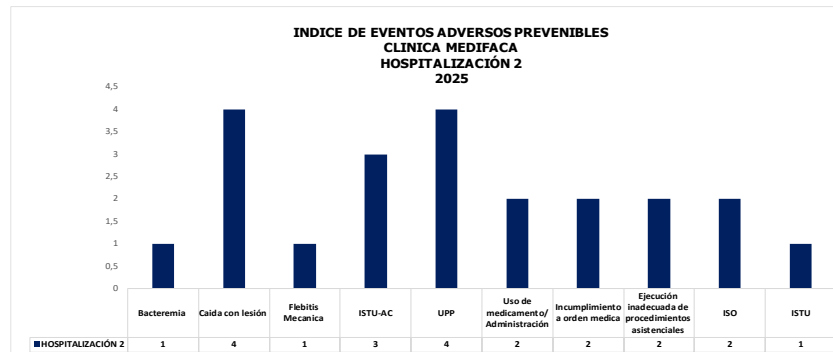
Gráfica No 93 Fuente: Tablero de indicadores 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

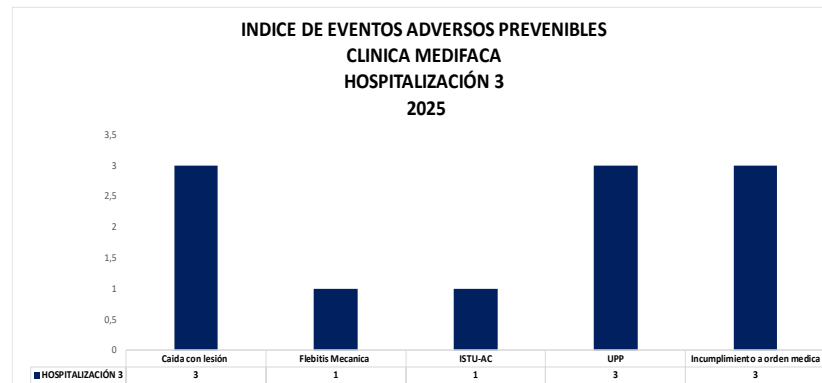


Durante la vigencia 2025, el servicio de Urgencias presentó 31 eventos adversos, entre los cuales los de mayor frecuencia fueron la ejecución inadecuada de procedimientos asistenciales, con 5 casos, relacionados con la no realización de curaciones, la falta de rotulación de medicamentos y la preparación inadecuada de los pacientes para procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. En segundo lugar, se registraron 5 caídas con lesión, de un total de 14 caídas reportadas en el servicio, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las acciones de prevención del riesgo. Asimismo, se identificaron 4 reingresos al servicio de Urgencias por el mismo diagnóstico en menos de 72 horas, según los casos reportados en la plataforma Indigo, lo que sugiere oportunidades de mejora en la continuidad y seguimiento del cuidado. Este comportamiento destaca la importancia de reforzar las prácticas seguras y la adherencia a los protocolos establecidos para disminuir la ocurrencia de eventos adversos en este servicio.



Grafica No 94 Fuente: Tablero de indicadores 2025

Durante la vigencia 2025, el servicio de hospitalización 2 registró 22 eventos adversos prevenibles, siendo los más frecuentes las caídas con lesión y las úlceras por presión (UPP), con 4 casos cada una, seguidas de infecciones del tracto urinario asociado a catéter (ISTU-AC) con 3 casos, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las medidas de prevención de caídas, cuidado de la piel y control de infecciones asociadas a dispositivos médicos.



Grafica No 95 Fuente: Tablero de indicadores 2025

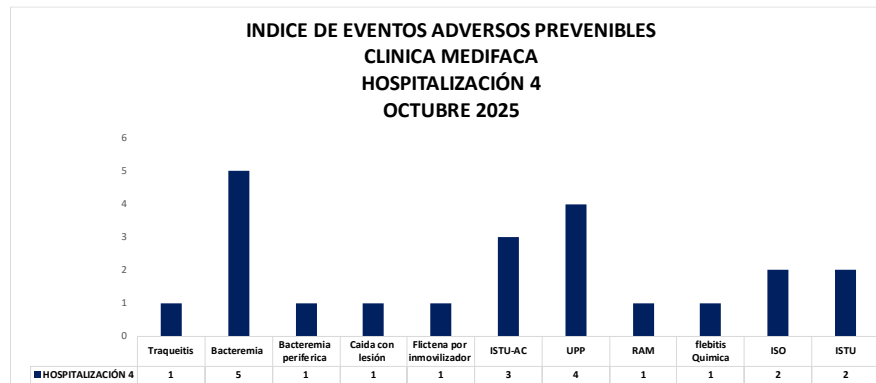
Durante la vigencia 2025, el servicio de Hospitalización 3 reportó un total de 11 eventos adversos prevenibles, distribuidos principalmente en caídas con lesión (3 casos), úlceras por presión (3 casos) e incumplimiento de órdenes médicas (3 casos). Este último incluye aspectos críticos como la toma de glucometrías, la aplicación de insulina y la administración de anticoagulantes en los pacientes que lo requieren, lo que representa un riesgo significativo para la seguridad del paciente.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



El análisis de estos eventos evidencia que las caídas y las UPP continúan siendo complicaciones prevenibles recurrentes, resaltando la necesidad de reforzar las estrategias de prevención en el recibo y entrega de turno, la valoración de riesgo de caídas y la implementación estricta de los cuidados de enfermería. Asimismo, los eventos asociados al incumplimiento de órdenes médicas subrayan la importancia de mejorar la adherencia a los protocolos, la verificación de la administración de medicamentos críticos o de alto riesgo y la educación continua del personal, con el fin de minimizar riesgos y fortalecer la seguridad del paciente en este servicio.



Grafica No 96 Fuente: Tablero de indicadores 2025

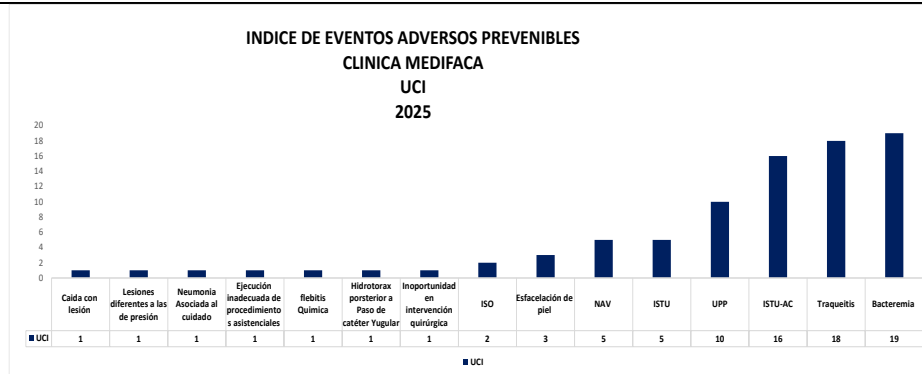
Durante la vigencia 2025, el servicio de Hospitalización 4 reportó un total de 22 eventos adversos prevenibles, siendo los más frecuentes las bacteremias (5 casos), seguidas por úlceras por presión (4 casos) e infecciones del sitio de transfusión o acceso central (ISTU-AC) con 3 casos. Este panorama evidencia que las infecciones asociadas a la atención en salud continúan siendo un desafío importante dentro del servicio, lo que resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de control de infecciones, incluyendo el cumplimiento estricto de protocolos de asepsia, vigilancia activa de accesos vasculares y la educación del personal en medidas de prevención. De igual manera, las úlceras por presión reflejan la importancia de aplicar los cuidados de enfermería oportunos, como la rotación de pacientes, hidratación de la piel y evaluación constante del riesgo. En conjunto, estos hallazgos indican que, aunque los eventos son prevenibles, es necesario un enfoque global de prevención, monitoreo y educación continua para disminuir la ocurrencia de estos eventos y garantizar la seguridad del paciente en Hospitalización 4.

Durante la vigencia 2025, los servicios de hospitalización presentaron diferencias en eventos adversos prevenibles. Hospitalización 2 y 4 registraron el mayor número de casos (22 cada uno), siendo frecuentes las caídas, úlceras por presión e infecciones asociadas a dispositivos médicos, mientras que Hospitalización 3 presentó el menor número (11 casos), con eventos relacionados principalmente con caídas, úlceras por presión e incumplimiento de órdenes médicas críticas. Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer la prevención, el cumplimiento de protocolos y la educación continua del personal para mejorar la seguridad del paciente en todos los servicios.



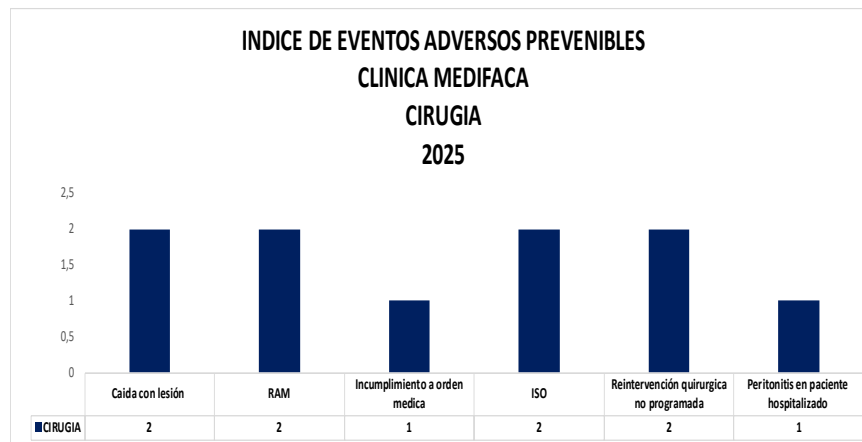
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





Grafica No 97 Fuente: Tablero de indicadores 2025

Durante la vigencia 2025, el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) presentó el mayor número de eventos adversos prevenibles, con un total de 85 casos. Los eventos más frecuentes fueron bacteriemias (19 casos) y traqueítis (18 casos), seguidos de infecciones del tracto urinario asociado a catéter (ISTU-AC, 16 casos), úlceras por presión (10 casos), infecciones del tracto urinario (ISTU, 5 casos) y neumonías asociadas a ventilación (NAV, 5 casos). Este panorama evidencia que las complicaciones infecciosas continúan siendo un desafío crítico en la UCI, lo que resalta la necesidad de fortalecer los protocolos de control de infecciones, la vigilancia estricta de dispositivos invasivos y la educación continua del personal en medidas de prevención. Adicionalmente, las úlceras por presión reflejan la importancia de mantener cuidados de enfermería oportunos y evaluaciones constantes del riesgo, mientras que la presencia de NAV sugiere la necesidad de reforzar estrategias de prevención de complicaciones respiratorias. En conjunto, estos hallazgos indican que un enfoque global de prevención, monitoreo y adherencia a protocolos es indispensable para reducir la ocurrencia de eventos adversos y mejorar la seguridad del paciente en la UCI.



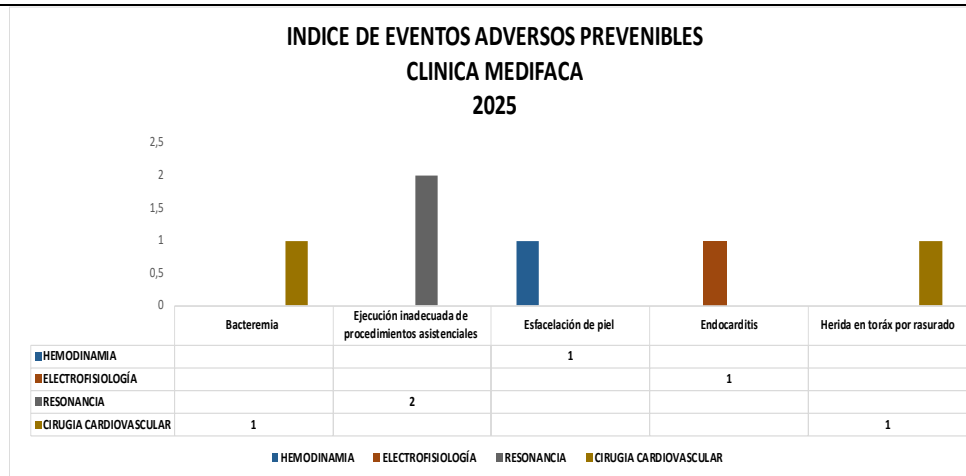
Grafica No 98 Fuente: Tablero de indicadores 2025

Durante la vigencia 2025, el servicio de Salas de Cirugía reportó un total de 10 eventos adversos prevenibles. Los eventos más frecuentes fueron caídas con lesión (2 casos), infecciones del sitio operatorio (ISO, 2 casos), reacciones adversas a medicamentos (RAM, 2 casos) y reintervenciones quirúrgicas no programadas (2 casos). Este panorama evidencia que, aunque la cantidad de eventos es menor en comparación con otros servicios, las complicaciones están relacionadas tanto con la seguridad del paciente durante la movilización y cuidado postoperatorio como con el manejo clínico y quirúrgico.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





Durante la vigencia 2025, los servicios con menor número de eventos adversos prevenibles fueron Hemodinamia, Electrofisiología y Cirugía Cardiovascular, con un caso reportado en cada uno, mientras que el servicio de Resonancia registró dos casos, asociados a la ejecución inadecuada de procedimientos asistenciales. Estos hallazgos indican que, aunque la frecuencia de eventos es baja en estos servicios, es necesario mantener la vigilancia, adherencia a protocolos y educación continua del personal para asegurar la calidad y seguridad del paciente en los procedimientos y prevenir la ocurrencia de futuros eventos adversos.

