FUNDACIÓN
HOSPITAL SAN CARLOS
Trabajamos por el bienestar y por la vida

Informe Anual de Gestión

2024



Tabla de Contenido

1. Mensaje de apertura 19

2. Información general del hospital 20

2.2 Visión 21

2.3 Promesa de valor 21

2.4 Valores Corporativos 21

2.5 Principios corporativos 22

2.6 Historia 22

2.7 Estructura Organizacional 24

3. Gestión por procesos 25

3.1 Procesos estratégicos 26

3.1.1 Direccionamiento estratégico 26

3.1.2 Contención Riesgo de Negocio 28

4. Desempeño institucional 30

Dirección Administrativa y Financiera 31

1. Análisis de la Variación de la Nómina: 2023 vs. 2024 31

1.1 Comparativa Mensual 31

1.2 Total General Anual 33

1.3 Observaciones Adicionales 33

1.4 Conclusión 33

2. Análisis por centro de costos 34

3. Análisis de los Centros de Costo (CECO) y su Distribución por Área Asistencial 35

3.1 Conclusiones 37

4. Análisis de los (CECO) y su Distribución por Área Administrativa. 38
5. Análisis Horas Extras 40
5.1 Conclusión 41
6. Análisis Recargos. 41
7. Conclusión general sobre el desempeño del hospital en 2024 42
Gestión Área de Tesorería 43
1. Informe Gestión Área De Tesorería 43
2. Obligaciones Financieras 45
Gestión de Cartera 46
1. Introducción 46
2. Estado General De La Cartera 46
3. Resultados Obtenidos 47
4. Análisis De Pagos 48
5. Riesgos Identificados 49
6. Análisis De Recaudo Por Entidad 50
7. Proyección Recaudo 2025 51
Gestión de Facturación 53
1. Introducción 53
2. Metodología 53
3. Análisis Cuantitativo 53
4. Evolución de la facturación durante la vigencia 2023-2024 54
5. Facturación Principales Entidades 55
6. Facturación No Operacionales 60
7. Proyección 2025 61

Gestión de Radicación de Cuentas 62
1. Introducción 62
2. Procesos realizados del 2024 62
3. Radicación año 2024 Entidad – Mes radicado 65
4. Comparativo Facturación – Radicación 67
5. Proceso por entidad 69
6. Proyección para 2025 82
7. Conclusiones y Recomendaciones 85
Gestión Comercial y Parametrización 86
1. Presentación 86
2. Objetivos Del Área 86
3. Actividades Realizadas 87
3.1 Gestión Contratos Con ERP 87
4. Resultados Obtenidos 92
5. Análisis Técnico del Comportamiento de Facturación en Relación con la Ejecución Contractual 94
5.1 Comportamiento General del contrato 97
5.2 Comportamiento General del Contrato 100
5.3 Comportamiento General del Contrato 103
5.4 Comportamiento General del Contrato 106
5.5 Comportamiento General del Contrato 109
5.6 Comportamiento General del Contrato 112
6. Gestión de parametrización 112
7. Desafíos y Obstáculos 113

8. Planes y Proyecciones para 2025 113

Gestión Sarlaf 116

1. Introducción 116

2. Estructura 116

3. Personal del área: 116

4. Avances y logros. 117

5. Desafíos 118

6. Propuestas 118

7. Indicadores 119

8. Conclusiones 123

Departamento de Tecnología 124

1. Introducción 124

2. Estructura del Departamento 125

2.1 Áreas del Departamento de Tecnología 125

3. Personal del departamento 126

4. Avances y Logros Relevantes 127

Primer Trimestre (Enero - Marzo): 127

Segundo Trimestre (Abril - Junio): 130

Tercer Trimestre (Julio - Septiembre): 130

Cuarto Trimestre (Octubre - Diciembre): 134

Proyectos Transversales (Durante Todo el Año): 135

9. Desafíos y Lecciones Aprendidas 136

11. Propuestas para 2025 139

12. Presupuesto 2025 140

13. Conclusiones 141

Gestión de Comunicaciones 143

1. Introducción 143

2. Objetivo del Informe 143

3. Generalidades 144

3.1 Renovación 146

3.2 Implementación 155

3.3 Camino 157

3.4 Actualización 160

3.5 Desarrollo 160

4. Análisis operativo del área de comunicaciones 2024 172

4.1 Registro fotográfico del 2024 173

4.2 Registro de productos audiovisuales del 2024 174

5. Desafíos 175

6. Retos para el 2025 175

7. Estado de cumplimiento de normas sobre propiedad intelectual y derechos de autor 176

1. Uso de Materiales Protegidos y Fuentes de Contenido 176

2. Políticas Internas y Capacitación 177

3. Gestión de Licencias y Contratos con Terceros 178

4. Casos Relevantes en la Gestión de Derechos de Autor 178

5. Compromiso Institucional con la Propiedad Intelectual 178

Gestión de Infraestructura y Mantenimiento 179

1. Introducción 179

2. Problemas Identificados de Infraestructura 179

3. Actividades Realizadas 180

4. Resultados Obtenidos..... 191

5. Conclusión 202

Gestión de Tecnología Biomédica 203

1. Introducción 203

2. Objetivo general..... 204

2.1 Objetivos específicos 205

3. Gestión tecnología Biomédica 206

3.1. Actualización del Inventario 206

3.2. Adecuaciones Técnicas 206

3.3. Plan de Calibraciones..... 208

3.4. Capacitaciones 208

3.5. Mantenimiento Preventivo..... 209

3.6. Contratos de Servicio Especializados 210

4. Contratación de servicios ingeniería biomédica. 210

4.1 Mebi 211

4.2 Philips 211

4.3 Messer 212

4.4 Surgiplast 212

4.5 Metrics 213

5. Estado actual de los equipos biomédicos y repuestos para normalizar la operación. 213

5.1 Tomógrafo De 16 Cortes: (Instalado En 2017) 213

5.2 Resonador De 1.5 Teslas (Instalado En El 2016)..... 215

4.3 Ventiladores Mecánicos 217

5.4 Equipos De Laboratorio Clinico 220
5.5 Fluoroscopio – Fabricación 1995 220
6. Necesidades de Dotación 221
7. Conclusiones 222
Gestión Servicios Tercerizados 228
1. Introducción 228
2. Descripción De Los Servicios Tercerizados 228
2.1 Servicio De Lavado De Ropa: 228
2.2 Servicios De Limpieza Y Desinfección 234
3. Responsabilidades De La Empresa Contratada 234
4. Indicadores De Gestión Y Resultados 235
5. Hallazgos Y Oportunidades De Mejora 236
6. Propuesta Y Recomendación 238
Dirección de Talento Humano 239
1. Selección Y Contratación 239
1.1 Intervención Y Estrategias 240
1.2 Logros 240
1.3 Indicadores De Gestión 241
1.4 Limitantes Y Oportunidades De Mejora 245
1.5 Estrategias De Crecimiento Y Desarrollo De Proyectos 246
1.6 Aporte A La Cultura Organizacional 247
3. Bienestar Y Capacitación 248
3.1 Intervención Y Estrategias 248
3.2 Logros 249

3.3 Indicadores De Gestión 250

2.4 Limitantes Y Oportunidades De Mejora 254

2.5 Estrategias De Crecimiento Y Desarrollo De Proyectos 256

2.6 Aporte A La Cultura Organizacional 258

4. Sistema De Gestión De Seguridad Y Salud En El Trabajo (SST) 259

1. Introducción 259

2. Revisión De La Política Del Sistema De Gestión De Seguridad Y Salud En El Trabajo 260

3. Lineamientos 261

4. Objetivos Del Sistema De Gestión De 2024 261

4.1 Objetivos Específicos 261

5. Acciones De Seguimiento Resultantes De Revisiones Anteriores Por La Dirección 262

5. Evaluaciones De Los Requisitos Legales Aplicables Y Otros En Materia De Seguridad Y Salud En El Trabajo 263

7. Estado De Acciones Preventivas, Correctivas Y De Mejora 264

8. Accidentes Y Enfermedades De Origen Laboral 265

9. Informe Mediciones Higiénicas 267

10. Resultados De La Participación Y Consulta De Las Partes Interesadas. 268

11. Evaluación Del Sistema De Gestión De Sst – Bajo El Anexo Técnico De La Resolución 0312-2019 Al Año 2023 269

12. Indicadores De Gestión Decreto 1072-2015 Y Resolución 0312-2019 270

13. Oportunidades De Mejoramiento 270

Gestión de Dirección Jurídica 272

1. Gestión Contractual 272

1.1 Contratación De Proveedores 273

1.2 Contratación De Especialistas..... 274

1.3 Contratación Por Prestación De Servicios Del Centro De Servicios Compartidos Gustavo Restrepo S.A.S..... 275

1.4 Contratos De Locación 277

2. Defensa Judicial 278

2.1 Tutelas 278

2.2 Peticiones, Quejas, Reclamos Y Solicitudes (PQRS) 278

2.3 Requerimientos Preliminares Y Procesos Administrativos Sancionatorios 279

2.4 Procesos Jurídicos 280

3. Relaciones Laborales 283

4. Otras Actividades De Impacto Adelantadas Por La Dirección Jurídica En El Año 2024. 286

4.1 Reforma Estatutaria 286

4.2 Boletín Jurídica 286

4.3 Cambio De Aseguradora 287

5. Desafíos Y Metas Para El Año 2025 288

Gestión de Dirección Médica..... 290

1. Introducción 290

2. Organigrama 290

Informe de gestión Coordinación médica 291

1. Indicadores De Gestión..... 291

6. Capacidad Instalada Y Head Count 295

3. Comité de donación de órganos y tejidos / referente de donación de órganos y tejidos 296

4. Comité de muerte digna 297
5. Brigadas de salud centros penitenciarios 297
Gestión De Departamento De Enfermería 299
1. Introducción 299
2. Objetivos 299
3. Alcance 300
4. Intervenciones realizadas de socialización 2024 302
6. Estrategias De Crecimiento / Desarrollo De Proyectos. 315
7. Limitantes Y Oportunidades De Mejora 315
8. Conclusiones 316
Gestión de Coordinación transversal turno noche 2 317
1. Introducción 317
2. Objetivos 317
3. Alcance 317
4. Intervenciones Realizadas De Socialización 2024: 318
5. Logros 323
6. Estrategias De Crecimiento / Desarrollo De Proyectos. 323
7. Limitantes Y Oportunidades De Mejora. 323
8. Conclusiones 324
Gestión de Coordinación transversal turno noche 2 325
1. Introducción 325
2. Objetivos 325
3. Alcance 325
4. Intervenciones Realizadas De Socialización 2024 326

5. Logros 330
6. Estrategias De Crecimiento / Desarrollo De Proyectos 331
7. Limitantes Y Oportunidades De Mejora 331
8. Conclusiones 331
Gestión Salas de Cirugía 332
1. Objetivo Estratégico 332
2. Pacientes Intervenidos Por Aseguradora 339
3. Análisis Por Perspectiva 343
3.1 Perspectiva Financiera 343
3.2 Perspectiva O Procesos Internos 344
3.3 Perspectiva Aprendizaje Organizacional 344
3.4 Perspectiva Del Talento Humano 345
3.5 Intervención Frente A Los Hallazgos 346
4. Año 2025 Plan De Acción Salas De Cirugía Fundación Hospital San Carlos 349
Gestión de Servicios Farmacéuticos 351
1. Introducción 351
2. Programa De Farmacovigilancia 353
3. Programa De Tecnovigilancia 359
4. Gestión Y Manejo De Inventarios 372
5. Medicamentos De Control Especial 375
6. Sistema De Aire Medicinal (Sam) 377
7. Auditorias Y Visitas De Entes De Control 380
Gestión laboratorio clínico, Gestión Pretransfusional y Patología 384
1. Evaluación De Población: 384

2. Evaluación De Frecuencias 386
3. Cumplimiento De Metas – Comparativo 2023 -2024 398
3.1 Para Lab Clínico Y Patología 398
3.2 Para Gestión Pre Transfusional 401
4. Evaluación De Costos 405
5. Evaluación De Ejecución De Presupuesto 406
Gestión Coordinación de Servicios Diagnósticos 415
1. Capacidad Instalada 415
2. Intervenciones Servicio De Imágenes Diagnosticas Y Sala De Hemodinamia 2024 ... 442
Informe De Gestión Coordinación CISH 444
1. Comportamiento Remisiones 2024 444
2. Contrarreferencia 2024 447
3. Dificultades 451
4. Logros 451
Gestión De Coordinación De Rehabilitación Y Nutrición 452
1. Evaluación De Frecuencias 456
2. Cumplimiento De Metas 456
3. Evaluación De Costos 458
4. Desviaciones De La Planta 459
5. Estado De Mantenimientos 459
7. Comportamiento De Quejas 459
8. Causas Y Tasas De Hospitalizaciones Y Precursoras 459
9. Análisis Final Mensual De acuerdo A Resultado 460
Nutrición 462

1. Evaluación De Población 462
2. Cumplimiento De Metas 469
3. Costos 470
4. Desviaciones De La Planta 470
5. Evaluación De Insumos, Equipos Y Suministros 470
6. Autoevaluación Y Gestión De Calidad 471
7. Causas Y Tasas De Hospitalizaciones Y Precursoras 472
8. Análisis Final Mensual De acuerdo A Resultado 472
9. Propósitos 473
Coordinación experiencia al usuario y trabajo social 474
1. Indicadores 474
2. Cumplimiento De Metas 476
3. Estado De Mantenimientos 477
4. Evaluación De Insumos, Equipos Y Suministros 477
5. Manejo De Oportunidad 477
6. Análisis Final Mensual De Acuerdo Con Resultado 478
7. Dificultades 478
Gestión unidad de cuidados intensivos 480
1. Introducción 480
2. Indicadores de Gestión: 480
3. Análisis Poblacional: 484
4. Seguridad del paciente 490
5. Logros Infraestructura 493
6. Plan De Acción 2025 494

Informe de gestión consulta externa 495
1. Introducción 495
2. Objetivo 496
3. Avances Y Perspectivas Para La Sostenibilidad Del Área 496
4. Datos Estadísticos 499
5. Análisis De Pacientes En Datos Porcentuales 501
6. Análisis Y Observaciones 504
Gestión Profesional De Enlace Compensar 505
1. Introducción 505
2. Impacto del Profesional de Enlace en 2024 506
3. Intervenciones A Pacientes Y/O Familiares – EPS Compensar 507
4. Pacientes Hospitalizados – EPS Compensar 509
5. Conciliaciones De Uci – Eps Compensar 512
6. Solicitudes De Unidad Renal – Eps Compensar 515
7. Solicitud De PHD – Eps Compensar 517
8. Conclusiones Del Informe De Gestión 540
Gestión Auxiliares Administrativos: Honorarios Médicos 542
1. Introducción 542
2. Logros en Cobros de Especialistas en 2024 - Fundación Hospital San Carlos 542
3. Conclusiones 554
Informe De Gestión Auxiliares Administrativos: Convenios Y Nómina 556
1. Introducción 556
2. Plan de trabajo de Docencia y Servicio 557
3. Plan De Acción En Los Servicios 558

Gestión Psicología 561
1. Introducción 561
2. Metas y objetivos 561
3. Objetivos Del Área De Psicología 562
4. Soluciones Propuestas 564
Gestión de Calidad 567
1. Introducción 567
2. Procesos Prioritarios 571
3. Los Indicadores que se reportan a las EAPB 578
4. Comités Institucionales 580
Gestión Del Programa De Seguridad Del Paciente 582
1. Introducción 582
2. Lineamientos Específicos De Seguridad Del Paciente de la FHSC 582
3. Premisas Del Programa 583
4. Indicadores Del Programa De Seguridad Del Paciente 585
5. Total De Reporte De Sucesos De Seguridad Año 2024 585
6. Clasificación De Sucesos De Seguridad En El Sistema De Reporte SIRESP 587
Gestión De Programa De Prevención Y Control De Infecciones 593
1. Objetivo 593
2. Reportes Normativos 594
3. Indicadores 596
Vigilancia Epidemiológica 609
1. Introducción 609
2. Objetivos 609

3. Reportes Normativos 609
4. Planes de Mejora 614
5. Indicadores 615
6. Logros 617
Gestión Subproceso Gestión Ambiental 618
1. Programas De Gestión Ambiental 618
2. Manejo De Residuos 619
3. Cumplimiento Al Cronograma Plan De Saneamiento 621
4. Canecas Y Contenedores De Residuos 622
5. Auditorias Y/O Visitas Recibidas 622
6. Visitas Secretaria De Salud 623
7. Consolido Lista De Chequeo 624
8. Logros 627
Gestión Auditoría Concurrente 628
1. Contexto del área, antecedentes, problemática y sus causas (cómo se encontraba el área a comienzos del año) 628
2. Intervención y estrategias implementadas frente a los hallazgos y para lograr los objetivos estratégicos (qué, porqué, cuándo, cómo y dónde) 628
3. Logros/éxitos de la dirección o área que lideran 631
4. Indicadores de gestión estratégicos y comparativos con el período anterior /qué se midió/ gráficos más importantes. 632
5. Conclusiones 635
6. Recomendaciones 636
5. Reconocimientos y agradecimientos 637

6. Conclusión 639

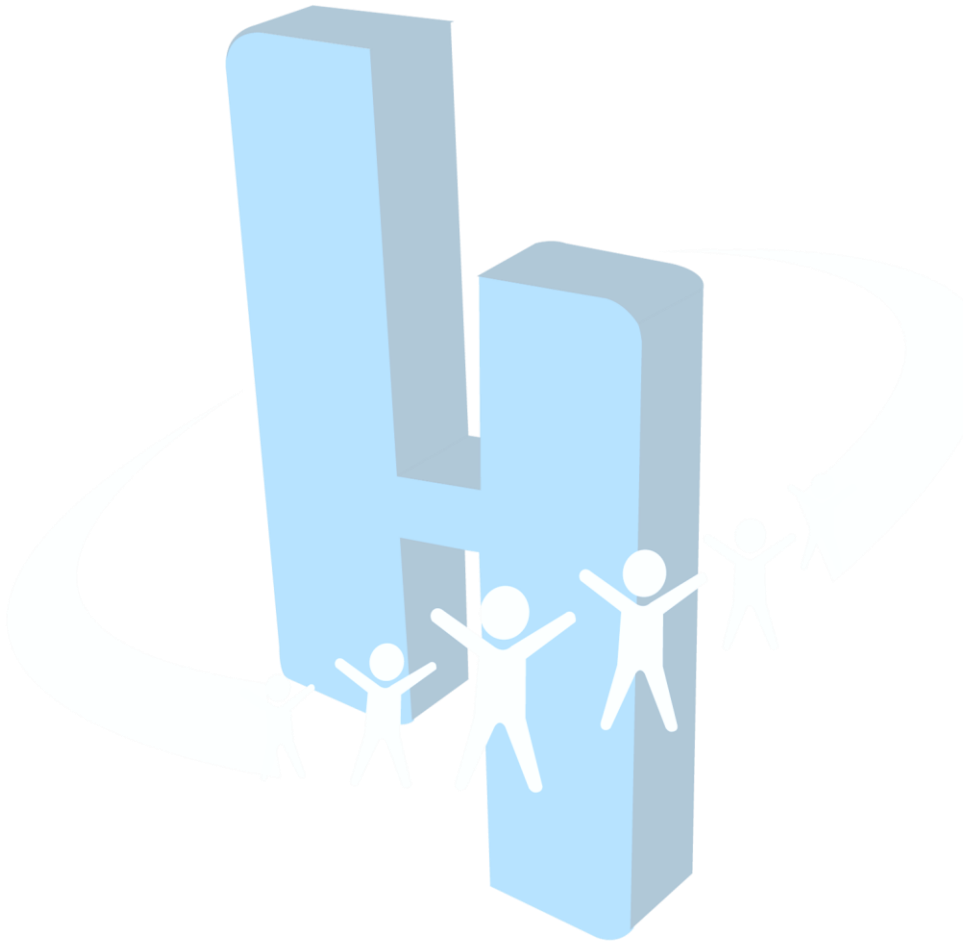
7. Acontecimientos Importantes Posteriores al Ejercicio del Informe de Gestión 2024 641

1. Proceso de Consolidación de Información 641

2. Trabajo en Equipo y Articulación Interdepartamental 642

3. Impacto y Beneficios del Proceso 642

4. Conclusión 643



1. Mensaje de apertura

Queridos colaboradores de la Fundación Hospital San Carlos;

Al mirar atrás y reflexionar sobre los logros alcanzados en el año concluido, nos llena de orgullo el camino recorrido y la resiliencia con la que hemos enfrentado los diversos desafíos. Hemos trabajado con firme compromiso de ofrecer una atención de calidad, humanizada y accesible para todos los que nos confían su salud.

A pesar de las dificultades, alcanzamos mejoras sustanciales en nuestros procesos y ampliamos nuestra capacidad para responder a las necesidades crecientes de nuestros pacientes. Estos avances nos solo nos han permitido consolidarnos como un referente en el cuidado de la salud, sino también dar pasos firmes hacia la sostenibilidad a largo plazo de nuestra institución.

Este nuevo año estará lleno de retos. Esperamos, con la ayuda de todos y cada uno ustedes, seguir avanzando con la misma pasión y dedicación. Renovamos nuestra promesa de mantener nuestros pacientes en el centro de todo lo que hacemos, mejorando cada vez más la calidad de nuestros servicios y la atención personalizada.

Continuaremos invirtiendo en formación, infraestructura y tecnología buscando tener las herramientas necesarias para ofrecer una muy buena calidad de atención. Con este espíritu, avanzamos con optimismo y con la certeza de que juntos, seguiremos brindando salud, esperanza y bienestar a cada uno de nuestros pacientes y a nuestra comunidad en general.

Director General

Dr. Diego Palacio Betancourt

2. Información general del hospital



2.1 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.

2.2 Visión

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

2.3 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.

2.4 Valores Corporativos



2.5 Principios corporativos

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

2.6 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.

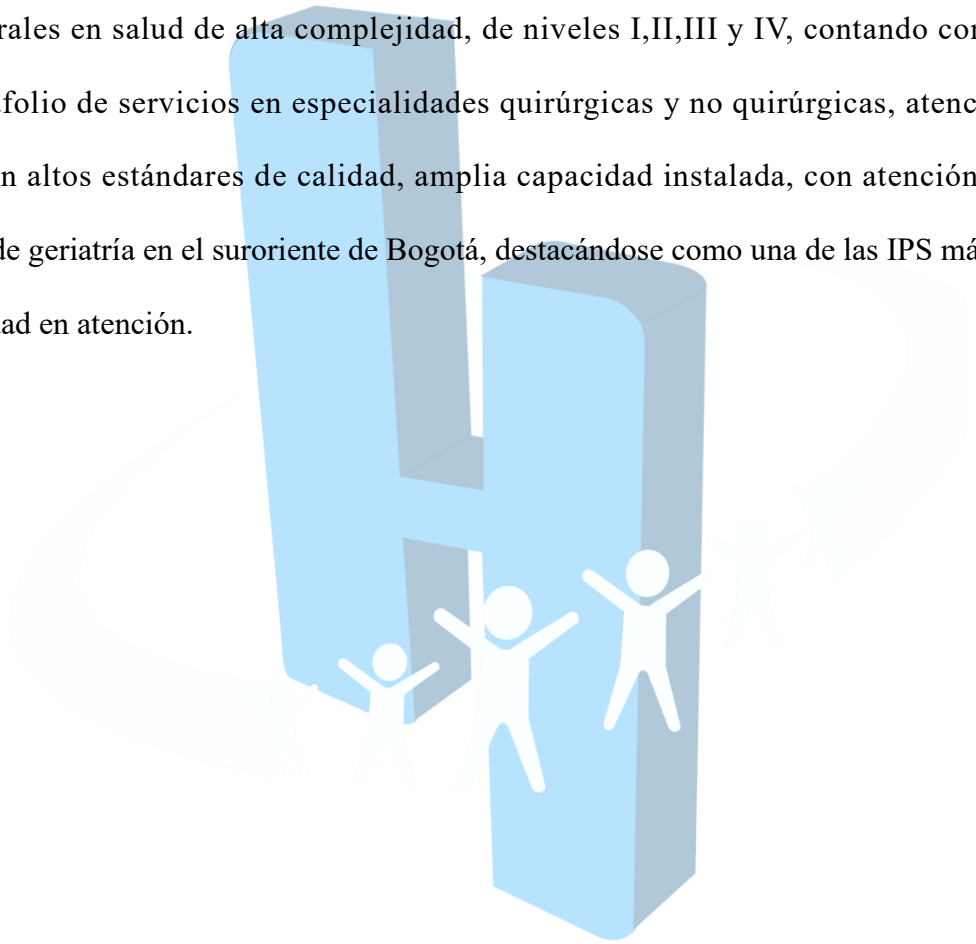
Hacia finales de los años 60's se diversifica la atención a otros servicios de salud, hasta finales de los 80´s cuando comenzó su expansión en otras especialidades para la atención a pacientes con enfermedades neumológicas.

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's, 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.



2.7 Estructura Organizacional



3. Gestión por procesos



3.1 Procesos estratégicos

3.1.1 Direccionamiento estratégico

Para el año 2022, la Fundación Hospital San Carlos se encontraba con diversas oportunidades de mejora a lo largo de estos años hasta el 2024, 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)



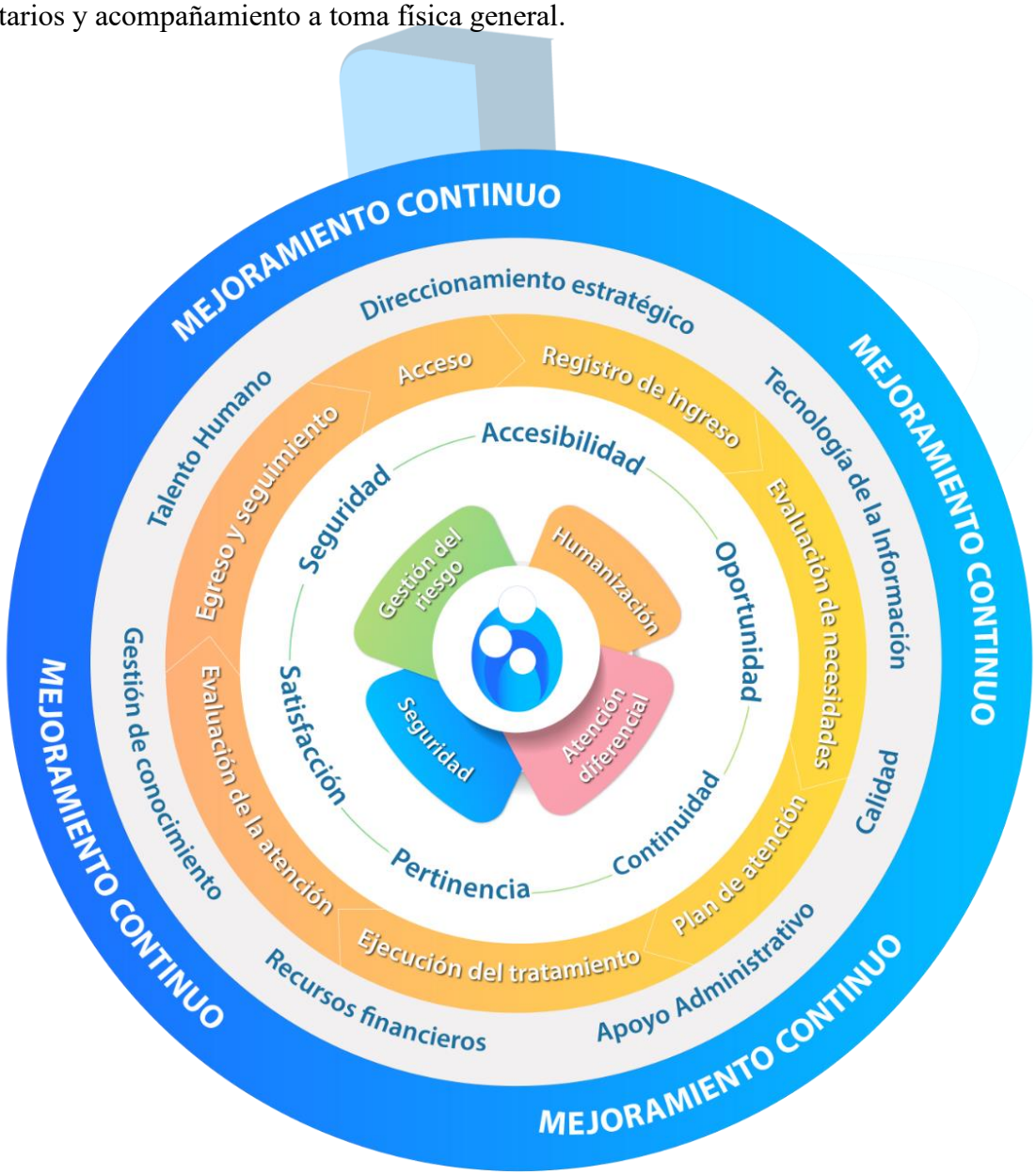


Es de resaltar que la Dirección hizo una reestructuración de la plataforma estratégica para el 2023 y de su modelo de prestación de servicios centrando su atención en las personas. Asegurando para nuestros pacientes: humanización, seguridad, atención diferencial y la gestión de riesgos, desde una perspectiva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

Hacia el camino de la mejora continua en el 2024 hubo múltiples reconocimientos para la Fundación, entre ellos, el otorgado por la Secretaría Distrital de Salud donde ganamos categoría Plata en la Ruta de Mejoramiento “Hacer las cosas bien, trae cosas buenas” con nuestra campaña “Diario de un Sueño”. En donde de la mano de todas las áreas, tanto administrativas como asistenciales logramos trabajar bajo un mismo objetivo, la seguridad de nuestros pacientes.

3.1.2 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.



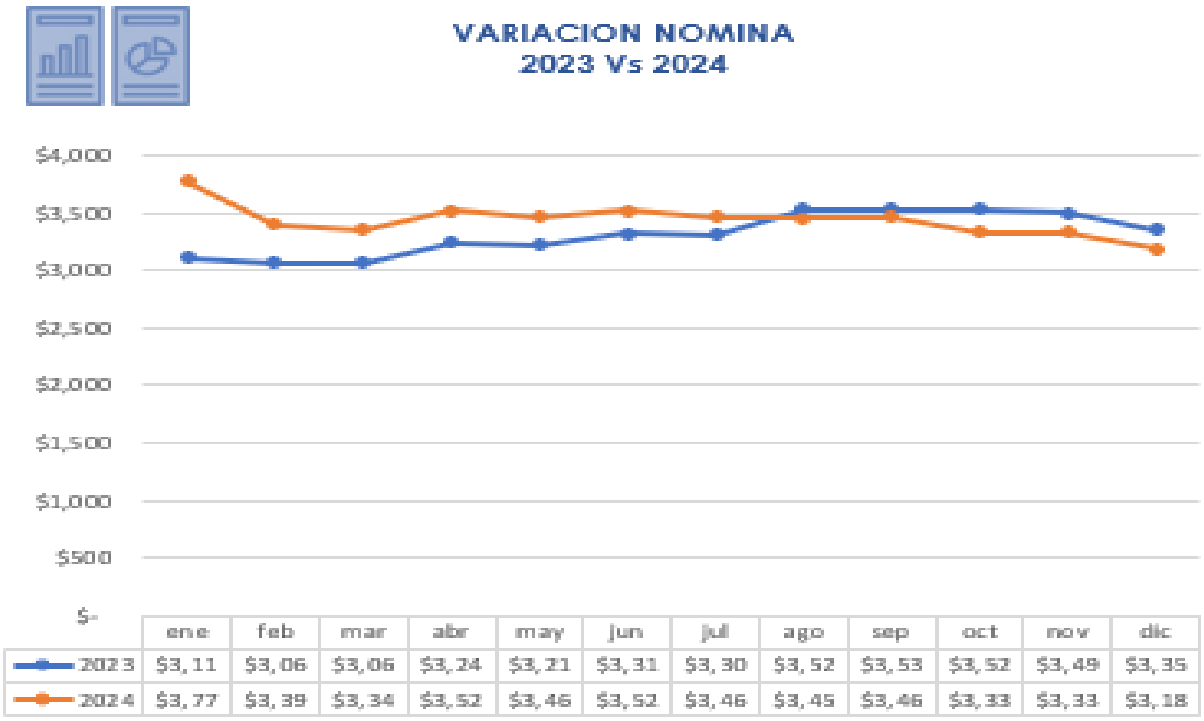
4. Desempeño institucional



Dirección Administrativa y Financiera

Hecho por Yeimi Lorena Correa Cardona

1. Análisis de la Variación de la Nómina: 2023 vs. 2024



	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic
2023	$3,11	$3,06	$3,06	$3,24	$3,21	$3,31	$3,30	$3,52	$3,53	$3,52	$3,49	$3,35
2024	$3,77	$3,39	$3,34	$3,52	$3,46	$3,52	$3,46	$3,45	$3,46	$3,33	$3,33	$3,18

En el análisis de la variación de la nómina mensual entre los años 2023 y 2024, se observa un incremento general de los salarios, con algunas fluctuaciones mensuales. A continuación, se desglosan los resultados clave:

1.1 Comparativa Mensual

- **Enero:** En enero de 2024, la nómina fue de $3,772, lo que representa un incremento del **21.2%** respecto a los $3,112 de enero de 2023.
- **Febrero:** En febrero, se observó una variación más moderada, con un aumento de **10.8%**, pasando de $3,067 en 2023 a $3,399 en 2024.

- **Marzo:** Similar a febrero, en marzo hubo un incremento del **9.4%**, con un valor de $3,348 en 2024 frente a los $3,062 en 2023.
- **Abril:** En abril, el aumento fue de **8.6%**, con una nómina de $3,520 en 2024 comparado con $3,240 en 2023.
- **Mayo:** En mayo, el incremento fue de **7.8%**, pasando de $3,217 en 2023 a $3,467 en 2024.
- **Junio:** En junio, la nómina aumentó un **6.1%**, con un total de $3,521 en 2024 frente a $3,317 en 2023.
- **Julio:** El mes de julio mostró una variación menor de **4.8%**, con $3,465 en 2024 frente a $3,307 en 2023.
- **Agosto:** En agosto, la variación fue negativa, con una disminución del **2.1%** respecto al año anterior, pasando de $3,528 en 2023 a $3,454 en 2024.
- **Septiembre**: En septiembre, la nómina en 2024 fue de $3,461, ligeramente por debajo de los $3,534 en 2023, lo que representó una caída de **2.1%**.
- **Octubre:** En octubre, la disminución fue más notable, con un descenso de **5.4%**, pasando de $3,524 en 2023 a $3,332 en 2024.
- **Noviembre:** En noviembre, la nómina fue de $3,333, un leve descenso de **4.7%** respecto a $3,496 en 2023.
- **Diciembre:** Finalmente, en diciembre, se registró una disminución del **5.0%**, con $3,187 en 2024 comparado con $3,356 en 2023.

1.2 Total General Anual

El total general de la nómina para 2023 fue de **$39,760**, mientras que en 2024 fue de **$41,260**, lo que representa un aumento global del **3.8%**. Este incremento refleja una tendencia de crecimiento en los pagos, aunque con algunas fluctuaciones mensuales que responden a factores como ajustes salariales, políticas internas y cambios estacionales.

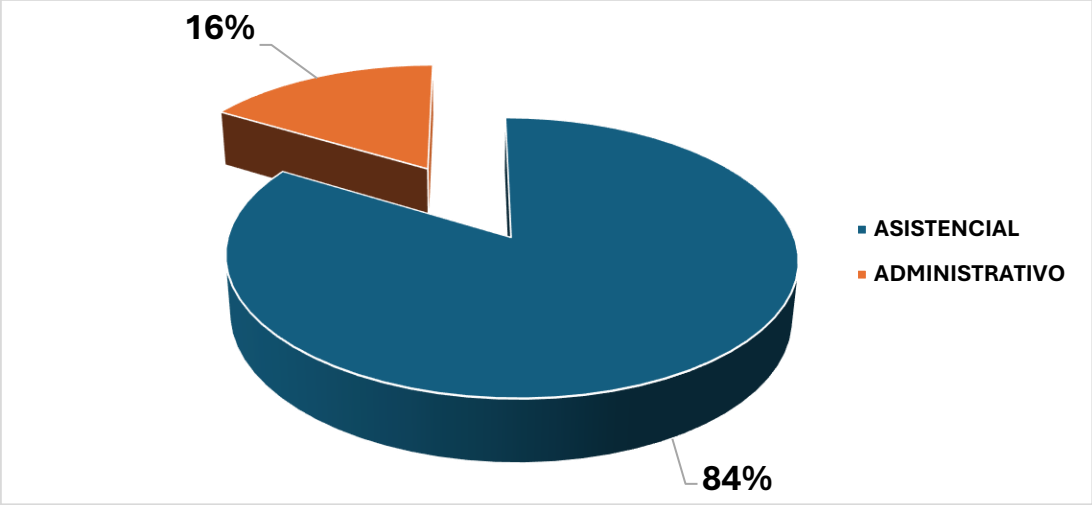
1.3 Observaciones Adicionales

- La mayor variación positiva se registró en **enero**, con un aumento del **21.2%** en comparación con el mismo mes de 2023.
- A pesar de los incrementos iniciales en el primer semestre del año, se observa una tendencia a la baja en los últimos meses, especialmente en **octubre**, **noviembre** y **diciembre**, lo cual podría estar relacionado con ajustes salariales, menor actividad económica o variaciones estacionales.

1.4 Conclusión

La variación de la nómina de 2023 a 2024 muestra un aumento moderado y un comportamiento general de crecimiento, con ciertos meses experimentando caídas. El aumento total de **$1,500** en la nómina anual refleja un esfuerzo por parte de la empresa para mantener la competitividad salarial, a pesar de algunas fluctuaciones mensuales que podrían estar asociadas a factores internos o del mercado laboral. En general, la empresa parece estar alineando su estructura salarial con las expectativas del mercado y las necesidades de su fuerza laboral.

2. Análisis por centro de costos

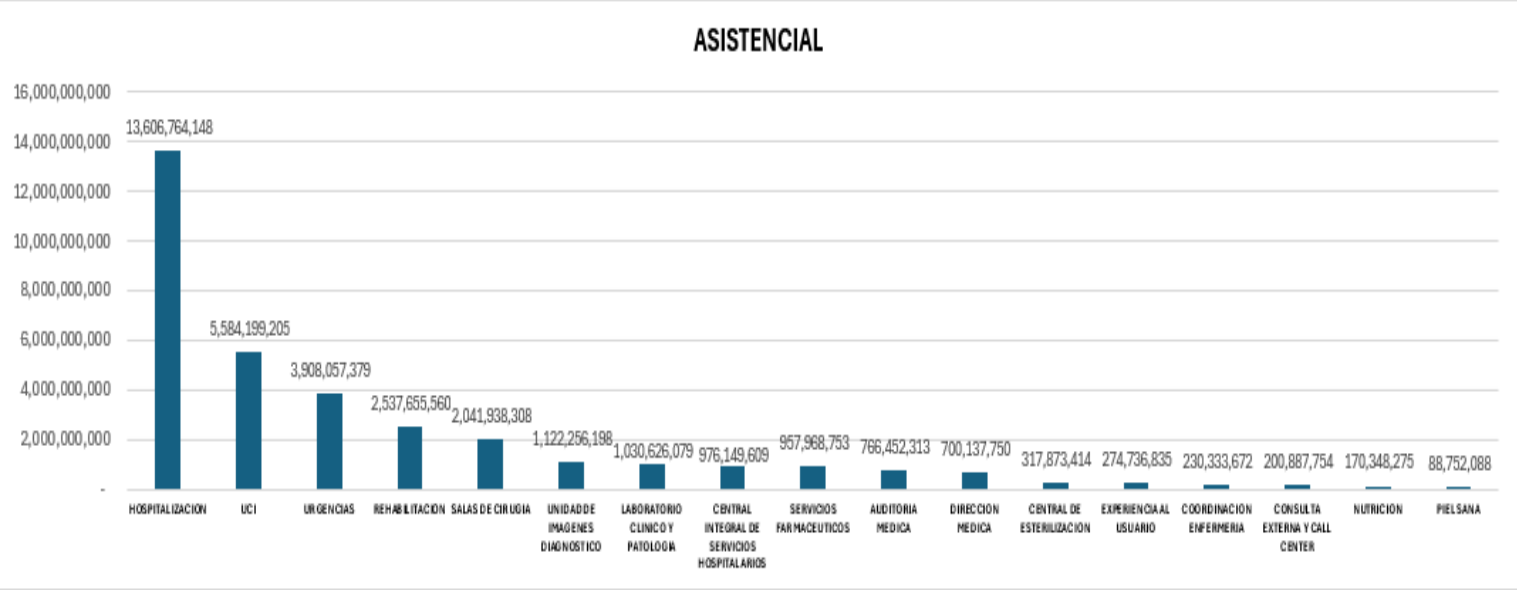


La nómina total se divide en dos áreas principales: **Asistencial** y **Administrativo**. La distribución es la siguiente:

- **Asistencial: 83.65%** de la nómina total.
- **Administrativo: 16.35%** de la nómina total.

Esta proporción refleja la mayor carga de personal en el área asistencial, lo cual es común en empresas o instituciones del sector salud o servicios directos al cliente, donde se requiere una mayor cantidad de personal para la atención directa.

3. Análisis de los Centros de Costo (CECO) y su Distribución por Área Asistencial



El análisis de los datos proporcionados muestra un desglose de los costos y la ponderación de los diferentes servicios dentro del área asistencial de Fundación Hospital San Carlos. A continuación, desglosaré el análisis de los datos:

1. **Hospitalización** (32.98% del total): Este servicio representa la mayor proporción de los costos, alcanzando más de 13.6 mil millones. Esto refleja que la hospitalización es un área clave en términos de recursos y gastos dentro de la institución.

2. **UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)** (13.53% del total): Otro gasto importante, con un monto cercano a los 5.6 mil millones. La UCI es fundamental para el tratamiento de pacientes en estado crítico, lo que justifica su alto porcentaje.

3. **Urgencias** (9.47% del total): Con un gasto de casi 3.9 mil millones, las urgencias tienen un porcentaje significativo de los costos, lo que refleja la alta demanda y la naturaleza urgente de este servicio.

4. **Rehabilitación** (6.15% del total): Con más de 2.5 mil millones, este servicio refleja la importancia de los tratamientos post-hospitalarios y la recuperación de los pacientes, aunque su gasto es menor en comparación con los servicios anteriores.

5. **Salas de Cirugía** (4.95% del total): El gasto en salas de cirugía es de más de 2 mil millones, lo que indica que las intervenciones quirúrgicas son una parte crucial del servicio asistencial.

6. **Unidad de Imágenes Diagnóstico** (2.72% del total): Con un gasto de poco más de mil millones, este servicio es esencial para el diagnóstico y la planificación del tratamiento de los pacientes.

7. **Laboratorio Clínico y Patología** (2.50% del total): Un gasto cercano a mil millones en estas áreas refleja la importancia del diagnóstico y los análisis médicos en el proceso asistencial.

8. **Central Integral de Servicios Hospitalarios** (2.37% del total): Este servicio abarca diversas áreas operativas dentro del hospital, con un costo cercano a los 976 millones.

9. **Servicios Farmacéuticos** (2.32% del total): El gasto en los servicios farmacéuticos es de aproximadamente 958 millones, lo que es esperado dada la necesidad de medicamentos para el tratamiento de los pacientes.

10. **Auditoría Médica** (1.86% del total): Con un costo de 766 millones, la auditoría médica desempeña un papel en la revisión y control de la calidad del servicio médico.

11. **Dirección Médica** (1.70% del total): Con un gasto de 700 millones, la dirección médica es responsable de la supervisión y la gestión de los servicios médicos dentro de la institución.

12. **Central de Esterilización** (0.77% del total): El gasto de 318 millones refleja la importancia de mantener los estándares de esterilización para la seguridad del paciente.

13. **Experiencia al Usuario** (0.67% del total): Con 275 millones, este servicio busca garantizar que los pacientes tengan una experiencia positiva en el hospital, aunque representa una fracción menor de los costos totales.

14. **Coordinación de Enfermería** (0.56% del total): El costo de 230 millones refleja los esfuerzos de organización y planificación del personal de enfermería.

15. **Consulta Externa y Call Center** (0.49% del total): Este servicio tiene un costo de 201 millones y refleja la atención ambulatoria y la atención telefónica para la programación de citas.

16. **Nutrición** (0.41% del total): Con 170 millones, el servicio de nutrición es esencial para el bienestar de los pacientes, pero representa una proporción menor del gasto total.

17. **Piel Sana** (0.22% del total): Este es el servicio con el porcentaje más bajo, con un costo de solo 88 millones. Posiblemente esté relacionado con el cuidado de la piel de los pacientes, pero su impacto en el gasto total es mínimo.

3.1 Conclusiones

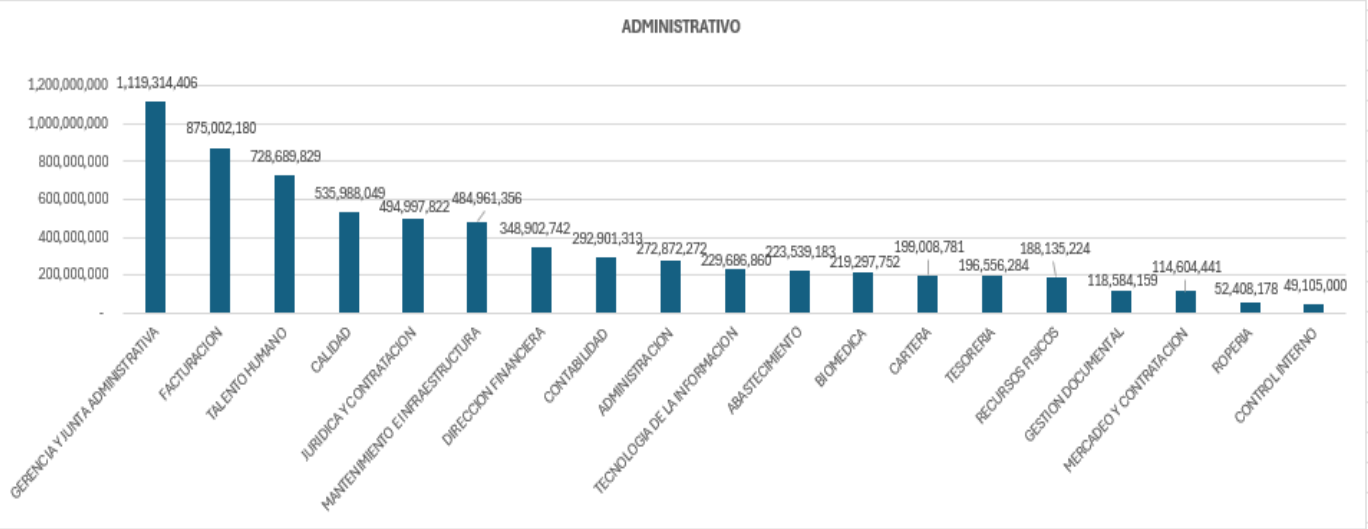
- **Áreas de mayor impacto**: Los servicios de hospitalización, UCI y urgencias representan más del 50% del total de los gastos, lo que indica que la atención crítica y hospitalaria es la mayor fuente de costos.

- **Áreas con menor impacto**: Servicios como "Piel Sana", "Nutrición" y "Consulta Externa" tienen porcentajes muy bajos, indicando que son áreas menos costosas o con menos volumen de actividades comparado con los otros servicios.

- **Eficiencia operativa**: El porcentaje total de cada área podría reflejar la priorización de recursos y la complejidad de cada servicio. Los servicios con mayores costos pueden reflejar la necesidad de infraestructura más avanzada, personal especializado y mayor demanda.

Este análisis puede ayudar a entender la distribución de los recursos en el hospital, destacando áreas críticas y posibles oportunidades para mejorar la eficiencia o ajustar las prioridades en la asignación de recursos.

4. Análisis de los (CECO) y su Distribución por Área Administrativa.



Esta tabla muestra un análisis del gasto o asignación presupuestaria por diferentes áreas administrativas (CECO), con los valores totales y su porcentaje ponderado con relación al total general. A continuación, te presento un análisis detallado:

1. Principales áreas con mayor asignación de recursos:

- **Gerencia y Junta Administrativa** lidera con **1,119,314,406 (2.71%)**, siendo el área que consume el mayor porcentaje del total. Esto refleja su importancia estratégica en la toma de decisiones globales.
- Le sigue **Facturación** con **875,002,180 (2.12%)**, mostrando el peso de este proceso en la estructura administrativa.

- **Talento Humano** ocupa el tercer lugar con **728,689,829 (1.77%)**, lo cual es esperado dada su responsabilidad en la gestión de personal.

2. Áreas con asignación media:

- **Calidad 535,988,049(1.30%)**, **Jurídica y Contratación 494,997,822(1.20%)** y **Mantenimiento e Infraestructura 484,961,356(1.18%)** muestran una asignación significativa, reflejando su rol en garantizar estándares, contratos legales, y el funcionamiento de las instalaciones.
- **Dirección Financiera 348,902,742(0.85%)** y **Contabilidad 292,901,313(0.71%)** tienen asignaciones que respaldan la gestión económica y control financiero.

3. Áreas con menor asignación:

- En la parte baja de la lista están áreas como **Ropería 52,408,178(0.13%)** y **Control Interno 49,105,000(0.12%)**, que reciben un porcentaje reducido. Esto podría explicarse porque son áreas de soporte específico y de menor escala en comparación con otras.

4. Interpretación general:

El porcentaje ponderado disminuye progresivamente desde las áreas estratégicas hacia las operativas y de soporte. Esto sugiere una distribución alineada con la importancia jerárquica y funcional de cada área dentro de la organización.

5. Análisis Horas Extras



1. Total General Anual:

   - **2023**: $9,349,815
   - **2024**: $9,535,011

El total de gastos en horas extras incrementó en $185,196 (+1.98%) de un año a otro.

2. Variaciones Mensuales:

Incrementos más significativos:

- **Abril**: Pasó de $546,928 en 2023 a $1,404,189 en 2024 (+156.7%).
- **Mayo**: De $315,938 en 2023 a $1,120,146 en 2024 (+254.5%).
- **Diciembre**: De $13,963 en 2023 a $1,138,315 en 2024 (+8,050.4%).

Reducciones más significativas:

- **Febrero**: De $1,323,046 en 2023 a $695,997 en 2024 (-47.4%).
- **Octubre**: De $2,445,877 en 2023 a $196,902 en 2024 (-91.9%).
- **Junio**: De $978,229 en 2023 a $301,157 en 2024 (-69.2%).

3. Distribución Mensual por Año:

- ✓ En **2023**, el mes con mayor gasto en horas extras fue **octubre** ($2,445,877), mientras que el menor fue **diciembre** ($13,963).
- ✓ En **2024**, el mes con mayor gasto fue **abril** ($1,404,189) y el menor fue **octubre** ($196,902).

5.1 Conclusión

Existe una redistribución notable de los gastos en horas extras en 2024. Algunos meses que antes tenían altas cifras (como octubre) se redujeron considerablemente, mientras que otros meses como abril y mayo experimentaron incrementos pronunciados.

6. Análisis Recargos.



1. Comparación General:

   - Se observa un comportamiento mixto en los recargos entre ambos años.
   - Algunos meses muestran incrementos significativos en 2024, mientras que otros presentan reducciones.

2. Análisis por Mes (Tendencias Generales):

   - **Enero y Febrero:** Incrementos notables en los recargos en 2024.
   - **Marzo a Mayo:** Incrementos significativos en abril y mayo, con un pico visible en estos meses.
   - **Junio y Julio:** Los valores son más uniformes entre los años.
   - **Septiembre y Octubre:** Parece haber un ligero decremento en 2024 comparado con 2023.
   - **Noviembre y Diciembre:** Una caída en diciembre 2024 respecto al mismo mes de 2023.

3. Patrones Importantes:

   - Abril y mayo son los meses con mayores recargos en 2024, indicando un posible aumento de actividad o eventos extraordinarios en este período, esto se da por los festivos que hubo en la semana santa.
   -

7. Conclusión general sobre el desempeño del hospital en 2024

El hospital parece haber tenido resultados financieros o de desempeño mixtos durante 2024, con áreas que experimentaron un crecimiento positivo significativo y otras que enfrentaron retrocesos. Esto indica un período de ajustes y desafíos, probablemente ligado a cambios en prioridades estratégicas, optimización de recursos o fluctuaciones externas (económicas o del sector salud).

Gestión Área de Tesorería

Hecho por Manuel Espitia

1. Informe Gestión Área De Tesorería

El área de tesorería tiene como objetivo controlar y administrar los recursos financieros de forma transparente y eficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones que se generen de la Operación del Hospital como lo son el recurso Humano, Proveedores y demás Acreedores.

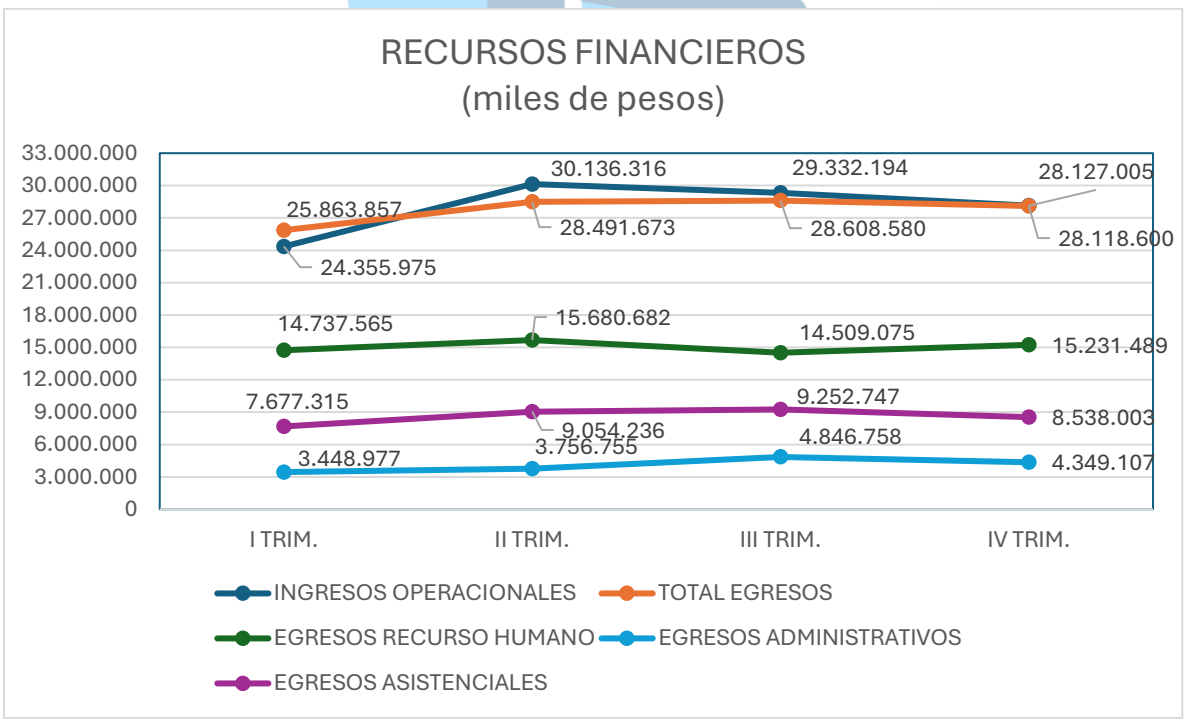
En el año 2024, la FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS recaudo ingresos operacionales por valor de $111.951.490.702, de los cuales el 85,4% se concentró en seis entidades, la más significativa NUEVA EPS que lidera con un 39,7%.

CLIENTE	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.	TOTAL	%
NUEVA EPS S.A	10.088.779	11.559.044	11.532.920	11.249.373	**44.430.116**	**39,7%**
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1.663.401	2.993.279	4.317.830	5.622.354	**14.596.865**	**13,0%**
SALUD TOTAL S A EPS	2.439.955	5.629.821	2.864.711	1.978.186	**12.912.672**	**11,5%**
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS	2.599.735	2.604.769	3.659.705	3.759.002	**12.623.212**	**11,3%**
EPS SANITAS SA	1.942.808	1.696.550	2.469.980	1.518.918	**7.628.256**	**6,8%**
UNION TEMPORAL SERVISALUD SAN JOSE	1.507.633	1.810.899	80.948	1.797	**3.401.277**	**3,0%**
OTROS	4.113.664	3.841.953	4.406.100	3.997.373	**16.359.091**	**14,6%**
TOTAL	**24.355.975**	**30.136.316**	**29.332.194**	**28.127.005**	**111.951.490**	**100,0%**

En comparación al año 2023, se evidencia un aumento del 5.86% en el recaudo operacional.

Así mismo estos recursos permitieron cubrir la operación del Hospital, los cuales fueron destinados de la siguiente forma, un 37.6% a recurso Humano, pagos de Nomina, seguridad social, Cesantías, Prima, etc. Los Honorarios médicos de especialistas ocuparon recursos en un 16.5%., Proveedores Administrativos un 14.8% y Asistenciales un 31.1%.

