



FUNDACIÓN  
HOSPITAL SAN CARLOS

Trabajamos por el bienestar y por la vida

# Informe Gestión Institucional

2022



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Juliana Donneys Robledo'. The signature is fluid and cursive, with a double slash '//' below it.

**Juliana Donneys Robledo**  
Representante Legal

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nelson Ovidio Ulloa Ruíz'. The signature is stylized and cursive, with a period at the end.

**Nelson Ovidio Ulloa Ruíz**  
Director Financiero

# 1. Perfil de la Organización



## Historia



El hospital fue construido gracias a la donación realizada por el Doctor Gustavo Restrepo Mejía, quien fue denominado por la prensa como el primer millonario de Colombia; falleció en 1940 y en su testamento legó su fortuna y bienes a la creación de una fundación que le diera la atención a la comunidad vulnerable del país.

La fundación del hospital fue el 25 de agosto de 1948 y desde sus inicios el centro de salud se reconoció como el primer centro hospitalario más moderno y especializado en pacientes con tuberculosis hasta 1948.

Hacia finales de los años 60 se diversifica la atención a otros servicios de salud, hasta finales de los 80 cuando comenzó su expansión en otras especialidades para la atención a pacientes con enfermedades neumológicas.

A partir de los años 80, comienza su ampliación en la prestación de otros servicios en salud. Desde su fundación, la infraestructura del centro hospitalario ha contado con 3 edificios, uno de ellos conformado por ocho pisos, el cual fue construido por la firma Cuellar Serrano Gómez. En 1996 mediante decreto 1.973, las instalaciones fueron declaradas patrimonio histórico nacional.

En los 90 los servicios se enfocan en la atención especializada a personas con problemas toxicológicos, en 1994 debido a crisis económicas tuvo un cierre temporal.

En la actualidad, la Fundación Hospital San Carlos ha estado orientada en la prestación de servicios integrales en salud de alta complejidad, de niveles I,II,III y IV, contando con un completo portafolio de servicios en especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas, atención humanizada con altos estándares de calidad, amplia capacidad instalada, con atención especial para pacientes de geriatría en el suroriente de Bogotá, destacándose como una de las IPS más amplias y con mayor calidad en atención.



## Misión

Brindar una experiencia humanizada e integral en servicios de salud a nuestros pacientes y sus familias, con altos estándares de calidad mediante el mejor talento humano generando impacto social y ambiental.

## Visión

Ser un referente a nivel nacional en servicios de salud de alta complejidad reconocido por su atención cálida y segura.

## Promesa de valor

Nuestro compromiso es garantizar servicios de salud basados en la confianza, excelencia y acompañamiento permanente, contribuyendo con la calidad de vida del paciente y su familia.

## Valores corporativos



## Principios corporativos

- Autonomía
- Beneficiencia
- No maleficencia
- Justicia
- Dignidad
- Respeto por el medio ambiente

# 1. Gestión por procesos



# 2.1 Procesos estratégicos

## 2.1.1 Direccionamiento estratégico

Para el año 2022, la Fundación Hospital San Carlos se encontraba con diversas oportunidades de mejora, pues debido a la pandemia se generaron múltiples retrocesos que llevaron a la nueva administración a trabajar en pro de todos los retos que se estaban presentando.

En dicho sentido la planeación estratégica de la Institución se abordó desde tres ejes fundamentales: **personas, tecnología y procesos.**

De este modo, la plataforma estratégica se reestructura modificando los objetivos estratégicos en sus cuatro perspectivas (Aprendizajes, Proceso internos, Cliente y Financiera)

De acuerdo con la revisión implementada se definen seis objetivos estratégicos, puesto que anteriormente existían 24 objetivos orientados hacia lo táctico. Finalmente, se definen 16 objetivos específicos los cuales están articulados con cada objetivo estratégico con el fin de asociar a los indicadores y evidenciar el cumplimiento de ellos.



## Objetivos estratégicos



Es de resaltar que la Dirección hizo una reestructuración de la plataforma estratégica para el 2023 y de su modelo de prestación de servicios centrando su atención en las personas. Asegurando para nuestros pacientes: humanización, seguridad, atención diferencial y la gestión de riesgos, desde una perspectiva de mejoramiento continuo.

Hacia el camino de la mejora continua en el 2022 hubo múltiples reconocimientos para la Fundación, entre ellos, el otorgado por la Secretaría Distrital de Salud donde ganamos categoría Oro en la Ruta de Mejoramiento “Hacer las cosas bien, trae cosas buenas” con nuestra campaña “Haz que pase”. Desde allí se generó un piloto con el quinto piso para mejorar la calidad de los registros clínicos.

Por otra parte, logramos la certificación de buenas prácticas de manufactura para nuestro Sistema de Aire Medicinal (SAM) logrando reducir los tiempos respuesta, mejorando la oportunidad de los pacientes y sus familias. En el mismo sentido, gracias a nuestra responsabilidad social y sentido humano fuimos reconocidos por el IDCBS como una institución altamente comprometida con las personas al generar espacios desde hace más de 14 años para la donación de sangre.

Además, se realizó el mejoramiento del servicio de Urgencias para apertura en 2023, se reorganizó las Unidades de Cuidado Intensivo las cuales se encontraban subutilizadas concentrando a los pacientes en el segundo y tercer piso. Con respecto a renovación tecnológica, la Fundación realizó una gran gestión para dotar al servicio de Laboratorio con tecnología de punta convirtiéndolo en uno de los Laboratorios más tecnológicos del país.

Como parte del Plan Operativo Anual (POA) 2021-2022, el Servicio de Laboratorio y Patología con el apoyo de la Dirección General y Dirección Médica, se renueva tecnológicamente con tres equipos de alta precisión para identificar y cuantificar hormonas infecciosas, hacer química y hematología.

Dichos equipos son parte de los analizadores Cobas Pure Integrated Solutions los cuales llegan a nuestro hospital desde Alemania para optimizar los recursos del laboratorio, sus espacios,



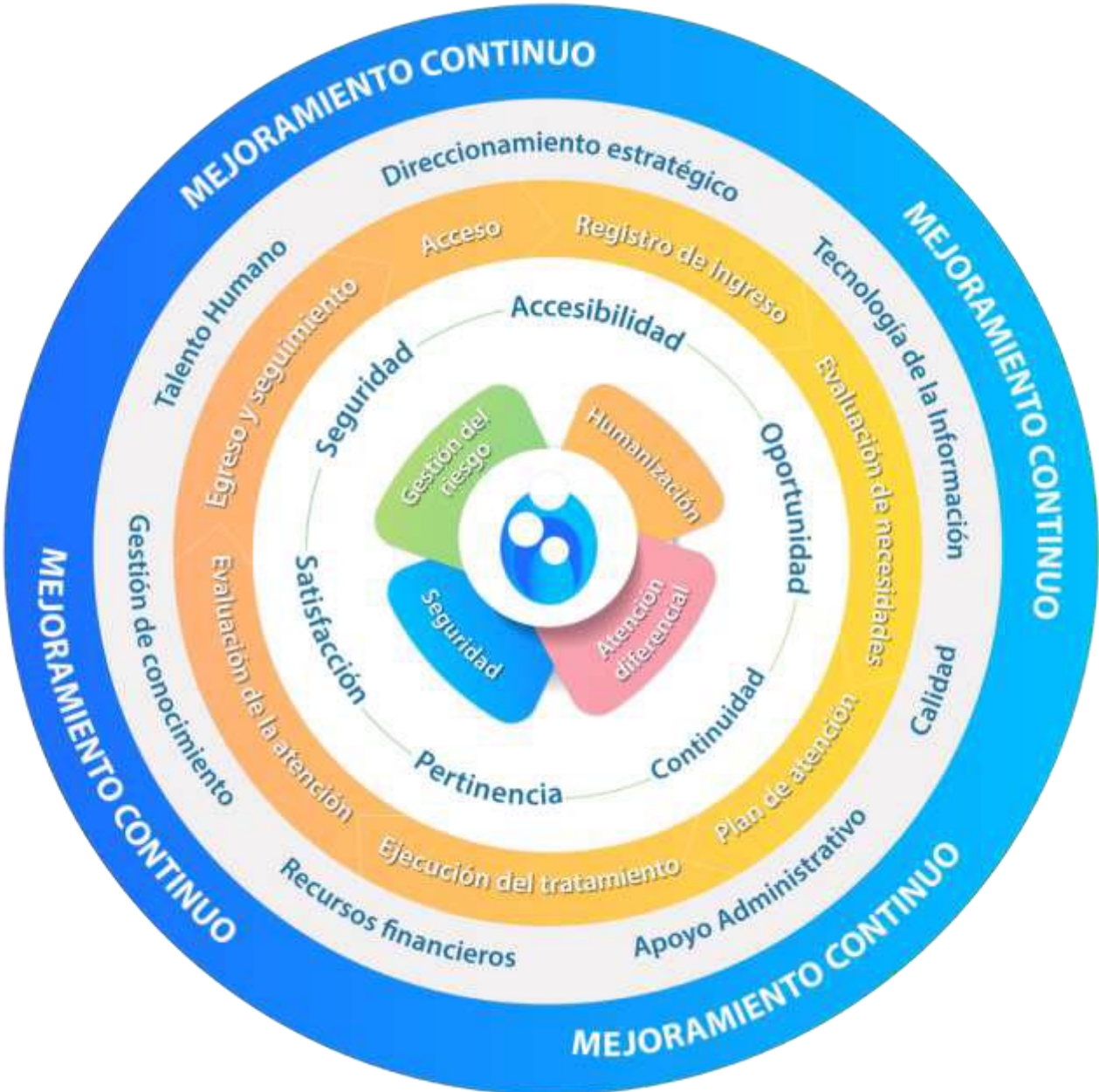


proporcionar accesos a más de 300 pruebas diagnósticas en una amplia gama de enfermedades infecciosas, oncología y cardiología.

Adicionalmente, se ajustaron los salarios y honorarios del talento humano; y se formalizó laboralmente al personal que antes estaba con ADECCO para trabajar directamente con la FHSC.

### 2.1.2 Contención Riesgo de Negocio

Dentro de las intervenciones y estrategias implementadas frente a los hallazgos, y para lograr los objetivos estratégicos en cumplimiento del plan anual avalado por la Dirección General y la realización de auditorías por evento, se realizaron auditorías a los procesos de Nómina, SARLAFT, Manual SICOF, Devoluciones a Farmacia, revisión cuenta de anticipos, depuración de usuarios, correos y accesos Hosvital, inventario cuarentena Farmacia, elaboración de matriz de reportes obligatorios, análisis cuenta inventarios y acompañamiento a toma física general.



En consecuencia, Control Interno ha logrado ser reconocido como área que brinda asesoría, acompañamiento, evaluación y seguimiento en los diferentes procesos intervenidos, generando hallazgos y recomendaciones de impacto, en pro del mejoramiento continuo y la prevención de riesgos. Además, se formalizaron bajo el sistema de gestión de calidad, la metodología y documentación necesaria para la realización de las auditorías.

Finalmente, se ha fortalecido el ambiente de control de la Fundación Hospital San Carlos por medio de la sensibilización a los colaboradores en los pilares de autocontrol, autogestión y autorregulación como medida de control preventivo. En este sentido, los puntos más relevantes a resaltar son la elaboración de diagnóstico, normalización de la documentación correspondiente al proceso de Control Interno, cumplimiento al Plan anual de auditoría y seguimiento de planes de acción.

### 1.1.3 Cumplimiento

Dentro de los logros destacados en los dos meses de gestión se encuentran la revisión de la actualización del manual SARLFT-SICOF V-2, la definición de formatos institucionales de vinculación de contrapartes y la entrega de validación SARLFT al proceso de Compras, en formato normalizado.

Acerca de las principales limitantes se encontraron la omisión en procesos de normalización de los procedimientos inherentes al sistema, no consolidación de base de datos de contrapartes para validación de la gestión realizada, falta de aplicativo para segmentación y validación del perfil de las contrapartes, fallos en la implementación de la normatividad atribuible al sistema (validación de contrapartes) y reporte transaccional incompleto ante la UIAF.

Por otra parte, las estrategias proyectadas para el desarrollo del negocio se orientan en la actualización del modelo (manual, procedimientos y formatos), capacitación, sensibilización y socialización del sistema a los colaboradores de la fundación; implementación de indicadores de gestión que permitan la identificación de opciones de mejora y la implementación del SICOF de manera transversal con la Dirección de Talento Humano.

Desde el SARLAFT se pretende crear una cultura de autogestión y autocontrol, determinada en acciones puntuales de prevención y detección en lo referente a las relaciones comerciales, laborales y contractuales que tiene la fundación. Es imperativo desde el SARLAFT concienciar a cada uno de los procesos de la importancia del cumplimiento de los controles que mitiguen el riesgo (desde cualquiera que sea el subsistema de riesgos), para blindar a la institución de la materialización de los riesgos.

Dado el estado del subsistema a partir del momento del posicionamiento como Oficial de Cumplimiento y tomando en cuenta el informe de auditoría emitido por la jefatura de Control Interno en agosto del 2022 y de la firma de Revisoría Fiscal con fecha de diciembre del 2022, puede concluirse lo siguiente:

- El nivel de cumplimiento de la normatividad exigida en temas de LA/FT del sistema se encuentra en un 60% de adherencia
- Una necesidad imperativa es la creación de la base de datos de contrapartes, en la cual se garantice la trazabilidad en los procesos de Debida Diligencia llevados a cabo por cada una de las áreas gestoras y desde la Oficina de Cumplimiento
- La correcta implementación dependerá del nivel de adherencia de las áreas y procesos gestores a los controles y procedimientos establecidos para el tratamiento del Riegos; Los procesos de normalización y estandarización de la literatura institucional son un insumo de suma importancia para la correcta gestión del sistema
- Crear la cultura de prevención y gestión de riesgos en cada uno de los colaboradores de la fundación contraer para efectos positivos en el perfil de riesgo institucional y por ende en la materialización de riesgos.



## 2.1.4 Calidad

Para el año 2022 se diagnostica la necesidad de fortalecer los programas de prevención de seguimiento a infecciones intrahospitalarias, seguridad del paciente y de vigilancia en salud pública, por ser temas desapercibidos institucionalmente, pero que ya se escuchaban en los temas de glosas por parte de los aseguradores. Es así como se abre paralelo el trabajo de experiencia al usuario para trabajar mancomunadamente con el área de calidad, pero con esfuerzos estructurados desde la calidad con enfoque centrado en el paciente y su familia.

Se puede resaltar el ingreso en la estructura del proceso general de calidad de una jefe de enfermería, encargada de las actividades de la estrategia multimodal y que junto a las actividades de la prevención de infecciones (IAAS), ha redundado no solo en tener una data más confiable del comportamiento de las actividades básicas de prevención en los servicios de Urgencias, Hospitalización, UCI y Salas de Cirugía, sino en el trabajo continuo de los múltiples abordajes que se pueden hacer in situ y a través de los comités continuos o extraordinarios que se manejan frente a los sucesos intrainstitucionales, lo que ha llevado a fortalecer el grupo de líderes de calidad frente a los procesos misionales de prestación de servicios.

Lo anterior contribuye a los objetivos adicionales del sistema general de calidad de la FHSC; donde desde la identificación de estrategias de prevención, el acompañamiento a los procesos en la búsqueda de la estandarización de protocolos, formatos, instrumentos y guías se busca comprometer a cada uno de los actores del SOGCS para los mejores resultados en salud que fortalezcan la satisfacción del usuario y que redunden en la sostenibilidad como organización.

De la misma forma, es importante mencionar que la profesionalización del grupo impulsa a tener una infraestructura analítica y de soporte ante cualquier ente de control no solo de salud, sino de saneamiento ambiental que demuestra una imagen de una entidad comprometida con los estándares de calidad a nivel transversal de la atención hospitalaria.

Esto sumado a la oportunidad y el mantenimiento de tópicos en salud pública con seguimiento a nivel distrital que cada día son más exigentes, van contribuyendo al “Good Will” que merece proyectarse de manera favorable para el sector salud e impulsar la posibilidad de ingresar a los referentes en salud a nivel nacional que deseamos como compañía.





## Logros alcanzados

Dos proyectos fueron realizados con éxito durante 2022; el desarrollo, ejecución y premiación en categoría oro de la Ruta de Mejoramiento, proyecto liderado por la SDS a nivel de IPS en la ciudad de Bogotá, y la certificación en Buenas prácticas de infraestructura en aire medicinal, que fue un trabajo multidisciplinario en el que el área de calidad apoya de una manera permanente y participativa en todo el proceso.

## Seguridad del Paciente

Desde el subproceso de seguridad del paciente se ha dado respuesta a los requerimientos realizados por aseguradores ya sea para seguimiento de probables sucesos de seguridad, como de las glosas mencionadas como factor predeterminado un “supuesto evento adverso”:

- **Nueva EPS:** 103 análisis de sucesos de seguridad–8 planes de mejora (úlceras por presión, infección de sitio operatorio, flebitis, infección del tracto urinario asociado a catéter, infección torrente sanguíneo, administración segura de medicamentos, reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas y tasa de caídas en urgencias)
- **UT Servisalud:** 42 análisis de sucesos de seguridad
- **Sanitas:** 8 análisis de sucesos de seguridad
- **Salud total:** 53 análisis de sucesos de seguridad
- **Glosas Nueva EPS:** siete por caídas y lesiones en piel

## Prevención de Infecciones

- Se ha realizado conformación del equipo de programa de control y prevención de infecciones conformado por Infectólogo, médico hospitalario, dos enfermeras y una auxiliar de enfermería. Por lo cual, se ha realizado mayor seguimiento a las estrategias del programa de infecciones.
- Estrategia multimodal de lavado de manos donde se ha realizado aumento de la observación y seguimiento a la higienización mejorando la adherencia en la prevención y control de infecciones en el manejo de dispositivos invasivos y control de IAAS.
- Se realiza verificación de nuevos aislamientos para seguimiento por infectología y se define si se requiere el aislamiento, se envía información de los aislamientos a los procesos vinculados (Auditoría Médica, Facturación, Asignación de cama), con el fin de disminuir largas estancia hospitalarias y mejor facturación de las habitaciones individuales.
- Se realizó cambio de desinfectante amonio cuaternario (mediana nivel) a cloro orgánico (alto nivel) que abarca todos los gérmenes multirresistentes como (cándida Auris, Clostridium Difficile, Mycobacterium tuberculosis, Klebsiella, Pneumoniae carbapenemasas), cambio de compresas reutilizables a paños desechables por paciente; además de disminuir los gastos económicos del desinfectante y poder invertir en la compra de paños desechables que garanticen un mejor proceso de limpieza y desinfección de equipos y superficie, lo que ayudó a disminuir las IAAS.
- Participación en la transición del cambio de empresa de servicio generales la cual realiza, limpieza y desinfección terminales de las habitaciones de todos los mobiliarios (camas, colchón, mesa de noche y puente, atril) y entorno del paciente lo que garantiza que se realice un proceso de limpieza y desinfección del entorno del paciente en aislamiento y egreso.

## Gestión Ambiental

- Renovación de contratos de proveedores críticos del sistema de gestión ambiental: PROSARC – gestión de residuos químicos, ECOCAPITAL – gestión de residuos de riesgo biológico, ARL Reciclaje – gestión de residuos aprovechables, PEST SOLUTIONS – Manejo Integrado de plagas MIP.
- Jornada de Sembratón institucional en alianza con la Arquidiócesis de Bogotá y Jardín Botánico de Bogotá. Se realizó la plantación de 15° especies, las cuales serán utilizadas en procesos de compensación por siembra ante Secretaría Distrital de Ambiente, generando así un ahorro ante la institución de aproximadamente **\$49.342.050** (el valor mencionado corresponde a un valor unitario aproximado de **\$328.947** por costo unitario de árbol).

- Alianza con empresa **PILAS CON EL AMBIENTE** para disposición de pilas y baterías para procesos de posconsumo (adquisición de contenedor para almacenamiento de estos residuos). Esta alianza permite realizar la entrega de estos residuos sin ningún costo, lo que ahorrará a la institución un promedio anual de **\$35.600** (Valor correspondiente a una disposición anual de 40Kg por un valor de 890 el Kg).
- Fortalecimiento de alianza con Jardín Botánico de Bogotá para procesos de mantenimiento de huerta urbana en cumplimiento con los objetivos de hospitales verdes.
- Auditoría externa por parte de KRESTON al SGA con cumplimiento general (3 observaciones generadas para incluir en las actividades del sistema).
- Actualización de contenedores y papeleras de la institución al nuevo código de colores establecido en la Resolución 2184 de 2019.
- Cumplimiento en la entrega de informes de generación de residuos ante SDS en plataforma SIRHO del I semestre de 2022 e informe de generación ante el IDEAM del año 2021.
- Actualización de indicadores de gestión del SGA.
- Renovación y actualización de formatos de inspección de ambiente físico en áreas administrativas y asistenciales.
- Creación del formato de inspección a cuartos de aseo.
- Creación del procedimiento para manejo integrado de plagas (requerimiento para certificación del SAM).
- Cierre de hallazgos reiterativos durante visita de concepto sanitario (morgue y patología, cuarto de evacuación de residuos en salas de cirugía y cuarto de almacenamiento central de residuos).





- Actualización de planes, programas, procedimientos y otros formatos del sistema de gestión ambiental.
- Adquisición de contenedores rígidos (galones plásticos) para almacenamiento de ampollas y ampolletas.
- Cumplimiento normativo en visita de Secretaría Distrital de Ambiente en verificación de análisis de gases de combustión en fuentes fijas (Caldera).
- Actualización del formato RH1 en una sola hoja mensual, reduciendo el consumo de papel para este formato en **un 95%**.
- Actualización de planos de rutas sanitarias en áreas asistenciales (requerimiento en visitas de entes de control).
- Incorporación del formato de inspección de kits antiderrames (biológicos, hidrocarburos y químicos) como requerimiento ante entes de control.





## PAMEC (Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad)

En la Fundación Hospital San Carlos el enfoque del desarrollo del PAMEC se enfoca en la Seguridad del Paciente. **Se basa en 10 prácticas Seguras:**

META DE SEGURIDAD	MARZO JUNIO	JULIO OCTUBRE
1. Estandarización de procedimientos de atención.	48%	91%
2. Evaluación de la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos.	60%	78%
3. Facilitar las acciones colaborativas de pacientes para promover la seguridad de la atención.	60%	75%
4. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.	75%	95%
5. Ilustrar al paciente acerca del autocuidado de su seguridad.	60%	75%
6. Mejorar la seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas en imágenes diagnósticas.	75%	85%
7. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.	68%	75%
8. Prevención de la malnutrición o desnutrición.	70%	90%
9. Prevenir complicaciones anestésicas.	55%	70%
10. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.	60%	78%

## Índice de eventos adversos

Durante el 2022 se inicia con un bajo reporte de sucesos de seguridad y con ello una tendencia baja por subregistro en el índice de eventos adversos, que se reactiva a partir de abril de 2022 con el aumento en el reporte y búsqueda activa de eventos de seguridad, donde se estabiliza en meseta de reportes hacia el último trimestre del año, cuya data sí identifica una mejora en los procesos preventivos de eventos de seguridad asociados a campañas como Ruta de mejora, feria de calidad, rondas diarias del programa de seguridad del paciente y las mesas de trabajo realizadas interdisciplinarias en los casos extraordinarios de mayor impacto para la organización.



Fuente: Reportes sucesos de seguridad 2022 SIREPS



## Proporción eventos adversos

En la proporción de los eventos adversos del año 2022 en comparación con el año 2021, se puede evidenciar una clara disminución de lo declarado como francamente evento adverso, lo que significa que las actividades de inducción en la cultura de cuidado hacia la atención asistencial y la vigilancia permanente han surtido efectos favorables para la atención en salud de los usuarios atendidos en la Fundación Hospital San Carlos durante el último año, con un claro descenso a partir de mediados de abril.

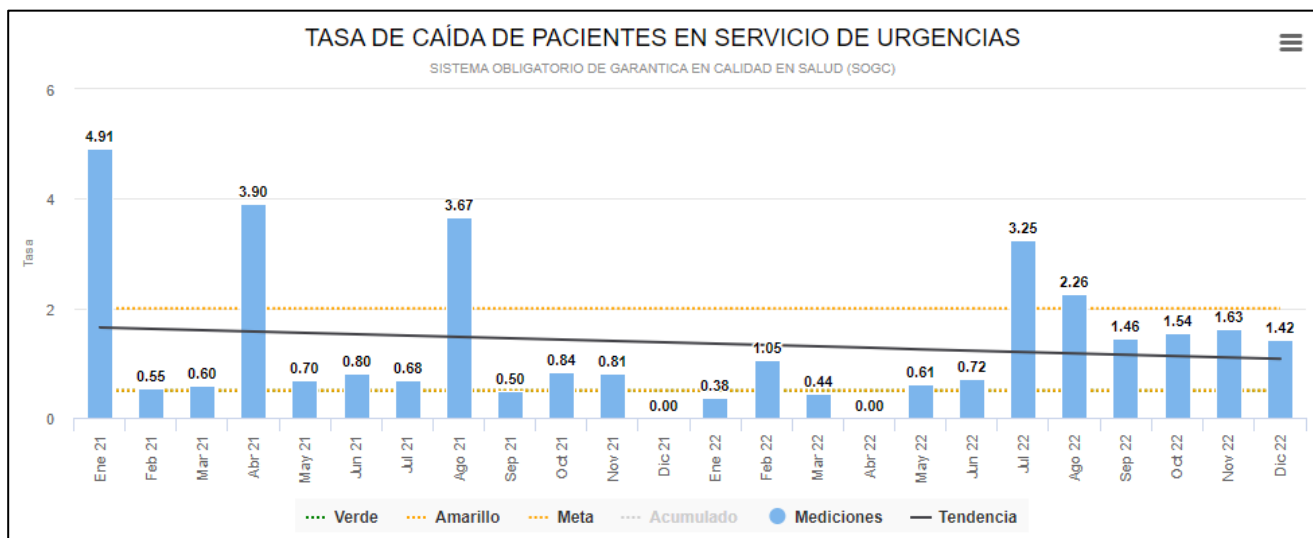


Fuente: Reportes sucesos de seguridad 2022 SIREPS

Es muy importante la contribución del sistema de información que aporta una disponibilidad de la información entre el reporte y el análisis del área involucrada de una forma organizada que acompañada por el referente de seguridad del paciente le aporta conocimientos técnicos para no desvirtuar el papel esencial del enfoque centrado en el usuario y su familia.

## Tasa de caída de pacientes en servicio de urgencias

En la evaluación de este Indicador se ha garantizado una incidencia por debajo de la meta límite proyectada institucional, sin embargo, a partir del mes de julio es evidente el ascenso en el indicador, que frente al análisis realizado junto al servicio se identifican factores contribuyentes de equipos como lo son camas y camillas que se encuentran en mal estado (barandas, llantas, etc.), provocando el aumento de la accidentalidad de los usuarios.



Fuente: Reportes sucesos de seguridad 2022 SIREPS

## Tasa de caída de pacientes en servicio de hospitalización

Tiene una tendencia a la disminución en comparación del año 2021 con respecto a la data del 2022, donde en el trabajo de análisis junto al servicio se encuentra un compromiso asociado a fallas en las actividades de supervisión y acompañamiento por parte del personal de auxiliares de enfermería, frente actividades de la vida diaria que desencadenan pérdidas inusitadas del conocimiento de los pacientes y por ello, la presencia del accidente en el servicio asistencial.



Fuente: Reportes sucesos de seguridad 2022 SIREPS

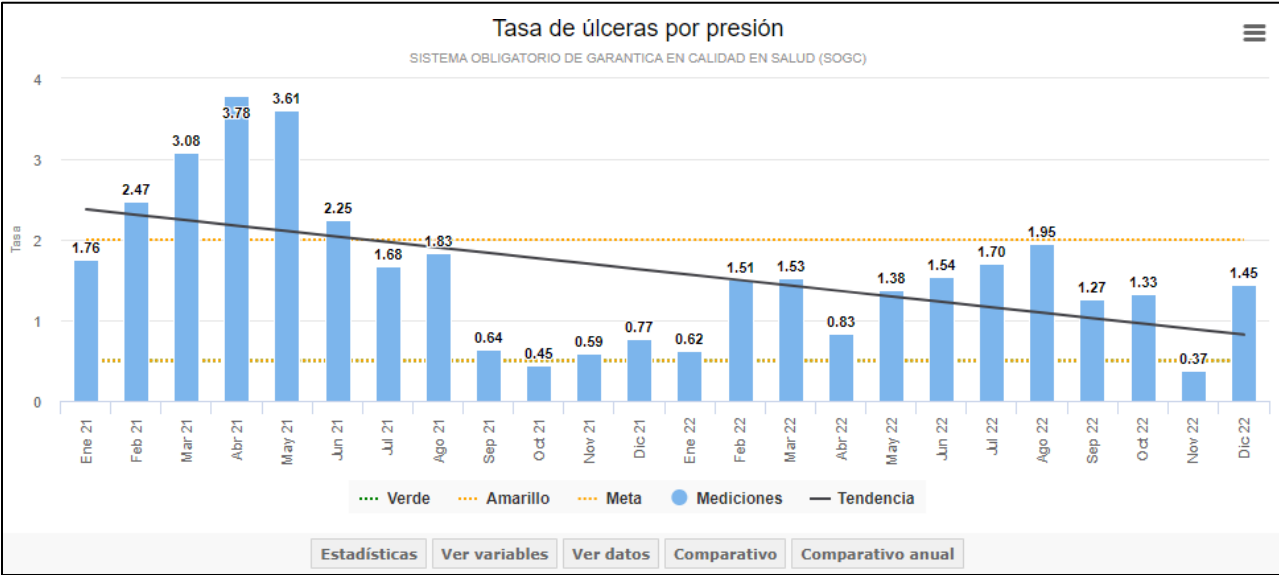
Frente a estos causales aún hace falta un resultado a la mejora contundente, muy asociado con la rotación del personal de enfermería en el último trimestre.



En atención a otros indicadores del proceso como Tasa de caída de pacientes en servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico y Tasa de caída de pacientes en servicios de consulta externa se ha mantenido en cero como venía presentándose desde el año 2021.

### Tasa úlceras por presión 2022

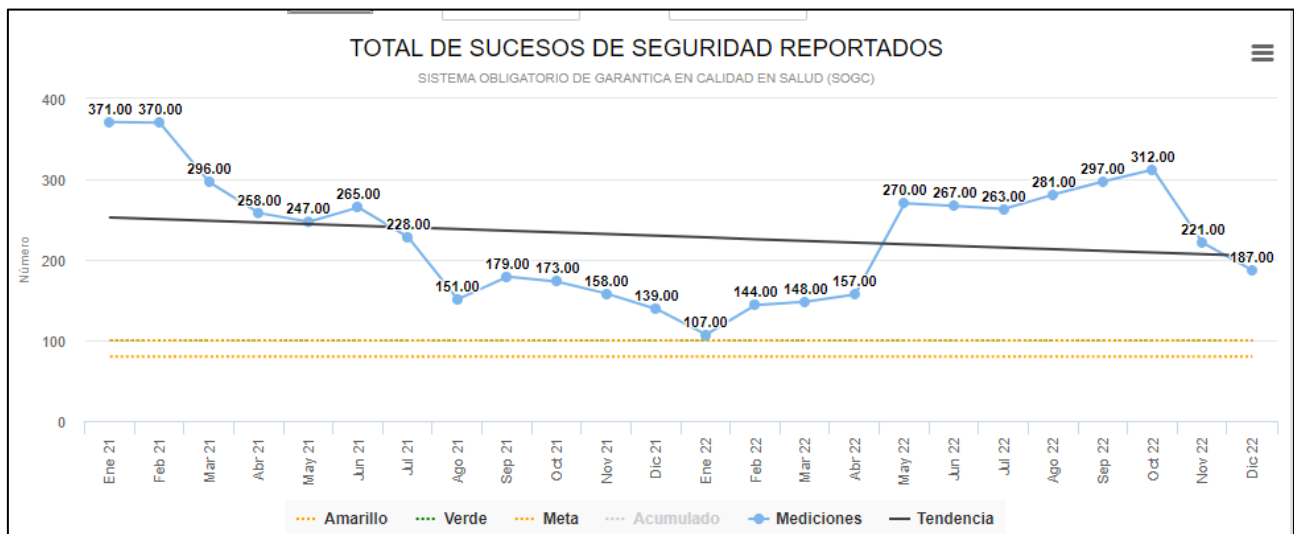
Acerca de úlceras por presión, pese a que la Fundación Hospital San Carlos es una institución receptora de una población mayor que predispone muchos factores de mayor riesgo para la presentación de lesiones por posición prolongada, durante todo el año 2022 se ha mantenido el indicador de tasa por debajo de la meta límite, con una tendencia claramente a la disminución frente a la alta probabilidad en que se puede identificar la población atendida.



Fuente: Reportes sucesos de seguridad 2022 SIREPS

### Total, sucesos de seguridad reportados

En la siguiente gráfica, se observa que en la Fundación Hospital San Carlos a partir de mayo 2022 se mejora notablemente el reporte de sucesos de seguridad, ejemplo claro del trabajo realizado desde el programa de Seguridad del Paciente en mantener la necesidad de la identificación de factores que puedan afectar la atención en salud: ya para los meses de noviembre y diciembre, se nota una clara disminución a pesar del trabajo en campañas del programa, pero que frente a situaciones de apropiación por parte del personal asistencial se requiere retomar con fuerza para el año 2023.



Fuente: Reportes sucesos de seguridad 2022 SIREPS

Otra de las actividades fuertes del programa de seguridad del paciente hace referencia a la vigilancia de puntos clave de seguridad del paciente, tales como caídas, úlceras por presión, completitud de los datos de identificación del paciente y consentimiento informado, que se realizan como búsqueda activa mediante listas de chequeo en tiempo real, que inicia en el mes de enero 2022 con 84 listas realizadas a un promedio de 120 durante el segundo semestre de 2022. Y esto a su vez, también ha evidenciado mejora en la adherencia de dichos criterios evaluados demostrando un aumento en la cultura de cumplimiento en la adherencia por parte del personal asistencial con mayor oportunidad de mejora en el correcto y completo diligenciamiento de consentimientos informados.

Adicionalmente, desde el programa se realizó una cartilla de capacitación en el programa de seguridad del paciente que se encuentra disponible para consulta en cualquier momento para cualquier miembro de la institución. Otra de las actividades de impacto que realizó el área de calidad frente al programa fue: **Expo - calidad**, con el fin de fortalecer por medio del juego las siete metas internacionales de seguridad del paciente.

En el servicio de Cirugía se reportaba baja intervención por parte del área, sin embargo, a partir del mes de noviembre se ingresa continuamente para mejorar la adherencia relacionada con la cirugía segura.