Meta sobresaliente del indicador	< 2%
Resultado del periodo del indicador	Octubre: 0.39% Año 2025: 0.50%
Brecha con la meta	No se presenta desviación con respecto a la meta del indicador en el periodo.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	<p>Durante los últimos meses, el indicador de eventos adversos prevenibles se ha mantenido dentro del objetivo institucional establecido (<2%). Sin embargo, se observan fluctuaciones que permiten identificar tendencias y oportunidades de mejora.</p> <p>En agosto se reportaron 22 casos, correspondientes al 0.51%. Posteriormente, en septiembre se evidenció una disminución significativa a 15 casos (0.35%), lo que representó un avance positivo en materia de seguridad del paciente. No obstante, para octubre se registró un ligero incremento, alcanzando 17 casos (0.39%), es decir, dos casos más que el mes anterior, aunque manteniéndose dentro de la meta institucional.</p> <p>Si bien la evolución del indicador muestra un comportamiento controlado y favorable desde el punto de vista cuantitativo, el análisis cualitativo revela la necesidad de reforzar aspectos clave de las prácticas de seguridad asistencial. Entre los factores que continúan representando riesgos se destacan:</p> <p>La adherencia incompleta a la higiene de manos según los cinco momentos. La prevención de úlceras por presión.</p>



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



	<p>La correcta administración y manejo de medicamentos. La optimización de los cuidados de enfermería. Prevención de caídas</p>
Estrategias implementadas	<p>Verificación de reporte y priorización de casos que requieren trabajo de campo para un mejor análisis y clasificación. Seguimiento a través de rondas de seguridad en cada uno de los servicios. Revisión por parte de seguridad del paciente consolidación de concurrencia para mejorar la calidad del dato. Realizar revisión, análisis y priorización, según instructivo de eventos adversos.</p>
Motivos de la desviación	<p>De acuerdo con el índice de eventos adversos prevenibles, durante el mes de octubre se registraron 17 eventos, concentrándose el mayor número de casos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con 8 eventos, lo que la posiciona como el servicio de mayor impacto. En segundo lugar, se ubicaron los servicios de Urgencias y Hospitalización 3 piso, cada uno con 3 casos, lo cual evidencia que, aunque la mayoría de los eventos se focalizan en áreas de alta complejidad como la UCI, también persisten situaciones prevenibles en otros servicios asistenciales. Este comportamiento resalta la necesidad de continuar reforzando las medidas de prevención y la adherencia a los protocolos de seguridad del paciente.</p>
Estrategias para mejorar o mantener el indicador	<p>Curso del Modelo de gestión de seguridad del paciente realizado en el mes de septiembre del 2025. Se reforzó el uso de escala de Downton y Norton para identificación de riesgo, así como plan de cuidados de acuerdo a resultados. Capacitación de adherencia a lavado de manos en compañía de proveedores. Jornada de limpieza y desinfección en la unidad de cuidados intensivos, con Cloro Orgánico el día 05 de septiembre del 2025. Retroalimentación del manual de infecciones y realización de procesos evaluativos. Rondas de seguridad según cronograma 2025. Realizar seguimiento y acompañamiento en la entrega de turno distinto al cronograma de rondas 2025. Realizar taller teórico práctico con proveedor sobre manejo integral del circuito cerrado (Técnica ANTT- Manejo de acceso vascular sin contacto). Seguir priorizando eventos adversos graves para análisis por protocolo de Londres, según instructivo de gestión de evento adverso (I-GC-011 MF) Presentar programa de fortalecimiento del programa de seguridad del paciente según cronograma de comité de seguridad del paciente 2025. Socializar cartilla de educación de usuarios y familia de procesos institucionales. Junio 2025.</p>
Correlación con otros indicadores	<p>De acuerdo a la correlación del indicador, se ve reflejado en índice de eventos adversos caídas con lesión, índice de úlceras por presión, índice de eventos adversos asociados al uso de tecnologías en salud, índice de eventos adversos quirúrgicos evitables, Número de eventos adversos asociados a fallas en la identificación de los usuarios y índice de eventos adversos asociados a obtención de ayudas diagnósticas.</p>



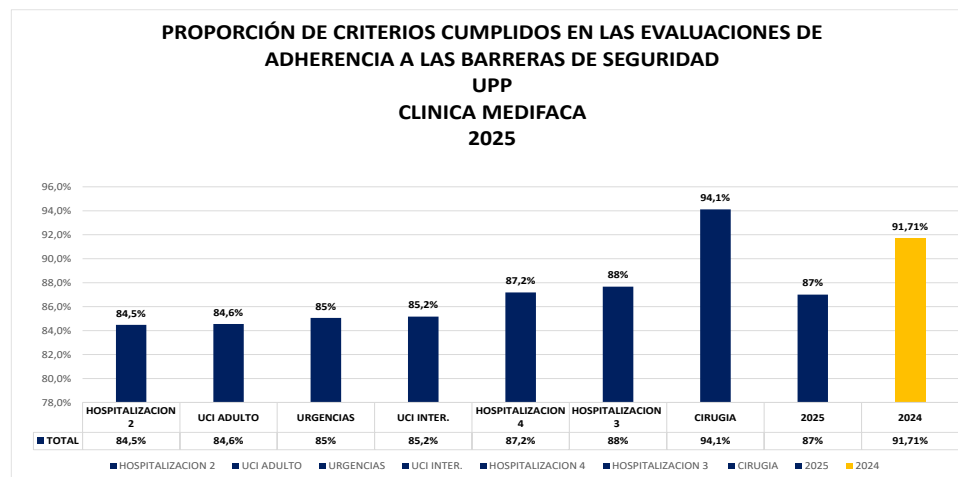
"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



ADHERENCIA A RONDAS DE SEGURIDAD 2025

Durante la vigencia 2025 se realizaron rondas de seguridad del paciente conforme al cronograma institucional establecido. Estas rondas tuvieron como propósito evaluar la adherencia del personal asistencial a los procesos seguros definidos por la institución y verificar su aplicación en los diferentes servicios.

La ejecución periódica de estas actividades permitió identificar fortalezas en la implementación de prácticas seguras, así como oportunidades de mejora relacionadas con la estandarización de procedimientos, el cumplimiento de protocolos y la cultura de seguridad. Los hallazgos obtenidos constituyen una base fundamental para la planificación de estrategias de capacitación, retroalimentación y seguimiento, orientadas a garantizar la calidad y seguridad en la atención ofrecida a los pacientes.



Grafica No 100 Fuente: Base de rondas de seguridad 2025

Durante la vigencia 2025 se realizaron 489 aplicaciones de listas de chequeo con el propósito de medir la proporción de criterios cumplidos en las evaluaciones de adherencia a las barreras de seguridad para la prevención de úlceras por presión. Los resultados evidenciaron una adherencia global del 87%, cifra inferior al 91,71% registrado en el año 2024.

En el análisis por servicios, se identificó que Cirugía presentó la mayor adherencia con 94,1%, seguido de Hospitalización 3 con 88%. Por su parte, Hospitalización 2 registró la adherencia más baja, con 84,5%, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de mejora en este servicio.

Esta desviación de proceso se debe a:

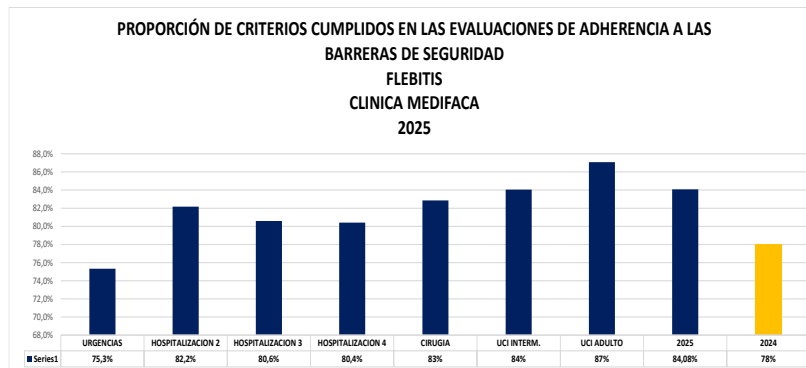
Se identifica una aplicación inadecuada de la escala de Norton, así como deficiencias en los registros consignados en las notas de enfermería, el kardex y el tablero de identificación. Se evidencia falta de educación al paciente y a la familia sobre las barreras de prevención, así como una limitada estrategia para involucrarlos activamente en el cuidado.

Incumplimiento a los cambios de posición según el riesgo, falta de prevención ó mitigación de UPP delegando funciones a los familiares



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



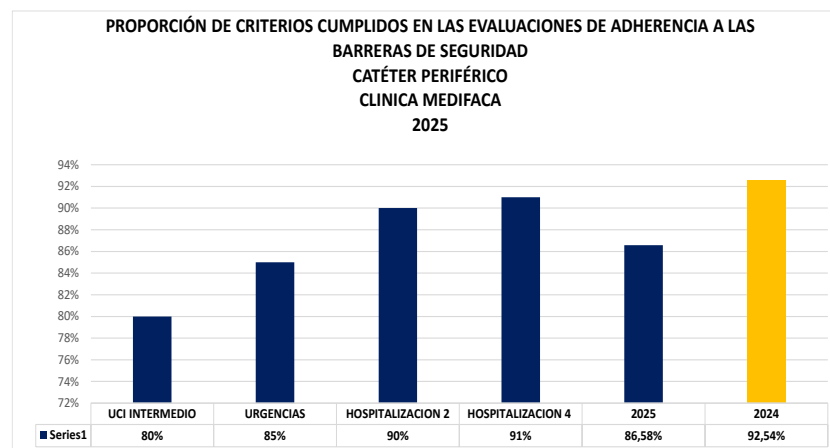


Gráfica No 101 Fuente: Base de rondas de seguridad 2025.

Durante la vigencia 2025 se realizaron 518 aplicaciones de listas de chequeo con el propósito de medir la proporción de criterios cumplidos en la evaluación de la adherencia a las barreras de seguridad para la prevención de flebitis. Los resultados evidencian una adherencia global del 84.08% en 2025, superior al 78% registrado en 2024, lo que demuestra un avance significativo en la implementación de prácticas seguras.

En cuanto al comportamiento por servicios, Urgencias presentó una adherencia del 75.3%, Hospitalización 2 alcanzó un 82.2%, y Hospitalización 3 obtuvo un 80.6%, evidenciando una mejora general en el cumplimiento de las medidas de prevención, sin embargo; se presenta desviación en el proceso:

- No obstante, este indicador no se encuentra en cumplimiento debido a las desviaciones identificadas en el proceso:
- Se evidencia incumplimiento de las órdenes médicas relacionadas con la administración de líquidos, ya sea por inadecuada velocidad de infusión, administración en bolo sin indicación o, en el peor de los casos, retiro del medicamento con el volumen completo y posterior desecho.
- Manejo inadecuado de equipos de venoclisis.
- Se identifica una práctica inadecuada en el barrido durante el taponamiento de los circuitos de venopunción, empleando elementos no autorizados como tijeras, carné o lapiceros.
- Contaminación de equipos, estos sin tapa protectora en cama, camilla, atril.
- Manejo de equipos sin técnica aséptica.