DESTINACION	I TRIM.	II TRIM.	III TRIM.	IV TRIM.	TOTAL	%
RECURSO HUMANO	**14.737.565**	**15.680.682**	**14.509.075**	**15.231.489**	**60.158.810**	**54,2%**
01-GASTOS DE PERSONAL	10.487.502	11.259.248	9.770.327	10.303.848	**41.820.924**	37,6%
02-HONORARIOS	4.250.063	4.421.434	4.738.748	4.927.641	**18.337.886**	16,5%
ADMINISTRATIVOS	**3.448.977**	**3.756.755**	**4.846.758**	**4.349.107**	**16.401.597**	**14,8%**
02-HONORARIOS	286.829	453.860	519.185	272.598	**1.532.473**	1,4%
07-PROVEEDORES LOGISTICOS	960.034	1.120.952	1.486.917	2.165.951	**5.733.853**	5,2%
11-PROVEEDORES TI	211.567	145.240	124.365	190.829	**672.000**	0,6%
14-MANTENIMIENTO	89.514	155.798	181.018	98.412	**524.741**	0,5%
16-PROVEEDORES GENERALES	318.470	365.395	417.162	386.400	**1.487.427**	1,3%
21-ROPA HOSPITALARIA	500	2.029	553	0	**3.082**	0,0%
22-SEGUROS	296.852	345.290	368.600	481.617	**1.492.359**	1,3%
24-SERVICIOS PUBLICOS Y PRIVAD	517.621	546.075	559.287	465.585	**2.088.568**	1,9%
IMPUESTOS	767.589	622.115	1.189.671	287.717	**2.867.092**	2,6%
ASISTENCIALES	**7.677.315**	**9.054.236**	**9.252.747**	**8.538.003**	**34.522.302**	**31,1%**
08-MEDICAMENTOS	2.672.841	3.347.534	3.389.487	3.258.879	**12.668.742**	11,4%
09-DISPOSITIVOS MEDICOS	2.355.306	2.685.608	2.662.576	2.341.012	**10.044.502**	9,0%
10-LABORATORIO	782.985	626.666	826.905	786.816	**3.023.371**	2,7%
12-PROVEEDOR BIOMEDICOS	202.298	915.235	753.552	668.441	**2.539.526**	2,3%
13-PROVEEDORES ORTOPEDIA	830.254	727.459	793.509	653.548	**3.004.770**	2,7%
17-SERVICIOS HOSPITALARIOS	339.697	261.889	199.232	80.364	**881.182**	0,8%
18-MEDICOQUIRURGICOS	493.935	489.844	627.487	748.944	**2.360.210**	2,1%
EGRESO OPERACIONAL	**25.863.857**	**28.491.673**	**28.608.580**	**28.118.600**	**111.082.709**	**100,0%**



2. Obligaciones Financieras

En el año 2024, contamos como aliado al banco de Bogotá, con el cual, mediante negociaciones, fueron aprobados tres nuevos productos de financiación los cuales nos permitieron soportar la operación del Hospital.

- Crédito de Cesantías por valor de $1.600.000.000
- Crédito Capital de trabajo por valor de $1.500.000.000
- Crédito Rotativo por valor de $1.500.000.000

Al cierre de año finalizamos con un saldo total de deuda Financiera

FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS
OBLIGACIONES FINANCIERAS
A 31 DE DICIEMBRE 2024

BANCO	OBLIGACION	INICIO	TERMINA	PLAZO	VALOR INICIAL	SALDO A DICIEMBRE
LEASING BANCOLDEX	101-1000-496930007	01-May-18	02-Mar-25	7 años	2.843.232.535	221.175.849
BANCO BOGOTA	00954758057	13-Feb-24	13-Feb-25	12 meses	1.600.000.000	266.666.670
BANCO BOGOTA	01053204440	28-Oct-24	28-Nov-27	36 meses	1.500.000.000	1.416.666.666
DAVIVIENDA	7000008300853990	30-Mar-23	29-Mar-29	72 meses	11.999.899.455	9.137.569.740
TOTAL					**17.943.131.990**	**11.042.078.925**

Creditos Terminados de pagar en el Año 2025	487.842.519
Creditos Terminados de pagar años siguientes	10.554.236.406
TOTAL CREDITOS	**11.042.078.925**

Gestión de Cartera

Hecho por Marilyn Yised López Mila

1. Introducción

El presente informe tiene como objetivo proporcionar un análisis de la gestión de la cartera durante el año 2024. en este informe se evaluarán aspectos clave relacionados con el manejo de los saldos pendientes, los procesos de facturación, los pagos realizados por las entidades de aseguramiento y las principales instituciones o pacientes que impactan el flujo de ingresos. asimismo, se abordarán las estrategias y políticas implementadas para mejorar la eficiencia en la recuperación de los recursos y garantizar la sostenibilidad financiera de los servicios de salud. con este informe se busca ofrecer una visión integral sobre el estado de la cartera, identificar las áreas de mejora y proponer acciones que optimicen la gestión de los cobros, favoreciendo así el fortalecimiento del sistema financiero y la continuidad de los servicios de salud.

2. Estado General De La Cartera

La cartera de la organización está compuesta principalmente por las entidades que tienen un mayor impacto en el valor total de la misma. Estas entidades representan el 85% del monto total de la cartera, lo que refleja su relevancia tanto en el contexto financiero como operativo. A continuación, se destacan las características clave de estas entidades, ofreciendo una visión precisa de su contribución a la cartera:

- Las principales aseguradoras y entidades de salud representan la mayor parte de los saldos pendientes, lo cual requiere un enfoque constante en la gestión de cobros y seguimiento.
- Nueva EPS representa aproximadamente el 60% del valor total de la cartera, lo que

demuestra su relevancia dentro de las entidades de mayor impacto. Las otras entidades representan el 25% restante del valor total.

ESTADO GENERAL DE CARTERA
CORTE: 31 DICIEMBRE 2024

CARTERA GRUPO 1	103.814,95	Total cartera →	122.120,62

DIFICIL RECUPERACIÓN	5,33
CARTERA A RECUPERAR	103.809,62

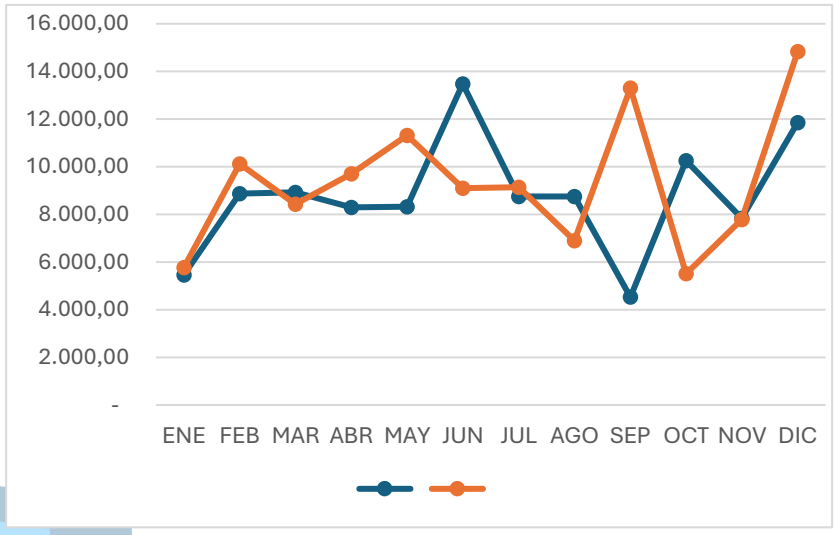
SIN RADICAR	6.349,74
DEVOLUCION INVENTARIADA	378,25
OBJECIONES	18.643,04
DEVOLUCIONES RADICADAS	400,87
VALOR SOPORTADO	10.306,09
LIBRE	67.731,64

3. Resultados Obtenidos

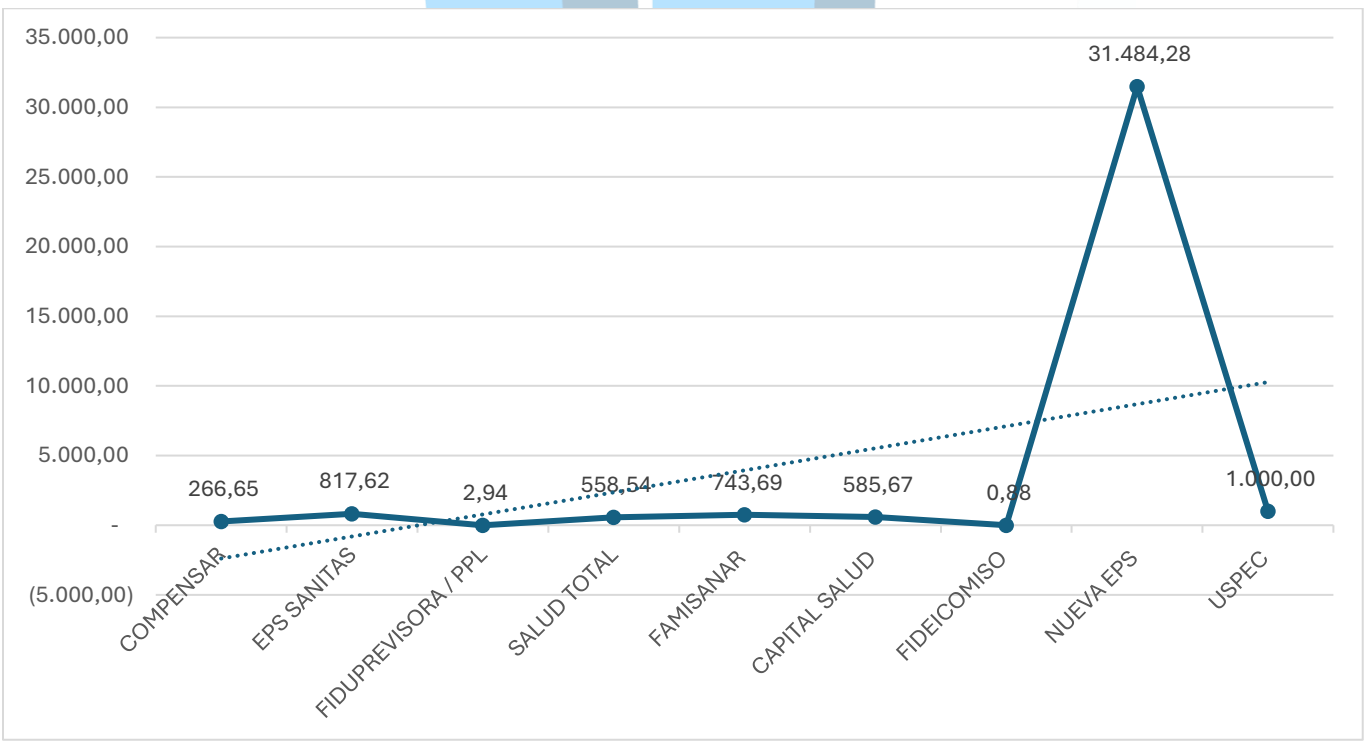
Durante el año 2024, se registró un incremento del **6%** en el recaudo en comparación con 2023. Este crecimiento refleja una mejora significativa en la recuperación de la cartera. Las estrategias de cobranza más eficientes, la optimización de los procesos administrativos y la consolidación de relaciones con las entidades deudoras han sido claves en este resultado.

- **Impacto en la estabilidad financiera:** El incremento del recaudo ha fortalecido la estabilidad financiera de la organización y ha mejorado la gestión general de la cartera.

AÑO	2023	2024
ENE	5.459,89	5.775,39
FEB	8.878,60	10.115,10
MAR	8.921,88	8.434,09
ABR	8.288,53	9.702,47
MAY	8.325,07	11.320,07
JUN	13.478,58	9.103,80
JUL	8.753,09	9.135,23
AGO	8.749,57	6.893,17
SEP	4.529,99	13.303,80
OCT	10.260,07	5.508,88
NOV	7.837,55	7.786,95
DIC	11.860,95	14.830,94
TOTAL	**105.343,76**	**111.909,88**



4. Análisis De Pagos



En el análisis de los pagos realizados durante el período, se observa que la entidad Nueva EPS es responsable de los pagos más significativos, con un total de 35,000 millones, lo que representa una parte

considerable de la recuperación de la cartera. Este volumen de pago resalta la importancia de Nueva EPS como uno de los actores clave en la regularización de la deuda, contribuyendo significativamente al fortalecimiento del flujo de caja. A pesar de este alto nivel de pago, se requiere mantener un enfoque constante en la gestión de pagos de otras entidades para asegurar la estabilidad y optimización de la recuperación de la cartera en su totalidad.

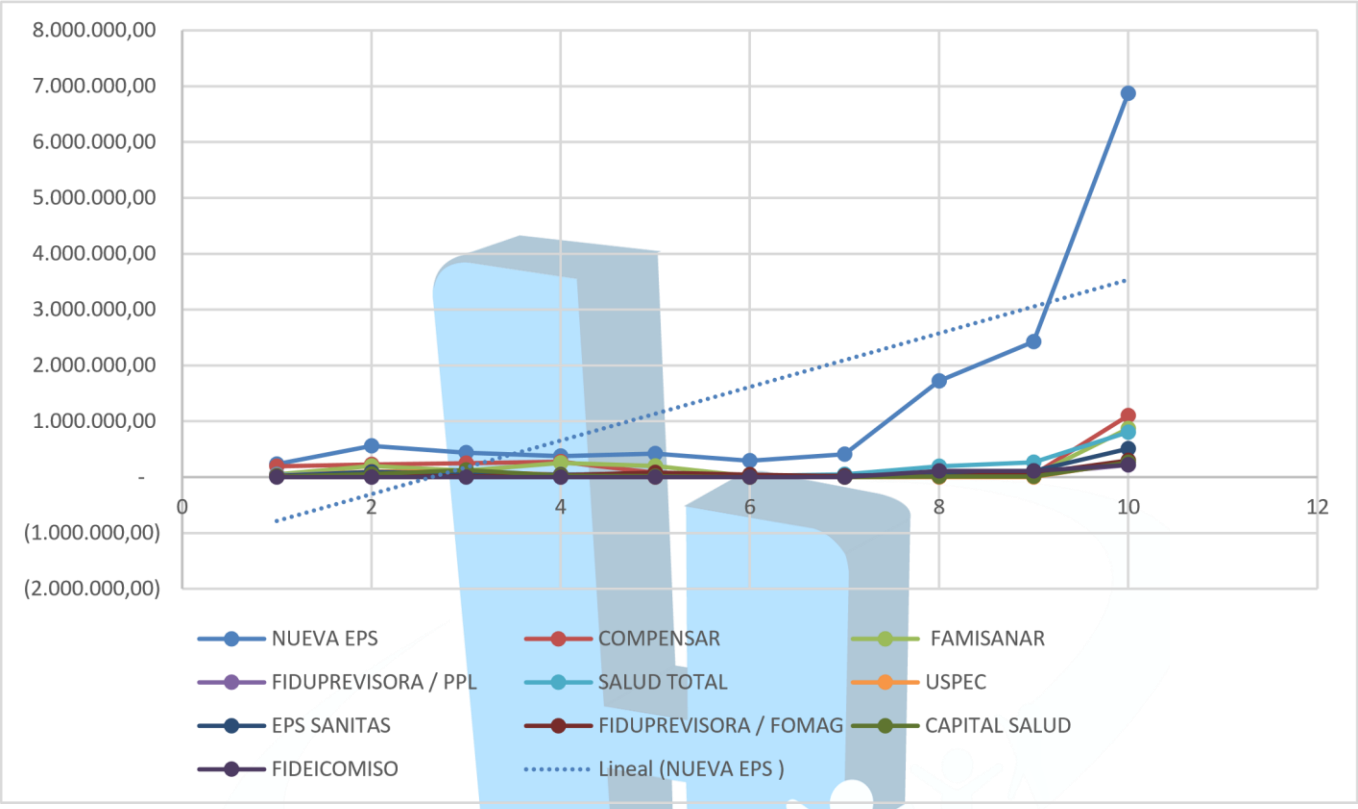
5. Riesgos Identificados

Durante el análisis y monitoreo de la cartera, se han identificado varios riesgos que podrían afectar la recuperación eficiente de los montos pendientes. Estos riesgos, tanto operativos como financieros, requieren atención estratégica para mitigar su impacto:

1. **Riesgo de Prescripción de Deudas:** Las deudas que superan los **360 días** podrían prescribir, lo que significa que, de no gestionarse adecuadamente, se pierde la posibilidad de exigir su pago conforme a la normativa vigente.
2. **Inestabilidad Financiera de las Entidades Deudoras:** Las dificultades financieras de algunas EPS o aseguradoras podrían generar retrasos en los pagos, afectando el flujo de efectivo de la organización.
3. **Cambios Regulatorios y Normativos:** Las modificaciones en las políticas de salud pública o la normativa que regula las relaciones entre prestadores y aseguradoras podrían generar incertidumbre y demoras en la recuperación de la cartera.

			PROCESO INTERNO				PROCESO EXTERNO		
EDAD DE CARTERA	SALDOFACTURAS	SALDOFACTURAS - ABONOS	SIN RADICAR	DEVOLUCION INVENTARIADA	OBJECIONES	NOTA CREDITO GLOSA	DEVOLUCIONES RADICADAS	VALOR SOPORTADO	LIBRE
SIN RADICAR	6.349,74	6.349,74	6.349,74	-	-	-	-	-	-
DE 0 A 30 DIAS	13.421,43	13.421,43	-	61,14	1.678,88	-	17,39	-	11.664,02
DE 31 A 60 DIAS	12.363,70	12.363,70	-	90,65	1.225,48	-	7,86	596,75	10.442,95
DE 61 A 90 DIAS	10.887,67	10.887,67	-	93,77	865,50	0,04	60,21	629,84	9.238,31
DE 91 A 120 DIAS	9.084,87	9.084,87	-	29,03	1.026,41	-	125,79	531,64	7.372,00
DE 121 A 150 DIAS	4.539,75	4.539,75	-	20,32	524,76	0,05	14,29	435,20	3.545,12
DE 151 A 180 DIAS	5.314,71	5.314,71	-	17,66	927,99	-	67,99	820,67	3.480,41
DE 181 A 360 DIAS	21.236,92	21.236,92	-	21,85	1.894,55	0,00	38,33	4.294,53	14.987,66
DE 361 A 720 DIAS	18.264,49	18.264,49	-	35,94	9.277,25	5,23	57,21	2.969,82	5.919,03
DE 721 A 1080 DIAS	1.629,27	1.629,27	-	6,10	1.180,08	-	3,34	25,81	413,95
MAYOR A 1080 DIAS	722,41	722,41	-	1,79	42,13	-	8,46	1,84	668,19
TOTAL	103.814,95	103.814,95	6.349,74	378,25	18.643,04	5,33	400,87	10.306,09	67.731,64

- Se observa que la entidad que tiene el mayor impacto en la cartera es Nueva EPS, representando el 60% del valor total de la misma.



6. Análisis De Recaudo Por Entidad

CLIENTE	TOTAL PROYECTADO	RECAUDO	PROMEDIO
NUEVA EPS	54.216,57	36.324,81	149%
COMPENSAR	11.314,86	12.387,57	91%
FAMISANAR	14.041,17	11.573,12	121%
FIDUPREVISORA/PPL	1.178,22	1.498,35	79%
SALUD TOTAL	20.549,99	12.176,15	169%
UPSEC	416,45	1.000,00	42%
EPS SANITAS	7.402,69	7.172,45	103%
FIDUPREVISORA/FOMAG	-	936,75	0%
CAPITAL SALUD	2.515,63	2.530,63	99%
FIDEICOMISO	1.997,63	3.293,28	61%
TOTAL	**113.633,21**	**88.893,10**	**78%**

El recaudo alcanzado durante el año 2024 proviene mayormente de las entidades que representan un alto impacto en la cartera. Estas entidades, que representan el **78%** del total recaudado, destacan por su relevancia y volumen en los pagos realizados.

- Nueva EPS ha realizado pagos significativos, representando **36 mil millones** del valor total recaudado durante el año, lo cual ha sido crucial para la regularización de la deuda. Sin embargo, es necesario seguir trabajando con otras entidades para diversificar la base de ingresos y reducir riesgos asociados a la concentración.

7. Proyección Recaudo 2025

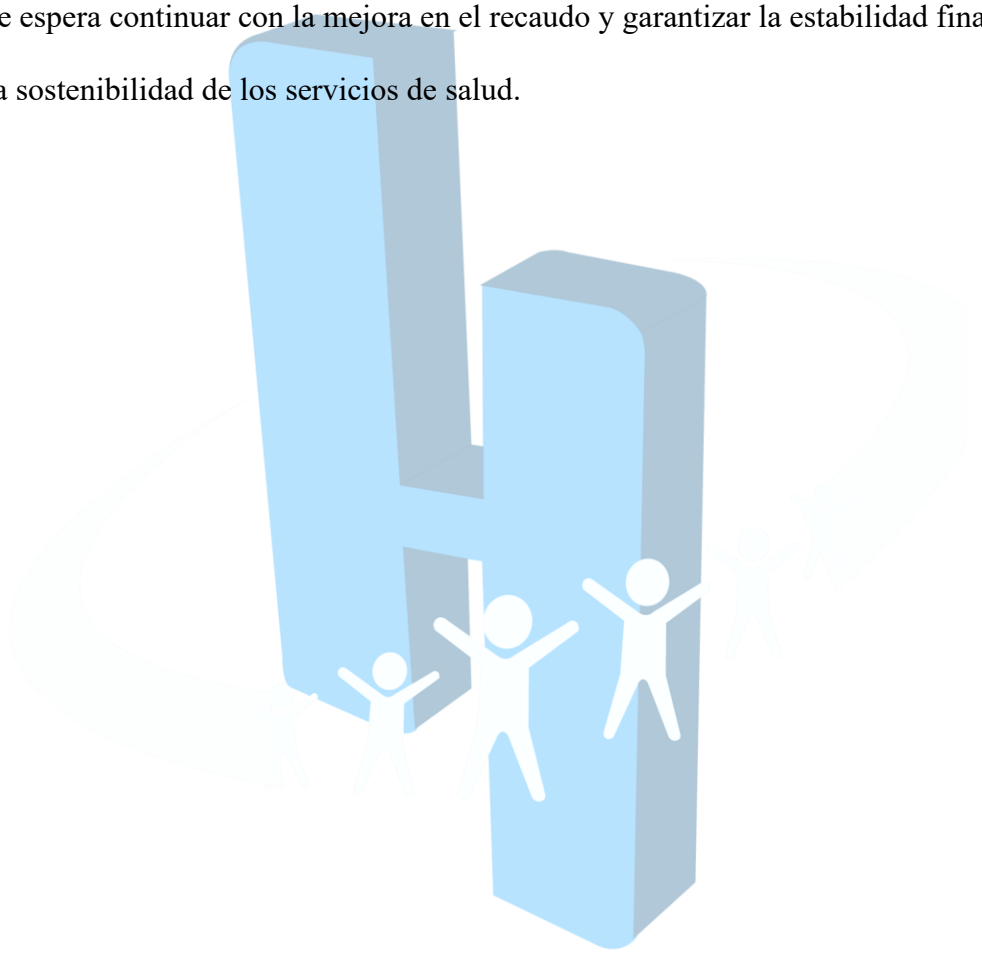
PROYECCIÓN 2024	RECAUDO 2024	PROYECCIÓN 2025	INCREMENTO
119.000,00	111.909,88	118.624,47	6%

- La proyección de recaudo para el año 2025, tomando como base el resultado real de 2024 de 111 millones, se ajusta a una expectativa de crecimiento del 6%, lo que resulta en una proyección de 118.624 millones. Este ajuste refleja una mejora sostenida en la recuperación de la cartera, alineándose con las estrategias de gestión implementadas y la optimización de procesos.

Estrategias exitosas de gestión de cartera:

- **Mejora en la cobranza y reducción de la morosidad:** La optimización de los procesos de cobranza, como el uso de plataformas digitales para pagos, sistemas de alertas automatizadas, acuerdos de pago más flexibles y la negociación con aseguradoras, puede resultar en una disminución de la morosidad, lo cual aumentaría el flujo de caja.
- **Sistemas de seguimiento de pagos más efectivos:** Implementar sistemas de gestión más eficaces para el seguimiento de pagos pendientes (por ejemplo, software de gestión de cuentas por cobrar, integración con sistemas de aseguradoras) puede acelerar la recuperación de la cartera y reducir los tiempos de cobro.

Este informe proporciona un panorama detallado de la situación de la cartera durante el año 2024, resaltando los logros alcanzados y los riesgos identificados que podrían afectar la recuperación de los saldos pendientes. La proyección para 2025 refleja un crecimiento moderado pero estable, basado en una mejora continua de las estrategias de gestión de cartera, optimización de procesos y la consolidación de relaciones con entidades clave. Con la implementación de acciones estratégicas y un monitoreo constante de los riesgos, se espera continuar con la mejora en el recaudo y garantizar la estabilidad financiera necesaria para la sostenibilidad de los servicios de salud.



Gestión de Facturación

Hecho por Lina Marcela Velásquez Rojas

1. Introducción

El presente informe tiene como objetivo evaluar el desempeño de la facturación en la Fundación Hospital San Carlos durante el período de enero a diciembre de 2024, analizando los principales resultados obtenidos y las áreas críticas que requieren mejora. Este análisis busca apoyar la toma de decisiones estratégicas para optimizar la gestión financiera de la institución y garantizar la sostenibilidad de los servicios.

2. Metodología

La información presentada en este informe se obtuvo a través de los sistemas de facturación de la institución Hosvital. Se analizaron indicadores como el total facturado, cumplimiento de metas de facturación, ingresos no facturados.

3. Análisis Cuantitativo

Facturación Total:

- En 2024, la facturación total anual fue de $147.850.559.
- En 2023, la facturación total anual fue de $134.084.645.
- **Crecimiento Anual:** La facturación en 2024 ha tenido un incremento del 10.3% con respecto a 2023, lo que indica un año de crecimiento sólido en comparación con el año anterior

Promedio Mensual:

- El promedio mensual de facturación en 2024 fue de $12.320.880.
- En 2023, el promedio mensual de facturación fue de $11.173.720,44.

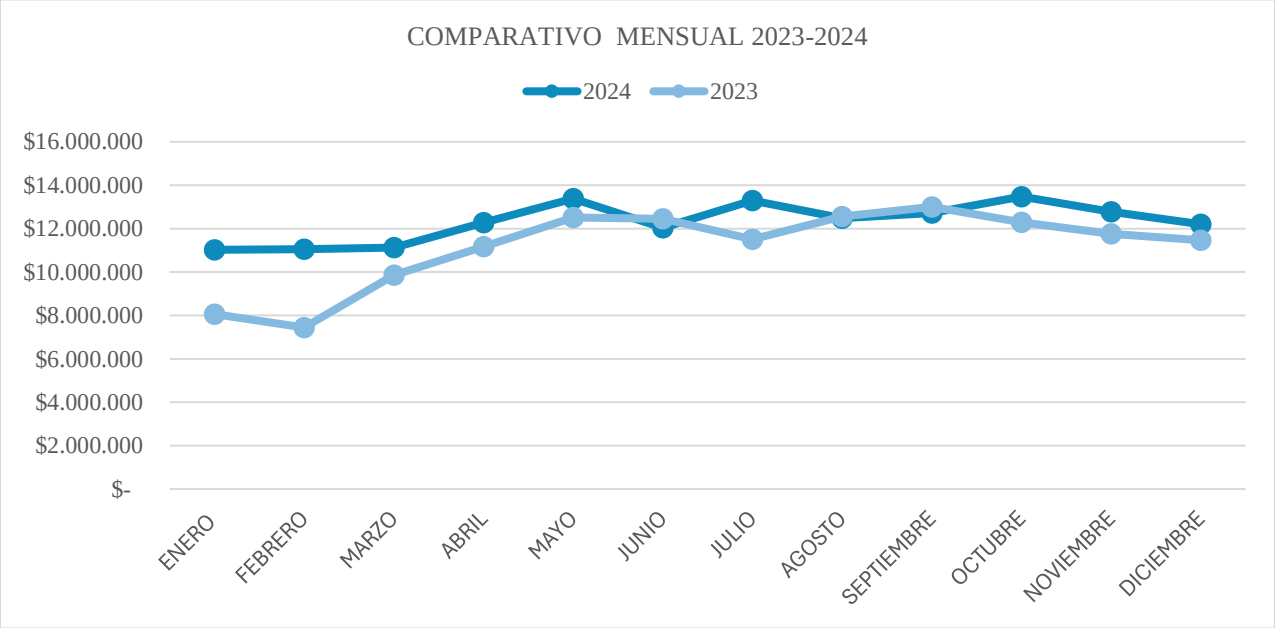
  Esto indica un aumento del 10.3% en el promedio mensual de facturación entre 2023 y 2024.

4. Evolución de la facturación durante la vigencia 2023-2024

Mes	*Facturación 2024*	*Facturación 2023*	*Diferencia*	*% de Variación*
Enero	$ 11.024.339	$ 8.059.255	$ 2.965.084	36.8%
Febrero	$ 11.050.546	$ 7.444.401	$ 3.606.145	48.5%
Marzo	$ 11.132.188	$ 9.861.957	$ 1.270.231	12.9%
Abril	$ 12.276.489	$ 11.164.987	$ 1.111.502	9.9%
Mayo	$ 13.387.586	$ 12.507.019	$ 880.567	7.0%
Junio	$ 12.041.454	$ 12.450.169	-$ 408.715	-3.3%
Julio	$ 13.290.205	$ 11.515.883	$ 1.774.322	15.4%
Agosto	$ 12.487.208	$ 12.560.702	-$ 73.494	-0.6%
Septiembre	$ 12.710.358	$ 13.003.096	-$ 292.738	-2.3%
Octubre	$ 13.475.646	$ 12.285.389	$ 1.190.257	9.7%
Noviembre	$ 12.770.851	$ 11.765.074	$ 1.005.777	8.6%
Diciembre	$ 12.203.688	$ 11.466.712	$ 736.976	6.4%
TOTAL AÑO	**$ 147.850.559**	**$ 134.084.645**	**$ 13.765.914**	**10,3**
PROMEDIO MES	**$ 12.320.880**	**$ 11.173.720**		

- Enero y febrero de 2024 muestran un incremento significativo respecto al mismo periodo de 2023 (36.8% y 48.5% respectivamente). Este aumento podría estar relacionado con la mayor demanda de servicios al inicio del año.
- En junio y agosto, la facturación en 2024 es ligeramente inferior a la de 2023 (-3.3% y -0.6%), lo cual podría señalar una baja temporal o variaciones en la demanda de servicios).

- Los meses de marzo, abril, Mayo, Julio, Octubre, Noviembre y Diciembre muestran un aumento constante con variaciones que oscilan entre el 7% y el 15%.
- En octubre, la facturación en 2024 ha experimentado un crecimiento de 9.7%, lo que refuerza la tendencia positiva de la mayoría de los meses de 2024.



5. Facturación Principales Entidades

El análisis comparativo por empresa entre los años 2023 y 2024 muestra las siguientes variaciones en la facturación total anual:

PRINCIPALES EMPRESAS

Empresa	*Total 2023*	*Total 2024*	*Diferencia*	*% Variación*	*Promedio 2023*	*Promedio 2024*
NUEVA EPS	$61,347,281	$53,190,115	-$8,157,166	-13.29%	$5,112,273	$4,432,510
SALUD TOTAL	$12,681,796	$15,063,560	+$2,381,764	+18.79%	$1,056,816	$1,255,297
FAMISANAR	$12,297,088	$18,226,904	+$5,929,816	+48.23%	$1,024,757	$1,518,909
CAPITAL SALUD	$10,686,898	$4,901,105	-$5,785,793	-54.16%	890,575	408,425
SANITAS	$10,049,998	$8,445,754	-$1,604,244	-15.96%	837,5	703,813
COMPENSAR	$8,181,819	$23,155,431	+$14,973,612	+183.01%	681,818	$1,929,619
FIDEICOMISO	$5,024,914	-	-	-	418,743	-
FIDUPREVISORA/ PPL	-	$3,142,165	+$3,142,165	-	-	261,847
FIDUPREVISORA/ FOMAG	-	338,178	338,178	-	-	28,181
USPEC	-	$2,792,319	+$2,792,319	-	-	232,693
Total general	$134,581,126	$147,850,290	+$13,269,164	+9.86%	$11,215,094	$12,320,858

Principales empresas por participación (%)

2023:

- NUEVA EPS: $61,347,281 (45.6%)
- SALUD TOTAL: $12,681,796 (9.4%)
- FAMISANAR: $12,297,088 (9.1%)

Estas tres empresas concentran aproximadamente el 64.1% de la facturación total de 2023, siendo NUEVA EPS la líder destacada.

2024:

- NUEVA EPS S.A: $53,190,115 (35.98%)
- COMPENSAR: $23,155,431 (15.66%)
- FAMISANAR: $18,226,904 (12.33%)

En 2024, NUEVA EPS sigue siendo líder, pero su participación disminuye, lo que indica una distribución más equitativa entre las empresas.

Promedios mensuales:

- Promedio mensual 2023: $11,215,094.
- Promedio mensual 2024: $12,320,857.5.

El promedio mensual aumentó en $1,105,763, reflejando un crecimiento sostenido.

Crecimiento destacado por empresa:

Mayor crecimiento en 2024:

- FAMISANAR: Incremento del 48.24% ($12,297,088 en 2023 a $18,226,904 en 2024).
- COMPENSAR: Incremento del 183.02% ($8,181,819 en 2023 a $23,155,431 en 2024).

Ambas empresas han ganado una mayor participación en el mercado.

Empresas con disminución:

- CAPITAL SALUD: $10,686,898 en 2023 vs. $4,901,105 en 2024 (reducción del 54.13%).
- NUEVA EPS: anteriormente, una caída del 13.29%.

Participación relativa de empresas 2024:

- FIDUPREVISORA/PPL: $3,142,165 (2.13%).

- USPEC: $2,792,319 (1.89%).

Estas empresas no aparecen en 2023

NUEVA EPS

FACTURACION NUEVA EPS 2023-2024

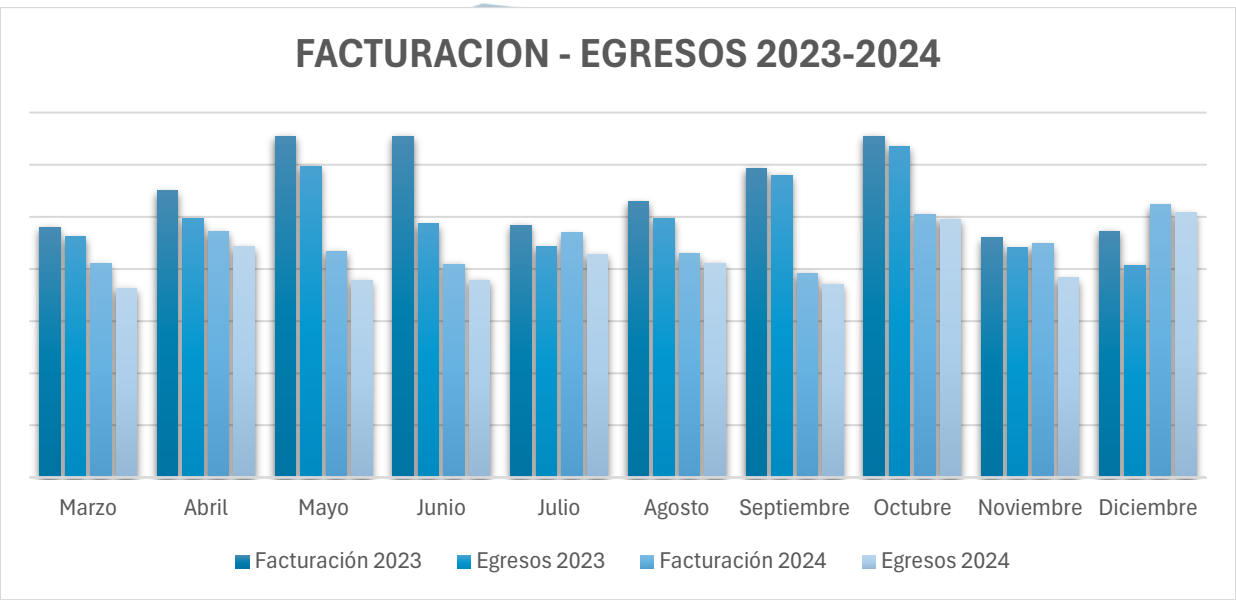
Mes	2023	2024
Enero	$ 2.910.255	$ 4.363.898
Febrero	$ 3.108.783	$ 3.899.769
Marzo	$ 4.801.929	$ 4.101.048
Abril	$ 5.502.236	$ 4.724.731
Mayo	$ 6.544.267	$ 4.342.545
Junio	$ 6.544.097	$ 4.089.972
Julio	$ 4.842.860	$ 4.693.073
Agosto	$ 5.291.208	$ 4.292.260
Septiembre	$ 5.934.556	$ 3.917.920
Octubre	$ 6.544.681	$ 5.050.521
Noviembre	$ 4.594.778	$ 4.479.669
Diciembre	$ 4.727.630	$ 5.234.707
Total general	**$ 61.347.280**	**$ 53.190.113**

EGRESOS NUEVA EPS 2023-2024

MES	2024	$ 2.023
ENERO	$ 4.077.470	$ 2.321.640
FEBRERO	$ 3.663.309	$ 2.732.687
MARZO	$ 3.625.181	$ 4.622.547
ABRIL	$ 4.421.616	$ 4.964.283
MAYO	$ 3.785.453	$ 5.971.784
JUNIO	$ 3.780.670	$ 4.866.367
JULIO	$ 4.282.713	$ 4.427.867
AGOSTO	$ 4.106.511	$ 4.968.222
SEPTIEMBRE	$ 3.708.963	$ 5.801.186
OCTBRE	$ 4.953.805	$ 6.349.958
NOVIEMBRE	$ 3.834.828	$ 4.407.996
DICIEMBRE	$ 5.080.547	$ 4.074.652
Total general	**$ 49.321.065**	**$ 55.509.189**

La facturación entre marzo y diciembre de 2024 es inferior en comparación con el mismo periodo 2023, una disminución total de $10,401,796, lo que representa un 18.79% menos.

En general, en 2024 tanto la facturación como los egresos son más bajos que en 2023, lo que puede indicar una reducción de costos y una disminución de ingresos, aunque la diferencia en egresos es más significativa. refleja una tendencia hacia una reducción de costos en 2024 en comparación con 2023, aunque la facturación también ha disminuido.



6. Facturación No Operacionales

Se realizan facturas no operacionales por empresa, calculado respecto al total general de $4,112,059,920:

EMPRESA	*TOTAL*	*% PARTICIPACIÓN*
FUNDACION PROTECCION DE LA JOVEN AMPARO DE NIÑAS	*$2,400,000,000*	*58.36%*
MEDITERRANEA DE CATERING SAS	*$1,142,101,860*	*27.77%*
DAVITA S.A.S.	*$355,752,982*	*8.65%*
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES	*$101,856,861*	*2.48%*
FUNDACION UNIVERSITARIA CAFAM-UNICAFAM	*$31,389,243*	*0.76%*
ALIANZA FIDUCIARIA S.A.	*$19,397,000*	*0.47%*
FOXTELECOLOMBIA S.A.	*$17,850,000*	*0.43%*
RCN TELEVISION SA	*$14,815,500*	*0.36%*
SERLOP & SONS SAS	*$9,711,620*	*0.24%*
CENTRO DE SERVICIOS COMPARTIDOS GUSTAVO RESTREPO	*$6,600,060*	*0.16%*
PATO MOJADO PRODUCCIONES SAS	*$4,522,000*	*0.11%*
COORSERPARK	*$3,702,570*	*0.09%*
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA	*$3,646,224*	*0.09%*
SERIE H S A S	*$714,000*	*0.02%*

- Las dos empresas principales, **FUNDACION PROTECCION DE LA JOVEN AMPARO DE NIÑAS** y **MEDITERRANEA DE CATERING SAS**, concentran el **86.13%** del total

7. Proyección 2025

Mes	Facturación 2025
Enero	$ 11.975.310.290
Febrero	$ 12.616.717.280
Marzo	$ 12.080.122.099
Abril	$ 13.311.253.299
Mayo	$ 14.525.171.187
Junio	$ 13.060.576.309
Julio	$ 14.417.738.997
Agosto	$ 13.548.036.711
Septiembre	$ 13.782.062.368
Octubre	$ 14.611.704.907
Noviembre	$ 13.849.573.376
Diciembre	$ 13.219.275.517
Total	**$ 160.997.542.340**

Total Facturación Proyectada 2025: $160,096,373,861

Total Egresos Proyectados 2025: $141,374,367,720

Esto indica un aumento en la facturación y egresos del 8.5%, con una diferencia positiva.

Gestión de Radicación de Cuentas

Hecho por Camila Andrea Cobos Torres

1. Introducción

El presente informe tiene como objetivo detallar los logros, retos y proyecciones del área de radicación de cuentas durante el año 2024, así como establecer las metas y estrategias para el año 2025.

Se tiene como objetivo proporcionar una visión clara de las acciones realizadas en el área, los resultados obtenidos y las estrategias futuras que permitirán fortalecer nuestro compromiso con la excelencia operativa en pro de la sostenibilidad financiera de la organización.

2. Procesos realizados del 2024

- **Mejoras operativas:**
    - Reducción del Tiempo Promedio de Radicación de Cuentas

Durante el periodo 2022-2024, se logró una disminución significativa en el tiempo promedio de radicación de cuentas, medido desde la fecha de generación de la factura hasta su radicación ante la entidad responsable de pago:

Año 2022 - 19.2 días

Año 2023 - 16,6 días

Año 2024 -14,5 días

Esta mejora refleja el impacto positivo de las estrategias implementadas en los procesos internos, enfocadas en la optimización de tiempos y la eficiencia operativa.

- Implementación de Manuales de Armado de Cuentas

Se desarrollaron y adoptaron manuales específicos para el armado de cuentas por entidad responsable de pago. Estos documentos proporcionan lineamientos claros para garantizar la estandarización y calidad en la presentación de las cuentas. Además, los manuales se actualizan de manera periódica para adaptarse a cambios normativos y requisitos específicos de cada entidad.

- Cuadro de Control para la Asignación de Facturas

Se implementó un cuadro de control colaborativo mediante la plataforma Drive, el cual permite:

- La asignación de facturas a los funcionarios encargados del armado de las cuentas.
- Un seguimiento detallado y en tiempo real del estado de cada factura.
- Una gestión eficiente de las responsabilidades, asegurando trazabilidad y priorización en la ejecución de las tareas.

- **Capacitación del personal:**
  - Realización de capacitación marco normativo para las fechas del 27 de septiembre y 3 de octubre con las áreas de facturación, cartera, paramétrica y mercadeo, jurídica, TICS, consulta externa, auditoria, autorizaciones y admisiones. En dicha capacitación se presentó

el proceso relacionado con la facturación electrónica y la implementación de los RIPS electrónicos, de acuerdo con las directrices del Ministerio de Salud y la DIAN.

- Retroalimentación periódica de las modificaciones e implementación en el proceso de digitalización y cargue de facturas en las diferentes plataformas de las entidades responsables de pago.

- **Indicadores de desempeño:**

Comparativo 2023 – 2024

AÑO	*2023*		*2024*	
MES	CANTIDAD	VALOR TOTAL	CANTIDAD	VALOR TOTAL
ENERO	3075	8.321.673	2644	8.231.868
FEBRERO	3011	8.106.452	3505	13.103.808
MARZO	2836	8.145.093	2823	12.639.750
ABRIL	2709	10.967.745	2989	10.742.805
MAYO	3222	11.672.783	2836	11.009.528
JUNIO	2924	11.676.393	2711	12.296.595
JULIO	2834	12.560.252	2892	12.900.972
AGOSTO	2767	11.020.642	3399	13.863.307
SEPTIEMBRE	2897	11.937.226	3109	10.876.827
OCTUBRE	3447	12.964.454	2726	12.403.880
NOVIEMBRE	3384	12.190.483	2943	12.917.492
DICIEMBRE	2496	11.237.628	2792	14.162.240
TOTAL	**35602**	**130.800.824**	**35369**	**145.149.073**

- Total, de Cuentas Radicadas

En el año 2024, se radicaron un total de 35.369 facturas, lo que representa una disminución del 1.5% con una cantidad de 233 cuentas en comparación con el año 2023.

- Valor Total de Radicación

El valor total de las cuentas radicadas durante el período ascendió a $ 145.149, mostrando un incremento del 11% frente al año 2023. Este aumento equivale a un valor adicional de $ 14.348 en el total facturado.

Aunque se registró una disminución en la cantidad de facturas radicadas, el valor promedio por factura presentó un crecimiento significativo, reflejando un enfoque en la radicación de cuentas con mayor monto económico o complejidad. Este comportamiento destaca la eficiencia en la gestión de los procesos de facturación y radicación, maximizando los recursos financieros gestionados.

- **Análisis financiero**

Este tiene como objetivo identificar y evaluar los procesos realizados durante el año, destacando aquellos que tienen un mayor impacto en los resultados generales. Para ello, se aplicó el principio de Pareto, permitiendo focalizar los esfuerzos en los procesos clave. A continuación, se presenta un desglose detallado de los hallazgos y las actividades realizadas a cabo.

3. Radicación año 2024 Entidad – Mes radicado

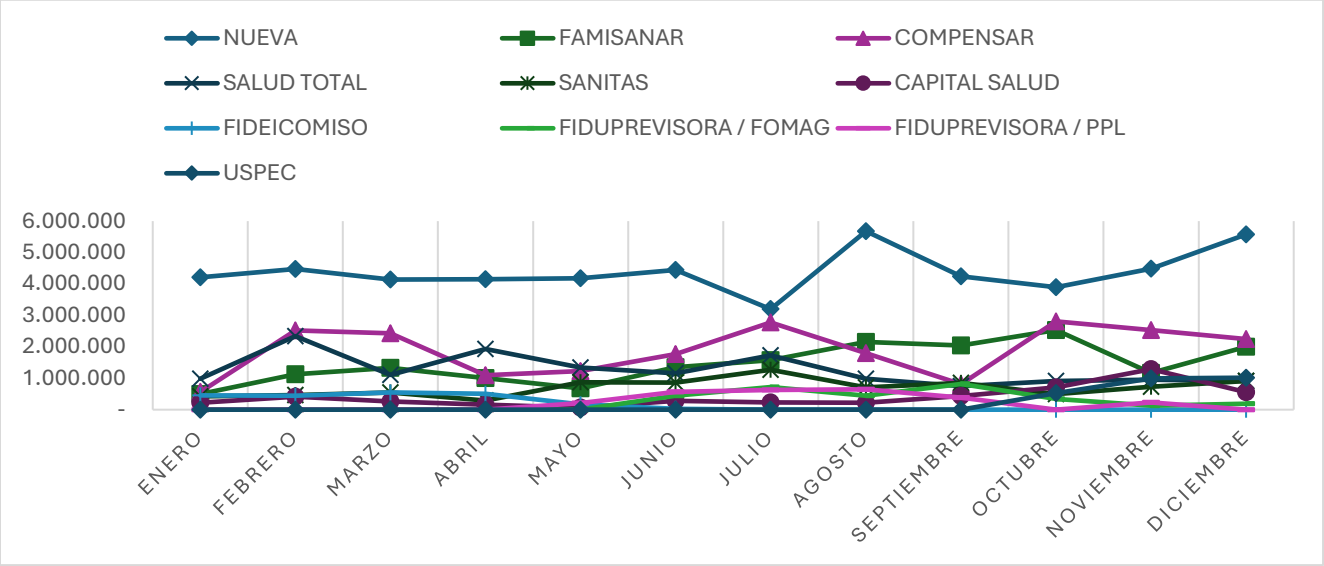
En la información presentada se identifican puntos clave teniendo inicialmente que el total anual acumulado es $145.149.073, con el 91% concentrado en el Total Pareto, lo que refleja que la mayoría de los ingresos provienen de unas pocas entidades clave. Esto sigue el principio de Pareto, donde una proporción significativa de los ingresos es generada por un pequeño número de entidades.

Es el mayor contribuyente, con un total de $52.685.537, representando el 36% del total anual. La facturación mensual es consistente, con picos en noviembre ($5.580.068) y diciembre ($5.580.068). Esto podría deberse al cierre del año fiscal o a un mayor volumen de servicios.

ENTIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
NUEVA	4.216.144	4.481.188	4.139.624	4.146.906	4.176.648	4.442.219	3.198.896
FAMISANAR	497.438	1.130.105	1.330.691	1.003.652	682.987	1.353.659	1.578.423
COMPENSAR	561.355	2.521.390	2.424.969	1.100.207	1.225.135	1.765.868	2.775.460
SALUD TOTAL	987.461	2.339.984	1.104.958	1.934.064	1.338.280	1.157.756	1.728.555
SANITAS	422.792	460.300	547.645	289.815	874.521	856.497	1.268.935
CAPITAL SALUD	219.891	412.529	262.393	163.815	64.430	281.369	234.189
FIDEICOMISO	449.912	439.568	548.271	503.547	172.673	30.262	-
FIDUPREVISORA / FOMAG	-	-	-	-	-	443.779	723.485
FIDUPREVISORA / PPL	-	-	-	-	213.194	569.148	627.089
USPEC	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL PARETO	**7.354.993**	**11.785.065**	**10.358.552**	**9.142.006**	**8.747.869**	**10.900.557**	**12.135.032**
TOTAL GENERAL	**8.231.868**	**13.103.808**	**12.639.750**	**10.742.805**	**11.009.528**	**12.296.595**	**12.900.972**

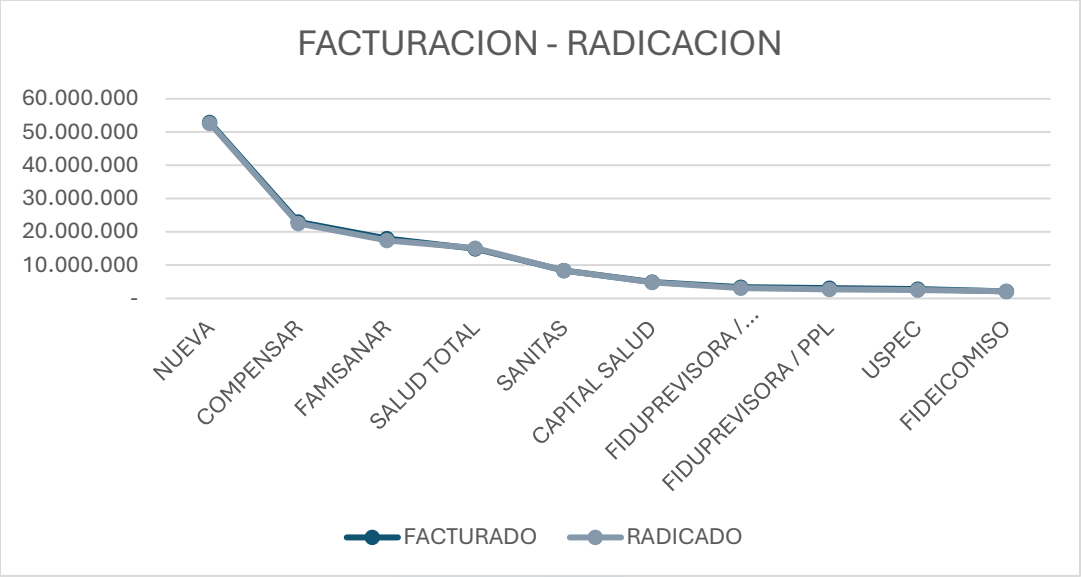
ENTIDAD	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	%
NUEVA	5.679.387	4.242.762	3.899.172	4.482.521	5.580.068	**52.685.537**	36%
FAMISANAR	2.152.647	2.037.846	2.533.146	1.170.847	1.998.338	**17.469.781**	12%
COMPENSAR	1.800.922	811.229	2.808.808	2.530.769	2.248.709	**22.574.821**	16%
SALUD TOTAL	987.222	747.742	910.110	950.129	917.022	**15.103.284**	10%
SANITAS	713.176	854.356	490.099	732.807	913.473	**8.424.415**	6%
CAPITAL SALUD	222.739	431.259	708.849	1.288.110	554.299	**4.843.871**	3%
FIDEICOMISO	-	-	-	-	-	**2.144.233**	1%
FIDUPREVISORA / FOMAG	443.056	817.418	337.533	127.598	194.515	**3.087.385**	2%
FIDUPREVISORA / PPL	647.066	381.472	-	235.103	-	**2.673.072**	2%
USPEC	-	-	520.565	998.072	1.017.249	**2.535.886**	2%
TOTAL PARETO	**12.646.215**	**10.324.085**	**12.208.283**	**12.515.956**	**13.423.673**	**131.542.286**	91%

TOTAL GENERAL	**13.863.307**	**10.876.827**	**12.403.880**	**12.917.492**	**14.162.240**	**145.149.073**



4. Comparativo Facturación – Radicación

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	*FACTURADO*	*RADICADO*	*ENTIDAD FACTURADO / TOTAL*	*ENTIDAD RADICADO / TOTAL*
NUEVA	52.942.560	52.685.537	36%	35%
COMPENSAR	22.965.156	22.574.821	16%	15%
FAMISANAR	18.046.546	17.469.781	12%	12%
SALUD TOTAL	14.930.656	15.103.284	10%	10%
SANITAS	8.388.732	8.424.415	6%	6%
CAPITAL SALUD	4.896.836	4.843.871	3%	3%
FIDUPREVISORA / FOMAG	3.381.777	3.087.385	2%	2%
FIDUPREVISORA / PPL	3.142.165	2.673.072	2%	2%
USPEC	2.792.319	2.535.886	2%	2%
FIDEICOMISO	2.118.480	2.144.233	1%	1%
TOTAL GENERAL	**147.392.923**	**148.458.692**	**91%**	**89%**



En esta relación se identifican las entidades con mayor repercusión en lo facturado y lo radicado, representando el 91% y 89% del total, respectivamente.

La entidad Nueva EPS es el mayor contribuyente, ya que representa el 36% del total facturado y el 35% del total radicado, consolidándose como la entidad con mayor impacto en los resultados generales.

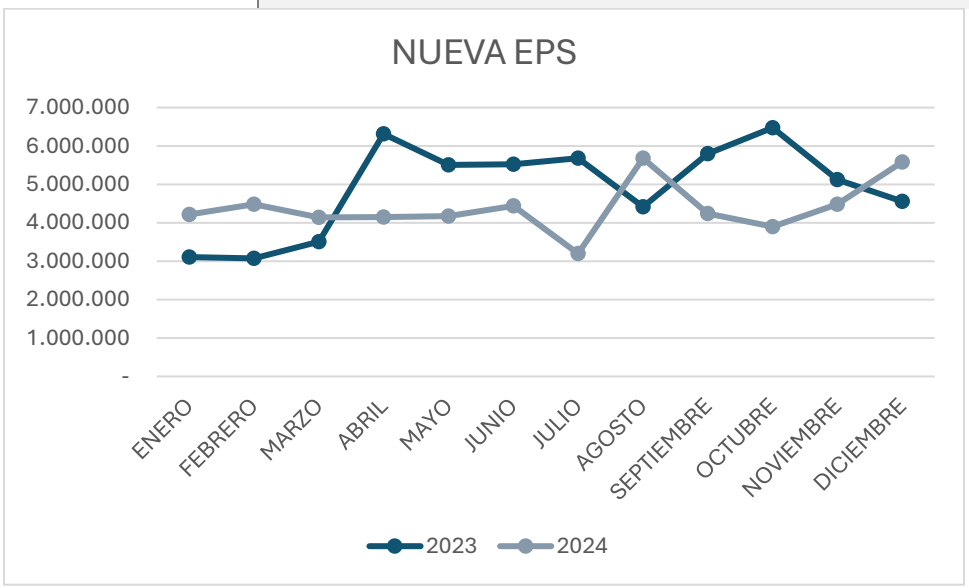
Por otro lado, las entidades Compensar y Famisanar presentan diferencias mínimas entre facturación y radicación, lo que refleja un proceso de radicación eficiente en términos generales. Sin embargo, es importante destacar que enfrentaron retos significativos en aspectos relacionados con la gestión de soportes y los tiempos de envío ante las entidades responsables.

Finalmente, las entidades como Fideicomiso, Fiduprevisora y USPEC muestran una alineación destacada entre los valores facturados y radicados, lo cual es un indicador positivo para la gestión de estas cuentas.

5. Proceso por entidad

NUEVA EPS

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	2023	2024	TOTAL GENERAL	2023	2024
NUEVA	**59.094.873**	**52.685.537**	**111.780.410**	**45%**	**36%**
ENERO	3.108.878	4.216.144	7.325.022	5%	8%
FEBRERO	3.073.409	4.481.188	7.554.597	5%	9%
MARZO	3.506.292	4.139.624	7.645.916	6%	8%
ABRIL	6.317.606	4.146.906	10.464.513	11%	8%
MAYO	5.506.623	4.176.648	9.683.271	9%	8%
JUNIO	5.521.792	4.442.219	9.964.011	9%	8%
JULIO	5.683.899	3.198.896	8.882.795	10%	6%
AGOSTO	4.419.783	5.679.387	10.099.170	7%	11%
SEPTIEMBRE	5.798.646	4.242.762	10.041.409	10%	8%
OCTUBRE	6.475.077	3.899.172	10.374.249	11%	7%
NOVIEMBRE	5.123.745	4.482.521	9.606.266	9%	9%
DICIEMBRE	4.559.123	5.580.068	10.139.192	8%	11%



La radicación de la entidad Nueva mostró una disminución del 45% en el año 2023 al 36% en el 2024, lo que representa una reducción del 9%. Sin embargo, en el año 2024, la radicación se mantuvo relativamente estable, con un saldo promedio del 8% del total anual. Excepciones importantes se registraron en los meses de julio y agosto, debido a factores específicos:

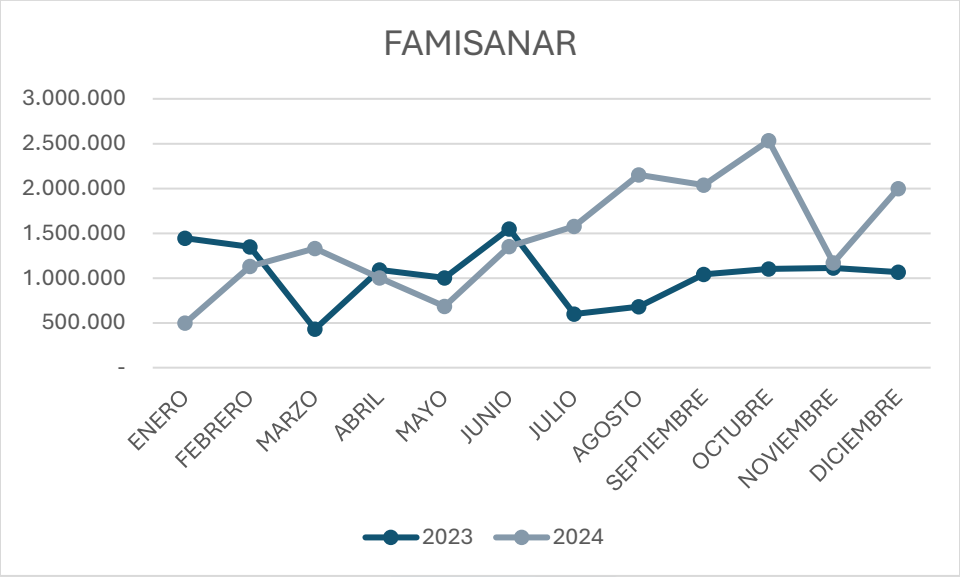
Julio: Se observará una disminución significativa en la radicación causada por inconsistencias en la plataforma de la entidad, lo que probablemente afectó los procesos y generó demoras.