## Indicadores Prevención de Infecciones

### Seguimiento al uso de antibióticos

#### General:

Período reportado	Número de pacientes que reciben profilaxis antibiótica en el tiempo adecuado	Número total de pacientes que reciben profilaxis antibiótica	% Pacientes con tiempo adecuado de profilaxis antibiótica prequirúrgica
I trimestre	<b>1159</b>	<b>1159</b>	<b>100%</b>
II trimestre	<b>1175</b>	<b>1192</b>	<b>99%</b>
III trimestre	<b>1086</b>	<b>1115</b>	<b>97%</b>
<b>IV trimestre</b>	<b>1212</b>	<b>1352</b>	<b>90%</b>

Fuente: Reporte de seguimiento salas de cirugía 2022 Columna profilaxis

Para el año 2022 se inició con un trabajo de fortalecimiento desde lo preventivo frente a las posibilidades de infecciones asociadas a la atención en salud. Este trabajo incluye el seguimiento a la oportunidad que

se lleva en salas de cirugía, frente a las indicaciones de profilaxis prequirúrgica, ya para el último trimestre de 2022, la incorporación de un equipo asistencial presencial desde la especialidad de

infectología proyecta un trabajo mancomunado con el subproceso de calidad para mejorar documentación desde el PROA. Otra perspectiva en la que se trabaja son todas aquellas actividades de estrategia multimodal y seguimiento a los aislamientos hospitalarios, donde claramente, ha ido en incremento el número de observaciones que hace mucho más aterrizados los datos de proporción, que indiscutiblemente es un punto álgido para el día a día de la atención en salud, la adherencia del personal y la probabilidad de infecciones cruzadas para nuestros usuarios.

### Estrategia multimodal de higiene y lavado de manos

% de adherencia a lavado de manos	Total	Cumple	% Cumplimiento
<b>Enero</b>	165	154	93,33
<b>Febrero</b>	294	262	89,12
<b>Marzo</b>	327	256	78,29
<b>Abril</b>	819	577	70,45
<b>Mayo</b>	268	222	82,84
<b>Junio</b>	914	679	74,29
<b>Julio</b>	459	346	75,38
<b>Agosto</b>	286	97	33,92
<b>Septiembre</b>	579	450	77,72
<b>Octubre</b>	528	487	92,23
<b>Noviembre</b>	1143	910	79,62
<b>Diciembre</b>	834	675	80,9%
<b>TOTAL</b>	6616	5115	79,9%

Fuente: Listas de chequeo de verificación 5 momentos del lavado de manos 2022

### Aislamientos Hospitalarios



Fuente: Listas de chequeo de verificación aislamientos hospitalarios 2022



En cuanto a la adherencia a los aislamientos hospitalarios, las listas de chequeo evidencian una tendencia ligera a la mejora, y con ello fortalecimiento de los cuidados mínimos a tener en cuenta frente al manejo de los aislamientos, guardando las medidas para prevenir infecciones cruzadas intrahospitalarias.

PORCENTAJE DE ADHERENCIA A DISPOSITIVOS INVASIVOS 2022													
MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
<b>CVP</b>	84,97	94,49	95,93	92,44	64,62	90,69	86,58	84,36	95,66	93,39	90	89,4	88,5
<b>CVC</b>	92,33	92,86	92,72	95,26	92,15	83,92	90,06	87,94	94	89,19	91	88	90,7
<b>SV</b>	86,34	97,11	98,15	93,82	59,21	75,95	63,43	77,55	83	71,79	73	89,2	80,7

% DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD													
MES	ENE	FEB	MAR	ABRI	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	
<b>TOTAL, DE IAAS EN EL MES</b>	6	10	9	6	11	12	12	11	10	12	13	17	
<b>TOTAL, DE EGRESOS EN EL MES</b>	958	741	1033	932	3213	3197	3141	3352	3083	3063	2041	2040	
<b>TOTAL %</b>	0,626	1,35	0,871	0,644	0,342	0,375	0,382	0,328	0,324	0,392	0,637	0,833	

Fuente: Análisis de reporte de cultivos de laboratorio 2022

La información anteriormente ilustrada obedece a dos fenómenos institucionales: por un lado, la búsqueda activa en los reportes de cultivos de laboratorio obtenidos durante el mes y el consecuente análisis individualizado de cada uno de ellos por parte de la referente experta en el tema, así como la presentación de un aumento de IAAS en los servicios cuya causa raíz en alguno de ellos se conectó con algunos desabastecimientos en la dinámica diaria de los mismos servicios.

### Indicadores Vigilancia Epidemiológica



Fuente: Informe anual de RUAF

En la gráfica anterior, si bien tenemos un cumplimiento por debajo de lo esperado, se ha ido mejorando a partir de la data inicial que era de menos del 25% para el primer semestre de 2022, y el ente de control ha sido testigo de la mejora significativa al respecto. Se trabaja de forma diaria en la identificación de estos errores para mitigar el riesgo en los informes consolidados, situación que se complejiza con el ingreso continuo de personal nuevo a la institución que en ocasiones omite los pasos básicos de capacitación en el subproceso de epidemiología.

- **Oportunidad en notificación de EISP**

La notificación obligatoria se debe realizar para dar cumplimiento a la normatividad vigente, el indicador esta medido en horas, recordando que la notificación inmediata debe ser menor o igual de 24 horas.

	Sumatoria de horas entre el diagnóstico y la notificación de EISP	Total, de notificaciones inmediatas reportadas	Resultado
ENERO	19,7	440	45
FEBRERO	14,3	302	47
MARZO	10,8	251	43
ABRIL	7,8	250	31
MAYO	1,8	78	24
JUNIO	1,9	84	23
JULIO	3	142	22
AGOSTO	3,5	169	21
SEPTIEMBRE	3	146	21
OCTUBRE	2	130	16
NOVIEMBRE	3,3	142	23
DICIEMBRE	5	245	20

Fuente: Informe SIVIGILA 202

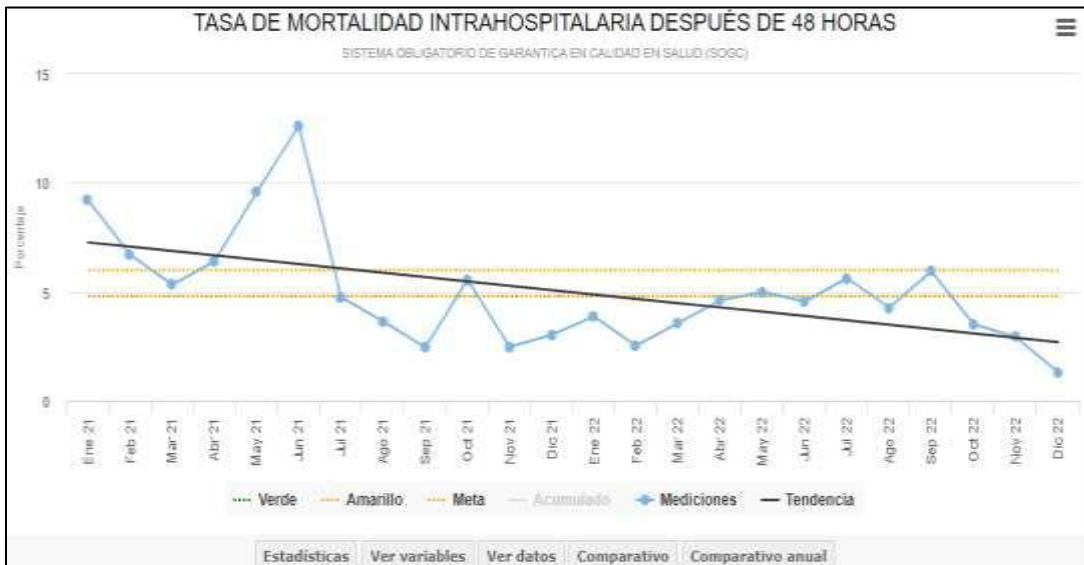
Los datos anteriores reflejan una mejora contundente a partir de abril 2022 en la oportunidad de reporte de eventos de interés en salud pública, demostrando el compromiso del área por aportar de una manera ágil no solo a las estadísticas distritales, sino en la identificación de los tratamientos asociados para inicio temprano de dichas patologías o exposiciones.

## Tasa de mortalidad en urgencias mayor a 48 horas



Fuente: Informe HOSVITAL + RUAF 2022

## Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas



Fuente: Informe HOSVITAL + RUAF 2022

El comportamiento de la mortalidad en la Fundación Hospital San Carlos está enlazada con la caracterización de la población que es atendida donde la población de las últimas décadas de la vida es importante. Sin embargo, la tendencia de la tasa en el transcurrir del tiempo en comparación desde el año 2021 es hacia la baja, demostrando que se está trabajando en todos los flancos asistenciales para fortalecer al proceso enfermedad hacia la salud de sus usuarios.

## Indicadores Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud

### ○ **Estándar de Talento Humano:**

- ✓ Noviembre 2022: Cuarto Ciclo de Autoevaluación Personal de servicios Asistenciales con un % de cumplimiento del 71%
- ✓ Noviembre 2022: Segundo Ciclo de Autoevaluación Hojas de Vida Especialistas (113) con un porcentaje de cumplimiento del 39%.

### ○ **Infraestructura:**

- ✓ Marzo 2022 Segundo Ciclo de infraestructura por Habilitación: 75% de cumplimiento
- ✓ Noviembre 2022 Cuarto Ciclo de infraestructura por Habilitación: 87% de cumplimiento (Con la entrega del servicio de urgencias quedaríamos en un 90% de cumplimiento general infraestructura por habilitación)
- ✓ Cumplimiento de mantenimiento de la infraestructura se encontraba en el mes de marzo en un: 62 % y en el mes de noviembre en un: 80%

### ○ **Dotación y mantenimiento:**

- ✓ Marzo 2022 Segundo Ciclo de Dotación por Habilitación: 81% de cumplimiento.
- ✓ Hojas de Vida por servicio: 13% de cumplimiento.
- ✓ Noviembre 2022 Cuarto Ciclo de Dotación por Habilitación: 91 % de cumplimiento.
- ✓ Hojas de Vida por servicio: % de cumplimiento.

### ○ **Medicamentos, Insumos y Dispositivos Médicos:**

#### ○ **SAM:**

- ✓ Proceso de autoinspección 31 de marzo de 2022: Con 4 Acciones Correctivas que se subsanaron en los meses de abril y mayo 2022.
- ✓ Visita de Certificación Invima los días 18 -19-21-22: Obtención de la certificación de Buenas Prácticas de Manufactura. Vigencia 4 Años desde la fecha.
- ✓ Auditoria a Proveedores para el año 2022: Mes de diciembre 2022 programación de auditoría a MESSER y PSC.

### ○ **Carros de Reanimación:**

En el mes de marzo 2022 la documentación institucional con la que se contaba en Fundación Hospital San Carlos fue reestructurada nuevamente para iniciar la implementación y posterior medición de adherencia al proceso de control de los carros, se modificaron los listados de insumos y se hizo una



entrega oficial de cada carro de paro evidenciando así el resultado de las auditorías realizadas en el periodo comprendido entre los meses de mayo a Noviembre (Las capacitaciones y publicaciones de los documentos se dieron en los meses de marzo y abril.



Fuente: Listas de chequeo auditoria carros de paro 2022

El seguimiento continuo en el proceso adecuado de controles de los carros de paro ha mejorado significativamente donde el promedio anual se ve afectado por el bajo, casi inexistente adherencia al proceso durante el primer semestre de 2022 que denota un resultado evidente, frente a los resultados del último bimestre del mismo año. Es importante no eliminar esta actividad, ya que lo que hemos evidenciado es que por el momento no es un aprendizaje innato del servicio y se requiere fortalecer este hábito en el personal también con reciente ingreso a la institución.

- **Procesos Prioritarios:**

- ✓ Marzo 2022 Segundo Ciclo de Procesos Prioritarios por Habilitación: 48% de cumplimiento.
- ✓ Noviembre 2022 Cuarto Ciclo de Procesos Prioritarios por Habilitación: 91 % de cumplimiento.

- **Historia Clínica:**

Se realiza inscripción a la Ruta de mejoramiento de la secretaria de salud donde por medio de un análisis causal con los líderes de los procesos se define mejorar el proceso de Registro en Historias clínicas para los perfiles de Medicina, Enfermería y Terapia de la Fundación Hospital San Carlos, donde se participa dentro de las ideas de cambio replicables a otras áreas de la misma institución y de otras instituciones de salud.

De acuerdo con la disponibilidad de los aliados estratégicos se programan las visitas. Durante el mes de noviembre de 2022 se realiza visita a Ilunion servicio de lavandería, donde se evidencia una empresa sólida y que garantiza los procesos industriales adecuados de seguimiento en la correcta selección, limpieza, desinfección y alistamiento de las diferentes piezas de ropería que la fundación

Hospital San Carlos remite de forma diaria a esta empresa, y con altos estándares de calidad certificados internacionalmente.

En el siguiente cuadro comparativo se observa la generación de residuos mensual en la fundación, estos están separados en las corrientes de residuos peligrosos y no peligrosos:

GENERACIÓN DE RESIDUOS AÑO 2022												
TIPO DE RESIDUO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Ordinarios e inertes	8080	7243	8158	7681	8050	7877	8103	8896	8280	10380	10188	11138
Orgánicos /biodegradables	3138	2946	3168	2996	3115	3085	3078	3248	3291	3365	3186	3295
Reciclables	1295	1669	2375	1703	1896	1679	2091	1714	1751	1923	1838	2063
<b>NO PELIGROSOS</b>	<b>12513</b>	<b>11858</b>	<b>13701</b>	<b>12380</b>	<b>13061</b>	<b>12641</b>	<b>13272</b>	<b>13858</b>	<b>13322</b>	<b>15668</b>	<b>15212</b>	<b>16496</b>
Biosanitarios	11569	9756	10450	9004	9908	10490	10407	9894	8949	11464	10279	10556
Cortopunzantes	108	146	135	129	158	126	196	153	179	196	159	180
Anatomopatológicos	1281	1519	1361	1121	1407	1412	1159	916	1204	1485	1207	943
Medicamentos vencidos	0	0	0	0	0	0	82	0	43	8		0
Reactivos	530	279	174	289	179	223	135	185	62	252	176	371
Colorantes	52	50	29	78	47	99	35	33	17	60	36	35
Químicos vencidos o averiados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Envase de químicos/ farmacos	499	410	613	501	297	445	430	903	616	681	383	452
Dispositivos médicos/ elementos en desuso	0	0	0	0	15	0	15	0	0	0	0	0
Filtros	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	0
Toners	0	0	0	0	0	0	0	0	56	2	0	0
Tarros de pintura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aceites usados	0	15	0	0	0	55	51	22	38	29	0	0
Tintas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Residuos de plomo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tubos Fluorescentes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Luminarias	0	0	2	0	0	40	20	0	0	2	0	0
Pilas y Baterías	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RAEes	0	0	0	97	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total Residuos Peligrosos</b>	<b>14039</b>	<b>12182</b>	<b>12764</b>	<b>11219</b>	<b>12011</b>	<b>12890</b>	<b>12530</b>	<b>12106</b>	<b>11173</b>	<b>14179</b>	<b>12240</b>	<b>12537</b>
<b>Total Residuos</b>	<b>26552</b>	<b>24040</b>	<b>26465</b>	<b>23599</b>	<b>25072</b>	<b>25531</b>	<b>25802</b>	<b>25964</b>	<b>24495</b>	<b>29847</b>	<b>27452</b>	<b>29033</b>

Fuente: RH1 Consolidado 2022

El valor pagado mensualmente por residuos peligrosos se establece a continuación:

CUADRO COMPARATIVO GENERACIÓN DE RESIDUOS EN PESOS (2022)													
TIPO DE RESIDUO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
RIESGO BIOLÓGICO	\$ 15.169.136	\$ 12.610.440	\$ 13.056.222	\$ 11.208.504	\$ 12.538.738	\$ 13.140.890	\$ 12.854.884	\$ 11.981.384	\$ 11.292.908	\$ 13.864.379	\$ 11.957.096	\$ 11.913.557	\$ 151.375.518
QUÍMICOS	\$ 730.823	\$ 247.783	\$ 734.538	\$ 761.168	\$ 880.903	\$ 545.416	\$ 545.416	\$ 921.982	\$ 678.185	\$ 615.366	\$ 1.018.645	\$ 1.031.028	\$ 8.711.253
APROVECHABLES	\$ 424.900	\$ 457.610	\$ 774.030	\$ 439.620	\$ 603.590	\$ 407.780	\$ 467.730	\$ 594.440	\$ 551.240	\$ 699.700	\$ 824.300	\$ 875.600	\$ 7.120.540

El valor en color gris corresponde al dinero ingresado a la institución mediante la negociación de material aprovechable (cartón, archivo, chatarra).

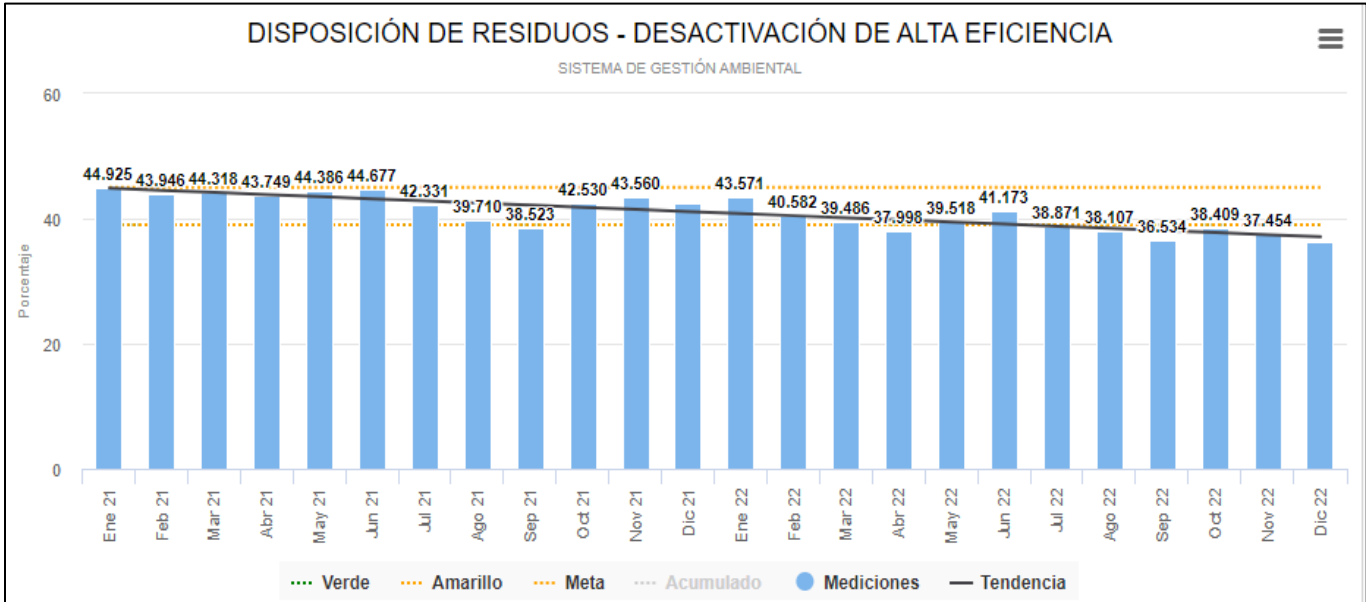
Desde el mes de octubre, conforme a la ejecución del nuevo contrato con Ecocapital, **se logró** gestionar la disminución del valor a cobrar por disposición de residuos pasando de **\$1.150 por Kg A \$1.080 por Kg.**

Con el contrato de ARL reciclaje, gestor encargado de la compra de materiales aprovechables se logró la **actualización de contrato y precios** de estos materiales, lo que generará una mayor rentabilidad para la institución a partir del mes de octubre.

**Canecas y contenedores de residuos**

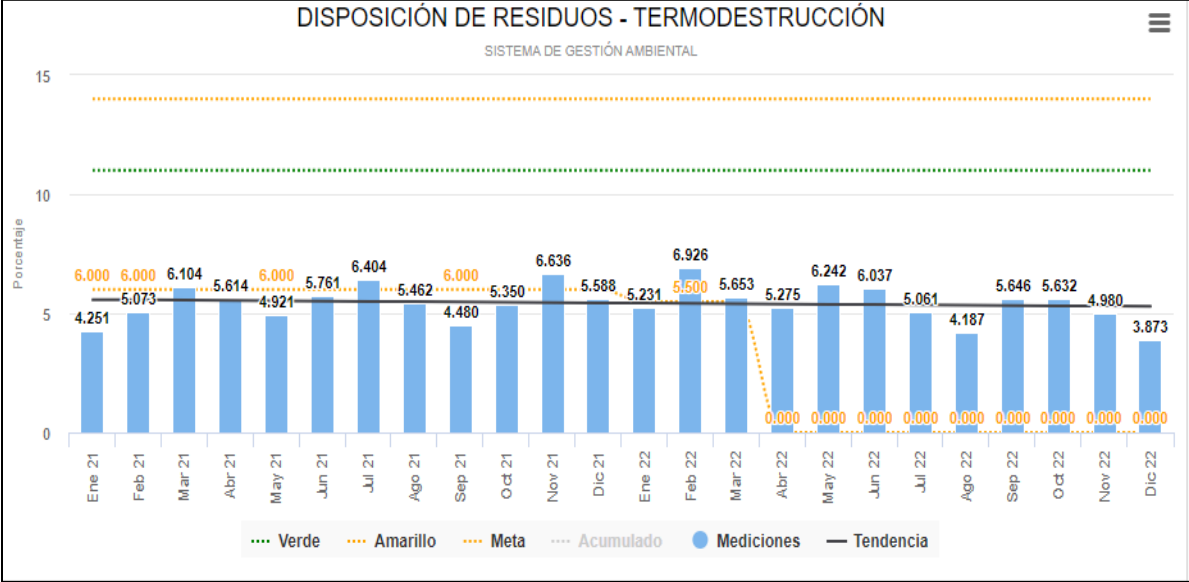
Debido al cambio de canecas establecido en la resolución 2184 de 2019, se han aprovechado los elementos de las canecas obsoletas (cubos, tapas, pedales) para reparación y mantenimiento de las canecas actuales de la institución. Una caneca de 20L tiene un costo aproximado de \$74.100, a continuación, se establece el comparativo de disminución en costos de los mantenimientos realizados con corte de noviembre de 2022:

NUMERO DE PAPELERAS REPARADAS	VALOR UNITARIO POR CANECA	COSTO AHORRADO A LA INSTITUCIÓN
143	\$ 74.100	\$ 10.596.300



Fuente: Informe consolidado RH1 FHSC 2022

La meta de generación de residuos biosanitarios (desactivación de alta eficiencia) mensual es el porcentaje inferior al 39%, el promedio de generación de lo corrido del año 2022 con corte al 31 de diciembre es de 36,4 %, este valor se encuentra muy alineado a la meta, con una tendencia progresiva a través de los meses en la disminución en la generación de dichos residuos.



Fuente: Informe consolidado RH1 FHSC 2022

La meta de generación de residuos cortopunzantes y anatomopatológicos (termo destrucción) mensualmente es de un porcentaje inferior al 11%, el promedio de generación de lo corrido del año 2022 es de 5.3%, valor que se encuentra dentro de los valores esperados, y con un comportamiento muy similar a través del tiempo obedeciendo a una cultura más específica en la segregación de dichos residuos en guardianes, a diferencia de los biosanitarios que por la disposición en canecas puede tender a mezclarse inadecuadamente.

**Cumplimiento cronograma plan de saneamiento básico**

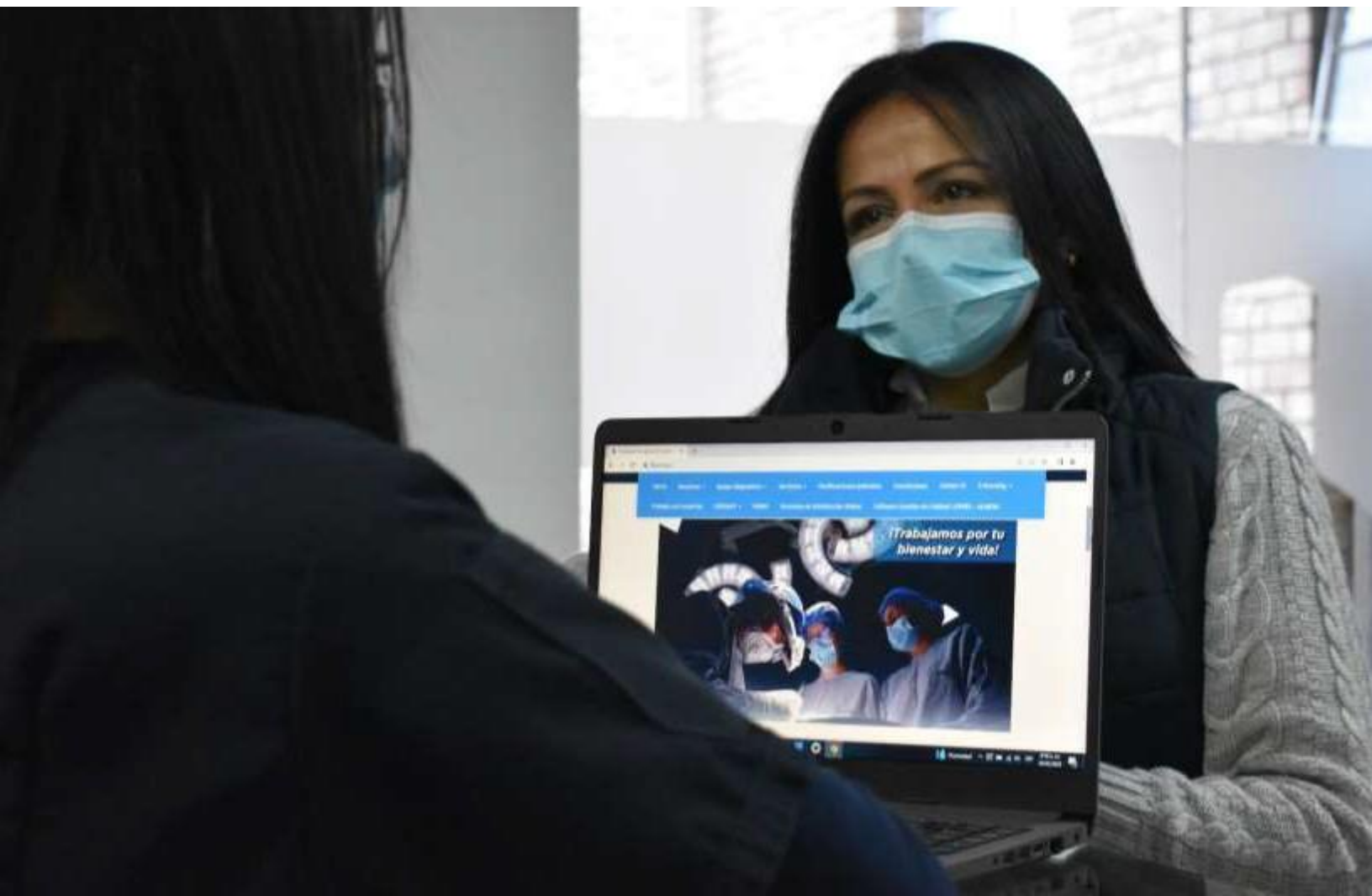
El cronograma de saneamiento básico es el documento del sistema de gestión ambiental donde se establecen las actividades requeridas de manera obligatoria por parte de autoridades ambientales y requerimientos ante visitas de entes de control e instituciones prestadoras de salud (Lavado de tanques, Manejo integrado de plagas, informes de generación de residuos, etc.). A la fecha se cuenta con un cumplimiento del 65,2% correspondiente a las actividades programadas y ejecutadas hasta la fecha.



## 2.1.5 Gestión Comercial

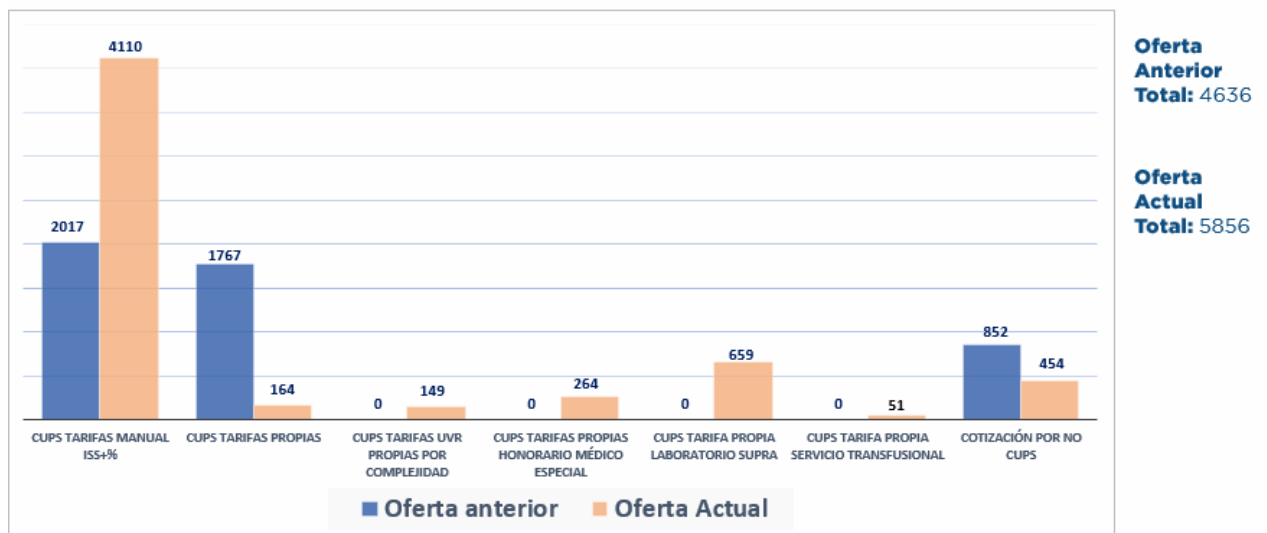
Sobre los logros obtenidos en el área comercial y de parametrización se destacan:

- Capacitaciones periódicas en contratación a las áreas de primera línea de atención y que tienen que ver directamente con la prestación de servicios como: Facturación, Admisiones, Autorizaciones, Referencia y Contrarreferencia, Calidad y Auditoría.
- Organización y consolidación de archivo de contratos de prestación de servicios de salud y al finalizar la vigencia 2022 se contaba con la digitalización de estos, y la elaboración de la totalidad de las Fichas técnicas de los contratos con el siguiente contenido:
  - Nombre de la entidad
  - No. Contrato
  - Objeto
  - Servicios contratados
  - Fecha de inicio
  - Fecha de terminación
  - Tarifas contratadas



- Estructuración de la oferta técnica de servicios; listado maestro de cups definido por tarifa de venta propia con el objetivo de facilitar el proceso de negociación con las entidades.

Definiendo la estructuración de la oferta de servicios así:



- Referenciación del proceso de paramétrica en las diferentes entidades (Subred Occidente – Méderi)
- Homologación de resolución 2077 CUPS 2022
- Caracterización del proceso, creación de flujograma del proceso de parametrización y realización del procedimiento de avales junto con su respectivo flujograma.
- Creación de instructivo paramétrica Hosvital.



- Actualización de la oferta de servicios ante las ERP, y posterior a su aprobación montaje en sistema Hosvital desde cero.
- Inactivación de los insumos y medicamentos a los portafolios de suministros por entidad de los cuales no se cuenta ficha técnica de negociación firmada.
- Creación de instructiva solicitud de avales acorde a nueva oferta de servicios aprobada por las direcciones.
- Actualización de medicamentos con tope de regulación acorde a CUM reportado por farmacia.
- Para el seguimiento contractual se realizó negociación e incremento de tarifas entre 3 a 43 puntos sobre lo contratado impactando favorablemente la rentabilidad de la FHSC con las siguientes entidades:



A continuación, se detallan los resultados de las negociaciones para la vigencia 2022:

ENTIDAD	INICIO DE CONTRATO	TARIFA VIGENTE	TIEMPO SIN RENEGOCIAR TARIFAS	TARIFA RENEGOCIADA 2022	ESTADO
SANITAS EPS	23/02/2011	MANUAL ISS 2001 + 37%	10 AÑOS	MANUAL ISS 2001 + 46%	9 PUNTOS
EMCOSALUD	20/04/2015	MANUAL ISS 2001 + 43%	5 años	MANUAL ISS 2001 + 48%	5 PUNTOS
SERVISALUD UT	23/11/2017	MANUAL ISS 2001+ 43%	4 AÑOS	MANUAL ISS 2001 + 46%	3 PUNTOS
NUEVA EPS	04/03/2014	MANUAL ISS 2001 + 33,5% MANUAL ISS 2001 + 36,9%	1 AÑO	RENEGOCIACION DE OFERTA DE SERVICIOS Y TARIFAS MANUAL ISS 2001 + 42%	5 PUNTOS
COMPENSAR EPS	03/05/2021	ISS + 55%	1 AÑO	RENEGOCIACION DE OFERTA DE SERVICIOS Y TARIFAS MANUAL ISS 2001 + 59%	4 PUNTOS
FAMISANAR EPS	15/03/2021	MANUAL ISS 2001 + 43,6%	1 AÑO	RENEGOCIACION DE OFERTA DE SERVICIOS Y TARIFAS MANUAL ISS 2001 + 46,6%	3 PUNTOS
CAPITAL SALUD EPS S	28/06/2013	ISS + 37%	1 AÑO	MANUAL ISS 2001 +	EN EVALUACION %
ALIANSA SALUD	15/03/2011	MANUAL ISS 2001 + 32%	10 AÑOS	MANUAL ISS 2001 + 75%	43 PUNTOS
SALUD TOTAL	01/12/2011	MANUAL ISS 2001 + 28%	11 AÑOS	MANUAL ISS 2001 + 48%	10 PUNTOS

## Tarifas Vigentes a diciembre 2022:

ENTIDAD	TARIFA
COMPENSAR	ISS + 59%
SANITAS	ISS + 37%
NUEVA EPS CONTRIBUTIVO	ISS + 36,99%
NUEVA EPS SUBSIDIADO	ISS + 33,5%
CAPITAL SALUD	ISS + 37%
FAMISANAR	ISS + 43,6%
SALUD TOTAL	ISS + 28%
SERVISALUD SAN JOSE	ISS + 46%
EMCOSALUD	ISS + 47%
ALIANSA SALUD	ISS + 32%
LIBERTY	ISS + 65%
POSITIVA	ISS + 45%
ASEGURADORAS	SOAT PLENO
ARL SURA	ISS + 68,75%
PARTICULARES	PROPIAS

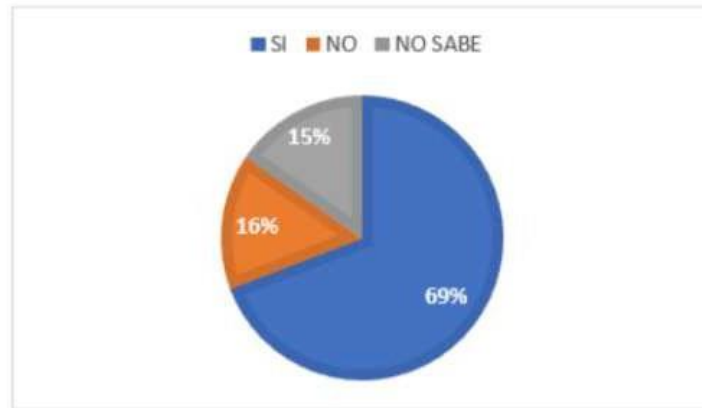
- **Contratos Nuevos:** en la vigencia 2022 se suscriben 2 contratos nuevos para la atención de la Población Privada de la Libertad, bajo la modalidad de evento y con manual tarifario SOAT.
- **Realización de Encuesta de Percepción de Cliente Corporativo:** a continuación, se presentará el análisis de la encuesta de percepción aplicada a las EAPB en el año 2022:

Las entidades participantes tienen contrato activo con la Fundación y la intención de esta encuesta fue identificar posibles falencias que esté presentando la Institución con respecto a su atención y servicio, en esta encuesta se trabajaron temas de contratación, asignación de citas, referencia, autorizaciones, entre otros. Se espera generar estrategias para mitigar efectos negativos que estén en la percepción de nuestros clientes.