Gráfica No 102 Fuente: Base de rondas de seguridad 2025

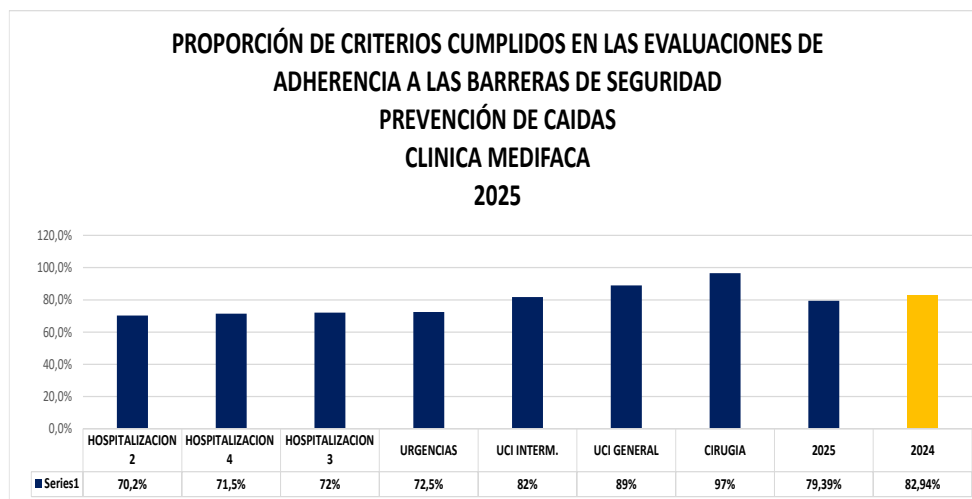


"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Durante el año 2025 se aplicaron 114 listas de chequeo para evaluar la adherencia a las barreras de seguridad en la inserción de catéter periférico, obteniéndose un cumplimiento global del 86.58%, cifra inferior al 92.54% registrado en 2024. Esta disminución de 5.96 puntos porcentuales evidencia una reducción en la correcta aplicación de las medidas de seguridad establecidas. El servicio con menor adherencia a este proceso fue UCI Intermedios, con un 80%, seguido de Urgencias, con un 85%. Posteriormente se ubicaron Hospitalización 4, con un 90%, y Hospitalización 3, con un 91% de cumplimiento. Esta desviación de procesos se debe a:

- Incumplimiento en el lavado de manos, uso de guantes e insumos necesarios para el procedimiento.
- Realizar procedimientos hablando por celular y además sin guantes.
- No se evidencia registro ó seguimiento de accesos vasculares en Indigo Vie.



Grafica No 103 Fuente: Base de rondas de seguridad 2025

Durante el año 2025 se aplicaron 526 listas de chequeo para evaluar la adherencia a las barreras de seguridad para la prevención de caídas, obteniéndose un cumplimiento global del 79.39%, cifra inferior al 82.94% registrado en 2024. Esta disminución de 3.55 puntos porcentuales evidencia una reducción en la aplicación de las medidas de seguridad establecidas.

Los servicios con menor nivel de adherencia fueron Hospitalización 2, seguido de Hospitalización 4, con un 71.5%, y Hospitalización 3, con un 72% de cumplimiento.

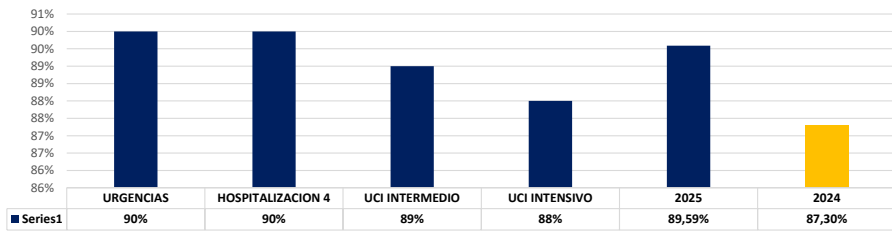
- Inadecuada aplicación ó no valoración de escala de prevención de caídas Downton.
- Poca educación de pacientes y familia sobre las barreras para la prevención de caídas.
- En la entrega y recibo de turno, no se refuerza las barreras de seguridad para la prevención de caídas.
- Omisión de paciente y familia de la educación recibida.
- Se presentó daño en camillas, camas y timbres ó llamados de enfermería.
- Inadecuada organización de las pertenencias de paciente y familia en las habitaciones.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



**PROPORCIÓN DE CRITERIOS CUMPLIDOS EN LAS EVALUACIONES DE ADHERENCIA A LAS BARRERAS DE SEGURIDAD
SONDA VESICAL
CLINICA MEDIFACA
2025**



Grafica No 104 Fuente: Base de rondas de seguridad 2025

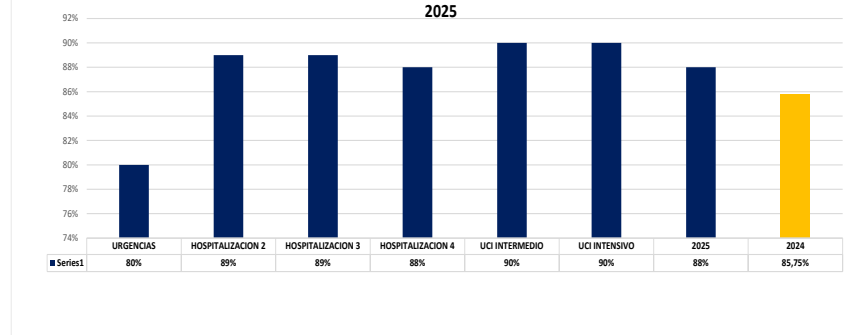
Durante el año 2025 se aplicaron 130 listas de verificación para evaluar la adherencia a las barreras de seguridad en el manejo de la sonda vesical. El cumplimiento global alcanzó el 89.59%, lo que representa una mejora respecto al año 2024, cuando se registró un 87.30%.

Este incremento refleja un avance positivo en la implementación de las medidas de seguridad y sugiere una mayor adherencia del personal a los protocolos establecidos. El servicio con menor adherencia a este proceso fue UCI Intensivos, con un 88%, seguido de UCI Intermedios, que alcanzó un 89% de cumplimiento.

No obstante, este indicador no se encuentra en cumplimiento debido a las desviaciones identificadas en el proceso:

- Sondas vesicales sin fijación.
- No se evidencia registros clínicos de enfermería de inserción de sonda vesical.
- Cystofló en el piso.
- Inadecuada ó no rotulación de la sonda.
- Debilidad en cuanto a educación a paciente y familia sobre el dispositivo.

**PROPORCIÓN DE CRITERIOS CUMPLIDOS EN LAS EVALUACIONES DE ADHERENCIA A LAS BARRERAS DE SEGURIDAD
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
CLINICA MEDIFACA
2025**



Grafica No 105 Fuente: Base de rondas de seguridad 2025




"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Durante el año 2025 se aplicaron 216 listas de verificación para evaluar la adherencia a las barreras de seguridad en la administración de medicamentos. En este periodo, el cumplimiento alcanzó el 88%, lo que representa un incremento de 2.25 puntos porcentuales respecto al año 2024, cuando la adherencia fue del 85.75%. El servicio con menor nivel de adherencia fue Urgencias, con un 80%, seguido de Hospitalización 4, que alcanzó un 88%. A pesar de la mejora global, el indicador continúa en incumplimiento, ya que la meta institucional establecida es del 95%. Motivo de la desviación:

Incumplimiento en la rotulación de medicamentos y líquidos.
 Incumplimiento en el uso de tarjetas de medicamentos para el servicio de urgencias.
 Preparación de medicamentos en lugares no destinados para ellos.
 Jefes sin asignación de pacientes.

Varios: Se presenta cumplimiento del Programa de Fortalecimiento de la Seguridad del Paciente, conforme a las metas establecidas dentro del mismo. El seguimiento y la evaluación del programa se realizan a través de los indicadores definidos, los cuales permiten medir de manera objetiva el nivel de adherencia a las prácticas seguras, identificar brechas en los procesos asistenciales y orientar la toma de decisiones para la implementación de acciones de mejora continua.

 <p>PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO SEGURIDAD DEL PACIENTE</p>	VERSIÓN	2
	VIGENCIA	Febrero 2025
	CÓDIGO	O-GC-012 MF
	PÁGINAS	1 DE 9

3. METAS	
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el conocimiento del personal en cuanto a la política y el modelo de seguridad del paciente con una cobertura del 90%. Lograr el 90% de cumplimiento en las mediciones de adherencia de prácticas asistenciales seguras. Aumentar 30% la proporción de cumplimiento en la autoevaluación de guías de buenas prácticas clínicas de seguridad del paciente, tomando como punto de partida el promedio obtenido en el año 2024. 	

6. EVALUACIÓN	
INDICADOR	FÓRMULA
Proporción de criterios cumplidos en las evaluaciones de adherencia a las barreras de seguridad	$\frac{\text{Número de criterios cumplidos en las evaluaciones de adherencia a las barreras de seguridad} \times 100}{\text{Total de criterios aplicables}}$
Proporción de cumplimiento en la autoevaluación de guías de buenas prácticas clínicas de seguridad del paciente.	$\frac{\text{Número de criterios cumplidos en la autoevaluación de la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente} \times 100}{\text{Total de criterios aplicables}}$

Imagen No 3 fuente: Programa de fortalecimiento de seguridad del paciente 2025

De acuerdo con el cumplimiento de las metas establecidas, se cuenta con las tres estrategias definidas para garantizar su alcance. Estas estrategias permiten orientar las acciones institucionales, estandarizar los procesos y asegurar la sostenibilidad de los resultados en materia de seguridad del paciente.

Fortalecer el conocimiento del personal en cuanto a la política y el modelo de gestión de seguridad del paciente con una cobertura del 90%

La meta establecida fue fortalecer el conocimiento del personal sobre la política y el modelo de gestión de seguridad del paciente, con una cobertura mínima del 90%. Los resultados obtenidos muestran que esta meta se cumplió y superó en ambos periodos evaluados: en abril de 2025, participaron 221 de los 227 trabajadores convocados, alcanzando un 97.3% de cobertura, y en septiembre de 2025, participaron 218 de los 219 convocados, logrando un 99.54%. Estos resultados evidencian un alto nivel de compromiso del personal con la seguridad del paciente y la efectiva implementación del modelo de gestión.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





Imagen No4 fuente: Consolidado de evaluación de conocimiento en capacitación, inducción y reinducción 2025

Se llevó a cabo educación a pacientes y familiares sobre las barreras de prevención de caídas mediante píldoras de seguridad, desde febrero hasta octubre de 2025, logrando capacitar a un total de 372 pacientes y familiares.

Lograr el 90% de cumplimiento en las mediciones de adherencia de prácticas asistenciales seguras.

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2025		
			N	D	R
Proporción de criterios cumplidos en adherencia a barreras de seguridad	> 95 % 90-95 % <90 %	(Número de criterios cumplidos en las evaluaciones de adherencia a las barreras de seguridad / Total de criterios evaluados en las evaluaciones de adherencia a las barreras de seguridad) x 100	16816	19812	84,88%

Tabla No 65 Fuente: Tablero de indicadores 2025

Esta meta se realiza a través de las rondas de seguridad, mediante la aplicación de listas de chequeo según el cronograma establecido, logrando una adherencia a los procesos del 85%. Este indicador mostró una mejora a partir de junio, alcanzando 80.18%, en comparación con el resultado previo de 75.12%. Aunque la meta del programa de fortalecimiento es del 90%, no se alcanzó debido a incumplimientos y desviaciones en la ejecución de los procesos, documentados en las actas de comité y en las diferentes rondas de seguridad desagregadas por servicios.

Aumentar 30% la proporción de cumplimiento en la autoevaluación de guías de buenas prácticas clínicas de seguridad del paciente, tomando como punto de partida el promedio obtenido en el año 2024.

La meta establecida consistía en aumentar en un 30% la proporción de cumplimiento en la autoevaluación de guías de buenas prácticas clínicas de seguridad del paciente, tomando como referencia el promedio obtenido en 2024. Los resultados obtenidos muestran que esta meta se cumplió en su totalidad, ya que el promedio de cumplimiento en 2024 fue del 21%, mientras que en 2025 se logró un 30%, representando un aumento significativo.