Agosto: Contrario a julio, se presentó un incremento en la radicación, posiblemente como un efecto compensatorio de las inconsistencias de la plataforma, donde los trámites retrasados se normalizaron y generaron un aumento en las cifras.

Este comportamiento pone en evidencia la influencia de factores operativos y tecnológicos en la estabilidad del proceso de radicación.

FAMISANAR

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	*2023*	*2024*	*TOTAL GENERAL*	*2023*	*2024*
FAMISANAR	**12.464.774**	**17.469.781**	**29.934.555**	**10%**	**12%**
ENERO	1.444.938	497.438	1.942.376	12%	3%
FEBRERO	1.349.149	1.130.105	2.479.254	11%	6%
MARZO	429.308	1.330.691	1.760.000	3%	8%
ABRIL	1.089.934	1.003.652	2.093.586	9%	6%
MAYO	1.000.609	682.987	1.683.596	8%	4%
JUNIO	1.549.587	1.353.659	2.903.246	12%	8%
JULIO	598.159	1.578.423	2.176.581	5%	9%
AGOSTO	678.989	2.152.647	2.831.637	5%	12%
SEPTIEMBRE	1.040.967	2.037.846	3.078.814	8%	12%
OCTUBRE	1.103.360	2.533.146	3.636.506	9%	15%
NOVIEMBRE	1.114.446	1.170.847	2.285.293	9%	7%
DICIEMBRE	1.065.328	1.998.338	3.063.666	9%	11%

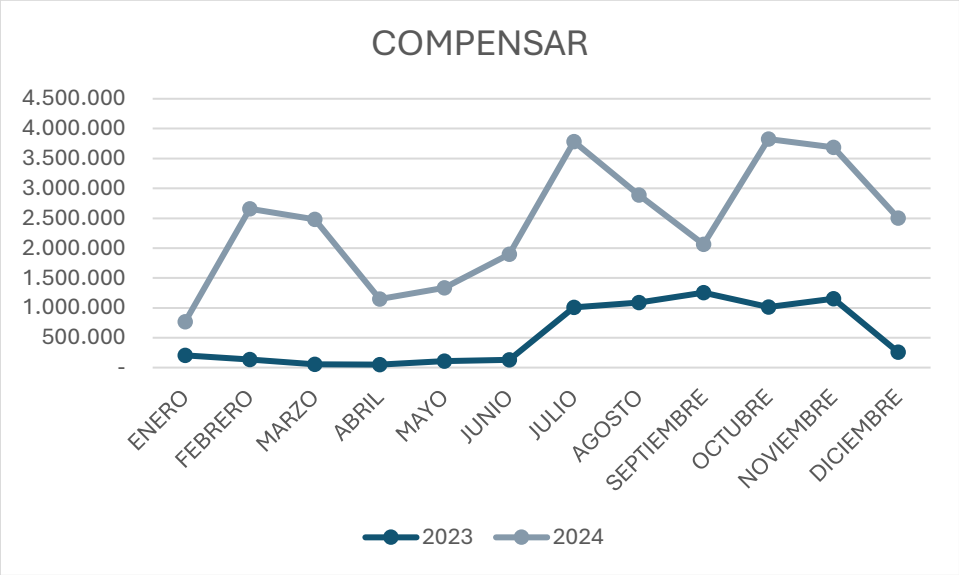


A lo largo del año se evidencia una limitación con las autorizaciones, ya que la entidad Famisanar presentó retenciones en la aprobación de procedimientos y estancias de alto costo. Este problema se intensificó durante los meses de abril y mayo, cuando se observa una disminución en el nivel de radicación debido al bajo ingreso de pacientes en la institución. La combinación de estas situaciones impactó significativamente los tiempos y volúmenes de facturación, destacando la necesidad de fortalecer la gestión de autorizaciones y estrategias para atraer un mayor flujo de pacientes.

COMPENSAR

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	***2023***	***2024***	***TOTAL GENERAL***	***2023***	***2024***
COMPENSAR	**6.459.903**	**22.574.821**	**29.034.724**	**5%**	**16%**
ENERO	204.834	561.355	766.189	3%	2%
FEBRERO	134.924	2.521.390	2.656.315	2%	11%
MARZO	55.045	2.424.969	2.480.015	1%	11%
ABRIL	49.998	1.100.207	1.150.205	1%	5%
MAYO	107.807	1.225.135	1.332.942	2%	5%
JUNIO	129.778	1.765.868	1.895.647	2%	8%
JULIO	1.008.388	2.775.460	3.783.848	16%	12%
AGOSTO	1.086.919	1.800.922	2.887.841	17%	8%

SEPTIEMBRE	1.254.162	811.229	2.065.391	19%	4%
OCTUBRE	1.016.361	2.808.808	3.825.169	16%	12%
NOVIEMBRE	1.155.545	2.530.769	3.686.314	18%	11%
DICIEMBRE	256.141	2.248.709	2.504.849	4%	10%

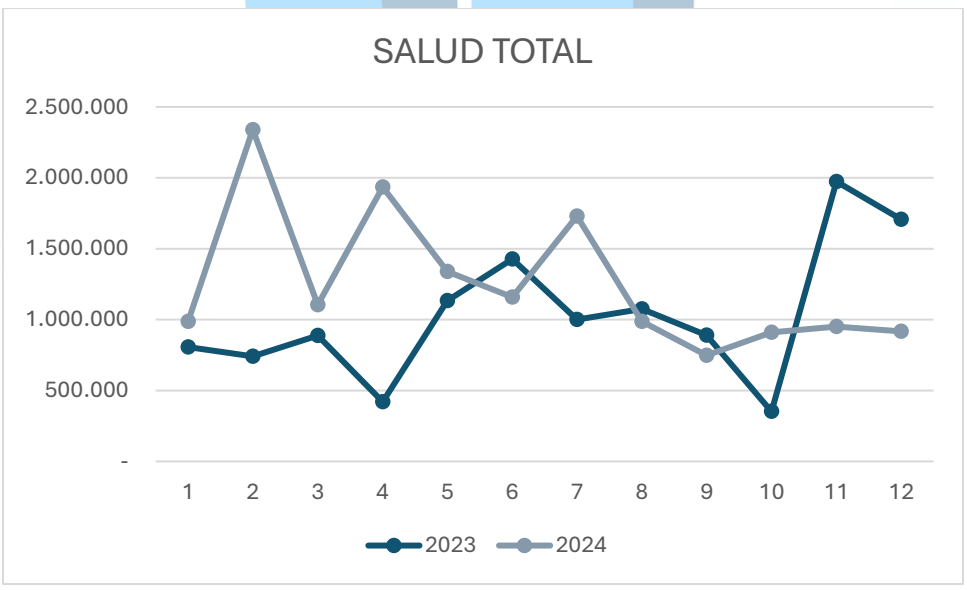


Se identificó una diferencia significativa entre los años 2023 y 2024, atribuible al proceso contractual adquirido en 2024. Los picos en la radicación estuvieron asociados a factores como el proceso de auditoría pre-radicación, los empalmes en los procedimientos, y las inconsistencias en los soportes. Esto llevó a la implementación de un plan de mejora conjunto entre la entidad y la IPS.

Además, es importante resaltar las dificultades relacionadas con las autorizaciones, las cuales fueron entregadas de manera tardía, con un promedio de tres meses de retraso, especialmente en las cuentas con valores superiores a 10 millones. Estas situaciones generan demoras significativas en el flujo de los procesos administrativos y financieros.

SALUD TOTAL

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	*2023*	*2024*	*TOTAL GENERAL*	*2023*	*2024*
SALUD TOTAL	**12.417.919**	**15.103.284**	**27.521.203**	**9%**	**10%**
ENERO	807.319	987.461	1.794.781	7%	7%
FEBRERO	741.214	2.339.984	3.081.199	6%	15%
MARZO	888.332	1.104.958	1.993.290	7%	7%
ABRIL	420.725	1.934.064	2.354.789	3%	13%
MAYO	1.134.063	1.338.280	2.472.344	9%	9%
JUNIO	1.427.407	1.157.756	2.585.162	11%	8%
JULIO	1.000.676	1.728.555	2.729.230	8%	11%
AGOSTO	1.075.592	987.222	2.062.814	9%	7%
SEPTIEMBRE	890.296	747.742	1.638.038	7%	5%
OCTUBRE	351.658	910.110	1.261.769	3%	6%
NOVIEMBRE	1.973.783	950.129	2.923.911	16%	6%
DICIEMBRE	1.706.854	917.022	2.623.876	14%	6%



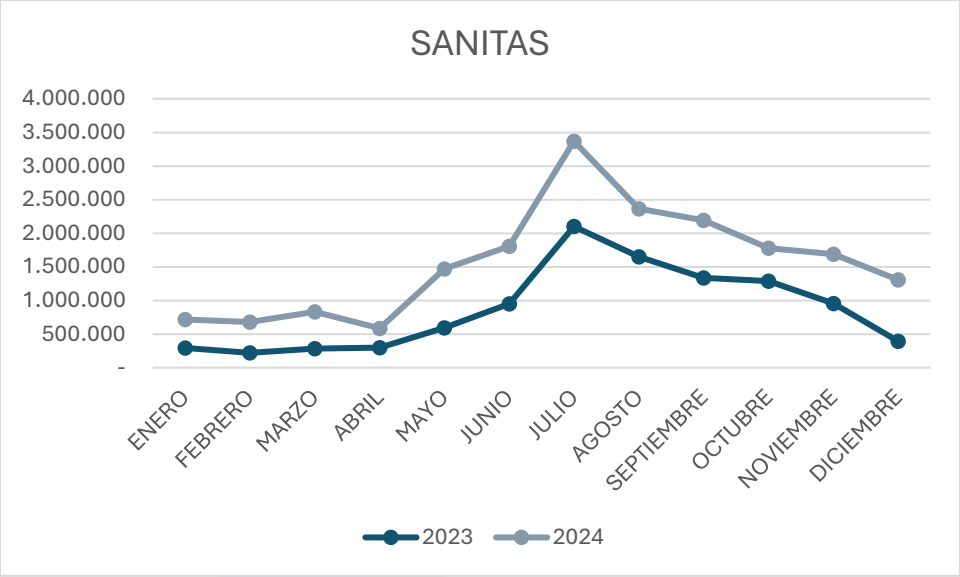
A inicios del año 2024, la entidad enfrentó un hackeo en su plataforma, lo que impactó negativamente los resultados del mes de enero, reflejando una disminución del 7% en la radicación con respecto al promedio anual. Sin embargo, tras resolver las inconsistencias generadas por este incidente, se observará

un incremento en la radicación durante el mes de febrero, alcanzando un 15% por encima del promedio general.

Por otro lado, a partir del mes de agosto, se registró una reducción significativa en el flujo de pacientes, lo que tuvo un efecto directo en la disminución del nivel de radicación en los meses posteriores.

SANITAS

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	*2023*	*2024*	*TOTAL GENERAL*	*2023*	*2024*
SANITAS	**10.365.980**	**8.424.415**	**18.790.395**	**8%**	**6%**
ENERO	293.381	422.792	716.173	3%	5%
FEBRERO	220.931	460.300	681.231	2%	5%
MARZO	285.692	547.645	833.337	3%	7%
ABRIL	295.843	289.815	585.658	3%	3%
MAYO	592.952	874.521	1.467.473	6%	10%
JUNIO	952.727	856.497	1.809.224	9%	10%
JULIO	2.100.692	1.268.935	3.369.628	20%	15%
AGOSTO	1.649.108	713.176	2.362.284	16%	8%
SEPTIEMBRE	1.337.162	854.356	2.191.519	13%	10%
OCTUBRE	1.287.364	490.099	1.777.463	12%	6%
NOVIEMBRE	955.406	732.807	1.688.213	9%	9%
DICIEMBRE	394.720	913.473	1.308.193	4%	11%

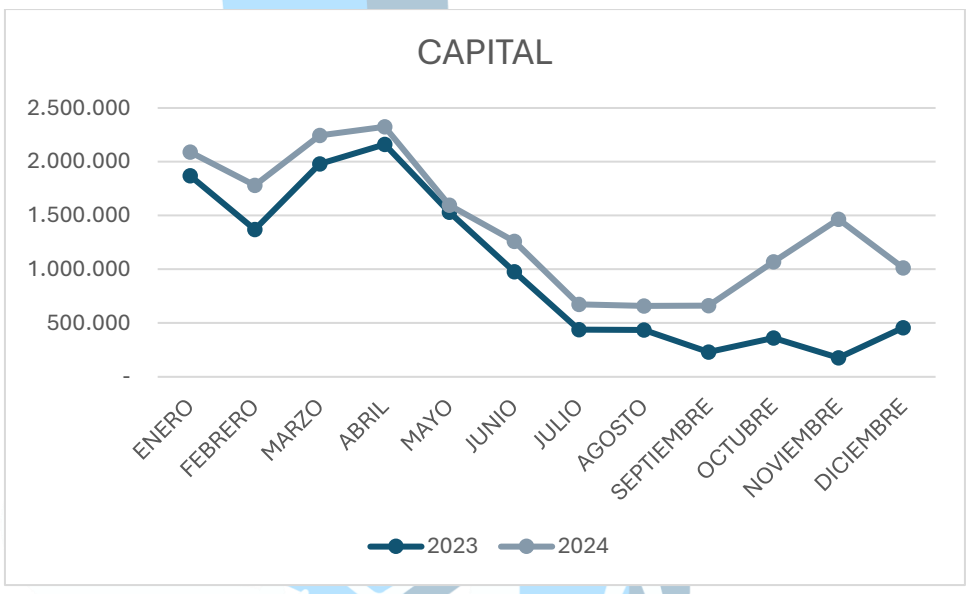


En la comparativa entre los años 2023 y 2024, se evidencia una similitud en el valor facturado mes a mes. Sin embargo, el incremento en la radicación observada en el mes de julio se atribuye al proceso contractual realizado a mediados de año, el cual generó un mayor ingreso de funcionarios afiliados a esta entidad.

CAPITAL SALUD

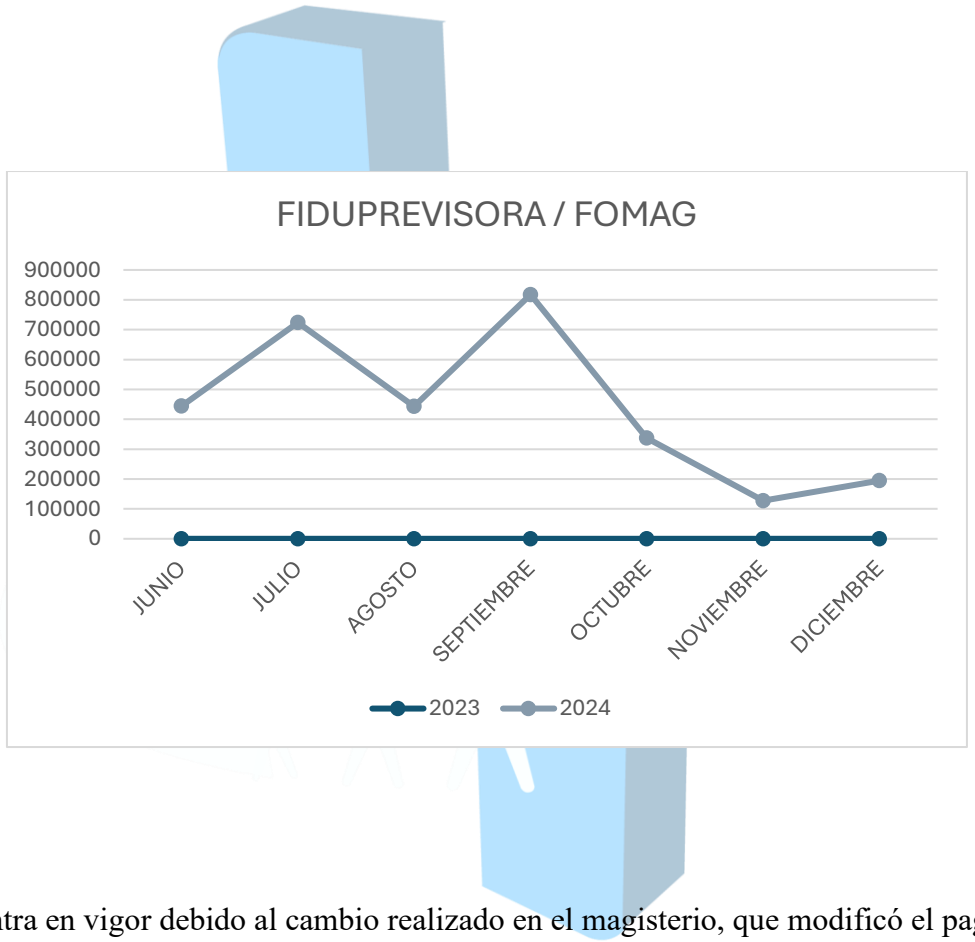
ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	***2023***	***2024***	***TOTAL GENERAL***	***2023***	***2024***
CAPITAL SALUD	**11.996.242**	**4.843.871**	**16.840.113**	**9%**	**3%**
ENERO	1.870.396	219.891	2.090.287	16%	5%
FEBRERO	1.369.589	412.529	1.782.117	11%	9%
MARZO	1.981.392	262.393	2.243.785	17%	5%
ABRIL	2.161.420	163.815	2.325.236	18%	3%
MAYO	1.531.918	64.430	1.596.348	13%	1%
JUNIO	978.914	281.369	1.260.283	8%	6%
JULIO	439.427	234.189	673.617	4%	5%
AGOSTO	436.809	222.739	659.549	4%	5%
SEPTIEMBRE	229.561	431.259	660.819	2%	9%
OCTUBRE	361.807	708.849	1.070.656	3%	15%
NOVIEMBRE	177.271	1.288.110	1.465.380	1%	27%
DICIEMBRE	457.737	554.299	1.012.036	4%	11%

La radicación mantiene una tendencia influenciada por el marco contractual. Desde abril de 2023 no se contó con un contrato vigente, situación que se extendió hasta el 26 de agosto de 2024, cuando se inició una nueva contratación con vigencia hasta el 26 de noviembre de 2024. Durante este periodo, se evidenció un incremento significativo en la radicación, reflejando el impacto positivo de la renovación contractual en el flujo operativo.



FIDUPREVISORA – FOMAG

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	2023	2024	TOTAL GENERAL	2023	2024
FIDUPREVISORA / FOMAG	**-**	**3.087.385**	**3.087.385**		**2%**
JUNIO	-	443.779	443.779		14%
JULIO	-	723.485	723.485		23%
AGOSTO	-	443.056	443.056		14%
SEPTIEMBRE	-	817.418	817.418		26%
OCTUBRE	-	337.533	337.533		11%
NOVIEMBRE	-	127.598	127.598		4%
DICIEMBRE	-	194.515	194.515		6%

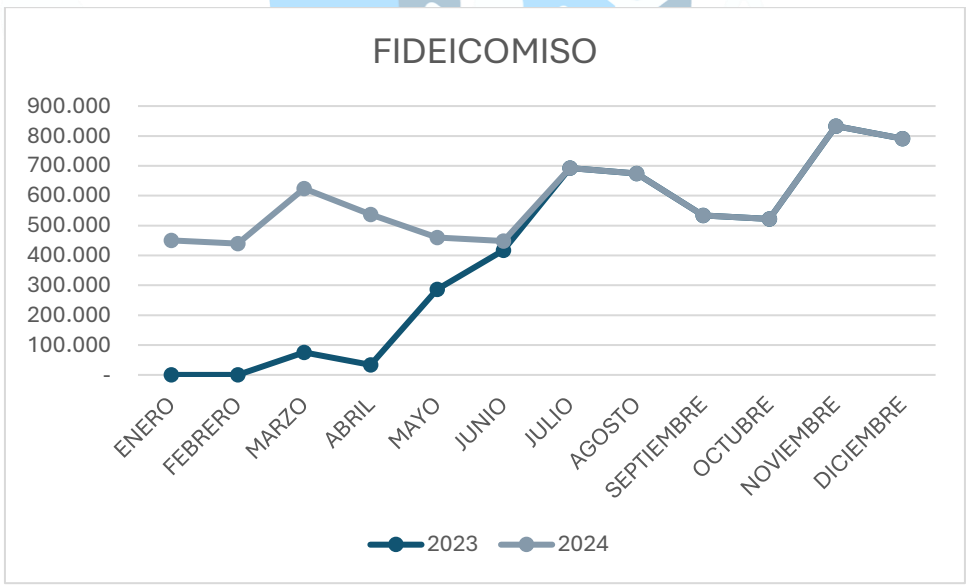


La entidad entra en vigor debido al cambio realizado en el magisterio, que modificó el pagador de SERVISALUD a FOMAG. Como resultado, la tendencia promedio de radicación se desarrolló en 440 millones.

Las siguientes entidades reflejan la población privada de la libertad la cual en el año 2024 tuvo variaciones en el cambio por razón social y manejo de recursos, asi mismo se presenta la variación de resultados

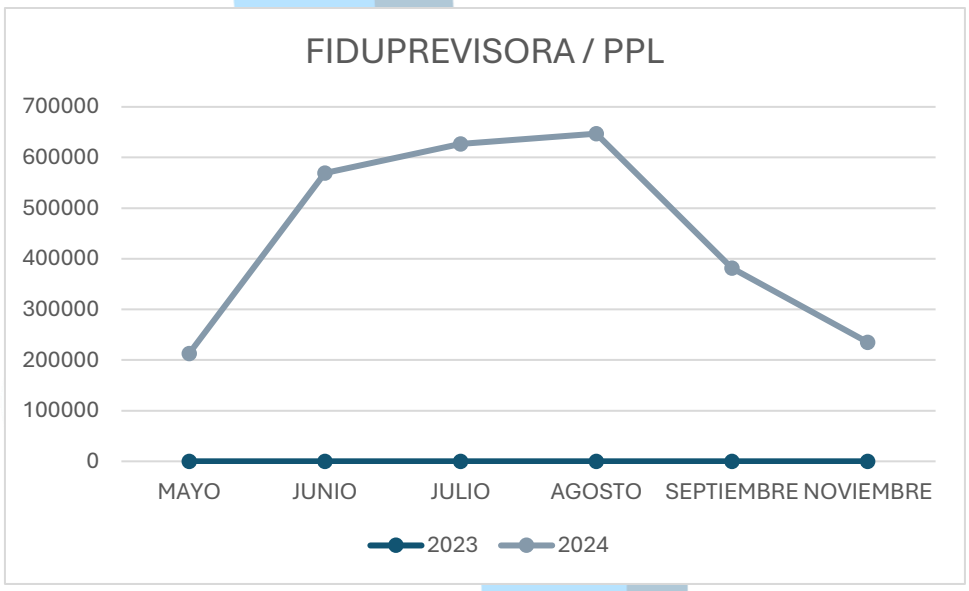
FIDEICOMISO

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	2023	2024	TOTAL GENERAL	2023	2024
FIDEICOMISO	**4.860.651**	**2.144.233**	**7.004.884**	**4%**	**1%**
ENERO	-	449.912	449.912	0%	21%
FEBRERO	-	439.568	439.568	0%	21%
MARZO	75.550	548.271	623.821	2%	26%
ABRIL	33.493	503.547	537.039	1%	23%
MAYO	286.907	172.673	459.580	6%	8%
JUNIO	417.367	30.262	447.629	9%	1%
JULIO	692.371	-	692.371	14%	0%
AGOSTO	674.414	-	674.414	14%	0%
SEPTIEMBRE	533.707	-	533.707	11%	0%
OCTUBRE	522.389	-	522.389	11%	0%
NOVIEMBRE	833.034	-	833.034	17%	0%
DICIEMBRE	791.419	-	791.419	16%	0%



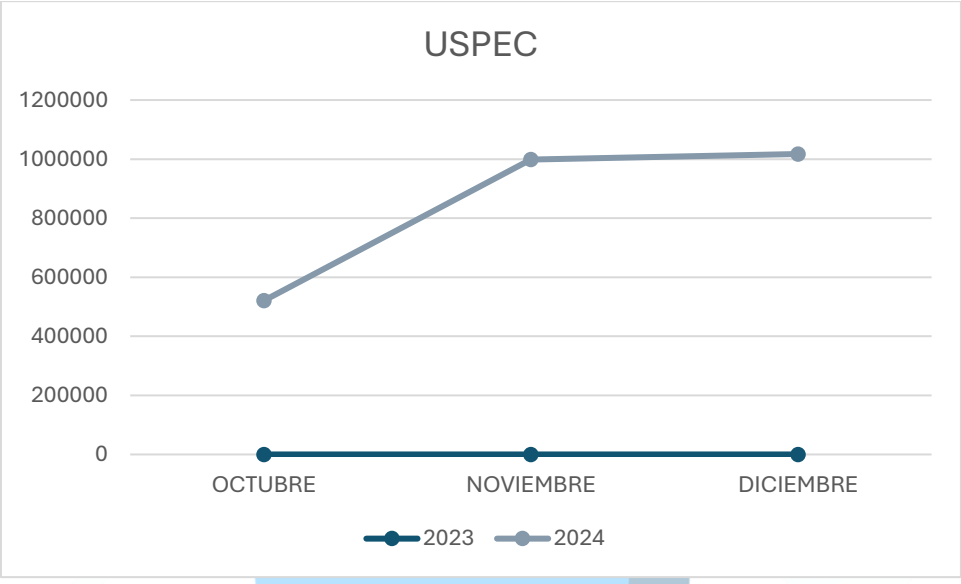
FIDUPREVISORA

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	2023	2024	TOTAL GENERAL	2023	2024
FIDUPREVISORA / PPL	-	**2.673.072**	**2.673.072**		**2%**
MAYO	-	213.194	213.194		8%
JUNIO	-	569.148	569.148		21%
JULIO	-	627.089	627.089		23%
AGOSTO	-	647.066	647.066		24%
SEPTIEMBRE	-	381.472	381.472		14%
NOVIEMBRE	-	235.103	235.103		9%



USPEC

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO	*2023*	*2024*	*TOTAL GENERAL*	*2023*	*2024*
USPEC	**-**	**2.535.886**	**2.535.886**		**2%**
OCTUBRE	-	520.565	520.565		21%
NOVIEMBRE	-	998.072	998.072		39%
DICIEMBRE	-	1.017.249	1.017.249		40%



- **Limitaciones presentadas durante el año**

A lo largo del año se identificaron diversas limitaciones que afectarán los procesos, entre las que destacan:

- Demoras en plataformas de las entidades responsables de pago:
  - Caídas de la red de internet.
  - Hackeos informáticos.

- Inconsistencias en las páginas web.
- Demoras en las respuestas.
- Modificaciones en los procesos que no fueron comunicadas oportunamente.

- Limitaciones en el envío de facturas por falta de soportes:
  - Por parte de clientes externos: Incluyen autorizaciones de los servicios prestados, facturas de materiales de osteosíntesis y facturación electrónica.
  - Por parte de clientes internos: Falta de documentos como hojas de transfusión, soportes de radiología, hojas de anestesia, soportes de cardiología y soporte de laboratorios (sismuestras). En algunos casos, estos soportes no se entregaron oportunamente al momento de generar las facturas, así mismo el área de facturación no realizo la entrega en los tiempos oportunos.

- Proceso de auditoría pre-radicación:

En el caso de la entidad Compensar, este proceso generó demoras significativas en los tiempos de radicación de las facturas debido a:

- Cambios no oportunos en el proceso de recepción.
- Retrasos derivados de la propia auditoría.

Estas limitaciones han impactado directamente en los tiempos de los procesos. Es fundamental abordar estas problemáticas con soluciones estructurales y operativas para mejorar la calidad y rapidez en la gestión.

6. Proyección para 2025

- **Objetivos principales:**
    - Reducir el tiempo promedio de radicación de cuentas:

Ajustarse al marco normativo establecido en la Resolución 2275 de 2023, que regula la factura y los RIPS electrónicos, con un plazo ideal de 5 días desde la generación de la factura hasta su envío. No obstante, considerando los tiempos de cierre mensuales específicos de cada entidad y la transición hacia la adherencia completa a la norma, se proyecta un tiempo promedio de radicación de 10,9 días.

    - Disminuir el porcentaje de rechazos:

Alcanzar un porcentaje de rechazos menor al 5%, reduciendo los errores por falta de soportes o inconsistencias en los datos presentados a las entidades responsables de pago.

- **Innovaciones planificadas:**
    - Integración tecnológica:

Implementar un enlace sistemático con el sistema Hosvital para automatizar y optimizar la gestión de soportes manuales. Este proceso se realizará en colaboración con el área de TICS, con el objetivo de reducir los tiempos de armado de cuentas y unificar la información contenida en las historias clínicas.

- Capacitaciones continuas:

Diseñar e implementar capacitaciones periódicas para actualizar al personal del área de radicación, así como a los equipos que intervienen directa e indirectamente, en el marco normativo vigente.

- Seguimiento en línea:

Establecer un sistema de monitoreo en tiempo real para rastrear las etapas de entrega, armado y radicación de facturas. Este sistema también documentará posibles limitaciones que afecten el proceso de radicación o generen rechazos por parte de las entidades responsables de pago.

- **Metas cuantificables:**

Incrementar la radicación anual:

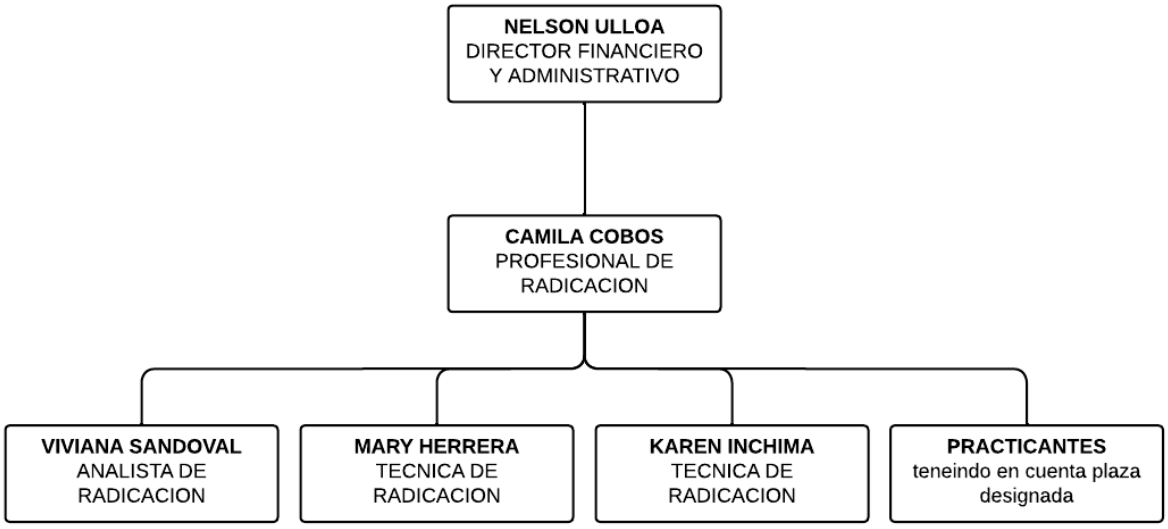
Alcanzar una radicación total de $157.486.744, considerando un crecimiento proyectado del 8.5%, en línea con las metas institucionales. Este incremento se basa en factores como:

- Cambios tarifarios.
- Nuevos contratos con entidades líderes del sector.
- Expansión del portafolio de servicios ofrecidos.
- Optimización de la infraestructura institucional.

- **Recursos necesarios:**

Recurso humano y estructura operativa:

Garantizar estabilidad en el recurso humano y la planta operativa, siguiendo el organigrama propuesto para optimizar los procesos de radicación y facturación.



Actualización tecnológica:

Implementar nuevas herramientas tecnológicas que permitan gestionar eficientemente los procesos relacionados con la facturación y los RIPS electrónicos, asegurando la transición completa al marco normativo.

7. Conclusiones y Recomendaciones

El año 2024 representó un periodo de consolidación y mejora para el área de radicación de cuentas, con avances significativos en eficiencia y calidad. No obstante, es fundamental seguir invirtiendo en tecnología y capacitación para garantizar el cumplimiento de las metas proyectadas para 2025.

Además, se recomienda:

- Fortalecer la comunicación con proveedores y remitentes de documentos.
- Monitorear constantemente los indicadores de desempeño para detectar áreas de mejora.



Gestión Comercial y Parametrización

Hecho por Shirley Tatiana Castiblanco

1. Presentación

El presente informe tiene como objetivo presentar las principales actividades realizadas, los incrementos alcanzados y los resultados obtenidos por el área de gestión comercial asegurando la correcta clasificación, codificación y registro de los procedimientos, servicios y tratamientos médicos, teniendo en cuenta la normatividad vigente y los estándares nacionales, garantizando así una correcta facturación y asegurando el cumplimiento del marco normativo y contractual con las ERP, aseguradoras y otras entidades de durante el periodo de enero a diciembre de 2024.

2. Objetivos Del Área

El área de gestión comercial tiene como objetivos principales:

1. Establecer alianzas contractuales que sean claras y favorables con las ERP para asegurar el flujo de Pacientes en la capacidad instalada.
2. Aumentar el flujo de facturación a través de incrementos contractuales en los porcentajes de negociación que sean favorables para la FHSC y para las ERP.
3. Cumplir con los términos acordados en los contratos, asegurando que tanto la FHSC como las ERP cumplan con sus responsabilidades.
4. Asegurar la correcta clasificación de procedimientos, diagnósticos y tratamientos siguiendo el marco normativo (CIE 10).

5. Optimizar la codificación para la facturación hospitalaria, evitando errores que puedan retrasar los pagos de ERP o aseguradoras. (CODIGOS CUPS).
6. Garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente relacionada con la salud y la codificación de los servicios de salud (MANUAL TARIFARIO ISS Y MANUAL TARIFARIO SOAT).
7. Brindar soporte continuo al personal asistencial y administrativo en el marco normativo y parametrización de este.
8. Mejorar la visibilidad y reputación del hospital a nivel local y regional, captando nuevos pacientes y fidelizando a los actuales.

3. Actividades Realizadas

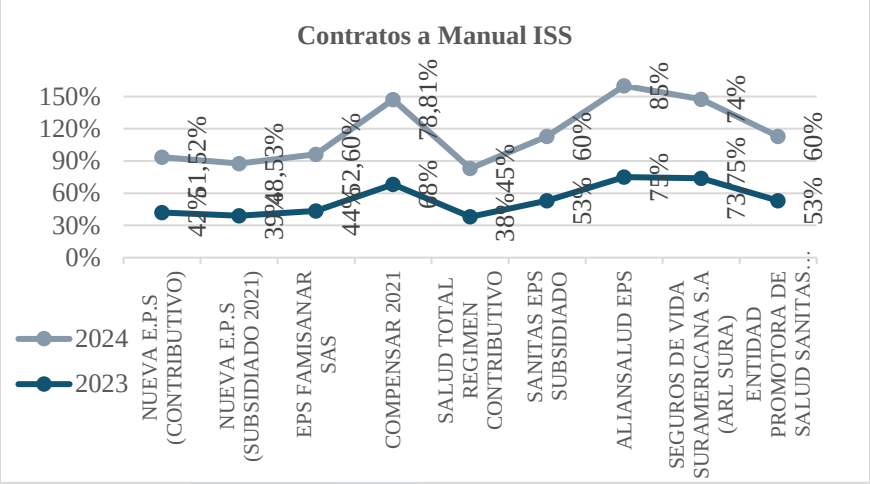
3.1 Gestión Contratos Con ERP

Durante el periodo de 2024, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

1. Se renovaron contratos con nuestros principales aliados tales como NUEVA EPS, FAMISANAR, COMPENSAR, SANITAS, ALIANSALUD, EMCOSALUD entre otras.
2. Se incrementaron tarifas de atención hospitalaria con las ERP aproximadamente el 9.28 % con relación al IPC logrando un ajuste que beneficia a la FHSC quedando de la siguiente manera:

CONTRATOS SOAT		
ENTIDAD	**2023**	**2024**
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	(-10% -20%)	(-10%)
UNION TEMPORAL SERVISALUD SAN JOSE	ISS + 54%	PLENO
FIDUPREVISORA FONDO NACIONAL DE SALUD PPL	PLENO	(-18%)
SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD S.A.	ISS + 58,5%	(-20%)

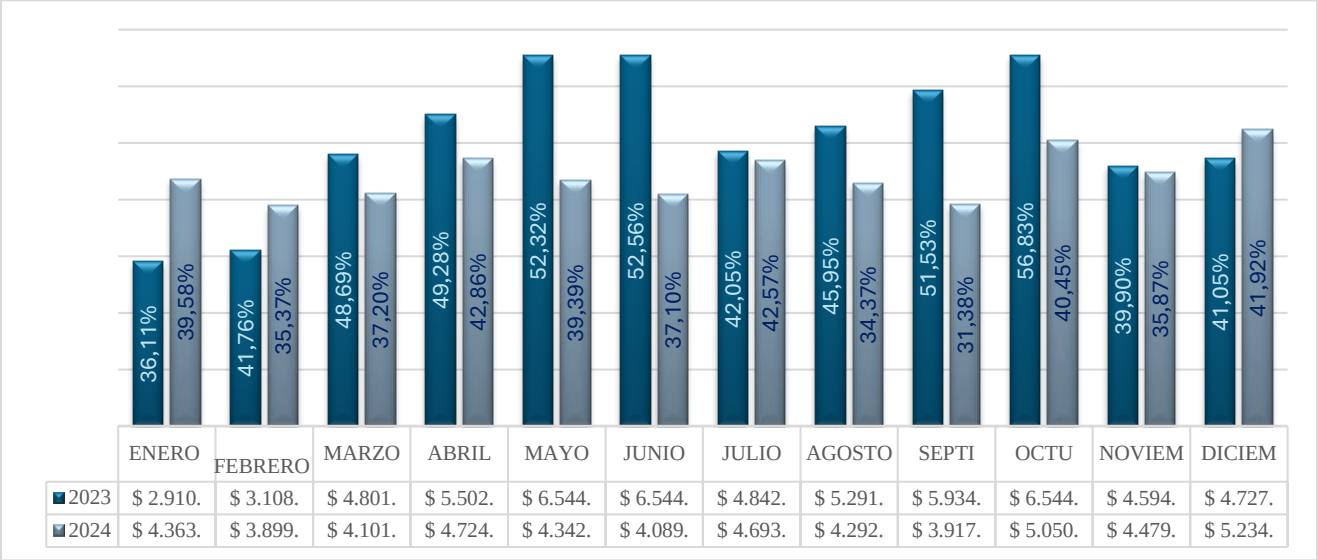
CAPITAL SALUD	ISS + 37%	(-10% - 15% - 30%)



Estas negociaciones representaron un incremento de facturación de 9,31% con relación a 2023 durante el periodo comprendido entre enero – diciembre de 2024

HISTORICO FACTURACION 2023	**FACTURACION 2024**	**INCRE %**	
$ 134.084.646	$ 147.850.290	9,31%	

La siguiente grafica representa una comparación de ingresos mensuales entre los años 2023 y 2024



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTI	OCTU	NOVIEM	DICIEM
2023	$ 2.910.	$ 3.108.	$ 4.801.	$ 5.502.	$ 6.544.	$ 6.544.	$ 4.842.	$ 5.291.	$ 5.934.	$ 6.544.	$ 4.594.	$ 4.727.
2024	$ 4.363.	$ 3.899.	$ 4.101.	$ 4.724.	$ 4.342.	$ 4.089.	$ 4.693.	$ 4.292.	$ 3.917.	$ 5.050.	$ 4.479.	$ 5.234.

Durante el año 2024, los ingresos han mostrado variaciones importantes, destacando un sólido crecimiento interanual en los primeros meses. En enero se alcanzó un aumento del **49,95%**, mientras que en febrero se logró un incremento del **25,44%** respecto al mismo período de 2023.

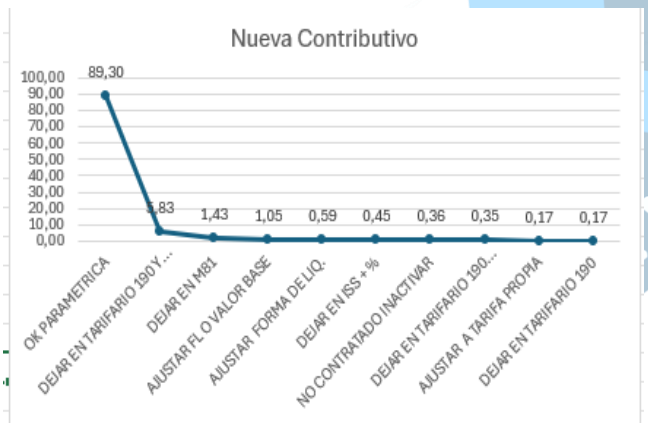
Si bien se experimentaron ajustes en la facturación durante los meses intermedios, el cierre del año mostró señales claras de recuperación. El último bimestre registró un crecimiento positivo del **13,24%** en comparación con el mismo período del año anterior, lo que refleja una tendencia de mejora para el próximo periodo fiscal.

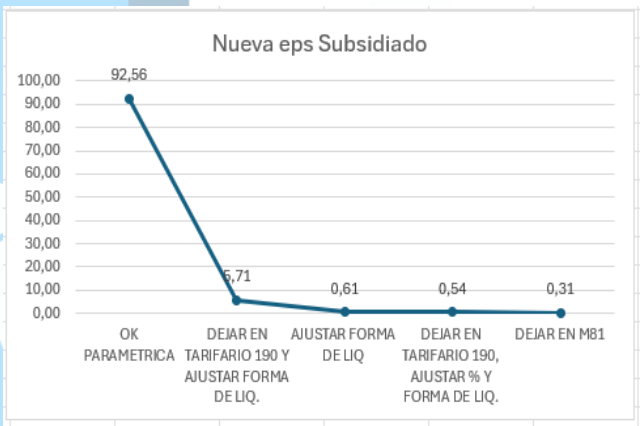
3. Se realizó la ampliación del portafolio institucional, integrando nuevos procedimientos y servicios, así como medicamentos, insumos y dispositivos médicos. Entre las especialidades incorporadas se destacan ginecología, oftalmología y otorrinolaringología que, aunque estas

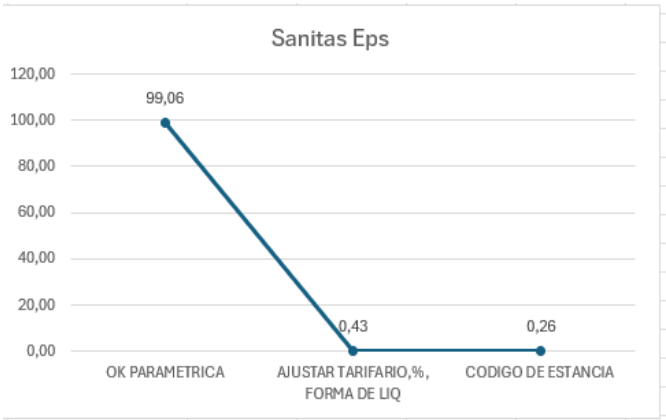
nuevas áreas no representaron un impacto significativo en la facturación durante el periodo evaluado, fueron ofertadas de manera estratégica a las entidades responsables de pago, con el propósito de posicionarlas y generar mayor reconocimiento de los servicios disponibles.

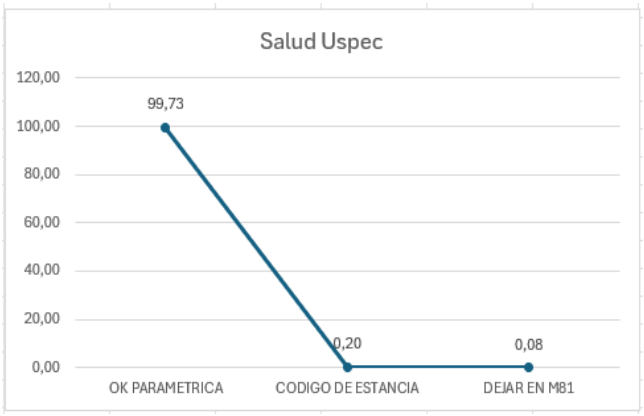
4. Se realizaron auditorías de cumplimiento en relación con la oferta negociada correspondientes al periodo enero-diciembre de 2024, se logró identificar y reforzar procesos clave que garantizan el cumplimiento de los estándares de calidad y las normativas vigentes.

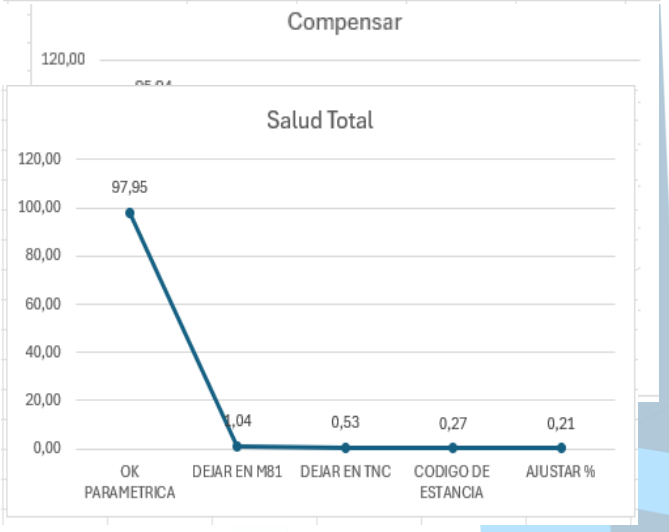
A continuación, se relaciona una muestra la auditoria de los contratos que generan el mayor porcentaje de ingreso en relación con los indicadores de facturación.

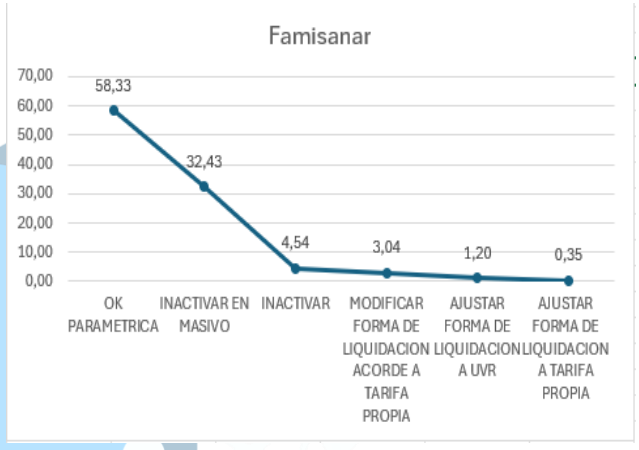












Como resultado de esta auditoría, se logró una reducción significativa en las glosas por tarifas, lo cual representa una mejora en la eficiencia financiera y operativa.

Uno de los principales logros fue la implementación de un filtro de alerta para identificar procedimientos médicos que, aunque necesarios según los diagnósticos de los pacientes, no están contratados con las Entidades Responsables de Pago (ERP). Este filtro permite anticipar posibles inconsistencias en la facturación, garantizando que dichos procedimientos sean gestionados mediante

avales de tarifa, minimizando riesgos financieros y fortaleciendo la relación con las entidades contratantes.

En términos generales, esta auditoría contribuye a una mejor gestión del riesgo financiero y operativo, asegurando que la organización mantenga un flujo de ingresos más estable y reduzca pérdidas asociadas a procesos no alineados con los acuerdos contractuales vigentes.

4. Resultados Obtenidos

La siguiente tabla representa el porcentaje que representa cada especialidad sobre la facturación de los procedimientos quirúrgicos que representaron mayor contribución por concepto de la facturación.

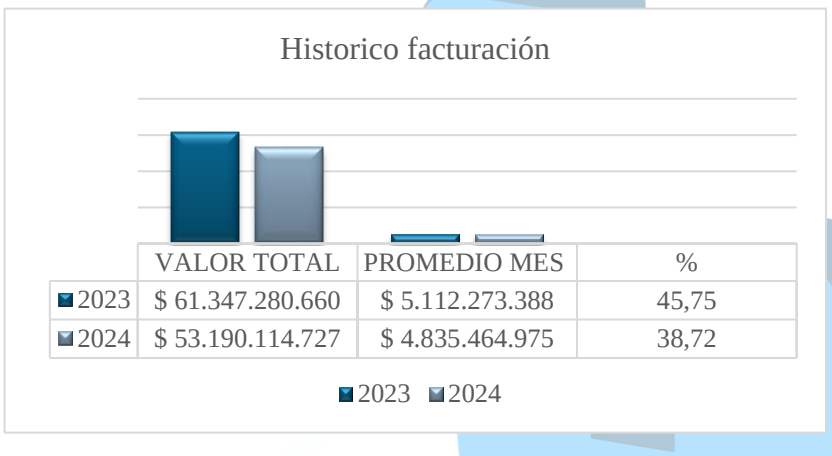
El % de facturación y el valor facturado permiten ver cómo se distribuye la facturación entre las distintas especialidades médicas. Algunas especialidades, como Cirugía General o la Electrofisiología, tienen una facturación significativa tanto en cantidad de procedimientos como en valor facturado.

Por otra parte, Cirugía de Ginecología, con solo 220 procedimientos y un valor de facturación de $ 40,989,216, tiene una participación muy pequeña en comparación con especialidades como Cirugía General o Electrofisiología, que facturan cifras mucho mayores.

CENTRO DE COSTO	CANTIDAD DE PROC	% DE FACTURACION EN PROCEDIMIENTOS	VALOR FACTURADO
CIRUGIA ORTOPEDIA	14045	3,40	$ 2.040.783.403
CARDIOLOGIA	12792	3,71	$ 2.223.530.685
CIRUGIA GENERAL	10636	4,71	$ 2.827.375.297
GASTROENTEROLOGIA	7257	1,98	$ 1.187.826.629
CIRUGIA PLAST RECONSTRUCTIVA	7256	1,86	$ 1.114.638.141
HEMODINAMIA	3850	2,99	$ 1.795.206.373
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	3311	1,77	$ 1.061.413.985
CIRUGIA DE TORAX	3138	3,71	$ 2.225.217.514
CIRUGIA DE MANO	3064	0,82	$ 490.956.310
CIRUGIA MAXILOFACIAL	2899	0,64	$ 382.698.062
NEUROCIRUGIA	2671	3,48	$ 2.085.249.343
RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	2101	1,21	$ 726.313.760
CIRUGIA DE PIE	1647	0,49	$ 295.137.984
CIRUGIA UROLOGIA	883	3,27	$ 1.959.875.996
CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA	422	0,11	$ 67.073.543
CIRUGIA CABEZA Y CUELLO	417	1,51	$ 906.954.580
ELECTROFISIOLOGIA	364	5,34	$ 3.201.474.156
CIRUGIA GINECOLOGIA	220	0,07	$ 40.989.216
CIRUGIA DERMATOLOGIA	126	0,01	$ 8.625.763
NEUMOLOGIA	48	0,05	$ 32.730.620
CIRUGIA OFTALMOLOGIA	27	0,01	$ 3.961.931
CIRUGIA PLASTICA ESTETICA	17	0,01	$ 4.786.725
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	10	0,02	$ 13.953.688
Total general	77201	41,16	$ 24.696.773.704

5. Análisis Técnico del Comportamiento de Facturación en Relación con la Ejecución Contractual

A continuación, se presenta un análisis del comportamiento de seis entidades que generan los mayores porcentajes de ingresos a través de los ERP´s

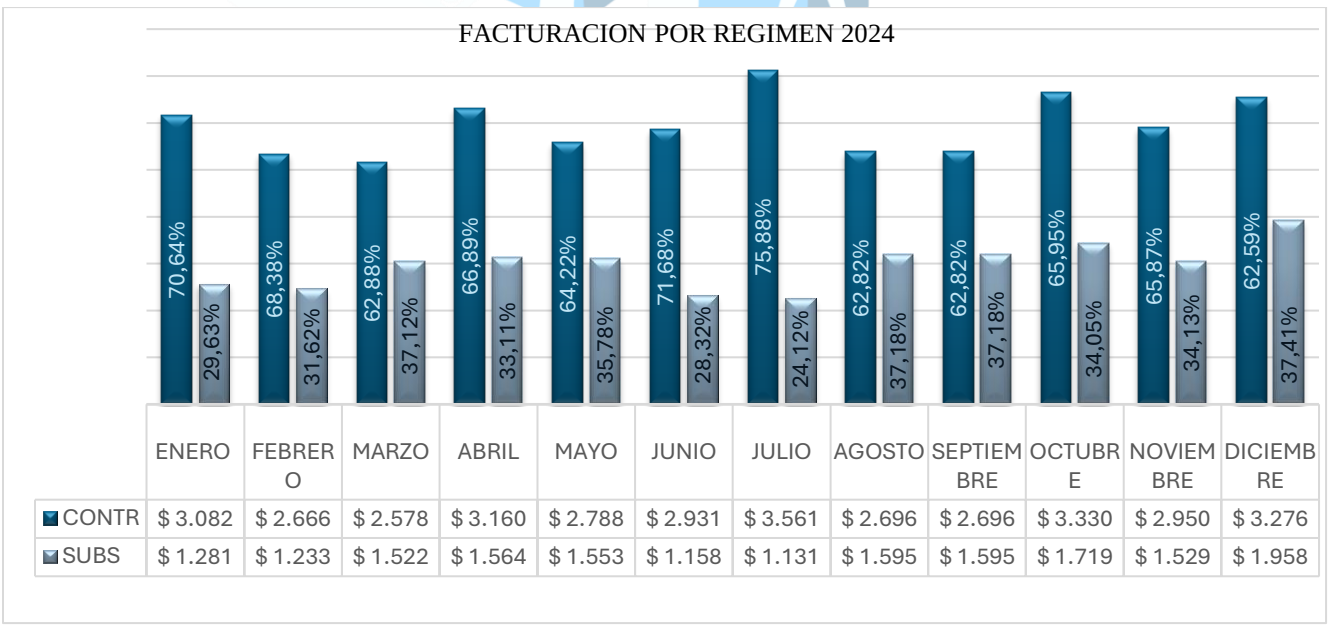


EGRESOS NUEVA EPS CONTRIBUTIVO				
MES	**CANTIDAD 2023**	**TOTAL FACTURA 2023**	**CANTIDAD 2024**	**TOTAL FACTURA 2024**
ENERO	357	$ 1.854.556.369	343	$ 2.886.025.221
FEBRERO	378	$ 1.952.954.733	338	$ 2.498.350.463
MARZO	416	$ 3.044.118.524	300	$ 2.090.353.233
ABRIL	334	$ 2.584.974.181	351	$ 2.934.238.616
MAYO	433	$ 3.625.118.881	336	$ 2.506.969.747
JUNIO	366	$ 2.977.156.902	337	$ 2.524.786.452
JULIO	384	$ 2.891.669.027	395	$ 3.176.555.453
AGOSTO	405	$ 3.222.234.512	327	$ 2.485.402.428
SEPTIEMBRE	594	$ 3.729.878.091	316	$ 2.246.189.149
OCTUBRE	464	$ 3.833.560.407	421	$ 3.253.857.703
NOVIEMBRE	320	$ 2.674.785.565	343	$ 2.640.736.345
DICIEMBRE	357	$ 2.498.254.101	384	$ 3.180.404.149
TOTAL GENERAL	**4808**	**$ 34.889.261.293**	**4191**	**$ 32.423.868.960**
PROM PACIEN	**2023**	**$ 7.256.502**	**2024**	**$ 7.736.547**

Nota: el anterior cuadro refleja egresos hospitalarios

	EGRESOS NUEVA EPS SUBSIDIADO			
MES	**CANTIDAD 2023**	**TOTAL FACTURA 2023**	**CANTIDAD 2024**	**TOTAL FACTURA 2024**
ENERO	84	$ 475.339.089	105	$ 1.149.202.930
FEBRERO	107	$ 784.356.861	122	$ 1.109.970.831
MARZO	157	$ 1.581.590.231	140	$ 1.495.845.471
ABRIL	155	$ 2.381.139.382	113	$ 1.427.946.280
MAYO	177	$ 2.350.193.287	114	$ 1.220.812.339
JUNIO	128	$ 1.893.017.697	85	$ 1.188.243.906
JULIO	136	$ 1.545.811.574	112	$ 1.047.970.357
AGOSTO	160	$ 1.755.499.840	132	$ 1.578.963.053
SEPTIEMBRE	248	$ 2.117.054.536	127	$ 1.400.105.143
OCTUBRE	221	$ 2.523.291.141	158	$ 1.641.210.360
NOVIEMBRE	114	$ 1.738.139.706	123	$ 1.145.101.627
DICIEMBRE	131	$ 1.582.083.710	119	1862056186
TOTAL GENERAL	**1818**	**$ 20.727.517.054**	**1450**	**$ 16.267.428.483**
PROMEDIO POR PACIENTE	**2023**	**$ 11.401.275**	**2024**	**$ 11.218.916**

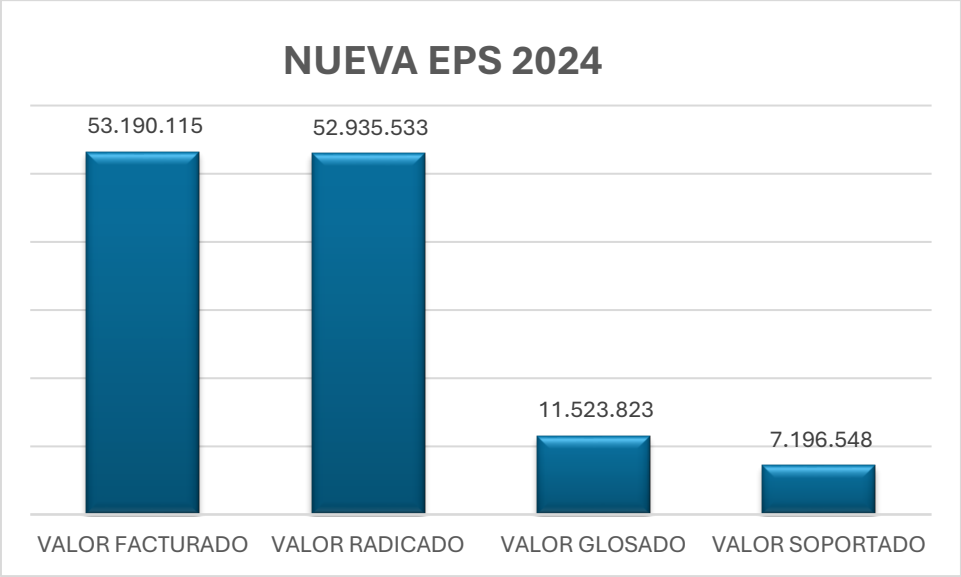
Nota: el anterior cuadro refleja egresos hospitalarios



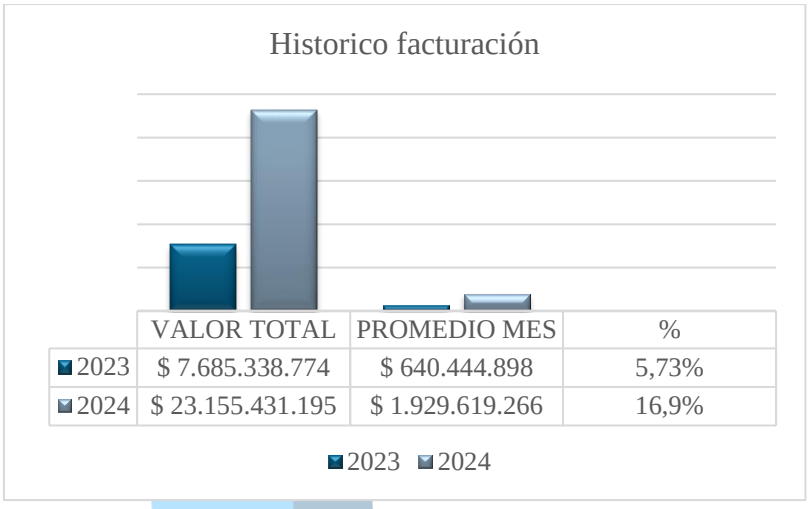
La anterior gráfica muestra un crecimiento en la facturación a lo largo del año 2024, distribuido entre los regímenes CONTR (Contrataciones) y SUBS (Subsidios). Los datos reflejan un balance saludable entre ambos segmentos, destacando los siguientes puntos positivos:

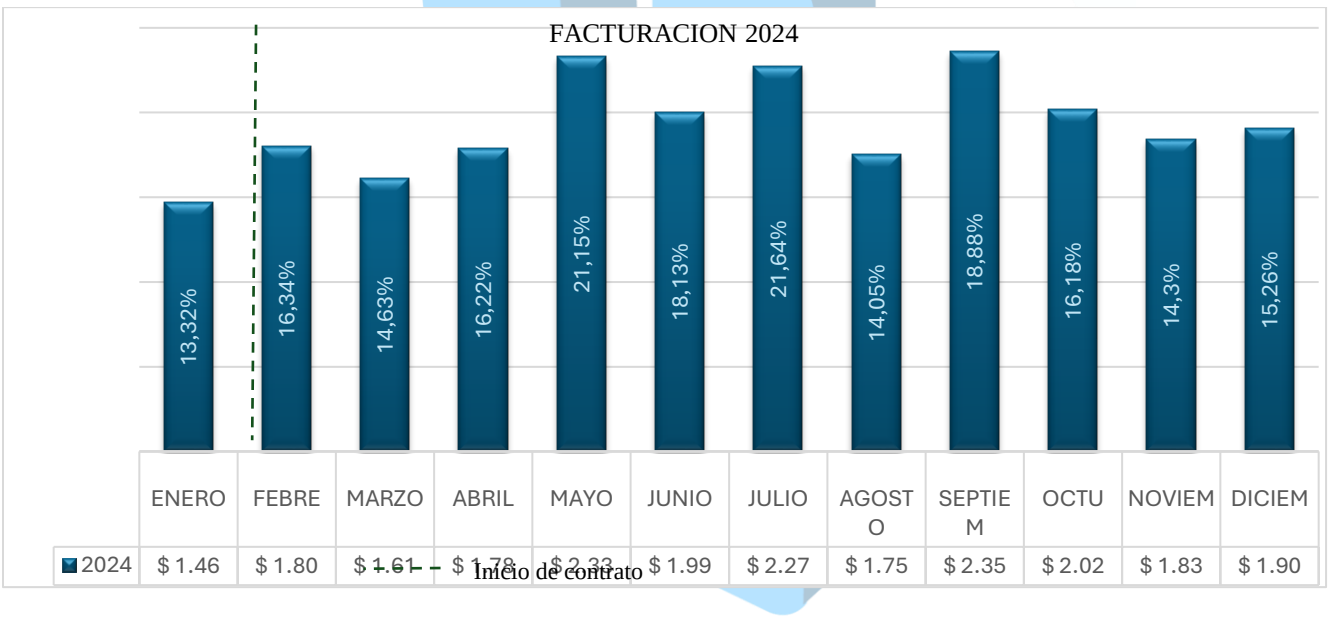
- La facturación total (CONTR + SUBS) muestra una tendencia creciente en la mayoría de los meses. En particular, los meses de julio, octubre y diciembre destacan con los niveles más altos de facturación.
- El régimen de contrataciones representa la mayor parte de los ingresos, alcanzando un 75.88% en julio, lo que muestra un fuerte posicionamiento en este segmento.
- Aunque la facturación por SUBS (Subsidios) es menor en comparación con CONTR, mantiene una participación constante de entre 24% y 37%, lo que ayuda a diversificar las fuentes de ingresos y reduce la dependencia de un solo régimen.
- El mes de julio muestra el punto más alto de facturación total, con un ingreso combinado de $4,692, lo cual es una señal positiva de un desempeño máximo en ese periodo.
- La distribución porcentual de los regímenes es consistente mes a mes, lo que indica una estrategia financiera bien planificada y sostenida.