## 10. ¿El proceso de contratación con la Fundación Hospital San Carlos es ágil?

SI	9
NO	2
NO SABE	2



El 16% de la población encuestada percibe que el proceso de contratación no es ágil. Estas entidades son: Salud Total y Comfamiliar Huila.

En las entidades que marcan No sabe / No responde está la entidad Famisanar. Se espera tener acercamientos con ellos para poder resolver sus dudas con respecto al proceso de contratación y generar un proceso más ágil y efectivo para mejorar su percepción frente al proceso de contratación. Sin embargo, el 69% de las entidades encuestadas marcan que si se cuenta con un proceso de contratación ágil en este punto será importante continuar brindando efectividad en la labor para incrementar este porcentaje de tal forma que todas las entidades perciban procesos efectivos y ágiles.

### ○ Realización de Plan de Mercadeo para la vigencia 2023:

Se definen las estrategias de mercadeo y el plan de ventas para la vigencia 2023 se envía documento para la construcción de presupuesto de la vigencia 2023, así como el desarrollo de portafolios y ofertas de servicios, descritos a continuación:

**Oferta de servicios Resonancia Magnética**

Se utilizan para producir imágenes detalladas de los órganos y tejidos a lo largo del cuerpo sin la necesidad de usar rayos X o radiación "ionizante". El poderoso campo magnético, con ondas de radio cambian rápidamente con una computadora para crear imágenes que muestran si existe alguna lesión, enfermedad o condición anormal.

**Disponemos del mejor recurso humano y médico para atender a sus pacientes.**

**Contactenos:** Clínica Pública Hospital Comfamiliar General Call: 310 227 2316

**Atención Magnética PHILIPS**

**Oferta de servicios Tomografías**

Contamos con un **equipo multiseñalador de 16 canales** que proporciona al paciente rapidez en el estudio, con baja dosis de radiación e imágenes de alta calidad.

Un estudio de diagnóstico médico que emite imágenes del interior del cuerpo humano mediante el uso de los rayos X y programas de computadora matemática avanzada, con el fin de estudiar y detallar el estado de la salud hasta los huesos.

**Beneficios**

- Diagnóstico rápido y no invasivo.
- Mayor comodidad para los pacientes.
- Capacidad de diagnóstico preciso de pequeñas lesiones.
- Calidad de imagen múltiple.
- Reconstrucción de imágenes.

**Disponemos del mejor recurso humano y del personal de enfermería capacitado para atender a sus pacientes.**

**Contactenos:** Clínica Pública Hospital Comfamiliar General Call: 310 227 2316

**Sistema de Tomografía Computarizada PHILIPS**

**Oferta de servicios Chequeo médico**

Los **chequeos y exámenes médicos** ayudan a detectar problemas antes de que se manifiesten, cuando las probabilidades de cura son altas y los costos de tratamiento son más bajos.

La **Fundación Hospital San Carlos** ofrecemos un servicio de valoración completa del paciente, utilizando los más altos estándares médicos para ofrecer un diagnóstico de riesgos potenciales tomando medidas preventivas.

**Disponemos del mejor recurso humano y médico para atender a sus pacientes.**

**Contactenos:** Clínica Pública Hospital Comfamiliar General Call: 310 227 2316

**Oferta de servicios Videotelemedicina**

La **telemedicina o monitoreo video electroencefalográfico** es muy útil en el diagnóstico diferencial o en casos de difícil manejo. Es la técnica que estudia la actividad cerebral con registro de video simultáneo para evaluar cambios en el comportamiento y movimientos del paciente, permitiendo distinguir el origen cerebral de las anomalías motoras y su probable relación con un trastorno convulsivo.

**Disponemos del mejor recurso humano y médico para atender a sus pacientes.**

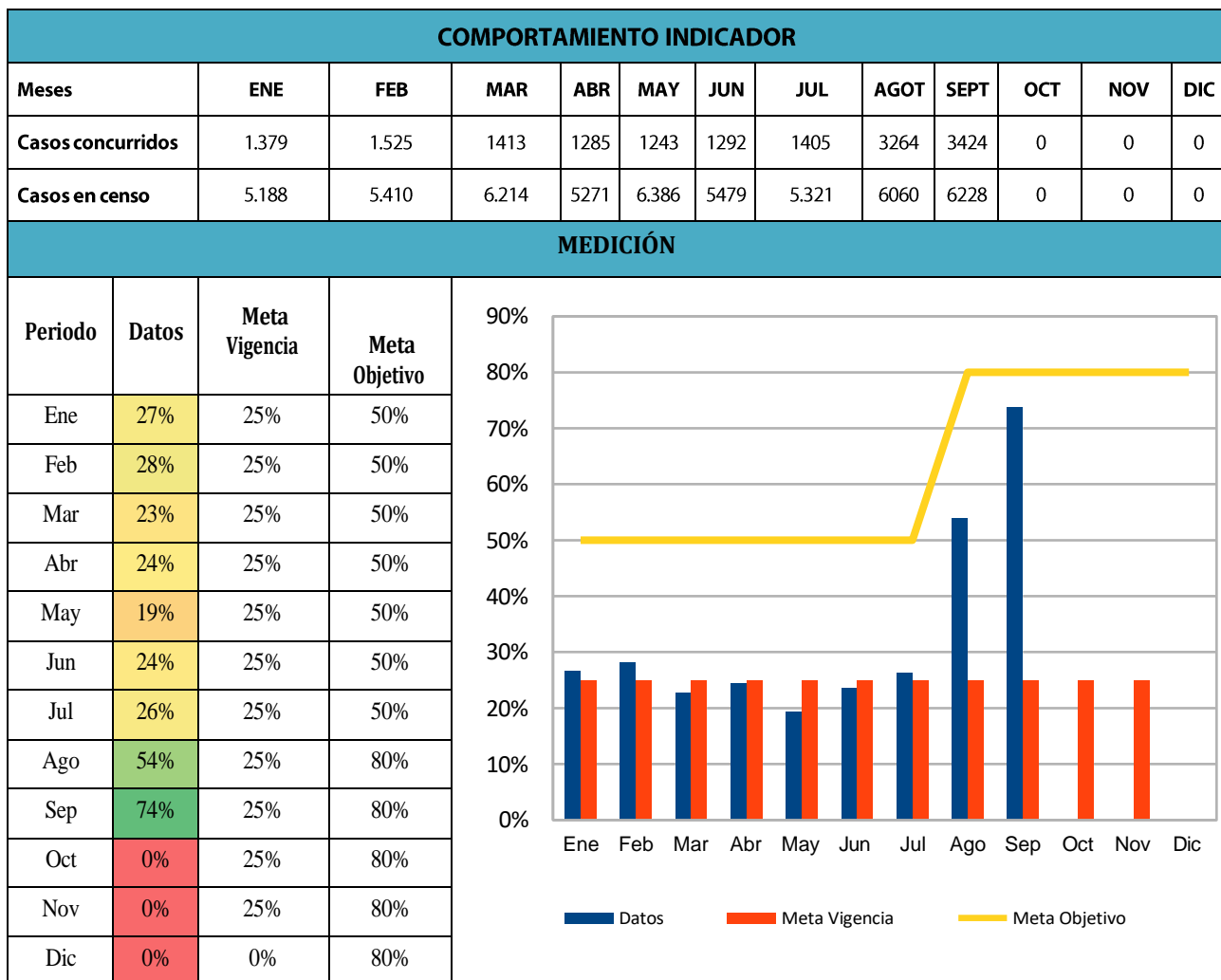
**Contactenos:** Clínica Pública Hospital Comfamiliar General Call: 310 227 2316

## 2.1.6 Gestión Auditoría Hospitalaria

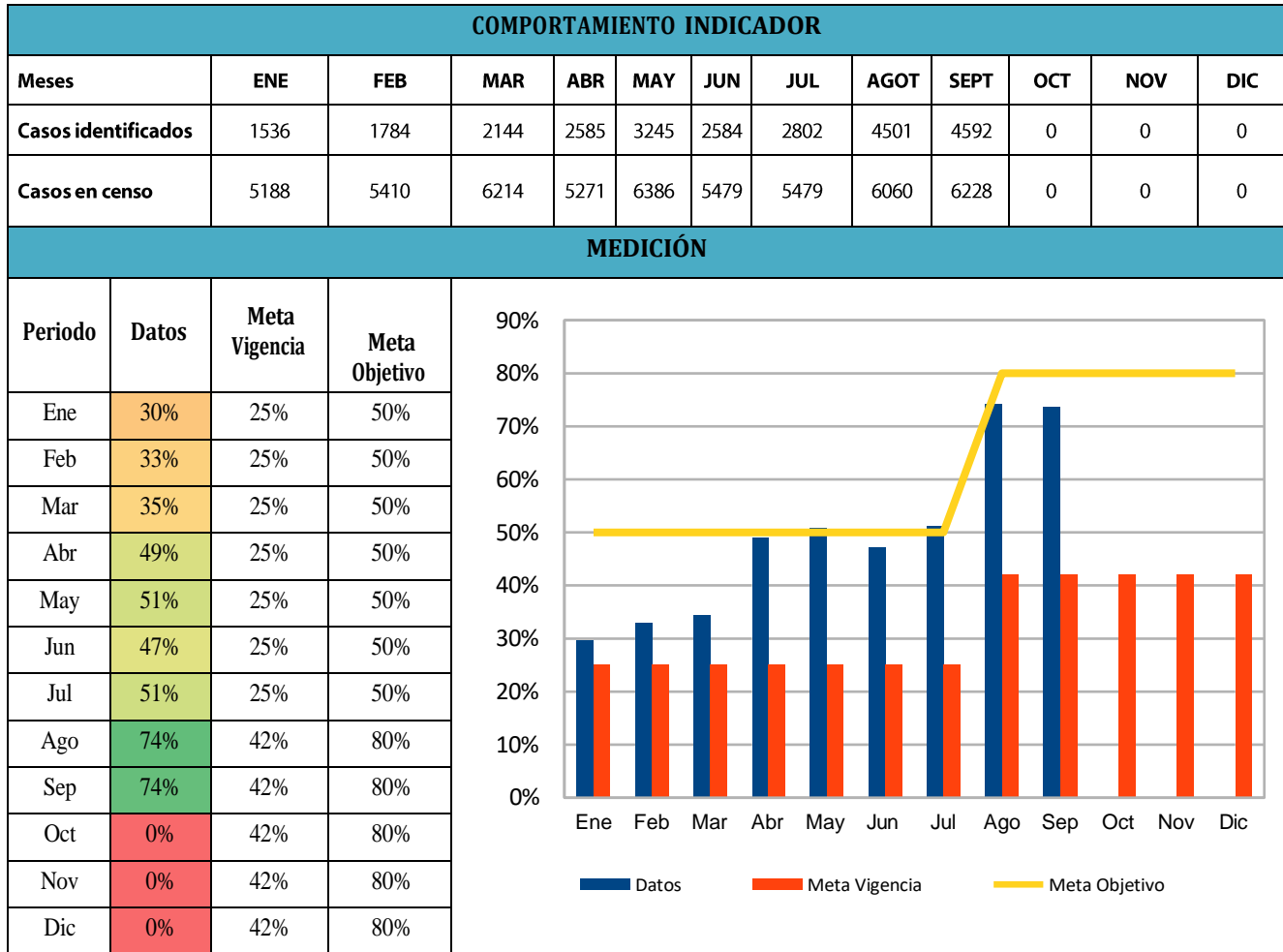
Dentro de las intervenciones y estrategias implementadas frente a los hallazgos se generó el plan de contingencia para la respuesta de glosa, es así como nos pusimos al día con los mayores pagadores: Nueva EPS - FAMISANAR - CAPITAL SALUD SANITAS - SALUD TOTAL, en donde la gran mayoría de glosas se encontraban por tarifas, tanto de insumos de hemodinamia como de medicamentos por no existencia de tabla de tarifas. Asimismo, se priorizaron los hallazgos de concurrencia y finalmente se reorganizó el proceso de concurrencia y revisión de glosa.

En vista de lo anterior, se resaltan los siguientes logros: finalización del proceso de contingencia de revisión de glosa, reasignación de funciones, retoma del proceso de concurrencia - Comité de historia clínica y cuentas médicas; entra a ser parte de Auditoría el proceso de negociación NO POS y se logran acercamientos con las diversas áreas (Ayudas Diagnósticas, Laboratorio, Farmacia, Especialistas y Enfermería)

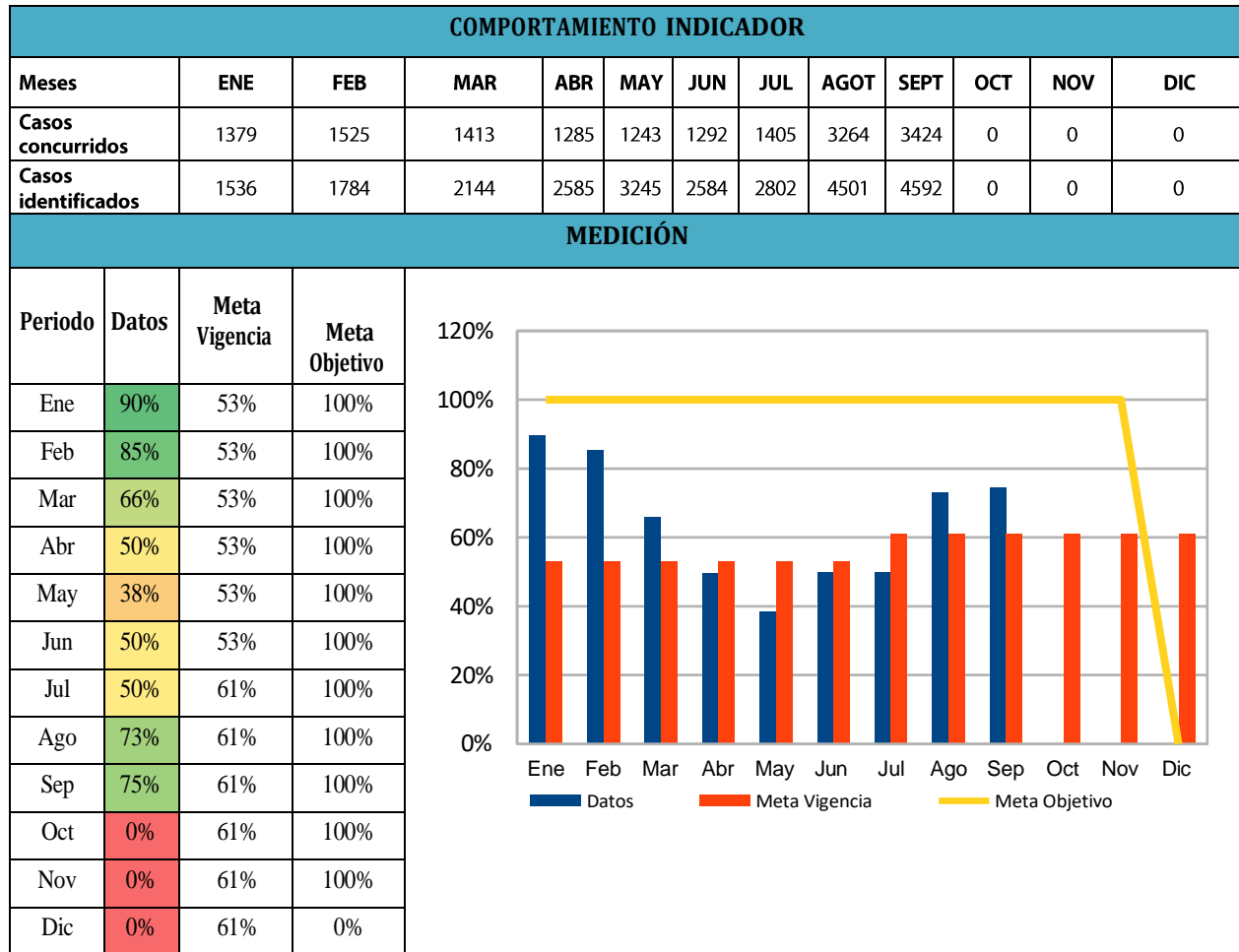
### Cobertura total de concurrencia



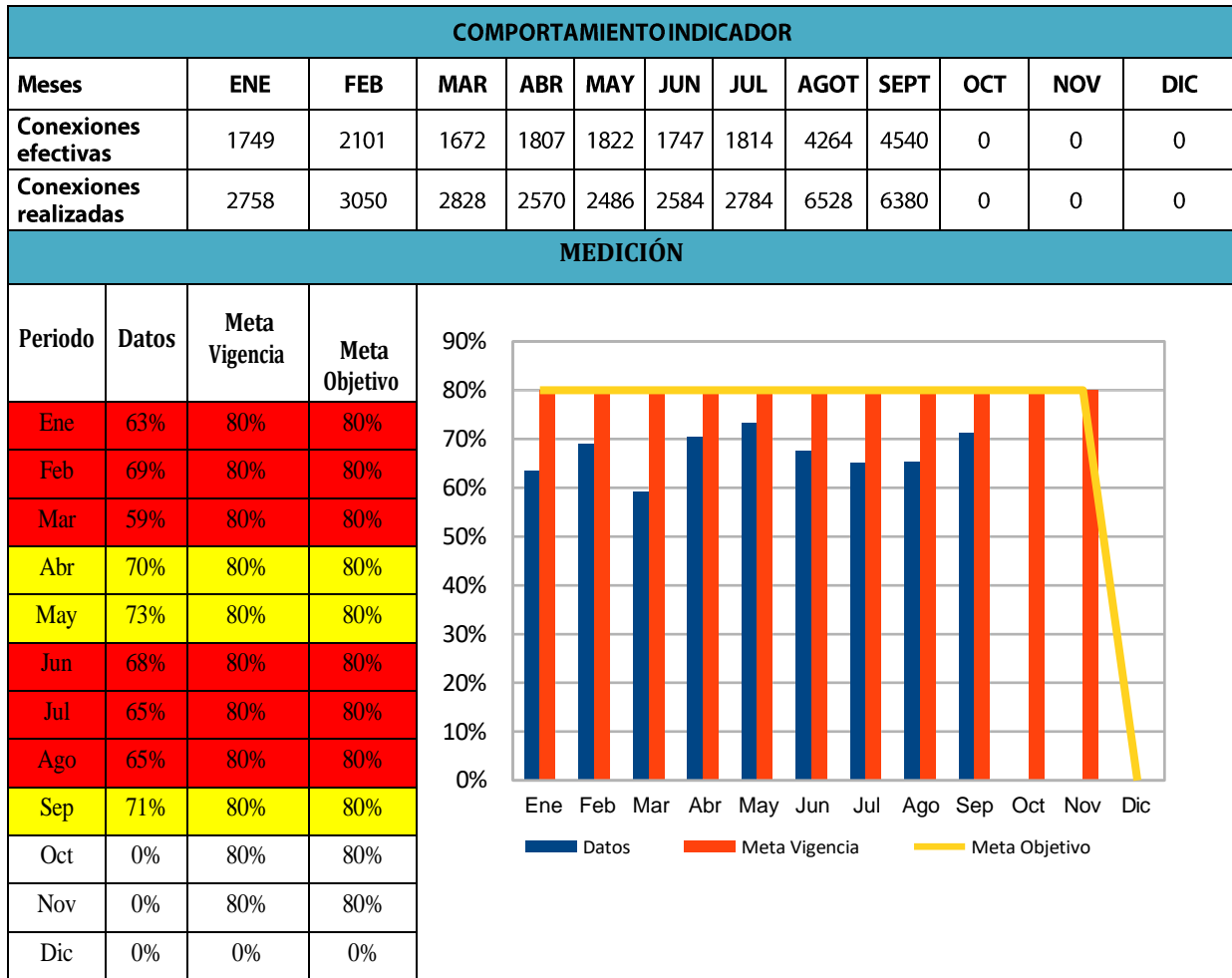
## Cobertura aplicada de concurrencia



## Cobertura específica de concurrencia

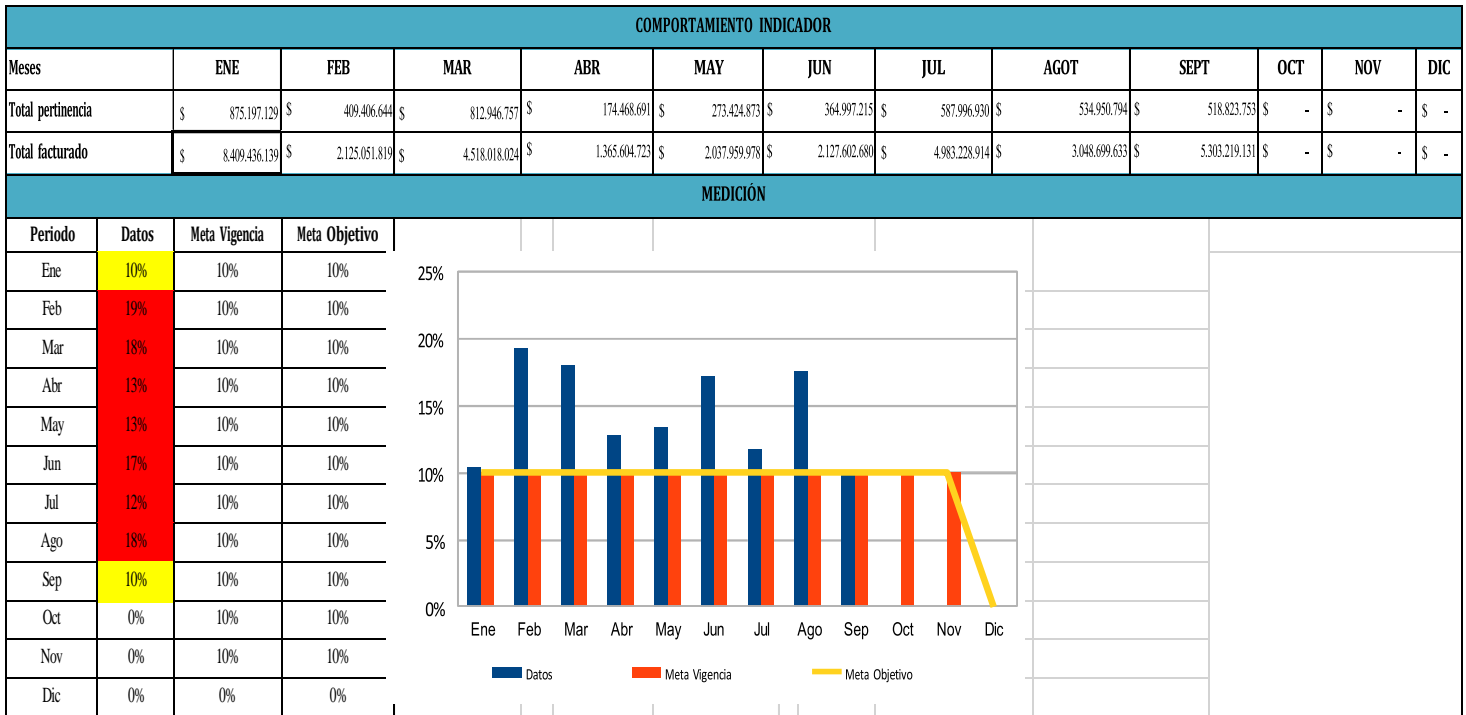


## Porcentaje de conexiones efectivas

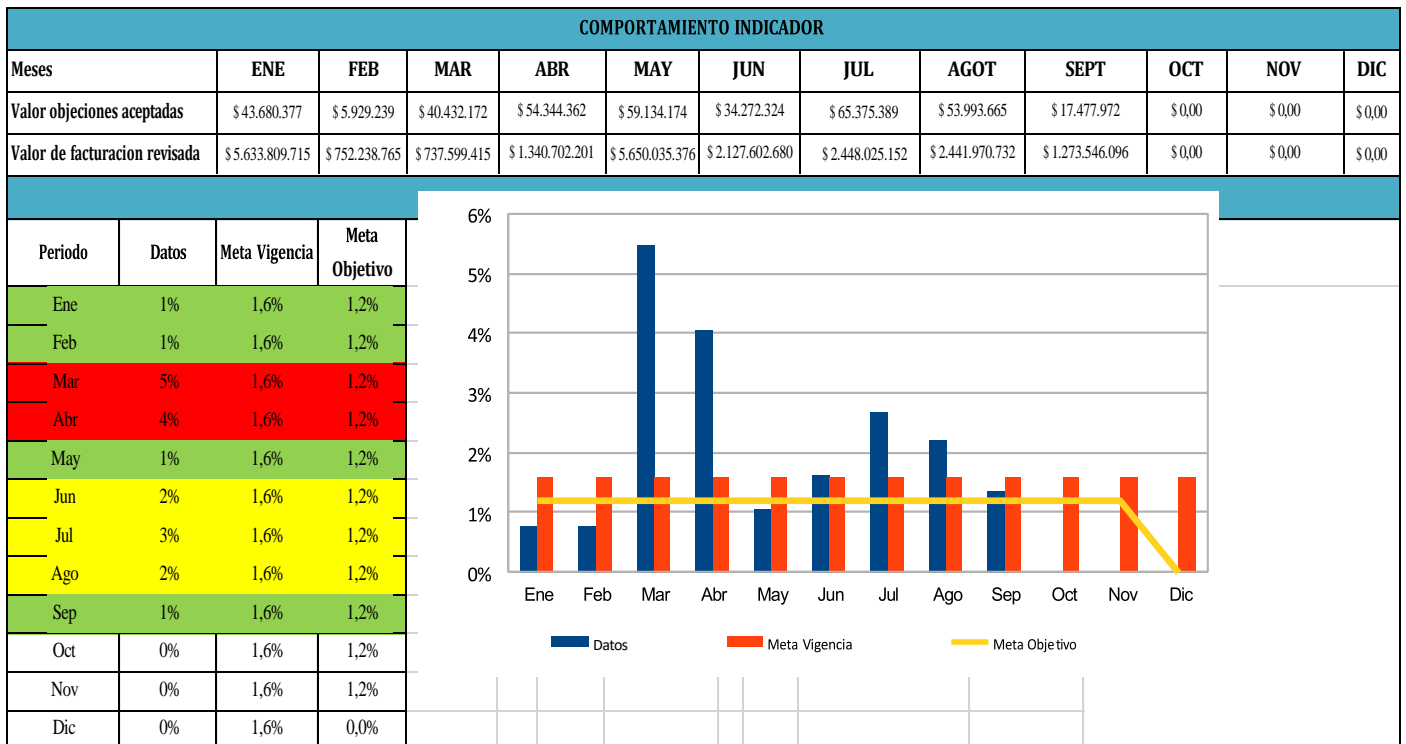




## Porcentaje de objeciones por pertinencia



## Porcentaje de aceptación de objeciones de pago por pertinencia



## 2.1.7 Gestión de Comunicaciones

Se definieron 10 retos a nivel de comunicación interna y externa con el objetivo de posicionar a la marca Fundación Hospital San Carlos como un Hospital referente en el sector salud y mejorar los flujos de comunicación a nivel interno como prioridad, con el propósito de fortalecernos institucionalmente para visibilizarnos en lo exterior.



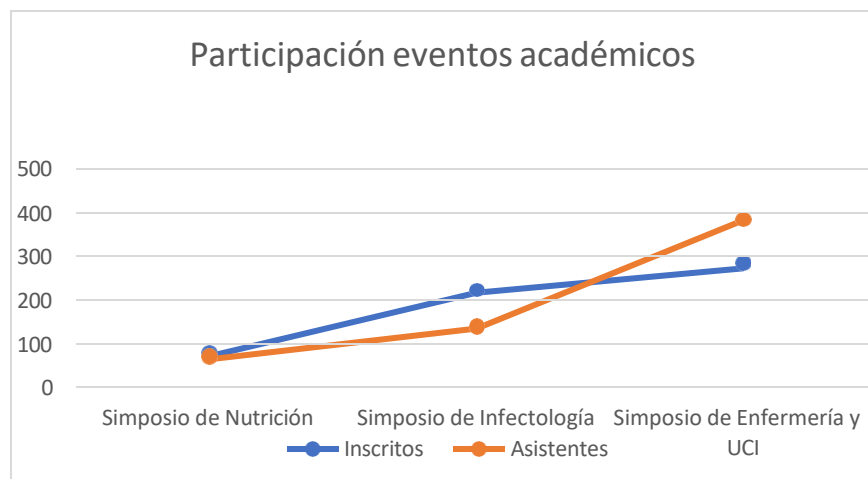


La gestión de Comunicaciones ha enfocado sus esfuerzos en proponer alternativas comunicativas oportunas, creativas y de interés para generar espacios de interacción entre la FHSC y sus stakeholders. En este sentido, los logros a resaltar en la gestión 2022 son:

- **Reestructuración del proceso** para la solicitud de comunicaciones permitiendo la optimización del área, tiempos de entrega y asesoría comunicacional.
- **Estructuración y montaje de la Intranet corporativa:** este será el medio de comunicación oficial de la Fundación por el que se centralizará toda la información generada por la institución, buscando mejorar los flujos de comunicación con el personal administrativo y asistencial de todos los turnos.
- **Creación y conceptualización de la Campaña “HAZ QUE PASE”**, la cual inició como bandera de la Ruta de Mejoramiento, hoy ganadora de Categoría ORO ante la SDS. Posteriormente, por su simbolismo movilizador -a nivel textual y gráfico- el slogan y logotipo pasan a liderar en materia comunicacional todos los proyectos que se dan en la FHSC.

- **Banco audiovisual San Carlos**, se ha logrado que las comunicaciones en todos sus niveles cuentan con más recepción puesto que se involucra a nuestro talento humano, instalaciones y equipos para visibilizar quiénes somos, qué hacemos, lo nuevo y en qué vamos a través de fotografías y videos.
- **Propuestas renovación de marca**: se han presentados 12 propuestas de logo, de las cuáles se eligieron dos. Se proyecta la creación de dos propuestas más para la elección.
- **Relanzamiento del Boletín institucional “San Carlos te informa”**, por medio del cual se da a conocer lo nuevo que ha pasado en la Fundación, reconocimientos, eventos, entre otros.
- **Creación de la producción audiovisual “San Carlos en mi corazón”**, el cual aborda testimonios de vida de colaboradores con el objetivo de conectar a los empleados con la Fundación, reconocer el talento humano y aumentar el orgullo por la institución.
- **Creación de la producción audiovisual “Cocinando con San Carlos”** serie de microvideos donde se preparan recetas enfatizando su valor nutricional para colaboradores, pacientes y familias.
- **Realización de eventos académicos en salud** logrando participación de personas a nivel nacional e internacional a través de la transmisión en vivo del: Simposio de Nutrición, V Simposio de Infectología y I Simposio de Enfermería. Adicionalmente, las personas han seguido consultado el contenido académico en YOUTUBE, lo que nos permite visibilizarnos como un referente en educación en salud.

Para el 2022 se midieron las participaciones a los eventos académicos institucionales.





En el segundo semestre del 2022 se inició la transmisión en vivo de los eventos académicos de la Fundación, a través de nuestro canal de Youtube. Se registró la siguiente participación:

- a. V Simposio de Infectología: a 21 de noviembre 419 vistas
- b. I Simposio de Enfermería: a 21 de noviembre de 2022 por enlace con UNICAFAM, 403 vistas.



# VI Simposio de Nutrición

Nutrición y transformación de heridas

**Viernes 23**  
Septiembre

De 7:30 am  
a 1:30 pm

Auditorio  
piso 8, torre A

*¡Te esperamos!*

[Inscríbete aquí](#)



**V Simposio De Infectología**

Organiza: *Equipo Técnico de Trabajo N°1 en cabeza de la Fundación Hospital San Carlos*

**18 Octubre**  
Auditorio Principal SDS  
7:00 am - 12 m

Transmisión en vivo

**I Simposio de Enfermería**

En cuidado intensivo al adulto:  
Mejorando nuestra práctica

**Jefe Yulieth Zabaleta**  
Coordinadora UCI Clínica el Lago.  
Ponencia: Liderazgo de enfermería en la administración segura de medicamentos: rompiendo esquemas.

**Dr. César Enciso**  
Coordinador Médico Unidad de Cuidados Intensivos.  
Ponencia: Humanización en UC

**Jueves 17 de noviembre de 2022**  
7:00 a.m. a 5:00 p.m.  
Fundación Universitaria Cafam  
Salón direccionamiento - Sede A

[Inscríbete aquí](#)



### 2.1.8 Gestión de Experiencia al Usuario

Se constituyeron los lineamientos de funcionamiento del área de experiencia al usuario y Trabajo Social, con nuevas propuestas de organización, las cuales han favorecido a mejorar la experiencia del paciente, gestionar las solicitudes y requerimientos de forma integral y oportuna, se han iniciado planes de seguimiento con los líderes a los casos relacionados con quejas por trato de colaboradores a los usuarios, se han realizado acciones documentales que han aportado a la construcción de conocimiento y capacitación en los colaboradores para brindar una atención más integral. Además, se ha trabajado por el posicionamiento de la profesión de Trabajo Social como un eje fundamental en el quehacer profesional del sector salud, pues definitivamente, este rol, permite la articulación entre redes institucionales e intersectoriales, que tienen como fin último garantizar el bienestar, los derechos del usuario y su entorno primario de socialización; así como propender para que al egreso tenga una mejor calidad de vida.

Desde lo anterior, se puede evidenciar que las acciones realizadas desde la coordinación de experiencia al usuario y el equipo que lo conforma están orientadas a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud, fortalecer la atención humanizada, mitigar riesgos económicos, jurídicos y legales mediante el análisis detallado de cada caso. Se busca, además, brindar al usuario soluciones y acompañamiento permanente y eficiente. Se está favoreciendo el fortalecimiento de la red de apoyo y familiar de los pacientes para obtener mayores resultados en los procesos de tratamiento y egreso.



Dentro de las acciones más importantes implementadas para reorganizar el área de Trabajo Social se encuentra el aumento de la planta de Trabajadoras Sociales a cuatro integrantes, lo cual permitió la distribución por servicios y aumentó la oportunidad de respuesta a las interconsultas. Sin embargo, debido a la difícil situación que atraviesa el hospital, se redujo la planta nuevamente a dos integrantes.