Este avance refleja la efectividad de las estrategias implementadas durante el año, evidenciando un fortalecimiento en la adopción de buenas prácticas clínicas de seguridad del paciente y un mayor compromiso del personal con los estándares de calidad establecidos.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Año 2024:

Total Cumple		6	PUNTAJE	
Total No Cumple		22	<90%	No Cumplida
Proporción de cumplimiento		21%	90 – 95%	Aceptable
			> 95%	Sobresaliente

Tabla No 66 Fuente: Formato de autoevaluación guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente 2024

Año 2025:

Total Cumple		6	PUNTAJE	
Total No Cumple		22	<90%	No Cumplida
Proporción de cumplimiento		21%	90 – 95%	Aceptable
			> 95%	Sobresaliente

Tabla No 67 Fuente: Formato de autoevaluación guía técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente 20242025

INDICADORES COMITÉ DE PROA

- PROFILAXIS ANTIBIOTICA**

Durante el mes de octubre, 362 pacientes fueron llevados a diferentes procedimientos quirúrgicos. De estos, 283 pacientes contaban con indicación de terapia antibiótica: 200 correspondieron a profilaxis antibiótica y 83 a tratamiento empírico (Gráfico 1).

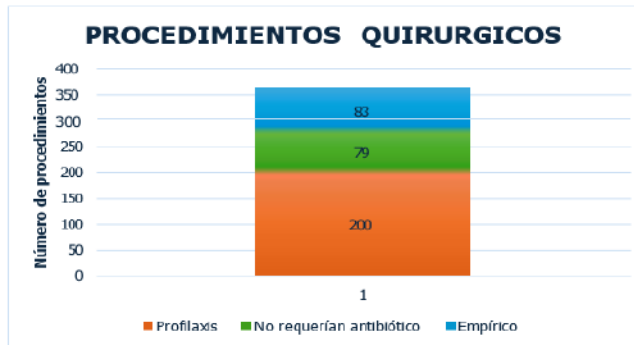


Gráfico No 106 Fuente Propia

Adicionalmente, se realizó el análisis de adherencia a la guía institucional de profilaxis quirúrgica, evaluando tres aspectos: momento adecuado de administración, tiempo de uso y molécula seleccionada. Se identificó una adherencia global del 82%, como se evidencia en el Gráfico 2.



Gráfico No 107 Fuente Propia



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Al analizar las causas de no adherencia, se encontró como principal motivo el momento inadecuado de administración del antibiótico, dado que en algunos casos se aplica hasta 3 horas antes, durante la cirugía o posteriormente al inicio del procedimiento, situaciones que no cumplen con la ventana recomendada. Se solicita a la Coordinación de Enfermería implementar un mecanismo que permita al ayudante quirúrgico conocer con precisión la hora de administración de la profilaxis, con el fin de determinar oportunamente la necesidad de refuerzo intraoperatorio y garantizar la fidelidad del registro consignado en el formato institucional.



Gráfico No 108 Distribución de las causas por las que no se adhiere el personal a la guía institucional

La segunda causa de no adherencia corresponde al uso extendido de antibióticos por 24 horas, principalmente en procedimientos de ortopedia y neurocirugía, donde se mantiene terapia antibiótica sin indicación clínica sustentada. En menor proporción, se identificaron desviaciones asociadas a la selección de la molécula, lo cual evidencia que, si bien existe avance en el trabajo con las especialidades quirúrgicas, persisten resistencias en servicios como urología y neurocirugía.

En cuanto a la distribución por especialidades, ortopedia es la que presenta el mayor número de casos de no adherencia, situación proporcional al volumen de procedimientos realizados durante el mes de octubre.

Respecto a las moléculas utilizadas, se observa que durante el año ha disminuido el uso de vancomicina, amikacina y gentamicina, mientras que ha aumentado el uso de cefazolina como antibiótico de elección. Sin embargo, persisten dificultades debido a la resistencia de algunos especialistas para adherirse a las recomendaciones del comité.

El Comité PROA reitera la recomendación de NO utilizar aminoglucósidos como profilaxis quirúrgica. En consecuencia, el Dr. Ospina, infectólogo, presentará en el próximo comité un documento con la justificación técnica que respalde la eliminación definitiva de este grupo farmacológico para este fin.



Gráfico No 109 Fuente Propi



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



FORMATO DE ANTIBIOTICO (EMPIRICO)

El servicio que más formula tratamiento antibiótico es Urgencias, con 266 prescripciones durante el mes de octubre. Los principales diagnósticos asociados fueron: infección de vías urinarias, infección de piel y tejidos blandos y neumonía, tendencia que se ha mantenido de forma consistente a lo largo del año.

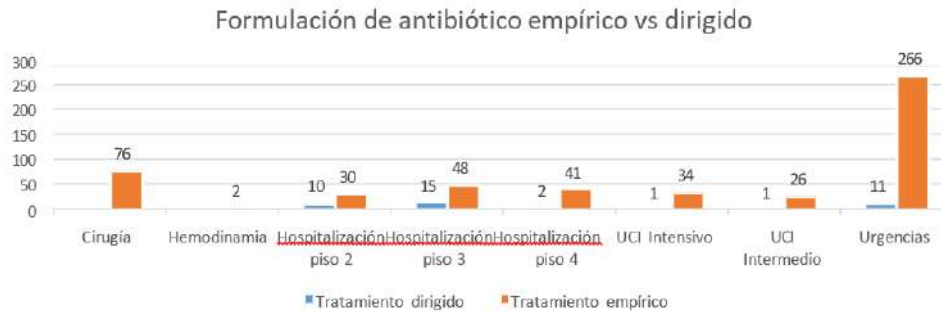


Gráfico No 110. Formulación de antibiótico por servicio en octubre

En cuanto a los antibióticos más utilizados como tratamiento empírico, durante octubre se identificó mayor uso de cefazolina, ampicilina/sulbactam y piperacilina/tazobactam, en ese orden. La menor utilización de otros antimicrobianos evidencia una tendencia favorable hacia la adherencia a las recomendaciones institucionales emitidas por este comité.

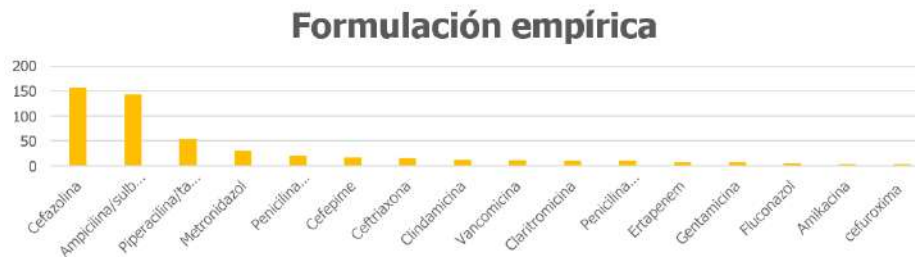


Gráfico No 111. Antibióticos utilizados para tratamiento empírico en octubre de 2025

Considerando que el diagnóstico más frecuente entre las formulaciones empíricas es la infección de vías urinarias (IVU), se realizó un análisis específico, encontrando que Medicina General, Medicina Interna y Urología son las especialidades que más realizan este diagnóstico. El antibiótico más utilizado fue Cefazolina, seguido de Ertapenem.



Gráfico No 112 Antibióticos utilizados para tratamiento empírico de infección urinaria en octubre de 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Se identificaron inconsistencias en el diligenciamiento del formato de antibióticos, ya que, cuando se prescribe ertapenem, en la mayoría de los casos existe un aislamiento microbiológico previo, el cual no está siendo reportado en el formato institucional. Para corregir esta desviación, se realizará nueva socialización de los lineamientos para diligenciar el formato con el personal médico.

Asimismo, se evidenció que una proporción importante de pacientes con diagnóstico de IVU y orden de tratamiento antibiótico no cuentan con urocultivo, lo que limita la confirmación microbiológica. Las especialidades con mayor proporción de esta práctica son UCI, Medicina Familiar y Urología. Una de las causas de esta desviación podría corresponder a errores en el diligenciamiento del formato de antibióticos. Por lo anterior, se insiste en reforzar la retroalimentación al personal médico sobre la adecuada consignación de la información y la importancia de solicitar cultivos en estos casos.



Gráfico No 113. Proporción de solicitud de urocultivo en pacientes con infección urinaria en octubre de 2025

PORCENTAJE DE TOMA DE MUESTRA PREVIO TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

Se revisa base de datos de laboratorio del mes de octubre se toma de la base de datos de laboratorio depurando cultivos de hisopado rectal.



Gráfica No. 114 Porcentaje de toma de muestra previo tratamiento antimicrobiano durante el 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

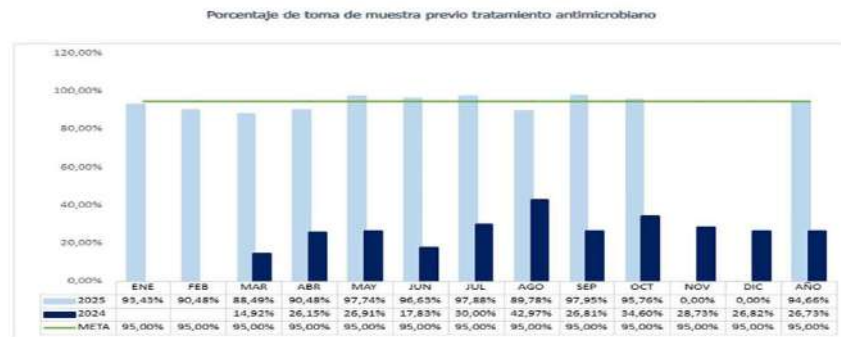


Durante el mes de octubre, el indicador alcanzó un cumplimiento de 95,76%, logrando la meta institucional. En el acumulado del año, el valor es de 94,66%, lo cual se encuentra muy cercano al objetivo definido por el programa PROA.

El comportamiento muestra una tendencia progresiva a la mejoría respecto a meses y años previos, lo que evidencia fortalecimiento de la adherencia clínica a la toma de cultivos antes del inicio de terapia antimicrobiana. Se identifica mayor compromiso por parte de las diferentes especialidades en obtener aislamiento microbiológico en casos con sospecha de infección, favoreciendo decisiones terapéuticas más precisas. Este avance tiene impacto directo en la optimización del uso de antimicrobianos, dado que permite desescalar, escalar o suspender tratamientos de manera más oportuna y reduce la exposición innecesaria a antibióticos de amplio espectro.

PORCENTAJE DE TOMA DE MUESTRA PREVIO TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

Se revisa base de datos de laboratorio del mes de octubre se toma de la base de datos de laboratorio depurando cultivos de hisopado rectal.



Gráfica No. 115 Porcentaje de toma de muestra previo tratamiento antimicrobiano durante el 2025

Durante el mes de octubre, el indicador alcanzó un cumplimiento de 95,76%, logrando la meta institucional. En el acumulado del año, el valor es de 94,66%, lo cual se encuentra muy cercano al objetivo definido por el programa PROA. El comportamiento muestra una tendencia progresiva a la mejoría respecto a meses y años previos, lo que evidencia fortalecimiento de la adherencia clínica a la toma de cultivos antes del inicio de terapia antimicrobiana.

Se identifica mayor compromiso por parte de las diferentes especialidades en obtener aislamiento microbiológico en casos con sospecha de infección, favoreciendo decisiones terapéuticas más precisas. Este avance tiene impacto directo en la optimización del uso de antimicrobianos, dado que permite desescalar, escalar o suspender tratamientos de manera más oportuna y reduce la exposición innecesaria a antibióticos de amplio espectro.

AJUSTE DE PRESCRIPCIÓN POR RESULTADOS DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS.