5.1 Comportamiento General del contrato



La anterior grafica refleja el impacto de la facturación, radicación vs cartera en la que se evidencia una facturación creciente junto con la radicación oportuna y una cartera bien gestionada que permite que el hospital asegure un flujo de ingresos constante y mejorar control de riesgos de incobrabilidad.”





La anterior gráfica muestra una tendencia de crecimiento estable y saludable en la facturación a lo largo del 2024, con picos importantes en meses clave, donde se destacan los siguientes puntos positivos:

- Se observa un aumento progresivo en la facturación desde enero hasta mayo, lo cual es un indicador de que la operación del hospital está funcionando bien.

- Los meses de mayo ($2,332), julio ($2,274) y septiembre ($2,358) presentan los valores más altos del año. Estos picos de facturación indican periodos favorables para el hospital, que podrían coincidir un buen aprovechamiento de oportunidades de mercado.

- La facturación mensual se mantiene en un rango estable, sin caídas drásticas, lo que evidencia que el hospital tiene una base sólida de clientes o contratos que aportan ingresos recurrentes. Esto es una señal de sostenibilidad financiera.

- La gráfica muestra que el porcentaje de contribución mensual es consistente. La mayoría de los meses están por encima del 15%, alcanzando un máximo del 21.64% en julio. Esto refleja una buena distribución del ingreso a lo largo del año, evitando concentraciones en un solo periodo.

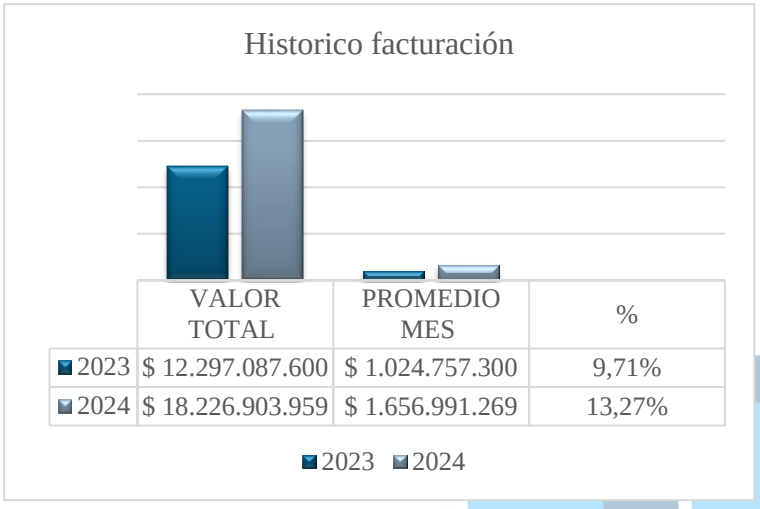
EGRESOS COMPENSAR				
MES	**CANTIDAD 2023**	**TOTAL FACTURA 2023**	**CANTIDAD 2024**	**TOTAL FACTURA 2024**
ENERO	31	$ 179.141.446	161	$ 1.282.292.670
FEBRERO	29	$ 47.071.263	162	$ 1.721.248.543
MARZO	28	$ 58.923.413	179	$ 1.528.394.754
ABRIL	23	$ 63.948.362	232	$ 1.735.617.497
MAYO	24	$ 65.945.460	185	$ 2.228.123.194
JUNIO	104	$ 716.520.471	181	$ 1.957.571.168
JULIO	114	$ 825.180.823	240	$ 2.172.637.177
AGOSTO	124	$ 1.185.817.681	201	$ 1.696.023.523
SSEPTIEMBRE	154	$ 1.389.475.758	193	$ 2.295.420.799
OCTUBRE	117	$ 970.049.267	219	$ 1.903.728.774
NOVIEMBRE	161	$ 1.190.282.676	237	$ 1.770.494.331
DICIEMBRE	158	$ 1.103.585.830	205	$ 1.820.458.350
TOTAL GENERAL	**1067**	**$ 7.795.942.449**	**2395**	**$ 22.112.010.780**
PROMEDIO POR PACIENTE	**2023**	**$ 7.306.413**	**2024**	**$ 9.232.572**

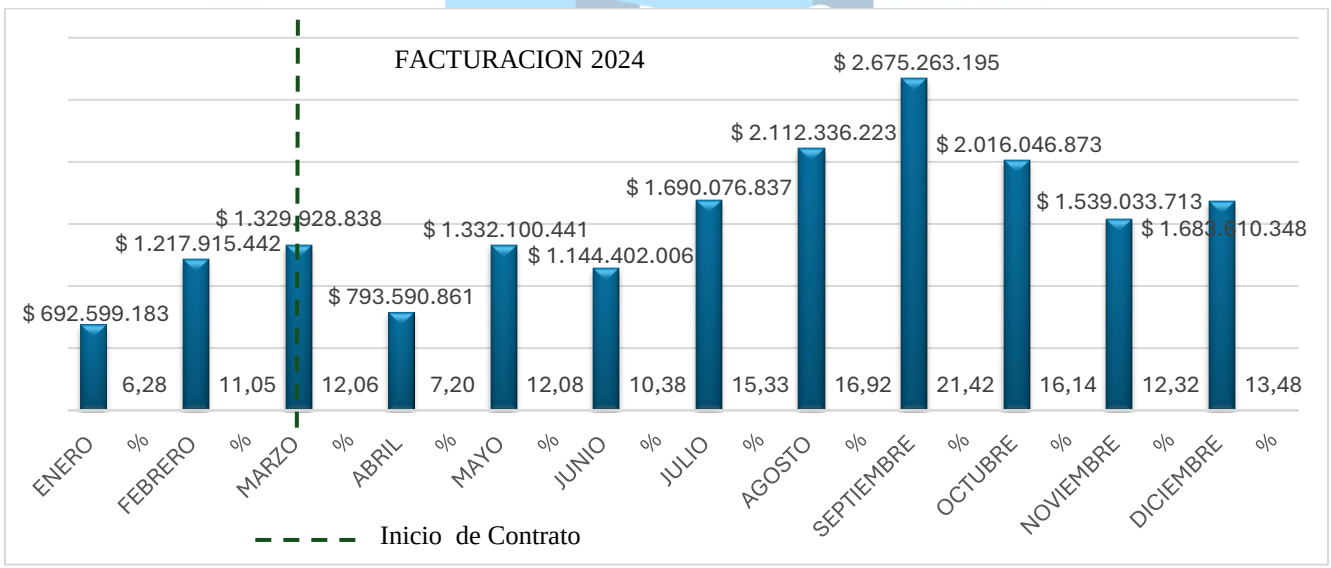
Nota: el anterior cuadro refleja egresos hospitalarios

5.2 Comportamiento General del Contrato



La gráfica anterior refleja una gestión positiva en la facturación y radicación en comparación con la cartera. Tanto la facturación como la radicación muestran un crecimiento similar, lo cual es favorable para el hospital, ya que el valor glosado no genera un impacto significativo.


Historico facturación
VALOR TOTAL
PROMEDIO MES
%
2023
$ 12.297.087.600
$ 1.024.757.300
9,71%
2024
$ 18.226.903.959
$ 1.656.991.269
13,27%
2023
2024


FACTURACION 2024
$ 692.599.183
6,28
$ 1.217.915.442
11,05
$ 1.329.928.838
12,06
$ 793.590.861
7,20
$ 1.332.100.441
12,08
$ 1.144.402.006
10,38
$ 1.690.076.837
15,33
$ 2.112.336.223
16,92
$ 2.675.263.195
21,42
$ 2.016.046.873
16,14
$ 1.539.033.713
12,32
$ 1.683.010.348
13,48
ENERO
%
FEBRERO
%
MARZO
%
ABRIL
%
MAYO
%
JUNIO
%
JULIO
%
AGOSTO
%
SEPTIEMBRE
%
OCTUBRE
%
NOVIEMBRE
%
DICIEMBRE
%
Inicio de Contrato

La anterior gráfica evidencia una tendencia creciente en los ingresos a lo largo del año, especialmente a partir del mes de julio donde se muestra una mejora continua en su facturación mensual, alcanzando sus picos más altos en los meses de septiembre y octubre. Para la que se destacan los siguientes puntos positivos.

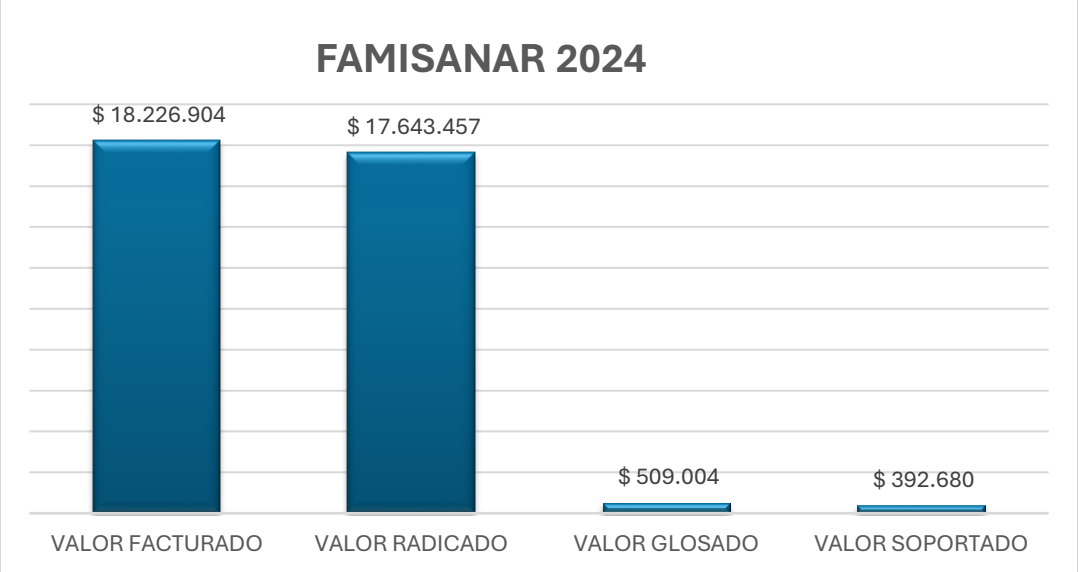
- La facturación muestra un aumento significativo a partir de julio, con los meses de agosto, septiembre y octubre destacándose por ingresos altos del año.
- Septiembre y octubre presentan los valores más altos de facturación para este contrato ($2.675 millones y $2.016 millones, respectivamente)..
- Aunque hay picos en ciertos meses, la facturación se mantiene relativamente constante después de abril. Esto es positivo ya que muestra que el hospital tiene una base de ingresos recurrentes
- La línea de inicio de contrato en marzo parece marcar un punto de inflexión. La facturación aumenta notablemente después de ese mes, lo que sugiere que el contrato nuevo ha tenido un impacto positivo en los ingresos.
- La segunda mitad del año concentra los mayores ingresos. Esto podría reflejar una estrategia exitosa de crecimiento, que impulsan el rendimiento financiero.

EGRESOS FAMISANAR				
MES	**CANTIDAD 2023**	**TOTAL FACTURA 2023**	**CANTIDAD 2024**	**TOTAL FACTURA 2024**
ENERO	178	$ 1.548.523.563	78	$ 655.927.371
FEBRERO	71	$ 730.089.752	141	$ 935.300.895
MARZO	99	$ 571.679.209	110	$ 1.194.406.299
ABRIL	238	$ 1.271.294.703	45	$ 333.504.435
MAYO	186	$ 1.051.623.010	98	$ 728.916.640
JUNIO	143	$ 1.073.306.237	104	$ 828.277.882

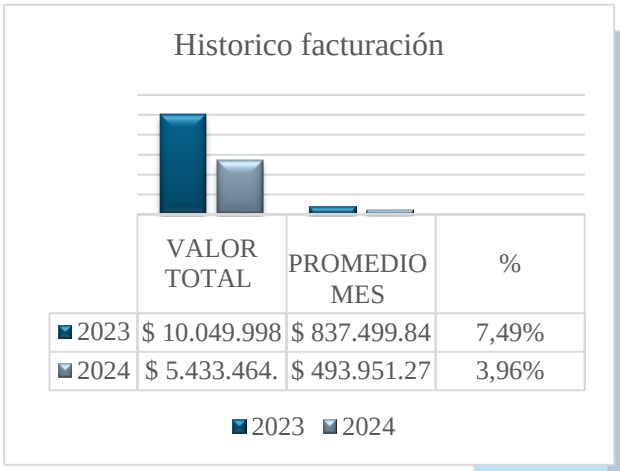
JULIO	83	$ 660.771.339	140	$ 1.279.054.610
AGOSTO	93	$ 553.534.594	208	$ 1.829.719.937
SEPTIEMBRE	142	$ 834.408.497	202	$ 2.247.398.260
OCTUBRE	84	$ 385.622.564	180	$ 1.626.778.273
NOVIEMBRE	159	$ 1.123.191.566	154	$ 1.243.709.646
DICIEMBRE	91	$ 665.936.160	143	1154034739
TOTAL GENERAL	**1567**	**$ 10.469.981.194**	**1603**	**$ 14.057.028.987**
PROMEDIO POR PACIENTE	**2023**	**$ 6.681.545**	**2024**	**$ 8.769.201**

Nota: el anterior cuadro refleja egresos hospitalarios

5.3 Comportamiento General del Contrato



La gráfica anterior muestra una gestión favorable en cuanto a facturación y radicación en relación con la cartera. Tanto la facturación como la radicación experimentan un crecimiento similar, lo cual resulta positivo para el hospital, ya que el monto glosado no tiene un impacto considerable





La anterior gráfica refleja una evolución saludable con un fuerte impulso a mediados de año gracias al inicio del contrato. El hospital muestra capacidad para mantener ingresos estables después del pico y una tendencia positiva hacia el cierre del año, lo que es una señal de variaciones del mercado. Para los que se destacan los siguientes puntos positivos:

- Se observa un crecimiento significativo entre los meses de enero y junio. El mayor salto se produce entre abril y mayo, donde los ingresos alcanzan más de $1.106 millones Pico Máximo en junio
- El mes de junio es el mejor mes del período, con ingresos de $1.120 millones, lo que representa un incremento considerable respecto a meses anteriores. Este punto marca un momento clave, posiblemente relacionado con un evento importante, como el inicio de un contrato relevante (marcado en la gráfica).
- Aunque hay una ligera disminución en los meses siguientes, los ingresos se mantienen en niveles altos y estables, superando los $600 millones mensuales, lo que demuestra una consolidación de la facturación tras el inicio del contrato.
- En noviembre, los ingresos vuelven a crecer hasta alcanzar $992 millones, lo que indica una recuperación sólida y una capacidad para generar flujos de efectivo positivos incluso después de una leve desaceleración.

EGRESOS SANITAS				
MES	**CANTIDAD 2023**	**TOTAL FACTURA 2023**	**CANTIDAD 2024**	**TOTAL FACTURA 2024**
ENERO	34	$ 281.633.934	52	$ 425.378.589
FEBRERO	41	$ 212.623.492	49	$ 446.863.990
MARZO	34	$ 359.111.509	38	$ 265.652.210
ABRIL	42	$ 295.741.200	103	$ 579.166.757
MAYO	114	$ 1.094.387.532	118	$ 1.115.365.066
JUNIO	172	$ 1.782.730.673	108	$ 1.029.391.845
JULIO	156	$ 1.534.723.465	100	$ 822.984.389

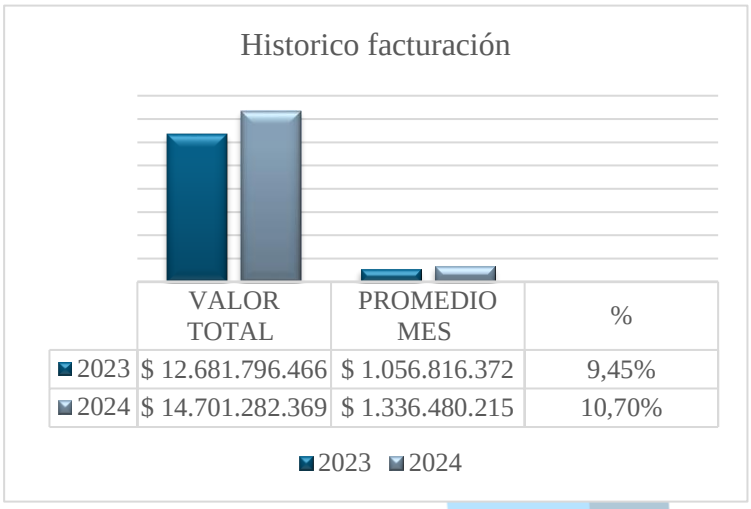
AGOSTO	176	$ 1.637.999.560	94	$ 702.502.204
SEPTIEMBRE	253	$ 1.168.710.667	57	$ 440.313.527
OCTUBRE	116	$ 890.737.600	59	$ 508.673.240
NOVIEMBRE	60	$ 639.151.475	60	$ 527.922.599
DICIEMBRE	57	$ 439.376.098	49	377095661
TOTAL GENERAL	**1255**	**$ 10.336.927.205**	**887**	**$ 7.241.310.077**
PROMEDIO POR PACIENTE	**2023**	**$ 8.236.595**	**2024**	**$ 8.163.822**

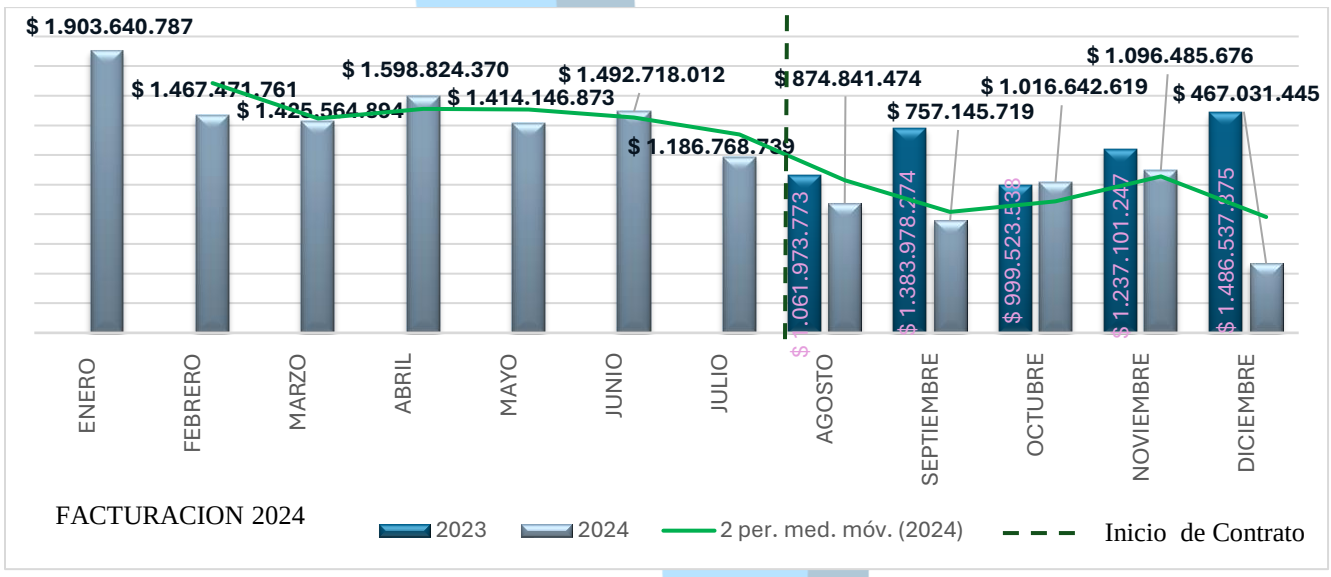
Nota: el anterior cuadro refleja egresos hospitalarios

5.4 Comportamiento General del Contrato



La gráfica anterior muestra el impacto de la radicación y la glosa sobre la facturación. Se observa que el hospital enfrenta un monto significativo en glosas, pero estas son gestionadas de manera eficiente desde el área de cartera, con el soporte oportuno, lo que permite recuperar casi la mitad del valor glosado.





La gráfica anterior muestra una evolución favorable en la facturación durante el periodo 2023-2024. Aunque no se ha logrado un ajuste de incremento debido a restricciones presupuestarias de la entidad, se mantiene una tendencia positiva. En este contexto, se destacan los siguientes aspectos positivos:

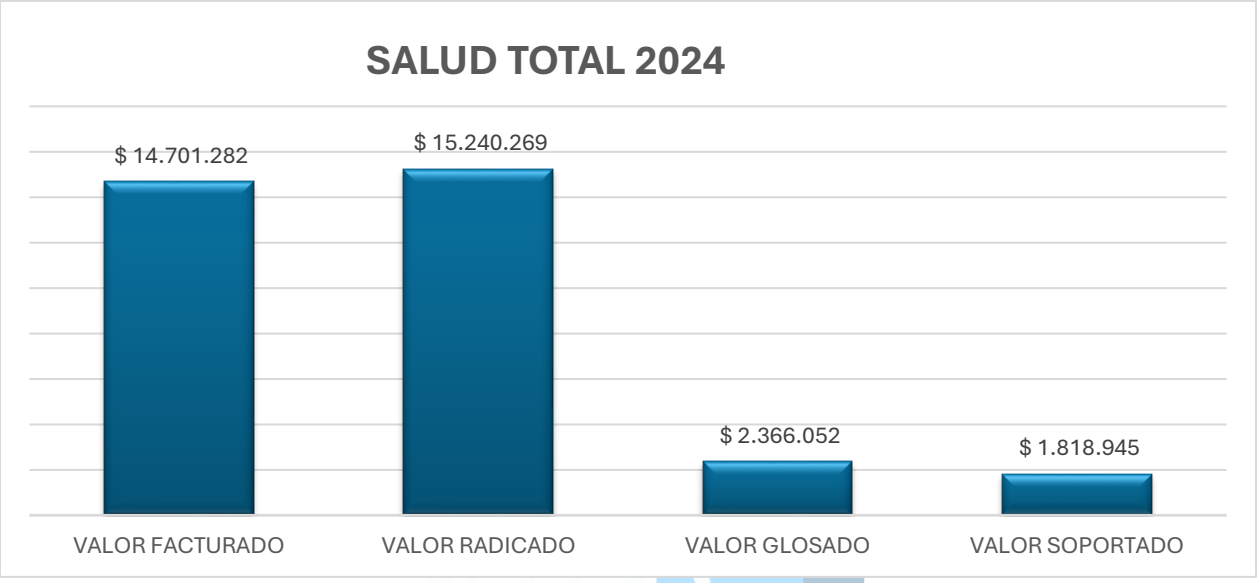
- En enero de 2024, la facturación es significativamente alta, alcanzando los $1.903.640.787, lo cual representa un sólido inicio de año. Este nivel de ingresos demuestra que la compañía está comenzando con un fuerte impulso financiero.
- Durante los primeros meses del año (enero a junio), se observa que la facturación mensual se mantiene por encima de los niveles del promedio móvil de dos períodos. Esto refleja una buena estabilidad en las operaciones y un cumplimiento constante de los objetivos de ingresos.
- El inicio del contrato, señalado con una línea verde discontinua, podría representar un hito importante para la compañía, sugiriendo nuevos ingresos esperados a partir de esa fecha. Esto puede indicar un fortalecimiento de la relación con clientes clave o la firma de contratos importantes.
- Aunque hay una disminución en la facturación hacia mediados del año, se observa un repunte en los últimos meses (especialmente en noviembre, con $1.237.101.217). Esto es un indicativo de una estrategia de recuperación efectiva que puede generar buenos resultados a futuro.

EGRESOS SALUD TOTAL				
MES	**CANTIDAD 2023**	**TOTAL FACTURA 2023**	**CANTIDAD 2024**	**TOTAL FACTURA 2024**
ENERO	125	$ 452.704.119	289	$ 1.600.831.306
FEBRERO	162	$ 582.722.887	248	$ 1.487.705.240
MARZO	139	$ 866.110.591	237	$ 1.419.980.632
ABRIL	117	$ 796.945.702	232	$ 1.321.011.288
MAYO	139	$ 974.762.430	229	$ 1.279.266.077
JUNIO	121	$ 815.467.600	195	$ 1.389.451.688
JULIO	156	$ 928.570.910	214	$ 1.110.162.796
AGOSTO	165	$ 799.228.551	160	$ 879.006.236
SEPTIEMBRE	322	$ 1.515.894.582	137	$ 654.491.867
OCTUBRE	170	$ 932.412.292	236	$ 1.020.302.828
NOVIEMBRE	185	$ 1.144.266.735	194	$ 837.890.062
DICIEMBRE	227	$ 1.272.169.984	115	768427679

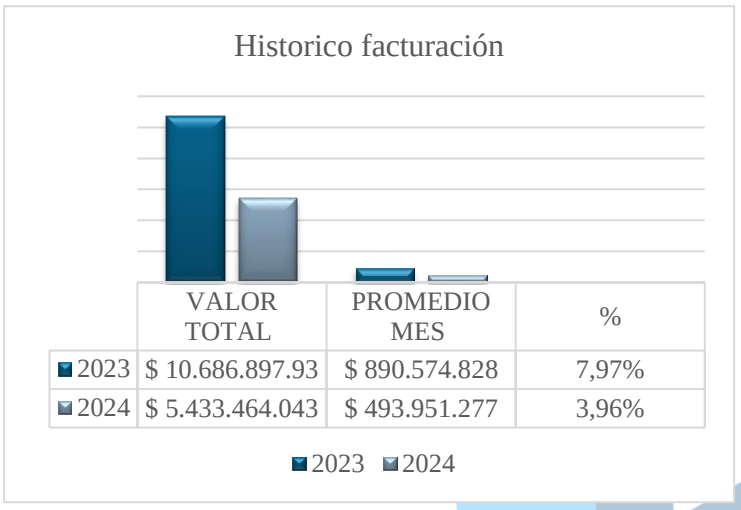
TOTAL GENERAL	**2028**	**$ 11.081.256.383**	**2486**	**$ 13.768.527.699**
PROMEDIO POR PACIENTE	**2023**	**$ 5.464.130**	**2024**	**$ 5.538.426**

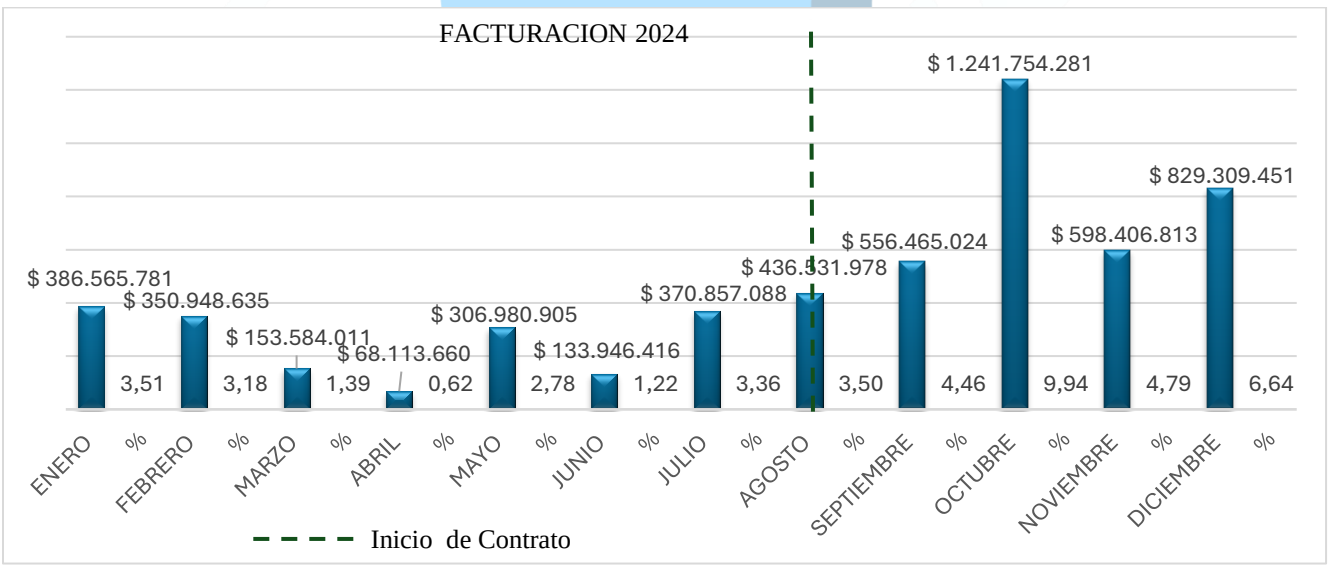
Nota: el anterior cuadro refleja egresos hospitalarios

5.5 Comportamiento General del Contrato



La gráfica anterior ilustra el impacto de la radicación y la glosa sobre la facturación. En ella, se observa que un mayor valor radicado contribuye a mejorar la gestión mediante el control de vigencias anteriores. Además, aunque el valor glosado es significativo, este es recuperado de manera oportuna por el área de cartera.


Historico facturación
VALOR TOTAL
PROMEDIO MES
%
2023
$ 10.686.897.93
$ 890.574.828
7,97%
2024
$ 5.433.464.043
$ 493.951.277
3,96%
2023
2024


FACTURACION 2024
$ 386.565.781
3,51
$ 350.948.635
3,18
$ 153.584.011
1,39
$ 68.113.660
0,62
$ 306.980.905
2,78
$ 133.946.416
1,22
$ 370.857.088
3,36
$ 436.531.978
3,50
$ 556.465.024
4,46
$ 1.241.754.281
9,94
$ 598.406.813
4,79
$ 829.309.451
6,64
ENERO
%
FEBRERO
%
MARZO
%
ABRIL
%
MAYO
%
JUNIO
%
JULIO
%
AGOSTO
%
SEPTIEMBRE
%
OCTUBRE
%
NOVIEMBRE
%
DICIEMBRE
%
Inicio de Contrato

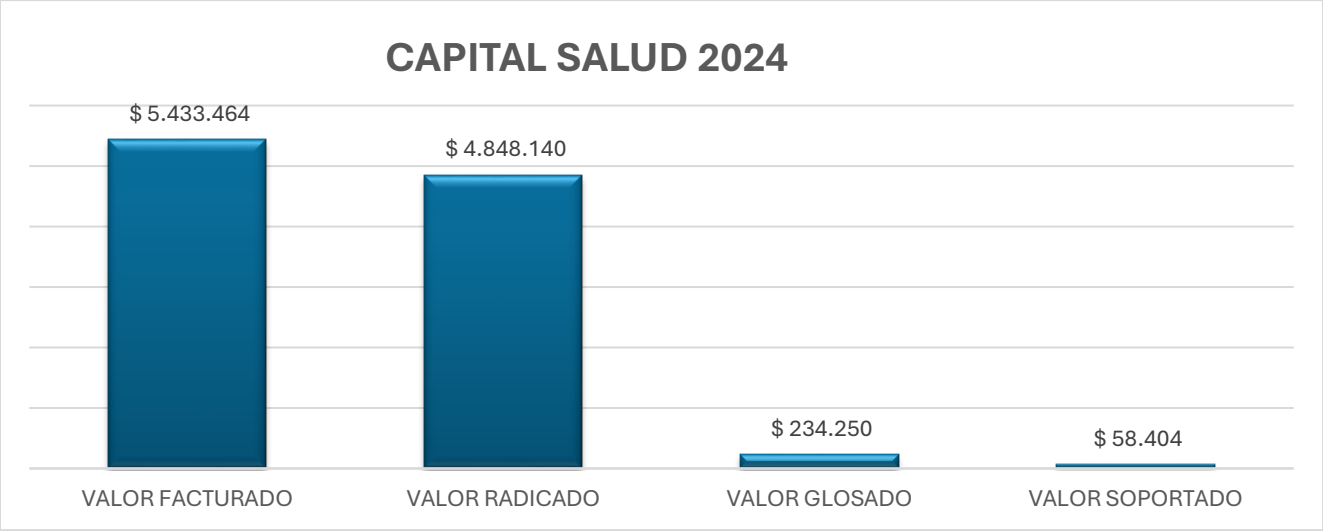
La gráfica muestra la facturación mensual generada para el año 2024, con un punto específico marcado como el "Inicio de Contrato" en septiembre, para la que se destacan los siguientes puntos positivos:

- La facturación inicial (enero a abril) es baja debido a que no se tiene alianza con esta entidad, pero aun asi somos un referente para los pacientes de esta entidad, lo que se refleja en la facturación mensual que incrementa considerablemente después del inicio del contrato en septiembre, alcanzando su punto más alto en octubre ($1.241.754.281).
- La línea verde indica el inicio de un contrato clave en septiembre, lo cual marca un punto de cambio que se vio reflejando durante la vigencia del contrato aumentando la facturación en valor que sobrepasa el techo estipulado por la entidad de 500 mil millos por mes.

EGRESOS CAPITAL				
MES	**CANTIDAD 2023**	**TOTAL FACTURA 2023**	**CANTIDAD 2024**	**TOTAL FACTURA 2024**
ENERO	**185**	**$ 1.479.320.220**	10	$ 293.689.254
FEBRERO	**183**	**$ 1.157.249.372**	15	$ 258.032.412
MARZO	**226**	**$ 1.849.834.198**	5	$ 91.611.159
ABRIL	**157**	**$ 1.368.691.999**	2	$ 4.697.820
MAYO	51	$ 365.303.277	9	$ 223.881.032
JUNIO	33	$ 599.085.977	4	$ 68.533.158
JULIO	26	$ 233.623.943	12	$ 264.225.823
AGOSTO	21	$ 149.387.547	**10**	**$ 250.243.102**
SEPTIEMBRE	24	$ 179.374.608	**26**	**$ 483.551.472**
OCTUBRE	19	$ 151.962.271	**25**	**$ 737.425.635**
NOVIEMBRE	16	$ 89.951.585	**20**	**$ 626.204.489**
DICIEMBRE	21	$ 374.644.225	6	$ 221.712.776
TOTAL GENERAL	**962**	**$ 7.998.429.222**	**144**	**$ 3.523.808.132**
PROMEDIO POR PACIENTE	**2023**	**$ 8.314.375**	**2024**	**$ 24.470.890**

Nota: el anterior cuadro refleja egresos hospitalarios y los demarcados con negrita vigencias de contrato

5.6 Comportamiento General del Contrato



La gráfica anterior refleja una gestión positiva en la facturación y radicación en comparación con la cartera. Tanto la facturación como la radicación que a pesar de ser una entidad con la que el contrato no a sido continuo muestran un crecimiento similar, lo cual es favorable para el hospital, ya que el valor glosado no genera un impacto significativo.

6. Gestión de parametrización

1. Se reviso y actualizo los códigos y tarifas de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, asegurando el cumplimiento del marco normativo y contractual para efectos de la facturación.

7. Desafíos y Obstáculos

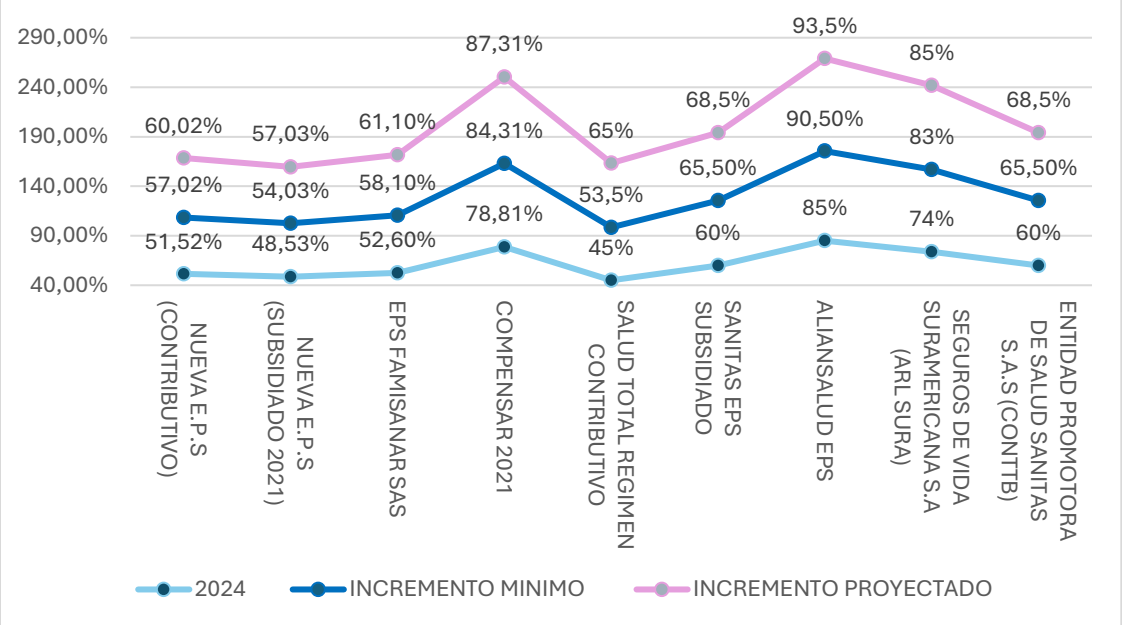
- Ajuste de Tarifas: Las negociaciones para el ajuste de tarifas fueron complicadas debido a las restricciones presupuestarias de algunas EPS.
- Actualización de Normativas Internacionales: La constante actualización de las normativas CIE-10 y la adaptación del software a estas actualizaciones representaron un desafío en términos de tiempo.
- Comunicación con las ERP: Se identificaron inconvenientes en la comunicación con algunos sistemas ERP, lo que genera un obstáculo significativo en los procesos de parametrización y gestión de avales de tarifa. Esta situación impacta directamente los tiempos de facturación y radicación, ya que, en muchos casos, las facturas se emiten con un retraso considerable posterior al egreso del paciente. Esto ocurre debido a la falta de respuesta o la emisión de respuestas negativas por parte del ERP, lo cual tiene un efecto adverso al incrementar el índice de glosas relacionadas con tarifas, afectando la gestión financiera y operativa.

8. Planes y Proyecciones para 2025

- Aumento de Tarifas: Para el ejercicio 2025, el ajuste tarifario proyectado contempla un incremento del 8,5%, de acuerdo con las tendencias y necesidades operativas de la institución. Sin embargo, considerando las restricciones presupuestarias de algunas ERP´s, se plantea la posibilidad de ajustar el incremento al 5,5%, alineándose con el valor del Índice de Precios al Consumidor (IPC) registrado para el periodo.

CONTRATOS A MANUAL TARIFARIO SOAT			
ENTIDAD	**2024**	**INCREMENTO PROYECTADO**	**INCREMENTO MINIMO**
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	(-10%)	(-10%)	(-10%)
FOMAG	PLENO	(-15%)	(-10%)
FIDUPREVISORA FONDO NACIONAL DE SALUD PPL (USPEC)	(-30%)	(-10%)	(-15%)
SOCIEDAD CLINICA EMCOSALUD S.A.	(-20%)	-18,30%	(-11)
CAPITAL SALUD	(-10%, - 15%)	(-10%)	(-15%)

CONTRATOS A MANUAL TARIFARIO ISS



- Expandir la Oferta de Servicios: se implementarán estrategias para ampliar la cobertura de servicios ofrecidos a los afiliados de las ERP´s, priorizando aquellas especialidades médicas que

actualmente registran un menor volumen de facturación, pero que presentan un mayor margen de rentabilidad

- Establecer Nuevas Alianzas: Se explorarán nuevas alianzas con ERP´s para diversificar las fuentes de afiliados al hospital.
- Aumentar la captación de pacientes en un 20% mediante campañas dirigidas a segmentos específicos de la población (por ejemplo, cirugía de ortopedia, oftalmología y ginecología entre otras).
- Fortalecer alianzas estratégicas con empresas y aseguradoras para atraer a más pacientes corporativos.
- Mejorar la Capacitación: Se planea generar un espacio de capacitación continua, para el personal relacionado con la codificación y la parametrización de servicios.
- Optimización de Herramientas Tecnológicas: Se implementará una nueva herramienta de software más avanzada para automatizar el proceso de codificación, lo que reducirá los errores y aumentará la eficiencia.

Gestión Sarlaf

Hecho por Mayretd Yanuari Manzo Coaji

1. Introducción

El área de cumplimiento de la Fundación Hospital San Carlos, elabora el presente informe en cumplimiento a lo establecido en las circulares externas 009 de 2016, 005-5 de 2021 y 003 de 2018 y 053 de 2022, relacionado con la efectividad y cumplimiento de cada una de las etapas y elementos del Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de activos, Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva SARLAFT, Subsistema de Administración Contra la Corrupción la Opacidad y el Fraude SICOF y Programa de Transparencia y Ética Empresarial PTEE correspondiente al año 2024.

2. Estructura



3. Personal del área:

- Diana Tijaro, Oficial de cumplimiento.
- Mayretd Manzo, Profesional SARLAFT.

4. Avances y logros.

- Durante el primer semestre de 2024 se realizó la actualización del Formulario de conocimiento de contrapartes, se diseñó el procedimiento de vinculación de terceros. Se realiza validación en listas de los colaboradores de las FHSC activos al 31 de enero de 2024, iniciamos los procesos de inducción sobre SARLFAT, SICOF y PTEE, para el personal (empleados y estudiantes) que ha ingresaron durante el semestre, dejando registro de asistencia y evaluación del tema. Se realizó la implementación y actualización de los Subsistemas de Administración del Riesgo: SARO, SARLAFT, SICOF y PTEE, se trabajó con cada una de las áreas involucradas con las cuales se hizo el levantamiento de la matriz de riesgo, identificando riesgos y controles para cada uno de los procesos. Se presentaron mensualmente los reportes solicitados por la UIAF: Reporte de ausencia de operaciones sospechosas, Reporte de transacciones por pagos de clientes y a proveedores en efectivo, iguales o superiores a $5.000.000.
- Para el segundo semestre de 2024, se presentó a la Junta Directiva la actualización de los manuales y matrices de riesgo de: SARLAFT, SICOF, PTEE y SARO, para su revisión y aprobación. Se realizaron los procesos de inducción sobre SARLFAT, SICOF y PTEE, para el personal (empleados y estudiantes) que ha ingresaron durante el semestre, dejando registro de asistencia y evaluación del tema. Se presentaron mensualmente los reportes solicitados por la UIAF: Reporte de ausencia de operaciones sospechosas, Reporte de transacciones por pagos de clientes y a proveedores en efectivo, iguales o superiores a $5.000.000. Se entregó el informe del

Código de conducta y Buen Gobierno solicitado por la Super Intendencia Nacional Salud. Se inició el proceso de renovación anual de proveedores, el cual se encuentra en curso.

5. Desafíos

Uno de los principales retos es garantizar que todos los procesos estén alineados con las normativas locales e internacionales, asegurando una vigilancia constante ante nuevos riesgos.

Otro desafío importante es la identificación y evaluación de riesgos emergentes, ya que los actores del crimen organizado emplean métodos cada vez más sofisticados para ocultar actividades ilícitas.

Finalmente, la auditoría y monitoreo continuo son esenciales para asegurar la efectividad del sistema, identificar posibles brechas y corregir desviaciones a tiempo.

6. Propuestas

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en materia de SARLAFT, PTEE Y SICOF, es importante que la Fundación considere la opción de contratar un proveedor de listas internacionales vinculantes para Colombia. Actualmente, contamos con una base de datos de más de 1,000 contrapartes que deben ser consultadas de forma masiva y permanente, proceso que se realiza manualmente. Este procedimiento puede mejorarse significativamente.

Las listas son esenciales para ayudar a prevenir el fraude, la corrupción y los delitos de lavado de dinero y financiación del terrorismo en cualquier organización, independientemente del sector. Son fundamentales porque generan confianza en los negocios y garantizan un adecuado proceso de debida diligencia, evitando posibles vínculos con personas y entidades que puedan representar un riesgo para la

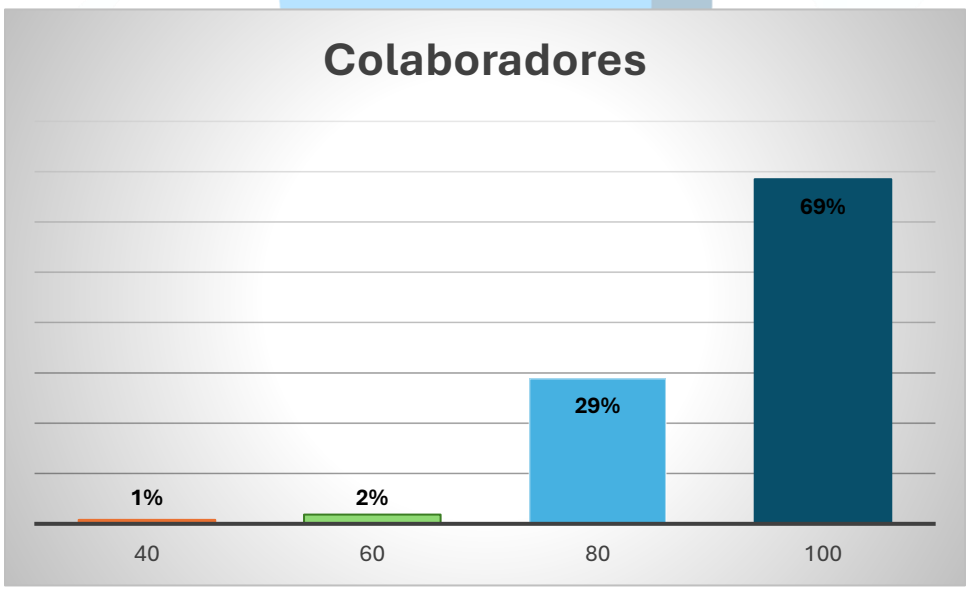
empresa. Es recomendable que el oficial de cumplimiento revise estas listas para asegurarse de que la contraparte no represente un riesgo.

7. Indicadores

- **Programa de capacitación del SARLAFT, SICOF y PTEE**

El programa de capacitación del SARLAFT, SICOF y PTEE está incluido en el proceso de inducción para el personal que ingresa nuevo a la Fundación. Por lo anterior, se cuenta con programas de capacitación semanales enfocado en el personal mencionado, en donde se imparte la información necesaria para el entendimiento de los Sistemas.

Se realizó la inducción a 762 personas, los resultados de la evaluación fueron los siguientes:



- **Reporte SARLAFT**

Dentro de lo mencionado por la Norma existen Reportes internos son de uso exclusivo de la entidad así mismo los reportes deben ser entregados en la forma que disponga la UIAF, conforme a las instrucciones impartidas en los manuales y formatos contenidos en la página de Internet de dicha Entidad: https://www.uiaf.gov.co/reportantes.

- **Reporte de Operaciones Intentadas y Operaciones Sospechosas (Reporte de ROS):** Una operación intentada o una operación sospechosa debe reportarse de manera inmediata como ROS directamente a la UIAF, entendiéndose por inmediato el momento a partir del cual la entidad toma la decisión de catalogar la operación como intentada o sospechosa.

- **Reporte de Ausencia de Operaciones Intentadas y Operaciones Sospechosas (Reporte de Ausencia de ROS):** Si durante el mes inmediatamente anterior, la entidad no realizó ningún ROS a la UIAF, dentro de los 10 primeros días calendario del mes siguiente deberá reportar a la UIAF que durante el mes anterior no efectuaron Reporte de Operaciones Sospechosas.

- **Reporte de Transacciones Individuales en Efectivo:** Todos los sujetos vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud a los que le compete la aplicación de esta Circular deberán reportar mensualmente a la UIAF dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente, todas las transacciones en efectivo realizadas en un mismo día por parte de una misma persona natural o jurídica, por un valor igual o superior a cinco millones de pesos M/CTE ($5.000.000) y/o su equivalente en otras monedas.

- **Reporte de Transacciones Múltiples en Efectivo:** Todos los sujetos vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud a los que le compete la aplicación de esta

Circular, deberán reportar mensualmente a la UIAF dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente, todas las transacciones en efectivo realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes inmediatamente anterior, que en su conjunto iguale o supere la cuantía de veinticinco millones de pesos ($25.000.000) M/CTE, y/o su equivalente en otras monedas durante el mes objeto de reporte.

- **Reporte de Ausencia de Transacciones en Efectivo:** Todos los sujetos vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud a los que le compete la aplicación de esta Circular, que no hayan reportado transacciones en efectivo, bien sea individuales o múltiples durante el mes inmediatamente anterior, deberán reportar este hecho a la UIAF dentro de los diez (10) primeros días calendario del mes siguiente.

Al corte del 31 de diciembre de 2024, la Fundación ha cumplido con la presentación oportuna de cada uno de los Reportes a los que se encuentra obligado a dar respectivo cumplimiento, como se evidencia en la siguiente imagen:

ESTADO DE REPORTES
UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ANALISIS FINANCIERO UIAF

Bogotá D.C., Enero 16 de 2025

El informe contiene la relación de los reportes realizados por los sujetos obligados durante el año 2024 según corte realizado el día 16 de Enero de 2025 12:42:29p.m., de acuerdo a las especificaciones de Resolución y/o Circular.

Cordialmente,

SISTEMA DE REPORTE EN LÍNEA - SIREL
SUBDIRECCIÓN DE INFORMÁTICA
UIAF

- **Validación en listas de colaboradores**

Se realizó la verificación en listas restrictivas a los colaboradores por planta de Fundación, activos al 31 de enero de 2024, no se presentaron novedades en las consultas.



- **Validación en listas de especialistas.**

Se realizó la verificación en listas restrictivas a los especialistas que ingresaron por OPS durante el 2024, se realizaron 56 validaciones, de las cuales no se presentaron novedades en las consultas.



8. Conclusiones

La implementación efectiva de los sistemas SARLAFT, SICOF y PTEE es crucial para prevenir y detectar actividades de lavado de dinero y financiamiento del terrorismo, corrupción, opacidad, fraude y Soborno que se puede presentar en la Fundación. Es importante en la FHSC mantener las actividades presentadas en este informe para preservar y mejorar la efectividad de los sistemas mencionados.

Departamento de Tecnología

Hecho por José Ricardo Torres Torres y Jhon Jairo Mamanche Muete

1. Introducción

El año 2024 representó un período significativo para el Departamento de Tecnología de la Fundación Hospital San Carlos, en el que se consolidaron importantes avances en infraestructura, sistemas de información y automatización de procesos, orientados a mejorar la eficiencia operativa y la calidad de los servicios de salud. Este informe tiene como objetivo destacar los logros alcanzados, los desafíos enfrentados y las estrategias implementadas para garantizar la continuidad y evolución tecnológica del hospital.

El Departamento de Tecnología está compuesto por dos áreas fundamentales: Sistemas de Información e Infraestructura. Cada una desempeña un papel clave en la operatividad diaria del hospital, desde la gestión de plataformas digitales hasta el mantenimiento de equipos críticos y la infraestructura de red. Este informe no solo busca ser un reflejo del trabajo realizado, sino también una herramienta para planificar el futuro, identificando áreas de mejora y estableciendo nuevas metas.

A lo largo del año, el equipo de Tecnología se enfrentó a retos significativos, como la integración de nuevas herramientas, el cumplimiento de normativas y la optimización de recursos. Gracias al compromiso y profesionalismo de los miembros del equipo, se logró implementar soluciones innovadoras

que impactaron positivamente tanto en los procesos internos como en la experiencia de los pacientes y usuarios del hospital.

En el siguiente informe, se detallarán los avances más relevantes alcanzados durante el 2024, los aprendizajes obtenidos y las propuestas de mejora para el próximo año. Este informe refleja el esfuerzo conjunto y el compromiso del Departamento de Tecnología por contribuir al cumplimiento de la misión y visión de la Fundación Hospital San Carlos.