Asimismo, desde el subproceso de Trabajo Social se implementó:

- Respuesta de interconsultas de problemáticas sociales como: violencias basadas en género, violencia sexual, abandono social, maltrato al adulto mayor, maltrato infantil, pacientes con patología de salud mental, paciente con consumo problemático de SPA, pacientes con baja red de apoyo familiar, gestión y acompañamiento en casos de código Lila y fallecimiento, pacientes sin pagador definido, usuario conflictivo, casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo para garantizar acceso a ruta por consulta externa por parte de su EPS.
- Apoyo al proceso de seguimiento a condicionantes de egreso, verificando que la familia realice las diligencias de manera oportuna y no afecte el plan de manejo del paciente.
- Construcción del nuevo formato de encuesta de satisfacción cubriendo los servicios de Urgencias, Hospitalización cuarto, quintos, sextos y séptimos, las UCI.
- Inicio del proyecto de “Bienvenida a los pacientes” desde el mes de agosto.
- Instauración de una nueva metodología de intervención ante los casos de violencias basadas en género, en el cual se debe realizar el estudio social de caso (Formato creado desde la coordinación y disponible en Almera desde el mes de agosto) y se debe enviar a la red de atención de la secretaría de la Mujer, para adelantar las medidas de protección y restitución de derechos a la mujer.
- Acompañamiento para el egreso efectivo del paciente por parte de la familia. De esta manera, se mitiga el riesgo de abandono social y falta de adherencia al tratamiento.
- Nueva estrategia de manejo de pacientes sin pagador definido que está en ejecución desde el mes de septiembre. Este procedimiento se construyó de manera interdisciplinaria y ha buscado mitigar desde el ingreso del paciente el estado de su afiliación. En los casos en que se presenten novedades como desafiliación por mora o problemas administrativos; Trabajo Social realiza la gestión de orientación y acompañamiento para lograr la afiliación efectiva del paciente.
- Construcción de documentos orientadores del proceso de intervención para el manejo desde Psicología y Trabajo Social de código blanco, abordaje de trabajo social para violencias basadas en

género, construcción del documento de Interrupción voluntaria del embarazo, se lideró el proceso de construcción del protocolo y ruta de atención para código blanco generando ocho documentos dentro del proceso.

- Creación de los formatos y plantillas para la remisión a entidades distritales y judiciales como el CAIVAS (Centro de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual), CAPIV (Centro de Atención Penal Integral a Víctimas, ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), estudio social de caso para usuario sin capacidad de pago y para violencias basadas en género.
- Generación de espacios de capacitación lúdico-vivenciales sobre la cadena de custodia, diligenciamiento de rótulos y correcto embalaje en la atención de código blanco.
- Actualización de piezas comunicativas con los criterios de ingreso a la UCI, horarios humanizados y política de visita a los pacientes.
- Actualización del folleto de derechos y deberes, se designó como la actividad de “Bienvenida del paciente” el cual incluye derechos y deberes, los canales de atención digitales, presenciales y telefónicos para acceder a la oficina de experiencia al usuario y de Trabajo Social, horarios de visita en los distintos servicios y recomendaciones de bioseguridad.
- Se lideraron las mesas de trabajo para la construcción de los protocolos de atención de pacientes con patología de salud mental y paciente sin pagador definido.

Desde el área de SIAU se ajustaron y fortalecieron algunas tareas ya adelantadas:

- Ajuste del instrumento de encuesta de satisfacción y aplicación.
- Lanzamiento de la campaña “La alegría del saber”: donatón de libros para consolidar la ludoteca móvil el cual también se fortaleció con la consecución de una donación de juegos de mesa por parte de la fundación She Is en el mes de diciembre.
- Desarrollo de actividades con los pacientes dentro del proyecto de humanización: equipo cumpleaños, celebración del día del adulto mayor, celebración de la navidad, conmemoración de la erradicación de las violencias contra las mujeres, entre otros.



- Se controló la forma de entrega de las certificaciones de hospitalización: únicamente durante la estancia hospitalaria del paciente, sólo se entrega certificación de permanencia o acompañamiento si el familiar registra en las evoluciones médicas. Adicionalmente, se delimitó la entrega de una sola certificación por paciente y estableció horario de entrega de 2:00 pm a 4:45 pm
- Se realizaron espacios de capacitación al personal en los grupos primarios mensuales del equipo de enfermería, allí se abordó la humanización en los servicios de salud.
- Se fortaleció el manejo de respuesta de PQRSF por parte de los líderes, logrando mayor adherencia al proceso de la respuesta y acciones inmediatas en pro del bienestar de nuestros pacientes.

## Indicadores de gestión

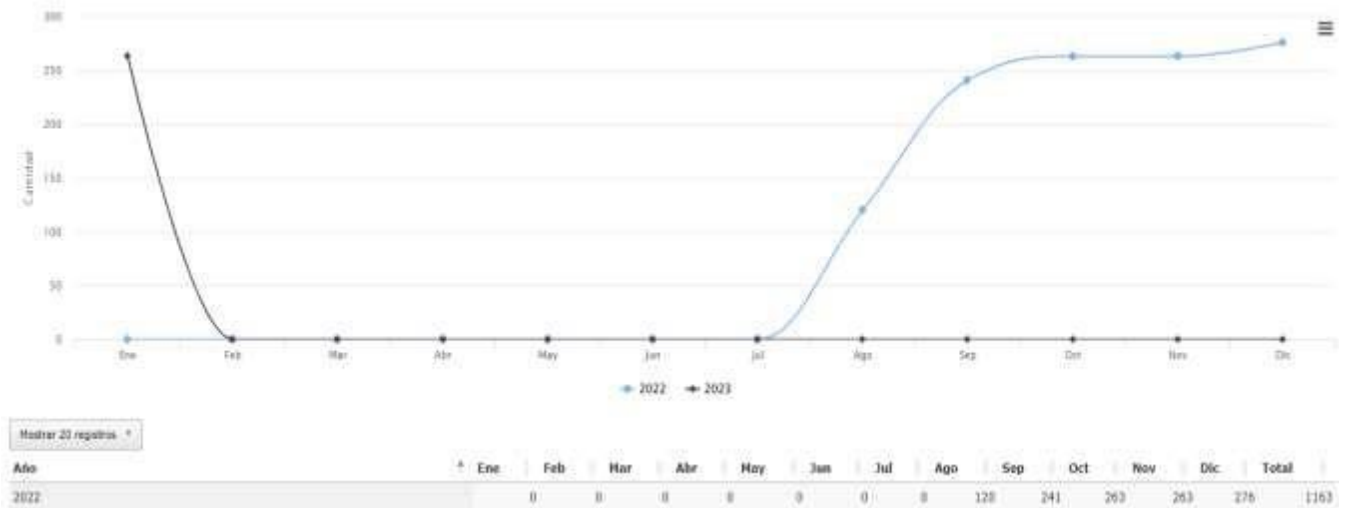
### Interconsultas realizadas por Trabajo Social

MES	HOSPITALIZACIÓN	URGENCIAS	UCI 2-3-4 PISO
JULIO	201	104	125
AGOSTO	249	67	138
SEPTIEMBRE	215	71	123
OCTUBRE	210	71	52
NOVIEMBRE	208	59	77
DICIEMBRE	289	67	80
<b>TOTAL</b>	<b>1,372</b>	<b>439</b>	<b>595</b>

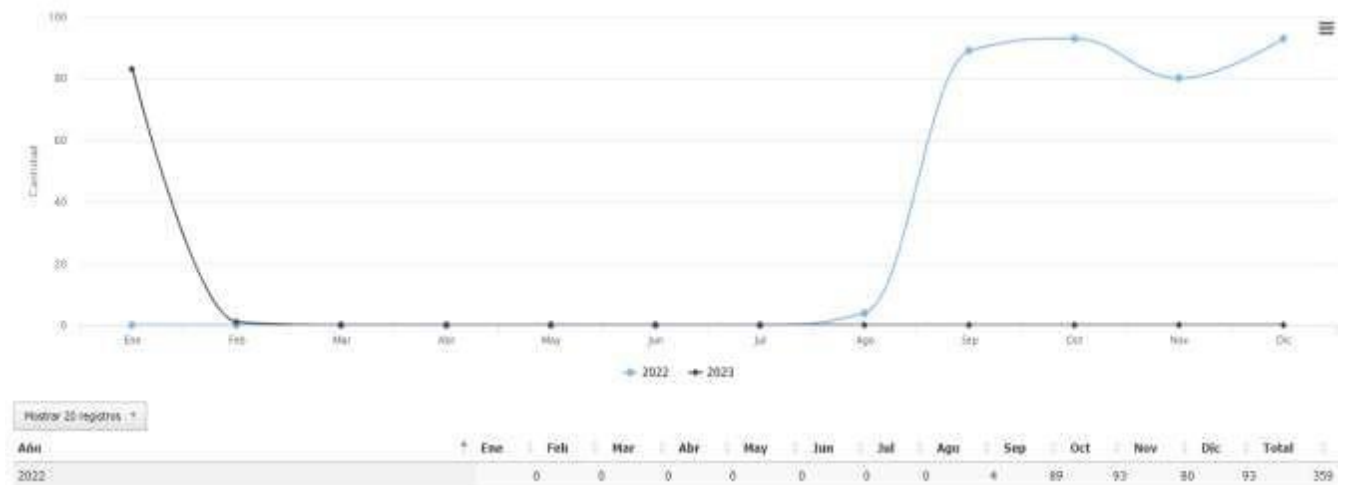
### Total de encuestas de satisfacción realizadas a partir de la aplicación del nuevo instrumento de medición

Actividad	Julio- Diciembre	Servicio	Observaciones
Encuestas de satisfacción	1380	UCI- urgencias- Hospitalizacion	
Socializacion Derechos y Deberes	980	UCI- urgencias- Hospitalizacion	Copagos, horarios de visitas y canales atención
Seguimiento Buen trato	20	UCI- urgencias- Hospitalizacion	Violencias Basadas en Genero

## Estadística de encuestas de satisfacción realizadas en Hospitalización por mes



## Estadística de encuestas de satisfacción realizadas en consulta externa por mes



## Proceso de atención y gestiones de SIAU

Actividad	Julio- Noviembre	Servicio	Observaciones
Apertura de buzones	39	Todos los servicios	
Procesos de registro en Almera	200	Todos los servicios	
Respuesta a PQRSF	256	Todos los servicios	Derechos de petición, quejas regulares, Riesgo de vida
Atenciones a usuarios	819	Todos los servicios	Oficina y en rondas por los servicios



## Gráfica de satisfacción de los usuarios agosto a diciembre de 2022

### Hospitalización

Mes (2022)	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Muestras	% de cumplimiento
Enero	0	0	0	0	0	
Febrero	0	0	0	0	0	
Marzo	0	0	0	0	0	
Abril	0	0	0	0	0	
Mayo	0	0	0	0	0	
Junio	0	0	0	0	0	
Julio	0	0	0	0	0	
Agosto	39	68	7	1	115	93,04%
Septiembre	66	159	7	2	234	96,15%
Octubre	41	207	8	0	256	96,88%
Noviembre	36	215	8	2	261	96,17%
Diciembre	16	236	15	5	272	92,65%

### Consulta externa

Mes (2022)	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Muestras	% de cumplimiento
Enero	0	0	0	0	0	
Febrero	0	0	0	0	0	
Marzo	0	0	0	0	0	
Abril	0	0	0	0	0	
Mayo	0	0	0	0	0	
Junio	0	0	0	0	0	
Julio	0	0	0	0	0	
Agosto	0	4	0	0	4	100,00%
Septiembre	19	61	6	3	89	89,89%
Octubre	36	48	7	2	93	90,32%
Noviembre	19	56	3	0	78	96,15%
Diciembre	6	85	1	0	92	98,91%



## 2.1.9 Tecnologías de la Información

Durante la gestión de 2022 se realizó un levantamiento de información e intervención de identificación de red en todos los servicios y accesos que se manejan en la institución, puesto que al recibir el área no se contaba con dichos accesos. Adicionalmente, se gestionaron las siguientes estrategias para el crecimiento tecnológico y la adopción de la transformación digital en los diferentes procesos, con el fin de automatizar y mejorar la operación de estos:

- **Implementación del aplicativo de mesa de ayuda** para la gestión interna de todas las solicitudes y requerimientos de los usuarios. El cual logró identificar los múltiples reportes de gestión para la visualización de indicadores y toma de decisiones. Este aplicativo inició desde el mes de octubre.
- **Migración de servidores y servicios de impresión, Helisa, carpetas compartidas y dominio, a servidores virtuales** por carencia de licencias. Actualmente, dicha migración tiene una duración de dos años y se desarrolló la activación entre los meses de noviembre 2022 a enero 2023.
- **Renovación de 340 equipos tecnológicos.** Para esto, se identificó la necesidad en cada servicio y se instalaron equipos de cómputo adecuados con características técnicas de última generación en pro de la optimización de los procesos. Dicho proyecto fue efectuado desde abril hasta julio del 2022. Adicionalmente, se garantizó la licencia activa tanto del S.O Windows como del paquete de office365 para cada uno de los computadores.
- **Adquisición de 380 licencias de antivirus** para reducir el riesgo de ataques cibernéticos o activación de virus. Este contrato se estableció por dos años.
- Se evaluó la integración de la **actualización del Firewall** con el proveedor de Telefónica para la adquisición y la configuración de seguridad informática. Este proyecto está en proceso y se espera que se integre a más tardar en el mes de abril 2023.
- **Estabilización del servicio PBX.** El servicio PBX, puesto que no era posible generar cambios y configuraciones. Por ello, se contactó a un experto en Elastix- Linux, donde se generó la liberación de la data del disco duro y se generaron los certificados SSL y webs para la intervención y el acceso al servidor.
- **Construcción de un archivo con preguntas frecuentes sobre Hosvital** debido a redundantes reportes de inconvenientes y solicitudes. Así se asignó a los coordinadores de los servicios para la autogestión e información integra, disponible y confiable.
- **Instalación de tres antenas móviles** en ubicaciones estratégicas dentro del hospital para tener cobertura total de señal móvil 4G. Dicha infraestructura es funcional para los operadores móviles Movistar, Virgin Mobile y WOM. La integración fue entregada en el mes de enero

de 2023 por la empresa Telefónica.

- **Instalación de un enlace de internet de 150Mb con un backUp** de la misma capacidad con Telefónica, debido a la recurrente deficiencia en el servicio de internet en la que no era posible garantizar el servicio. Actualmente, falta la instalación de equipos para el funcionamiento de este. Lo anterior, se estima que esté en producción sobre finales del mes de marzo de 2023.



Como indicadores estratégicos y luego de la implementación del aplicativo de mesa de ayuda, desde el mes de octubre, se puede visualizar la gestión del área de TI con el total de casos atendidos:



Imagen 1. Gráfica porcentaje de casos atendidos.

Si se desea saber el número de casos gestionados por el área de TI, en comparación por meses, desde el mes que se implementó (octubre 2022), al mes de corte (febrero 2023).



Imagen 2. Gráfica comparación de casos atendidos de TI por mes.

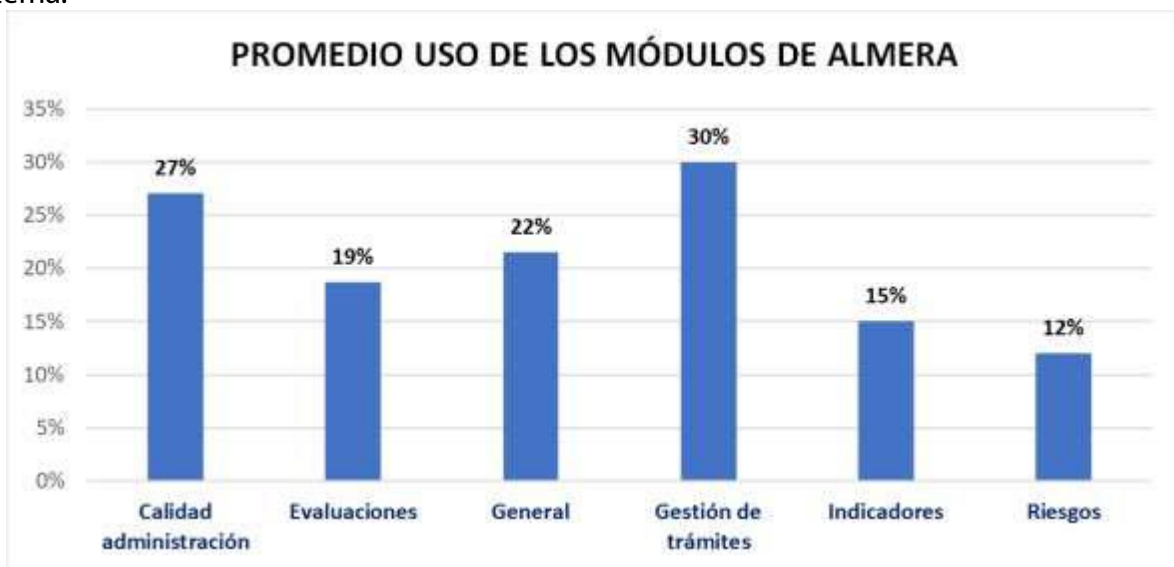


## 2.2.0 Gestión Procesos y Transformación de Negocio

La Fundación Hospital San Carlos con el objetivo de fortalecer enfoque estratégico de la organización y reestructurar los procesos organizacionales, decide conformar el equipo de Procesos y Transformación de Negocio durante el 2022, con un enfoque de generar valor en la gestión organizacional desde la estrategia hasta la operación, reorganizando los procesos y desarrollando procesos enfocados a la transformación digital.

Teniendo en cuenta lo anterior, se decide separar calidad y procesos; es decir el proceso de calidad se enfocó al cumplimiento normativo de la fundación y la estructuración de procesos se trabajó con Transformación de negocio.

Como diagnóstico inicial desde Procesos y Transformación de Negocio se realizó una validación del sistema de gestión de calidad Almera y los procesos de la organización obteniendo lo siguiente sobre el sistema:



Generando un promedio de uso del sistema del 20%, por lo que se evidenció una subutilización del sistema de información para la gestión de los procesos organizacionales.

De igual manera, en ese diagnóstico se definió unas líneas de intervención de acuerdo con los resultados obtenidos:

- Auditoria Hospitalaria.
- Admisiones.
- Servicio Farmacéutico.
- Facturación.

Dentro de la gestión del 2022 se encuentra:

○ **Plataforma Estratégica**

Teniendo en cuenta los cambios que la organización ha sufrido en los últimos tres años debido a las diferentes administraciones y efectos generados por la emergencia sanitaria del SARS-COV2, se realizó una revisión de la plataforma estratégica 2019 – 2023 donde se identificó que los objetivos estratégicos definidos para esta vigencia no se ajustaban a la realidad actual de la organización. Por ende, desde la dirección general y comité directivo se decide realizar ajustes de los objetivos estratégicos por medio de la asesoría del proceso de transformación de negocio.

Los cambios generados fueron solamente enfocados al cuadro de mando integral de la siguiente manera:

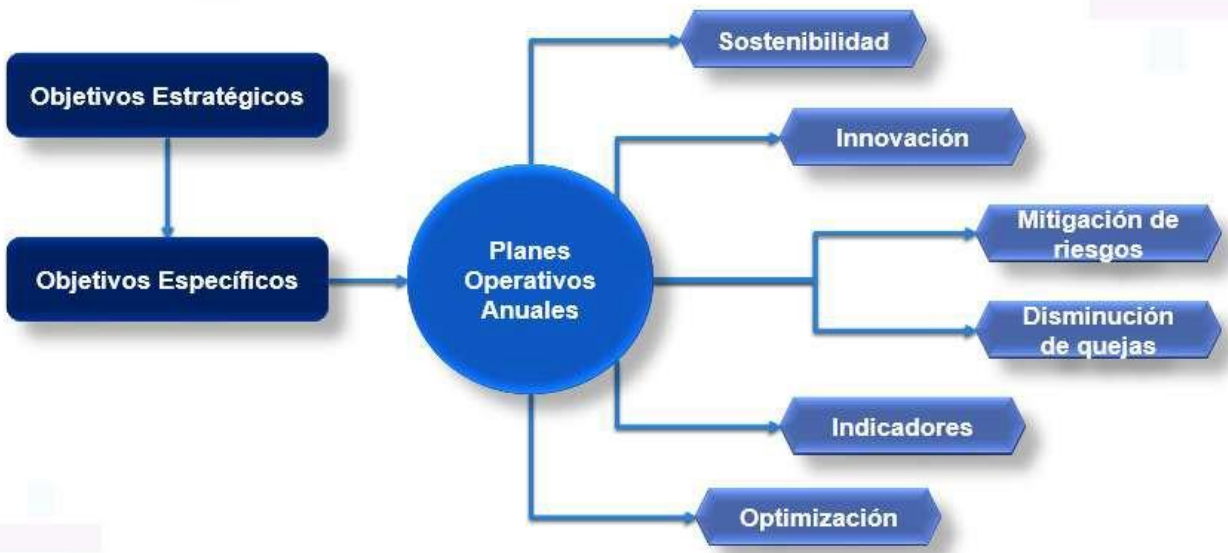
- Agrupación de los objetivos estratégicos y ajustes del cuadro de mando de acuerdo con la metodología del Balanced Score Card.
- Eliminación de objetivos estratégicos enfocados a temas de acreditación en salud.
- Se pasó de 24 objetivos estratégicos a seis (6) objetivos estratégicos para la vigencia del 2023 y así realizar el cierre de estos.
- Cada objetivo estratégico cuenta con unos objetivos específicos.

○ **Planes Operativos Anuales**

De acuerdo con los ajustes realizados a la plataforma estratégica, se define realizar el planteamiento de los planes operativos anuales para que se inicien a ejecutar desde el mes de abril de 2023, por cada uno de los procesos y subprocesos de la organización, se realizó una capacitación a los líderes con el fin de estandarizar la estructuración de dichos POAS. Desde la dirección general se emitió un instrumento en Excel para dicha formulación y seguidamente desde el proceso de transformación de negocio se cargó en el sistema Almera para hacerle seguimiento por parte de cada uno de los directores desde el cuadro de mando integral de organización.

A la fecha se encuentran los siguientes avances de la gestión de los planes operativos anuales:





○ **Gestión de Procesos**



**Mapa de procesos anterior**

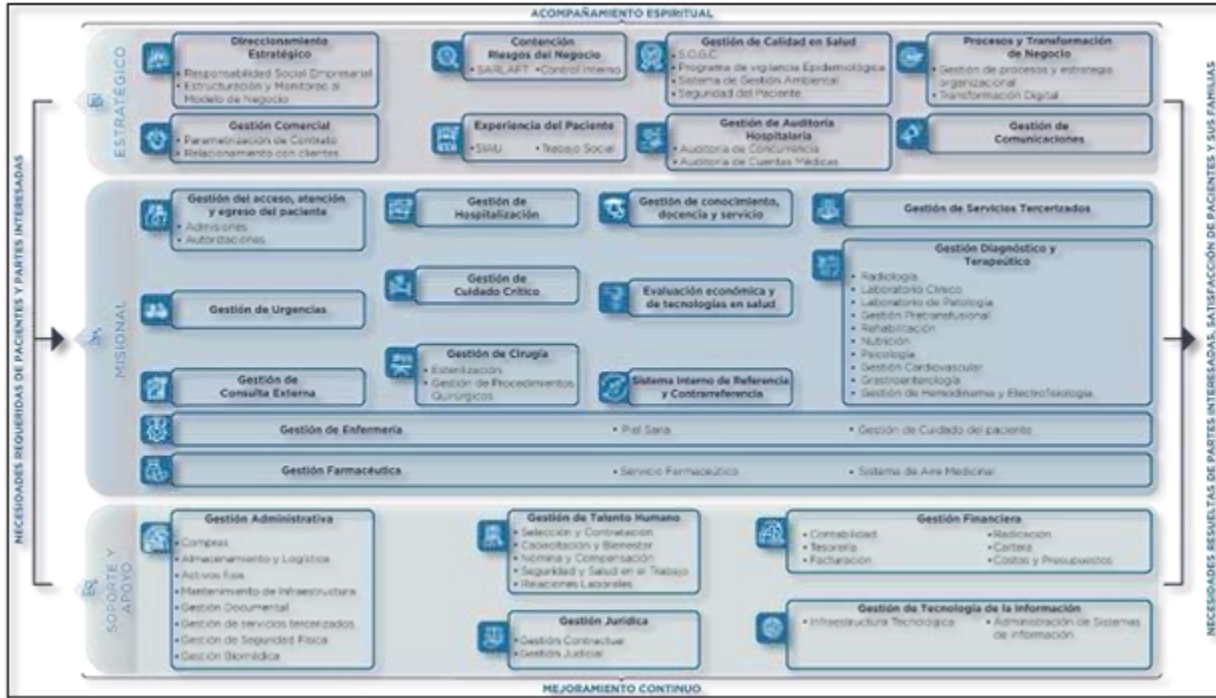
Teniendo en cuenta las inconsistencias de los procesos en su gestión desde la definición del alcance, objetivos y responsables, se realizó una revisión y ajuste del mapa de procesos por medio de mesas de trabajo con los líderes de la organización y comité directivo, con el fin de especificar la gestión por procesos y subprocesos delimitando los alcances y funciones de los procesos por medio de las caracterizaciones.

Se obtiene como resultado el siguiente mapa de procesos donde sus principales cambios se enfocaron en:

- La articulación de todos los procesos de Gestión administrativa, acobijando el proceso de Gestión de abastecimiento y logística pasando a ser un subproceso.
- Desglosando el proceso de Atención Médica y dejando los procesos basados en el gobierno clínico (Urgencias, Consulta externa, Gestión de cirugía, Gestión del cuidado crítico, Gestión de hospitalización)
- Se unificó los procesos de Apoyo diagnóstico y Apoyo terapéutico.
- Se creó el proceso Contención de riesgos del negocio, con el fin de articular las áreas de control interno y oficial de cumplimiento.
- Se creó o articuló varios procesos en la línea estratégica para el impacto de la institución como Procesos y transformación de negocio, Auditoría Hospitalaria y Gestión Comercial.
- Se creó el proceso de Gestión de conocimiento, docencia y servicio con el fin de gestionar la parte de investigación clínica y los convenios con las instituciones de educación.

Entre otros cambios que se enfocaron en el ajuste del nombre de los procesos y subprocesos. Este mapa de procesos fue aprobado por la dirección general y publicado en nuestro sistema de gestión de calidad Almera para la gestión organizacional.

## Mapa de procesos actual



### ○ Caracterizaciones de procesos



Luego de tener la aprobación del mapa de procesos publicado y teniendo en cuenta el enfoque de la organización desde el proceso se realizó una capacitación a todos los líderes de los procesos, subprocesos y comité directivo sobre la estandarización de procesos y como sobre esta se fundamenta la gestión de conocimiento de una organización; desglosando la diferencia entre proceso y procedimientos y de igual manera los elementos de una caracterización basado en ISO 9001.

Con base en lo anterior, se realizó un cronograma para levantar y actualizar las caracterizaciones de los subprocesos y se trabajó reuniones con los líderes la definición de las entradas, actividades y salidas de cada uno de estos, obteniendo los siguientes resultados a la fecha:



Estado	Cantidad	Porcentaje
Elaborado	53	82%
En revisión	0	0%
Pendiente elaboración	12	18%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Con el fin de fortalecer el uso del aplicativo Almera, se realizó la publicación de las caracterizaciones terminadas a la fecha en el sistema, buscando así articular las actividades de los subprocesos con los cargos responsables y automatizar las notificaciones de dichas actividades y la continuidad del capital de conocimiento en la institución.

- **Gestión de indicadores**

De igual manera se realizó un diagnóstico sobre los indicadores creados en Almera y se identificó lo siguiente:



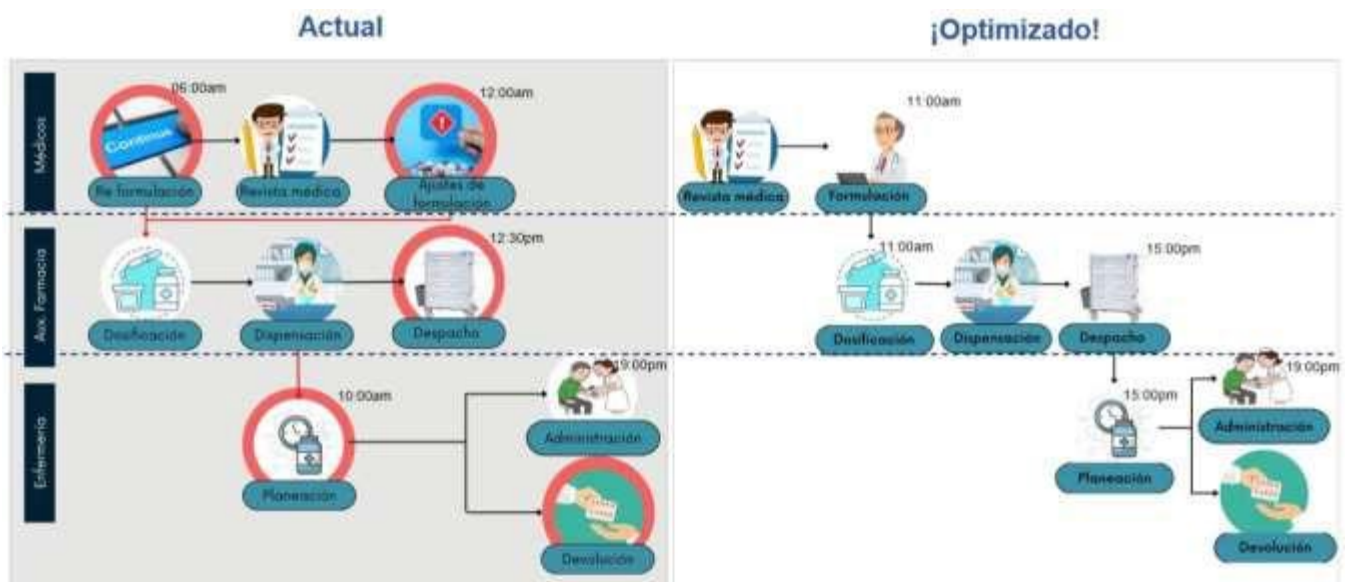
En el aplicativo Almera se encontraban creados un total de 347 indicadores distribuidos en los diferentes procesos como se evidencia en la gráfica anterior. Al realizar la validación de las fichas técnicas de estos indicadores, se encontró que había fichas técnicas duplicadas, fallas en la definición de meta, variables y su fuente de información. Por esto, se define realizar revisión de cada uno de los indicadores con los líderes de la organización, con el fin de ajustar las fichas técnicas en el sistema y adicionalmente articular la medición de los procesos con el componente normativo en salud y el direccionamiento estratégico.

Obteniendo los siguientes resultados de estas mesas de trabajo realizadas durante el último trimestre de 2022.



○ **Transformación de Negocio**

Uno de estos proyectos realizados fue la gestión de medicamentos el cual tenía como objetivo formular y ejecutar una estrategia de transformación (Mejoramiento de la entrega de turno de enfermería), la cual contribuya al mejoramiento del proceso de gestión de medicamentos con el fin de incrementar la productividad minimizando los reprocesos, reduciendo costos, errores humanos y evitando la pérdida de trazabilidad.



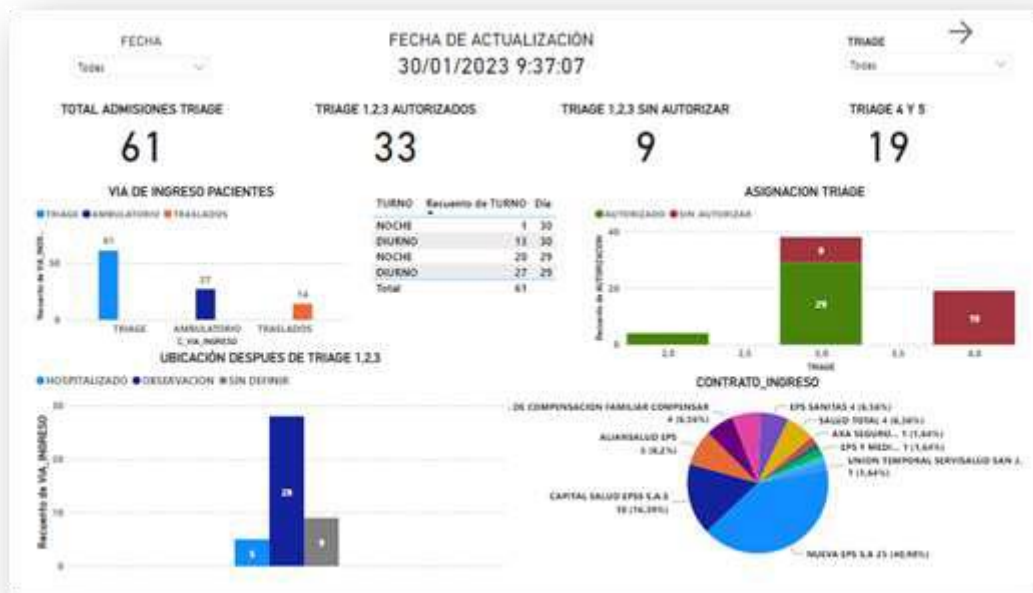
Se generó diferentes espacios de capacitación e implementación de pruebas piloto en los diferentes pisos para la ejecución de la entrega de turno y por medio de esta estrategia el control de los medicamentos. De igual manera para dicho tema, se realizó con la información generada desde el sistema Hosvital un tablero de control en Powered BI, para identificar los medicamentos pendientes por aplicación y las causales de no aplicación en pro de la seguridad del paciente.



Por otro lado, se realizó diferentes intervenciones a los procesos con el fin de optimizar y brindar herramientas para la disminución de reprocesos, confiabilidad de la información y la fomentar el análisis y toma de decisiones en la gestión de la operación. Todo esto se entregó en la definición de procedimientos y documentación cargada en el sistema de gestión de calidad Almera y a la dirección general por medio de análisis de los siguientes tableros los cuales tenían unos

objetivos y funciones claras:

○ **Tablero de admisiones: tablero para monitorizar las admisiones en la FHSC.**



**Funciones:**

- Distribución de ingresos a la FHSC (Urgencias Triage, servicios ambulatorios y traslados RYC)
- Ingresos por turno
- Segmentación del triage (I, II, III y IV)
- Detección de usuarios clasificados con triage 1,2 y 3 que no cuentan con la autorización para la atención inicial de urgencias.
- Discriminación de responsable del pago
- Revisión de los estados o ubicaciones de los usuarios luego de realizar el triage
- Datos para la entrega de turno (pendientes por autorización).