Se revisó la base de datos de cultivos disponible en la carpeta de vistas y se verificó cada una de las historias clínicas para confirmar la pertinencia del ajuste de tratamiento antimicrobiano. Durante la revisión se identificó que, en la mayoría de los casos donde no se realizó ajuste, la razón corresponde a que el paciente se encontraba en remisión clínica o falleció antes de la emisión del resultado del aislamiento. Dichos casos fueron excluidos de la medición con el fin de evitar sesgos y reflejar únicamente las oportunidades reales de intervención del programa.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





Grafico No 116 Porcentaje de ajuste de prescripción por resultado de pruebas microbiológicas comparativo 2024 – 2025

Para el mes de octubre, el indicador alcanzó un cumplimiento del 95%, lo que representa una mejoría con respecto al mes anterior. En el acumulado del año, el resultado es de 89,7%, evidenciándose variabilidad asociada principalmente a la interpretación oportuna y adecuada de la sensibilidad antimicrobiana, así como a la disponibilidad del equipo clínico para realizar los ajustes en tiempo adecuado.

La mejoría progresiva observada en este indicador resalta la importancia de la participación activa del médico PROA, quien realiza la revisión diaria de los cultivos reportados, verifica la necesidad de modificación del tratamiento y garantiza que las decisiones terapéuticas estén alineadas con los principios de optimización antimicrobiana.

PORCENTAJE DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PERIOPERATORIA MENOR 24H.

Se revisó la base de datos del censo de la Unidad de Cirugía y se comparó con el formato de antibióticos con indicación de profilaxis correspondiente al mes de octubre. Para dicho periodo, el indicador alcanzó un cumplimiento del 97%, manteniéndose dentro de la meta institucional. En el acumulado anual, el cumplimiento es de 94%.

Sin embargo, durante la revisión detallada se identificaron casos en los que se indicó profilaxis por 24 horas sin una justificación clínica clara, lo cual afecta la adherencia total a la Guía Institucional de Profilaxis Antibiótica. Aunque el tiempo de administración se encuentra dentro del límite aceptado para la medición del indicador, la falta de pertinencia en la indicación genera un desalineamiento con la guía y representa una oportunidad de mejora en el uso racional de antimicrobianos en el contexto quirúrgico.



Gráfico N 117. Porcentaje de profilaxis antibiótica perioperatoria menor 24h comparativo 2024 – 2025



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



PROPORCION DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD POR GERMENES RESISTENTES CARBAPENÉMICOS

• **Número de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud con resistencia antimicrobiana en un mes Carbapenémicos/ número total de días paciente**



Gráfico No 118. Proporción de infecciones asociadas a la atención en salud por gérmenes carbapenémicos

La tasa de infecciones por gérmenes resistentes a carbapenémicos se mantuvo baja y estable durante la mayor parte del año. Se observa un aumento progresivo entre mayo y julio, alcanzando su pico máximo en junio (0,003), lo que podría asociarse a: Mayor densidad de ocupación hospitalaria, incremento del uso de antibióticos de amplio espectro, disminución temporal en la adherencia a las medidas de higiene de manos o limpieza ambiental. En abril y octubre no se registraron casos, posiblemente debido a acciones de control efectivas o menor exposición a factores de riesgo. Para finalizar la tasa acumulada anual (0,02) refleja una baja incidencia institucional, sin evidencia de brotes sostenidos.

El comportamiento del indicador sugiere un adecuado control institucional de las infecciones por gérmenes resistentes, aunque los incrementos observados en junio y julio justifican el reforzamiento de las estrategias de prevención y vigilancia activa, especialmente en unidades de mayor riesgo (UCI).

Durante la ejecución y seguimiento del indicador, se identificaron diversas fortalezas institucionales que contribuyeron al control efectivo de las infecciones por gérmenes resistentes a carbapenémicos y al mantenimiento de tasas bajas de incidencia. Entre las más relevantes se destacan:

- Existencia de un Comité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) consolidado y activo, con participación multidisciplinaria (infectología, epidemiología, enfermería, farmacia, laboratorio clínico, entre otros).
- Compromiso del talento humano asistencial con las políticas institucionales de bioseguridad y con la aplicación de las precauciones estándar y por tipo de aislamiento.
- Disponibilidad de protocolos actualizados para la prevención, vigilancia, notificación y manejo de infecciones por gérmenes multirresistentes, alineados con las directrices del Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud.
- Baja tasa de incidencia acumulada (0,02), lo cual refleja la efectividad de las medidas preventivas implementadas.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



- Disponibilidad de registros epidemiológicos sistematizados, que facilitan el seguimiento mensual del comportamiento del indicador y la toma de decisiones basada en evidencia.

Estas fortalezas demuestran la capacidad institucional para mantener el control sobre los eventos infecciosos asociados a gérmenes resistentes y reflejan el compromiso continuo con la seguridad del paciente y la mejora de la calidad en la atención hospitalaria.

Por su parte entre las oportunidades de mejora encontradas a partir del análisis del comportamiento del indicador y de las dificultades identificadas en su ejecución, se determinaron las siguientes oportunidades de mejora orientadas a fortalecer la vigilancia, la prevención y el control de las infecciones asociadas a la atención en salud por gérmenes resistentes a carbapenémicos:

- Fortalecer la adherencia a las medidas de bioseguridad e higiene de manos, mediante estrategias de supervisión continua, retroalimentación inmediata y refuerzo educativo en los servicios de mayor riesgo.
- Optimizar la comunicación y articulación entre los servicios clínicos y el Comité IAAS, garantizando la notificación oportuna de casos sospechosos y la implementación rápida de medidas de aislamiento.
- Actualizar y fortalecer el sistema de información epidemiológica, promoviendo la digitalización completa de registros para reducir errores y facilitar el análisis automático de indicadores.
- Ampliar la capacitación del personal de nuevo ingreso en temas de control de infecciones y resistencia antimicrobiana, garantizando la continuidad del conocimiento institucional.
- Fortalecer el Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA), promoviendo la revisión conjunta de prescripciones, especialmente de carbapenémicos, para disminuir la presión selectiva bacteriana.

DOSIS DIARIA DEFINIDA DE ANTIBIÓTICOS

DOSIS DIARIA DEFININIDA EN HOSPITALIZACIÓN EN OCTUBRE DEL 2025



Gráfico No 119. DDD en hospitalización durante el 2025

La gráfica muestra la evolución mensual del consumo de los principales antibióticos utilizados en el servicio de hospitalización durante el año 2025. Se evidencian comportamientos diferenciales entre familias, con patrones relevantes para decisiones PROA. Entre los principales hallazgos se encuentra que:

- Piperacilina/Tazobactam presenta un consumo sostenido durante todo el año, con tendencia global a mantenerse como uno de los antibióticos más utilizados, podría asociarse a mayor carga de infecciones intraabdominales y cuadros severos.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



- Meropenem y Ertapenem tienen uso moderado y estable, sin cambios bruscos, lo que sugiere adecuado control de uso de carbapenémicos.
- Oxacilina destaca con un pico muy elevado en mayo, que supera 20 DDD, luego disminuye, pero vuelve a subir en octubre. Estos picos pueden deberse a aumento de infecciones por cocos Gram positivos sensibles (ej. S.aureussensible).
- Ampicilina/Sulbactam presenta consumo alto y sostenido, con tendencia ascendente entre julio y septiembre, en relación a que es el tratamiento más usado en infecciones abdominales.
- Cefazolina, uno de los fármacos con mayor consumo sostenido, este comportamiento puede estar relacionado con cargas quirúrgicas elevadas y profilaxis perioperatoria frecuente, así como el diagnóstico más frecuente en formulación empírica es la infección urinaria y la cefazolina es el tratamiento de primera línea.
- Ceftazidima-Avibactam, presenta un consumo bajo con algunos picos, sin embargo, este tratamiento corresponde a terapia dirigida
- Fluoroquinolonas (ciprofloxacina IV y VO) son de consumo muy bajo y estable durante el año, este comportamiento es positivo y alineado con políticas actuales de restricción por riesgo de resistencia y efectos adversos.
- Aminoglucósidos (amikacina, gentamicina), el consumo es muy bajo y adecuado para evitar nefrotoxicidad en población vulnerable.

En conclusión, el consumo de antibióticos en hospitalización se mantiene estable, sin incrementos alarmantes en antibióticos de alto impacto como carbapenémicos. Los picos en cefazolina, oxacilina y ampicilina/sulbactam deben ser correlacionados con actividad quirúrgica y diagnósticos frecuentes, el bajo uso de fluoroquinolonas y aminoglucósidos refleja adherencia a las directrices del PROA. En cuanto la piperacilina/tazobactam continúa siendo uno de los fármacos más utilizados, por lo que requiere vigilancia continua.

DOSIS DIARIA DEFININIDA EN UCI EN OCTUBRE DEL 2025

El consumo de antibióticos en la UCI muestra variabilidad importante mes a mes, lo que sugiere cambios en los perfiles clínicos, teniendo en cuenta se trata de una unidad de complejidad alta comparado con hospitalización prevalece el uso elevado de antibióticos de amplio espectro como lo son: carbapenémicos, piperacilina-tazobactam.

Se observa que el meropenem ha presentado un incremento continuo en el consumo desde junio lo que representa un riesgo para la selección de BLEE y pseudomonas resistentes, lo que incentiva a realizar mayor vigilancia sobre el uso de meropenem, el uso de ertapenem por su parte es bajo y estable. En cuanto a la piperacilina tazobactam que es uno de los antibióticos más usados leve descenso en su uso, su alto consumo pudiera estar en relación a neumonías o sepsis sin confirmación microbiológica.

El consumo de antimicrobianos en la unidad se observa aumento en el uso de meropenem lo que constituye un riesgo para la resistencia antimicrobiana por lo que se sugiere reforzar la vigilancia sobre el uso de este medicamento, así como de la piperacilina tazobactam.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



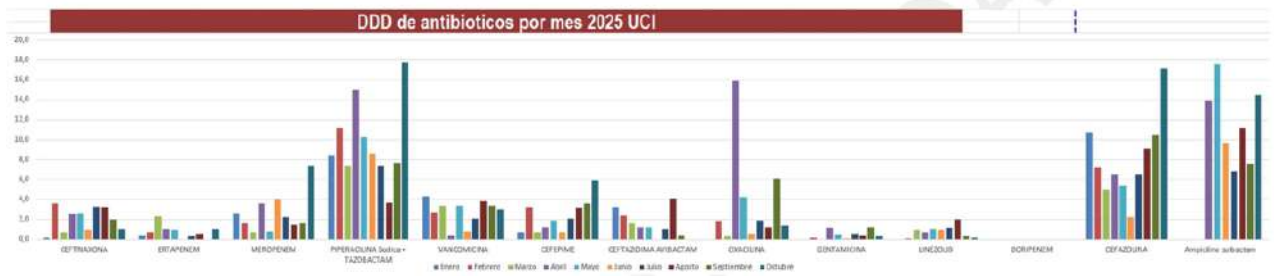


Gráfico 14. DDD en UCI durante el 2025
Gráfico No 120 DDD en hospitalización durante el 2025

CÓMITE DE ÉTICA

- EVIDENCIA DE ACTIVIDADES**

Resultado de actividad programa deberes y derechos

Para el período de enero a octubre de 2025, se desarrollaron estrategias mediante las cuales se divulgaron nueve (9) infografías al cliente interno. Asimismo, se promovieron estrategias orientadas a la educación del cliente externo sobre el deber y el derecho del mes, con el fin de brindar conocimiento y comprensión sobre los mismos



Imagen N°7 fuente registro fotográfico fuente SIAU

Imagen

Resultado de actividad programa clown- narices azules

De enero a octubre de 2025, se diseñó una invitación para realizar un encuentro con voluntarios clown en el mes de noviembre de 2025, con el propósito de iniciar un proceso de entrenamiento; sin embargo, no fue posible llevarlo a cabo. Por tal motivo, se espera revisar y definir estrategias óptimas para reiniciar dicho grupo, el cual contribuye a la transformación hospitalaria de los usuarios y sus familias, así como a la humanización en la prestación del servicio.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"





Imagen No. 8 fuente registro fotográfico fuente SIAU

Resultado de actividad programa de humanización

Durante los meses de enero a octubre de 2025, se ejecutaron de manera mensual diez (10) actividades orientadas a la promoción de espacios humanizados, tales como la entrega de corazones a pacientes cardiovasculares, la celebración de cumpleaños y la entrega de instrumentos para el desarrollo de actividades lúdicas que favorecen el aprovechamiento del tiempo durante la hospitalización.