2. Estructura del Departamento

2.1 Áreas del Departamento de Tecnología

El Departamento de Tecnología de la Fundación Hospital San Carlos está compuesto por dos áreas principales, cada una con responsabilidades específicas:

Sistemas de Información:

- Encargada de la gestión, desarrollo y mantenimiento de los sistemas informáticos que soportan los procesos operativos del hospital.
- Responsable de garantizar la continuidad y actualización de plataformas clave, como Hosvital y los módulos de automatización.
- Soporte en la integración de nuevos sistemas y cumplimiento de normativas tecnológicas en salud.
- Desarrollo de nuevas herramientas tecnológicas orientadas a optimizar procesos en los diferentes departamentos de la Fundación
- Seguimiento y cumplimiento de contratos necesarios para el correcto funcionamiento de los procesos en la institución.

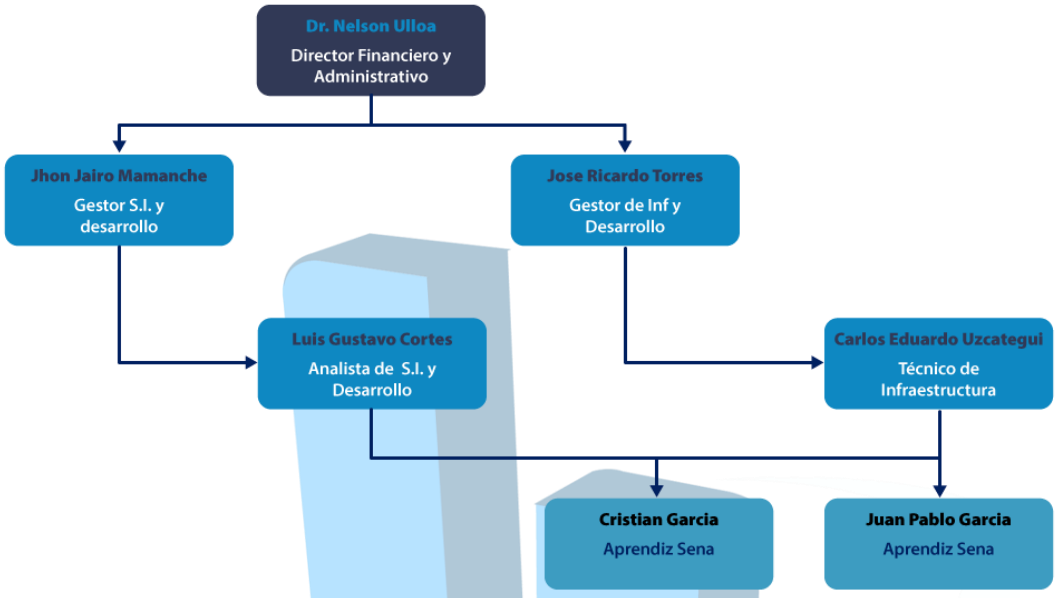
Infraestructura:

- Enfocada en el mantenimiento, actualización y expansión de la infraestructura tecnológica del hospital.
- Gestión de la red, servidores, cámaras de seguridad, puntos de acceso y equipos críticos.
- Desarrollo de soluciones tecnológicas para mejorar la eficiencia y funcionalidad de los procesos internos.
- Garantizar la operatividad de los equipos de cómputo, herramientas ofimáticas, correo institucional e internet.
- Seguimiento y cumplimiento de contratos necesarios para el correcto funcionamiento de los procesos en la institución.

3. Personal del departamento

El equipo está conformado por un grupo multidisciplinario de profesionales y técnicos:

- **Gestor de Infraestructura:** Responsable de la supervisión, mantenimiento y desarrollo de herramientas específicas para la infraestructura física y tecnológica.
- **Gestor de Sistemas de Información:** Encargado de liderar el desarrollo e implementación de soluciones informáticas y la mejora de los sistemas hospitalarios.
- **Analista de Sistemas de Información:** Apoya en la configuración, soporte y creación de herramientas innovadoras para los diferentes procesos.
- **Técnico de Soporte en Infraestructura:** Realiza mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos y redes, además de participar en la implementación de soluciones técnicas.
- **Aprendices:** Colaboran en tareas específicas bajo supervisión, contribuyendo al desarrollo de herramientas y al fortalecimiento de la operación.



4. Avances y Logros Relevantes

A lo largo del año 2024, el Departamento de Tecnología de la Fundación Hospital San Carlos implementó una serie de iniciativas y proyectos significativos que contribuyeron al fortalecimiento de la infraestructura tecnológica, la mejora de los sistemas de información y la optimización de los procesos institucionales. A continuación, se detallan los principales avances:

Primer Trimestre (Enero - Marzo):

- **Implementación del módulo para el registro y control de visitantes:** Facilitó un acceso más seguro y eficiente a las instalaciones del hospital.

1. **Ahorro en costos por implementación interna:**

    - **Situación anterior:** Contratación de herramienta externa con un costo de 9,5 millones de pesos anuales.
    - **Resultado actual:** Eliminación del contrato externo gracias al desarrollo interno del módulo.
    - **Indicador de impacto:** 100% de ahorro en costos por la herramienta externa, equivalente a 9,5 millones anuales.

2. **Reducción en costos de consumibles:**

    - **Situación anterior:** Gasto anual de 5,4 millones de pesos en stickers para el registro de visitantes.
    - **Resultado actual:** Optimización del proceso con eliminación del uso de stickers.
    - **Indicador de impacto:** 100% de ahorro en consumibles, equivalente a 5,4 millones anuales.

3. **Mejora en la seguridad de la información:**

    - **Situación anterior:** Acceso externo sin control a la base de datos hospitalaria.
    - **Resultado actual:** Control completo del acceso y la gestión de datos por el equipo interno.
    - **Indicador de impacto:** Reducción a cero de riesgos por accesos externos no controlados.

- **Renovación de impresoras y contrato Ricoh:** Permitió optimizar los costos y mejorar el rendimiento de impresión para las áreas administrativas y asistenciales.

1. **Reducción de costos en facturación anual:**

    - **Situación anterior:** Facturación en 2023 de $304.414.140,50.
    - **Resultado actual:** Facturación en 2024 de $276.646.663,73.
    - **Indicador de impacto:** Ahorro total de 27.767.476,77 pesos, equivalente a un 9,12% de reducción en costos de impresión.

5. Avances y Logros Relevantes

2. **Optimización en tiempos de operación:**

    - **Situación anterior:** Tiempos prolongados de inoperatividad por falta de insumos (tóner).
    - **Resultado actual:** Renovación de impresoras y adquisición de un stock estratégico de tóner para garantizar continuidad.
    - **Indicador de impacto:** Reducción significativa de tiempos de inoperatividad por falta de insumos.

3. **Mejora en disponibilidad de equipos:**

    - **Situación anterior:** Limitaciones operativas por equipos desactualizados.
    - **Resultado actual:** Renovación de impresoras con tecnología más eficiente.
    - **Indicador de impacto:** Aumento de la disponibilidad operativa de impresoras en un 15%.

Segundo Trimestre (Abril - Junio):

- **Creación del módulo para monitorear el estado de la red y servicios principales:** Proporcionó visibilidad en tiempo real de los servicios críticos, mejorando la capacidad de respuesta ante incidentes.
- **Implementación del módulo para restablecer contraseñas de Hosvital:** Redujo el tiempo de resolución de incidencias relacionadas con accesos al sistema.
- **Identificación y creación del diagrama de RED FHSC:** Documentó la topología y estructura de la red, facilitando futuros procesos de mantenimiento y expansión.

Tercer Trimestre (Julio - Septiembre):

- **Implementación del módulo para administrar solicitudes de tiempo no laborado:** Simplificó la gestión de permisos y ausencias del personal.

1. **Ahorro en costos de personal:**
    - **Situación anterior:** Se requerían tres asistentes de la dirección asistencial y una asistente de dirección financiera/administrativa para gestionar las solicitudes.
    - **Resultado actual:** El proceso automatizado permite que solo se requieran un asistente de dirección asistencial y uno de dirección financiera/administrativa.

- **Indicador de impacto:** Reducción del 50% en personal asignado al proceso, con un ahorro significativo en costos laborales asociados.

6. Avances y Logros Relevantes

2. Optimización del tiempo de gestión:

- **Situación anterior:** Procesos manuales con recolección de datos a través de formularios y manejo en hojas de Excel.
- **Resultado actual:** Proceso automatizado con aplicación de reglas de negocio predefinidas y validación directa por los coordinadores.
- **Indicador de impacto:** Reducción del 70% en tiempos de validación y aprobación de solicitudes.

3. Control y cumplimiento de políticas internas:

- **Situación anterior:** Verificación manual de reglas como "día de la familia cada seis meses" y "máximo tres cambios de turno al mes".
- **Resultado actual:** Aplicación automática de reglas de negocio y control estricto en el sistema.
- **Indicador de impacto:** Eliminación del 100% de inconsistencias y errores en el cumplimiento de políticas internas.

4. Facilidad para los coordinadores en la validación de solicitudes:

- **Situación anterior:** Validación manual y demorada por parte de los coordinadores.

- **Resultado actual:** Interfaz de aprobación/rechazo directo en el módulo, agilizando el proceso.
- **Indicador de impacto:** Reducción del 60% en el tiempo promedio para la toma de decisiones.

- **Evaluación y puesta en marcha de la herramienta para la aplicación de medicamentos:** Mejoró la seguridad y precisión en la administración de medicamentos a los pacientes.

1. **Reducción en medicamentos pendientes por aplicar:**
   - **Situación anterior:** Promedio mensual de pendientes entre enero y julio: 8,070 medicamentos.
   - **Resultado actual:** Promedio mensual de pendientes entre agosto y diciembre: 1,610 medicamentos.
   - **Indicador de impacto:** Reducción del 80,05% en medicamentos pendientes por aplicar.

2. **Disminución en valores de glosas por medicamentos no soportados:**
   - **Situación anterior:** Valor de glosas enero-julio: $616,836,328 COP.
   - **Resultado actual:** Valor de glosas agosto-diciembre: $71,165,548 COP.
   - **Indicador de impacto:** Reducción del 88,47% en el valor de glosas por medicamentos no soportados.

7. Avances y Logros Relevantes

3. **Valor recuperado por la correcta aplicación de medicamentos:**

- **Resultado actual:** La herramienta permitió la aplicación correcta de 30,426 medicamentos, lo que representa un ingreso de $283,352,599 COP.
- **Indicador de impacto:** Ingreso adicional directo equivalente a $283,352,599 COP generado por la correcta gestión de medicamentos.

4. **Identificación de puntos críticos:**

- **Resultado actual:** La herramienta permite identificar turnos y pabellones con más medicamentos pendientes, optimizando la asignación de recursos para resolver problemas.
- **Indicador de impacto:** 100% de transparencia en la gestión de pendientes y responsables de la aplicación de medicamentos.

5. **Retorno de inversión (ROI) estimado:**

- **Valor recuperado:** $283,352,599 COP.
- Costo evitado por glosas (de agosto a diciembre): $50,212,883 COP.
- Indicador de impacto: ROI total equivalente a $333,565,482 COP generado por la herramienta.

- **Integración de software de auditoría concurrente con Hosvital:** Aseguró el cumplimiento normativo y mejoró la trazabilidad de los procesos asistenciales.

Cuarto Trimestre (Octubre - Diciembre):

- **Actualización de facturación electrónica según normativa vigente:** Garantizó el cumplimiento de la resolución 2275 del 2023 para los RIPS electrónicos.

- **Automatización de procesos mediante chatbots:** Facilitará la gestión de citas médicas y la realización de cierres HC y folio, mejorando la eficiencia operativa.

1. **Reducción de tiempos de espera en el cierre de HC y folios:**
    - **Situación anterior:** Tiempo promedio de espera para cierre de HC y folios: 25 minutos.
    - **Resultado actual:** Cierre en tiempo real (0 minutos).
    - **Indicador de impacto:** Reducción del 100% en tiempos de espera para el cierre de HC y folios.

8. Avances y Logros Relevantes

2. **Ampliación de la disponibilidad de cierres de HC y folios:**
    - **Situación anterior:** Disponibilidad limitada al horario de 7:00 am a 9:00 pm.

- **Resultado actual:** Disponibilidad de 24 horas al día, 7 días a la semana.
- **Indicador de impacto:** Incremento del 71,43% en la disponibilidad horaria para el cierre de HC y folios.

3. **Reducción de la carga operativa del equipo de tecnología:**

    - **Situación anterior:** El equipo realizaba manualmente los cierres, limitando la eficiencia en otras tareas críticas.
    - **Resultado actual:** Tarea completamente automatizada mediante chatbot, liberando recursos humanos para otras actividades.
    - **Indicador de impacto:** Ahorro del 100% en la carga operativa de cierres manuales por parte del equipo de tecnología.

- **Adquisición de un canal dedicado ETB para imágenes diagnósticas:** Aumentará la capacidad y estabilidad de la transmisión de imágenes para consultas especializadas.
- **Renovación de líneas móviles empresariales:** Se optimizó el servicio mediante contratos corporativos con Movistar y Claro, eliminando líneas prepago.

Proyectos Transversales (Durante Todo el Año):

- **Mejoras continuas a los módulos de APPTI:** Incrementaron la funcionalidad y estabilidad del sistema.

- **Mantenimiento y recuperación de cámaras de seguridad:** Garantizó la vigilancia en áreas críticas.
- **Organización y actualización de la infraestructura física:** Incluyó racks, servidores, UPS y aires acondicionados, mejorando el ambiente de trabajo para los equipos.
- **Instalación de nuevos puntos de red:** Ampliaron la conectividad en distintas áreas del hospital.

Estos logros reflejan el compromiso del Departamento de Tecnología con la mejora continua y la innovación, fortaleciendo la capacidad operativa de la Fundación y contribuyendo al cumplimiento de sus objetivos estratégicos.

9. Desafíos y Lecciones Aprendidas

Integración de nuevas herramientas con sistemas existentes:

- **Dificultad:** La integración de nuevas herramientas como el chatbot para cierre de HC y folios con sistemas hospitalarios existentes presentó problemas de compatibilidad y sincronización.
- **Cómo se superó:** Se implementaron pruebas exhaustivas en entornos controlados y se fortaleció la comunicación entre áreas para identificar necesidades específicas.
- **Lección aprendida:** La coordinación interdepartamental y la planificación detallada son esenciales para el éxito de proyectos de integración tecnológica.

Resistencia al cambio por parte de los usuarios finales:

- **Dificultad:** Algunos usuarios, como médicos y coordinadores, mostraron resistencia a utilizar herramientas nuevas como el chatbot o la aplicación para permisos laborales.
- **Cómo se superó:** Se realizaron campañas de sensibilización, capacitaciones y seguimiento personalizado para asegurar una adopción efectiva de las herramientas.
- **Lección aprendida:** Involucrar a los usuarios finales desde el inicio de los proyectos y proporcionar soporte cercano reduce la resistencia al cambio y mejora la aceptación de las

Dependencia de proveedores externos:

- **Dificultad:** Procesos como el control de visitantes anteriormente dependían de proveedores externos, generando costos elevados y acceso no controlado a datos internos.
- **Cómo se superó:** Se priorizó el desarrollo interno de herramientas, eliminando la dependencia de terceros y mejorando la seguridad de la información.
- **Lección aprendida:** La independencia tecnológica y el fortalecimiento de capacidades internas son clave para reducir costos y mejorar el control de procesos.

10. Desafíos y Lecciones Aprendidas

Limitaciones en la infraestructura tecnológica:

- **Dificultad:** La renovación de impresoras y la contratación de nuevos servicios de red presentaron desafíos logísticos y financieros debido a la antigüedad de los equipos y contratos existentes.
- **Cómo se superó:** Se realizaron negociaciones con proveedores, se buscó optimizar contratos, y se implementaron soluciones de continuidad, como el stock de tóner.

- **Lección aprendida:** La planificación a largo plazo y la negociación efectiva son herramientas poderosas para superar limitaciones en infraestructura.

Alta carga operativa del equipo de tecnología:

- **Dificultad:** El equipo enfrentó una carga operativa elevada debido a tareas repetitivas, como cierres manuales de HC y folios.
- **Cómo se superó:** La automatización de procesos mediante chatbots liberó recursos humanos y permitió enfocar los esfuerzos en proyectos estratégicos.
- **Lección aprendida:** Automatizar procesos repetitivos aumenta la eficiencia operativa y mejora la productividad general del equipo.

Medicamentos pendientes por aplicar:

- **Dificultad:** El seguimiento y registro de medicamentos presentaban altos índices de pendientes, generando posibles glosas.
- **Cómo se superó:** Se desarrolló una herramienta específica para auditar y corregir registros, disminuyendo las inconsistencias.
- **Lección aprendida**: Las soluciones personalizadas a problemas críticos tienen un impacto directo en la reducción de costos y mejora de procesos.

Continuidad del soporte técnico:

- **Dificultad:** Extender la cobertura del soporte técnico fue un desafío debido a las limitaciones en el horario de disponibilidad del personal.
- **Cómo se superó:** Se rediseñaron las jornadas laborales y se implementaron herramientas que permitieron gestionar tareas fuera del horario convencional.
- **Lección aprendida:** La flexibilidad en la gestión del tiempo y las herramientas de soporte remoto son fundamentales para mejorar la cobertura técnica.

11. Propuestas para 2025

1. **Objetivos del Departamento para el Próximo Año:**

- Incrementar la disponibilidad del soporte técnico a 24/7, asegurando la continuidad operativa en todos los procesos críticos de la institución.
- Consolidar y expandir el uso de herramientas tecnológicas para optimizar la aplicación y control de medicamentos, con el fin de reducir inconsistencias y posibles glosas.
- Renovar contratos clave, como el renting de equipos tecnológicos y de impresión, garantizando la modernización y disponibilidad de recursos esenciales.
- Implementar herramientas tecnológicas que mejoren el control y acceso de personal y visitantes, incrementando la seguridad y eficiencia en la institución.
- Desarrollar un módulo de incapacidades médicas que cumpla con los lineamientos del Decreto 2126 de 2023, integrando procesos de generación, seguimiento y notificación de incapacidades.

2. Nuevos Proyectos o Iniciativas Planificadas:

Aumento de la Disponibilidad 24/7

- **Descripción:** Ajuste en las jornadas laborales del equipo de tecnología para cubrir horarios extendidos. Se fortalecerá el uso de herramientas de soporte remoto y se capacitará al personal para responder a incidentes fuera del horario convencional.
- **Indicador:** Cobertura efectiva del soporte técnico el 100% del tiempo durante todo el año.

Expansión en la Aplicación y Control de Medicamentos

- **Descripción:** Actualización y mejora de la herramienta de auditoría de medicamentos, integrando alertas automatizadas y reportes en tiempo real.
- **Indicador:** Reducción del 15% adicional en pendientes por aplicación y del 10% en posibles glosas relacionadas con medicamentos.

Renovación de Contratos

- **Descripción:** Evaluación de contratos vigentes, negociación de términos más favorables y modernización de equipos.
- **Indicador:** Reducción del 10% en costos operativos asociados a contratos de renting.

Proyecto de Control de Ingreso a Personal y Visitantes

- **Descripción:** Puesta en marcha de una herramienta integral para gestionar el ingreso de visitantes y personal, reduciendo tiempos de registro y aumentando la seguridad.
- **Indicador:** Reducción del 20% en tiempos de acceso y mejora del control mediante reportes automatizados.

12. Presupuesto 2025

El presupuesto proyectado para el Departamento de Tecnología en el año 2025 refleja la necesidad de consolidar los avances logrados en 2024 y de implementar nuevos proyectos alineados con los objetivos estratégicos de la Fundación Hospital San Carlos. Este presupuesto está diseñado para garantizar la continuidad operativa, modernizar los recursos tecnológicos y fortalecer la infraestructura y los sistemas de información del hospital. La distribución de los recursos busca maximizar el impacto de las inversiones, priorizando la eficiencia y sostenibilidad financiera.

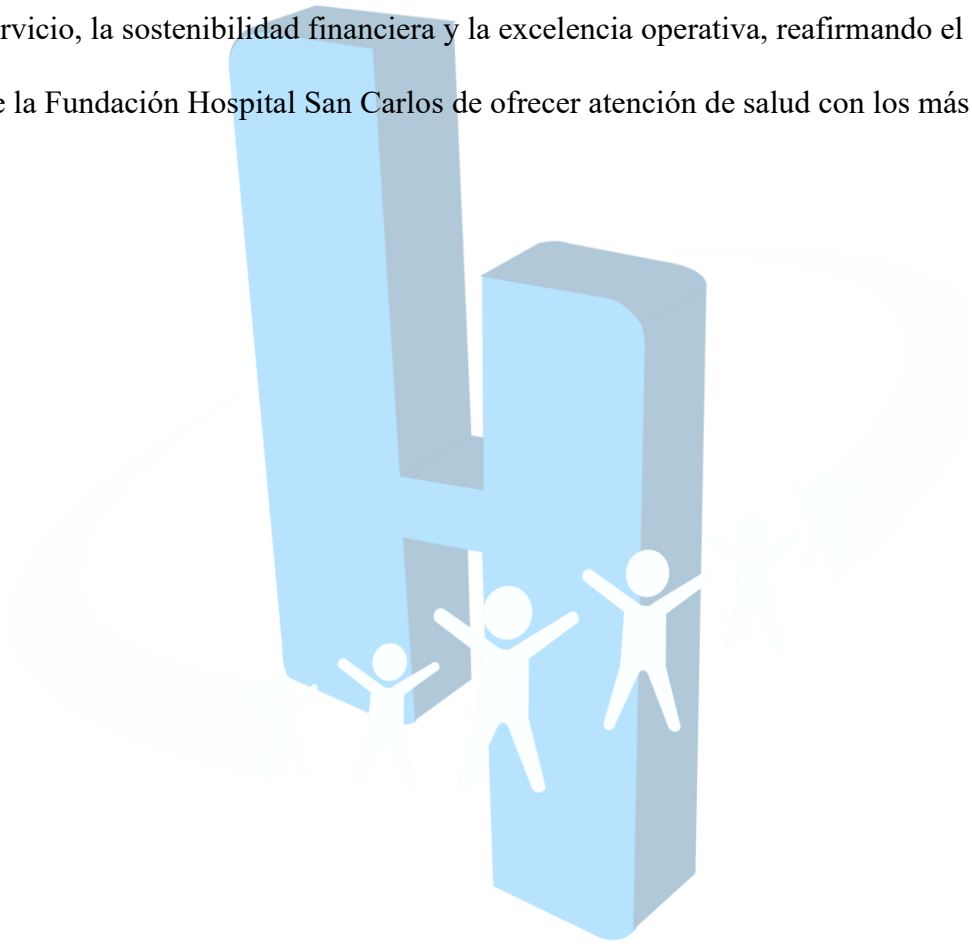
PROVEEDOR	SERVICIO/PRODUCTO	VALOR (MES)	VALOR (AÑO)
CLARO | COMCEL	Servicio Móviles (líneas corporativas)	$ 515.923	$ 6.191.080
	Servicios Móviles (desde Telefonía local)	$ 2.321.308	$ 27.855.696
	Telefonía pública local	$ 4.014.644	$ 48.175.722
	TV Digital Multipunto	$ 3.825.855	$ 45.910.257
FHSC TI	Operaciones diarias, consumibles soporte técnico	$ 600.000	$ 7.200.000
MOVISTAR	Servicio Móviles (líneas corporativas)	$ 147.000	$ 1.764.000
ETB	Canal dedicado de Internet 200 MB	$ 1.407.700	$ 16.892.400
INTELLINEXT	Software SISTAPRO: Intelli Time, Intelli Access 1200 usuarios	$ 7.426.162	$ 89.113.940
OKORUM	Mipres.com: Plan Premium IPS	$ 3.015.158	$ 36.181.893
RENTASISTEMAS	Arrendamiento de (9) equipos Core i5 10G, 8GB, 500 SSD	$ 1.648.760	$ 19.785.126
	Arrendamiento de Servidor Doble Xeon Sixteen Core de 2,3 GHz	$ 2.822.569	$ 33.870.832
RICOH COLOMBIA	Arrendamiento (48) impresoras	$ 16.844.073	$ 202.128.873
	Clicks B/N - Clicks Color	$ 5.908.593	$ 70.903.113
THOMAS RMS SAS	Renting Equipos de Computación "344" (licencias Office 365, Windows, soporte hardware, Leverit, mantenimiento)	$ 128.732.766	$ 1.544.793.193
	Innovación Digital (Antenas movistar, canal dedicado de 300 MB, firewall, VPN, mesa de ayuda)	$ 15.728.519	$ 188.742.230
TRANSFIRIENDO	Mantenimiento | Soporte del software y transacciones de factura electrónica	$ 6.456.023	$ 77.472.270
	Paquete de eventos de RIPS (mensual-hasta 15.000 eventos de Rips)	$ 1.900.000	$ 22.800.000
COLOMBIA HOSTING	Plan hosting fhsc.org.co	$ -	$ 631.890
CO INTERNET	Dominio fhsc.org.co	$ -	$ 32.844
SEDI SOLUTIONS	Software AS A SERVICE (Facturación electrónica - Plan profesional plus 10,000)	$ -	$ 2.378.810
MICROHOME	Licencia Exchange online (plan 3) 100GB - Outlook	$ -	$ 1.227.307
ARAFIG	Bitdefender GravityZone (380)	$ -	$ 22.397.015
		$ 203.315.052	**$ 2.466.448.490**

13. Conclusiones

El año 2024 representó un período de avances significativos para el Departamento de Tecnología de la Fundación Hospital San Carlos. La implementación de soluciones innovadoras, como módulos automatizados, herramientas de auditoría y chatbots, no solo optimizó procesos críticos, sino que también generó ahorros sustanciales y mejoró la eficiencia operativa en la institución. Estos logros evidencian el compromiso del equipo de tecnología con la transformación digital y la mejora continua.

Asimismo, los desafíos enfrentados durante este año dejaron importantes lecciones que fortalecerán las estrategias para 2025. Con un enfoque claro en aumentar la disponibilidad laboral, modernizar herramientas y garantizar el cumplimiento normativo, el departamento se prepara para consolidar su papel como un pilar fundamental en el soporte y desarrollo tecnológico de la institución.

Los objetivos y proyectos propuestos para el próximo año reflejan una visión estratégica que prioriza la calidad del servicio, la sostenibilidad financiera y la excelencia operativa, reafirmando el compromiso con la misión de la Fundación Hospital San Carlos de ofrecer atención de salud con los más altos estándares.



Gestión de Comunicaciones

Hecho por Brillyt Tatiana Betancourt González

1. Introducción

Durante el año 2024, el área de comunicaciones de la Fundación Hospital San Carlos ha asumido con determinación el reto de fortalecer su marca corporativa mediante la implementación de estrategias alineadas con los objetivos institucionales.

Se definieron 10 retos clave que abarcan tanto las comunicaciones internas como externas, con el propósito de consolidar los canales de comunicación, potenciar la comunicación organizacional y fomentar la apropiación de la identidad institucional.

El equipo de comunicaciones centró sus esfuerzos en diseñar y ejecutar alternativas innovadoras y oportunas que promuevan un entorno de aprendizaje, colaboración e interacción entre los diferentes actores de la organización. Las iniciativas implementadas han permitido generar espacios de capacitación y mejorar la experiencia de comunicación tanto interna como externa, contribuyendo al fortalecimiento de la cultura organizacional y al

2. Objetivo del Informe

El presente informe tiene como objetivo presentar de manera estructurada y detallada los avances, logros y desafíos alcanzados por el área de comunicaciones de la Fundación Hospital San Carlos durante el año 2024. En particular, se destacan las acciones realizadas en torno a los retos definidos para este periodo, incluyendo:

1. **La renovación del manual de identidad visual corporativa**, buscando una aplicación clara y visible de los elementos de identidad.

2. **La mejora de la experiencia comunicativa** a través del fortalecimiento de la cultura digital.

3. **La ejecución de campañas internas** enfocadas en la cultura organizacional y el código de vestuario.

4. **La actualización de documentos clave** para garantizar la coherencia y

Este informe servirá como una herramienta de análisis y reflexión, permitiendo identificar áreas de oportunidad y plantear estrategias de mejora

posicionamiento de la Fundación como un referente en el sector salud.

alineación con los valores institucionales.

3. Generalidades

NOMBRE ENTIDAD	FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS
DOCUMENTO	Informe de gestión
ÁREA	Comunicaciones
PERIODO DE EVALUACIÓN	01 de enero a 31 de diciembre del 2024
LÍDER DEL PROCESO	Brillyt Tatiana Betancourt González

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.

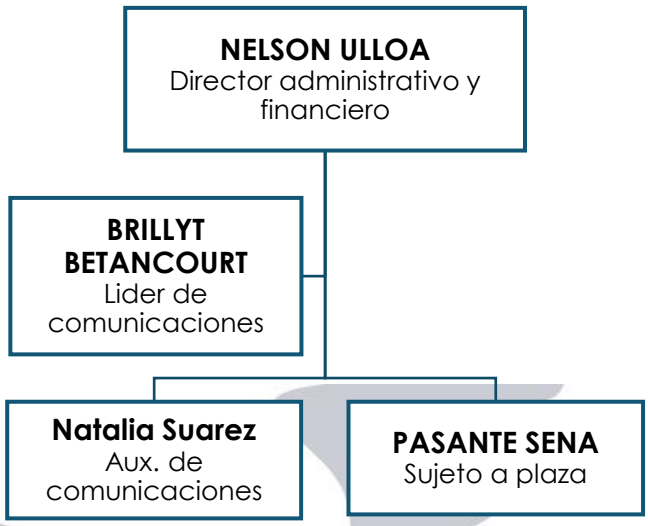
Visión

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

Recursos

Humanos y estructura operativa

Tecnológicos



Tipo	Cant.	Características
Equipo de cómputo	3	HP Probook INTEL CORE I7, 11th Gen. 16GB.
Licencia Adobe, Creative Cloud	2	Todas las aplicaciones.
Cámara	1	Nikon a f-p nicor 18-55 mm D3500
Impresora	1	RICOH IM C2010
Disco duro	1	Externo 1 TB



El año 2024 presentó significativos desafíos operativos para el departamento de comunicaciones, impulsados por un elevado número de solicitudes de diseño y apoyo para las diversas campañas de la

organización, con un promedio de **25 piezas gráficas mensuales** y **2 eventos**. Sin embargo, la administración del departamento ha logrado implementar estrategias que se alinean con los objetivos institucionales. Estas estrategias se estructuran en cinco ejes fundamentales: Renovación, Implementación, Camino, Actualización y Desarrollo.

A continuación, se describen cada una de estas estrategias y las acciones realizadas en 2024, con el objetivo de optimizar la gestión de recursos y mejorar la efectividad en la comunicación institucional. Este enfoque integral busca fortalecer la Identidad Institucional, aumentar el Alcance y el Impacto, mejorar la Eficiencia Operativa, fomentar la Innovación Continua, y evaluar y ajustar las Estrategias en función de los resultados obtenidos.

Renovación

01

Objetivo general

Fortalecer la identidad y visibilidad de la Fundación San Carlos a través de un manual de identidad que unifique su imagen institucional. Desarrollar un nuevo formato de solicitud de comunicaciones que mejore la gestión interna y aumentar la presencia de la Fundación mediante alianzas estratégicas, con el fin de incrementar los recursos económicos para sus proyectos y actividades.

Estrategias

- **Definición del manual de identidad:** Establecer un manual que unifique y estandarice la imagen institucional, asegurando que todos los materiales comunicativos reflejen coherentemente los valores y la misión de la Fundación.
- **Formato de solicitud de comunicaciones:** Desarrollar un formato innovador y eficiente para la gestión de solicitudes de comunicación, facilitando así una respuesta más ágil y organizada a las demandas internas y externas.
- **Aumento de presencia y visión:** Para fortalecer la posición de la Fundación Hospital San Carlos en la comunidad, se plantea un enfoque estratégico que incluye:

Fomentar alianzas estratégicas: Establecer relaciones colaborativas con organizaciones y entidades del sector salud, educativo, tecnológico y cultural. Estas alianzas no solo buscan incrementar el

reconocimiento institucional, sino también generar oportunidades para el desarrollo de proyectos conjuntos que aporten recursos económicos y operativos a la Fundación.

Acciones realizadas

Estrategia 1:

Nuevo Manual de Identidad Corporativa

Objetivo general

Contribuir al fortalecimiento de la imagen institucional e impulsar el posicionamiento de la institución interna y externamente por medio de los diferentes recursos comunicativos.

Objetivo específico

Destacar las acciones de la Fundación Hospital San Carlos relacionadas con servicios y su misión, visión, así como promover temas de salud en la comunidad basándonos en el conocimiento científico de la institución.

Cambio en la organización

Se establece que todas las aplicaciones de la marca Fundación Hospital San Carlos deben cumplir los lineamientos que se disponen en este manual.

Las consultas sobre el uso y la reproducción de la marca deberán ser

Contenido del Manual

Logotipo: Especificaciones de tamaño, color, y espacio mínimo de seguridad.
Paleta de colores: Colores primarios y secundarios aprobados para su uso en materiales de la institución.
Tipografía: Tipos de letra recomendados para garantizar la legibilidad y coherencia.
Uso de imágenes: Directrices para la selección y el uso de imágenes que reflejen la identidad de la institución.

dirigidas a la oficina de comunicaciones de la Fundación Hospital San Carlos.

El manual no pretende restringir la creatividad de la organización, sino ser una guía que abra nuevas posibilidades creativas para todos quienes usen, promuevan e implementen la marca de la Fundación Hospital San Carlos.

Ejemplos de aplicaciones: Ilustraciones de materiales de marketing, uniformes, señalización, etc., que sigan las pautas de la marca.

Logro

La implementación del Manual no solo **proporciono una base sólida para la comunicación visual**, sino que también **fomento una cultura colaborativa en la que todos los miembros de FHSC trabajan juntos para fortalecer la imagen institucional** y alcanzar los objetivos estratégicos de cada departamento.



Vista de algunas hojas del Manual de Identidad Corporativa.

Estrategia 2:

Nuevo Formato de solicitud de comunicaciones

Objetivo general

Objetivo específico

Optimizar el proceso de solicitudes de comunicaciones en la Fundación Hospital San Carlos, mejorando la eficiencia y la calidad en la gestión de requerimientos, con el fin de garantizar una respuesta ágil y ordenada a las necesidades comunicativas de la organización.

Desarrollar e implementar un nuevo formato estandarizado para las solicitudes de comunicaciones que facilite la claridad en los requerimientos, reduzca los tiempos de respuesta y asegure la calidad de las piezas producidas, minimizando así los retrasos y el desorden en el proceso actual.

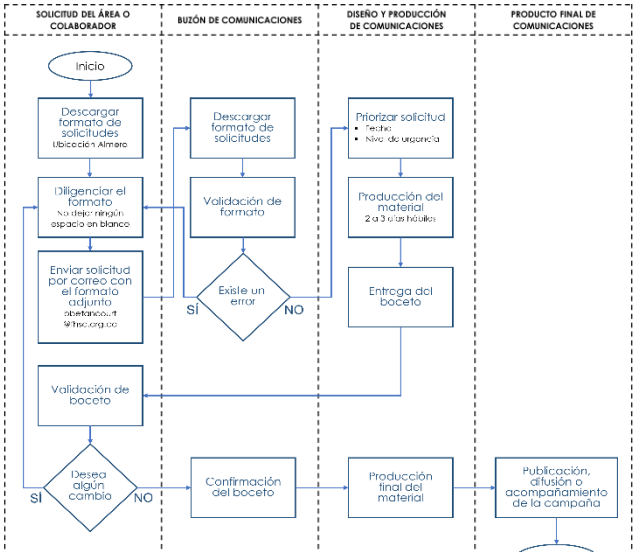
Acción realizada

Durante el 2024, **se diseñó y estableció el formato específico para la gestión de solicitudes del área de comunicaciones**, con campos claramente definidos que permiten una recopilación estructurada de la información necesaria.



Formato: Solicitud de comunicaciones.

Además, **se implementó un procedimiento formal para la presentación y revisión de solicitudes**, asegurando eficiencia y transparencia en el proceso.



Logro

Gracias a la implementación del nuevo formato de solicitud de comunicaciones, **se logró gestionar y diseñar más de 700 piezas gráficas durante el año 2024**. Este avance **se tradujo en una respuesta promedio de tan solo 2 días o menos**, lo que permitió atender de manera ágil y eficiente las necesidades comunicativas de la Fundación

Hospital San Carlos, mejorando significativamente la calidad y la puntualidad en la entrega de materiales.



Estrategia 3:

Aumento de presencia y visión

Objetivo general	Objetivo específico

Fortalecer la posición de la Fundación Hospital San Carlos en la comunidad a través del establecimiento de alianzas estratégicas con organizaciones del sector salud, educativo, tecnológico y cultural, aumentando así su reconocimiento institucional y generando oportunidades para el desarrollo de proyectos conjuntos.

Fomentar relaciones colaborativas con al menos tres organizaciones clave durante el año 2024, con el fin de desarrollar proyectos que aporten recursos económicos y operativos a la Fundación.

Acción realizada

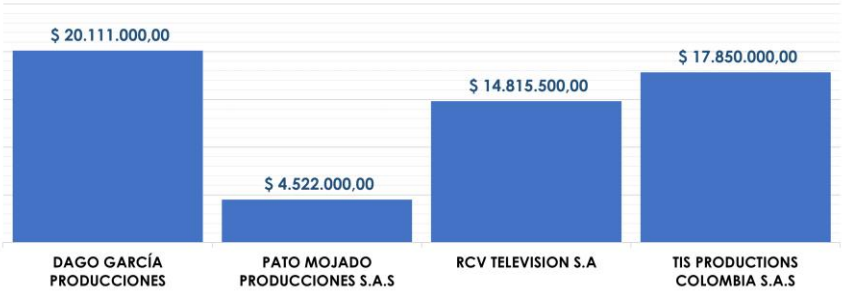
En el 2024, se han celebrado contratos de locación con diversas productoras, aprovechando la infraestructura de la fundación y la experiencia de la líder del proceso en la dirección y producción para medios audiovisuales, despertado el interés de la industria audiovisual.

Entre las colaboraciones destacadas se encuentran acuerdos con Dago García Producciones, Pato Mojado Producciones S.A.S, TIS Productions Colombia S.A.S y RCN Televisión S.A.

Contratos realizados

Ingresos

Productora	Proyecto
Dago García Producciones	Película: "El Gringo".
Pato Mojado Producciones S.A.S.	Documental: “La fuerza del dolor”.
TIS Productions Colombia S.A.S.	Serie de Netflix: "Delirio"
RCN Televisión S. A	Serie: "Darío Gómez"



*A través de estas alianzas, se han obtenido ingresos significativos, con un total acumulado de **$57.298.500** en 2024, lo que contribuye a los recursos económicos de la Fundación.*

Estas alianzas no solo han generado ingresos significativos, sino que también han promovido la visibilidad de Fundación Hospital San Carlos ante un público más amplio. La participación en producciones audiovisuales ha permitido mostrar las instalaciones y servicios del hospital, reforzando su imagen como un referente en el sector salud y cultural.

Adicionalmente, el área de comunicaciones establece un enfoque proactivo para apoyar las relaciones establecidas con productoras y garantizar un rodaje seguro y respetuoso en las instalaciones. Este apoyo se articula a través de pautas claras que regulan las grabaciones, asegurando que se mantenga la integridad de la institución y el bienestar de todos los involucrados.

Pautas definidas para el rodaje

Respeto a la privacidad: Se prioriza la confidencialidad y privacidad de pacientes y personal. No se permite grabar sin consentimiento explícito.

Áreas restringidas: Se prohíbe grabar en lugares sensibles, como salas de espera y habitaciones de pacientes, para proteger la atención médica.

Comportamiento profesional: Todo el equipo de producción debe actuar con profesionalismo, respetando a los pacientes y al personal del hospital.

Aprobaciones necesarias: Las grabaciones que involucren al personal del hospital requieren aprobación previa de la dirección y consentimiento de los involucrados.

Consideraciones éticas: Se deben adherir a altos estándares éticos, evitando acciones que puedan perjudicar la imagen del hospital o el bienestar de los pacientes.

Limitaciones en el rodaje:

- Prohibición de Escenas Sensibles: No se permiten escenas sexuales o violentas, ni el uso de sustancias ilegales.
- Prohibición de Fumar: Está estrictamente prohibido fumar dentro del hospital y sus áreas verdes.

Revisión de escenas previas: Las escenas a grabar deben ser enviadas para evaluación, asegurando que cumplan con las normas del hospital.

Seguridad ante todo: Se garantiza la seguridad tanto de los pacientes como del equipo de producción, evitando interrupciones en los servicios médicos.

Comunicaciones trabaja en equipo con el departamento de SST para brindar capacitaciones a las productoras para las Pautas del rodaje.

Cambio en la organización

Logros

Este conjunto de pautas no solo busca regular el proceso de grabación, sino también fortalecer las relaciones con las productoras al establecer un marco claro y profesional para su colaboración. Al hacerlo, garantizamos que cada proyecto audiovisual respete los valores fundamentales de la Fundación Hospital San Carlos, al tiempo que se maximiza la visibilidad y el reconocimiento institucional en la comunidad.

- **Contratos de locación:** Se establecieron acuerdos con diversas productoras para el uso de la infraestructura del hospital, lo que ha incrementado la visibilidad institucional.
- **Generación de ingresos:** A través de estos contratos, se han obtenido ingresos significativos, con un total acumulado de $57.298.500 en 2024.
- **Promoción del hospital:** La participación en producciones audiovisuales ha permitido mostrar las instalaciones y servicios del hospital a un público más amplio, reforzando su imagen como un lugar relevante en el sector salud y cultural.
- **Establecimiento de relaciones estratégicas:** Estas colaboraciones han abierto oportunidades para futuras alianzas con otras entidades y productoras, fortaleciendo la red de contactos y promoviendo el desarrollo de proyectos conjuntos.

Precedente para la vinculación con entidades clave en el 2025

Las acciones llevadas a cabo en 2024 como parte de la estrategia para aumentar la presencia y visibilidad de la Fundación Hospital San Carlos han demostrado resultados sobresalientes. Estas iniciativas han implantado fuertes raíces, lo que permitirá continuar con la vinculación de aliados estratégicos, tales como:

Apoyo del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC): Aprovechar los programas y recursos disponibles en esta entidad para impulsar iniciativas relacionadas con la digitalización, innovación tecnológica y conectividad. Esto no solo optimizará los procesos internos de comunicación, sino que también ampliará el alcance y la proyección de las campañas y actividades de la Fundación.

Alianzas con pequeñas productoras audiovisuales: Incorporar a pequeñas productoras locales para el desarrollo de contenidos artísticos, educativos y promocionales. Estas colaboraciones buscan potenciar la creatividad, el arte y la producción audiovisual, generando piezas de alta calidad que promuevan los valores y servicios de la Fundación.

Impulso al arte y la cultura: Reconociendo la importancia del arte como herramienta transformadora, la Fundación buscará ser un puente para el desarrollo y la difusión de proyectos culturales y audiovisuales que conecten con la comunidad y refuercen la identidad institucional.



02 Implementación

Estrategia:

Implementación y actualización continua de Intranet Corporativa

Objetivo general

Fortalecer la comunicación interna y la gestión del conocimiento en la Fundación

Objetivo especifico

Actualizar periódicamente el contenido y las funcionalidades de la Intranet, incorporando nuevas herramientas de capacitación y

Hospital San Carlos a través de la implementación y actualización continua de la Intranet Corporativa, asegurando un acceso eficiente a recursos y herramientas que beneficien a todo el personal.

desarrollo profesional, así como centralizando información médica y clínica, para mejorar la colaboración entre los empleados y garantizar un entorno seguro para el intercambio de información confidencial.

Acción realizada

En 2024, la Intranet se consolidó como una herramienta esencial para la Fundación Hospital San Carlos, mejorando significativamente la comunicación interna, el acceso a recursos y la gestión del conocimiento. Desde su implementación, la Intranet ha sido clave para difundir información interna, asegurando que todo el personal de FHSC tenga acceso a los procesos de los diferentes departamentos. Esto ha maximizado el alcance de las piezas comunicativas producidas, promoviendo una colaboración más efectiva y un intercambio fluido de información entre los equipos.



Cambio en la organización

Transformo la manera en que los colaboradores interactúan y acceden a los recursos. Este sistema ha facilitado una comunicación más fluida y eficiente, permitiendo que el personal esté siempre informado sobre las novedades, políticas y procedimientos de la Fundación Hospital San Carlos.

Logros

- **Mejora en la comunicación interna:** Se logró un aumento del 30% en la interacción entre departamentos, gracias a las funcionalidades de la Intranet que permiten compartir actualizaciones, noticias y recursos de manera eficiente.
- **Acceso rápido a recursos:** Se centralizaron más de 300 piezas y herramientas esenciales en la Intranet, lo que ha permitido al personal acceder fácilmente a información relevante sin necesidad de buscar en múltiples plataformas.
- **Centralización del conocimiento médico y clínico:** Se creó un repositorio centralizado para información médica y clínica, facilitando el acceso a protocolos y guías que respaldan la atención al paciente.
- **Feedback positivo del personal:** Se realizó una encuesta entre los empleados que reveló un 85% de satisfacción con el uso de la Intranet, destacando su utilidad y facilidad de navegación.

03 Camino

Estrategia:

Capacitación para fomentar la cultura digital

Objetivo general

Fortalecer la cultura digital en la Fundación Hospital San Carlos a través de capacitaciones que desarrollen las habilidades de los colaboradores en el uso efectivo de la Intranet, mejorando así la comunicación interna y el acceso a recursos.

Objetivo especifico

Proporcionar capacitaciones periódicas en el proceso de inducción que aborden el uso de la Intranet, la gestión de documentos y las políticas internas, asegurando que al menos el 80% del personal participe y adquiera las habilidades necesarias para optimizar su desempeño laboral.

Acción realizada

Durante el año 2024, el departamento de comunicaciones implementó el proceso de inducción corporativa con un enfoque que integra la cultura digital. El objetivo es que los nuevos miembros del talento humano de la Fundación se adapten y comprendan no solo los procesos internos, sino también la importancia de utilizar herramientas digitales en su trabajo diario.

Las capacitaciones se llevan a cabo dos veces por semana, en un horario de 9:10 a.m. a 10:20 a.m. Durante estas sesiones, se realiza un recorrido por la Intranet y se instruye a los colaboradores sobre:

Dirección Jurídica: Acceso a boletines jurídicos mensuales que informan sobre cambios normativos relevantes para el sector salud.

Comunicados de interés: Sección dedicada a los comunicados más importantes para los colaboradores, con enlaces a actividades propuestas.

Sección religiosa: Presentación de los videos mensuales "Píldoras para el Alma", dirigidos por el capellán del hospital.

Seguridad y salud en el trabajo: Información esencial sobre salud y seguridad laboral.

Fotos de eventos: Resumen visual de los eventos realizados.

Beneficios Colsubsidio: Información sobre los beneficios disponibles para los colaboradores.

Procedimiento para solicitar certificados laborales: Se explica cómo realizar esta solicitud a través de la Intranet, asegurando que los colaboradores conozcan el proceso adecuado.

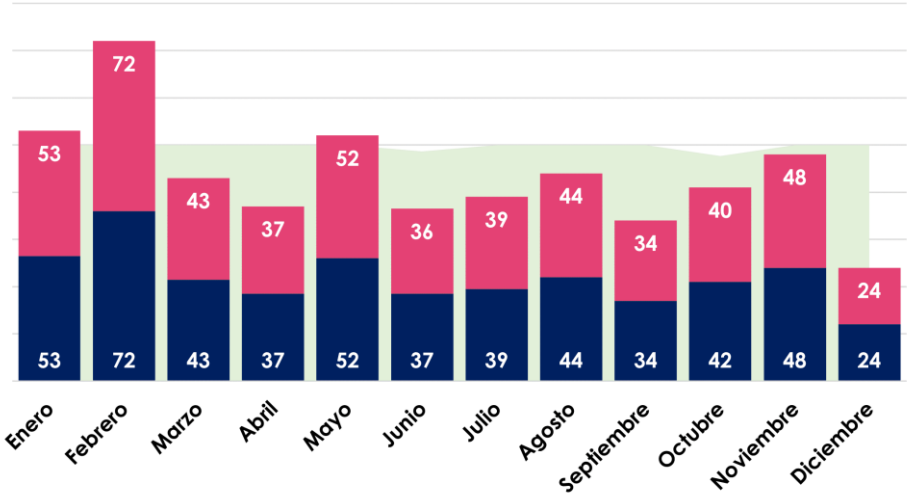
Aplicativos de gestión: Se presenta una exposición sobre herramientas tecnológicas utilizadas en la gestión interna, como "Almera" y "Mesa de Ayuda".

Código de vestuario: Se discute la normativa sobre el código de vestimenta y su importancia en el entorno laboral.

Resultados de capacitación en el año 2024

Población objetivo: Nuevos colaboradores

Indicador	Color
Capacitación programada	
Capacitación ejecutada	
% de cumplimiento	



Durante el 2024. Se observa un alto grado de eficacia en la ejecución de las capacitaciones en el proceso de inducción de comunicaciones, alcanzando un cumplimiento promedio del **99.38%**. Exceptuando ligeras desviaciones en junio y octubre, donde el cumplimiento fue del **97.30%** y **95.24%** respectivamente, los otros meses lograron un cumplimiento perfecto del **100%**. Esto refleja una gestión muy eficaz en la planificación y ejecución de las capacitaciones.

Cambio en la organización

Adaptación a herramientas digitales

Las capacitaciones han permitido que los nuevos colaboradores se familiaricen con el uso de la Intranet, facilitando su adaptación a las dinámicas laborales y promoviendo una cultura digital sólida dentro de la Fundación.

Logros

- **Cumplimiento del programa de capacitación:** Se programaron un total de 525 sesiones de capacitación a lo largo del año, logrando ejecutar 522, lo que representa un destacado 99.38% de cumplimiento del plan establecido.
- **Eficiencia en la capacitación:** La tasa de cumplimiento promedio fue del 99.38%, lo que refleja la efectividad y la organización del departamento de comunicaciones en la implementación de las capacitaciones.
- **Impacto positivo en el personal:** La alta tasa de participación y cumplimiento sugiere que los nuevos empleados están recibiendo el apoyo necesario para integrarse eficazmente a la organización, mejorando su desempeño y contribuyendo al ambiente laboral colaborativo.

Estrategia:

Señalización interna y externa

Objetivo general

Implementar un sistema integral de señalización interna y externa que fortalezca la comunicación de la Fundación Hospital San Carlos, garantizando información clara y accesible para pacientes, visitantes y personal, y promoviendo una experiencia positiva en las instalaciones.

Objetivo específico

Establecer cartelería impresa que facilite la orientación dentro del hospital, apoye campañas de promoción de la salud, asegure el cumplimiento normativo y refuerce la imagen institucional, logrando una mejora en la comunicación efectiva y el cubrimiento de más del 70% de las zonas transitadas.

Acción realizada

En 2024, se aprovecharon las carteleras de comunicación situadas en puntos estratégicos de la Fundación para establecer un sistema integral de señalización en las áreas internas y externas transitadas por pacientes, visitantes y colaboradores.

La implementación de este sistema de señalización garantizo:

- **Comunicación efectiva:** La cartelería ofrece información clara y concisa para pacientes, visitantes y personal.
- **Promoción de la salud:** Apoyo en campañas de prevención de enfermedades y hábitos saludables.
- **Orientación precisa:** Facilita el desplazamiento dentro de las instalaciones al señalar áreas clave de manera visible.
- **Cumplimiento normativo:** Asegura la divulgación de información obligatoria conforme a las regulaciones del sector.
- **Imagen institucional sólida:** Refuerza la confianza y credibilidad mediante diseños profesionales y alineados con la identidad de la FHSC.



Logro

Tras la implementación del sistema integral de señalización, se logró una **mayor visibilidad de la comunicación de interés tanto interna como externa de la organización**. Además, se garantizó un promedio del **80% de ocupación en los espacios de las carteleras de comunicación**, lo que refleja un uso efectivo y estratégico de estos recursos.

3.5 Desarrollo

Estrategia:

Acompañamiento y divulgación de campañas internas

Objetivo general

Aumentar la visibilidad de las campañas internas y materializar las ideas de los departamentos en la Fundación Hospital San Carlos, con el fin de maximizar la atención y concienciación del personal, visitantes y pacientes sobre salud y seguridad.

Objetivo específico

Crear y difundir materiales de comunicación atractivos (incluyendo carteles, folletos y videos) que resalten la importancia de las iniciativas de salud y seguridad, facilitando su comprensión y aplicación.

Acción realizada

Durante 2024, se llevaron a cabo campañas internas estratégicas en la Fundación Hospital San Carlos, diseñadas con objetivos concretos y apoyadas por el área de comunicaciones para maximizar su alcance, recepción y retención mediante la producción de materiales de alta calidad.

Medios clave para la difusión de las campañas administradas por comunicaciones en el 2024

Impreso
Cartelera de comunicaciones, folleto o volantes.

Página web
Fhsc.org.co

Intranet
Comunicación interna

YouTube

Como parte de las campañas, se desarrollaron videos de capacitación que han servido como herramientas dinámicas para el aprendizaje continuo. Estos videos destacan por:

- Su accesibilidad para el personal en diferentes turnos y áreas.
- Contenidos específicos y adaptados a las necesidades del hospital.
- Enfoque en prácticas seguras, manejo de emergencias y actualización en procedimientos clínicos y administrativos

Correo corporativo
@Fhsc.org.co

TV
Transmisión de vídeo en 4 puntos estratégicos de alta concurrencia

La Fundación Hospital San Carlos cuenta con cuatro televisores estratégicamente ubicados como medios de comunicación externa en las siguientes áreas: Urgencias, entrada principal torre a, salas de cirugía y consulta externa, destinados a proyectar contenido inclusivo y accesible para todo tipo de personas, incluyendo aquellas en condición de discapacidad.

Campañas destacadas en el 2024

	Descripción	Canal	Programación	Acciones del área
Invitación a donar órganos: ¡Hazte donante!	Diseñada para fomentar la conciencia sobre la donación de órganos y tejidos. Usa el slogan "Enciende la vida", invitando a los empleados y pacientes a considerar la donación de órganos.	Correo electrónico, cartelera impresa e Intranet.	Semanalmente	Producción de vídeos, piezas gráficas y acompañamiento a eventos.
Píldoras para el alma: Mensajes diarios del capellán	Mensajes con el nombre de "píldoras para el alma" por el capellán de la institución para brindar apoyo espiritual y emocional al personal y paciente.	Correo electrónico, Intranet y YouTube.	Lunes a viernes en la Intranet. Eucaristía una vez por mes. Todos los días en YouTube a las 08:00 a.m.	Producción de vídeos, Transmisión en vivo, piezas gráficas y acompañamiento a eventos.
Cápsulas seguras en el área de seguridad del paciente	Breves sesiones informativas diseñadas para promover la conciencia sobre la seguridad del paciente.	Correo electrónico, Intranet, cartelera impresa.	Cada lunes, miércoles y viernes.	Piezas gráficas y acompañamiento a eventos.
Cumpleaños de los colaboradores	Iniciativa para celebrar los cumpleaños de los colaboradores.	Correo electrónico.	Mensual	Toma de fotografía y pieza gráfica.

Logros

- **Producción de materiales de alta calidad:** Se desarrollaron más de 300 productos comunicativos, incluyendo folletos, carteles y videos, que fueron bien recibidos por el público objetivo.
- **Fortalecimiento de la cultura organizacional:** Las campañas contribuyeron a construir una cultura organizacional más sólida, donde el compromiso con la salud y seguridad se convirtió en un valor compartido entre todos los colaboradores.

El área de comunicaciones diseñó y creó diversas piezas gráficas para los diferentes departamentos de la Fundación Hospital San Carlos, apoyando así los intereses y objetivos específicos de cada uno.

A continuación, se presenta una pequeña muestra del diseño realizado y el tipo de solicitudes que se realizaron al equipo de comunicaciones durante el 2024.

Calidad

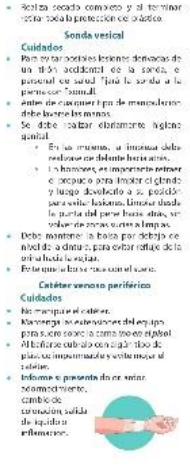
Seguridad del Paciente

- Buenas prácticas para tu seguridad.
- Información seguridad del paciente.
- Cápsulas seguras (cada mes)











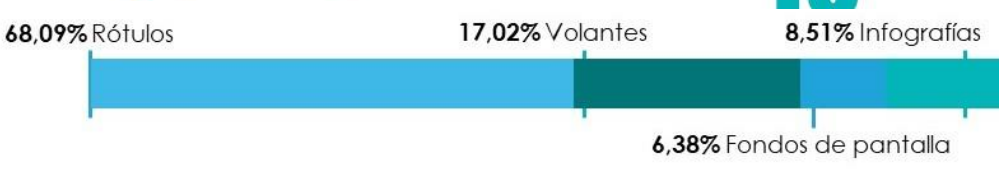


Más de 15

Calidad

Infecciones

- Semana de lavado de manos.
- Mandamientos de Resistencia Antimicrobiana.
- Recomendación de entorno seguro.
- Salvapantallas infecciones.









Calidad

Gestión ambiental

GESTIÓN AMBIENTAL
Salvando el planeta
#UnaSolaTierra

27,03% Rótulos **72,97%** Volantes

- Días nacionales e internacionales.
- Rótulos (Aprovechables, No aprovechables, Biosanitarios, Anatomopatológicos, Químicos Ampollas y medicamentos, Químicos empaques y medicamentos vencidos).