○ **Tablero de nómina: tablero que presenta el comportamiento general y específico de la nómina en el 2022**

**Funciones**

- Variación de la nómina mes a mes (Filtros por dependencia y rango salarial)
- Vacaciones pagadas y/o disfrutadas por mes (Rangos de días).
- Comportamiento de las licencias.
- Comportamiento de horas extras pagadas (Rango salarial, dependencia, cumplimiento de meta, proporción de HE vs Total de nómina)
- Comportamiento de otros devengos
- Comportamiento de las incapacidades
- Comportamiento de retiros/desvinculaciones (% de retiros vs total de nómina)
- Comportamiento de facturación de especialistas + nómina vs facturación.
- De igual manera se realizaron tableros de control para el proceso de imagenología con el fin de identificar la facturación del proceso. También se realizó un tablero de auditoría que se enfoca al seguimiento de las estancias de los pacientes con el fin de impactar la glosa a través de las decisiones tomadas con los resultados.
- Logros del proceso.
- Teniendo en cuenta la gestión realizada con los procesos y como base para la transformación digital, desde el proceso se logró lo siguiente:
  - Actualización de la plataforma estratégica y su socialización.
  - Estructuración de POAS con los diferentes procesos alineados con los objetivos estratégicos de la organización.
  - Levantamiento de caracterizaciones de procesos
  - Re-parametrización del sistema de gestión Almera de acuerdo con las necesidades y actualidad de la organización
  - Activación del módulo de encuestas de Almera para la aplicación de listas de chequeo de nutrición.
  - Entrega de tableros de control por medio de Genesis.
  - Aumentar el control en el proceso de enfermería por medio de la entrega de turno y el control de medicamentos en la institución
  - Actualización de los diferentes usuarios en el sistema de información.
  - Diagnóstico del proceso de Gestión de cirugía con un enfoque de facturación y nómina.
  - Identificación del proceso del flujo del efectivo (Control del riesgo de glosa).
  - Análisis financiero inicial de la organización durante los últimos tres (3) años.

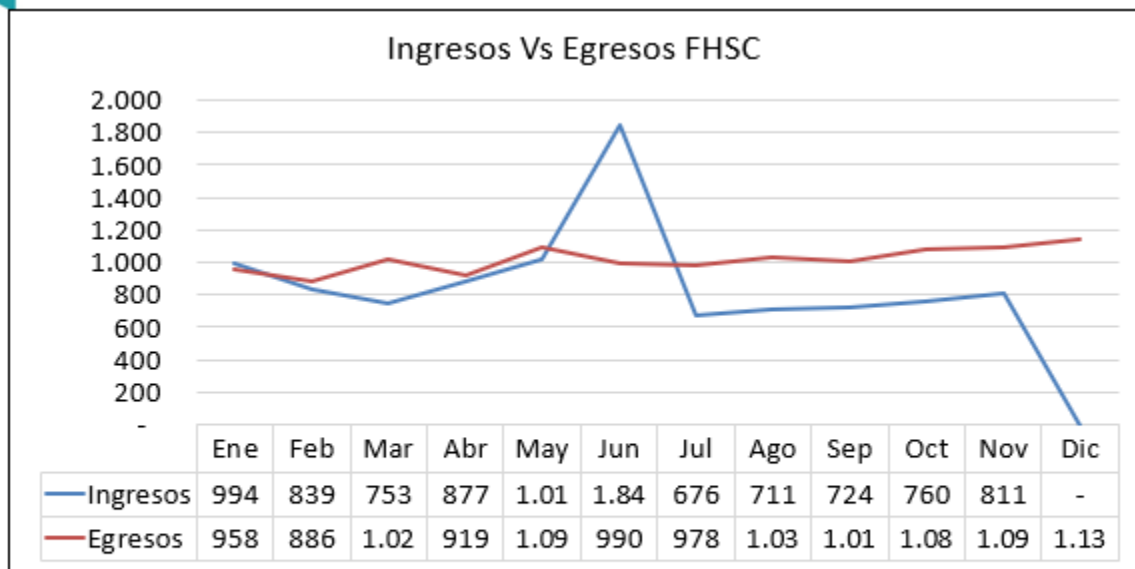
## 2. 2 Procesos Misionales





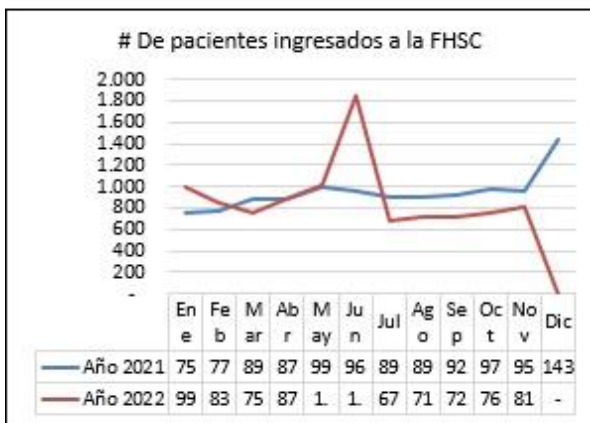
# Indicadores de gestión

## 2.2.1 Eficiencia técnica



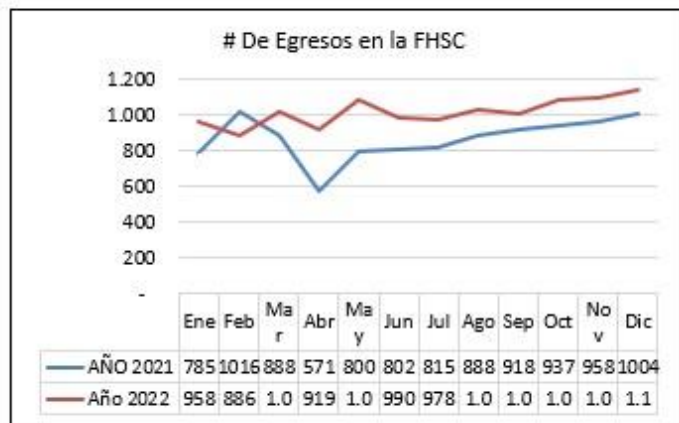
	Promedio	Maximo	Mínimo
Egresos 2022	1016	1.095	886
Ingresos 2022	909	1.846	676

### INGRESOS

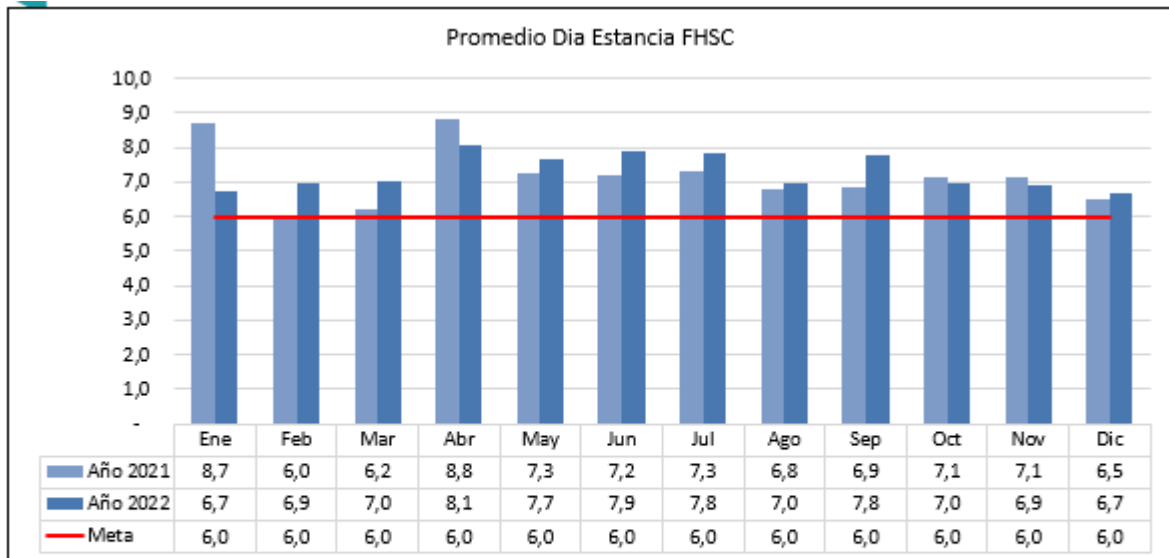


	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	943	1.436	752
2022	909	1.846	676

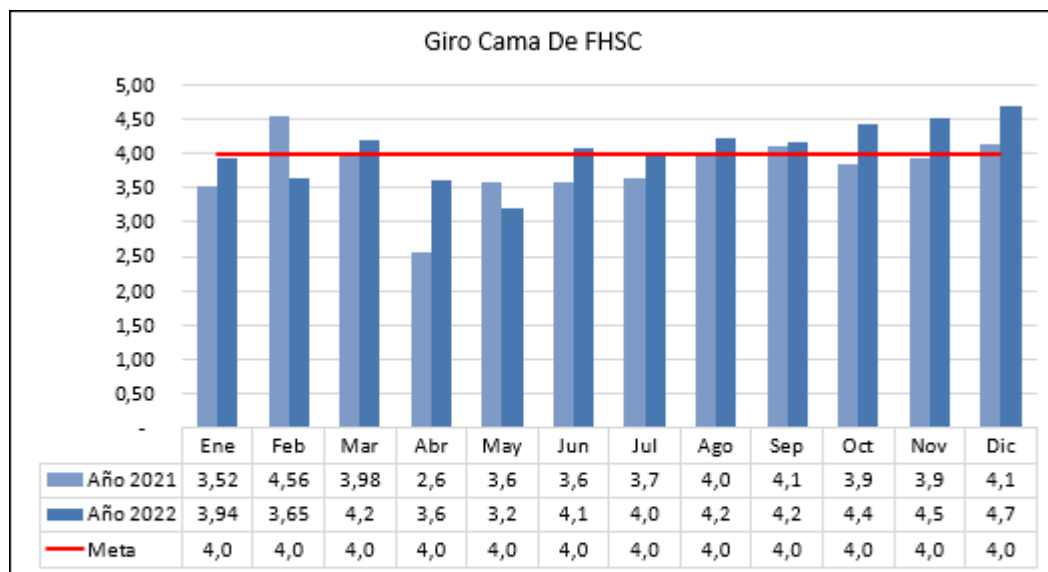
### EGRESOS



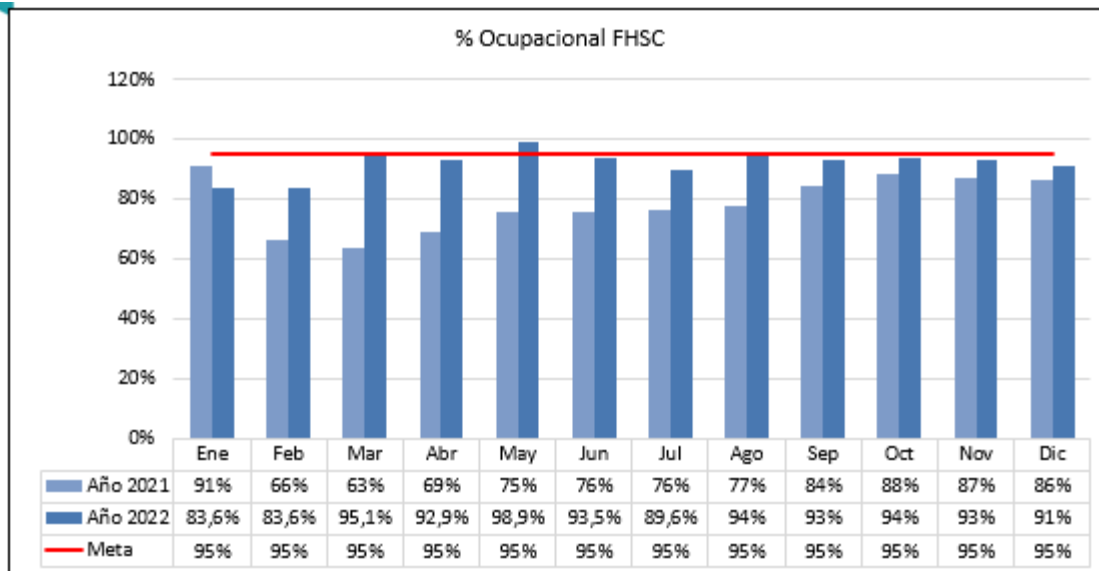
	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	865	1.016	571
2022	1016	1.138	886



	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	7,1	8,8	6,0
2022	7,3	8,1	6,7

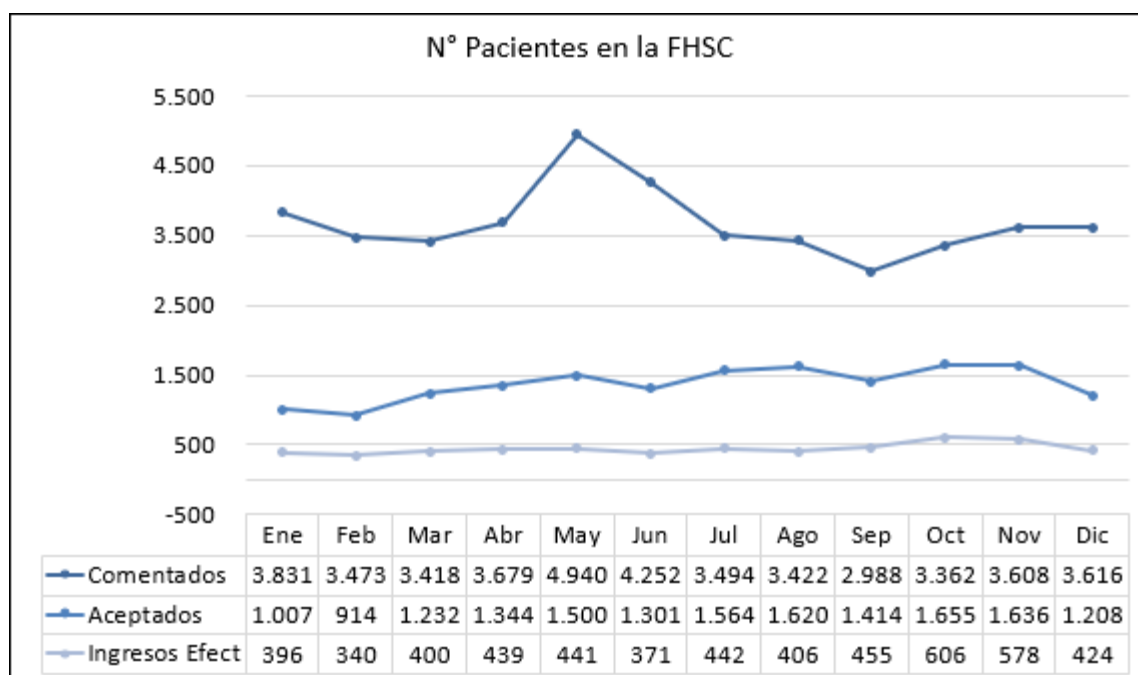


	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	3,8	4,6	2,6
2022	4,1	4,7	3,2



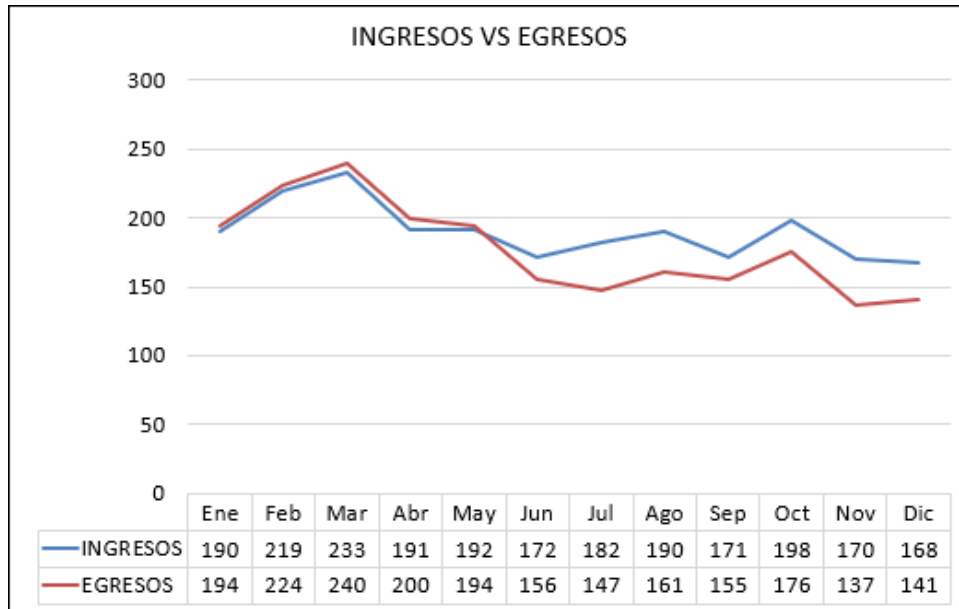
	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	78%	91%	63%
2022	92%	99%	84%

## 2.2.2 Referencia y Contrarreferencia





## 2.2.3 UCI

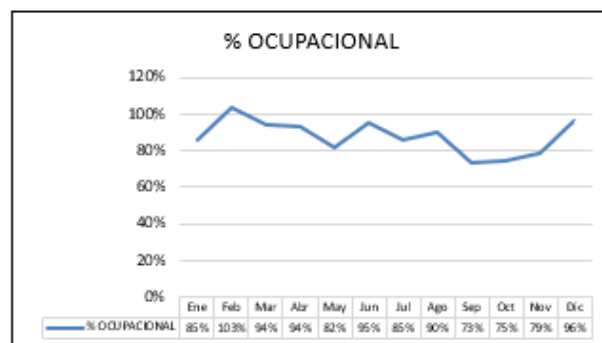
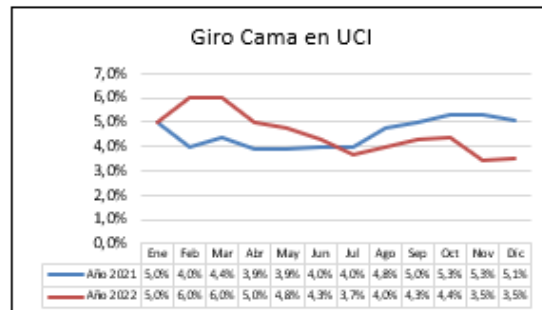
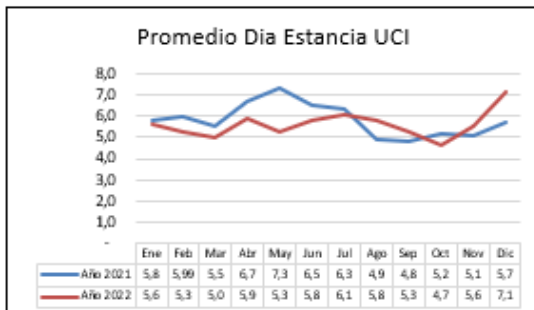


	Promedio	Maximo	Minimo
Ingresos 2022	190	233	168
Egresos 2022	177	240	137



	Promedio	Maximo	Minimo
2021	5.81	7.3	4.8
2022	5.62	7.1	4.7

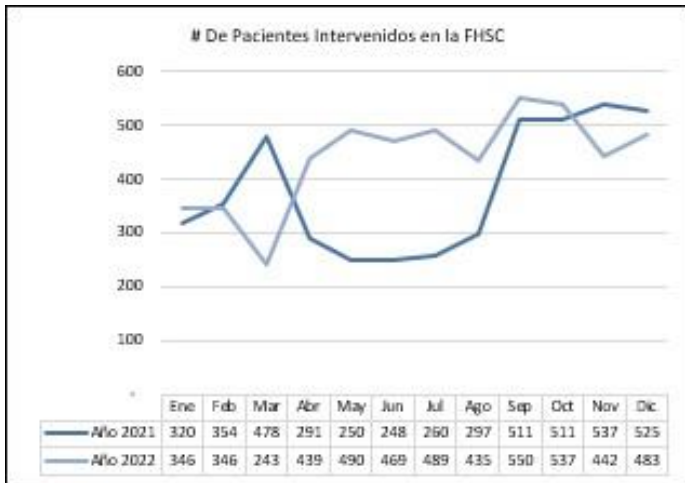
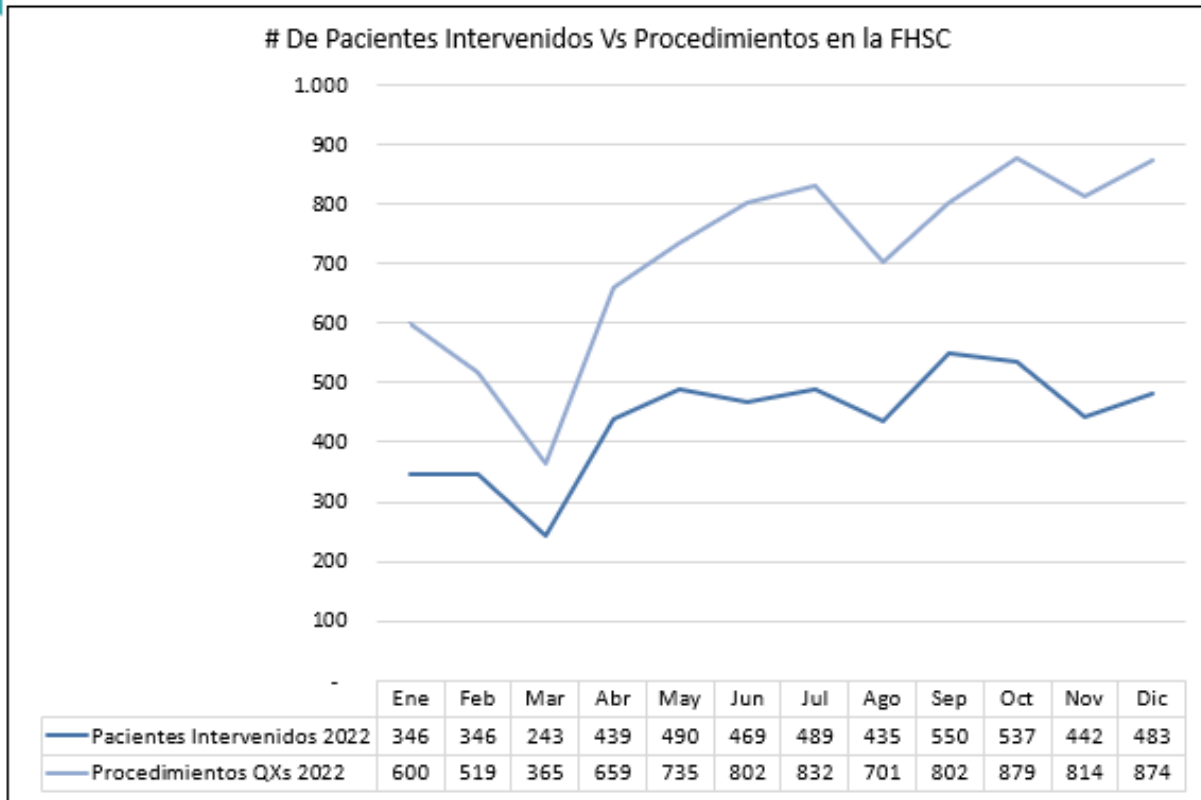
	Promedio	Maximo	Minimo
2021	4.6	5.3	3.9
2022	4.5	6.0	3.5



	Promedio	Maximo	Minimo
2022	88%	103%	73%



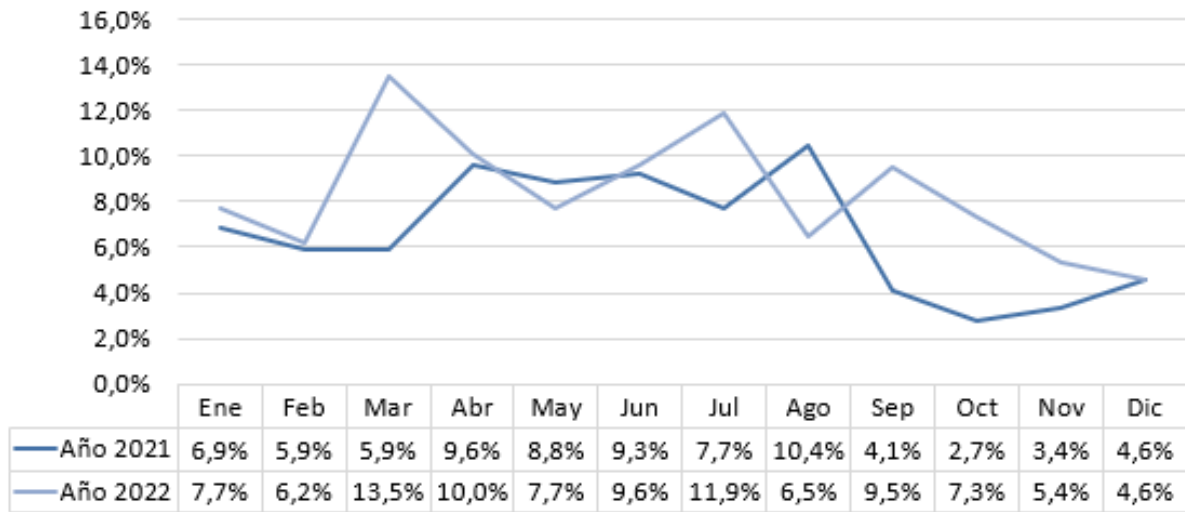
## 2.2.4 Salas de Cirugía



	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	382	537	248
2022	439	550	243

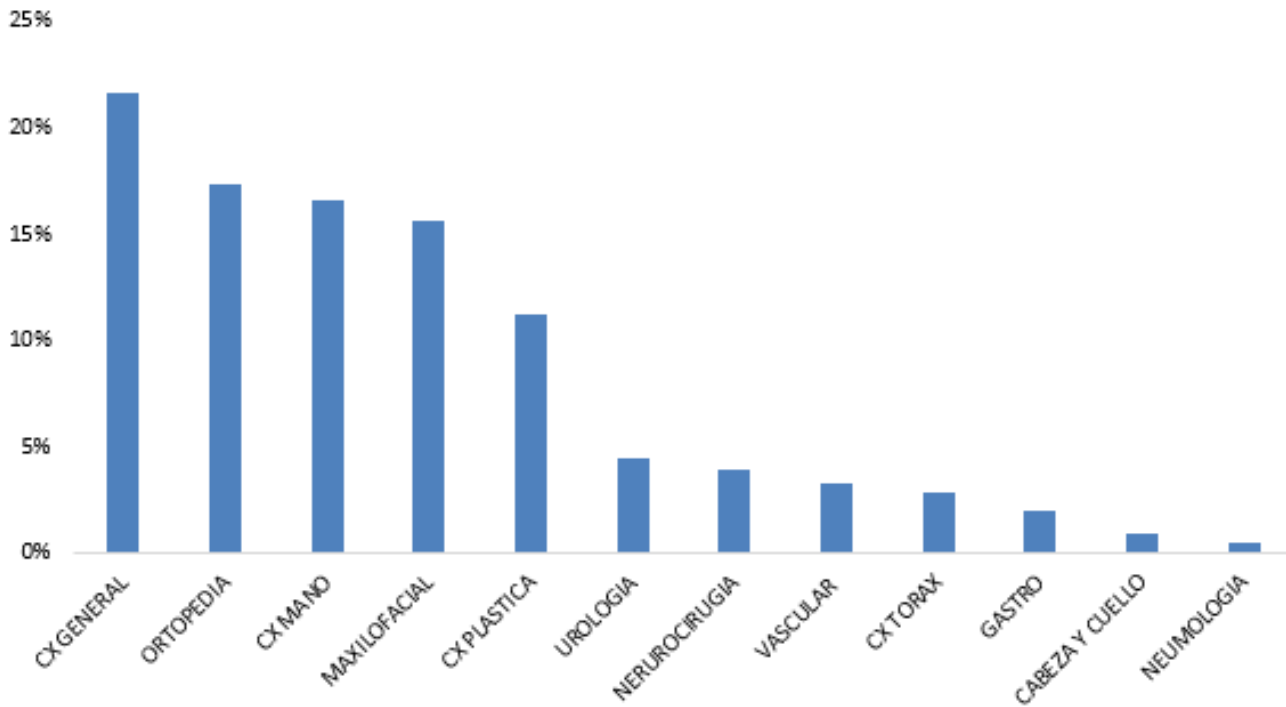
	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	1.073	1.374	631
2022	681	879	377

**% Cancelación De Procedimientos Quirurgicos en FHSC**

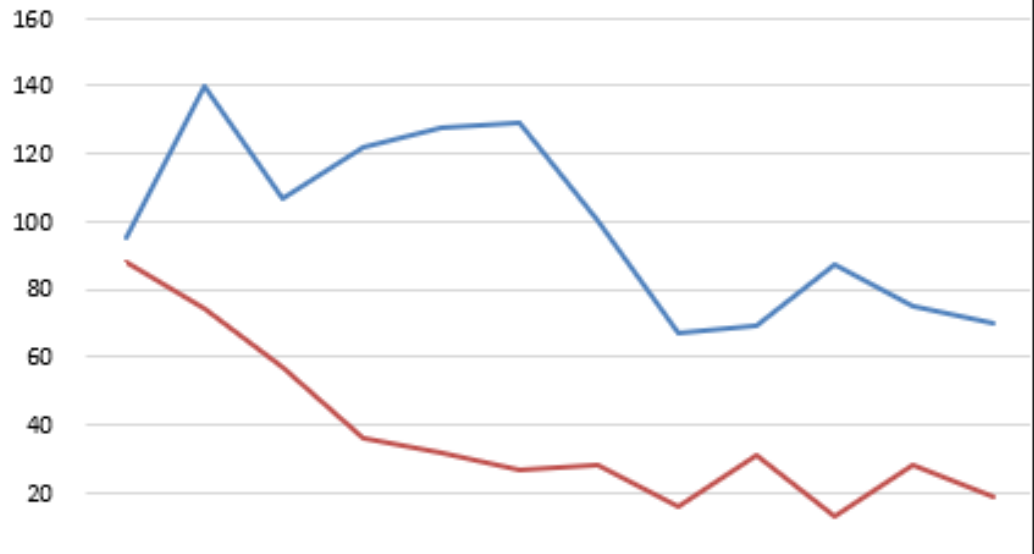


	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	7%	10%	3%
2022	8%	14%	5%

**% De Intervenciones Por Especialidad En La FHSC Diciembre 2022**

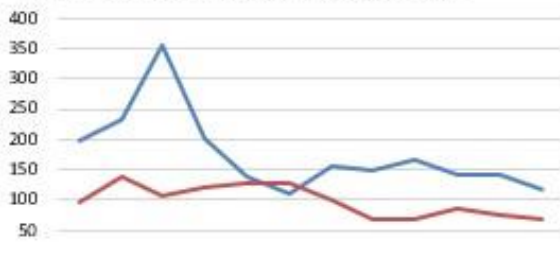


### # De Procedimientos Realizados



	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
— Procedimientos Hemodinamia 2022	95	140	107	122	128	129	100	67	69	87	75	70
— Cirugía Vascular 2022	88	74	57	36	32	27	28	16	31	13	28	19

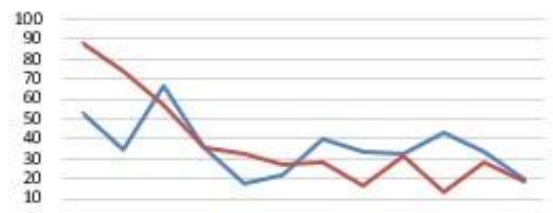
### # De Procedimientos Realizados de Hemodinamia



	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
— Año 2021	198	233	355	202	137	111	157	148	167	142	142	116
— Año 2022	95	140	107	122	128	129	100	67	69	87	75	70

	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	176	355	111
2022	99	140	67

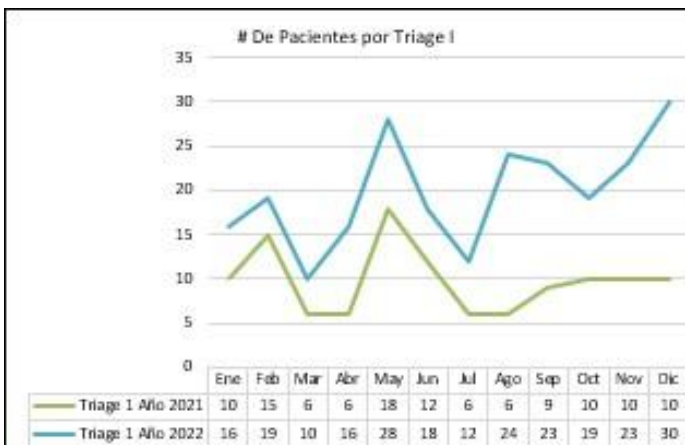
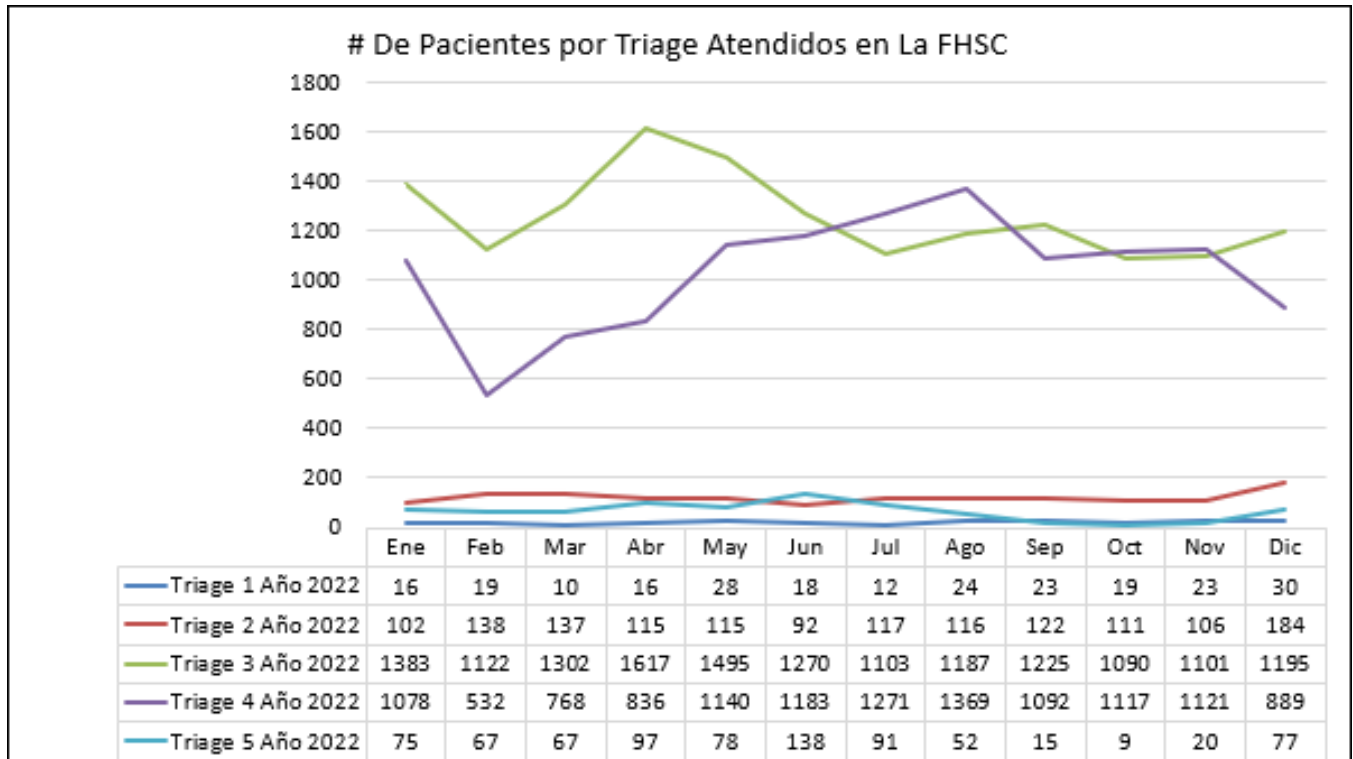
### # De Procedimientos De Cirugía Vascular En La FHSC