Imagen No. 9 fuente: Registro fotográfico fuente Psicología



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



"ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA CLÍNICA MEDIFACA IPS S.A.S Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DE CALIDAD"

En el mes de agosto de 2025 se elaboró el Plan de Mejora de Humanización, el cual fue presentado a la Secretaría de Salud con el fin de fortalecer la humanización en los diferentes servicios. En consecuencia, se dio inicio a su ejecución a partir del mes de septiembre de 2025. A continuación, se presenta el cronograma de actividades:

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE REALIZACIÓN
Prácticas humanizadas en la atención centrada en el paciente y su familia (cliente interno)	1. Conmemorar el día de humanización a través de metodologías lúdicas y educativas.	26/09 /2025: Directivos Sembrando esperanza en el actuar diario	Mensual
		24/10/2025: Directivos Humanizar sin daños	Mensual
		19/11/2025: Directivos Ponte mis zapatos paso de empatía	Mensual
		12/12/2025: Directivos Tejiendo una comunicación con sentido	Mensual
Ambientes humanizados desde un enfoque integral (Cliente interno y externo)	2. Realizar un día de "conexión vital", pausas y bienestar.	Psicología, Trabajo social y Nutrición	19 de septiembre del 2025
	3. Desarrollar una jornada de "escuchar, es cuidar."	Psicología	23 de octubre del 2025
Puntos de información "Tu ruta empieza aquí"	5. Actualizar cartelera institucional con relación a información general y del programa de humanización	Trabajadora social	A partir del septiembre del 2025
	6. Construir directorio de ubicación y contacto de EPS, IPS, Y farmacias del municipio.	Jefe de consulta externa	30 de septiembre del 2025
	8. Realizar infografía de educación de copagos para publicación en sinfin.	Jefe de facturación	10 de octubre del 2025
	9. Realizar presentación de la declaración de deberes y derechos para sinfin.	Trabajadora social	10 de octubre del 2025
Transformando el cuidado con humanización	10. Realizar un "spa quererte" dirigido a cliente interno y externo.	Coordinación de enfermería, jefe de facturación, jefe de orientadores, jefe de	19 de noviembre del 2025
	11. Realizar con grupo de damas voluntarias una jornada de "enamarcando el arte para transformar vidas:" a través de cuadros para rellenar con plastilina en el servicio de UCI.	Grupo de damas voluntarias	28 de octubre del 2025
	12. Realizar en el servicio de hospitalización una recolección de "cartas de alta" por parte de los usuarios.	Grupo de damas voluntarias	12 de diciembre del 2025
	13. Celebrar grandes victorias, al personal que ha sido felicitado y entregar un reconocimiento a los mismos.	Asociación de usuarios e integrantes de comité de ética	13 Noviembre del 2025
Experiencia del usuario	14. Realizar encuesta de satisfacción para evaluar la experiencia de los usuarios al egreso de la institución.	Trabajadora social	Diciembre del 2025

Tabla No. 68 Cumplimiento cronograma plan de mejor. Fuente: SharePoint- planes del trabajo institucional 2025

Dado lo anterior me permito informar la ejecución de las actividades:

Meses	Actividades realizadas
Septiembre / 2025	4
Octubre / 2025	5



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



A continuación, se adjunta evidencia fotográfica de las actividades "Humanizar sin daño" y "Un día de conexión vital"



Imagen No. 10 fuente: Registro fotográfico fuente Psicología

Resultado de actividad de damas voluntarias

De enero a octubre de 2025, junto con el grupo de damas voluntarias, se realizaron cinco (5) actividades dirigidas a los pacientes, entre las cuales se incluyeron: acompañamiento al paciente durante la estancia hospitalaria; apoyo espiritual y acompañamiento en las celebraciones eucarísticas; promoción de campañas para la recolección de kits de aseo destinados a población vulnerable; desarrollo de actividades lúdicas con los pacientes mediante juegos didácticos (parqués, dominó y ajedrez) en los servicios hospitalarios; y promoción de campañas para la recolección de pañales para la población vulnerable.



Imagen No. 11 fuente registro fotográfico fuente SIAU



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Resultado de actividad de asociación de usuarios

En el mes de febrero de 2025 se realizó una convocatoria con la Asociación de Usuarios, en la cual se inscribieron diez (10) integrantes. Posteriormente, se llevaron a cabo encuentros en los que se brindó educación en participación ciudadana y veeduría, se estableció un plan de trabajo mediante el cual se han desarrollado actividades relacionadas con derechos y deberes y, además, se ha recibido el acompañamiento de uno de los veedores en la apertura de los buzones de sugerencias.



ASOCIACIÓN DE USUARIOS 2025 MEDIFACA IPS			
NOMBRE Y APELLIDO	EPS	REGIMEN	CARGO
MARÍA TERESA RAMÍREZ WILCHES	NUÉVA EPS	CONTRIBUTIVO	PRESIDENTA
LUIS RODRÍGUEZ SILVA	FAMESANAR	SUBSIDIADO	FISCAL
MARTHA PATRICIA DIAZ	SANITAS	CONTRIBUTIVO	SECRETARÍA
MARIA ELSA JIMENEZ BARRERO	SANITAS	CONTRIBUTIVO	TESORERA
RUTH DEISY RAMIREZ	COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	INTEGRANTE
AMANDA PINOZÓN VANEGAS	SERVISALUD	CONTRIBUTIVO	INTEGRANTE
TEOFILA LEÓN PRECIADO	NUÉVA EPS	SUBSIDIADO	INTEGRANTE
MARÍA LILIA CAÑÓN	FAMESANAR	SUBSIDIADO	INTEGRANTE
MYRIAM LOPEZ	NUÉVA EPS	CONTRIBUTIVO	INTEGRANTE
JOSE ALEXANDER RODRÍGUEZ	FAMESANAR	SUBSIDIADO	INTEGRANTE



Imagen No. 12 fuente registro fotográfico fuente SIAU

PRESENTACIÓN DE INDICADORES DE COMITÉ

Tablero de Indicadores

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2025												AÑO	
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOV	D	R	R
Proporción de usuarios que comprenden al menos tres deberes	> 95% 90-95 % < 90 %	(Número de usuarios que comprenden al menos tres deberes / Total de usuarios encuestados) * 100	96,08%	90,15%	95,95%	93,18%	96,04%	96,00%	100,00%	97,76%	88,11%	81	95	85,26%	93,60%	
Proporción de usuarios que comprenden al menos tres derechos	> 95% 90-95 % < 90 %	(Número de usuarios que comprenden al menos tres derechos / Total de usuarios encuestados) * 100	96,08%	90,15%	95,95%	93,18%	96,04%	96,00%	100,00%	97,76%	88,11%	81	95	85,26%	93,60%	
Proporción de clientes internos que responden correctamente la auditoría de conocimientos (Derechos y deberes)	> 90% 90-95 % < 90 %	(Número de clientes internos con respuesta satisfactoria en la auditoría de conocimientos / Total de clientes internos encuestados en la auditoría de conocimientos) * 100	95,14%	100,00%	100,00%	100,00%	98,51%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	20	20	100,00%	98,31%	
Índice de derechos vulnerados	Global y por servicio < 5 por 1000	Global y por servicio < 10 por 1000	0,29	0,32	0,26	0,27	0,27	0,28	0,24	0,26	0,23	1	4414	0,23	0,26	
Proporción de usuarios que consideran que están siendo atendidos en una institución humanizada	> 95% 90-95 % < 90 %	(Número de usuarios o cuidadores con respuestas satisfactorias que consideran que están siendo atendidos en una institución humanizada / Total de usuarios encuestados) * 100	99,02%	96,21%	98,65%	96,21%	98,02%	96,00%	95,24%	95,52%	95,14%	78	95	82,11%	95,46%	
Proporción de usuarios satisfechos con el apoyo espiritual recibido en la clínica	> 95% 90-95 % < 90 %	(Número de usuarios en los cuales se identifica oportunamente la necesidad de apoyo espiritual / Total de Pacientes con Necesidades de Apoyo Espiritual) * 100	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	5	5	100,00%	100,00%	

Tabla No. 69 Fuente SharePoint/ Garantía de la calidad-Tablero general de indicadores 2025 comité de ética.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Proporción de usuarios que comprenden al menos tres deberes y derechos

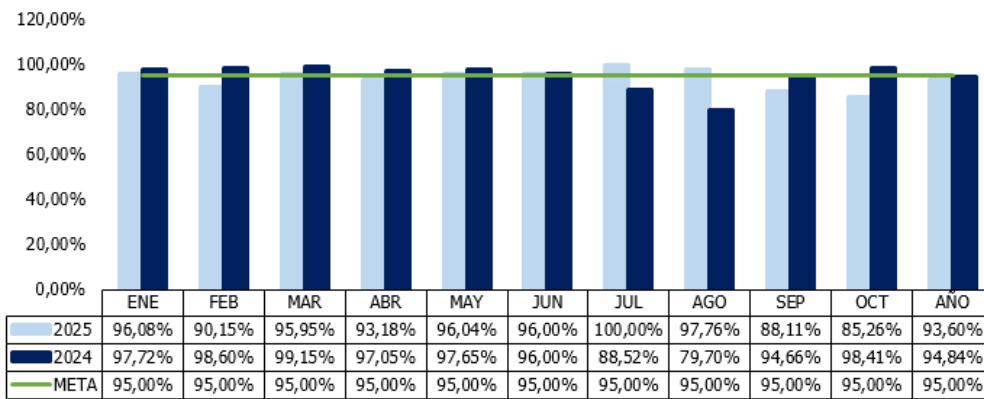
NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2025												ANO	
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOV	DIC	R	R
			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Proporción de usuarios que comprenden al menos tres deberes	> 95 % 90-95 % < 90 %	$\frac{\text{Número de usuarios que comprenden al menos tres deberes}}{\text{Total de usuarios encuestados}} * 100$	96,08%	90,15%	95,95%	93,18%	96,04%	96,00%	100,00%	97,76%	88,11%	81	95	85,26%	93,60%	

Tabla No. 70 Fuente SharePoint - Garantía de la calidad-Tablero general de indicadores 2025 comité de ÉTICA

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2025												ANO	
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOV	DIC	R	R
			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Proporción de usuarios que comprenden al menos tres derechos	> 95 % 90-95 % < 90 %	$\frac{\text{Número de usuarios que comprenden al menos tres derechos}}{\text{Total de usuarios encuestados}} * 100$	96,08%	90,15%	95,95%	93,18%	96,04%	96,00%	100,00%	97,76%	88,11%	81	95	85,26%	93,60%	

Tabla No. 71 Fuente SharePoint - Garantía de la calidad-Tablero general de indicadores 2025 comité de ÉTICA

Proporción de usuarios que comprenden al menos dos deberes y derechos por parte del usuario



Gráfica No 121. Fuente SIAU- Encuesta de satisfacción

Meta sobresaliente del indicador	95%
Resultado del periodo del indicador	De enero a octubre el resultado es: 93,60
Brecha con la meta	9,74
Análisis de la variación	Se evidencia que el indicador se mantiene estable entre enero y agosto; sin embargo, en los meses de septiembre y octubre presenta una variación y comienza a verse afectado, debido a que en la aplicación de la encuesta de satisfacción un porcentaje de usuarios no comprende un derecho y deber.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	0,42
Estrategias implementadas	Educación por parte del personal de enfermería sobre el deber y el derecho del mes. Publicación en la cartelera de la declaración de deberes y derechos de los usuarios. Divulgación de los deberes y derechos de los usuarios mediante parlanteo en las salas de espera.
Motivos de la desviación	Se evidencia que no se cuenta con personal exclusivo para la educación sobre derechos y deberes, lo cual afectó la calificación otorgada por los usuarios en la encuesta de satisfacción. De igual manera, las demás estrategias también se vieron impactadas por la falta de continuidad.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

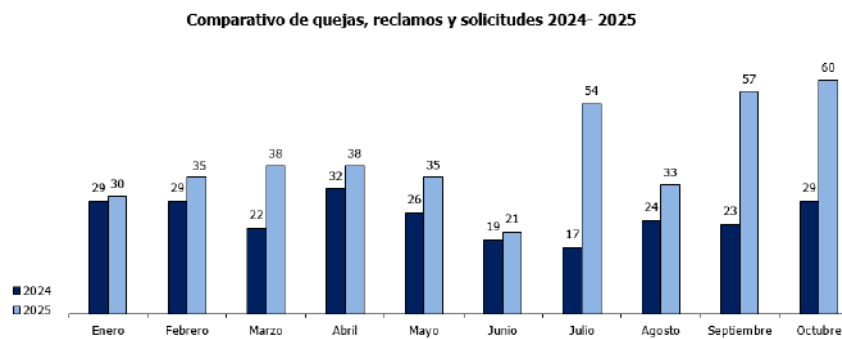


Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	De enero a octubre se realizó educación sobre los derechos y deberes de los usuarios, con un total de 161 usuarios capacitados, registrándose la asistencia en la lista correspondiente. Se realizó solicitud al área de Comunicaciones para la presentación de los deberes y derechos de los usuarios, con el fin de proyectarlos en los televisores. Se actualizó el programa de difusión de los deberes y derechos de los usuarios.
Correlación con otros indicadores	La correlación con otros indicadores presenta impacto debido a que su desviación afecta el índice de derechos vulnerados y proporción de usuarios satisfechos.