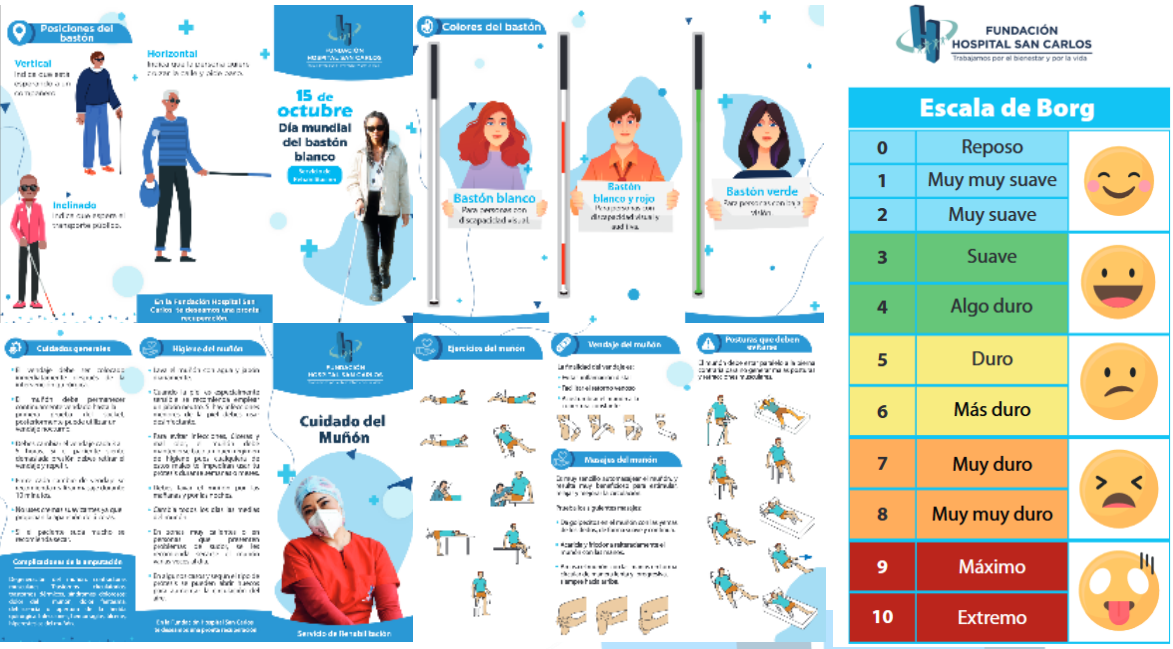
Más de **30** Piezas diseñadas

Rehabilitación

10,53% Infografías

89,47% Folletos

- Capacitación del personal.
- Capacitación del paciente | familiar.



Más de **15** Piezas diseñadas

Farmacia

50% Volantes

50% Documentos

- Alertas sanitarias, INTRANET.
- Ficha técnica, preparación de medicamentos inyectables.
- Consolidado revisión y divulgación de alertas sanitarias.

Biomédica

100% Infografías

- Capacitación del personal.



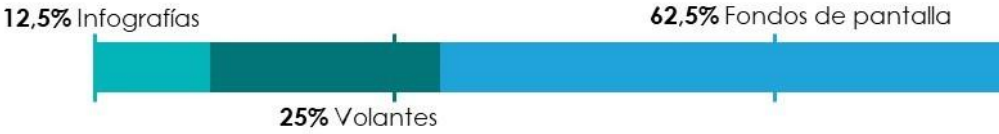




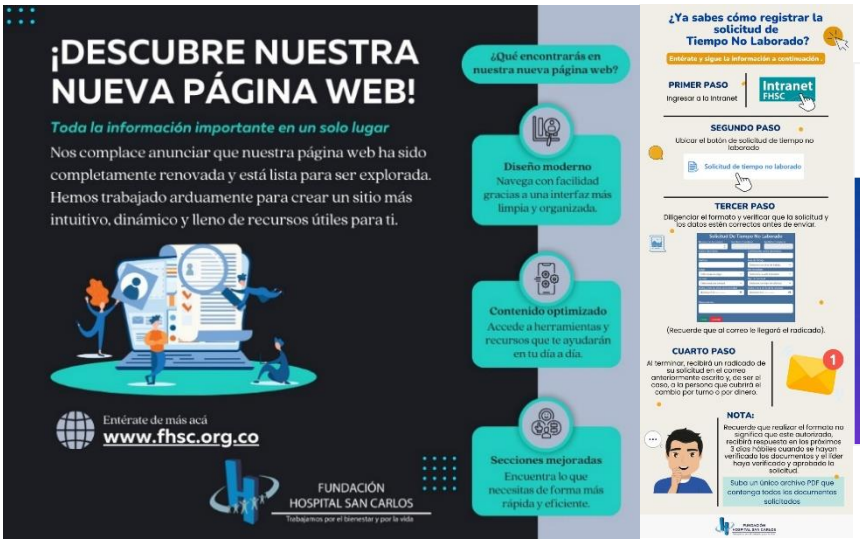


Más de **05** Piezas diseñadas

Tecnología



- Capacitación del personal.
- Divulgación de software especializado.





Más de **06** Piezas diseñadas

Dir. Jurídica



- Boletín jurídico.
- Política de tratamiento de datos.





Más de **28** Piezas diseñadas

Talento Humano

SST

- Campañas.
- Capacitación del personal.
- Capacitación del personal.
- Convocatorias internas.
- Día mundial.
- Simulacros.

2,29% Folletos

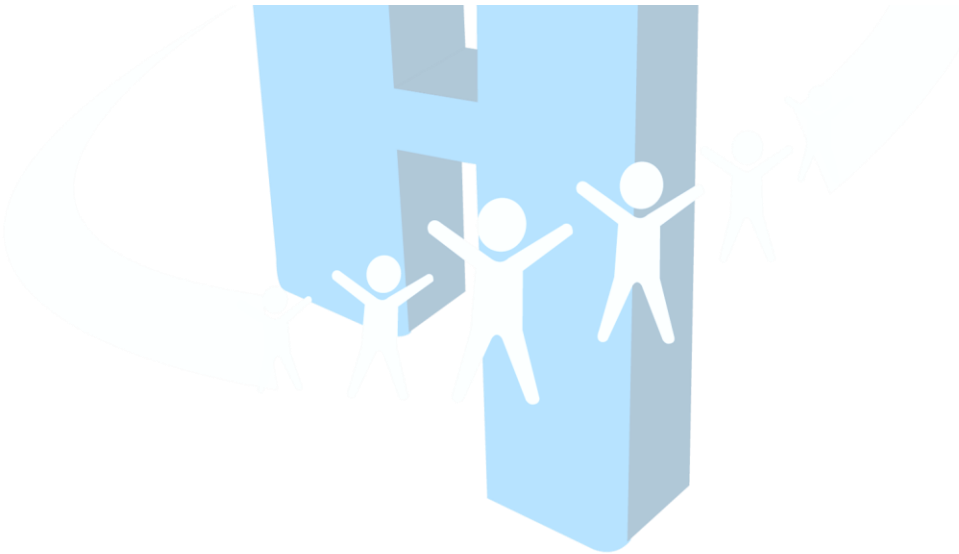
92,86% Volantes







Más de 12 Piezas diseñadas



Talento Humano

Capacitación

- Capacitación del personal.
- Comité de convivencia laboral.

Talento Humano

Bienestar

- Campaña de Navidad: Novenas, regalo de los niños, concurso de decoración, entrega de mercados, día de velitas, mensaje de año nuevo, mensaje de navidad, regalos especialistas.
- Cumpleaños: Difusión de cumpleaños, más de **740 colaboradores**.
- Polla futbolera.
- Días conmemorativos.
- Campaña de Halloween: Día 31 de octubre, puerta terrorífica.
- Sacramentos: **10 niños** "bautizos y primera comunión".
- Caja de compensación Colsubsidio.
- Copass.
- Evento: Feria de servicios, Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Convocatoria Interna.

100% Volantes

TH-Bienestar
"Te vemos te reconocemos"















Más de **80** Piezas diseñadas



































Quirón® CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD BOGOTÁ

Centro Canino

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

Laboratorio pretransfusional y patología

- Donación de órganos.
- Donación de sangre.
- Certificación de colaboradores, **524 certificados.**

97,04% Certificados

2,59% Volantes

0,37% Folletos







Más de **500** Piezas diseñadas

SIAU

Atención al usuario

- Cumpleaños de pacientes.
- Enfoque diferenciado.
- Semana de Humanización.

9,52% Fondos de pantalla

76,19% Volantes

14,29% Folletos











Más de **40** Piezas diseñadas

Psicología

- Apoyo emocional y acompañamiento en duelo.

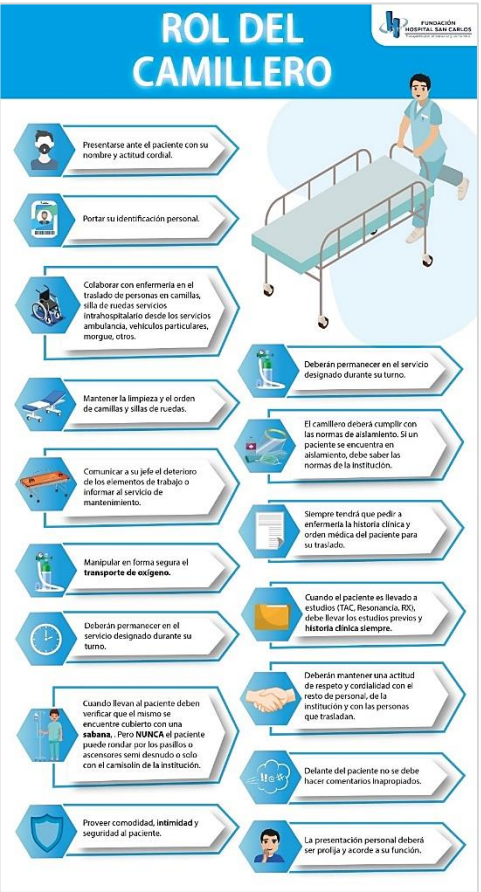


Consulta externa

- Encuesta de satisfacción.

Parqueadero

- Actualización de información.









Nutrición



- Menú especial de cada mes correspondiente a la temática del mes.









Más de
25
Piezas diseñadas

Registro Fotográfico

Cubrimiento de 17 eventos y 3 evidencias de seguimiento

























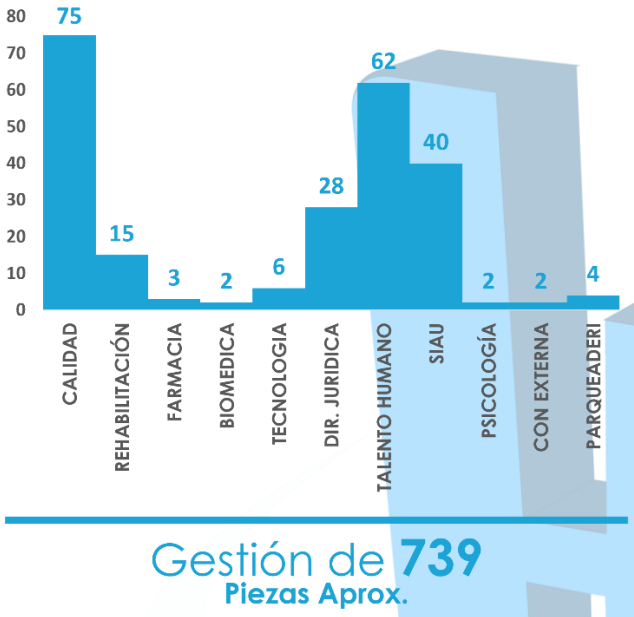




Más de
1283
Fotos

4. Análisis operativo del área de comunicaciones 2024

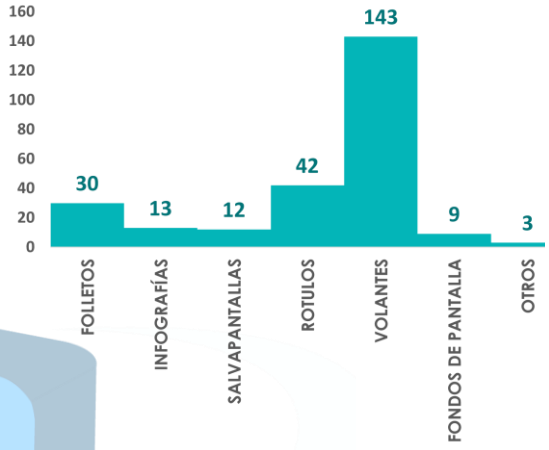
En el año 2024, el área de comunicación de la Fundación Hospital San Carlos se destacó por su capacidad de respuesta y efectividad en la gestión de solicitudes, atendiendo un total de 739 piezas gráficas aproximadamente provenientes de 12 departamentos diferentes.



En la distribución anterior no se agrega el departamento de laboratorio, pretransfusional y patología, dado que sus 500 solicitudes aprox. radican en la elaboración de certificados los cuales se gestionaron automatizando el proceso, sin embargo, fueron responsabilidad de comunicaciones.

El departamento de CALIDAD lidera con la mayor proporción de solicitudes, representando el 31.12% del total de elementos, seguido por TALENTO HUMANO con un 25.73% y SIAU con un 16.60%. Estos tres departamentos concentran la mayor demanda de servicios para el área de comunicaciones.

Áreas como BIOMÉDICA, PSICOLOGÍA, y CONSULTA EXTERNA tienen la menor representación con 0.83% cada una. Esto sugiere una oportunidad para colaborar en equipo y desarrollar estrategias que potencien la visibilidad de su portafolio y generen un mayor impacto dentro de la organización.



Distribución del tipo de pieza grafica solicitada, no se contempla certificados en este análisis.

Los Volantes representa la mayor proporción con 56.75% del total de elementos, seguida por Rótulos con 16.67% y Folletos con 11.90%. Se entiende por volante a toda cartelera, dispositiva o invitación diseñada por el área.

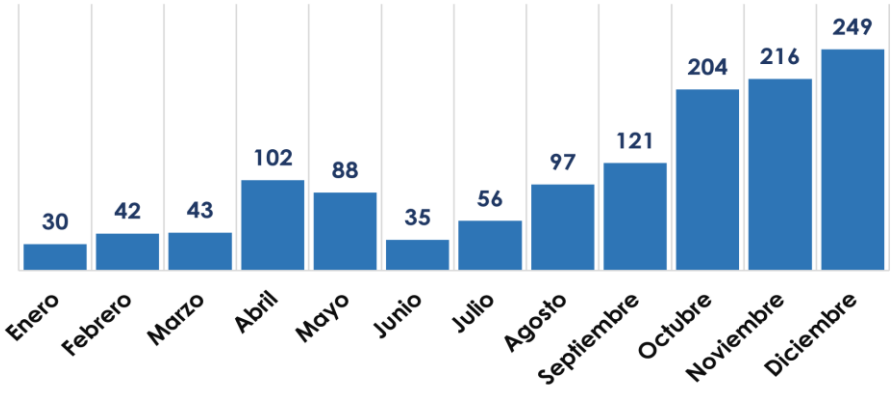
Perspectiva Operativa

Tiempo promedio de entrega: 2 días por pieza gráfica.

Efectividad: 98.8%, logrando cumplir con los estándares de calidad y tiempos de respuesta esperados

.

4.1 Registro fotográfico del 2024



Alta actividad en eventos festivos y conmemorativos

Se observa un aumento de registros durante los meses de octubre a diciembre, coincidiendo con eventos como Halloween, Navidad y fin de año, lo cual sugiere un enfoque en la documentación de actividades de integración y celebraciones de la institución.

El área de comunicaciones registro 18 eventos y 3 evidencias de seguimiento

- Feria de servicio.
- Halloween con colaboradores.
- Halloween con niños.
- Sacramentos.
- Reunión de sacerdotes.
- Evaluación de la ruta de mejoramiento.
- Novenas.
- Entrega del día de las velitas,
- Visita cardenal.
- Día del médico.
- Día del enfermero.
- Decoración navideña.
- Entrega de regalos.
- Entrega de certificados.
- Expo calidad.
- Semana de la higienización de manos.
- Semana de la salud y el bienestar.

Evidencia, seguimiento de procesos

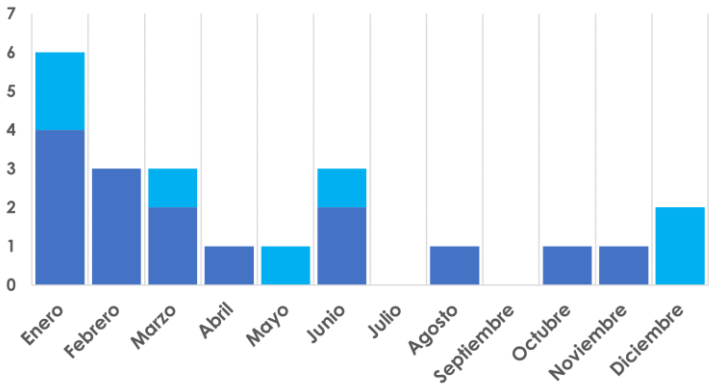
- Instalación de tableros de identificación del paciente.
- Tablero de control de cirugía segura.
- Registro fotográfico de ronda semanal mes a mes.

1283
Fotos en el 2024

22
Productos audiovisuales en el 2024

- Decoración de puertas de Halloween.

4.2 Registro de productos audiovisuales del 2024



Producto	Total
Animación	7
Video	15

Variación Mensual

A lo largo del año se observó una marcada variabilidad en la producción de vídeos y animaciones, con algunos meses sin contenido audiovisual. No obstante, esta ausencia se debió a la falta de solicitudes de este tipo por parte de los departamentos.

El área de comunicaciones realizo 22 productos audiovisuales en el 2024

- Cabina de lactancia.
- Capacitación de referencia y contrarreferencia.
- Ruta de mejoramiento.
- Capacitación final 2024.
- Capacitación de gestión ambiental.
- Chatbot.
- SAM.
- Capacitación de termómetro y termohigrómetro.
- Manejo de Ventilador northern CRIUS V6.
- Entre otros.

Premio

La secretaria distrital de salud otorga a Fundación Hospital San Carlos el premio “Hacer las cosas bien, trae cosas buenas” con categoría plata por su participación en la Ruta de Mejoramiento de Calidad – cohorte III – 2024


La Secretaría Distrital de Salud otorga a:

Fundación Hospital San Carlos

EL PREMIO "HACER LAS COSAS BIEN, TRAE COSAS BUENAS"

Categoría: Plata

Por su participación en la Ruta de Mejoramiento de la Calidad - cohorte III - 2024

Bogotá D.C., 10 de diciembre de 2024

Liliana Ivont Hurtado Sepúlveda

Doris Marcela Díaz Ramírez

5. Desafíos

Sostenibilidad: El alto nivel de efectividad y la velocidad en las entregas podrían ser difíciles de mantener sin un incremento en los recursos disponibles.

Sostenibilidad ambiental: Promover prácticas más ecológicas alineadas con las políticas de sostenibilidad, sin comprometer la efectividad de la comunicación.

Optimización de recursos: Reducir el uso de papel en la producción de volantes, folletos y rótulos, fomentando alternativas digitales como infografías, salvapantallas y fondos de pantalla.

Digitalización progresiva: Aumentar la proporción de piezas digitales para minimizar el impacto ambiental y reducir costos asociados a la impresión.

6. Retos para el 2025

El desempeño del área de comunicación durante 2024 ha sido sobresaliente, destacando en **la gestión de un volumen significativo de solicitudes con un equipo reducido de 3 integrantes.** Para garantizar la sostenibilidad de este nivel de excelencia, se recomienda considerar un aumento en los recursos humanos y tecnológicos que permita mantener y mejorar la capacidad de respuesta y efectividad operativa.

La gestión de piezas gráficas en 2024 plantea el desafío de avanzar hacia la digitalización como una estrategia clave para **reducir el uso de papel y mejorar la sostenibilidad.** Esto permitirá no solo

optimizar recursos, sino también fortalecer la imagen institucional como una organización comprometida con el medio ambiente.

Es evidente la **necesidad de que los departamentos de FHSC se alineen con el proceso**, asegurando el correcto diligenciamiento del formato de solicitud y respetando los tiempos designados. Además, es crucial mantener canales de comunicación oportunos para el control y seguimiento de las piezas, así como para proporcionar el adecuado acompañamiento al área correspondiente.

7. Estado de cumplimiento de normas sobre propiedad intelectual y derechos de autor

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de propiedad intelectual y derechos de autor, la **Fundación Hospital San Carlos** ha implementado políticas y procedimientos que garantizan el uso responsable y legal de los materiales audiovisuales, gráficos y documentales empleados en el desarrollo de sus actividades institucionales. A continuación, se presentan los lineamientos establecidos en esta materia:

1. Uso de Materiales Protegidos y Fuentes de Contenido

La Fundación se asegura de que todo el material utilizado en sus comunicaciones, campañas y actividades institucionales cumpla con las disposiciones legales aplicables. En este sentido:

- Se prioriza el uso de contenido propio generado internamente por la institución.
- Cuando se requieren imágenes, videos u otros elementos gráficos de terceros, estos provienen de bancos de imágenes y recursos de **uso libre y gratuito**, garantizando el respeto a los derechos de autor.

- Se cuenta con los debidos **formatos de autorización y cesión de derechos de imagen**, asegurando que cualquier material en el que aparezcan personas sea utilizado únicamente con su consentimiento expreso y para los fines institucionales estipulados.
- En el caso de producciones audiovisuales institucionales, se gestionan los permisos necesarios para la grabación en instalaciones hospitalarias y la participación de personas, garantizando el cumplimiento de la legislación aplicable en materia de derechos de imagen y protección de datos personales.

2. Políticas Internas y Capacitación

Como parte del compromiso de la Fundación con el cumplimiento normativo en materia de propiedad intelectual, se han implementado las siguientes acciones:

- Se realizan **capacitaciones previas** a cualquier sesión de fotografía o grabación, dirigidas a los equipos responsables, con el objetivo de reforzar las buenas prácticas en el uso de la imagen y la protección de datos personales.
- Se ha establecido un protocolo de validación y supervisión de materiales audiovisuales y gráficos antes de su publicación o difusión, asegurando el cumplimiento de la normativa y evitando el uso indebido de material protegido por derechos de autor.
- El área de **Comunicaciones** mantiene un control y registro de los materiales utilizados, velando por la correcta aplicación de los lineamientos internos y previniendo posibles vulneraciones a derechos de terceros.

3. Gestión de Licencias y Contratos con Terceros

Si bien la Fundación no ha adquirido licencias de software, publicaciones o contenido audiovisual para su uso, en los casos en que se requiera el uso de material externo sujeto a derechos de autor, se implementan los siguientes mecanismos de control:

- El **área jurídica** de la Fundación es la encargada de gestionar y formalizar los **contratos y acuerdos** necesarios para el uso de contenidos protegidos por derechos de autor.
- La **supervisión y control del uso de estos materiales** es realizada conjuntamente entre el área jurídica y el área de Comunicaciones, garantizando que la institución cumpla con las condiciones establecidas en los acuerdos suscritos con terceros.

4. Casos Relevantes en la Gestión de Derechos de Autor

Durante la vigencia del año 2024, **no se han identificado casos en los que la Fundación haya tenido que gestionar derechos de autor o propiedad intelectual** en relación con publicaciones propias, investigaciones o producción audiovisual.

5. Compromiso Institucional con la Propiedad Intelectual

La **Fundación Hospital San Carlos** reafirma su compromiso con el respeto y cumplimiento de las disposiciones legales en materia de propiedad intelectual y derechos de autor. A través de la implementación de mecanismos de control, capacitación y supervisión, la institución garantiza que sus actividades de comunicación y difusión cumplan con los más altos estándares de legalidad y ética, alineándose con las mejores prácticas en la gestión de contenido institucional.

Gestión de Infraestructura y Mantenimiento

Hecho por Jaime Andres Celis Mora

1. Introducción

Durante el 2024 la Coordinación de Mantenimiento e Infraestructura toma como pauta inicial para el mantenimiento y mejoramiento de la infraestructura, equipos y sistemas de apoyo, todas aquellas novedades evidenciadas durante el año anterior y se propone solventarlas y trabajar en procura de más labores predictivas-preventivas y menos correctivas.

2. Problemas Identificados de Infraestructura

Para comienzos del 2024 se tienen identificados problemas importantes de infraestructura que con cada visita de auditoría quedan notificadas como hallazgos, interfiriendo además en el buen desarrollo de la labor asistencial y en la seguridad del paciente:

- **PISO PASILLO EXTERIOR UCI 2:** El piso en vinilo se encuentra en malas condiciones, roto y despegado, mortero desmoronado no garantizó la correcta adhesión del piso en vinilo.
- **UCIS PISO 2 Y PISO 3:** Los cubículos no cuentan con divisiones de piso a techo y las áreas para cada cubículo son inferiores a los 8m2 normativos.
- **HOSPITALIZACION:** Habitaciones con deterioro de pintura, las camas tienen oxido y hay escasez de controles de mando, mobiliario en malas condiciones.

- **MANTENIMIENTO CUBIERTAS:** Las malas condiciones de las impermeabilización y falta de aseo adecuado no garantizan la correcta evacuación de las aguas lluvias, derivando esto en la filtración del agua por las placas hacia las zonas internas del hospital.

Por otro lado, se tienen claras también necesidades frente a los equipos y sistemas de apoyo del hospital:

- PLANTAS ELECTRICAS requieren cambio de aceites, filtros, baterías.
- UPS, Requieren servicios de mantenimiento apropiado y cambio de baterías para las de alta importancia (IMAGENES DIAGNOSTICAS)
- RED VAPOR Y AGUA CALIENTE: Serpentín averiado y fallas en bombas impulsoras.

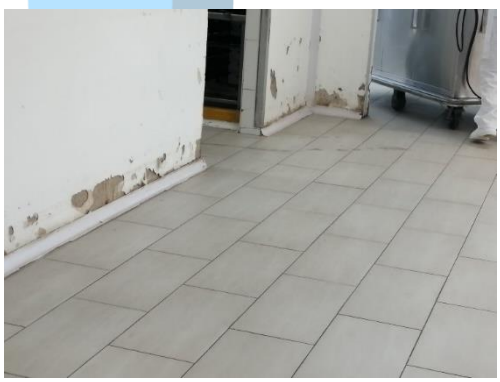
3. Actividades Realizadas

Se inicia el año haciendo intervenciones en la cocina para entregar al nuevo proveedor el área en condiciones adecuadas.

Se realiza pintura general, arreglo medias cañas, se realizan adecuaciones eléctricas según requerimientos y se entregan equipos de aire operativos.

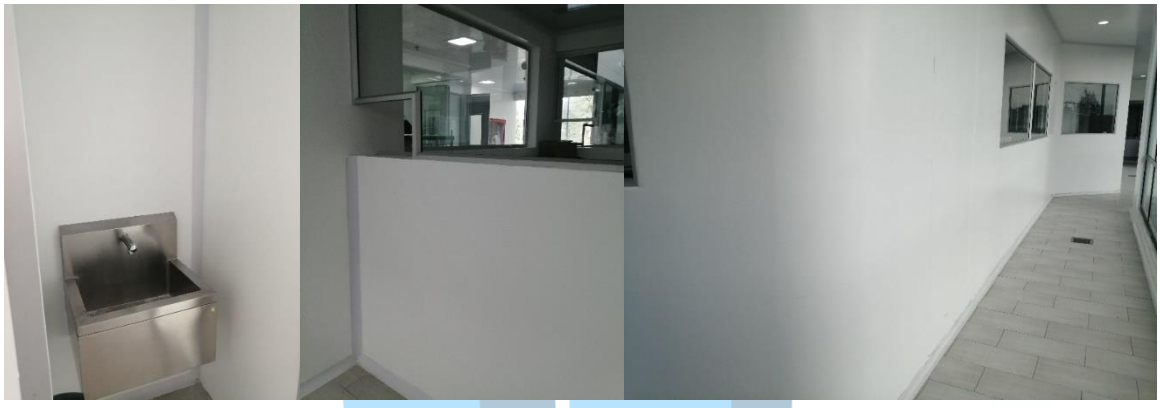
ANTES





DESPUES







UCIS

En el mes de marzo, se inicia intervención del pasillo exterior de UCI PISO 2. La ejecución del pasillo completo se hace en dos tiempos para no afectar la operación del servicio, se ejecuta la actividad cambiando rutas de acceso a la UCI2, pero manteniendo la misma entrada.

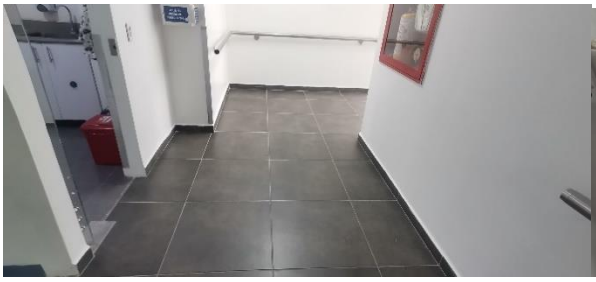
Se realiza el retiro del piso en vinilo afectado, se debe emparejar el piso lo que implica retirar el mortero dañado y se aplica un nuevo mortero nivelado y afinado. Luego de esto se realiza la instalación del piso en cerámica y se rematan guarda escobas, muros y la transición entre pisos.

ANTES

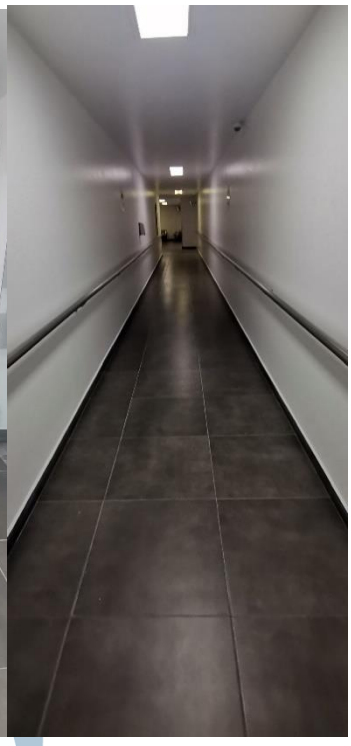




DESPUES







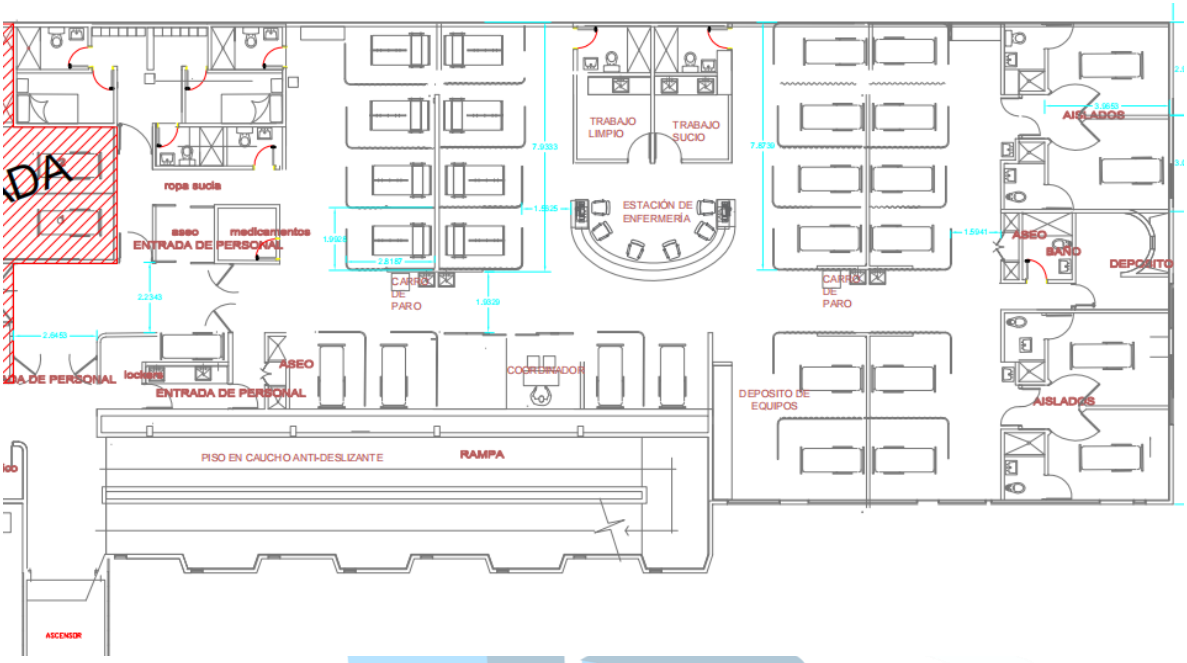
Se entregó el pasillo completo el día 6 de abril al servicio.

Esta labor fue ejecutada por personal propio del hospital.

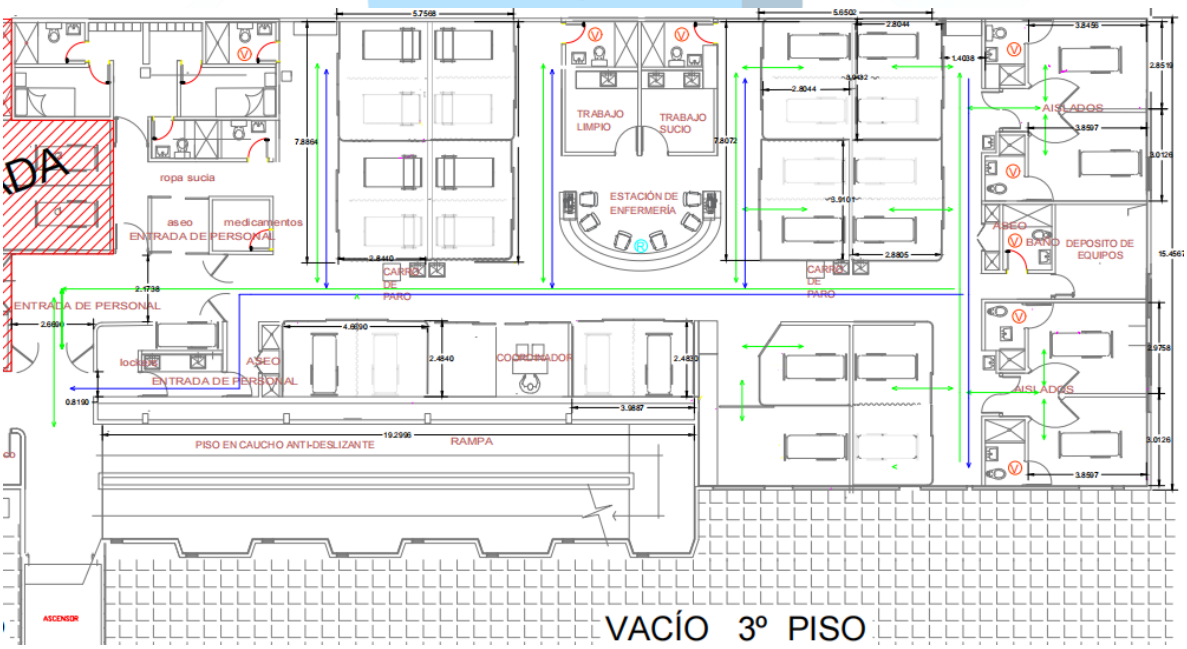


En el mes de mayo se inicia la intervención en UCI PISO 3 luego de la verificación de las condiciones de habilitación con el apoyo de la coordinación de calidad, y con base en ello se optimiza el uso de las áreas dispuestas. De los 24 cubículos de 6m2 existentes que no cumplían con las condiciones de habilitación se logran obtener 13 cubículos que SI cumplen con las condiciones (mínimo 8m2 y divisiones fijas de piso a techo). Dentro de los 13 cubículos que cumplen con la norma, quedan inmersos aquellos 11 restantes que pueden ser utilizados en caso de una contingencia, ya que no fueron desmantelados, sino que hacen parte de las nuevas áreas generadas. Los 4 aislados se mantuvieron en las mismas condiciones.

ANTES (24 cubículos de 6m2 y con división móvil, NO cumple normativa de habilitación)



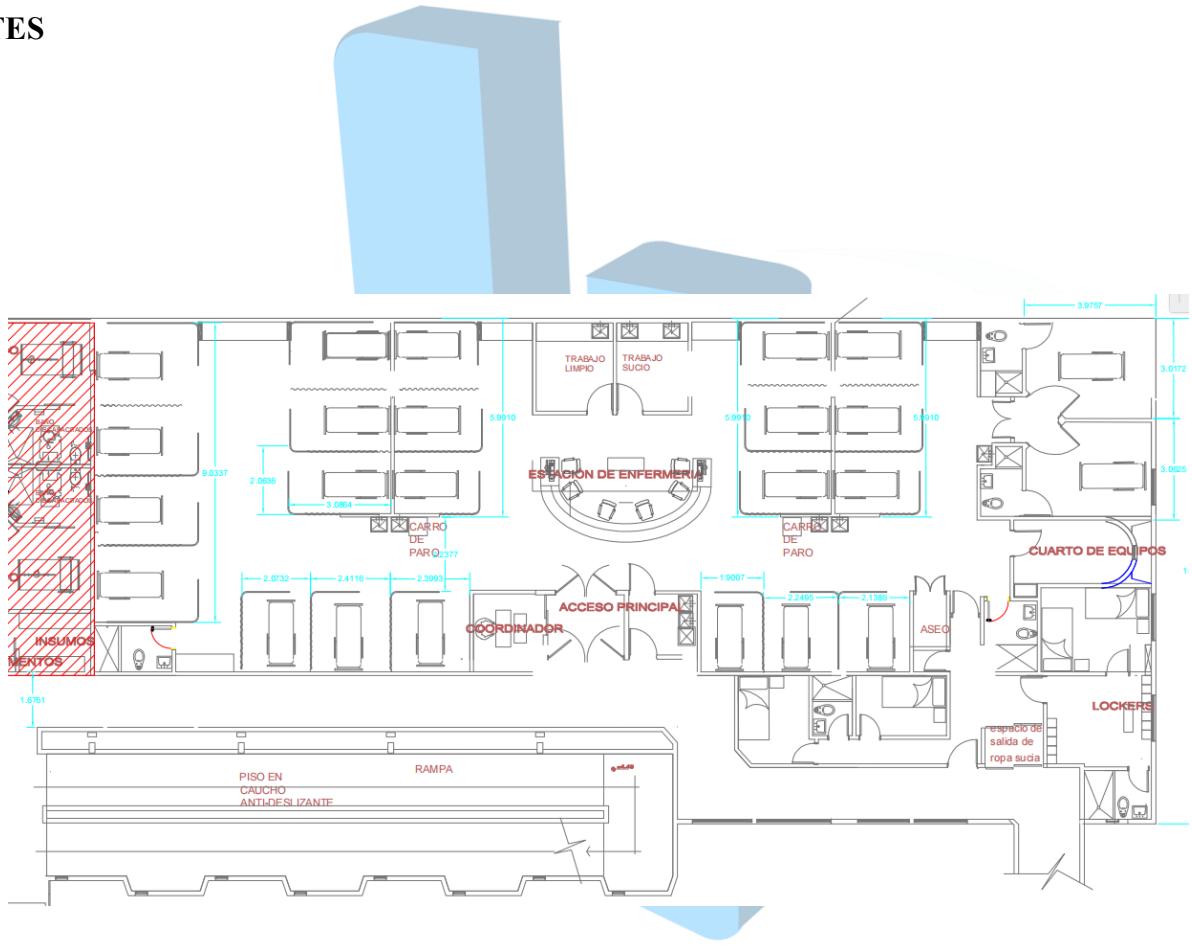
AHORA (13 cubículos de 11m2 con división fija, SI cumple normativa de habilitación. Puede ampliarse en 11 cubículos ante alguna contingencia)



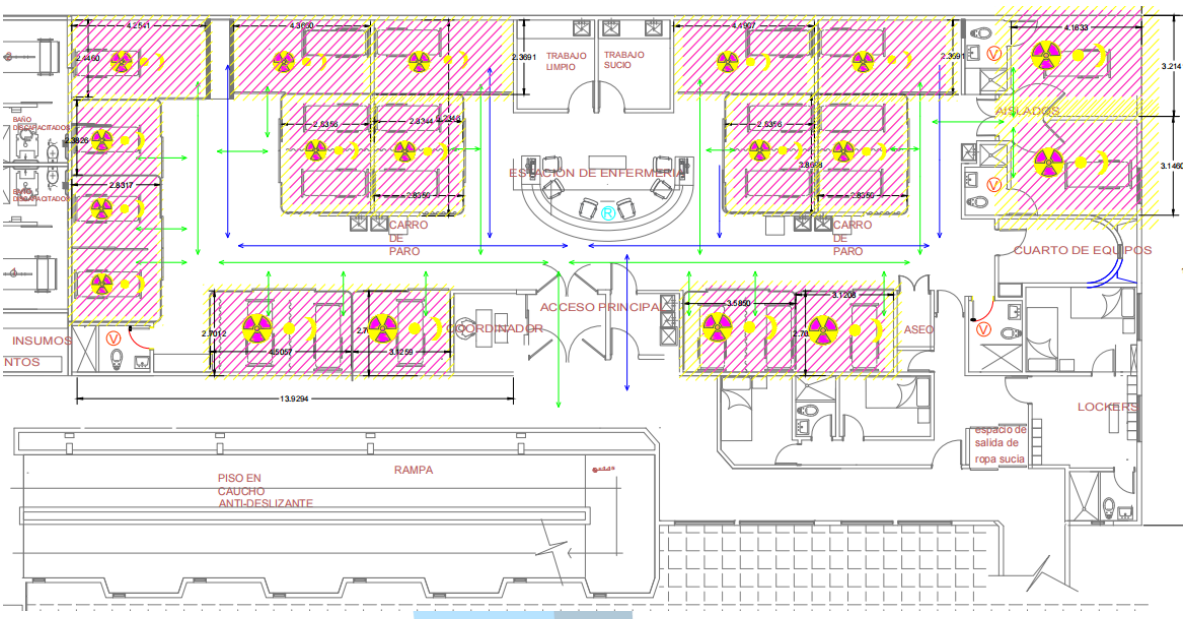
Una vez finalizado UCI 3 se procede a intervenir UCI 2, y para tener disponibilidad en esta área, se usan los nuevos cubículos disponibles de UCI piso 3.

La UCI 2 contaba con 22 cubículos de 6m2 que no cumplían con la normativa de habilitación. De nuevo se valida con calidad en busca de optimizar los espacios existentes y obtener mayor cantidad de cubículos que si cumplen; se logran 16 cubículos y quedan 6 inmersos que podrían utilizarse en caso de contingencia.

ANTES



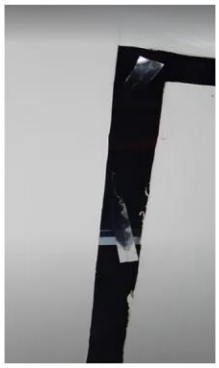
DESPUES

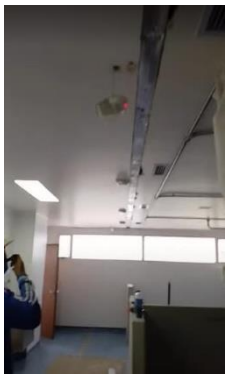


Al finalizar labores de UCI 2 y 3 tenemos que de un inicial de 46 cubículos existentes que no cumplían con la normativa de habilitación, se lograron reorganizar 29 cubículos con cumplimiento de normativa, y queda abierta la posibilidad de usar los 17 restantes. Mas adelante la intervención en estas dos UCIS incluyó instalación de blackout para las ventanas de fachada.

Las divisiones fijas se lograron a partir de la elaboración de muros bajos en superboard de 9mm con esquinero metálico de 1½" para garantizar una resistencia adecuada al exigente trabajo y tránsito en las áreas, y sobre este muro se instala vidrio laminado de 3+3 que garantiza seguridad para el personal en sitio, con marcos en aluminio blanco para mantener la línea de los acabados originales del lugar. Además, se colocaron refuerzos en techo a partir de templetes anclados a las a las vigas aéreas reforzando de esta forma la estructura para la correcta postura de ventanas y puertas colgantes. La intervención incluyó además pintura general.







Estructura muros bajos

Reforzamiento-estructura puertas ventanas






ANTES



DESPUES



ANTES



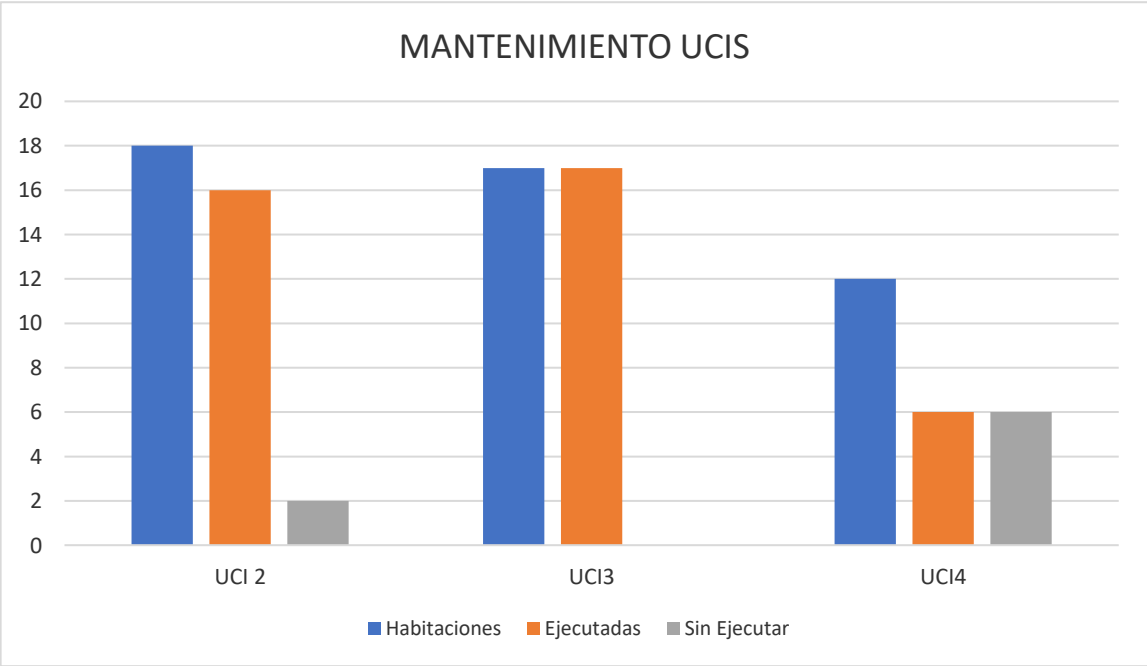
DESPUES



En UCI piso 4 se realiza intervención de 6 habitaciones que fueron entregadas para intervención: 401, 402, 403, 404, 405 y 411. Allí mismo se intervienen poceta, pasillo y baños de funcionarios, avanzando así en el 50% de la infraestructura del servicio.

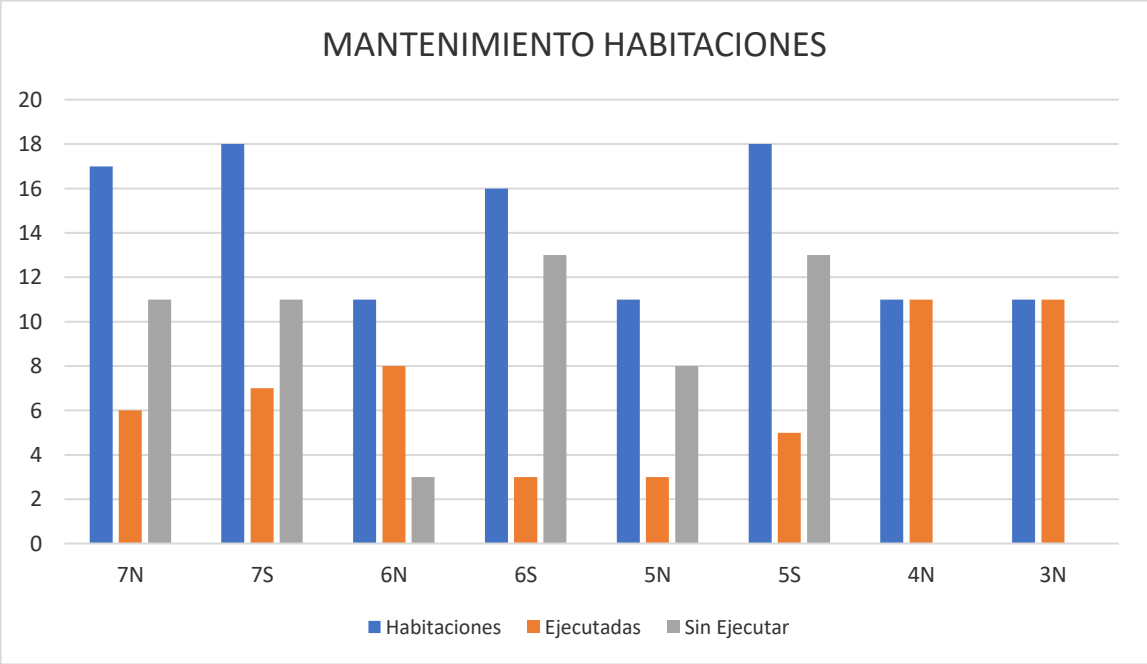
La relación final del mantenimiento de infraestructura de las UCIS tiene un porcentaje de ejecución del 83% gracias a la disponibilidad de los espacios que se hizo necesaria para las adecuaciones requeridas por habilitación.

4. Resultados Obtenidos



HOSPITALIZACIÓN

En Hospitalización se inició intervenciones de zonas sur ya que en el 2023 no se logró avanzar en esta área, únicamente se intervinieron zonas norte. El avance para intervención general se ve ralentizado por la disponibilidad de los espacios, por lo que lograr una intervención de las áreas al 100% ha sido una labor realmente difícil, se logra tener un alcance del 48% para esta labor en general de hospitalización. Los únicos servicios que alcanzaron su totalidad fueron piso 3N que fue cerrado a final de año por baja ocupación y 4N que para las adecuaciones propias del proyecto PPL se permitió la disponibilidad completa de las habitaciones



El mantenimiento de las habitaciones incluye además de pintura, revisión de luminarias, tomas eléctricas, de gases, llamado de enfermería y revisión y ajustes del área sanitaria.

501 SUR





4NORTE – Instalación de rejas para PPL.





MOBILIARIO

Para el 2024 se inicia además una intervención fuerte sobre el mobiliario ya que su estado no era apropiado y esto ha sido fuente de hallazgos por parte de los entes de control.

Durante la intervención de habitaciones se identifica el mobiliario deteriorado para cambiarlo o ajustarlo. Se pintaron aproximadamente 60 camas que se identificaron en muy malas condiciones por su deterioro físico y presencia de oxido. Se realizan ajustes metalmecánicos, electrónicos y pintura para luego reintegrarlas al servicio. Para esta labor se hace necesario adquirir material puntual como pintura poliuretano blanca, llantas y controles que son aprobados y facilitados para la ejecución de la labor luego de la pertinente gestión.





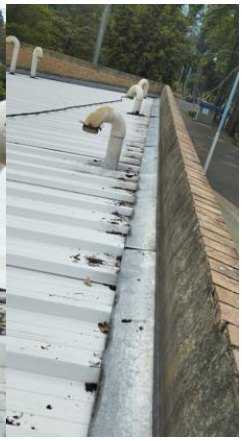
CUBIERTAS

Las cubiertas del Hospital han implicado un gran reto a causa de las difíciles condiciones de su estado actual, y que, sumado a las condiciones del entorno, si no cuentan con el trato adecuado generan inconvenientes graves en la infraestructura interna del hospital por cuenta de las filtraciones de agua. Por esta razón se ha dispuesto de 2 personas para que realicen limpiezas semanales a las distintas cubiertas con el fin de garantizar que los desagües no se taponen y con ello que el agua pueda evacuarse adecuadamente de las cubiertas. Sin embargo, hay algunas cuyas impermeabilizaciones se encuentran en muy deterioradas condiciones por lo que han debido ser intervenidas. Durante el 2024 se hicieron ajustes en las cubiertas de torre B, a comienzos de año en la zona norte, sobre Davita, y finalizando año en la zona sur, esta última debió cambiarse en su totalidad por su mal estado.







ANTES

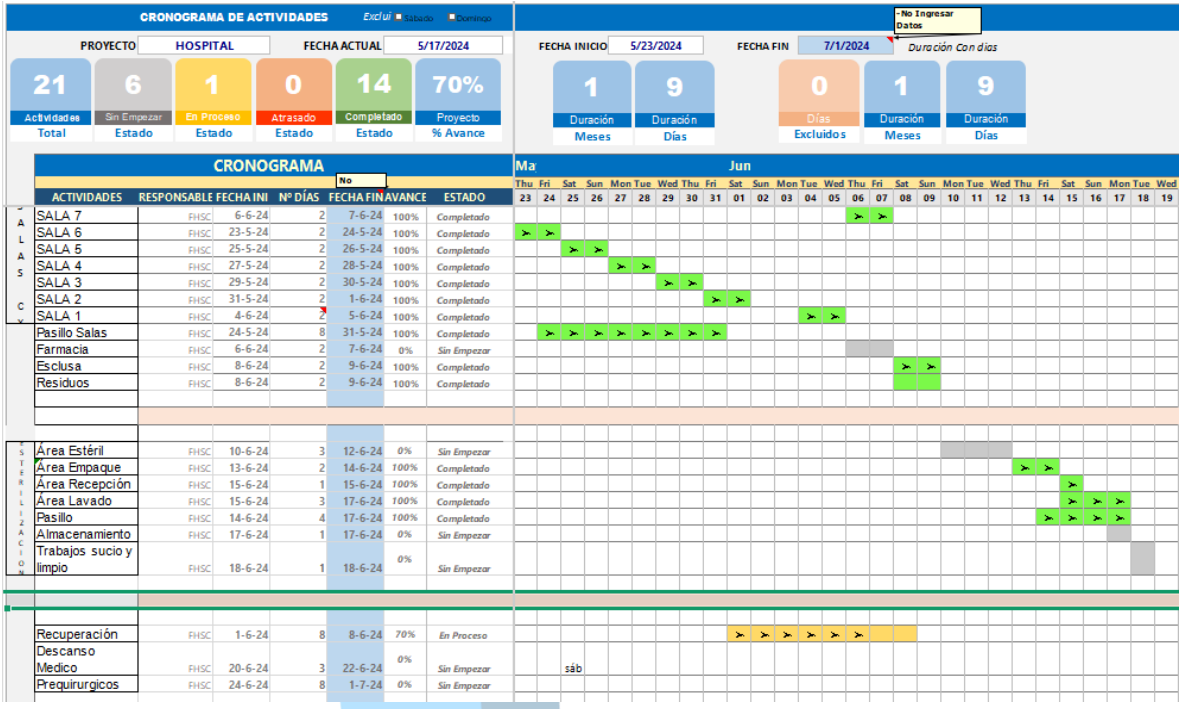


DESPUES



Además, se hizo intervención de:

Salas de Cirugía: Se realiza intervención a las salas de cirugía que habían venido siendo atendidas por novedad, pero no se había realizado una intervención integral. Para esta intervención se concreta un cronograma de trabajo con la coordinación de salas y se inicia la ejecución que al final del tiempo propuesto se logra un avance del 70%. Se concentra labor inicialmente en las áreas asistenciales siguiendo las recomendaciones de las visitas de auditoría.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES — Excluir: Sábado, Domingo

PROYECTO: HOSPITAL — FECHA ACTUAL: 5/17/2024 — FECHA INICIO: 5/23/2024 — FECHA FIN: 7/1/2024 — Duración Con días

21	6	1	0	14	70%
Actividades Total	Sin Empezar Estado	En Proceso Estado	Atrasado Estado	Completado Estado	Proyecto % Avance

1	9	0	1	9
Duración Meses	Duración Días	Días Excluidos	Duración Meses	Duración Días

No Ingresar Datos

CRONOGRAMA

	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA INI	Nº DÍAS	FECHA FIN	AVANCE	ESTADO
SALAS CX	SALA 7	FHSC	6-6-24	2	7-6-24	100%	Completado
	SALA 6	FHSC	23-5-24	2	24-5-24	100%	Completado
	SALA 5	FHSC	25-5-24	2	26-5-24	100%	Completado
	SALA 4	FHSC	27-5-24	2	28-5-24	100%	Completado
	SALA 3	FHSC	29-5-24	2	30-5-24	100%	Completado
	SALA 2	FHSC	31-5-24	2	1-6-24	100%	Completado
	SALA 1	FHSC	4-6-24	2	5-6-24	100%	Completado
	Pasillo Salas	FHSC	24-5-24	8	31-5-24	100%	Completado
	Farmacia	FHSC	6-6-24	2	7-6-24	0%	Sin Empezar
	Esclusa	FHSC	8-6-24	2	9-6-24	100%	Completado
	Residuos	FHSC	8-6-24	2	9-6-24	100%	Completado
ESTERILIZACION	Área Estéril	FHSC	10-6-24	3	12-6-24	0%	Sin Empezar
	Área Empaque	FHSC	13-6-24	2	14-6-24	100%	Completado
	Área Recepción	FHSC	15-6-24	1	15-6-24	100%	Completado
	Área Lavado	FHSC	15-6-24	3	17-6-24	100%	Completado
	Pasillo	FHSC	14-6-24	4	17-6-24	100%	Completado
	Almacenamiento	FHSC	17-6-24	1	17-6-24	0%	Sin Empezar
	Trabajos sucio y limpio	FHSC	18-6-24	1	18-6-24	0%	Sin Empezar
	Recuperación	FHSC	1-6-24	8	8-6-24	70%	En Proceso
	Descanso Medico	FHSC	20-6-24	3	22-6-24	0%	Sin Empezar
	Prequirurgicos	FHSC	24-6-24	8	1-7-24	0%	Sin Empezar

Mar — Jun

Thu 23 | Fri 24 | Sat 25 | Sun 26 | Mon 27 | Tue 28 | Wed 29 | Thu 30 | Fri 31 | Sat 01 | Sun 02 | Mon 03 | Tue 04 | Wed 05 | Thu 06 | Fri 07 | Sat 08 | Sun 09 | Mon 10 | Tue 11 | Wed 12 | Thu 13 | Fri 14 | Sat 15 | Sun 16 | Mon 17 | Tue 18 | Wed 19

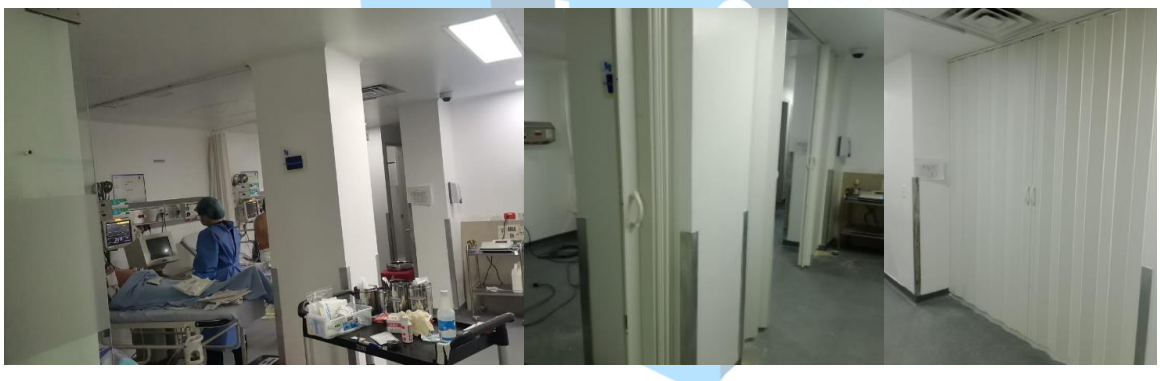
sáb

Urgencias: se realiza intervención general de observación ya que se encontraba en malas condiciones a causa de los golpes con las camas, se debió cambiar piezas de pared falsa en cabecero de camas, reforzando la estructura y cambiando drywall por superboard para una mayor resistencia. También se intervienen hidratación y sala ERA. en este servicio se instalan los nuevos tableros de identificación de paciente.