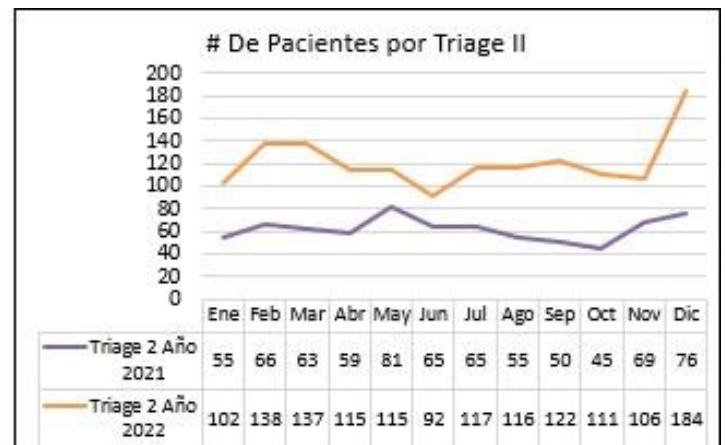
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
— Año 2021	53	35	66	36	18	22	40	33	32	43	33	20
— Año 2022	88	74	57	36	32	27	28	16	31	13	28	19

	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	36	66	18
2022	37	88	13

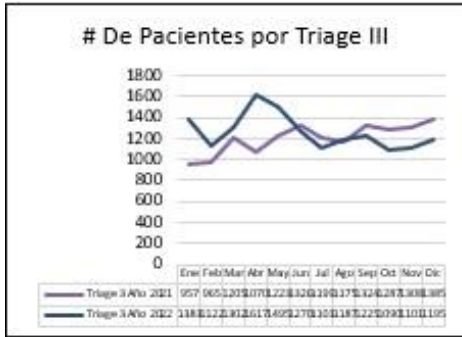
## 2.2.5 Urgencias



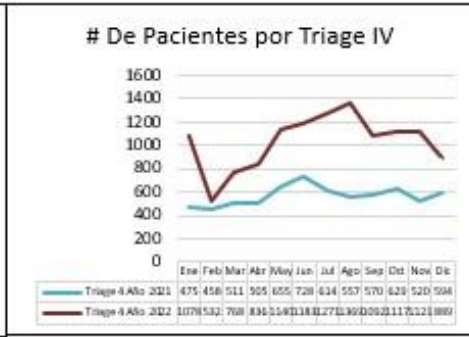
	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	9	18	6
2022	19	30	10



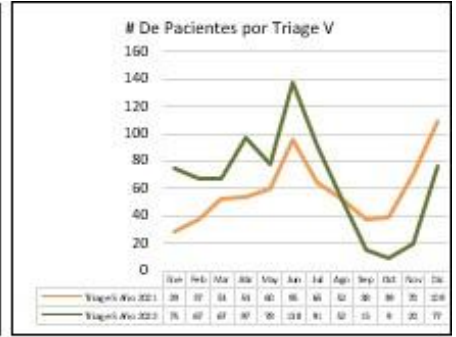
	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	62	81	45
2022	121	184	92



	Promedio	Maximo	Minimo
2021	1.202	1.385	957
2022	1.257	1.617	1.090

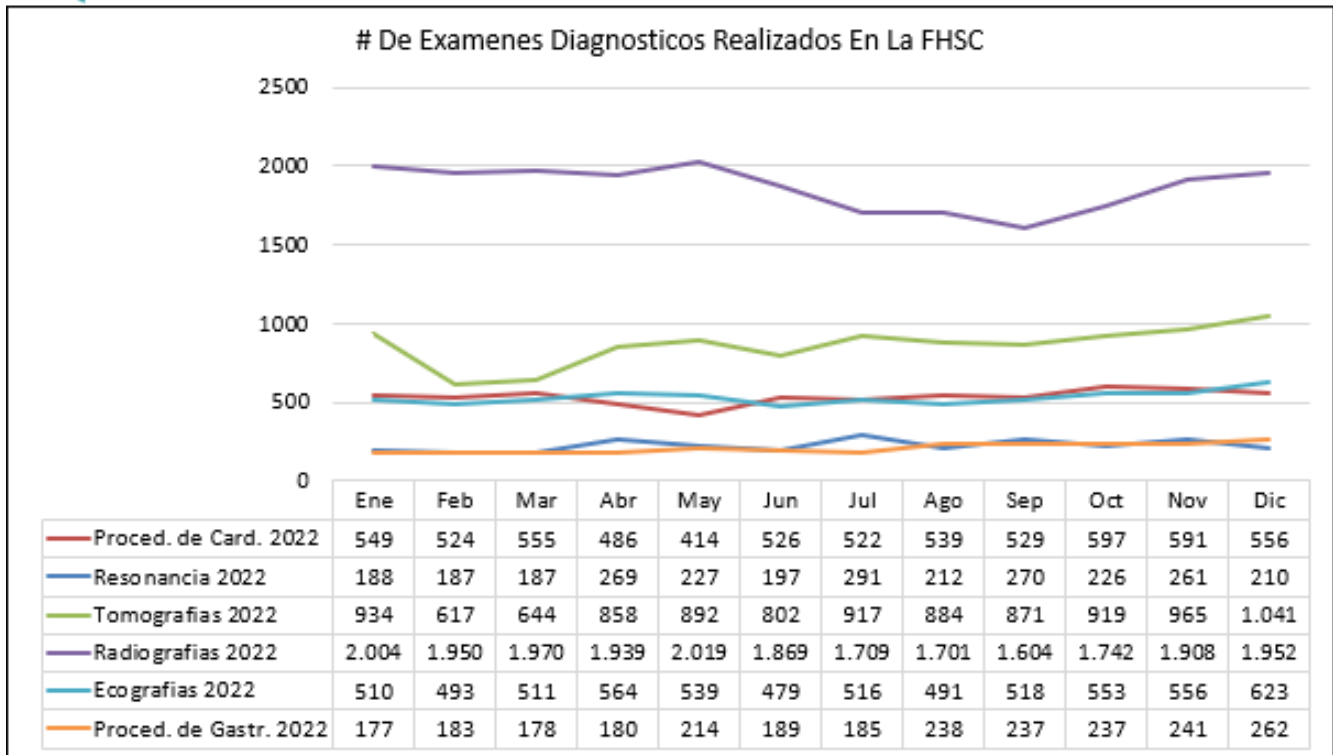


	Promedio	Maximo	Minimo
2021	568	728	458
2022	1.033	1.369	532

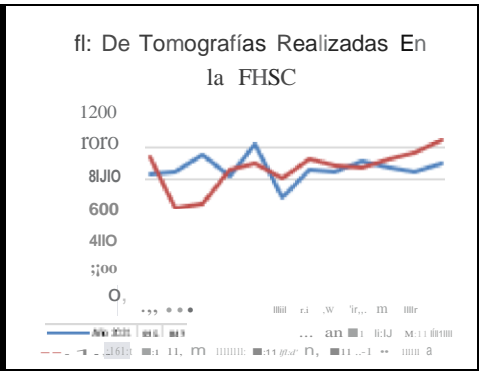
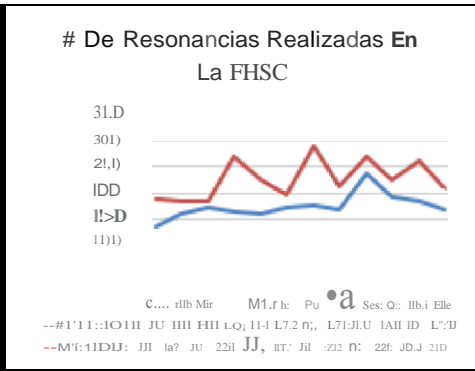
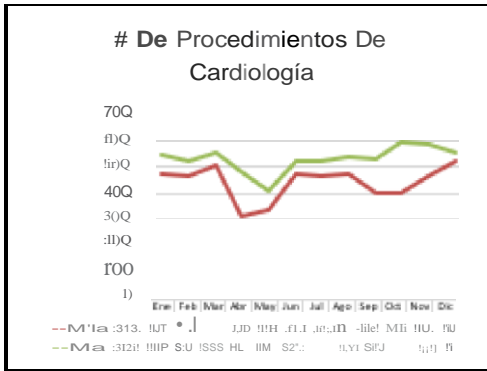


	Promedio	Maximo	Minimo
2021	58	109	29
2022	65	138	9

## 2.2.6 Unidades Diagnósticas



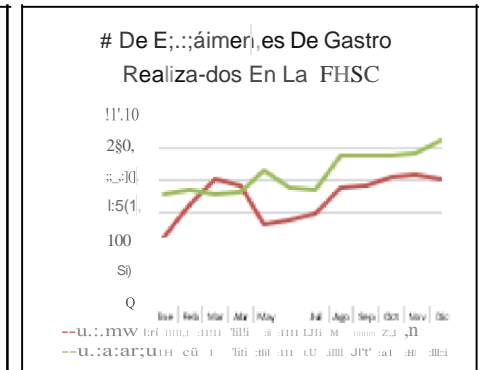
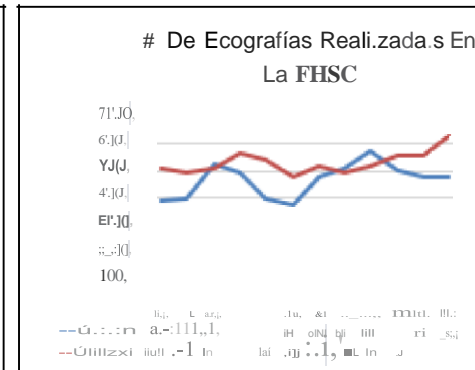
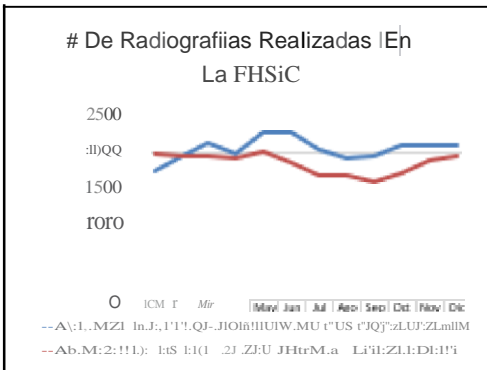




	Promedio	MI1
2021	442	110
2021	532	414

	Aritimedo	Mamoo	M.-ImJ
2021	176	237	131
2021	711	19.1	87

	Promedio	MI1
2021	442	110
2021	532	414



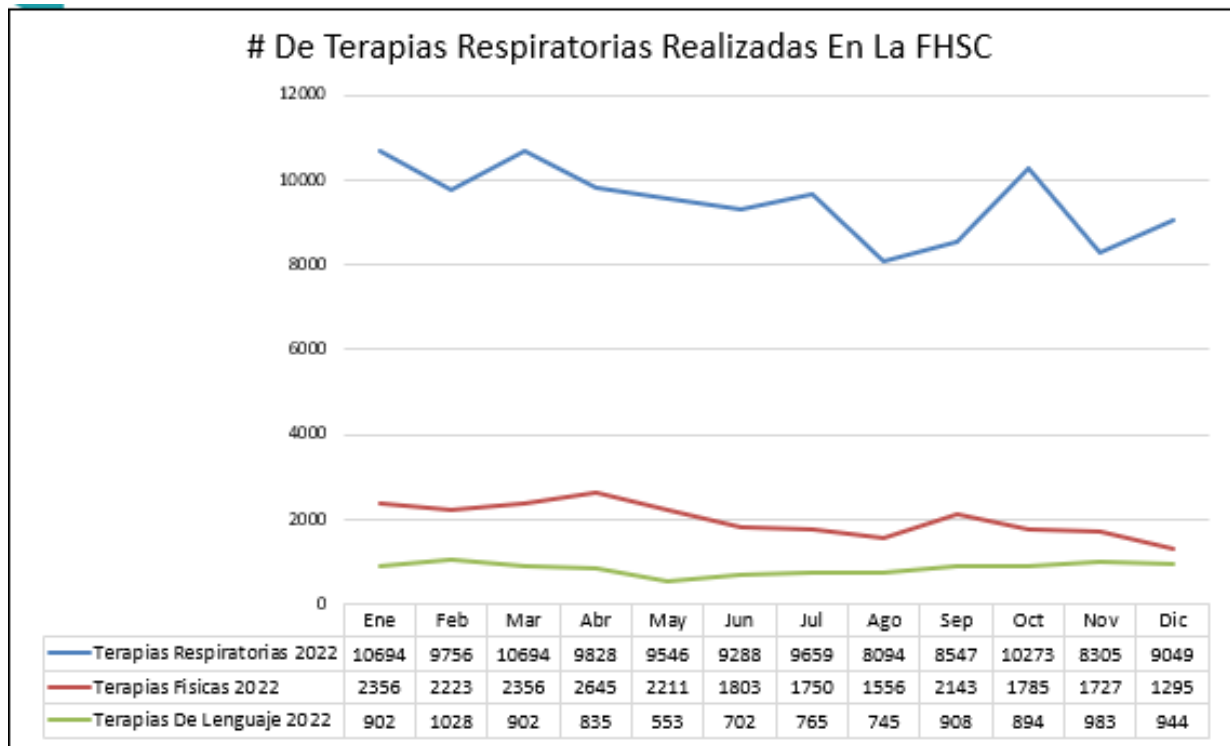
	Promedio	MI1
2021	163	132
2021	1511	1.6111

	Promedio	MI1
2021	465	519
2021	529	6.13

	Promedio	MI1
2021	73	109
2021	20	171



## 2.2.7 Rehabilitación



	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	6.461	9.797	8.735
2022	9.478	10.694	8.094



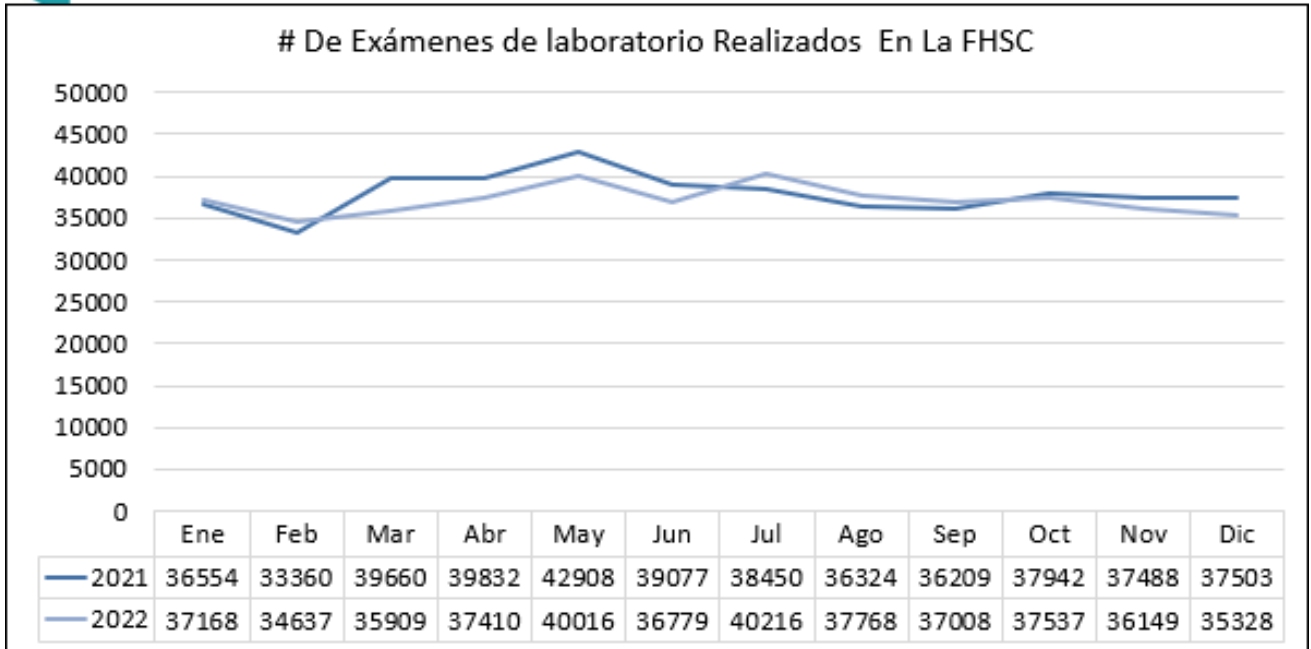
	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	2.486	3.133	1.617
2022	1.988	2.645	1.295



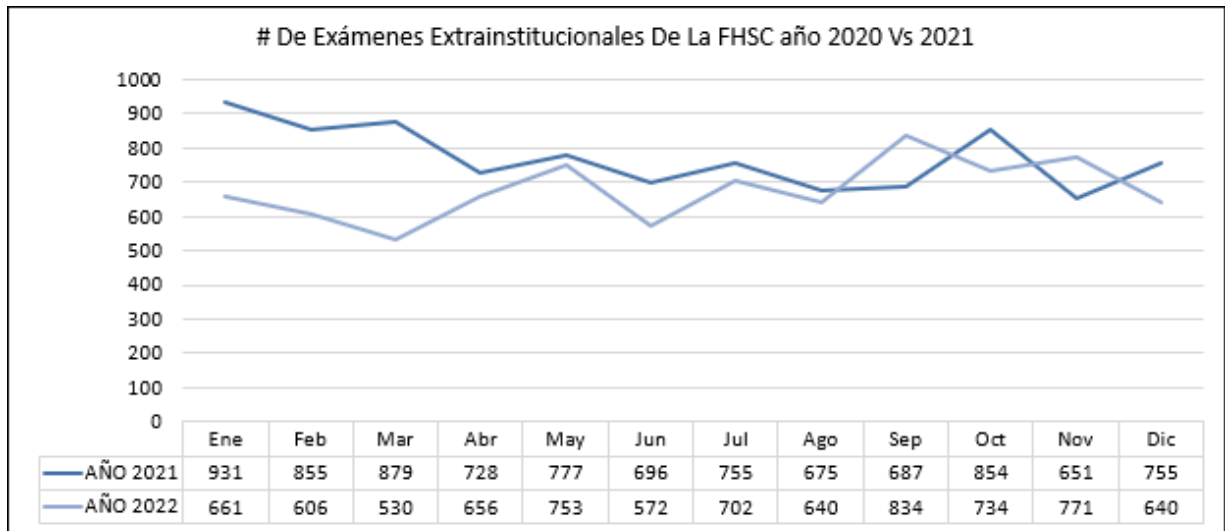
	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	994	1.141	746
2022	847	1.028	553



## Laboratorio Clínico y Patología



	Promedio	Máximo	Mínimo
2021	38463	42908	33360
2022	37160	40016	34637



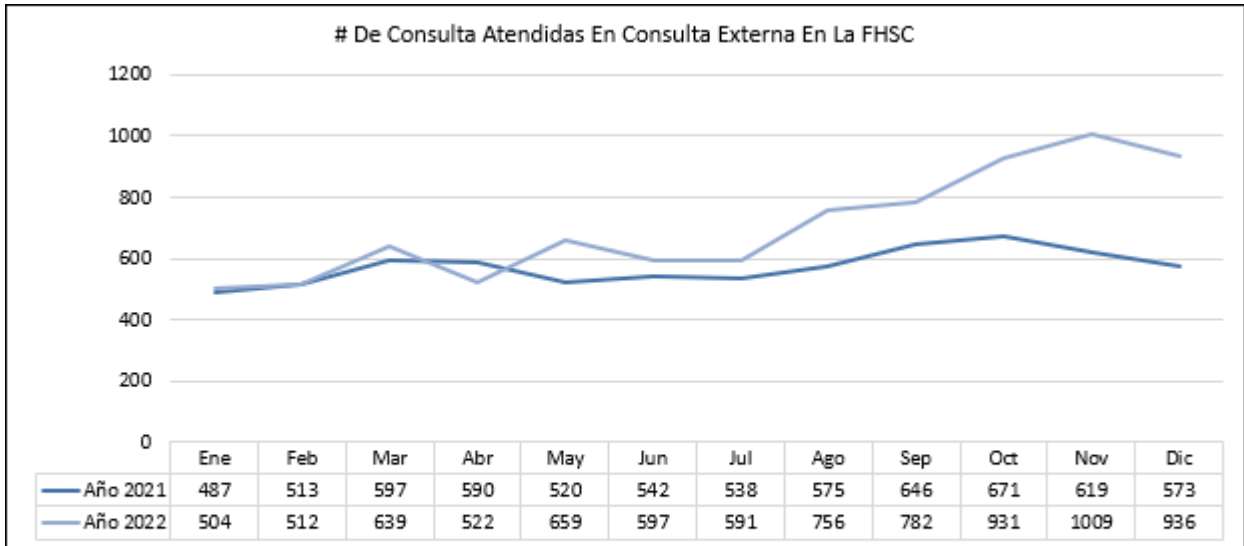
	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	834	931	728
2022	675	834	530



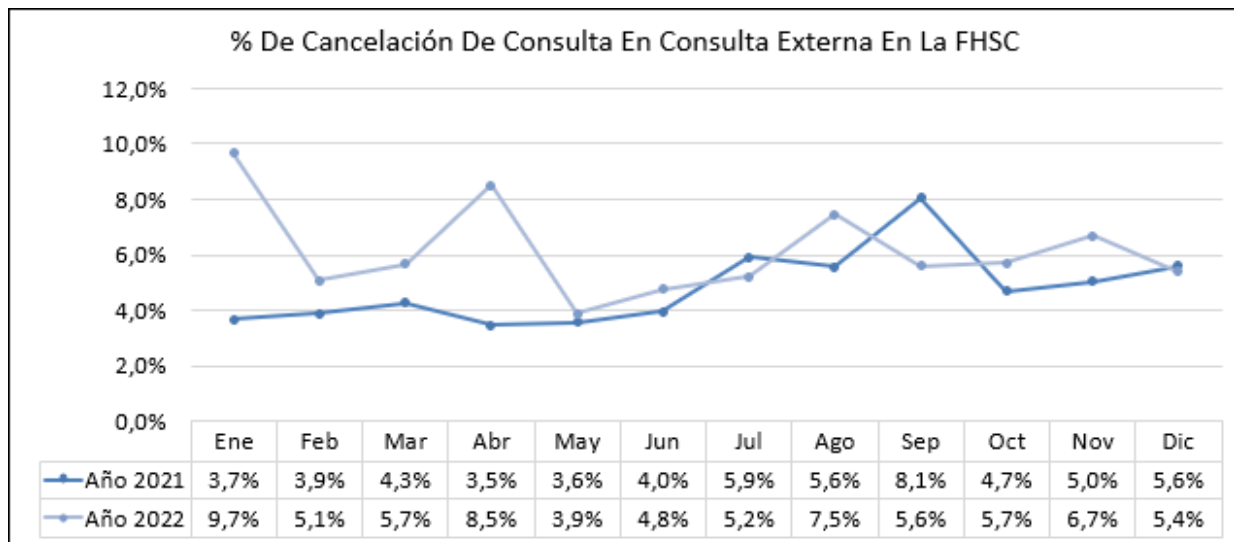




## 2.2.9 Consulta Externa



	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	541	597	487
2022	703	1009	504



	Promedio	Maximo	Mínimo
2021	4,8%	8,1%	3,5%
2022	6,1%	9,7%	3,9%



## 2.3 Procesos de soporte y apoyo



### 2.3.1 Dirección de Talento Humano

#### ○ Selección y contratación

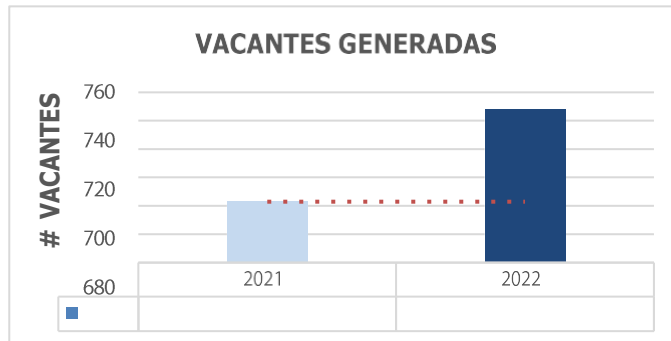
En el año 2021, la elaboración de contratos para la formalización del proceso de vinculación de personal se encontraba a cargo del área jurídica y, a partir del año 2022 con el propósito de centralizar el proceso en el área de Talento Humano, los contratos pasaron a ser parte de las actividades a desarrollar por equipo de contratación, generando así una disminución representativa en los tiempos para la oficialización de la relación laboral entre el trabajador y la Fundación; adicionalmente se disminuyó la probabilidad de riesgo jurídico e incumplimiento en auditorías por parte de los entes de control.

Adicionalmente, la participación en los procesos de autoevaluación para la “Habilitación” durante el año 2022 permitió un avance importante en la actualización y cumplimiento de requisitos normativos en el estándar de Talento Humano (historias laborales); lo anterior anudado a un trabajo interdisciplinario con las áreas de calidad, capacitación, SST y control interno.

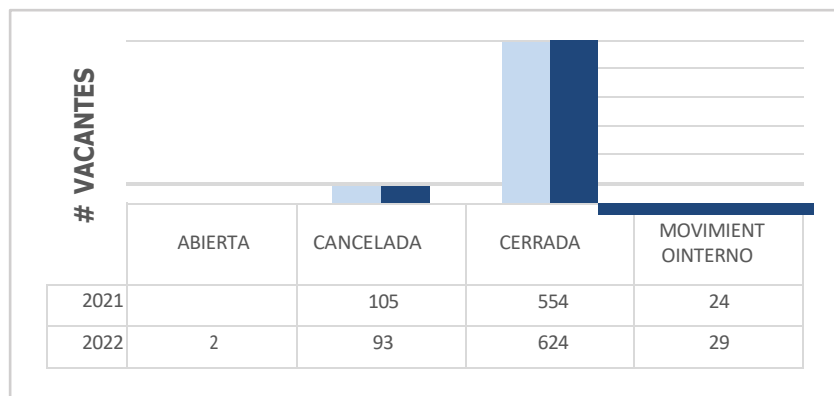
Así mismo, la contratación oportuna de aprendices ha permitido garantizar el cumplimiento normativo, el no pago de monetización y facilitar algunas actividades de apoyo en las diferentes áreas de la institución.

Propender por cumplimiento en la cobertura de vacantes y la optimización de los tiempos para el cierre de estas es el principal objetivo del área. Para los periodos 2021 –2022 se establecieron los acuerdos de nivel de servicio (ANS) con el fin de mejorar la calidad hacia el cliente interno y aportando al mejoramiento continuo en la atención de los pacientes y sus familias. A continuación, una descripción grafica del comportamiento del proceso durante el periodo.



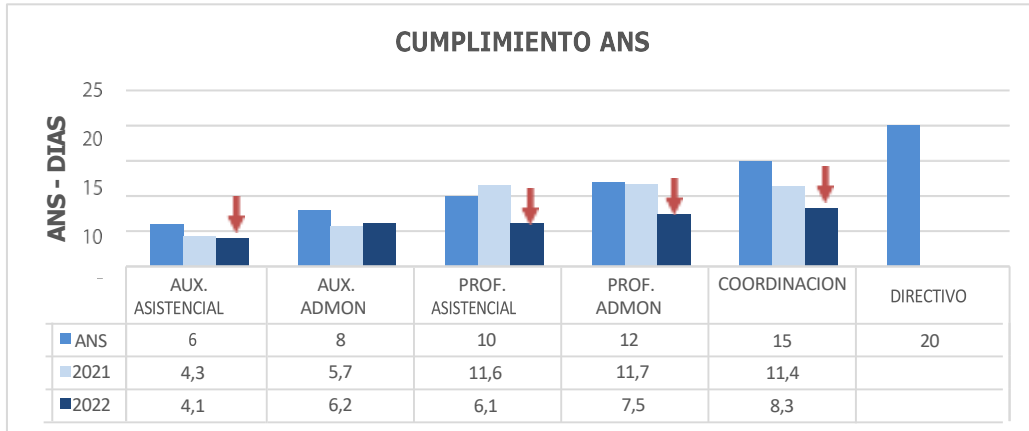


**Gráfico 1.** Se presentó una variación porcentual incrementando en un 9,52% el número de solicitudes para el periodo 2022; esta diferencia obedece a los incrementos de planta por ajustes al HeadCount y a la rotación de personal en mismo año.



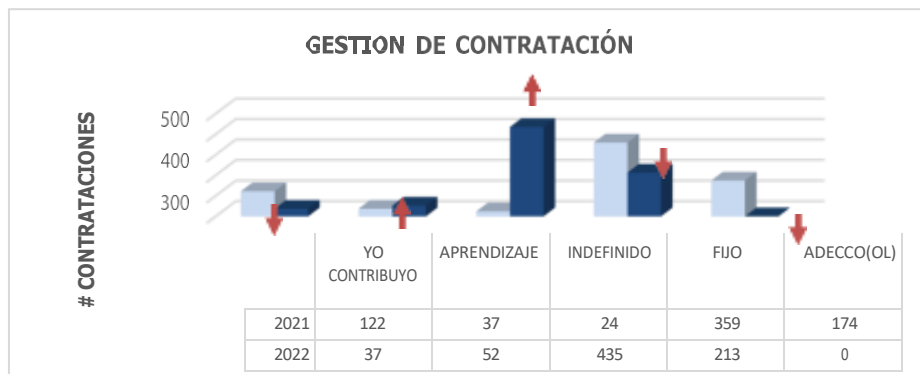
**Gráfico 2.** El comportamiento en la gestión de vacantes es constante, predominando el número de vacantes cubiertas frente a las solicitadas. La cancelación de vacantes y los movimientos internos obedecen a los procesos de reestructuración en las áreas, lo anterior tomando como base las solicitudes directas del personal para cambio de secuencia y/o servicios, los ajustes en el HeadCount y las mismas necesidades de la operación.





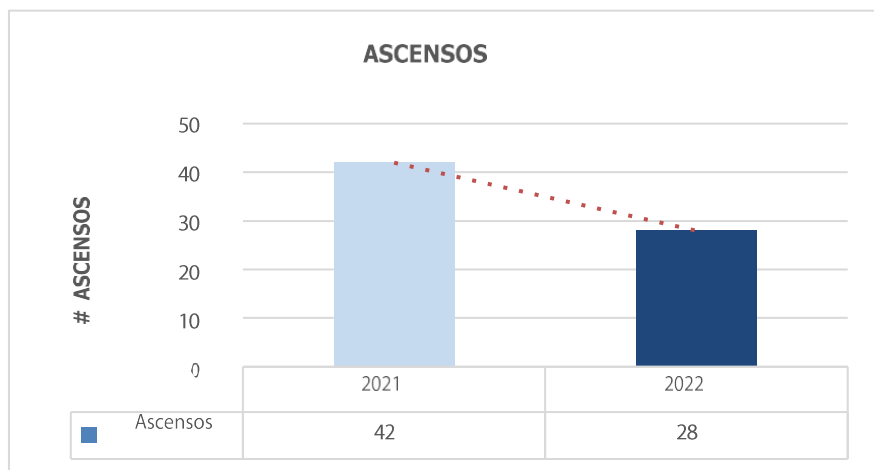
**Gráfico 3.** Los ANS para el periodo 2022 presentan una mejora significativa en la oportunidad de respuesta para el cumplimiento de los tiempos establecidos en cuanto al cubrimiento de vacantes en los diferentes niveles de cargo, frente al año inmediatamente anterior. Esto, obedeciendo al mejoramiento en las prácticas de reclutamiento, evaluación y contratación de personal; aumento de los canales de atracción de Talentos (plataformas de empleabilidad, convenio con instituciones educativas, etc.). Adicionalmente, se extendieron los procesos de selección para cargos claves y de alta rotación, con el fin de fortalecer el back up de personal.

Hacia el mismo camino se adoptó de nuevos modelos de contratación en la FHSC como parte de las estrategias de retención de personal permitió que a partir del año 2021 se redujeran gradualmente los ingresos a través de empresa temporal (ADECCO) y se aumentaran las vinculaciones a término fijo con FHSC.



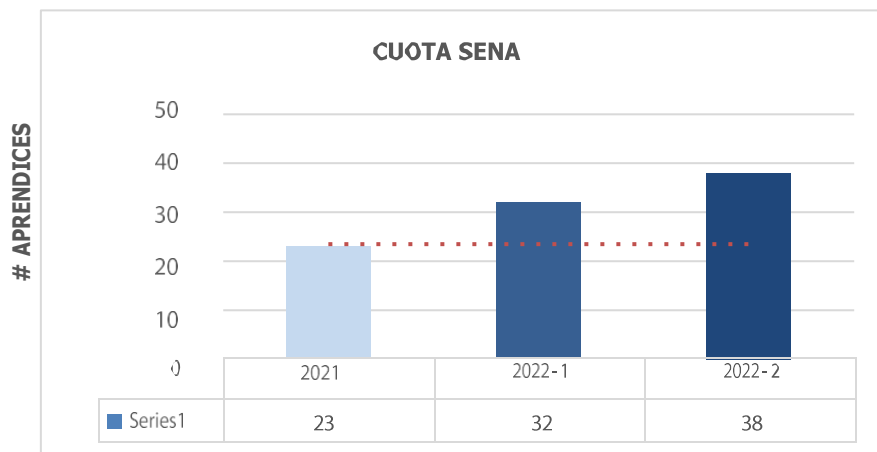
**Gráfico 4.** A partir del mes de abril del 2022 y tras el cierre del programa Yo Contribuyo (cambio de empleador Adecco a FHSC), la Fundación inició el proceso de contratación de personal "directo" a término Indefinido con salario 100% prestacional, impactando positivamente los procesos de reclutamiento y selección de personal.

- **Ascensos:** desde el proceso de selección, comprometidos con el desarrollo del talento humano de la institución, se adelantan los procesos de evaluación interna a través de las convocatorias para ocupación de vacantes en los diferentes niveles de cargo y servicios.



**Gráfico 5.** Durante el año 2022 se llevaron a cabo 28 procesos de ascenso presentando una disminución porcentual del 33% frente al año inmediatamente anterior. Se evidenció baja participación en las convocatorias internas por parte del personal, aduciendo esto a las diferencias salariales entre áreas, horarios y brechas de formación.

- **Aprendices SENA:** la cuota reguladora SENA no solo obedece a un requisito legal, este a su vez, contribuye con los programas de responsabilidad social, formación, innovación y transferencia de conocimientos y tecnologías para las empresas.



**Gráfico 6.** Para el 2022 y una vez finalizada la contratación de personal a través de empresa temporal y llevar a cabo la vinculación directa a través de FHSC aumentó la asignación de aprendices en un **65%**.