CÓMITE DE SIAU

Evidencia de actividades: Socialización de manifestaciones por parte de los usuarios (quejas, sugerencias, y felicitaciones).

Socialización de quejas, reclamaciones y solicitudes

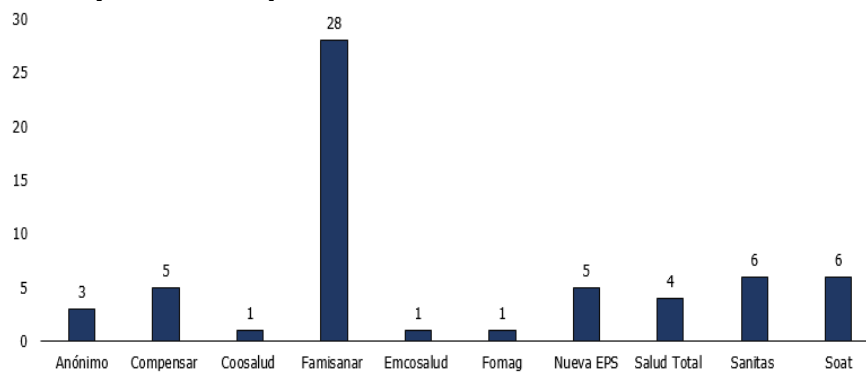


Gráfica No. 122. Fuente: SharePoint – organización – Garantía de la calidad – Consolidado PQRS.

Se evidencia una variación en los resultados desde enero hasta octubre, registrándose un total de 401 quejas, reclamos y solicitudes, las cuales fueron recepcionadas a través de los diferentes canales del SIAU: buzones de sugerencias, atención presencial, correo electrónico y EAPB. De igual manera, se identifica un aumento en las PQRS en comparación con el año 2024, periodo en el cual se recepcionaron 250.

Es importante aclarar que cada una de estas fue clasificada según los atributos de calidad: actitud, pertinencia, oportunidad, continuidad, seguridad y seguridad del paciente, y fueron tramitadas y gestionadas por el SIAU de acuerdo con el procedimiento establecido.

Quejas, reclamaciones y solicitudes por EAPB



Gráfica No 123. Fuente: SharePoint-organización-Garantía a la calidad-Consolidado PQRS.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Se evidencia en los resultados de las quejas y reclamaciones clasificadas por EAPB que, para el mes de octubre de 2025, predominó la aseguradora Famisanar con un total de 28 PQRS. De igual manera, se registraron usuarios de otras aseguradoras, correspondientes a: 3 anónimas, 5 de Compensar, 1 de Coosalud, 1 de Emcosalud, 1 de Fomag, 5 de Nueva EPS, 4 de Salud Total, 6 de Sanitas y 6 del SOAT.

Quejas, reclamaciones y solicitudes por servicios:

UNIDAD DE SERVICIO	OCTUBRE
CONSULTA EXTERNA	24
URGENCIAS	26
PUERTA PRINCIPAL	2
ATENCIÓN HOSPITALARIA 2 PISO	2
ATENCIÓN HOSPITALARIA 3 PISO	1
ATENCIÓN HOSPITALARIA 4 PISO	1
UCI	2

Tabla No. 36 SharePoint – organización – Garantía de la calidad – Consolidado PQRS

De acuerdo a la tabla No. 3 se evidencia las quejas y reclamaciones por unidades, por lo cual para el mes de octubre 2025 se presentó el mayor número de solicitudes y reclamaciones en el servicio de consulta externa con un total de 24, y posteriormente se presentaron reclamaciones en las siguientes unidades: urgencias (26), puerta principal (2), atención hospitalaria 2 piso (2), atención hospitalaria 3 piso (1), atención hospitalaria 4 piso (1) y UCI (2).

Se encuentra en la base de datos de SIAU, las quejas para el mes de octubre del 2025 especificadas de la siguiente manera:

SERVICIO	CLASIFICACIÓN DE PQRS	QUEJA
CONSULTA EXTERNA	OPORTUNIDAD (14 RECLAMOS)	Presunto error en el agendamiento de cita que no contaba con los parámetros para la asignación. Presunta inoportunidad en el agendamiento de cita con especialista de medicina interna. Presunta demora en la atención de la cita de esofagastroduoendoscopia. Presunta inoportunidad en el agendamiento de cita de ortopedia y traumatología. Presuntas barreras para acceso a través del contac center a citas (10). Demora en la atención brindada.
	SOLICITUDES (10)	A continuación, se relaciona las citas que fueron asignadas por solicitud vía correo electrónico de la EAPB Famisanar: Endoscopia. Biopsia. Soporte de sedación para consulta o apoyo diagnóstico de colonoscopia. Ecocardiograma. Ecografía Doppler.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



		Especialista cirugía general.
	ACTITUD (RECLAMO 1)	Actitud e información brindada durante la atención médica de especialista en cirugía vascular.
ATENCIÓN HOSPITALARIA SEGUNDO PISO	OPORTUNIDAD (RECLAMO 1)	Deficiencia en la forma de comunicación de la información al paciente.
	OPORTUNIDAD (QUEJA 1)	Deficiencia en la forma de comunicación de la información al paciente, Dr. Carlos Blanco.
ATENCIÓN HOSPITALARIA TERCER PISO	SEGURIDAD PACIENTE (QUEJA 1)	AL Inadecuadas prácticas de higiene por parte del personal de enfermería.
ATENCIÓN HOSPITALARIA CUARTO PISO	SEGURIDAD (RECLAMO 1)	Pérdida de un bastón durante la prestación del servicio.
ATENCIÓN HOSPITALARIA UCI	ACTITUD (RECLAMO 2)	Calidez durante la prestación del servicio. Presuntas barreras en la prestación del servicio.
URGENCIAS	OPORTUNIDAD (QUEJAS 3)	Demora en administración de medicamentos. Agendamiento de cita "prioritaria" Presuntas barreras en la prestación del servicio.
	OPORTUNIDAD (RECLAMOS 8)	Demora en la prestación del servicio. Presuntas barreras presentadas durante la prestación del servicio. Presunto diagnóstico erróneo y se presenta reingreso por peritonitis. Demora en la prestación del servicio de orientadores y médicos.
	ACTITUD (QUEJAS 4)	Calidez en la atención brindada por parte de enfermería. Presunto error en el diagnóstico emitido por el médico.
	ACTITUD (RECLAMOS 9)	Calidez brindada durante la prestación del servicio. Calidez del médico "minimiza síntomas". Calidez brindada por funcionaria de admisiones.
ADMISIONES URGENCIAS	OPORTUNIDAD (RECLAMOS 2)	Oportunidad en trámites de ingreso, y presuntas fallas en el registro de la admisión.
PUERTA PRINCIPAL	ACTITUD (RECLAMOS 2)	Actitud brindada por funcionaria de admisiones de consulta externa.
	OPORTUNIDAD (RECLAMO 2)	Demora en la fila de facturación.

Tabla No. 37 Fuente: SharePoint – Garantía de la calidad – consolidado de manifestaciones



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



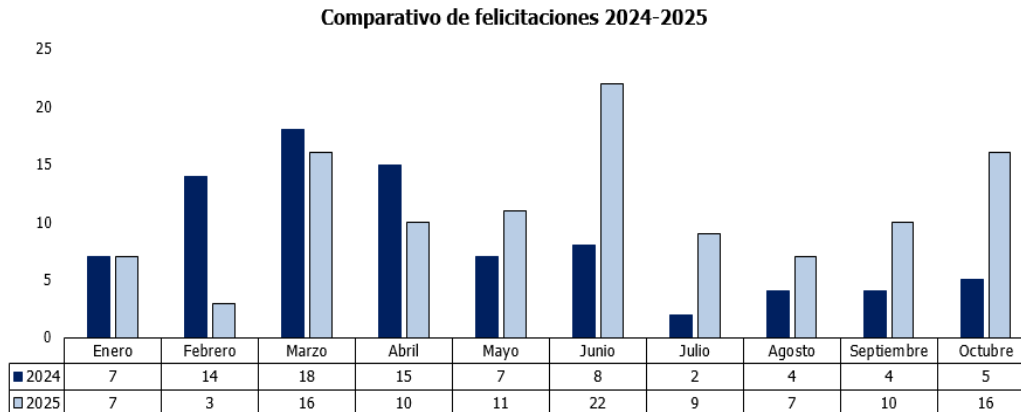
Socialización de sugerencias:



Gráfica No 125. Fuente SharePoint-organización-Garantía a la calidad-Consolidado PQRS.

En la gráfica N.º 125 se observa que, durante el periodo de enero a octubre de 2025, se recibió un total de 111 sugerencias, las cuales están relacionadas con la mejora de la actitud, la calidez, la oportunidad en la atención y aspectos asociados a las instalaciones físicas. Estas sugerencias fueron reportadas a las áreas correspondientes con el fin de generar acciones de mejora que contribuyan al fortalecimiento de la prestación del servicio.

Socialización de felicitaciones



Gráfica No 126 Fuente SharePoint-organización-Garantía a la calidad-Consolidado PQRS.

En la gráfica N.º 126 se observa que, durante el periodo de enero a octubre de 2025, se recibieron un total de 111 felicitaciones, en las cuales se resalta al personal asistencial y administrativo por su atención humanizada en la prestación del servicio. Para este mismo periodo, se evidencia un aumento en comparación con el año 2024, en el cual se obtuvieron un total de 84 felicitaciones.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Presentación de indicadores del comité:

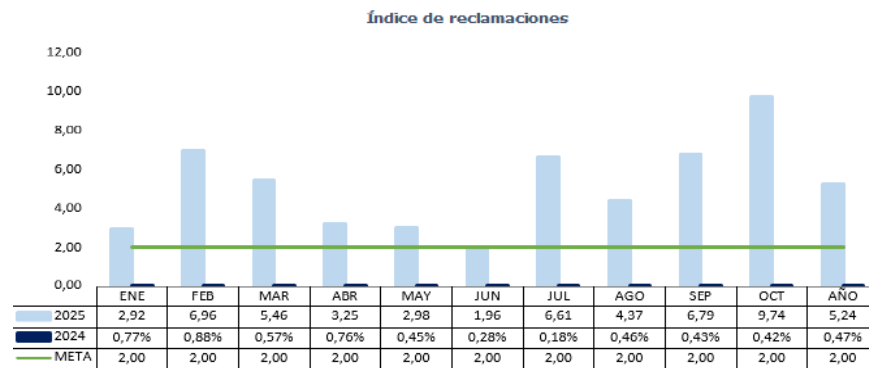
NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2025												AÑO	
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	N	D	R	R
			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Proporción de usuarios satisfechos (experiencia Global)	> 95% 90-95 % < 90%	(Número de usuarios satisfechos / Total de usuarios encuestados) X100	98,04%	96,21%	96,62%	93,94%	95,05%	94,00%	96,19%	99,25%	95,68%	94	95	98,95%	96,35%	
Índice combinado de satisfacción	> 7 5-7 < 5	(Número de supererencias*3 + Número de felicitaciones*5 / Total de quejas y reclamos)	4,2	1,9	4,4	5,2	7,2	26,9	1,5	8,9	8,2	305	51	6,0	5,8	
Índice de reclamaciones	2<x 1000 2-4 x 1000 > 4 x 1000	(Número de reclamaciones al mes / Total de usuarios atendidos en el mes) *1000	2,92	6,96	5,46	3,25	2,98	1,96	6,61	4,37	6,79	43	4414	9,74	5,24	
Promedio de tiempo transcurrido para la respuesta a las manifestaciones	< 36 horas 36 - 72 horas > 72 horas	(Sumatoria del tiempo transcurrido para la respuesta a las manifestaciones / Total de manifestaciones respondidas)	3,4	5,7	5,9	5,0	3,4	5,0	6,9	5,4	4,8	364	44	8,3	5,7	
Proporción de usuarios satisfechos con las instalaciones físicas	> 95% 90-95 % < 90%	(Número de usuarios satisfechos con las instalaciones físicas / Total de Usuarios encuestados) x100	98,04%	99,24%	96,62%	95,45%	93,07%	96,00%	95,24%	100,00%	95,14%	81	95	85,26%	95,71%	
Proporción de usuarios que recomendaría a clínica Medifaca IPS S.A.S a un familiar o amigo	> 95% 90-95 % < 90%	(Número de usuarios que recomendaría a clínica Medifaca IPS S.A.S a un familiar o amigo / Total de usuarios encuestados)	99,02%	97,73%	100,00%	99,24%	97,03%	98,00%	95,24%	99,25%	98,38%	93	95	97,89%	98,30%	