Imágenes Diagnosticas: Se instalan puertas plegables en PVC en el área de hemodinamia que habían sido solicitadas por la visita de habilitación a finales del 2023. Se realiza intervención al piso de imágenes que tenía cordones de soldaduras del tapete PVC abiertos y en malas condiciones, se instalan cenefas en su reemplazo garantizando las superficies lisas para una adecuada asepsia. En la sala de rayos X se apoya desmonte de viejo equipo, se realizan ajustes al piso instalando tapete PVC donde existían los anteriores equipos y se organiza la ductería de comunicación, así como la acometida eléctrica requerida para el equipo nuevo.







Piso 8: Se realiza recuperación del área norte del piso 8 y allí se instala temporalmente sala de reuniones mientras el auditorio se remodela. El arreglo de la zona norte conllevó mejoras en la iluminación, corrección de filtraciones y pintura general de paredes y techo que estaban en muy malas condiciones por el abandono de esta área que completaba varios años fuera de funcionamiento. Mientras tanto las adecuaciones para el auditorio consistieron en recuperación del enchape en madera de las paredes, cambio del piso en alfombra por piso SPC, mejora de la iluminación cambiando las existentes e instalando mayor cantidad y arreglo del techo del recinto.

Zona Norte

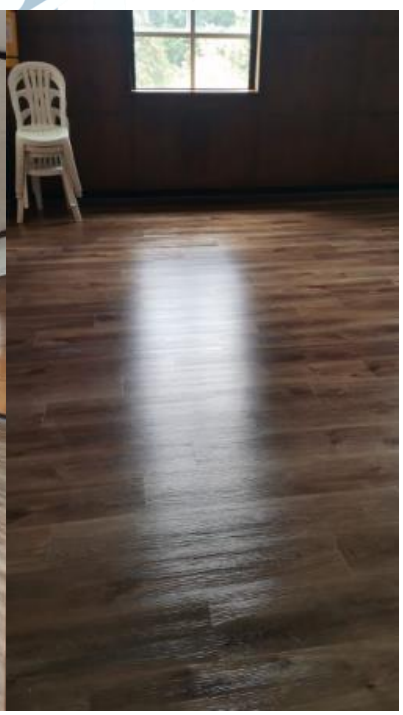







Auditorio







EQUIPOS

- Para los equipos de apoyo eléctrico, y aunque el mantenimiento mensual lo hace el personal del hospital, se hizo necesario el acercamiento de un experto a los equipos para intervenciones especiales. Para las plantas eléctricas se contrata cambio de aceite y filtros que hacía más de 2 años no se realizaba, y cambio de baterías y precalentador a necesidad. Para las UPS se realizan revisiones y correctivos por fallas en equipos críticos como UPS de angiografo y TAC que requirieron cambio de baterías, o de resonancia que falló y debió importarse tarjeta de potencia para reestablecer su funcionamiento. Se hizo revisión general de UPS evidenciando además necesidad de cambio de baterías en muchas de ellas, pero solo se avanzó con las de imágenes que representan el soporte de mayor importancia.

- Durante el primer semestre del 2024 se presentaron problemas con el suministro de agua caliente. Por un lado, el agua solo llegaba hasta el piso 5 y además no tenía la temperatura adecuada. Luego de validaciones se evidencia una falla en el serpentín del tanque de agua caliente y fallas en las bombas impulsoras, lo que conlleva al cambio de los dos elementos, acciones con las que se

resuelve el inconveniente y se vuelve a garantizar el agua para todos los pisos y en las temperaturas requeridas.

- Se realiza cambio de polea y guayas al ascensor No. 2 de torre A que requería esta labor. El año anterior se le había realizado la misma labor al equipo No. 1 por un desgaste anormal de los elementos. Se realizan todas las rutinas de mantenimiento requeridas y contratadas y en Agosto se obtiene la recertificación necesaria para el uso de los equipos y que acredita el cumplimiento de las condiciones óptimas y seguras de funcionamiento.

5. Conclusión

La coordinación de mantenimiento e infraestructura junto con todo su personal tienen firme compromiso en mantenimiento y mejora de las condiciones de infraestructura, equipos y mobiliario del hospital, e instan a los servicios a trabajar de manera conjunta en su cuidado y sostenimiento en procura de garantizar siempre las mejores condiciones para nuestros usuarios.

Gestión de Tecnología Biomédica

Hecho por Julio Cesar Morera Melo

1. Introducción

El departamento de Ingeniería Biomédica de la Fundación Hospital San Carlos desempeña un rol esencial en garantizar la operación óptima de los equipos biomédicos, clave para brindar servicios de salud de calidad. Este informe de gestión detalla las acciones implementadas durante el año 2024 para mejorar la gestión tecnológica, desde el mantenimiento preventivo y correctivo hasta la optimización de contratos y la capacitación del personal.

Además, se analizan las principales problemáticas, como la obsolescencia tecnológica y la falta de planificación en la adquisición de repuestos, identificando las necesidades críticas en equipos y proponiendo estrategias para mejorar la eficiencia operativa. Este documento busca ser una herramienta clave para la toma de decisiones, alineada con los objetivos de garantizar una atención de calidad y la sostenibilidad financiera de la institución.

En la Fundación Hospital San Carlos, históricamente, si bien se contaba con la contratación de servicios técnicos calificados para tecnologías de control especial, la ausencia de una gestión estructurada y la falta de planificación en la adquisición de repuestos esenciales generaron riesgos y daños evitables. Esto ha derivado en inversiones no planificadas que podrían haberse mitigado mediante una adecuada monitorización y proactividad en la gestión tecnológica.

En el contexto actual, garantizar la operación óptima y segura de los equipos médicos continúa siendo un desafío, particularmente en términos de los costos asociados al mantenimiento y a la falta de reemplazo oportuno de componentes críticos. Asimismo, el alto nivel de obsolescencia de una parte significativa de los equipos representa una barrera para optimizar los procesos operativos.

No obstante, gracias a las acciones continúas realizadas por el departamento de Ingeniería Biomédica, ha sido posible asegurar la continuidad en la prestación de servicios, mitigando de manera efectiva los impactos adversos de estas limitaciones.

Este informe presenta una evaluación detallada de las necesidades actuales relacionadas con la adquisición de repuestos para normalizar las operaciones, las intervenciones requeridas para garantizar la continuidad del servicio, y las oportunidades para la incorporación de nuevas tecnologías. Adicionalmente, se aborda la alineación con los estándares de dotación establecidos en la Resolución 3100 de 2019, como una herramienta clave para la toma de decisiones estratégicas en la gestión tecnológica de la institución.

2. Objetivo general

Garantizar que se atiendan las necesidades en equipos biomédicos consolidando soluciones que permitan gestionar de forma eficiente la capacidad instalada que se tiene en la institución, el reemplazo de repuestos y la operación de los equipos en la Fundación Hospital San Carlos, reconociendo los avances significativos alcanzados durante el presente año en comparación con períodos anteriores.

Este objetivo busca proporcionar una visión integral de la situación actual de los equipos biomédicos, analizar los costos asociados a la gestión y mantenimiento incompleto derivado de la omisión de la instalación oportuna de repuestos en el pasado y evaluar los riesgos potenciales para la prestación de servicios de salud.

Asimismo, se pretende ofrecer recomendaciones concretas y sostenibles para consolidar una gestión eficiente de los equipos, garantizar su funcionamiento óptimo y reducir los costos operativos a largo plazo.

2.1 Objetivos específicos

1. **Diagnosticar el estado actual de los equipos biomédicos**, considerando aspectos como su antigüedad, historial de mantenimiento, intervenciones realizadas y las limitaciones operativas existentes.
2. **Analizar los costos asociados al mantenimiento y reparación de los equipos**, con especial énfasis en los gastos adicionales provocados por la falta de planificación oportuna en la adquisición de repuestos.
3. **Determinar los componentes críticos que requieren sustitución o intervención inmediata**, priorizando aquellos que impactan directamente en la operatividad y seguridad de los equipos.
4. **Evaluar el impacto de las fallas en los equipos biomédicos sobre la calidad y continuidad de los servicios de salud**, mediante la revisión de casos concretos y los desafíos enfrentados en años anteriores.
5. **Proponer soluciones estratégicas para la gestión de los equipos biomédicos**, incluyendo planes de mantenimiento, renovación tecnológica, optimización de contratos con proveedores, y adquisición de tecnologías que permitan garantizar la sostenibilidad y eficiencia de la institución.

3. Gestión tecnología Biomédica

Durante el año 2024, en la Fundación Hospital San Carlos se llevaron a cabo diversas acciones estratégicas para mejorar y optimizar la gestión de la tecnología biomédica, con el objetivo de garantizar un servicio de calidad y un entorno seguro para los pacientes.

Entre las principales acciones realizadas se incluyen:

3.1. Actualización del Inventario

Se realizó un proceso continuo de actualización del inventario, en el que se llevaron a cabo diversos cambios, como la adición de nuevos equipos adquiridos durante el transcurso del año, la unificación de equipos que aparecían dos o más veces en el inventario anterior, y la baja de aquellos que ya no eran funcionales debido a mal uso, excesivas refacciones que finalmente llevaron a su baja, o que habían cumplido su ciclo de vida útil.

INVENTARIO DE TECNOLOGIA BIOMEDICA DE FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS			
AÑO (MESES)	*2023 (ENERO - DICIEMBRE)*	*2024 (ENERO - ABRIL)*	*2024 - 2025 (MAYO 24 - ENERO 25)*
CANTIDAD TOTAL DE EQUIPOS	*2701*	*2564*	*1648*

Para ver detalle ver Anexo 1 (cuadro comparativo de cantidades de equipamiento biomédico FHSC).

3.2. Adecuaciones Técnicas

Se ejecutaron adecuaciones a diversas familias de equipos, adaptando los dispositivos a las nuevas necesidades y estándares de calidad, asegurando su óptimo funcionamiento.

AREA O SERVICIO	EQUIPO	OBSERVACION
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	TOMOGRAFO	Se realizo cambio de tubo de rayos, escobillas, resistencia de frenado y tarjeta de comunicación del gantry.
	ANGIOGRAFO	Se realizo cambio de handswitch, fuente de poder y se acondiciono la UPS interna
	RAYOS X PORTATIL	En el mes de Julio, se adquirió este equipo con el proveedor suministros radiográficos.
	RAYOS X FIJO	En el mes de octubre, se adquirió este equipo con el proveedor suministros radiográficos.
UCI'S URGENCIAS HOSPITALIZACION	INFUSORES	Se adquirieron cerca de DIECIOCHO (18) ventiladores a lo largo del año, con el fin de garantizar la prestación eficiente de servicios en el área de UCIs.
	VENTILADORES FHSC	Se inició con el acondicionamiento de TRES (3) ventiladores Puritan Bennett 840, a los cuales no se les había realizado ningún cambio en aproximadamente 3 años. Se les cambió el kit de empaques y filtros, dejándolos a punto para su uso.
	VENTILADORES COMODATO	En octubre de 2024, se adquirieron CINCUENTA Y NUEVE (59) ventiladores marca Northem a manera de comodato, entregados por parte de la Secretaría de Salud de Bogotá. Se inició con el acondicionamiento de 6 ventiladores, los cuales fueron preparados para su uso a finales del mismo año.
	CENTRAL DE MONITOREO	En el último trimestre de 2024, se actualizó el sistema de monitoreo central de las UCI 2 y 3, dejando ambos servicios al día.
SALAS DE CIRUGIA Y ESTERILIZACION	AUTOCLAVES	Durante el segundo semestre de 2024, se llevó a cabo el cambio de varios componentes en las tres autoclaves y en el sistema Vi-Pro del área de esterilización. Además, se realizó la calificación de los equipos. Actualmente, algunos elementos aún están pendientes, pero el funcionamiento de los sistemas se encuentra operativo.
	FIBROBROCOSCOPIO	En junio de 2024, se adquirió un fibrobroncoscopio, el cual presentó un daño en septiembre del mismo año. Posteriormente, en diciembre de 2024, se adquirió otro fibrobroncoscopio con el fin de subsanar la necesidad dejada por el equipo dañado, sumando un total de dos compras de este equipo durante el año.
	MAQUINAS DE ANESTESIA	Durante el segundo semestre de 2024, se realizó cambio de los kits de mantenimiento para las 5 máquinas de anestesia de la institución, cambio que no se había efectuado aproximadamente en 2 años, lo cual se ha visto reflejado en el buen funcionamiento de los equipos y la extensión de su vida útil.
	MESAS DE CIRUGIA	En diciembre de 2024, se llevó a cabo la instalación de un repuesto pendiente para garantizar el funcionamiento del movimiento hi-low de la mesa 7 en la sala de cirugía de ortopedia. Este repuesto fue adquirido a través de la empresa Surgiplast. Para las demás mesas, se realizó un proceso de pintura en las bases, con el fin de eliminar la oxidación y mejorar su estado.
SISTEMA DE AIRE MEDICINAL (SAM)	COMPRESORES	A lo largo del año 2024, se dio inicio al contrato con Messer, referente a la asesoría e intervención operativa sobre el sistema de aire medicinal SAM. Durante este proceso, se identificaron diversas falencias en el desarrollo adecuado del sistema, ya que los equipos requirieron varias intervenciones correctivas. Esto se debió a que, desde julio de 2022 hasta mayo de 2023, no se contó con este contrato, lo que resultó en la omisión de rutinas indispensables para el mantenimiento del sistema SAM. Como consecuencia de ello, fue necesario reemplazar varios componentes de los compresores para garantizar la confiabilidad del sistema.

3.3. Plan de Calibraciones

Se implementó y ejecutó el plan de calibración de equipos, el cual se llevó a cabo en dos periodos clave durante el año. Entre junio y diciembre, se completaron un total de 269 calibraciones, garantizando la precisión y fiabilidad de los equipos médicos.

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
55	29	72	54	41	14	4

3.4. Capacitaciones

Se promovió la capacitación continua del personal asistencial de la institución mediante diversas estrategias de aprendizaje, con el objetivo de mantener a los profesionales actualizados en las mejores prácticas, avances tecnológicos y normativas vigentes.

Para ello, se implementaron diversas herramientas educativas, tales como:

presentaciones virtuales: que fueron compartidas con el área de formación, asegurando su divulgación adecuada a todos los miembros del personal.

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
SAM SIREPS	VENTILADORES	**	**	TECNO VIGILANCIA SAM	FIBRO BRONCOSCOPIO EQUIPO RAYOS X PORTATIL	**	MONITORES DE SIGNOS VITALES DESFIBRILADORES	TECNO VIGILANCIA (EXPOCALIDAD) RAYOS X PORTATIL GLUCOMETROS	VENTILADORES PURITAN 840	RAYOS X FIJO	ELECTRO CARDIOGRAFO ELECTRO BISTURI TERMOMETROS TERMOHIGROMETROS

- **Capacitación presencial**: Se organizaron sesiones presenciales para una interacción directa y práctica.
- **Videos interactivos**: Se utilizaron videos interactivos para reforzar los conocimientos adquiridos y facilitar el aprendizaje a distancia.

- **Folletos y materiales educativos**: Se distribuyeron folletos informativos y materiales de alta calidad que rescataban las normativas y buenas prácticas.

De esta manera, se garantizó que el personal estuviera al tanto de los avances en su campo y pudiera aplicar los conocimientos adquiridos para mejorar la atención y los servicios ofrecidos a los pacientes.

3.5. Mantenimiento Preventivo

Se reforzó el programa de mantenimiento preventivo, con la ejecución de planes y cronogramas establecidos, contribuyendo a la prolongación de la vida útil de los equipos y a la reducción de fallas imprevistas.

SERVICIO	EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NC	DI
CARDIOLOGÍA	■						■					
POLISOMNOGRAFÍA	■						■					
SALAS DE CIRUGÍA	■						■					
UCI 2	■						■					
HEMODINAMIA		■						■				
UCI 4		■						■				
FONOAUDIOLOGIA		■						■				
PATOLOGÍA			■						■			
FARMACIA			■						■			
LABORATORIO CLÍNICO			■						■			
UCI 3				■						■		
URGENCIAS				■						■		
SISTEMA DE AIRE MEDICINAL				■						■		
CONSULTA EXTERNA					■						■	
FISIOTERAPIA					■						■	
GASTROENTEROLOGÍA					■						■	
HOSPITALIZACIÓN						■						■
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS						■						■
NUTRICIÓN						■						■

3.6. Contratos de Servicio Especializados

Se identificaron equipos con necesidades de control especial, como aquellos que requieren conocimientos específicos o intervenciones especializadas. Para estas tecnologías, se gestionaron contratos de servicio con personal altamente calificado, asegurando el mantenimiento adecuado de equipos complejos o en comodato.

Estas acciones no solo han permitido optimizar el uso de la tecnología biomédica, sino que también han contribuido a mejorar la seguridad, la calidad de los servicios prestados y la satisfacción de los pacientes, posicionando al hospital como un referente en la gestión de tecnología biomédica en el sector salud.

4. Contratación de servicios ingeniería biomédica.

Como se mencionó anteriormente, se realiza contratación de servicios para tecnologías de control especial, plan de calibraciones anual (normativo) y eventualmente actividades exigidas por el INVIMA para la planta de producción de aire medicinal.

Proveedor	Objeto	Estatus	Costo	Pago
MEBI	Calibración y calificaficación	Vigente	$ 60.518.045,00	12 cuotas
PHILIPS	Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos marca Philps	Vigente	$ 217.388.870,00	6 cuotas
MESSER	Validacion Sistema de Produccion de Aire Medicinal	Vigente	$ 19.710.188,00	contra entrega
SURGIPLAST	Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos marca STERIS en esterilización	Vigente	$ 89.287.509,00	12 cuotas
METRICS	Mantenimiento preventivo instrumental	Vencido	$ 47.980.000,00	12 cuotas

4.1 Mebi

Por medio de este contrato se garantiza el cumplimiento del cronograma de calibraciones de la institución, una actividad que, en el marco normativo, se clasifica como metrología legal, regulada por el Decreto 1595 de 2015, emitido por la Superintendencia de Industria y Comercio.

En el año 2024, con el objetivo de atender de manera más eficiente las necesidades de la institución bajo una relación costo-beneficio favorable, se realizó el cambio de proveedor de servicios de calibración. Este cambio ha resultado en una mejora significativa en la calidad del servicio, ya que el nuevo proveedor cuenta con acreditación otorgada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC).

Gracias a esta acreditación, nuestras calibraciones ahora son trazables con patrones internacionales, lo cual garantiza mayor precisión, confiabilidad y alineación con estándares reconocidos globalmente. Esta característica no estaba presente con el proveedor anterior, lo que representa un avance fundamental para el cumplimiento de los requisitos normativos y la mejora continua de nuestros procesos.

Concepto	Proveedor		Variación
	2023	2024	
	BioInnovus	MEBI metrologia	
Valor del contrato	$ 104.771.000,00	$ 50.977.500,00	51%
IVA	$ 19.906.490,00	$ 9.685.725,00	
Valor total	$ 124.677.490,00	$ 60.663.225,00	

Se obtuvo un ahorro de **$ 64.014.265** anuales con el cambio de proveedor.

4.2 Philips

Este contrato ha permitido garantizar el funcionamiento del servicio de imágenes diagnósticas y salas de cirugía en las especialidades de ortopedia y gastroenterología, actualmente se encuentran los 4 equipos cubiertos funcionando correctamente y con los mantenimientos preventivos realizados.

4.3 Messer

El contrato se está ejecutando actualmente en conjunto con el área de Farmacia y calidad, esto preparando la recertificación en buenas prácticas de manufactura en producción de gases medicinales que se debe solicitar en el mes de marzo del año 2025 el contrato se ha ejecutado en un 70 %.

4.4 Surgiplast

En 2024 se llevó a cabo el cambio del proveedor de servicios de soporte técnico para los equipos del área de esterilización.

El proveedor actual, representante exclusivo de la marca STERIS en Colombia, presentó una oferta económica que ofrecía mayores beneficios para la institución. Entre estos beneficios se incluyó la bonificación del servicio de mantenimiento para una mesa de cirugía, además de que el valor general del contrato resultó ser menor.

Concepto	Cantidad	Visitas	SURGIPLAST		FYB Bioingenieria	
			Mantenimiento	Repuestos	Mantenimiento	Repuestos
Esterilizador a vapor	3	3	$ 10.800.000,00	$ 51.029.700,00	$ 10.800.000,00	$ 82.730.000,00
Lavadora Termodesinfectora	1	2	$ 1.600.000,00	$ 9.093.700,00	Bonificada	$ 8.188.000,00
Esterilizador a baja temperatura	1	3	$ 3.600.000,00	$ 15.666.000,00	$ 3.600.000,00	$ 12.600.000,00
Mesa de cirugia	1	2	Bonificada	$ -	No incluido	
Subtotal 1			$ 16.000.000,00	$ 75.789.400,00	$ 14.400.000,00	$ 103.518.000,00
Descuento			0%	20%	0%	0%
Valor descuento			$ -	$ 15.157.880,00	$ -	$ -
Subtotal 2			$ 16.000.000,00	$ 60.631.520,00	$ 14.400.000,00	$ 103.518.000,00
Total contrato			$ 76.631.520,00		$ 117.918.000,00	
Total + IVA			**$ 91.191.508,80**		**$ 140.322.420,00**	
Variación			**65%**			

Se obtuvo un ahorro de **$ 49.130.912** anuales con el cambio de proveedor.

4.5 Metrics

El contrato tiene la finalidad de prestar el servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de instrumental quirúrgico. El cual finalizo el 27 de agosto del 2024 pero quedo un saldo pendiente a favor de la institución por un valor de **$ 10.871.000** lo cual permitió realizar una tercera visita por parte del proveedor en el mes de octubre sin representar un costo adicional para la institución.

5. Estado actual de los equipos biomédicos y repuestos para normalizar la operación.

A continuación, se realiza un breve resumen de los equipos biomédicos que más impactan la operación y que actualmente presentan novedades que requieren atención prioritaria.

5.1 Tomógrafo De 16 Cortes: (Instalado En 2017)

De acuerdo con el promedio de pacientes que atendemos durante el último tiempo, la duración estimada del tubo de rayos x es de más o menos 2 años.

El último cambio del tubo fue ejecutado en septiembre del 2024 (costo aproximado: 450 millones de pesos) y anteriormente en el 2023. Esta vida útil puede variar dependiendo de la demanda, las condiciones eléctricas y la monitorización del desgaste del tubo la hace directamente Philips mediante software licenciado.

PRINCIPALES REPUESTOS DE CAMBIO PERIODICO – TOMOGRAFO INSTALADO 2017	
REPUESTO	**PERIODICIDAD**
TUBO DE RAYOS X	Aprox. cada 2 años de acuerdo a flujo de pacientes actual.
MYLAR (protector antifluido para detectores)	Cada 2 años – considerando buen uso del equipo
ESCOBILLAS	Cada 4 años – **(Cambiadas en octubre 2024)**
COMPENSADOR	Cada 2 años – considerando buen uso del equipo

REPUESTOS PENDIENTES POR CAMBIO – TOMÓGRAFO

Actualmente el tomógrafo tiene pendiente el cambio de repuestos (de cambio periódico, por desgaste o mal uso) que a pesar de que no ha generado la parada tecnológica, limitan algunos procedimientos, generan bloqueos recurrentes atendidos por ingeniería biomédica de manera temporal y pueden llegar a una parada repentina de no cambiarse;

1. **Paneles de control** (presenta limitaciones para mover la mesa, el operario debe ingresar al cuarto de control para mover al paciente lo cual puede generar caída al no estar cerca del mismo adicional al tiempo que requiere esta maniobra).

Recomendación de pronto cambio.

2. **Mylar:** Este accesorio presenta daño por mal uso y/o limpieza ya que se presenciaron derrames de medio de contraste lo que generó en deterioro y finalmente ruptura de este, esto causa artefactos en la imagen. **Debe cambiarse urgente.**

3. **Tarjeta de video y Disco duro:** se requiere el cambio de estos dos elementos ya que se han presentado problemas con el software ya que se ha tenido que realizar reinstalación de software en 2 oportunidades.

4. **TRANSCEIVER BOARD Stator:** Se requiere por fallas en la comunicación entre la consola y el gantry lo cual genera errores aleatorios

Costo aproximado de reparación: **$120.000.000.**

Este equipo (**tomógrafo de 16 cortes**) presenta problemas recurrentes de sobrecalentamiento en el tubo de rayos X, especialmente después de realizar estudios que demandan un uso intensivo del generador de radiación. Por motivos de seguridad, el sistema se bloquea durante aproximadamente 20 minutos para permitir el enfriamiento del tubo y restablecer la temperatura adecuada para su funcionamiento.

A pesar de ser una tecnología considerada obsoleta y descontinuada en el mercado, se recomienda aprovechar el tiempo restante de vida útil del equipo, estimado en 10 años, de los cuales aún restan 2 años. Posteriormente, se podrá evaluar la posibilidad de una renovación tecnológica que garantice la continuidad operativa y mejore la eficiencia. Este enfoque permitirá optimizar los recursos disponibles y generar ahorros significativos para la institución durante dicho período."

5.2 Resonador De 1.5 Teslas (Instalado En El 2016)

Antena de cráneo:

Daño derivado del uso incorrecto del accesorio pues no solo se utiliza para la toma de exámenes de cráneo, sino que también se evidenció el uso para exámenes de pie para lo cual no es diseñada, dicha maniobra requiere que el paciente apoye el pie no objeto de estudio sobre el cable de comunicación lo cual causó ruptura y corto en el accesorio. **Este daño pudo haberse evitado de contar con la antena para pie.**

Es importante mencionar que para el año 2021 esta antena había sido reemplazada por ruptura y daño electrónico ocasionado por un paciente psiquiátrico el cual entro en pánico durante el examen y en este estado intentó arrancarse la antena de la cabeza derivando en daño irreparable.

Situación que también podría haberse evitado de contar con equipos para sedación bajo resonancia (monitor de signos vitales y máquina de anestesia compatibles con resonancia).

PRINCIPALES REPUESTOS DE CAMBIO PERIODICO – RESONADOR INSTALADO EN 2017	
REPUESTO	**PERIODICIDAD**
CABEZAL DE ENFRIAMIENTO	Cada 4 años – **se cambió en 2023 (a los 7 años)**

REPUESTOS PENDIENTES POR CAMBIO – RESONADOR

Actualmente el resonador requiere repuestos debido a daño por mal uso, desgaste y deterioro que representan un bloqueo importante en la operación y repercuten directamente en los tiempos de ejecución, comodidad y seguridad del paciente.

Antena de cráneo: Bloquea la capacidad del equipo en un 30%.

Micrófono de comunicación: Esta pendiente la aprobación de este repuesto, ya que la falta de este impide la comunicación con el paciente durante el estudio lo cual puede generar situaciones donde la seguridad del paciente se vea comprometida e interrumpir el normal desarrollo de la actividad requiriendo de tiempos adicionales para acomodar al paciente, dar instrucciones, e incluso con llevaria la repetición del examen.

Protectores auditivos: Esos accesorios presentan deterioro avanzado por uso y el material del que están elaborados debido al desgaste puede generar lesiones en los pacientes.

Colchonetas: El estado físico de estos elementos no proporciona comodidad al paciente (importante por los tiempos de duración promedio de los estudios) y contribuye como foco de infecciones por las múltiples perforaciones existentes en el material, cotización que se encuentra en proceso de revisión

Costo de aproximado de reparación: $**250.000.000**

La renovación tecnológica en este equipo no se considera necesaria aun cuando el costo de reparación es alto ya que el equipo se encuentra en condiciones de trabajo adecuadas debido a la inversión realizada y su vida útil puede prolongarse una vez se adquieran los repuestos en mención.

Se recomienda realizar intervención a la infraestructura por temas de iluminación, techos, pintura, pisos levantados e incluso presencia de artefactos en la imagen por el estado de la Jaula de Faraday.

4.3 Ventiladores Mecánicos

Situación Actual de los Ventiladores Mecánicos y su Mantenimiento.

FORTALEZAS

1. **Recuperación del mantenimiento pendiente:**

VENTILADORES MECANICOS - MAQUINAS DE ANESTESIA		
REPUESTO	PERIODICIDAD	OBSERVACION
BATERÍA	Bianual de acuerdo con las recomendaciones de fabricante. (No se habían reemplazado desde 2019)	Durante el año 2024 se realizó el cambio de 7 juegos de baterías en los ventiladores Puritan Bennett 840, solventando un mantenimiento postergado desde 2019.

KIT DE MANTENIMIENTO	Cada 5.000 horas de Uso	Se completó el cambio de 3 kits de mantenimiento correspondientes al ciclo de 5,000 horas de uso, cumpliendo con la periodicidad establecida por el fabricante.
CELDA DE OXIGENO	Anual	Adicionalmente, se llevó a cabo el cambio de 8 juegos de celdas de oxígeno, garantizando el cumplimiento del mantenimiento anual recomendado.

Ampliación de la capacidad operativa

La dotación de **59 ventiladores Northem** mediante un comodato incrementa significativamente la disponibilidad de equipos para atender la demanda en áreas críticas como las UCIs y hospitalización.

Reducción de riesgos operativos

Estas intervenciones han asegurado el funcionamiento de los ventiladores existentes, disminuyendo la probabilidad de fallas inesperadas y mejorando la confiabilidad de los equipos.

DEBILIDADES

Historial de mantenimiento irregular. Los ventiladores Puritan Bennett 840 presentaban atrasos significativos en el mantenimiento preventivo (baterías no reemplazadas desde 2019), lo que pudo afectar la eficiencia y confiabilidad de los equipos en años anteriores, sin embargo, como se mencionó anteriormente ya se han venido subsanando estos inconvenientes

Desgaste desigual de los equipos. No todos los ventiladores han recibido el mismo nivel de mantenimiento, lo que puede generar discrepancias en su desempeño y vida útil.

Limitaciones en la gestión de insumos. La falta de repuestos y accesorios específicos (como sensores de flujo) para los modelos existentes dificulta la planificación del mantenimiento y puede derivar en interrupciones operativas.

ASPECTOS POR MEJORAR

Capacitación del personal. Implementar un plan de capacitación específico para el manejo, mantenimiento básico y solución de problemas en los modelos Puritan Bennett 840 y Northem, dirigido tanto a personal técnico como asistencial.

Estrategia de insumos. Desarrollar acuerdos con proveedores para garantizar la disponibilidad de repuestos críticos, como sensores de flujo, o definir protocolos seguros para su reutilización, si es viable.

Diagnostico. Priorizar la renovación tecnológica de los ventiladores Puritan Bennett 840 más antiguos y desgastados, considerando los costos asociados al mantenimiento recurrente frente a los beneficios de incorporar nuevos equipos.

Homologación progresiva. A mediano plazo, buscar la unificación de los modelos de ventiladores para simplificar la gestión de insumos, mantenimiento y capacitación, reduciendo costos operativos y logísticos.

La gestión realizada durante el 2024 ha permitido reducir atrasos históricos en el mantenimiento de los ventiladores Puritan Bennett 840 y mejorar la capacidad operativa mediante la incorporación de los ventiladores Northem. Sin embargo, es necesario consolidar estos avances a través de una planificación estratégica que garantice la sostenibilidad de los equipos, la continuidad del comodato, y una gestión eficiente de los repuestos y accesorios.

5.4 Equipos De Laboratorio Clinico

EQUIPOS QUE REQUIEREN RENOVACIÓN TECNOLÓGICA – LABORATORIO CLINICO	
EQUIPO	**JUSTIFICACIÓN**
CABINA DE BIOSEGURIDAD (instalada 2013)	La cabina de bioseguridad existente, no pasa controles de calidad (normativamente debe presentarse el certificado – último certificado vigente hasta julio de 2024) y debe reemplazarse. Requisito de Habilitación. No hay forma de corregir el estado de este equipo debido al deterioro avanzado y al tipo de tecnología. Riesgo de contaminación cruzada.
CENTRIFUGA (instalada 2013)	Actualmente laboratorio clínico cuenta con centrifuga de 16 tubos que presenta obsolescencia por descontinuación de repuestos y esta ha sido intervenida en varias ocasiones. Riesgo de parada total. No hay equipo para contingencia.
SEROFUGA	El servicio no cuenta con serófuga debido a baja por obsolescencia en el año 2022. No hay oportunidad en la oferta de exámenes que requieren este tipo de tecnología.

En el caso de la renovación de la centrifuga y la serófuga es importante que desde compras se realice el acercamiento con proveedores de insumos para validar la opción de adquisición por comodato.

Para la cabina de seguridad si se debe realizar la compra de acuerdo a las condiciones del área y las especificaciones técnicas requeridas.

5.5 Fluoroscopio – Fabricación 1995

Este equipo fue intervenido y puesto en funcionamiento por ingeniería biomédica el año 2021 ya que se encontraba fuera de servicio con varias novedades en sus sistemas. Es de destacar que este equipo es el único de imágenes diagnosticas que no cuenta con contrato de mantenimiento por un tercero, el mantenimiento tanto preventivo como correctivo ha sido ejecutado parte de la empresa GMD, pero debido a la antigüedad de la tecnología no hay repuestos para repararlo.

Es de destacar que a este equipo no se le ha reemplazado el tubo de rayos X y presenta deterioro en pantallas y partes mecánicas. A pesar de esto, funcionalidad limitada.

6. Necesidades de Dotación

Es importante reconocer el incumplimiento de capacidad en dotación, pues tenemos ausencia de aproximadamente 180 equipos requeridos normativamente por habilitación.

Dotación valorizada (valores aproximados) Requerida para dar cumplimiento al estándar de dotación por habilitación Resolución 3100 de 2019.

ÍTEM	Equipo Biomédico - Dispositivo	Cantidad	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Monitor de Signos Vitales	16	$ 5.450.000	$ 87.200.000
2	Laringoscopio Fibra Óptica	15	$ 3.270.000	$ 49.050.000
3	Desfibrilador	3	$ 27.250.000	$ 81.750.000
4	Polígrafo 64 canales	1	$ 163.500.000	$ 163.500.000
5	Nevera Grado Médico	12	$ 10.900.000	$ 130.800.000
6	Cabina de Bioseguridad	1	$ 23.980.000	$ 23.980.000
7	Equipo de Ablación	1	$ 87.200.000	$ 87.200.000
8	Martillo de reflejo	7	$ 32.700	$ 228.900
9	Cinta Métrica	7	$ 32.700	$ 228.900
10	Negatoscopio	2	$ 599.500	$ 1.199.000
11	Básculas básicas	10	$ 327.000	$ 3.270.000
12	Bascula pesa bebé	1	$ 2.725.000	$ 2.725.000
13	Analizador de Gases Anestésicos	3	$ 21.800.000	$ 65.400.000
14	Equipo de órganos	4	$ 2.725.000	$ 10.900.000
15	Infusores	20	$ 234.350	$ 4.687.000
16	Reguladores de vacío	20	$ 981.000	$ 19.620.000
17	Succionador	4	$ 2.507.000	$ 10.028.000
18	Tallímetro	14	$ 141.700	$ 1.983.800
19	Electrocardiógrafos	1	$ 3.270.000	$ 3.270.000
20	Gafas plomadas	10	$ 1.090.000	$ 10.900.000
21	Protectores tiroides	12	$ 218.000	$ 2.616.000
22	Chalecos Plomados	6	$ 763.000	$ 4.578.000
23	Doppler Fetal	1	$ 2.071.000	$ 2.071.000
24	Equipo de partos	1	$ 3.270.000	$ 3.270.000
25	Equipo de toracotomía	1	$ 1.090.000	$ 1.090.000
TOTAL, CANTIDAD DE EQUIPOS		173	**TOTAL**	**$ 771.545.600**

7. Conclusiones

1. **Eficiencia del mantenimiento preventivo:** Se evidenció que el cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento y calibraciones ha sido fundamental para extender la vida útil de los equipos biomédicos y reducir fallas imprevistas.

2. **Impacto de la obsolescencia tecnológica:** Una parte significativa de los equipos biomédicos presentan niveles avanzados de obsolescencia, lo que limita su operación y aumenta los costos asociados a reparaciones y mantenimiento.

3. **Gestión de contratos:** El cambio de proveedores en servicios de calibración, mantenimiento y soporte técnico generó ahorros significativos y mejoró la calidad de los servicios prestados.

4. **Estado actual de los equipos críticos:** Equipos como el tomógrafo de 16 cortes y el resonador presentan problemas que impactan su operación; sin embargo, con las intervenciones realizadas, su uso puede extenderse durante los próximos años.

5. **Falta de planificación previa:** La omisión de una planificación adecuada en años anteriores generó inversiones altas y no planificadas en repuestos y reparaciones.

6. **Necesidad de dotación:** Se identificó un déficit importante en equipos biomédicos requeridos para cumplir con la normativa vigente y garantizar una atención de calidad.

7. **Capacitación del personal:** La implementación de estrategias educativas para el personal asistencial ha contribuido al uso eficiente de los equipos y al cumplimiento de normativas.

8. **Optimización operativa:** A pesar de las limitaciones tecnológicas, las estrategias implementadas han permitido mantener la continuidad de los servicios de salud con un impacto controlado en la calidad de la atención.

Anexo 1 *cuadro comparativo de cantidades de equipamiento biomédico FHSC*

Equipo	Cantidad inventario antiguo	Cantidad nuevo inventario
AGITADOR DE PLAQUETAS	3	0
ALARMA	1	0
AMPLIFICADOR BOX	1	0
ANALIZADOR	1	0
ANALIZADOR AUTOMÁTICO DE HEMATOLOGÍA	1	1
ANALIZADOR DE BIOLOGIA MOLECULAR	1	1
ANALIZADOR DE COMPOSICIÓN CORPORAL	1	1
ANALIZADOR DE CULTIVO DE SANGRE	1	1
ANALIZADOR DE GASES ARTERIALES	4	2
ANALIZADOR DE HEMATOLOGIA	1	0
ANALIZADOR DE INMONOLOGÍA	1	0
ANALIZADOR DE INMUNO QUÍMICA	2	1
ANALIZADOR DE INMUNOENSAYO DE FLUORESCENCIA	1	0
ANALIZADOR DE INMUNOQUÍMICA	2	1
ANALIZADOR DE MICROBIOLOGÍA	2	0
ANALIZADOR DE QUIMICA CLINICA	1	1
ANALIZADOR DE QUÍMICA DE ORINA	1	1
ANALIZADOR PORTÁTIL DE O2	1	0
ANGIOGRAFO	1	1
ARCO EN C	1	1
AUTOCLAVE	5	3
AUTOSAMPLER PARA PDQ	1	0
BANDA CAMINADORA	2	1
BAÑO DE FLOTACION	1	0
BASCULA	15	0
BASCULA TALLIMETRO	17	17
BOBINA PARA DRENAJE AUTÓMATICO	1	0
BOMBA CONTROL DE CALIDAD	1	0
BOMBA DE INFUSIÓN	790	550
BOMBA DE INSUFLACIÓN	2	0
BOMBA INTRAORTICA	1	1
CABEZAL DE VIDEO	3	2
CABINA DE FLUJO LAMINAR	1	1
CALENTADOR DE LIQUIDOS	1	1
CENTRAL DE MONITOREO	3	1
CENTRIFUGA	4	1
CHILLER	2	0
COMPRESOR	2	0

COMPRESOR VASCULAR	1	1
COMPUTADOR PORTATIL (ELECTROMIOGRÁFO)	1	0
CONGELADOR	2	1
CONTADOR DE CÉLULAS	1	1
CPU	2	0
CRIOSTATO	1	1
CUARTO FRIO	1	1
DERMATOMO	1	1
DESCONGELADOR DE PLASMA	1	0
DESFIBRILADOR	23	20
DETECTOR	3	2
DIGITALIZADOR	1	1
DINAMOMETRO	1	0
DISPENSADOR DE DILUYENTE	1	0
DISPENSADOR DE PARAFINA	1	0
ECOCARDIOGRAFO	2	2
ECOGRAFO	3	2
ELECTROBISTURI	7	7
ELECTROCARDIOGRAFO	15	11
ELECTROENCEFALOGRAFO/POLISOMNOGRAFO	1	1
ELECTROESTIMULADOR 4 CANALES	1	0
ELECTROMIOGRAFO	3	0
ELECTROVÁLVULA SERVOACCIONADA DE 2/2 VÍAS (ENTREGA DE PRODUCTO)	1	0
ENTRENADOR AUDITIVO	1	0
EP PLUS	1	0
EPOC / ANALIZADOR DE GASES ARTERIALES	1	0
EPSTIM	1	0
EQUIPO DE COAGULACIÓN AUTOMATIZADO	1	1
EQUIPO DE COMPUTO	1	0
FILTRO DE CARBONO ACTIVADO	2	0
FLUJOMETRO	409	409
FLUJÓMETRO DE AIRE	10	0
FLUROSCOPIO	1	0
FONENDOSCOPIO	120	56
FOTOSFORO	3	1
FUENTE DE LUZ	7	4
GENERADOR DE ULTRASONIDO	1	0
GENERADOR MONOCANAL DE SELLADO	1	1
GLUCOMETRO	72	9

GRABADORA HOLTER ECG	11	0
HEADBOX BWIII PSG PLUS	1	1
HIDROCOLECTOR	1	0
HORNO	1	0
HUMIDIFICADOR	3	0
ILUMINADOR INFRAROJO	1	0
IMPRESORA	1	0
INCUBADORA DE BIOLÓGICOS	5	4
INCUBADORA DE MICROBIOLOGÍA	1	1
INCUBADORA PARA INMUNOHEMATOLOGÍA	1	0
INFILTRADOR	1	0
INFUSOR	46	27
INMUNO ANALIZADOR COMPACTO	1	0
INYECTOR	3	1
LAMPARA CIELITICA	12	12
LAMPARA DE CALOR RADIANTE	1	0
LAMPARA DE EXAMEN	5	1
LAMPARA INFRAROJA	1	0
LAMPARA PIELITICA	2	2
LARINGOSCOPIO	41	11
LASER DE UROLOGÍA	2	1
LAVADORA TERMODESINFECTADORA	1	1
LUMINÓMETRO	2	1
MANÓMETRO	3	0
MANÓMETRO BAJA PRESIÓN	1	0
MANÓMETRO DE ALTA (BANCO 1)	2	0
MANÓMETRO MEDIA (BANCO 1)	2	0
MANÓMETRO PRESIÓN SAM	2	0
MANTA TERMICA (UNIDAD DE CONTROL DE TEMPERATURA)	1	1
MAQUINA DE ANESTESIA	9	7
MAQUINA IRRIGADORA	1	0
MARCAPASOS	1	0
MARCAPASOS EXTERNO	4	0
MASAJEADOR	2	0
MASAJEADOR CON INFRAROJO	1	1
MASAJEADOR TERAPÉUTICO	1	0
MESA BASCULANTE	1	0
MESA DE CIRUGIA	9	5
MESA DE ORTOPEDIA	1	0

MICROSCOPIO	5	1
MICROSCOPIO QUIRÚRGICO	1	0
MICROTOMO	1	0
MINIDOPLER	1	1
MONITOR DE PRESIÓN ARTERIAL	1	0
MONITOR DE SIGNOS VITALES	123	111
MONITOR DIGITALIZADOR	1	0
MONITOR GRADO MEDICO	2	0
MONITOR TORRE DE LAPAROSCOPIA	5	4
NASOFIBROLARINGOSCOPIO	1	0
NEBULIZADOR	2	0
NEUMOINSUFLADOR	3	3
NEVERA	32	13
OFTALMOSCOPIO INDIRECTO	2	0
OSSEODUO	1	1
PANTALLA	2	0
PIPETA AUTOMATICA	12	6
POLISOMNOGRAFO	1	0
PRECALENTADOR	3	3
PRESOSTATO	1	0
PROCESADOR DE TEJIDO	1	1
PROCESADOR DE VIDEO	6	2
PULSOXIMETRO	5	0
RAYOS X CONVENCIONAL	1	0
RAYOS X PORTÁTIL	1	0
REGISTRADOR	1	0
REGULDADOR DE AIRE	6	0
REGULADOR DE OXIGENO	18	1
REGULADOR DE VACIO	108	62
REGULADOR FLUJOMETRO	17	0
RELOJ/DIADEMA	2	0
RESONADOR MAGNETICO	1	1
RX FIJO	1	1
RX MOVIL	1	1
SECADOR	2	2
SELLADORA	3	0
SET DE LENTES	1	0
SHAVER	1	0
SIERRA DE ESTERNON	1	1

SIERRA DE YESO	1	1
SISTEMA BPAP	13	13
SISTEMA DE VIDEOSCOPIO REVERSIBLE	1	1
SISTEMA DE VIDEOSCOPIO REVERSIBLE / BLOQUE ARTROSCOPIA	1	1
SISTEMA DE VIDEOSCOPIO REVERSIBLE / BLOQUE LAPAROSCOPIA	1	1
SISTEMA DRENAJE PARA HERIDAS	12	0
SISTEMA PARA MICROBIOLOGIA	1	0
SISTEMA PORTÁTIL PARA EVALUACIÓN CUANTITATIVA DE IMNUNOENSAYOS	1	1
SUCCIONADOR	24	19
TABLE TOP CARDIO TR	1	0
TANQUE DE PARAFINA	1	0
TANQUE ECUALIZADOR	1	0
TENS	4	0
TENSIOMETRO	4	1
TENSIOMETRO ANEROIDE	17	4
TENSIOMETRO DE PARED	21	15
TERMOHIGROMETRO	103	42
TERMOMETRO	4	2
TERMOMETRO DE NEVERA	28	10
TERMOMETRO INFRAROJO	2	0
TERMOMETRO PACIENTE	19	0
TOMOGRAFO	1	1
TORNIQUETE	2	1
TRIAGE-METERPRO	1	0
UNIDAD DE CONTROL DE LA CÁMARA	1	1
UNIDAD DE MANTENIMIENTO	1	0
UNIDAD DE TRACCION DE PUERTA	1	0
UNIDAD ELECTROQUIRÚRGICA	1	0
UPS	3	1
URETERORENOSCOPIO SEMIRIGIDO	1	1
URETEROSCOPIO FLEXIBLE	1	1
VAPORIZADOR	8	7
VENTILADOR DE TRANSPORTE	2	1
VENTILADOR MECANICO	80	79
VIDEOCOLONOSCOPIO	7	7
VIDEOGASTROSCOPIO	5	5
VORTEX	1	1
	2564	1648

Gestión Servicios Tercerizados

Hecho por María Mercedes Gutiérrez

1. Introducción

El área de servicios tercerizados de la fundación hospital san Carlos a cargo de la coordinadora Mercedes Gutiérrez, comprende el manejo y gestión de dos empresas a la fecha: Compañía Colombiana De lavado (CCL) y Mediterránea de Catering SAS, encargadas de los servicios de lavado de ropa y limpieza y desinfección, respectivamente.

El presente informe presentara de manera clara los diferentes procesos y comportamientos de cada uno de los servicios en el año 2024, generando con esto la proyección de oportunidades de mejora a mediano y largo plazo.

Adicionalmente podremos evidenciar la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios por parte de las mencionadas empresas y con esto generar herramientas de toma de decisiones para optimizar los procesos.

2. Descripción De Los Servicios Tercerizados

2.1 Servicio De Lavado De Ropa:

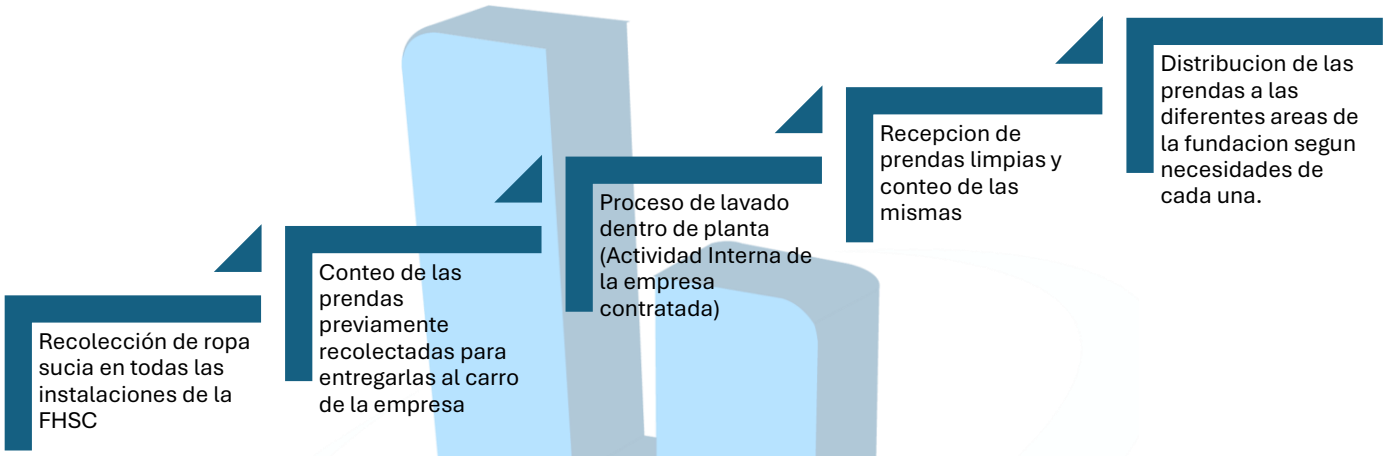
En el año de 2024, el servicio se prestó por dos empresas diferentes así:

De enero a noviembre de 2024 servicios contratados con la empresa Ilunion Lavandería Colombia SAS

Desde el 1 de diciembre de 2024 a la fecha servicios contratados con la empresa Compañía Colombiana De lavado (CCL), contrato vigente por 1 año.

Estos contratos tienen como objeto *"Realizar la actividad de limpieza y conservación integral de las prendas sucias hospitalarias de la Fundación Hospital San Carlos"*

PROCESO



RESPONSABILIDADES DE LA EMPRESA CONTRATADA

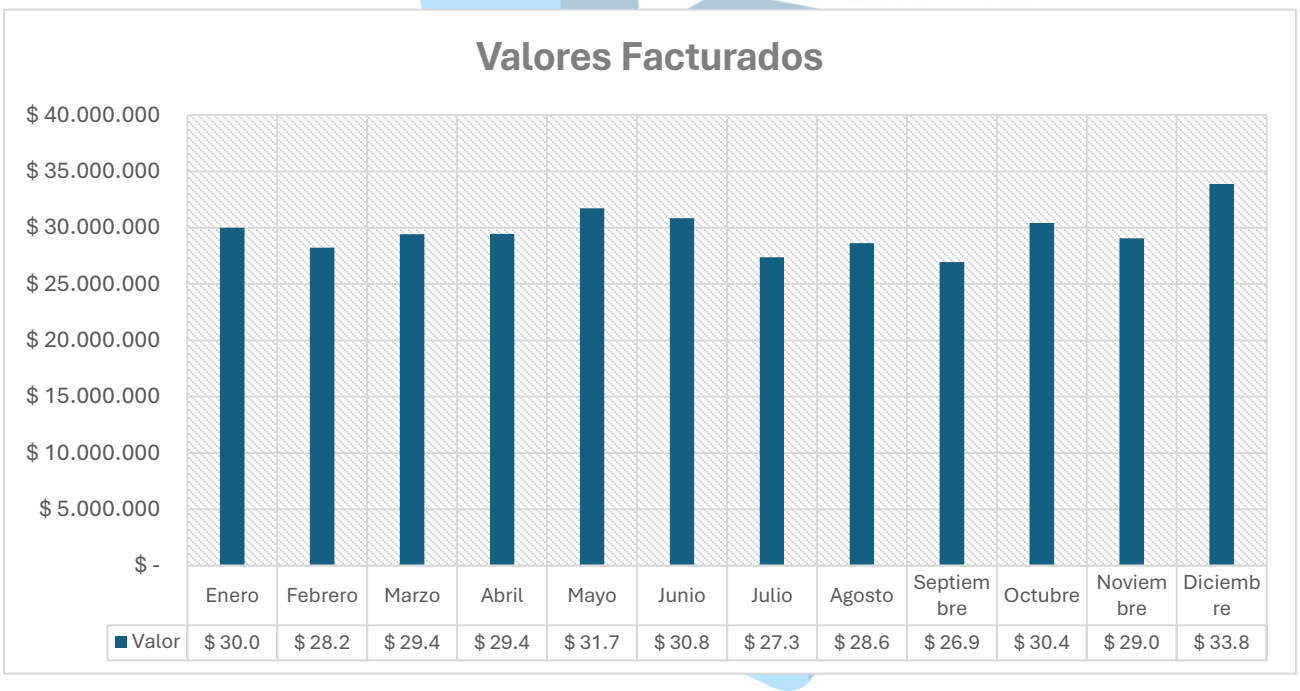
A continuación, se presentan las principales responsabilidades y características prestadas por cada una de las empresas que dentro del año 2024 prestaron el servicio:

RESPONSABILIDAD Y/O CARACTERISTICA	Ilunion Lavandería Colombia SAS	Compañía Colombiana De lavado (CCL)
Operarias	1 operaria a costo de la empresa 1 operaria a costo de la FHSC	2 operarias a costo de la empresa

Recorridos	1 recorrido al día realizado en horario nocturno	2 recorridos al día realizados en horas diurnas
Tiempo de reintegro de la ropa después de lavado	24 horas	12 horas
Tiempo de reintegro de la ropa con proceso de desmanche	8 a 10 días	2 días
Valor por kilo lavado	$ 2.582	$ 2.262

INDICADORES DE GESTION Y RESULTADOS

Dentro de la gestión del servicio de ropería para el año 2024 se presentaron los siguientes valores de facturación mensual así:



Obteniendo un valor de $355.999.270 en el año 2024, que corresponde al valor que le costó a la fundación el servicio de lavado de ropa durante dicho año.

HALLAZGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

a. Durante los meses donde se prestaba el servicio con la empresa Ilunion s.a.s se encontraron diferentes falencias y hallazgos, como lo fueron:

- Se recibía ropa después del proceso de lavado, en la que se evidenciaban manchas generando un retroceso, ya que se debía enviar de nuevo a la planta y se disminuía el número de prendas de distribución en la fundación.
- En el proceso de desmanche la empresa Ilunion demoraba las prendas entre 8 y 10 días para ser devueltas a la institución lo que generaba disminución en el número de prendas de distribución diaria.
- En el proceso de lavado se presentaban perdidas de prendas (sabanas y/o cobijas) pertenecientes a la institución, evidenciando que las mismas se encontrabas distribuidas en otras instituciones hospitalarias.
- En el momento de llegada de la ropa a la fundación se evidenciaba que llegaban prendas que no pertenecían al hospital, generando devolución y disminución en el número de prendas circulantes de la fundación.
- Como consecuencia de los anteriores hallazgos se disminuyó considerablemente el stock de prendas de la fundación, lo que conllevo a la inversión de recursos adicionales para la compra de lencería y garantizar el funcionamiento del proceso.

b. Durante el periodo en el que se presta el servicio con la empresa CCL no se han evidenciado hallazgos que generen retrocesos y/o inoportunidad en la prestación del servicio.

PROPUESTA Y RECOMENDACIÓN

- Para garantizar el número de prendas necesarias dentro de cada una de las áreas del hospital, se recomienda seguir paulatinamente con inversión adicional de lencería.
- Para garantizar que el stock de ropa no disminuya se recomienda una labor articulada con el área de seguridad, ya que se ha podido evidenciar que tanto pacientes como familiares de estos, a la hora del retiro de la institución llevan consigo prendas pertenecientes al hospital.
- Se debe garantizar por los lideres de cada área el adecuado uso y disposición de las prendas que se les distribuye, ya que algunas son utilizadas para fines totalmente diferentes o en su defecto arrojadas a las canecas de la basura.

LOGROS DESTACADOS DEL PERIODO

- Se realizo la elaboración de ropa quirúrgica en tela, disminuyendo la compra excesiva de ropa desechable.



- Se realizo la compra de más de 1.100 sabanas, 200 almohadas, 650 cobijas y 300 colchas para suplir las pérdidas que se venían presentando hasta el mes de noviembre de 2024.





- Se recibió por parte del padre Marino donación de 110 sabanas, 64 almohadas, 40 colchas y 40 fundas.