Actualmente y como parte de la promesa valor que se adelanta con los aprendices una vez finalizada su práctica profesional, en un promedio que oscila entre el 30% y 40% de los estudiantes patrocinados son contratados por Fundación Hospital San Carlos para el cubrimiento de plazas fijas, permitiendo aprovechar las curvas de aprendizaje y optimización de los tiempos de entrenamiento en cargos claves para la operación.

### ○ **Bienestar y Capacitación**

El 65 % del personal del área es nuevo, por lo que está en etapa de adherencia y alineación, adicionalmente, por los cambios generados se ha dificultado la trazabilidad y cumplimiento de algunos procesos con lo son reinducción, entrenamiento, formación y evaluación de desempeño, y, a su vez la actualización documental de los procedimientos y formatos, frente a las nuevas definiciones y alcances del área.

La intervención principal ha enfocado en asegurar el proceso (documentación y auditoría) teniendo en cuenta solicitudes, hallazgos o ajustes que requiere el proceso de capacitación y bienestar, junto a ello la definición del plan de trabajo y priorización de este.

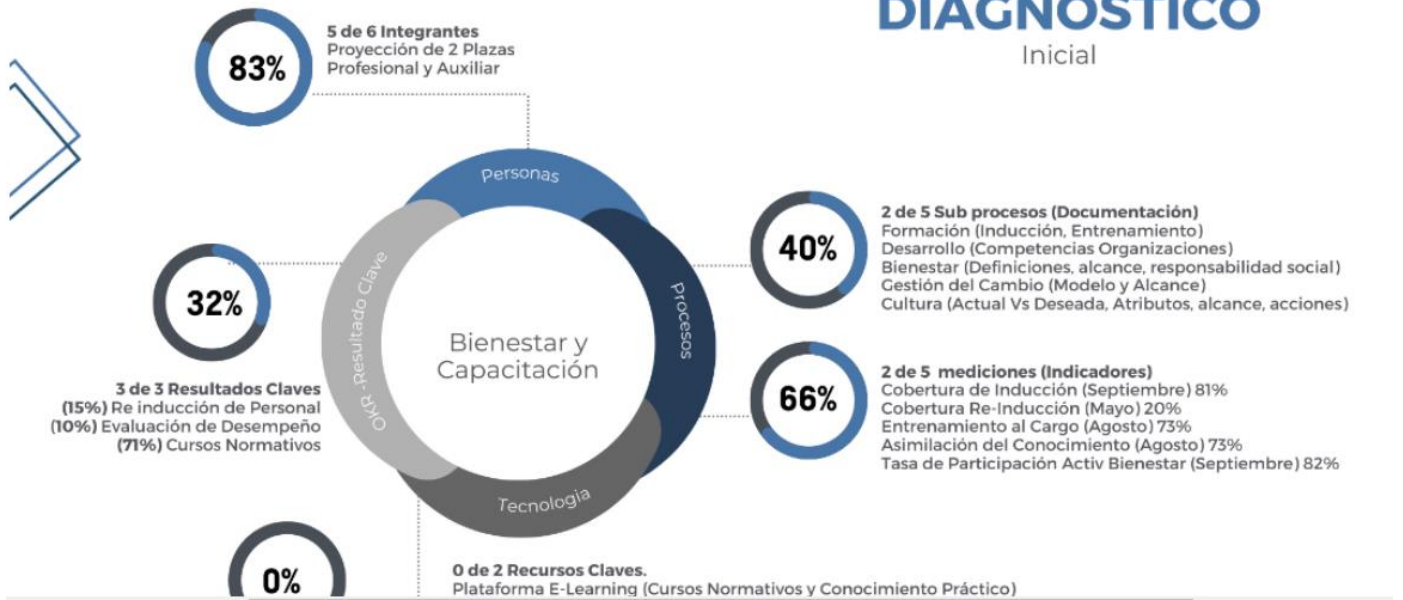
Se crea la segunda versión de los indicadores del proceso de Capacitación y Bienestar, con el fin de medir el impacto y la efectividad de las acciones realizadas y junto a ello, la actualización de los formatos de capacitación y bienestar en Almera. También, se actualiza el plan de beneficios para colaboradores y aporte en la construcción del pacto colectivo.

Se Implementa el programa de Mentoring para líderes, el cual tiene como finalidad generar estrategias y herramientas de acompañamiento al personal nuevo de la Fundación, como complemento al proceso de inducción y entrenamiento al cargo con el fin de acompañar la adherencia y adaptación a la cultura organizacional.

Se aprueba plaza de Profesional de Desarrollo Organizacional, con el fin de construir y alinear el proceso de plan carrera, plan de sucesión y mapeo de talento, junto con el acompañamiento a las evaluaciones de desempeño.

# DIAGNÓSTICO

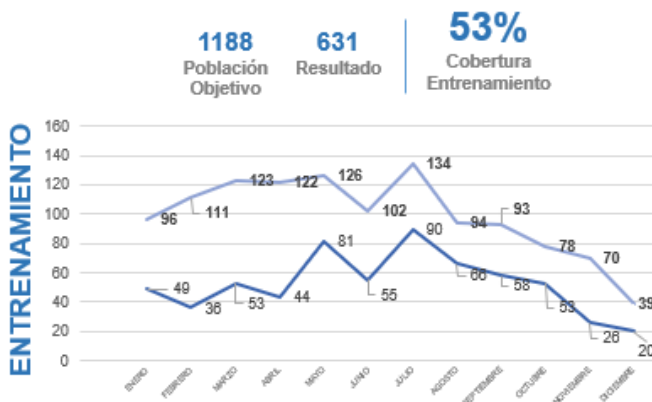
Inicial



**Gráfico no. 1.** Bajo el número de ingresos de personal en un 50% en el segundo semestre. Se creo contenido digital, que fortaleció la asimilación de conocimientos en 23% +

**Logros.** Aumentó el nivel de satisfacción en la inducción del 14%. (Metodología, contenido y facilitador)

**Gráfico no. 2.** Se estableció para el 2023 reinducción por ciclos cada 3 meses y no anual, con el fin de tener una cobertura mayor del personal, dado que en el 2022 solo se obtuvo el 31% de la meta total (31%)



**Gráfico no. 3.** Se fortaleció al proceso a través del programa de mentoría para líderes, el cual es la guía para acompañar y fortalecer el desarrollo profesional del personal que ingresa.

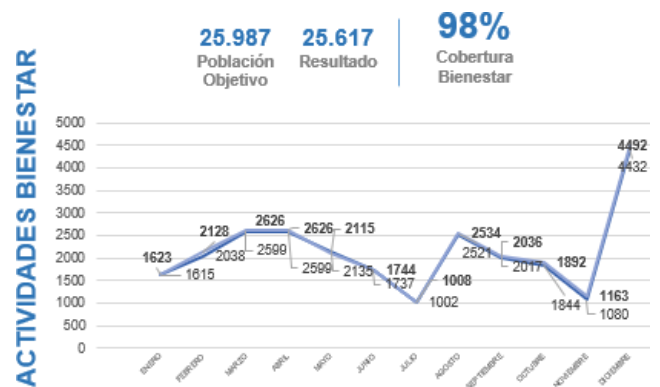


**Gráfico no. 4.** Disminuyo en un 200% la oferta formativa durante el 2do semestre 2022, por asignación de recursos (Económicos, Humanos y tecnológicos)

**Logros.** Aprobación de plaza Profesional de formación técnica.

**Gráfica no. 5.** Se segmentó la población, para dar un mayor impacto en su experiencia (Días Especiales, Días por profesión) a su vez que coberturas en la franja horaria (Día-Noche)

**Logros.** Personalización de experiencias (obsequios y tarjetas) para colaboradores.







## ○ **Compensación y Salarios**

Desde el área se gestiona desde la generación de la nómina, con las respectivas novedades hasta la liquidación de contratos. Sin embargo, cuenta con procesos transversales como lo es el recobro de incapacidades, seguridad social, y depuración de deuda presunta y real ante las diferentes entidades.

En la gestión realizada se retroalimentó y capacitó acerca de las fechas oportunas, cómo realizarlas, qué novedades incluir, qué periodos reportar, la manera de hacerlo y la importancia de este. Ahora bien, acerca de la percepción por parte de los colaboradores, se les ha informado que esta área no interviene en el pago de la nómina, sino que depende netamente del área Financiera, pero si se cuenta con la información respectiva, se les transmite para generar parte de tranquilidad.

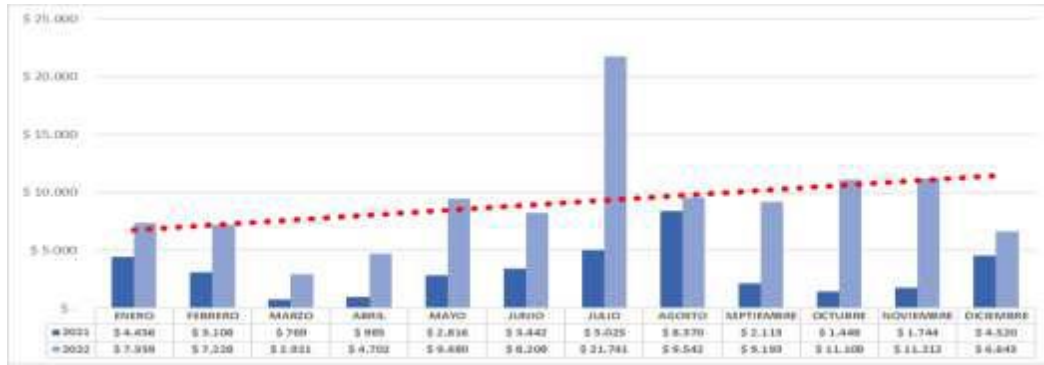
Respecto del sistema de nómina con el que cuenta la Fundación y con el fin de no generar errores en los reportes y disminuir los tiempos de validación en el programa, el equipo de compensación y salarios hace las mismas de forma manual, mitigando y reduciendo riesgos y errores.

Por otra parte, durante el año 2022, el equipo de Compensación y Salarios realizó una ardua labor para obtener el beneficio de empleo joven, el cual es otorgado por parte de la Secretaría de Desarrollo Económico de Bogotá a través de la Caja de Compensación Familiar Colsubsidio, es por esto que, a diciembre de 2022, ha ingresado un valor de **\$211.364.063**.

Adicionalmente, en el transcurso del año, las reclamaciones de nómina disminuyeron en un 100% en cuanto al proceso; las pocas que se presentaron, se debieron al reporte inoportuno por parte de las coordinaciones y errores en la malla de novedades.

- **Horas extras:** durante el año 2022 se presentó un incremento de horas extras por un valor de \$70,540,452 lo que corresponde a una diferencia del 181,8% con respecto al año 2021, el cual había cerrado con un valor de \$38,797,497.

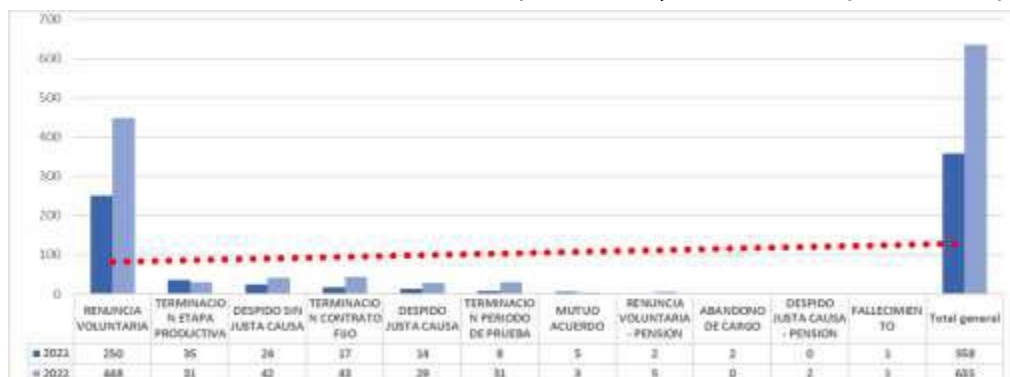
Este incremento se debe al cubrimiento vacaciones, incapacidades con severidad superior a 5 días, Licencias de Maternidad, ausentismos no justificados, Plan de Beneficios y Días de la Familia.



**Índice de rotación:** para el año 2022, la rotación se cerró en un promedio del 6,73%, a comparación del año 2021 que fue del 6,25%, la meta para este indicador de del 6%.

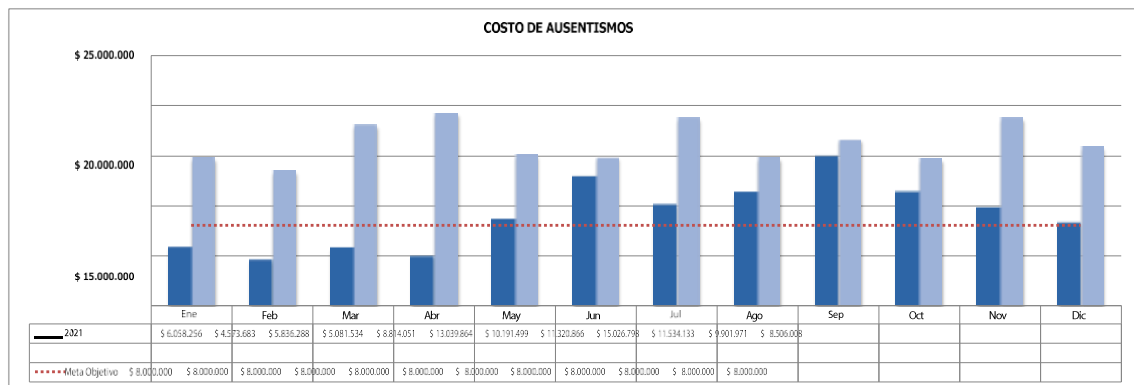


- **Terminaciones de contrato:** en cuanto a la variación por Terminaciones de Contrato, se presentó un incremento en el año 2022 del 77,37% con respecto al año 2021, el motivo de mayor relevancia fue la renuncia voluntaria, y que a través de las entrevistas de retiro se pudo evidenciar que las causas principales fueron una mejor oferta laboral o malas prácticas por parte de los líderes de FHSC, adicionalmente, se evidenció que la mayoría de las personas que



renuncian, no permanecen en la Fundación más de un año, lo que incrementa el índice de rotación en los servicios.

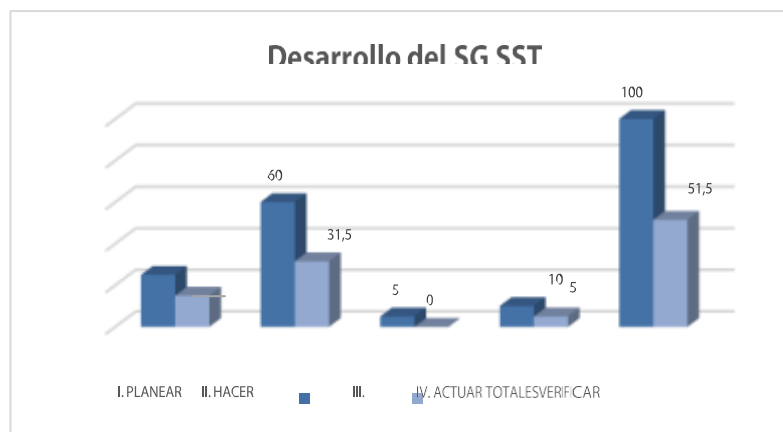
- **Ausentismo:** en este indicador se determinan los valores en los que incurre la FHSC por concepto de ausentismos de los colaboradores. (incapacidad de 2 días, licencias de luto y Calamidad domestica), la meta para este Indicador es de \$8,000,000. Sin embargo, como se puede evidenciar en el gráfico esta meta no se cumple ya que los ausentismos van en aumento.



## • Seguridad y Salud en el Trabajo

En cumplimiento al Decreto 1072 de 2015 y a la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el trabajo se ha estructurado el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo con el propósito de establecer las medidas de prevención requeridas para mitigar los riesgos presentes en la institución.

En Julio de 2021, se termina el SG-SST con una calificación de 51%



Fuente: Evaluación del SG SST ARL SURA Agosto 2021



Evidenciándose que el sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo no contaba con recursos humanos, técnicos y económicos adecuados y suficientes para su implementación, gestión y mantenimiento.

Para el año 2022 como estrategias para diseñar, implementar y mantener el SG SST:

- Definición anual de plan de trabajo con cumplimiento del 94%,
- Medición mensual de indicadores con cumplimiento de efectividad del 77%,
- Desarrollo de programas de gestión de riesgos prioritarios con cumplimiento del 90%,
- Desarrollo de capacitaciones especializadas con cumplimiento del 88%, cobertura del 62%. Asignación de asesor permanente en sitio de ARL SURA con 90 horas al mes.
- Gestión de sistemas de vigilancia para prevención de enfermedades laborales con un cumplimiento del 96%.
- El desempeño de los indicadores del Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo fue del 77%

Dentro de los logros del área están:

Ahorro de **\$6.723.800** en la adquisición de dosímetros puesto que se redujeron las unidades solicitadas posterior al acompañamiento y seguimiento al Programa de Radio exposición

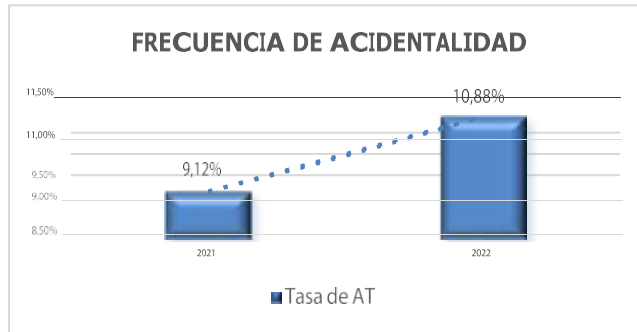
<b>DOSIMETROS</b>			
<b>2021</b>		<b>2022</b>	
<b>UNIDADES</b>	<b>VALOR TOTAL</b>	<b>UNIDADES</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
404	\$ 15.483.300	273	\$ 8.759.500
<b>Ahorro en \$6.723.800</b>			

Fuente: Control presupuestal área de SST

- Evaluación del SG-SST según Resolución 0312 de 2019 en 94,5%
- Evaluación de la matriz Legal por parte de ARL con una calificación de 92%
- Evaluación del Plan Hospitalario de Emergencias en 67%

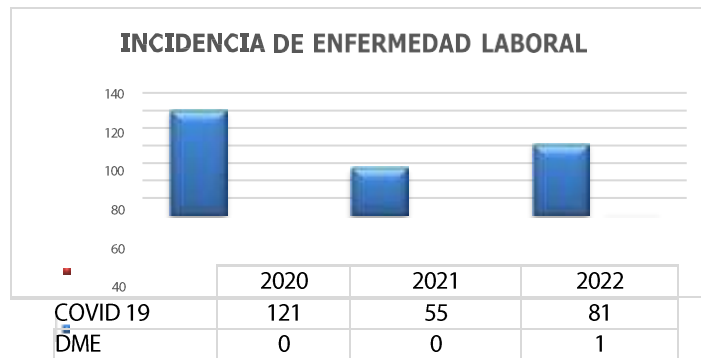
En el año 2022, se evidencia un aumento del 28% de la población trabajadora de FHSC, relacionado con la contratación del nuevo personal, su curva de aprendizaje y adaptación lo cual genera una incidencia de 1,6% en la accidentalidad.





Fuente: Matriz de accidentalidad 2021-2022

Los casos de enfermedad laboral calificados por ARL SURA son el 99% correspondientes a diagnósticos asociados a virus SARS-CoV-2. En agosto de 2022, ARL calificó a un colaborador administrativo con enfermedad de origen laboral, con diagnóstico asociado a desorden musculoesquelético.



Fuente: Matriz de casos médicos y seguimientos casos COVID-19

- **Relaciones Laborales**

Para el año 2021, el área se encontraba en cabeza de la Dirección Jurídica, por lo que se recibió el proceso únicamente con manejo de procesos disciplinarios y preavisos. La notificación de los preavisos para el año 2022 inicia al día, sin embargo, había procesos disciplinarios en curso y posteriormente en la revisión del archivo laboral, se encontró que no se dejó en muchos casos la traza del proceso disciplinario (citación, diligencia y sanción o cierre), por lo que se perdieron los antecedentes disciplinarios.

Es posible que la problemática en su momento se debiera a que, en la Dirección Jurídica, por el volumen de trabajo se tuviera que priorizar la atención a temas judiciales de mayor relevancia e impacto para la Fundación y, por eso fuera posible llevar una trazabilidad completa de los procesos disciplinarios a su cargo.

Al inicio del año 2022, el proceso de Relaciones Laborales realizó un diagnóstico de las necesidades para así implementar acciones de mejora, como actualización de documentos, formatos, reglamentos, normas, etc. Igualmente, se realizó caracterización del proceso en Almera y las actualizaciones necesarias para el Sistema de Gestión de Calidad, así como también se realizaron diferentes socializaciones con los líderes de la Fundación para articular todos los procesos y finalmente, se tuvo clara la potestad disciplinaria.

A lo largo del 2022, fuimos invitados a los comités primarios de varios servicios, con el fin de compartir de primera mano la información de Relaciones Laborales respecto de horarios, prohibiciones, obligaciones, funcionamiento de los procesos disciplinarios, resolución de inquietudes de los colaboradores, entre otras.

El área tuvo éxito en todos los frentes que abarcan el proceso, no se cometieron errores que hayan puesto en riesgo jurídico a la Fundación y en general, dentro del desarrollo normal de sus funciones cotidianas, se pudieron desarrollar sin novedad. Igualmente, se consolidó el proceso disciplinario como herramienta de control, dejando una trazabilidad estricta del mismo respecto a toda la custodia de la documentación generada a lo largo del mencionado proceso y el traslado de la documentación sancionatoria a los historiales laborales cuando a ello hubo lugar.



Seguidamente, se realizó a lo largo de la gestión del 2022, actualización normativa y estratégica al Reglamento Interno de Trabajo, ajustándolo a las necesidades de la Fundación y cumpliendo con la legislación laboral colombiana. Así mismo y a partir del mismo, se elaboraron diferentes políticas que no se encontraban definidas, tales como:

- Política de Trabajo en Casa, con el fin de brindar bienestar a los colaboradores y contribuir a la conciliación de la vida laboral con la familiar.
- Política de Desconexión Laboral, la cual es normativa y de obligatorio cumplimiento.
- Política de Prevención del Acoso laboral, que tiene carácter normativo.

Adicionalmente, se logró la autorización por parte del Ministerio del Trabajo para que los empleados puedan laborar horas extras en todos los cargos de la Fundación por un término de dos años. También, se recibieron las visitas del Ministerio de Trabajo para el acuerdo de formalización laboral, sin novedades.

Se elaboró el Pacto Colectivo, con el fin de mitigar el riesgo de la sindicalización de los trabajadores, el cual se encuentra pendiente de aprobación de presupuesto.

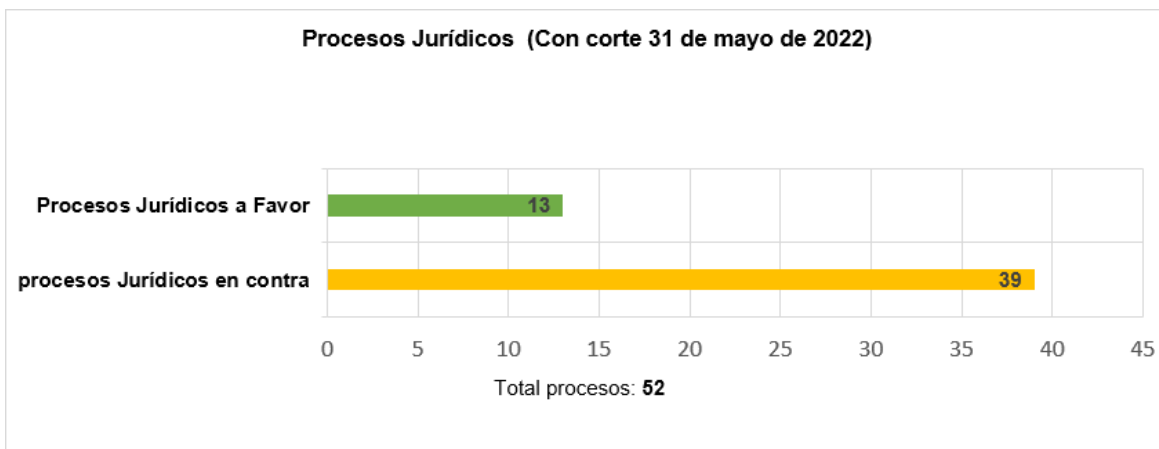
Finalmente, se logró el acompañamiento a los diferentes procesos, respecto a horarios de trabajo, mallas de turno, jornada ordinaria laboral, terminaciones de contrato, y autonomía de los líderes frente a sus equipos de trabajo, para la disminución de procesos disciplinarios que resultaren en cierre de este por acuerdos internos que solventaron las diversas situaciones.

Durante el 2022, no se pudo alimentar el indicador definido en Almera, ya que no se logró el ajuste en dicho aplicativo debido a que el indicador predeterminado en sistema media la gestión de los procesos disciplinarios de Adecco. Pese a lo anterior, se cuenta con una matriz de procesos disciplinarios en el que se puede medir la gestión y el tiempo en que se desarrollan los procesos disciplinarios, por lo que una vez se ajuste el indicador en Almera se podrá alimentar de manera retroactiva de ser necesario.

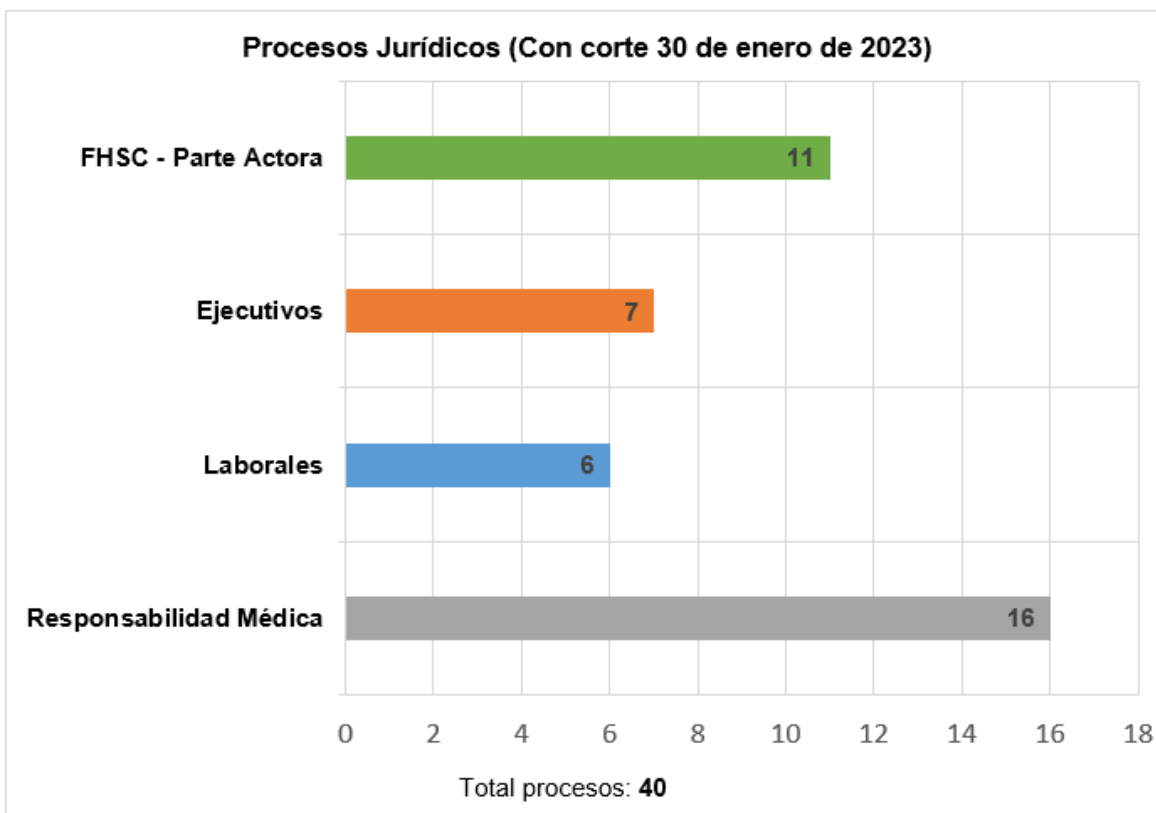
### 2.3.2 Secretaría General

La Secretaría General tiene por misionalidad ejercer acciones preventivas en materia jurídica al tiempo que realizar la defensa judicial en los casos a que haya lugar, asimismo debe garantizar la eficacia de los procesos de contratación bajo la modalidad de contratos de prestación de servicios, comodato, convenios entre otros, que requiera la Fundación tendientes a garantizar la continuidad en la prestación de los servicios en salud bajo estándares de calidad y oportunidad.

#### Reporte gráfico de estado de procesos con corte al 31 de mayo de 2022:



## Gestión de depuración:



En la gráfica se muestra la cantidad de procesos en los cuales la Fundación Hospital San Carlos ha iniciado procesos judiciales por los siguientes conceptos: denuncias penales por hurto, por falsificación de documentos, amenazas en los servicios asistenciales, procesos de restablecimiento del derecho alegando el no cobro de impuestos prediales a la Fundación Hospital San Carlos, entre otros.

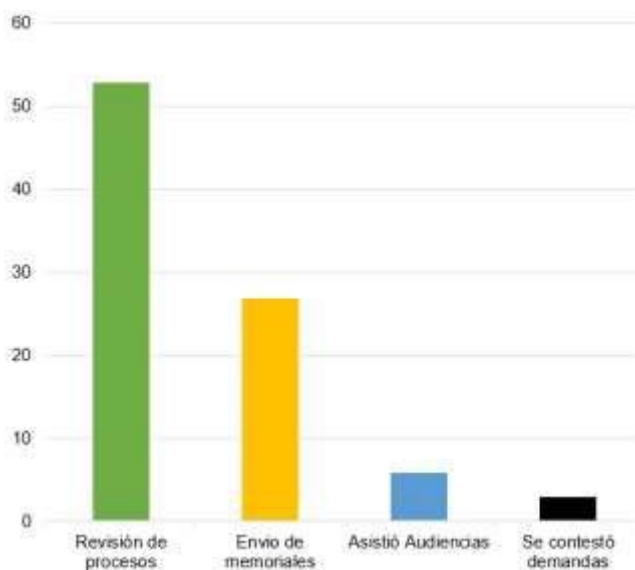
Dicha validación permitió evidenciar el registro de procesos ejecutivos donde la Fundación ha sido demandada por cobro de facturas de proveedores y procesos laborales principalmente por reliquidación de prestaciones sociales.

Adicionalmente, se hallaron procesos de responsabilidad médica, cuyas principales causas se reflejan en la siguiente gráfica:





Frente a las acciones realizadas en los diferentes procesos jurídicos se reporta los siguientes avances:



- **Procesos Administrativos Sancionatorios:** en los procesos intervenidos por esta área, se depuró la base de datos de procesos Administrativos Sancionatorios, principalmente los gestionados por la Secretaría Distrital de Salud. Actualmente, se registran aproximadamente 51 Investigaciones activas iniciadas entre los años 2021, 2022, 2023 las cuales se pueden resumir de la siguiente manera:

INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS 2021 a 2023 (Secretaría Distrital de Salud)		
Terminación proceso administrativo Sancionatorio (para pago)	6	\$ 13.719.364,00
Recurso de reposición en subsidio de apelación para resolver por parte de la Secretaría Distrital de Salud	20	\$ 79.534.704,00
Procesos en gestión de fallo	22	Sin sanción aún
Procesos Archivados	3	\$ 0,00

Principales motivos de QUEJA que encaminan las investigaciones administrativas:

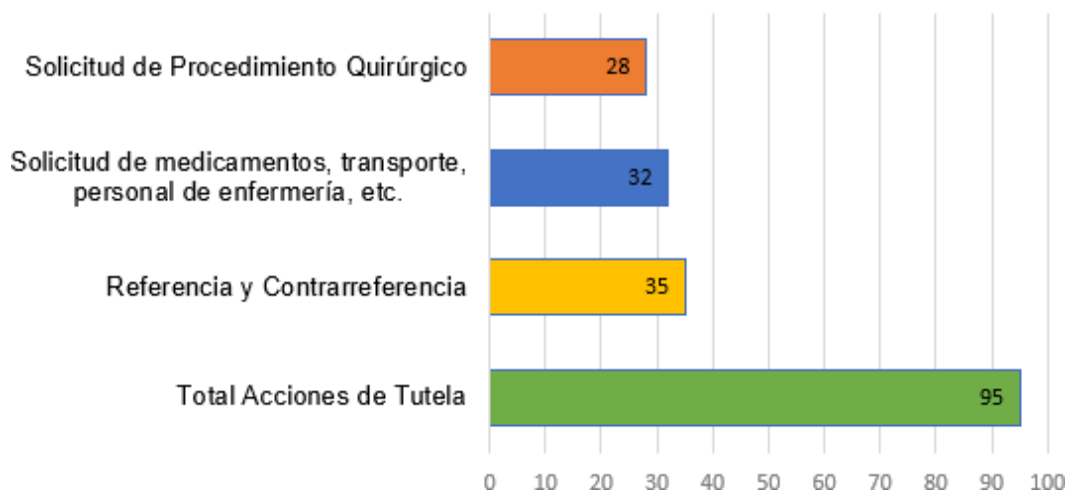


Así mismo revisada la página de la Secretaría Distrital de Salud, se tienen como histórico Obligaciones Pecuniarias a favor del Fondo Financiero Distrital de Salud un valor de **\$138.805.426**, correspondientes a Investigaciones Administrativas instauradas en los años 2012 hasta el 2020.

<b>Otras Investigaciones Administrativas</b>		
<b>Colpensiones contra Fundación Hospital San Carlos. (pendiente por resolver recurso)</b>	Colpensiones solicita el pago de unas prestaciones sociales en seguridad social - pensión de algunos trabajadores.	<b>\$ 77.823.033,00</b>
<b>INVIMA (para pago)</b>	Mediante, Resolución No. 2022029527, sancionó a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS, por contravención a las BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA PARA LA FABRICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN EN LINEA DE GASES MEDICINALES.	<b>\$ 70.000.000,00</b>
<b>Investigación Administrativa del Ministerio del Trabajo. (pendiente por resolver recurso)</b>	John Alexander Reyes Barragán demanda a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS y la Empresa ADECCO DE COLOMBIA, por tercerizar labores que por Ley está prohibido.	<b>\$ 173.904.360,00</b>

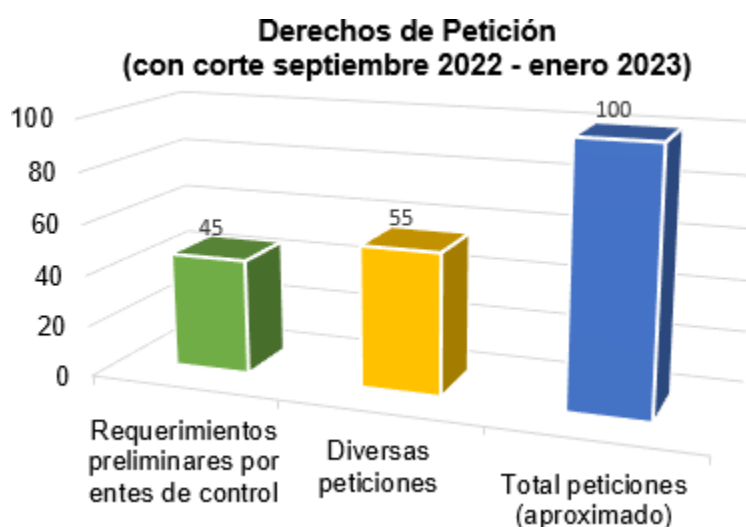
- **Acciones de Tutela:** la Fundación Hospital San Carlos entre los años 2022 a 2023, ha sido notificada de aproximadamente 95 acciones de tutela, de las cuales 10 se surtieron en calidad de accionados y 85 en calidad de vinculados. Las anteriores acciones constitucionales fueron contestadas dentro del término otorgado por los despachos judiciales, teniendo en cuenta que a consideración del respetado juez de conocimiento generalmente dan entre 6 a 48 horas para ejercer el derecho de contradicción.