Tabla No. 72 Fuente SharePoint/ Garantía de la calidad-Tablero general de indicadores 2025 comité de SIAU

Índice de reclamaciones

NOMBRE DEL INDICADOR	META	FÓRMULA DEL INDICADOR	2025												AÑO	
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	N	D	R	R
			R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	
Índice de reclamaciones	2<x 1000 2-4 x 1000 > 4 x 1000	(Número de reclamaciones al mes / Total de usuarios atendidos en el mes) *1000	2,92	6,96	5,46	3,25	2,98	1,96	6,61	4,37	6,79	43	4414	9,74	5,24	

Tabla No. 73 Fuente SharePoint - Garantía de la calidad-Tablero general de indicadores 2025 comité de SIAU



Gráfica No 127. Fuente SIAU- Encuesta de satisfacción

Meta sobresaliente del indicador	2<x1000
Resultado del periodo del indicador	3,24
Brecha con la meta	19,48
Análisis de la variación	El resultado del indicador ha presentado una variación debido al impacto de los reclamos recibidos durante enero a octubre del 2025, ya que se evidencia que los usuarios manifiestan hechos de inconformidad durante su experiencia en la institución y percepción de la atención recibida.
Resultado comparativo del año anterior en el mismo periodo de tiempo.	0,42
Estrategias implementadas	Diligenciamiento diario de encuestas de satisfacción. Seguimiento a los canales del SIAU para la recepción de reclamaciones por parte de los usuarios. Ronda de SIAU, para la escucha y trámite de reclamaciones por parte de los usuarios.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



Motivos de la desviación	Se analiza que, con el aumento de reclamaciones, esto genera un impacto en el indicador, por lo cual se ha hecho la clasificación de estas y se han notificado a las unidades para seguimiento.
Estrategias para mejorar o mantener el indicador.	Seguimiento de las reclamaciones para evitar su reiteración durante la prestación del servicio. Generar acciones de acuerdo al motivo, por el cual se presenta mayor índice de reclamaciones.
Correlación con otros indicadores	La correlación con otros indicadores presenta impacto debido a que su desviación afecta la tendencia de proporción de usuarios satisfechos.

PROCESOS DE MEJORAMIENTO

GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD

➤ **SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN (SUH):**

Durante el año 2025, y en cumplimiento de la normatividad vigente establecida en la Resolución 3100 de 2019 y la Resolución 465 del 25 de marzo de 2025, la institución realizó el cambio de razón social y NIT, pasando de Medifaca IPS SAS a Clínica Medilaser SAS – Sucursal Facatativá, el cual se efectuó el 30 de octubre de 2025. Actualmente, el proceso se encuentra pendiente de la visita de verificación por parte de la Secretaría Departamental de Salud, la cual permitirá validar el cumplimiento de los requisitos de habilitación conforme a la normatividad aplicable.

➤ **PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC):**

Se realiza el cierre del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) con un nivel de cumplimiento del 83%. Las actividades pendientes corresponden al proceso de Gestión del Riesgo, específicamente en lo relacionado con la segregación de residuos.

Dichas actividades no se ejecutaron debido a que el documento correspondiente no se encontraba actualizado en la plataforma SharePoint, lo cual limitó su socialización e implementación. Adicionalmente, la disminución del personal del área ambiental generó la necesidad de priorizar actividades operativas críticas, tales como las rondas de ropa y las verificaciones de las rutas sanitarias, en cumplimiento de los lineamientos institucionales y normativos.

Las actividades pendientes quedan identificadas como oportunidades de mejora y serán reprogramadas dentro del plan de acción del siguiente período, garantizando su ejecución, seguimiento y evaluación conforme al ciclo de mejora continua del PAMEC.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



➤ **SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD EN SALUD (SIC)**

Durante el período comprendido entre los meses de enero a octubre, se realizó el envío y cargue de los indicadores de calidad a las diferentes EAPB y entes de control, en cumplimiento de la normatividad vigente. En relación con la Resolución 256 de 2016, correspondiente a la información trimestral de los indicadores de calidad (oportunidad, seguridad del paciente y satisfacción del usuario), se efectuó el cargue del IV trimestre de 2025 correspondiente a Medifaca IPS SAS dentro de los tiempos establecidos.

Así mismo, dando cumplimiento a la Resolución 1552 de 2016, relacionada con los indicadores de oportunidad para la asignación de citas (agendas abiertas), se realizó el envío mensual de los indicadores a cada una de las EAPB con contrato activo, garantizando la periodicidad y trazabilidad de la información reportada.

Estas actividades permiten asegurar el seguimiento continuo a los indicadores de calidad, fortaleciendo la toma de decisiones y el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

CONCLUSIONES

- Se evidencia una mejora progresiva en la productividad del servicio de urgencias por parte del equipo de médicos generales, lo que ha impactado positivamente los indicadores del área, optimizando los tiempos de atención, la eficiencia operativa y fortaleciendo la seguridad del paciente.
- Durante los primeros diez meses de 2025 se registró un incremento sostenido en la demanda del servicio de resonancia magnética, con mayor crecimiento en el último bimestre y una tendencia positiva desde su apertura. Este comportamiento ha sido impulsado por el direccionamiento ambulatorio de entidades como Nueva EPS, Famisanar y usuarios particulares, consolidando el posicionamiento del servicio.
- En consulta externa se evidencia una mejoría significativa tras la ampliación del portafolio en septiembre, con la apertura de especialidades como medicina interna, neurología, cirugía general, ortopedia, neurocirugía y urología. De igual manera, desde gerencia se han desarrollado mesas interinstitucionales con las EAPB para asegurar volumen, oportunidad y sostenibilidad en la prestación.
- Se destaca el aumento en la atención de pacientes de gastroenterología, generando un aporte mensual a quirófano entre el 5 % y 10 %, así como articulación con cirugía general y soporte nutricional.
- En cirugía cardiovascular se logró un incremento importante en el número de procedimientos realizados. A pesar del desabastecimiento nacional de insumos, se mantuvo una captación efectiva de pacientes y una tasa de complicaciones menor al 1 %, resultado de la implementación rigurosa de controles institucionales y seguimiento clínico.
- En el componente tecnológico y de infraestructura, la institución cuenta con un esquema sólido de seguridad informática, que incluye seguridad perimetral, monitoreo permanente por parte del equipo de redes, sistema de hiperconvergencia para garantizar continuidad operativa, canales de respaldo MPLS e internet, antivirus corporativo, red segmentada con reglas de seguridad, servidores y aplicaciones de marcas reconocidas, y perfiles de navegación diferenciados por cargo. Estas acciones mitigan riesgos y fortalecen la protección de la información institucional.
- Durante el mes de octubre se realizó la primera feria biomédica en la sucursal, con la participación de cinco proveedores de tecnología, fortaleciendo la actualización tecnológica y el relacionamiento estratégico.
- Se resalta el compromiso de los líderes institucionales con el bienestar organizacional y el cumplimiento de los indicadores de mantenimiento preventivo establecidos.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



RECOMENDACIONES

- Es necesario fortalecer las estrategias para disminuir la cancelación de procedimientos quirúrgicos asociados a errores humanos en la programación, optimizando la planeación del programa quirúrgico y garantizando una preparación integral y oportuna de cada procedimiento.
- Debido a la cesión de operación entre Medifaca y Medilaser y al replanteamiento de activos, no fue posible ejecutar los inventarios programados en el mes correspondiente; no obstante, en noviembre se realizó inventario general para regularizar el proceso.
- Finalmente, se requiere fortalecer el proceso de inducción y capacitación del personal de mantenimiento, con el fin de mejorar la estandarización de procesos y la respuesta operativa.

ANEXOS.

N/A.

Responsable del informe: Johanna Andrea Jiménez Jiménez

Cargo: Gerente.



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



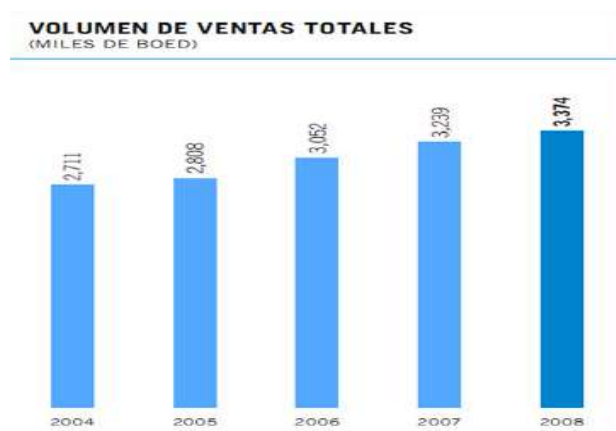
INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO
(No imprima esta hoja)

OBJETIVO: Registrar los hallazgos obtenidos durante el desarrollo de una actividad y las evidencias obtenidas del mismo.

RESPONSABLE: Es responsabilidad del auditor, jefe de área o del ejecutor respectivo, realizar el debido diligenciamiento y control del presente formato.

Criterios para realizar un correcto diligenciamiento

- 1. Fecha:** Diligenciar el día, mes y año en que se realiza el informe.
- 2. Nombre del informe:** Especificar el nombre general del informe.
- 3. Presentado por:** Diligenciar el nombre de la persona que realiza el informe.
- 4. Cargo:** Registrar el cargo de la persona que diligencia el formato.
- 5. Objetivo del informe:** Describir iniciando en verbo en infinitivo la razón o motivo de la ejecución del informe.
- 6. Descripción de los resultados:** Se describirán las actividades realizadas que componen el cuerpo del informe, es importante describirlas de manera impersonal como, por ejemplo: (Se midió, se encontró, etc.). Debe ser entendible para las personas que lo están leyendo.
Se integrarán en este ítem los gráficos necesarios para la presentación del mismo, los cuales deben tener una interpretación de los hallazgos, por ejemplo:



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"



En el gráfico comparativo de ventas totales por año se evidencia un incremento en las ventas de acuerdo al resultado desde el año 2004 hasta el año en curso.

- 7. Conclusiones:** Realizar un resumen de todo lo realizado y los hallazgos más importantes del informe.
- 8. Recomendaciones:** Realizar las recomendaciones las cuales deben ser concordantes con las conclusiones encontradas, es importante que sean específicas y describan la solución al problema o hallazgos de los resultados.
- 9. Anexos:** Describir los anexos que se requieran para soportar el correspondiente informe.
- 10. Responsable del informe y cargo:** Diligenciar el nombre y apellidos de la persona que diligencia el informe y registrar el cargo del mismo.

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción del Cambio	Fecha de Aprobación
1	Creación del documento	Noviembre 2016
2	Asignación de nueva codificación del F-C-200 MD al F-GI-050 MF.	Julio 2022
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Firma	Firma	Firma
Nombre: YULIETH NARVAEZ SARMIENTO Cargo: Coordinación de Calidad	Nombre: YULIETH NARVAEZ SARMIENTO Cargo: Coordinación de Calidad	Nombre: MARIA CRISTINA VARGAS URAZAN. Cargo: Gerente



"Recuerda reciclar todo el material reutilizable que se genere para la realización del presente procedimiento"