#### **Acciones de Tutela (con corte 30 de enero 2023).**



- **Derechos de Petición:** es una herramienta que permite conocer las inquietudes, manifestaciones, inconformidades, sugerencias, solicitud de información y demás que tienen nuestros grupos de interés, como lo son los usuarios de salud, las entidades jurídicas, entidades prestadoras de salud y terceros, quienes a través de estas permiten fortalecer nuestro servicio y contribuyen en el mejoramiento continuo de la Fundación.

Al respecto, para la vigencia 2022 y lo que va corrido del 2023 se han recibido aproximadamente 100 derecho de petición, incluidos requerimientos de entes de control, a las cuales se les brindó respuesta de acuerdo con los términos de ley, sin que generen ningún riesgo para la institución.



- **Procesos de Contratación**

Comprende toda la gestión para la adquisición de bienes y servicios requeridos por la Fundación Hospital San Carlos. Proceso a cargo de profesional senior (Marysol Boveló), quien debe desplegar todas las acciones para garantizar que las requisiciones de contratación se suscriban en tiempo y oportunidad y conforme a los términos y especificidades solicitadas por cada dirección.

En el marco de esta labor, a continuación, se evidencia el estado de la contratación recibida con corte al 25 de marzo de 2022 y las gestiones adelantadas con corte al 30 de enero de 2023, así:

a. Estado de la contratación recibida a corte marzo de 2022

<b>Estado Contratación</b> (con corte a Marzo 25 de 2022)				
DETALLE	CANTIDAD	CONTRATOS VENCIDOS O SIN FORMALIDAD CONTRACTUAL	CUMPLIMIENTO REQUISITOS HV	
ESPECIALISTAS	94	64		
PROVEEDORES	155	35	<b>0%</b>	
<b>TOTAL CONTRATOS</b>	<b>249</b>			

b. Avances con corte al 31 de diciembre de 2022

<b>Gestiones Adelantadas</b> (marzo 25 al 31 de diciembre 2022)				
DETALLE	CANTIDAD	CONTRATOS RENOVADOS	CONTRATOS DEPURADOS	CUMPLIMIENTO REQUISITOS HV
ESPECIALISTAS	94	<b>82</b>	<b>67</b>	<b>55%</b>
PROVEEDORES	88			
<b>TOTAL CONTRATOS DESPUES DE LA DEPURACION: 182</b>				

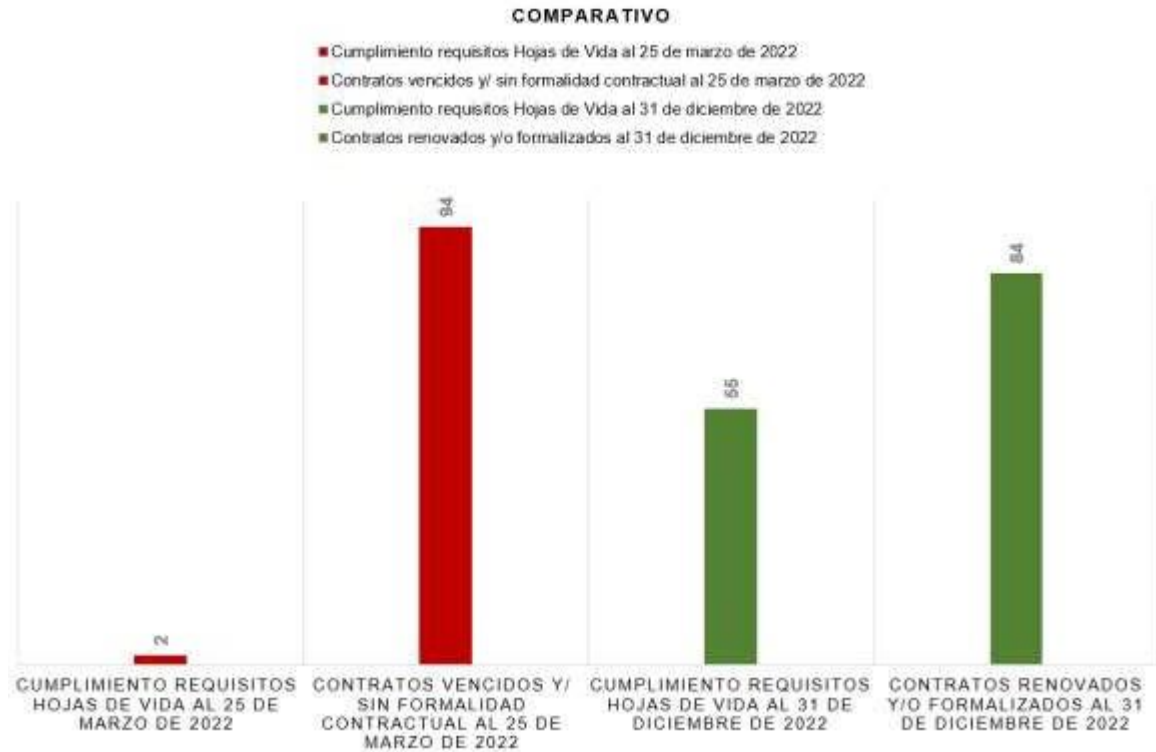
c. Avances con corte al 30 de enero de 2023.

<b>Gestiones Adelantadas</b> (con corte al 17 de febrero)				
DETALLE	CANTIDAD	CONTRATOS VENCIDOS	CONTRATOS RENOVADOS	EN GESTION DE RENOVACION
ESPECIALISTAS	101	0		25
PROVEEDORES	88	7	2	5
<b>TOTAL CONTRATOS</b>	<b>189</b>			

\*\* Los contratos de especialistas en renovacion, obedecen a que su plazo de ejecucion vence en el mes de febrero 2023.



- d. Comparativo final, el cual representa el cumplimiento de requisitos de hoja de vida, frente a cursos y formalidad contractual.



Sobre los logros de la gestión del 2022, se logró consolidar la información jurídica y contractual en matrices actualizadas las cuales cuentan con datos importantes tales como: el estado de los procesos jurídicos, de las investigaciones administrativas, acciones de tutela y estadística contractual.

Se fortaleció el proceso de defensa judicial, respecto de emitir respuestas en tiempo y oportunidad procesal a los juzgados y entes de control, mejorando sustancialmente las respuestas en cada etapa de los procesos, presentando los recursos pertinentes, allegando pruebas de cumplimiento y disminuyendo sanciones de carácter judicial y administrativo.

En cuanto a los procesos de contratación se cuenta con una matriz depurada y un proceso totalmente estructurado, modificado y eficiente, con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente, al cual se adiciona la actualización del Manual de Contratación y creación de sus respectivos anexos, los cuales se encuentran debidamente publicados en la plataforma de Almera. Dicha gestión motivó el deber de desplegar acciones de capacitación con las diferentes áreas con el fin de no solo socializar la nueva versión del

Manual de Contratación, si no, además, de generar pedagogía en temas importantes como lo es el ejercicio de la supervisión.

Finalmente, se ejerció una debida representación judicial en cada uno de los procesos a cargo, siendo en términos generales una institución sana, con pocos procesos de orden judicial y con opciones de mejora frente a las causas más representativas por las cuales los entes de control suelen iniciar investigaciones de orden judicial y administrativas.

## **Propiedad intelectual y derecho de autor**

Todo el Software instalado y de uso de la organización, cuenta con las debidas licencias conforme lo requiere y exige la normatividad vigente. Se incluyen dentro de este componente el hardware y el software utilizado dentro de la Fundación Hospital San Carlos. Igualmente, para aplicativos adquiridos de años anteriores, en especial HOSVITAL, ALMERA como sistema integral para la gestión del sistema de calidad.

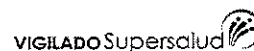
En 2023 se continúa con la implementación del aplicativo de inteligencia de negocios basado en Power BI, como herramienta para el análisis y toma de decisiones basada en hechos y datos.

### 2.3.1 Dirección Financiera Estados Financieros





FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS  
 NIT 860.007.373-4  
**ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA**  
 A 31 de diciembre de 2022  
 Con cifras comparativas por el año que terminó el 31 de diciembre de 2021  
 (Expresado en pesos colombianos)



	Notas	2022	%	2021	%	VARIACION
<b>ACTIVO</b>						
Activo corriente						
Efectivo y equivalentes de efectivo	6	1.062.093.830	1%	12.290.439.126	6%	(11.228.345.296)
Deudores comerciales y otras cuentas por cobrar	7	38.525.937.081	19%	30.232.469.102	14%	8.293.467.979
Inventarios	8	1.805.341.704	1%	2.188.369.466	1%	(383.027.762)
<b>Total activo corriente</b>		<b>41.393.372.615</b>	<b>20%</b>	<b>44.711.277.694</b>	<b>21%</b>	<b>(3.317.905.079)</b>
Activo no corriente						
Inversiones en asociadas	9	12.130.804.274	6%	11.578.219.640	6%	552.584.634
Propiedad, planta y equipo	10	152.839.736.335	74%	152.833.667.096	73%	6.069.239
Otros activos no financieros	11	1.075.642.731	1%	323.727.909	0%	751.914.822
<b>Total activo no corriente</b>		<b>166.046.183.340</b>	<b>80%</b>	<b>164.735.614.645</b>	<b>79%</b>	<b>1.310.568.695</b>
<b>Total activo</b>		<b>207.439.555.955</b>	<b>100%</b>	<b>209.446.892.339</b>	<b>100%</b>	<b>(2.007.336.384)</b>
<b>PASIVO</b>						
<b>Pasivo corriente:</b>						
Obligaciones financieras	12	5.170.401.061	7%	5.274.908.055	7%	(104.506.994)
Proveedores	13	15.484.062.692	21%	11.975.165.049	15%	3.508.897.643
Acreedores comerciales y otras cuentas por pagar	14	21.810.233.653	29%	16.164.507.322	21%	5.645.726.331
Pasivos por impuestos	15	1.675.578	0%	10.629.558	0%	(8.953.980)
Beneficios a empleados	16	2.274.870.714	3%	1.532.353.625	2%	742.517.089
Provisiones	17	0	0%	909.898.169	1%	(909.898.169)
Otros pasivos	18	742.142.067	1%	707.524.755	1%	34.617.312
<b>Total pasivo corriente</b>		<b>45.483.385.765</b>	<b>61%</b>	<b>36.574.986.533</b>	<b>47%</b>	<b>8.908.399.232</b>
<b>Pasivo no corriente:</b>						
Obligaciones financieras	12	10.052.679.208	14%	11.493.380.430	15%	(1.440.701.222)
Beneficios a empleados	16	7.118.815.638	10%	9.277.236.598	12%	(2.158.420.960)
Pasivos estimados	19	11.355.696.327	15%	12.233.796.517	16%	(878.100.190)
Glosa por conciliar	20	0	0%	8.309.959.484	11%	(8.309.959.484)
<b>Total pasivo no corriente</b>		<b>28.527.191.173</b>	<b>39%</b>	<b>41.314.373.029</b>	<b>53%</b>	<b>(12.787.181.856)</b>
<b>Total pasivo</b>		<b>74.010.576.938</b>	<b>100%</b>	<b>77.889.359.562</b>	<b>100%</b>	<b>(3.878.782.624)</b>
<b>PATRIMONIO</b>						
Aportes		955.362.708	0%	955.362.708	0%	0
Superávit de capital		42.134.920	0%	42.134.920	0%	0
Excedentes de ejercicios anteriores		16.230.716.126	8%	14.305.176.740	7%	1.925.539.385
Excedentes del ejercicio		1.451.167.270	1%	1.505.260.416	1%	(54.093.147)
Superávit por valorizaciones		24.869.618.223	12%	24.869.618.223	12%	0
Efectos adopción por primera vez		89.879.979.770	43%	89.879.979.770	43%	0
<b>Total patrimonio</b>	21	<b>133.428.979.017</b>	<b>64%</b>	<b>131.557.532.777</b>	<b>63%</b>	<b>1.871.446.240</b>
<b>Total pasivo y patrimonio</b>		<b>207.439.555.955</b>	<b>100%</b>	<b>209.446.892.339</b>	<b>100%</b>	<b>(2.007.336.384)</b>

Juliana Dóñeys Robledo  
 Representante legal

Nelson Ovidio Ulloa  
 Contador público  
 TP 81950 -T

Hernán Mora Martínez  
 Revisor Fiscal  
 TP 24697 -T  
 Designado por KRESTON RM S. A  
 (Ver opinión adjunta DF-0024-22)

Las notas adjuntas son parte integral de los estados financieros.

Los suscritos Representante Legal y Contador certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en estos estados financieros y que los mismos han sido elaborados a partir de los libros de contabilidad de la Fundación San Carlos.





FUNDACIÓN  
HOSPITAL SAN CARLOS

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS  
NIT 860.007.373-4  
ESTADO DE RESULTADOS INTEGRALES  
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022  
Con cifras comparativas por el año que terminó el 31 de diciembre de 2021  
(Expresado en pesos colombianos)

VIGILADO Supersalud

	Notas	2022	%	2021	%
Ingresos de actividades ordinarias	22	94.755.346.494		91.699.159.777	
Costo de ventas	23	78.133.095.328	82%	73.344.782.504	80%
Gastos de administración	24	16.483.187.850	17%	16.347.679.244	18%
<b>Excedentes (Déficit) Operacional</b>		<b>139.063.316</b>	<b>0%</b>	<b>2.006.698.029</b>	<b>2%</b>
Otros ingresos No Operacionales	25	5.110.359.830	5%	1.434.161.147	2%
Gastos Financieros	26	2.951.154.910	3%	1.738.211.641	2%
Otros gastos	27	760.037.044	1%	150.355.475	0%
<b>Excedentes (Déficit) No Operacional</b>		<b>1.399.167.876</b>	<b>1%</b>	<b>(454.405.969)</b>	<b>0%</b>
<b>Utilidad o pérdida antes de impuestos</b>		<b>1.538.231.192</b>	<b>2%</b>	<b>1.552.292.060</b>	<b>2%</b>
Provisión para impuesto sobre la renta	28	87.063.922	0%	47.031.644	0%
<b>Excedentes (Déficit) del año</b>		<b>1.451.167.270</b>	<b>2%</b>	<b>1.505.260.416</b>	<b>2%</b>

Juliana Donneys Robledo  
Representante legal

Nelson Ovidio Ulloa  
Contador público  
TP 81950-T

Hernán Mora Martínez  
Revisor Fiscal  
TP 24697 -T  
Designado por KRESTON RM S. A  
(Ver opinión adjunta DF-0024-22)

Las notas adjuntas son parte integral de los estados financieros.

Los suscritos Representante Legal y Contador certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en estos estados financieros y que los mismos han sido elaborados a partir de los libros de contabilidad de la Fundación San Carlos



FUNDACIÓN  
HOSPITAL SAN CARLOS

FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS  
NIT 860.007.373-4  
ESTADO DE CAMBIO EN EL PATRIMONIO  
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022  
Con cifras comparativas por el año que terminó el 31 de diciembre de 2021  
(Expresado en pesos colombianos)

VIGILADO Supersalud

	Capital	Adopción NIIF primera Vez	Excedentes del ejercicio	Excedentes de ejercicios anteriores	Superávit por Valorización	Superávit de capital	Total patrimonio
<b>Saldo al 31 de diciembre de 2020</b>	<b>955.362.708</b>	<b>89.879.979.770</b>	<b>796.100.076</b>	<b>13.509.076.664</b>	<b>24.869.618.223</b>	<b>0</b>	<b>130.010.137.441</b>
<b>Cambios en el patrimonio para 2021</b>							
Excedentes del ejercicio	0	0	1.505.260.416	0	0	0	1.505.260.416
Reclasificación a excedentes acumulados	0	0	(796.100.076)	796.100.076	0	0	0
Superávit por valorizaciones	0	0	0	0	0	42.134.920	42.134.920
<b>Saldo al 31 de diciembre de 2021</b>	<b>955.362.708</b>	<b>89.879.979.770</b>	<b>1.505.260.416</b>	<b>14.305.176.740</b>	<b>24.869.618.223</b>	<b>42.134.920</b>	<b>131.557.532.777</b>
Excedentes del ejercicio	0	0	1.451.167.270	0	0	0	1.451.167.270
Reclasificación a excedentes acumulados	0	0	(1.505.260.416)	1.505.260.416	0	0	0
Ajuste a excedentes acumulados	0	0	0	420.278.970	0	0	420.278.970
<b>Saldo al 31 de diciembre de 2022</b>	<b>955.362.708</b>	<b>89.879.979.770</b>	<b>1.451.167.270</b>	<b>16.230.716.126</b>	<b>24.869.618.223</b>	<b>42.134.920</b>	<b>133.428.979.017</b>

Juliana Donneys Robledo  
Representante legal

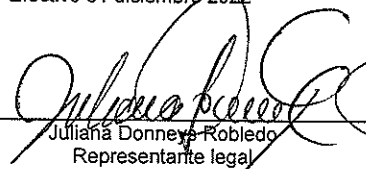
Nelson Ovidio Ulloa  
Contador público  
TP 81950 -T

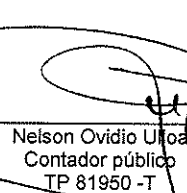
Hernán Mora Martínez  
Revisor Fiscal  
TP 24697 -T  
Designado por KRESTON RM S. A  
(Ver opinión adjunta DF-0024-22)

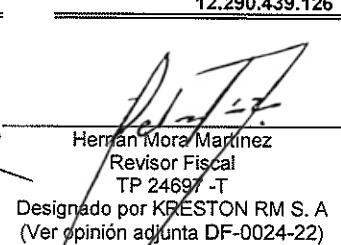
Las notas adjuntas son parte integral de los estados financieros.

Los suscritos Representante Legal y Contador certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en estos estados financieros y que los mismos han sido elaborados a partir de los libros de contabilidad de la Fundación San Carlos

	2022	2021
<b>1. ACTIVIDADES DE OPERACIÓN</b>		
Excedentes (Déficit) del Ejercicio	1.451.167.270	1.505.260.416
<b>Partidas que no afectan el efectivo</b>		
Ingresos de ejercicios anteriores	0	332.970
Reintegro de otros costos y gastos	0	89.702.046
Ingresos diversos	0	6.555.660
Reintegro incapacidades	0	2.528.506
Descuentos comerciales condicionados	0	179.723.844
Reintegro provisiones	0	47.763.447
Cuentas de participación	0	260.771.819
Método de participación	0	41.280.459
Provisión de impuesto a la renta	87.063.922	(47.031.644)
Provisión de cartera	2.038.632.088	(1.555.196.729)
Provisión de inventarios	26.644.570	0
Depreciación de propiedad planta y equipo	2.368.999.242	(1.161.366.887)
Gastos de ejercicios anteriores	0	58.558.915
Ajuste a excedentes acumulados	420.278.970	0
<b>EFECTIVO GENERADO EN OPERACIÓN</b>	<b>6.392.786.062</b>	<b>(571.117.178)</b>
<b>Cambios en partidas operacionales</b>		
Aumento (+) Disminución (-) Deudores comerciales y otras cuentas por cobrar	(10.332.100.067)	(2.643.127.548)
Disminución (-) Aumento (+) Inventarios	356.383.192	337.972.555
Aumento (+) Disminución (-) Otros activos	(804.484.006)	0
Aumento (+) Disminución (-) Proveedores, acreedores comerciales y otras cuentas por pagar	9.154.623.974	803.373.269
Disminución (-) Aumento (+) Otros pasivos	(8.275.342.172)	303.828.563
Aumento (+) Disminución (-) Pasivos por impuestos	(96.017.902)	24.953.961
Disminución (-) Aumento (+) Pasivos estimados y provisiones	(1.787.998.359)	961.618.454
Disminución (-) Aumento (+) Beneficios a empleados	(1.415.903.871)	(269.294.187)
<b>TOTAL FLUJO DE EFECTIVO NETO GENERADO EN ACTIVIDADES DE OPERACIÓN</b>	<b>(6.808.053.149)</b>	<b>(1.051.792.111)</b>
<b>2. ACTIVIDADES DE INVERSIÓN</b>		
Disminución (-) Aumento (+) Adquisiciones propiedad, planta y equipo	(2.375.068.481)	(6.553.198.591)
Aumento (+) Disminución (-) Adquisiciones de licencias	52.569.184	42.046.003
Aumento (+) Disminución (-) Inversiones largo plazo	(552.584.634)	41.280.459
<b>TOTAL FLUJO DE EFECTIVO NETO GENERADO EN ACTIVIDADES DE INVERSIÓN</b>	<b>(2.875.083.931)</b>	<b>(6.469.872.129)</b>
<b>3. ACTIVIDADES DE FINANCIAMIENTO</b>		
Disminución (-) Aumento (+) Obligaciones financieras	(1.545.208.216)	6.739.043.247
Aumento (+) Disminución (-) Superávit de capital	0	42.134.920
<b>TOTAL FLUJO DE EFECTIVO NETO GENERADO EN ACTIVIDADES DE FINANCIAMIENTO</b>	<b>(1.545.208.216)</b>	<b>6.781.178.167</b>
Aumento (+) Disminución (-) de Efectivo	<b>(11.228.345.296)</b>	<b>(740.486.073)</b>
Efectivo 31 diciembre 2021	12.290.439.126	13.030.925.199
Efectivo 31 diciembre 2022	<b>1.062.093.830</b>	<b>12.290.439.126</b>

  
Juliana Donney Robledo  
Representante legal

  
Nelson Ovidio Ulloa  
Contador público  
TP 81950 -T

  
Hernán Mora Martínez  
Revisor Fiscal  
TP 24697 -T  
Designado por KRESTON RM S. A  
(Ver opinión adjunta DF-0024-22)

Las notas adjuntas son parte integral de los estados financieros.

Los suscritos Representante Legal y Contador certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en estos estados financieros y que los mismos han sido elaborados a partir de los libros de contabilidad de la Fundación San Carlos.

Auditoría

# Dictamen Final



**FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS**  
Estados Financieros Certificados por los años terminados  
al 31 de diciembre de 2022 y 2021  
junto con el Dictamen del Revisor Fiscal



## **DICTAMEN DEL REVISOR FISCAL**

Sobre los Estados Financieros Certificados por los años terminados al 31 de diciembre de 2022 y 2021

### **A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS**

#### ***A- Informe sobre los Estados Financieros***

He auditado los Estados Financieros de propósito general conforme a las Normas de Contabilidad e Información Financiera – NCIF, de que trata la Sección 3 de las NIIF para Pymes de la **FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS**, por los años terminados al 31 de diciembre de 2022 y 2021, (Estado de Situación Financiera, Estado de Resultados Integral, Estado de Cambios en el Patrimonio y Estado de Flujo de Efectivo, Resumen de las Políticas Contables Significativas, así como otras notas explicativas).

#### ***B- Responsabilidad de la Administración en relación con los Estados Financieros***

Los Estados Financieros, que se adjuntan, son responsabilidad de la Administración puesto que reflejan su gestión, quien los prepara de acuerdo al Decreto 3022 de 2013 y sus modificatorios y reglamentarios (compilados en el Decreto Único Reglamentario 2420 de 2015, modificado por el Decreto 2483 de 2018), así como las directrices de las Orientaciones Profesionales y Técnicas del Consejo Técnico de Contaduría Pública, junto con el Manual de Políticas Contables adoptadas por la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS**, de conformidad con las Normas Internacionales de Información Financiera.

Dicha responsabilidad incluye diseñar, implementar y mantener el Control Interno relevante en la preparación y presentación de los Estados Financieros para que estén libres de errores de importancia relativa, seleccionar y aplicar políticas contables apropiadas y registrar estimaciones contables que sean razonables.

#### ***C- Responsabilidad del Revisor Fiscal en relación con los Estados Financieros***

Mi responsabilidad consiste en expresar una opinión sobre los Estados Financieros, realizando una auditoría de conformidad con la Parte 2, Título 1º, del Decreto Único Reglamentario 2420 de 2015, que incorpora las Normas Aseguramiento de la Información – NAI. Obtuve las informaciones necesarias para cumplir mis funciones y llevar a cabo mi trabajo de acuerdo con las Normas Internacionales de Auditoría – NIA. Tales normas

requieren que planifique y efectúe la auditoría para obtener una seguridad razonable acerca de si los estados financieros están libres de errores significativos. Una auditoría de estados financieros incluye examinar, sobre una base selectiva, la evidencia que soporta las cifras y las revelaciones en los estados financieros. Los procedimientos de auditoría seleccionados dependen del juicio profesional del auditor, incluyendo su evaluación de los riesgos de errores significativos en los estados financieros, con el fin de diseñar procedimientos de auditoría que sean apropiados en las circunstancias. Una auditoría también incluye, evaluar los principios de contabilidad utilizados y las estimaciones contables significativas hechas por la administración, así como evaluar la presentación general de los estados financieros. Considero que mis auditorías me proporcionan una base razonable para expresar mi opinión.

#### ***D- Opinión***

En mi opinión, los estados financieros presentan fielmente, en todos los aspectos materiales, la situación financiera de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS**, a 31 de diciembre de 2022 y 2021, así como sus resultados y flujos de efectivo correspondientes a los ejercicios terminados en dichas fechas, de conformidad con el Decreto 3022 de 2013, compilado en el Decreto Único Reglamentario 2420 de 2015 (Modificado por el Decreto 2483 de 2018), que incorpora las Normas Internacionales de Información Financiera para PYMES.

#### ***E- Fundamento de la Opinión***

La auditoría se llevó a cabo de conformidad con las Normas Internacionales de Auditoría NIA, teniendo en cuenta las responsabilidades del Revisor Fiscal en relación con los Estados Financieros mencionada en el literal C anterior. Como parte de las responsabilidades del Revisor Fiscal, he actuado con independencia en el desarrollo de las labores de auditoría conforme a los requerimientos de ética profesional establecidos en Colombia.

#### ***F- Informe sobre otros requerimientos legales y reglamentarios***

##### ***Registros, Operaciones, Actos de la Administración y Junta Directiva***

Además; conceptúo que durante dicho periodo los registros se llevaron de acuerdo con las normas legales y la técnica contable, las operaciones registradas en los libros y los actos de la Administración, en su caso; se ajustaron a los Estatutos y a las decisiones de la Junta Directiva.

##### ***Correspondencia, Comprobantes, Libros de Actas***

La correspondencia, los comprobantes de las cuentas, los libros de actas se llevan y conservan debidamente.

### ***Informe de Gestión***

El informe de gestión de los administradores guarda la debida concordancia con los Estados Financieros básicos. En dicho informe se menciona que la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS**, al 31 de diciembre de 2022 se encuentra cumpliendo en forma adecuada, con lo dispuesto en la Ley 603 de 2000 sobre propiedad intelectual y derechos de autor.

### ***Otros asuntos legales***

La entidad cumplió con las normas e instrucciones del Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva -SARLAFT- y el deber de Reporte de Operaciones Sospechosas -ROS- a la Unidad de Información y Análisis Financiero -UIAF-, en los términos de la Circular Externa No. 20211700000005-5 de 2021 y Circular Externa No. 009 de 2016, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

La entidad cumplió con las normas e instructivos sobre el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, la Opacidad y el Fraude - SICOE, en los términos de la Circular Externa No. 20211700000005-5 de 2021 emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.

### ***Medidas de Control Interno***

La **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS** observa las medidas adecuadas de Control Interno, conservación y custodia de sus bienes y de los de terceros que están en su poder.

### ***Obligaciones de Aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, Aportes Parafiscales***

De acuerdo con el resultado de pruebas selectivas realizadas sobre los documentos y registros de contabilidad, se encuentra cumpliendo en forma adecuada y oportuna, con las obligaciones de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, mencionadas en el artículo 11 del Decreto Reglamentario 1406 de 1999. Así mismo, a partir del 01 de mayo de 2013 se beneficia de la exoneración del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, correspondientes a los trabajadores que devengan, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1607 de 2012, modificado por la ley 1819 de 2016 y el Decreto 0862 de 2013.

De la misma manera, a partir del 1° de enero de 2014 se beneficia de la exoneración a cotización al Régimen Contributivo de Salud de que trata el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

### ***Operaciones de Factoring***

La Entidad no ha obstaculizado de ninguna forma las operaciones de factoring que los proveedores y acreedores de la entidad han pretendido hacer con sus respectivas facturas de venta.

### ***G- Control Interno y cumplimiento legal y normativo***

El Código de Comercio establece en su artículo 209 la obligación de pronunciarme sobre el cumplimiento de normas legales e internas y sobre lo adecuado del Control Interno.

Mi trabajo se efectuó mediante la aplicación de pruebas para evaluar el grado de cumplimiento de las disposiciones legales y normativas por la Administración de la Entidad, así como del funcionamiento del proceso de Control Interno, el cual es igualmente responsabilidad de la Administración. Para efectos de la evaluación del cumplimiento legal y normativo utilicé los siguientes criterios:

- ❖ Normas legales que afectan la actividad de la Entidad;
- ❖ Estatutos de la Entidad;
- ❖ Actas de Junta Directiva
- ❖ Otra documentación relevante.

Para la evaluación del Control Interno utilicé como criterio el modelo COSO. Este modelo no es de uso obligatorio para la Entidad, pero es un referente aceptado internacionalmente para configurar un proceso adecuado de Control Interno.

El Control Interno de una Entidad es un proceso efectuado por los encargados del Gobierno Corporativo, la Administración y otro personal, designado para proveer razonable seguridad en relación con la preparación de información financiera confiable, el cumplimiento de las normas legales e internas y el logro de un alto nivel de efectividad y eficiencia en las operaciones.

El Control Interno de una entidad incluye aquellas políticas y procedimientos que permiten el mantenimiento de los registros que, en un detalle razonable, reflejen en forma fiel y adecuada las transacciones y las disposiciones de los activos de la Entidad; proveen razonable seguridad de que las transacciones son registradas en lo necesario para permitir la preparación de los Estados Financieros de acuerdo con el marco técnico normativo aplicable al Grupo 2, que corresponde a las NIIF para las Pymes, y que los ingresos y desembolsos de la Entidad están siendo efectuados solamente de acuerdo con las autorizaciones de la Administración y de aquellos encargados del Gobierno Corporativo; y proveer seguridad razonable en relación con la prevención, detección y corrección oportuna de adquisiciones no autorizadas, y el uso

o disposición de los activos de la Entidad que puedan tener un efecto importante en los Estados Financieros.

También incluye procedimientos para garantizar el cumplimiento de la normatividad legal que afecte a la Entidad, así como de las disposiciones de los Estatutos y de los Órganos de Administración, y el logro de los objetivos propuestos por la Administración en términos de eficiencia y efectividad organizacional.

Debido a limitaciones inherentes, el Control Interno puede no prevenir o detectar y corregir los errores importantes. También, las proyecciones de cualquier evaluación o efectividad de los controles de periodos futuros están sujetas al riesgo de que los controles lleguen a ser inadecuados debido a cambios en las condiciones, o que el grado de cumplimiento de las políticas o procedimientos se pueda deteriorar.

Esta conclusión se ha formado con base en las pruebas practicadas para establecer si la Entidad ha dado cumplimiento a las disposiciones legales y estatutarias, y a las decisiones de la Junta Directiva, y mantiene un sistema de Control Interno que garantice la efectividad y eficiencia de las operaciones, la confiabilidad de la información financiera y el cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables.

Las pruebas efectuadas, especialmente de carácter cualitativo, pero también incluyendo cálculos cuando lo consideré necesario de acuerdo con las circunstancias, fueron desarrolladas por mí durante el transcurso de mi gestión como Revisor Fiscal y en desarrollo de mi estrategia de Revisoría Fiscal para el periodo. Considero que los procedimientos seguidos en mi evaluación son una base suficiente para expresar mi conclusión.

#### ***H-Opinión sobre el cumplimiento legal y normativo***

En mi opinión, la Entidad ha dado cumplimiento a las leyes y regulaciones aplicables, así como a las disposiciones estatutarias y de la Junta Directiva, en todos los aspectos importantes.



***I- Opinión sobre la efectividad del Sistema de Control Interno***

En mi opinión, el Control Interno es aceptable, en todos los aspectos importantes. Relacionado con este aspecto, se enviaron memorandos de recomendaciones y se hicieron mesas de trabajo cuando fue necesario, con el objeto de fortalecer dicho sistema.



**CP HERNAN MORA MARTINEZ**  
**Revisor Fiscal**  
**T.P 24697- T**  
**Por delegación de KRESTON R.M. S.A.**  
**Consultores, Auditores, Asesores**  
**Kreston Colombia**  
**Miembro de Kreston International Ltd.**

Ciudad, 31 de marzo de 2023  
DF- 0024- 22

## 2.4 Procesos transversales



## 2.4.1 Pastoral

La gestión pastoral se enfocó en brindar a nuestros pacientes, colaboradores y visitantes acompañamiento espiritual, de escucha, oración y administración de los sacramentos con un horario flexible y según la necesidad.

Adicionalmente, se realizaron las siguientes gestiones:

- Acción Pastoral en el Amparo de Niñas, dos veces al mes.
- Organización de las catequesis dirigidas a los hijos y familiares de los colaboradores del hospital que recibieron los Sacramentos de Bautismo, Comunión y Confirmación.
- Realización de actividades propias del año litúrgico: ceremonias de Semana Santa, viacrucis, Triduo Pascual. Novenas de Navidad, rezo del Santo Rosario en días marianos.
- Presentación del proyecto de Voluntariado de la Pastoral Salud para el hospital. Convocatoria a las personas interesadas. Ya en marcha en el 2023.
- Inicio de acompañamiento a estudiantes de diaconado permanente de la Arquidiócesis de Bogotá, próximos a iniciar labores en la atención espiritual, especialmente los domingos.
- Coordinación Arquidiocesana de la Evangelización en el Mundo de la Salud.
- Coordinación de los capellanes de hospitales de Bogotá y de los voluntariados.
- Encargado de lo concerniente al proyecto de construcción del templo San Juan Pablo II, ideado como futuro Centro Arquidiocesano de Pastoral Salud.