2.2 Servicios De Limpieza Y Desinfección

En el año de 2024, el servicio se prestó por dos empresas diferentes así:

De enero al 15 de marzo de 2024 servicios contratados con la empresa Brillaseo SAS

Desde el 16 de marzo de 2024 a la fecha servicios contratados con la empresa Mediterránea de Catering S.A.S contrato vigente por 1 año.

Estos contratos tienen como objeto *"Prestar servicios de limpieza y desinfección hospitalaria"*

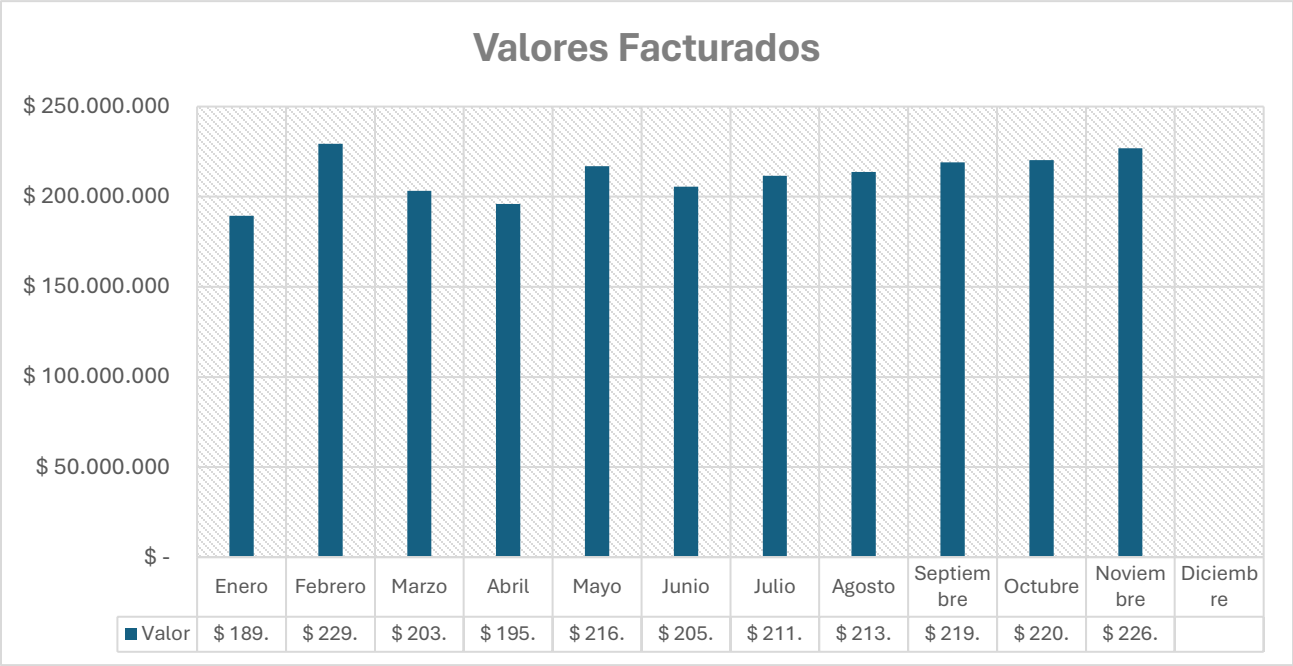
3. Responsabilidades De La Empresa Contratada

A continuación, se presentan las principales responsabilidades y características prestadas por cada una de las empresas que dentro del año 2024 prestaron el servicio:

RESPONSABILIDAD Y/O CARACTERISTICA	Brillaseo SAS	Mediterránea de Catering SAS
Operarias	61 operarias a cargo de la empresa	63 operarias a cargo de la empresa
Turnos	3 turnos Mañana, Tarde y Noche	4 turnos Mañana, Tarde y 2 Noches
Insumos y Maquinaria	Con costo contratado 2022 para la fundación de $216.257.919	Con costo contratado 2024 para la fundación de $230.824.418
Dotación del personal	Personal con dotación en su totalidad	Demora en la entrega de dotación al personal y el que fue entregado de calidad deficiente
Pagos del personal	Durante el tiempo de contrato pagos oportunos al personal	Durante el tiempo de contrato se han presentado pagos inoportunos al personal

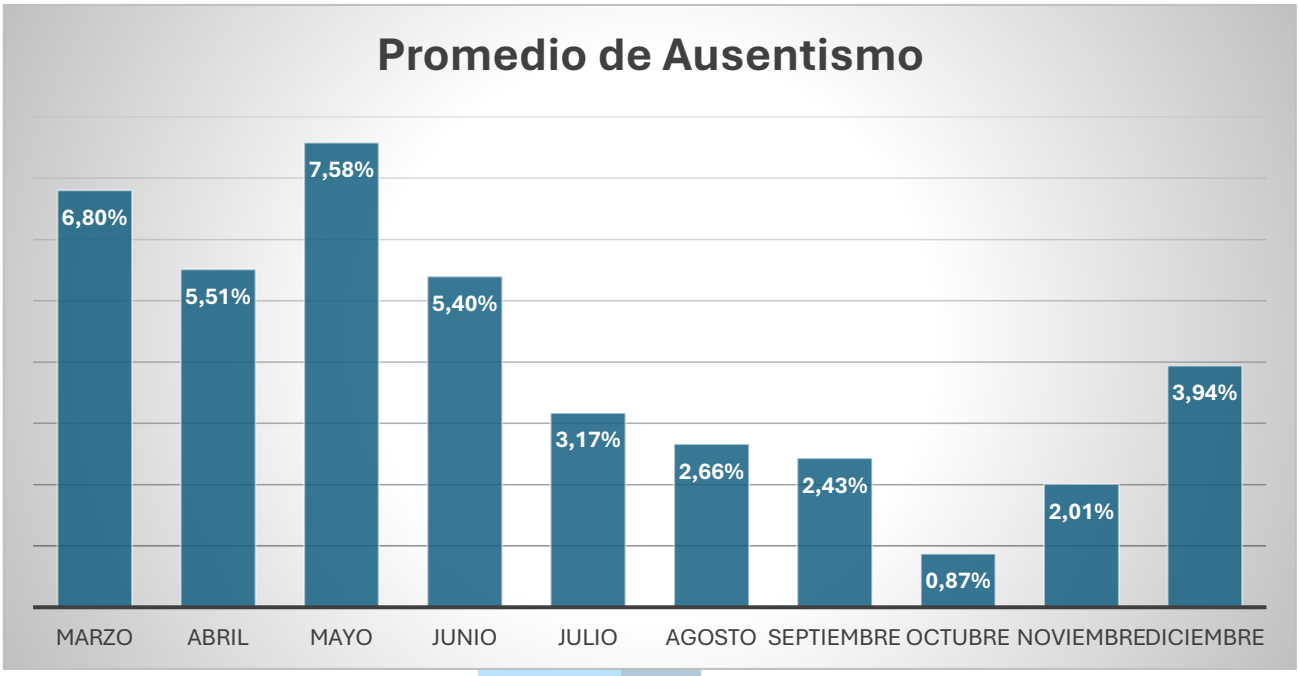
Garantías de contratación del personal	Durante el tiempo de contrato pagos de liquidación y prestaciones sociales según ley vigente	En los pagos del personal no se les generan los valores adecuados y no se les paga tiempo extra y/o remuneraciones de ley correspondientes a sus horas laboradas.

4. Indicadores De Gestión Y Resultados



Dentro de la gestión del servicio de limpieza y desinfección para el año 2024 se presentaron los siguientes valores de facturación mensual así:

Obteniendo un valor de $2.331.822.838 en el año 2024, que corresponde al valor que le costó a la fundación el servicio de aseo durante dicho año.



En la gráfica se presenta el promedio de ausentismo mensual en el contrato de la empresa Mediterránea catering sas del año 2024.

5. Hallazgos Y Oportunidades De Mejora

a. Durante los meses donde se prestaba el servicio con la empresa Brillaseo sas se encontraron diferentes falencias y hallazgos, como lo fueron:

- Falta de insumos para la limpieza y desinfección lo que conllevo mayor número de infecciones intrahospitalarias.
- Alto número de inasistencias del personal aludido a incapacidades, licencias y ausentismo, que no fue reemplazado por la empresa.
- Poca presencia y apoyo del personal administrativo de la empresa en resolución de situaciones particulares.

b. Durante los meses donde se encuentra prestando el servicio la empresa Mediterránea de Catering SAS se han evidenciado las siguientes falencias y hallazgos:

- Falta de insumos para la limpieza y desinfección lo que conlleva mayor número de infecciones intrahospitalarias.
- No existe presencia ni apoyo del personal administrativo de la empresa en caso de visitas de entes de control.
- No se garantiza el pago oportuno de los salarios de los operarios, lo que ha conllevado a que estos realicen plantones y cese de sus actividades dentro de la fundación.
- Se ha evidenciado que al personal dentro de los pagos periódicos no se les esta cancelando los valores de horas extras y/o recargos dominicales a los que por ley tienen derecho, generando inconformidades y alto porcentaje de retiro de personal.
- Se ha evidenciado que el personal que se dispone por parte de la empresa no cuenta con la experiencia necesaria para labores dentro de instituciones hospitalarias y tampoco existe capacitación alguna.
- No existe personal administrativo fijo ni claro que sirva de canal de comunicación con la fundación, para resolución de situaciones particulares.
- No existe personal de capacitación idóneo que impartan charlas a los operarios contratados.

6. Propuesta Y Recomendación

- Realizar revisión del contrato vigente dentro del área para solicitar el cumplimiento de todas las responsabilidades que adquirió la empresa con la firma de esto y en caso de no lograrse solución alguna, estudiar otras alternativas.



Dirección de Talento Humano

Contexto Del Área, Antecedentes, Problemáticas Y Causas.

1. Selección Y Contratación

2. **Hecho por Ginna Xiomara Suarez Suarez**

El reclutamiento, la selección y contratación de personal como proceso **directo** de la FHSC empezó la estructuración a partir del del año 2019, suprimiendo la selección con la empresa de servicios temporales (EST) e iniciando la evaluación por competencias a través del equipo de profesionales en psicología (*organizacional*) de la FHSC; para la fecha se mantenía la contratación (obra labor) con la EST.

A partir del año 2020 y con la notificación del **acuerdo de formalización laboral**, la vinculación de personal pasó a ser directa de FHSC inicialmente con contratos a término fijo y algunos indefinidos en cumplimiento de la promesa valor del programa "Yo Contribuyo". Posteriormente hacia el año 2022 se realizó el ajuste en los contratos a término fijo y todos los contratos y nuevos ingresos pasaron a ser termino indefinido.

Actualmente la contratación del personal se realiza de manera directa con la FHSC y bajo la modalidad de **contrato a término indefinido**, manteniendo algunas excepciones en la vinculación con contratos a término fijo para el cubrimiento de licencias de maternidad, incapacidades prolongadas, vacaciones, entre otros. Posteriormente en el mes de agosto del presente año se empezó a implementar la contratación por OPS para todos los cargos, excepto para los Auxiliares de Enfermería.

1.1 Intervención Y Estrategias

Para el año 2024 comprometidos con el desarrollo (proyección) del talento humano, así como con la prestación del servicio y continuidad del negocio ante la ausencia parcial o definitiva de un colaborador se siguió con la figura de "***encargo***", permitiendo delegar las funciones y/o rol al colaborador con una posición jerárquicamente inferior y que reúna las condiciones y requisitos definidos en el perfil, garantizando la evaluación crítica y objetiva del desempeño del colaborador previo al nombramiento definitivo (ascenso).

De otra parte, como estrategia de atracción y retención del talento humano, se mantuvo la tendencia en la vinculación a través de contratos a término indefinido; permitiendo de esta manera que los "**supernumerarios**" para el cubrimiento del cronograma de vacaciones en el área asistencial principalmente en enfermería y medicina se diera bajo esta misma modalidad de contratación.

Actualmente la contratación del personal se está manejando por OPS para todos los cargos (administrativos – asistenciales), esto permitiendo que nuestros colaboradores tengan una doble contratación con la institución, lo cual permite tener como estrategia una retención del talento humano.

1.2 Logros

- Participación en los procesos de auditoría interna y de entes de control, respondiendo el 100% de las solicitudes en los tiempos requeridos y bajo los parámetros establecidos obteniendo una calificación favorable y sin observaciones en el estándar de Talento Humano - ***historias laborales***.
- Mitigación del riesgo jurídico – laboral mediante la firma oportuna de contratos de trabajo.

- Notificación de aumento y disminución en la cuota reguladora de aprendices SENA, dando cumplimiento por **quinto año consecutivo al 100%** en la contratación y/o patrocinio de estudiantes, garantizando el acatamiento normativo y no pago de monetización.

1.3 Indicadores De Gestión

Selección: Propender por cumplimiento en la cobertura de vacantes y la optimalización de los tiempos para el cierre de estas, obedece al objetivo principal del proceso.

A continuación, una descripción del comportamiento del proceso durante el año 2024.

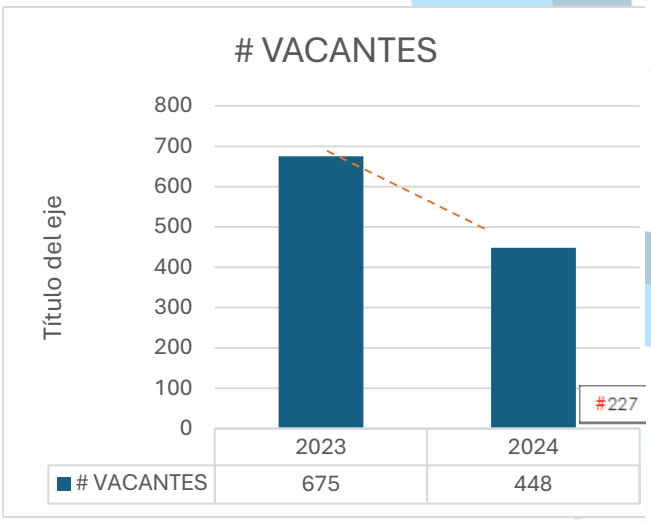


Gráfico 1. Se presentó una variación con ***tendencia a la baja*** **(66%)** en el número de requerimientos de personal frente al año inmediatamente anterior, manteniendo un promedio en el primer semestre de 60 vacantes mes, en el segundo semestre promedio 30 vacantes mes. De conformidad con la reestructuración de personal en el trascurso del año 2024, se suspendieron temporalmente la recepción de requerimientos y la contratación de personal, permitiendo la reubicación del personal y ajustes organizacionales a fin de minimizar el impacto de frente al talento humano.

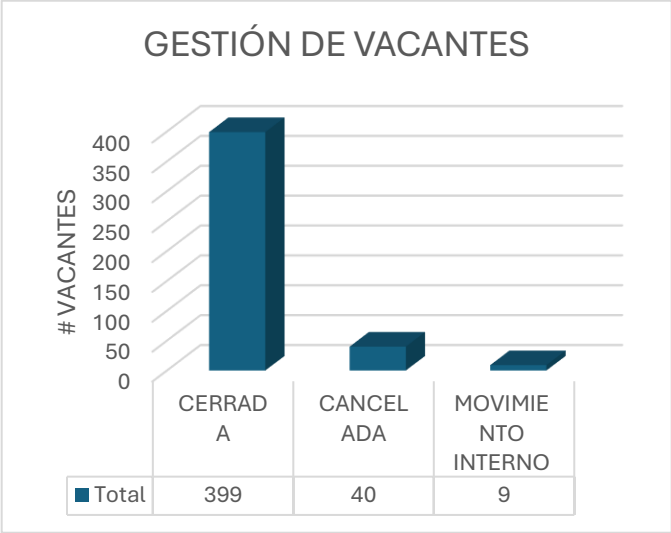


Gráfico 2. La ejecución del proceso para la cobertura de vacantes se cerró en el **89%,** manteniéndose en la tasa de cumplimiento frente al año anterior (91%).

El 9% de las vacantes que fueron canceladas en el periodo, corresponde a los movimientos internos en las áreas (cambio de horarios, secuencias, etc.) así como a la suspensión de procesos de contratación por reestructuración, ajustes en el HeadCount y/o necesidades de la operación.

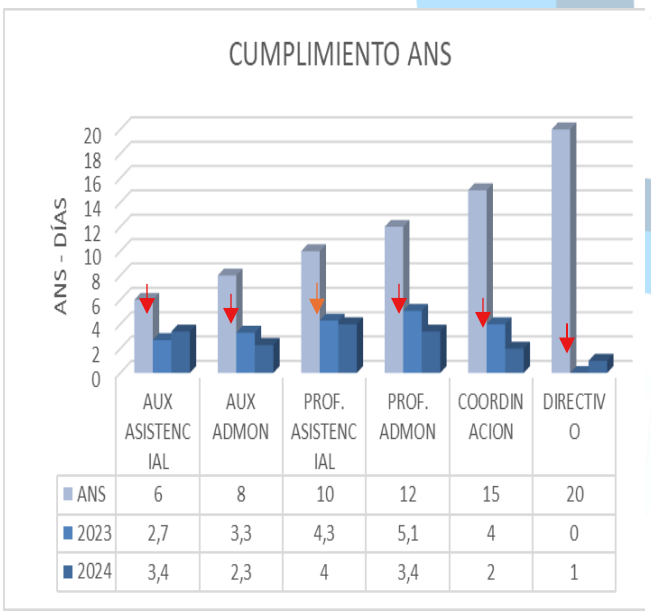


Gráfico 3. El cumplimiento en los tiempos de respuesta (días) para la cobertura de vacantes, presentó una disminución en el número días de respuesta a las necesidades del servicio, permitiendo aumentar la efectividad en alrededor del **75%.** Dentro de las buenas prácticas en el proceso, continuamente se refuerzan los canales de atracción de Talentos (redes sociales, plataformas de empleabilidad, convenio con instituciones educativas, referenciación (interna y/o externa) entre otros.

Nota: la inoportunidad en la radicación de las requisiciones puede alterar el resultado en la medición del indicador (nivel coordinación).

Contratación: la vinculación de personal mediante contratos a término indefinido ha sido una de las estrategias de mayor impacto para la atracción del talento humano.

A continuación, una descripción del comportamiento del proceso durante el año 2024.

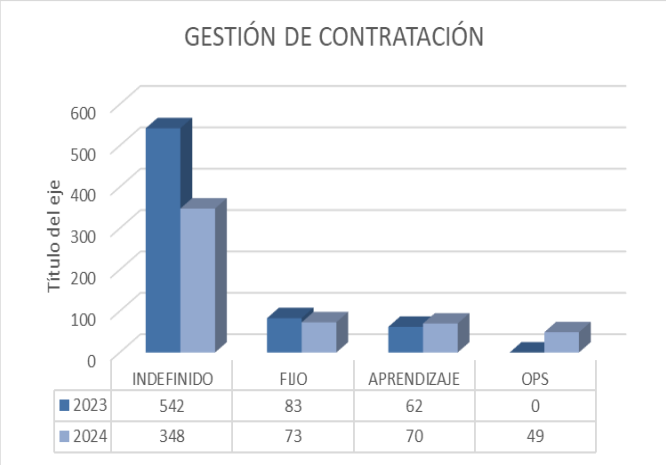


Gráfico 4. De acuerdo con la reestructuración que se presentaron durante el año 2024 el ***21%*** de los ingresos realizados fueron mediante ***contrato indefinido***, disminuyendo la tasa de contratación bajo esta modalidad en un 64% en comparación con el año inmediatamente anterior.

De otra parte, se disminuyeron en un ***3%*** las contrataciones a ***término fijo***, limitándolas al cubrimiento de incapacidades prolongadas y/o licencias de maternidad, cronograma de vacaciones.

Ascensos:

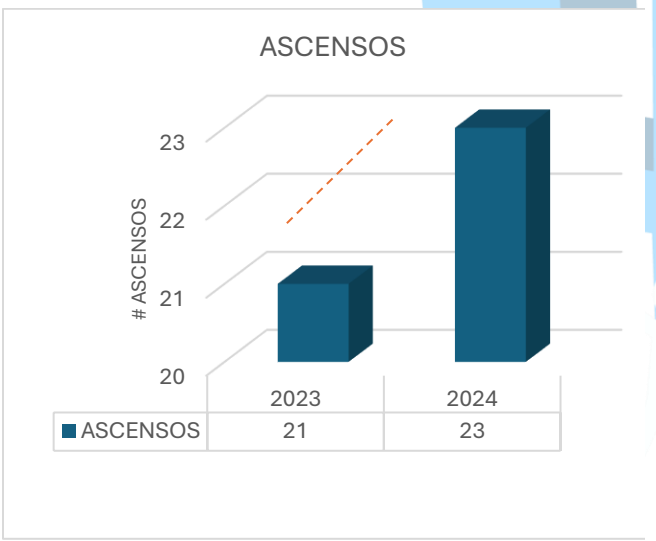


Gráfico 5. Los procesos de evaluación interna como parte de las estrategias para

la retención del talento, fomentan el desarrollo personal y profesional del colaborador; permiten que las personas asuman roles de mayor responsabilidad; además contribuyen con la optimización de los procesos.

Durante el 2024 se llevaron a cabo 41 procesos de evaluación interna; basados en el comportamiento, conocimiento, experiencia, competencia y contribuciones del empleado, fueron notificados ***23 colaboradores*** en el nuevo cargo.

- ***Aprendices SENA***

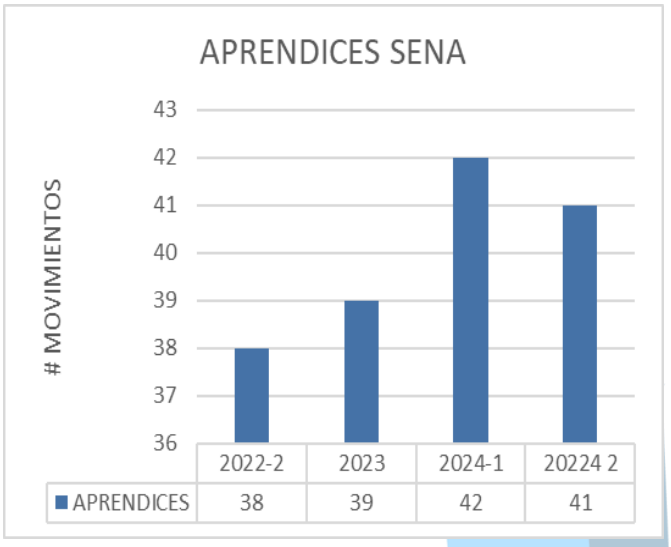


Gráfico 6. El cumplimiento en la contratación y notificación oportuna de la cuota reguladora SENA contribuye con los programas de responsabilidad social, formación, innovación y transferencia de conocimientos y tecnologías para las empresas.

A cierre del 2024, se presentó una disminución en la asignación de ***41 aprendices*** efectuando la contratación del 100% de los mismos. La distribución en los servicios se realizó teniendo en cuenta las áreas de formación, necesidades de la organización e intereses de los aprendices.

1.4 Limitantes Y Oportunidades De Mejora

Fortalezas

- Equipo de trabajo estable, conformado por profesionales con amplios conocimientos y experiencia en selección y contratación de personal.
- Equipo de trabajo orientado al cumplimiento de metas y mejoramiento continuo.
- Proceso estructurado.
- Buen relacionamiento entre el equipo y lideres de proceso.

Oportunidades

- Implementación de tecnologías y herramientas de evaluación (pruebas) para mejorar la eficiencia y calidad en los procesos.
- Actualizar y/o mantener las alianzas con instituciones educativas, grupos de empleabilidad, entre otros puede proporcionará un flujo constante de candidatos.
- Capacitación continua para el personal en nuevas tendencias y/o prácticas para la selección y contratación de candidatos.
- El proceso de selección cuenta con instrumentos de evaluación que permiten cualificar a los aspirantes en competencias, sin embrago se sugiere ampliar la batería de pruebas psicotécnicas.

Debilidades

- Alta rotación de personal - Renuncias intempestivas,
- Fuga de talentos – Perdida de curvas de aprendizaje.

- Ampliar la carta de beneficios que se le ofrecen a los candidatos, esto con la finalidad de atraer más personal idóneo y poder ser más competentes en el mercado.

Amenazas

- Falta de personal calificado, con poca vocación y experiencia en el mercado,
- Inestabilidad ante las problemáticas de la organización,
- Demanda de profesionales en el mercado.
- Bajo reconocimiento de la institución como marca empleadora.
- Cambios en la legislación laboral (reforma laboral) pueden requerir ajustes en el proceso de reclutamiento para el cumplimiento de nuevas regulaciones.

1.5 Estrategias De Crecimiento Y Desarrollo De Proyectos

- **Automatización de Historias laborales:** obtener una plataforma para la creación y administración de hojas de vida, que permitiría un ahorro de papel, respaldo de la información ante evento o desastre natural,
- **Batería de pruebas psicotécnicas** con el fin de conseguir que los procesos de selección resulten más efectivos, ya que pueden administrarse de forma individual, grupal e incluso online.
- **Actualización de Formatos y/o implementación**
    - Pruebas Técnicas
    - Perfiles de Cargo

- Formatos (lista de chequeo, listado de documentos)
- Carta de bienvenida a los posibles colaborados.

1.6 Aporte A La Cultura Organizacional

Un buen proceso de selección y contratación de personal garantiza que los nuevos colaboradores compartan los valores y políticas de la organización, facilitando la adaptación cultural. Las personas que desde un principio se sienten identificadas con la cultura organizacional de la FHSC tienen mayor probabilidad de permanencia institucional. Finalmente, una buena selección de personal aporta en la construcción de equipos capaces de enfrentar los cambios y desafíos que conllevan los procesos de transformación cultural.

3. Bienestar Y Capacitación

Hecho por Claudia Gamba y Erika Liberato

Enfocándonos en el entorno laboral, uno de los principales objetivos es Gestionar y Desarrollar planes, programas y actividades para el crecimiento personal y profesional de los Colaboradores y sus familias, promoviendo su bienestar integral y el mejoramiento de la calidad de vida, de esta manera se potencializa sus habilidades, conocimientos y desarrollo dentro de la organización.

Este enfoque contribuye a fortalecer el vínculo emocional con la empresa, mejora la fidelización y el desempeño de los colaboradores, alineándose con la promesa de valor y los valores organizacionales. Nuestro propósito es consolidar un equipo motivado, comprometido y alineado con los principios de la empresa, lo que, a su vez, impulsa el éxito y la sostenibilidad de la organización.

Ante la evolución contante en las organizaciones reconocemos la importancia de invertir en el bienestar y capacitación de su talento, lo que beneficia tanto a los colaboradores como al éxito y sostenibilidad de la empresa.

3.1 Intervención Y Estrategias

Desarrollar intervenciones y estrategias en el área de bienestar y capacitación requiere abordar los desafíos actuales y alinearlos con objetivos establecidos derivadas de la planeación estratégica de la organización. De esta manera, el proceso se convierte en un factor clave para garantizar el cumplimiento e impacto en nuestros colaboradores.

Es por esto que, se continuará dando relevancia al proceso de formación y desarrollo con un programa estructurado que garantice cursos, talleres e incluya mentorías para mejorar las habilidades y competencias del talento humano; realizar evaluaciones de desempeño con el fin de fortalecer las habilidades y conocimientos necesarios en la organización.

Por otro lado, se llevaron a cabo actividades en las que los colaboradores y sus familias fueron los principales protagonistas, lo que generó un mayor sentido de pertenencia hacia la organización. Además, pensando en la salud mental de los colaboradores, se reactivará la ruta de acompañamiento emocional, uno de los pilares fundamentales en la gestión tanto individual como grupal de los equipos de trabajo.

3.2 Logros

- En el cronograma de actividades de 2024, se ejecutaron 66 actividades en áreas educativas, de vivienda, recreativas, deportivas, culturales y sociales, dirigidas a los colaboradores y sus familias. Desde un enfoque emocional, se brindó apoyo a 6 colaboradores, proporcionándoles herramientas para enfrentar las situaciones que estaban atravesando.
- Se trabajó en la construcción de la capacidad instalada de FHSC para garantizar el cumplimiento de las plazas permitidas por norma para los convenios de Docencia-Servicio, además, se crearon nuevos enlaces en diversas especialidades.
- Se promovió la participación de todo el talento humano, incluyendo el personal de OPS, y se garantizó el cumplimiento de los cursos normativos establecidos por la Resolución 3100 de 2019, relacionados con habilitación.
- Asimismo, se garantizó un acompañamiento permanente en los turnos nocturnos para asegurar la cobertura de todo el personal, y se promovió la visibilidad y cercanía entre el equipo y todo el talento de la fundación.

- Se abre la posibilidad de ofrecer capacitaciones virtuales a través de plataformas en línea.

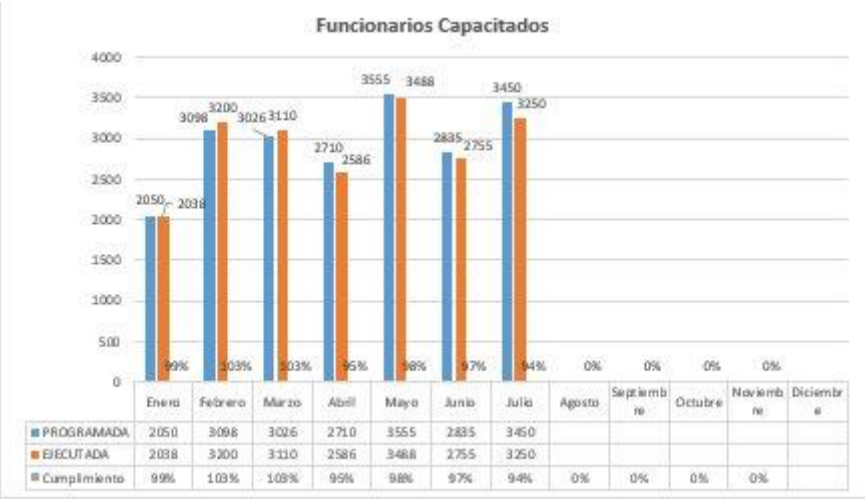
3.3 Indicadores De Gestión

Cumplimiento del 99% en **Inducción Corporativa**, el cual permite ver un alto nivel de efectividad en el desarrollo del proceso de inducción corporativa, garantizando una bienvenida cordial y de calidad a los nuevos colaboradores que ingresan a la Fundación, no obstante, se debe revisar para hacer el proceso de inducción muchas más dinámico y practico.



INDICADOR INDUCCIÓN CORPORATIVA			
Periodo	Personas Objetivo	Personas con Inducción	Cumplimiento
Ene - Dic 2024	526	522	99%

Se alcanzó un cumplimiento del 59%, en el cubrimiento de funcionarios capacitados, lo que resalta una importante oportunidad de mejora dentro del área y sus procesos. Es necesario implementar nuevas estrategias que garanticen la optimización y expansión de los procesos operativos en el área de capacitación. Esto permitirá reflejar de manera más efectiva el trabajo realizado a lo largo del año 2024, asegurando un impacto positivo en los resultados y el desarrollo de la organización.



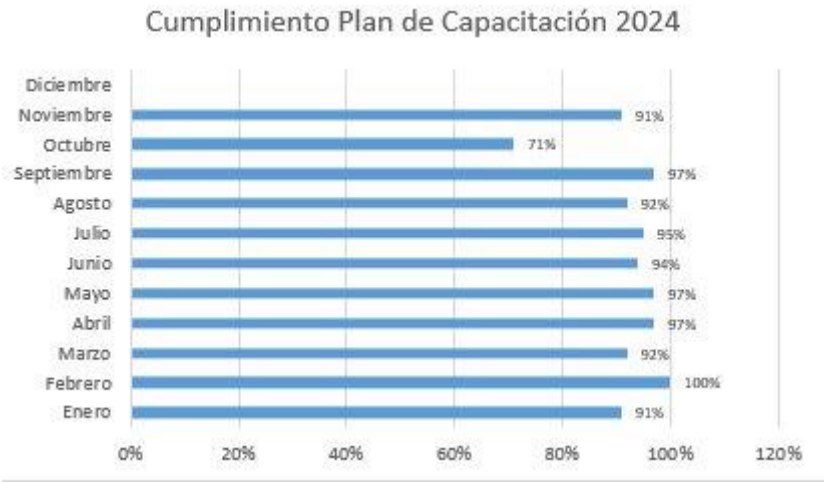
INDICADOR FUNCIONARIOS CAPACITADOS			
Periodo	**Personas Objetivo**	**Personas Capacitadas**	**Cumplimiento**
Ene - Dic 2024	27060	16031	59%

Se logró ejecutar el 88% del **Plan de Entrenamiento al cargo** asignado a cada colaborador nuevo que ingresa a la Fundación, con el objetivo de garantizar que comprendan a fondo los procesos de su puesto y se apropien plenamente de sus funciones. Este enfoque busca mejorar su desempeño y fortalecer su compromiso con la organización.



INDICADOR PLAN DE ENTRENAMIENTO AL CARGO			
Periodo	**Personas Objetivo**	**Personas con Entrenamiento**	**Cumplimiento**
Ene - Dic 2024	349	307	88%

Se ha logrado ejecutar el 84% del **Plan de Capacitación Anual**, atendiendo las necesidades específicas de las diferentes áreas y servicios de la Fundación. Este avance se ha basado en los conocimientos del talento humano interno, el uso de la plataforma de capacitación virtual y la colaboración con aliados estratégicos.



INDICADOR EJECUCIÓN PLAN DE CAPACITACIÓN			
Periodo	**Capacitaciones Programadas**	**Capacitaciones Ejecutadas**	**Cumplimiento**
Ene - Dic 2024	380	321	84%

Indicadores De Gestión

Se alcanzó un cumplimiento del 96%, lo que demuestra un alto nivel de efectividad en las iniciativas implementadas para mejorar el bienestar de los colaboradores. Este éxito es el resultado de diversas estrategias ejecutadas, como el acompañamiento continuo, las visitas a los servicios y la implementación de mejoras en los programas de bienestar e inclusión, que también beneficiaron al personal de OPS.

Se logró ejecutar el 71% de las actividades programadas, abarcando diversos enfoques clave para el bienestar de los colaboradores. Estas actividades incluyeron áreas fundamentales como la salud física y emocional, promoviendo el cuidado integral de los colaboradores, así como el equilibrio entre la vida personal y laboral, fomentando un entorno saludable y armonioso. Además, se trabajó en el impacto familiar y social, con el objetivo de fortalecer los lazos de los colaboradores con sus seres queridos y su entorno social. Este enfoque integral contribuyó significativamente al bienestar general de los empleados y sus

familias, alineándose con los objetivos de la organización para mejorar la calidad de vida de su equipo.

ACTIVIDADES PROGRAMADAS 2024	ACTIVIDADES EJECUTADAS	ACTIVIDADES NO EJECUTADAS
93	66	27



2.4 Limitantes Y Oportunidades De Mejora

La capacitación, el desarrollo y el bienestar laboral son componentes clave de la promoción que realizamos como área para todo el Talento Humano de la fundación. Estas acciones son fundamentales para aprovechar las oportunidades que vamos identificando a lo largo del camino, garantizando ambientes laborales saludables y contribuyendo al desarrollo continuo de nuestro equipo. De esta manera, buscamos fomentar un entorno de trabajo en el que cada colaborador pueda crecer y prosperar tanto a nivel profesional como personal.

Oportunidades de mejora:

- Establecer convenios estratégicos con diversas entidades educativas, con el fin de abordar de manera integral las diferentes necesidades de la fundación, y así asegurar el acceso a programas de formación que apoyen el crecimiento y desarrollo de nuestros colaboradores.

- Aprovechar tecnologías emergentes como la inteligencia artificial, chatbots y la realidad virtual, con el objetivo de ofrecer experiencias de capacitación más interactivas, inmersivas y personalizadas, que potencien el aprendizaje y el desarrollo continuo de nuestros colaboradores.

- Implementar de forma permanente la plataforma E-learning de la Fundación.

- Fortalecer el plan de bienestar mediante la implementación de programas holísticos que aborden de manera integral las necesidades físicas, emocionales y sociales de nuestros colaboradores, promoviendo su bienestar general y su desarrollo personal y profesional.

- Explorar e implementar políticas de flexibilidad laboral que permitan al Talento equilibrar su vida personal vs. vida laboral.

- Fomentar una cultura organizacional que apoye abiertamente el bienestar, promoviendo la importancia de cuidarse mutuamente y crear un ambiente libre de estigma en torno a la salud mental.

- Establecer convenios con empresas para la gestión de incentivos y apoyos, con el objetivo de motivar y reconocer el esfuerzo de nuestros colaboradores, fortaleciendo su compromiso y satisfacción dentro de la organización.
- Diseñar campañas con el objetivo de fortalecer el sentido de pertenencia y aumentar la retención del talento humano, fomentando el compromiso y la lealtad hacia la organización.

Limitantes:

- Presupuesto restringido.
- Falta de recurso Humano (carga laboral del Talento).
- Rotación Talento Humano (toda FHSC y equipo del área).
- Falta de compromiso e interés por parte de los colaboradores.

2.5 Estrategias De Crecimiento Y Desarrollo De Proyectos

- Diversificación de métodos de Capacitación ampliando las opciones de formación ofertadas por la Fundación, buscando garantizar en la oferta cursos en línea, talleres presenciales continuos, sesiones prácticas en aras de apuntarle a la adaptación que debemos brindar frente a los diferentes estilos de aprendizaje que se tienen.

- Ampliar el portafolio de alianzas (convenios) con instituciones educativas para acceder a programas de capacitación externos y certificaciones que complementen las necesidades internas.

- Fortalecer el programa de Desarrollo de Lideres con el objetivo de que prepare a nuestro talento para asumir roles más responsables y liderar equipos.
- Fortalecer el proceso de evaluación de desempeño mediante un acompañamiento continuo y efectivo a los líderes, asegurando que puedan brindar retroalimentación constructiva y apoyar el crecimiento profesional de sus equipos.

- Ampliación programa de Salud Mental y programas fitness, que incluyan servicios de asesoramiento, seminarios sobre manejo del estrés y actividades que fomenten el bienestar emocional, así como acceso a gimnasios o programas de bienestar físico. (Convenios empresariales).

- Integración de Tecnologías que permitan el seguimiento y acompañamiento en temas de bienestar físico y mental, brindándoles herramientas para mejorar su salud (APP).

- Desarrollar programas de flexibilidad laboral para adaptarse a las cambiantes necesidades de los empleados y fomentar un equilibrio entre el trabajo y la vida personal.

- Participación de las Direcciones en iniciativas de bienestar y capacitación para establecer un tono positivo y un ejemplo para toda la organización

- Intervención y fortalecimiento de equipos de trabajo, enfocándonos en mejorar la comunicación, colaboración y desempeño, para optimizar los resultados y fomentar un ambiente laboral saludable y productivo.

2.6 Aporte A La Cultura Organizacional

La contribución del área de capacitación y bienestar a la cultura organizacional es fundamental, ya que influye de manera positiva tanto en la percepción que los empleados tienen de la empresa como en la eficiencia general al brindar servicios a la comunidad. Desde el primer contacto, al dar la bienvenida a la Fundación, generamos cercanía y recibimos con los brazos abiertos a todo el talento que se une a nuestra organización. Creamos espacios de reconocimiento para los equipos de trabajo, demostrando una preocupación genuina por su bienestar integral, tanto en el desarrollo de sus labores como en el apoyo emocional durante su proceso. Además, proporcionamos las herramientas necesarias para asegurar el cumplimiento de los requisitos legales. Buscamos ser un equipo cercano, ofreciendo un mensaje reconfortante y de apoyo en momentos de incertidumbre y desasosiego, fomentando un ambiente laboral saludable que promueva el bienestar de todos.

4. Sistema De Gestión De Seguridad Y Salud En El Trabajo (SST)

Hecho por Camila Andrea Palomino Rojas

1. Introducción

La revisión por la Dirección tiene como finalidad dar a conocer el desempeño del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento del Decreto 1072 de 2015 Art 2.2.4.6.31 Revisión por la Alta Dirección; dicho artículo determina que la alta dirección, independiente del tamaño de la empresa, debe adelantar una revisión del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), la cual debe realizarse por lo menos una (1) vez al año, de conformidad con las modificaciones en los procesos, resultados de las auditorías y demás informes que permitan recopilar información sobre su funcionamiento. Dicha revisión debe determinar en qué medida se cumple con la política y los objetivos de seguridad y salud en el trabajo y se controlan los riesgos. La revisión no debe hacerse únicamente de manera reactiva sobre los resultados (estadísticas sobre accidentes y enfermedades, entre otros), sino de manera proactiva y evaluar la estructura y el proceso de la gestión en seguridad y salud en el trabajo.

2. Revisión De La Política Del Sistema De Gestión De Seguridad Y Salud En El Trabajo

El 16 de enero de 2024, se presentó ante la Dirección General, posterior a la validación y autorización de la Dirección de Talento Humano la Política del SG SST; en concordancia con los requerimientos legales establecidos en el Decreto 1072 de 2015 – Capitulo 2.2.4.6.

Por lo cual, Fundación Hospital San Carlos, establece su compromiso con el desarrollo del Sistema de gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, tendiente a mejorar la calidad de vida laboral, reducir ausencias y costos generados por accidentes, enfermedades laborales, la generación de ambientes sanos y seguros para sus colaboradores directos, misionales, proveedores, pasantes y usuarios.

La política aprobada es la que a continuación se relaciona:

FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS, institución dedicada a actividades de prestación de servicios de salud, asume el liderazgo, responsabilidad y aplicación de un Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo con el objetivo de velar por la seguridad, salud y protección de todos sus colaboradores directos, independientes y misionales, terceros, empresas contratistas, proveedores y pasantes, mediante:

- El cumplimiento de la legislación colombiana vigente que aplique en materia de seguridad y salud en el trabajo y que permita desarrollar el Sistema de gestión bajo los lineamientos normativos y técnicos requeridos.
- Identificación de peligros, evaluación valoración y control del riesgo inherentes a la actividad a saber: Biológico, Físico, Químico, de carga física, por Condiciones de Seguridad y Fenómenos Naturales, mediante el desarrollo de actividades de

promoción y prevención tendientes a prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

- La asignación de los recursos necesarios que permitan el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

3. Lineamientos

• Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles

• Cumplir con la normatividad nacional vigente aplicable en materia de seguridad y salud en el trabajo.

• Proteger la seguridad y salud de todos los colaboradores, mediante el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de

Seguridad y Salud en el trabajo la Fundación.

• Intervenir de manera oportuna de las condiciones de trabajo que puedan causar accidentes de trabajo y/o

enfermedades de origen laboral, seguimiento al ausentismo y la atención de emergencias.

• Generar acciones de mejora continua en el desempeño en seguridad y salud en el trabajo.

4. Objetivos Del Sistema De Gestión De 2024

Garantizar, conservar y mejorar las condiciones seguridad y salud en el trabajo de todos los colaboradores directos, misionales, proveedores, pasantes y usuarios, durante el desarrollo de sus funciones y/o actividades.

4.1 Objetivos Específicos

• Fomentar la cultura de autocuidado y participación de todos los colaboradores directos, misionales, proveedores, pasantes y usuarios en materia a Seguridad y salud en el trabajo.

• Prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales, como consecuencia de la exposición a los riesgos de los diferentes ambientes de trabajo de los colaboradores directos y misionales, proveedores y pasantes.

• Generar un ambiente seguro para mediante la ejecución de actividades de promoción y prevención.

Bajo los parámetros del POA, para el 2024 se establece el siguiente objetivo estratégico:

Desarrollar mecanismos de promoción y protección de la salud y control de los riesgos laborales, con el fin de contribuir al bienestar físico, mental y social de los colaboradores de Fundación Hospital San Carlos para prevenir accidentes e incidentes de trabajo y enfermedades laborales, mediante el fortalecimiento de la cultura de seguridad, promoviendo el liderazgo y autocuidado para disminuir costos en la operación y riesgos jurídicos.

5. Acciones De Seguimiento Resultantes De Revisiones Anteriores Por La Dirección

Fortalecer la participación y consulta de los colaboradores en el SG SST.

Fortalecer los siguientes temas:

- Participación del área asistencial en el plan hospitalario de emergencias
- Proporcionar información por parte de las áreas encargadas para desarrollo de plan estratégico de seguridad vial y planes de movilidad MES.

Proporcionar recursos técnicos, económicos para el desarrollo de:

- Plan hospitalario de emergencias

- Cursos normativos de mantenimiento
- Acciones de mejora para área de patología, SVE formaldehido.
- Realizar las adecuaciones para mitigar el riesgo químico en áreas como Laboratorio, Patología, Mantenimiento

5. Evaluaciones De Los Requisitos Legales Aplicables Y Otros En Materia De Seguridad Y Salud En El Trabajo

En el mes diciembre de 2024, se realiza revisión y actualización de la Matriz de requisitos legales en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), registrándose una calificación del 98% de los 639 ítems de normatividad, los hallazgos:

1. Incumplimiento de la Revisión anual por la dirección general - **Decreto 1072 de 2015 Artículo 2.2.4.6.31**

2. Política de acoso sexual - **Ley 2365 DE 2024.**

3. Entrega de dotación segundo y tercer periodo 2024 – Código Sustantivo del Trabajo Articulo 230

4. Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – **Resolución 0312 de 2019 Articulo 16**

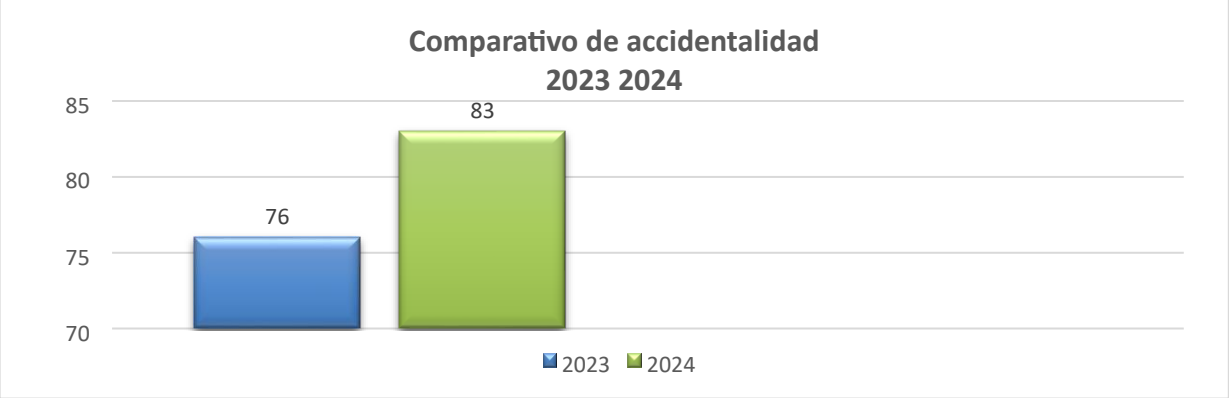
1.1.1 responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG - SST

7. Estado De Acciones Preventivas, Correctivas Y De Mejora

ORIGEN	HALLAZGOS	ESTADO
Evaluación Estándares del SG SST – ARL SURA	Anualmente y como parte de las actividades de Verificar FHSC solicita una evaluación del cumplimiento del SG SST bajo anexo técnico de **Resolución 0312 de 2019**, **el ítem 1,01,7** determina que la institución debe capacitar a los integrantes del COPASST para el cumplimiento efectivo de las responsabilidades que les asigna la ley, se evidencia la gestión y se determina como oportunidad de mejoramiento que en las actas del COPASST se incluyan los temas de las capacitaciones realizadas, también dejar constancia de la revisión de los accidentes analizados, de las investigaciones realizadas y de las actividades realizadas.	CERRADO
Auditoría Interna SG SST	**Resolución 0312 de 2019**, **estándar Planear**, Plan anual de Trabajo: Plan que identifica objetivos, metas, responsabilidad, recursos con cronograma y firmado Recomendación: Se evidencia documentos de Plan de Trabajo anual de Trabajo con cumplimiento a Diciembre de 2024 con % Se requiere	ABIERTO
	Resolución 0312 de 2019, estándar Planear Normatividad nacional vigente y aplicable en materia de seguridad y salud en el trabajo **2.7.1 Matriz legal** Recomendación: Se evidencia última actualización de la matriz a diciembre 2024, inclusión de la Resolución 1857 de 2024, uso de elementos de protección personal y equipos de protección personal para personal que involucre trabajo en calderas. Se recomienda aplicar las recomendaciones de la **batería de riesgo psicosocial** y el programa en trabajo en caliente para calderas, en concordancia con la normatividad.	En proceso
	Resolución 0312 de 2019, estándar, Hacer: Gestión de amenazas, Plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias: Brigada de prevención conformada, capacitada y dotada. Se evidencia capacitaciones por medio de ARL de la brigada actualmente cuenta con 50 participantes, debidamente identificados y dotados. Se sugiere generar **aumento de los miembros de brigada.**	En proceso
	Resolución 0312 de 2019, estándar, Actuar: Acciones preventivas y correctivas con base en los resultados del SG-SST. **Se evidencia informe de revisión de la gerencia entregado por la Coordinación de SST a la Dirección general - Dirección de talento Humano, sin retroalimentación que generen oportunidades de mejora para el SG SST.**	Abierto

8. Accidentes Y Enfermedades De Origen Laboral

8.1. Accidentes De Origen Laboral



- De enero a diciembre de 2024, se presentaron 83 accidentes de presunto origen laboral así, evidenciándose un aumento del 91.5%, con respecto al año anterior.
- Los cargos con mayor accidentalidad son los **AUXILIARES DE ENFERMERIA** con una participación del 48% del total de la accidentalidad, seguidos por jefes de Enfermería con 39%, Fisioterapeutas con 10.8%, Camilleros con 9.6% y Medico General 7.2%
- El 60% de los auxiliares de enfermería pertenecen al área de Hospitalización, 15% a la Unidad de Cuidados Intensivos, 24% de urgencias y Salas de Cirugía respectivamente.
- Los accidentes presentados, se asocian a riesgo mecánico en un 55%, generados por punciones 76% y por atrapamientos en un 23%

Acciones:

- Desarrollo de las investigaciones y generación del plan de acción para prevenir o corregir riesgos en la fuente y/o en el medio.

- Capacitación sobre prevención de incidentes y accidentes y socialización de "Lecciones aprendidas" a través de correos masivos
- Re-divulgación del video y campañas de prevención de accidentes por punción con cobertura para personal asistencial.
- Inspecciones de seguridad
- Reporte de condiciones inseguras mediante aplicativo de gestión – Mesa de ayuda

8.2. Enfermedad Laboral

Los casos de enfermedad laboral calificados por ARL SURA son el 99% correspondientes a diagnósticos asociados a CoVID-19, para el año 2023 fueron calificados 5 casos como enfermedad laboral asociado a Covid-19.



	2020	2021	2022	2023	2024
COVID-19	121	55	90	5	0
DME	0	0	1	0	0

Acciones:

- Continuar con las actividades de prevención de accidentes por punción.
- Jornadas de vacunación
- Campañas de promoción y prevención

- Implementación del Sistema de Vigilancia epidemiológica de desórdenes musculoesqueléticos.
- Campañas de jornadas de pausas activas
- Implementación del programa de acompañamiento de casos de salud, reintegro laboral exitosos

9. Informe Mediciones Higiénicas

Durante el año 2024 no se realizaron mediciones ambientales por ende se continúan con las recomendaciones y hallazgos de los años 2022 y 2023.

TIPO	HALLAZGOS / RECOMENDACIONES	ESTADO
Iluminación	De los 40 puntos, se encontraron 28 hallazgos con las siguientes novedades, se reportan vía mesa de ayuda Adicionar luminarias para alcanzar el valor recomendado por norma. Reubicar las luminarias de forma paralela al plano de trabajo.	En proceso, disponibilidad de recursos
Confort térmico	Instalar sistemas de ventilación en áreas como central de esterilización	En proceso, disponibilidad de recursos
Formaldehido	Implementar mecanismos de ventilación y/o extracción local exhaustiva para controlar la dispersión atmosférica de Formol, Equipos respiradores adecuados para la exposición a formol Exámenes médicos ocupacionales de ingreso y periódicos específicos para los cargos expuestos al agente químico.	Abierto

10. Resultados De La Participación Y Consulta De Las Partes Interesadas.

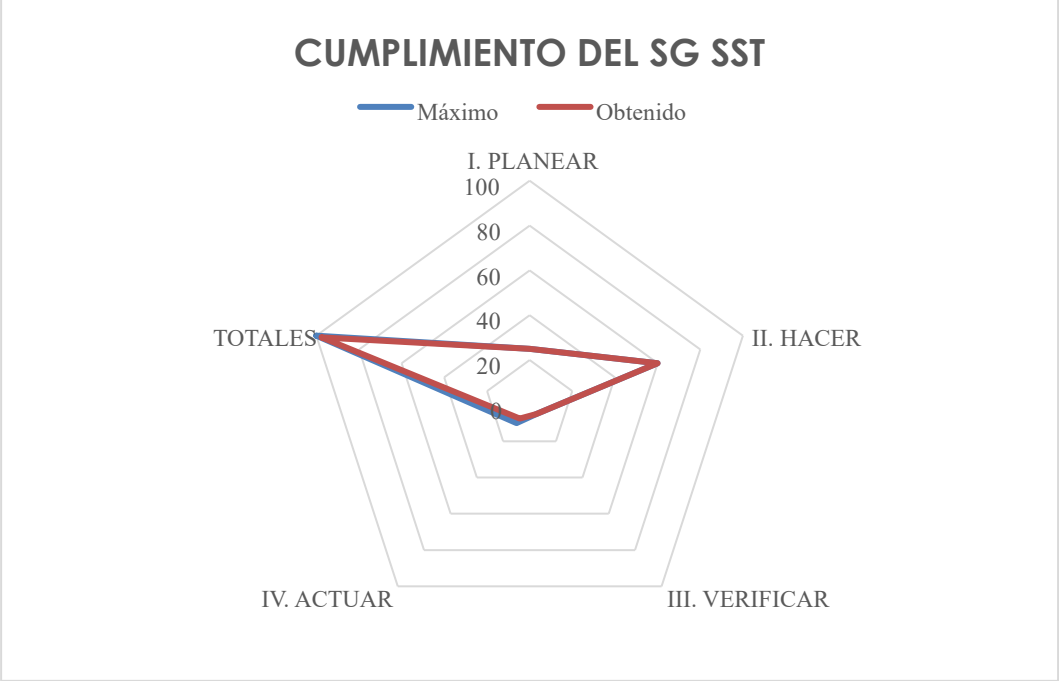
Para el año 2024 se realizaron diferentes actividades en las cuales se contó con la participación de los colaboradores:

Enero	Divulgación de **Uso adecuado de Elementos de Protección Personal** Divulgación de **Uso adecuado de Tapabocas** Capacitación en **uso de EPP**, **Riesgo Mecánico, Brigada de emergencia y prevención de riesgo psicosocial**
Febrero	Campaña: **Cultura de autocuidado y de cero accidentes cuida tus manos** Campaña: **Jornada de vacunación** Divulgación: **Política de prevención de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas** Capacitación: **Brigada de emergencia, Seguridad Vial, Escuela de capacitación riesgo biológico mecánico, Gimnasia Laboral, Orden y Aseo, Riesgo locativo, 5 Reglas de Oro, Trabajo en alturas, Riesgo público.**
Marzo	Campaña: **Cultura autocuidado y de cero accidentes cuida tus pasos, Día mundial del sueño** Capacitación: **Brigadistas de emergencia, Día de la mujer cuidado de la piel, Higiene del sueño, Gimnasia laboral - Pausas activas, Riesgo mecánico-cuidado de manos, Seguridad Vial actores viales vulnerables.**
Abril	Capacitación: Brigada de emergencia, Gimnasia laboral y pausas activas, Orden y aseo, prevención de accidentes de trabajo por fatiga, Recordando que es un incidente, SVE Desordenes musculoesquelético
Mayo	Video institucional: 31 de mayo, **Día mundial sin Tabaco**
Junio	Votaciones para conformación del COPASST
Julio	Semana de la salud
Agosto	Campaña: **Prevención de AT por manejo de paciente difícil**
Septiembre	Inauguración: **Sala de lactancia** Video institucional: **Día mundial para la Prevención del Suicidio**
Octubre	Simulacro de emergencias Campaña: Día de la prevención del Cáncer de Mama Campaña: Prevención de la fatiga laboral
Noviembre	Campaña CARLITOS **ORDENA Y MI EQUIPOS TAMBIÉN**, - Programa de orden y aseo SST
Diciembre	Campaña: Que en tus propósitos de inicio de año incluya completar o actualizar tu Esquema de Vacunación

11. Evaluación Del Sistema De Gestión De Sst – Bajo El Anexo Técnico De La Resolución 0312-2019 Al Año 2023

CUMPLIMIENTO POR CICLO

CICLO PHVA	Máximo	Obtenido
I. PLANEAR	25	25
II. HACER	60	60
III. VERIFICAR	5	5
IV. ACTUAR	10	7,5
TOTALES	100	**97,5**



Nota: Aun no se presenta los estándares mínimos del año 2024. Se evidencia

Incumplimiento En:

- Auditoría externa del SG SST por personal idóneo

• Capacitación a Coordinador de Alturas

• Retroalimentación de informe de la revisión por parte de la Dirección.

• Designación del responsable del SGSST 10.

12. Indicadores De Gestión Decreto 1072-2015 Y Resolución 0312-2019

DEFINICIÓN DEL INDICADOR	TOTALES	META
Cumplimiento Plan Anual de Trabajo	68%	98%
Cobertura en capitaciones de SST	51%	90%
Cumplimiento de actividades de capacitación	65%	90%
Gestión Condiciones inseguras	42%	50%
Tasa Accidentalidad	1.29%	0.71%
Índice de Frecuencia de Accidentes de Trabajo	11	7
Índice de Severidad de Accidentes de Trabajo	0.25	16 días
Índice de Lesiones Incapacitantes por A. T	0,00012	0,264
Proporción de accidentes mortales	0	0
Tasa de ausentismo por condiciones de salud	31%	30%
Prevalencia de enfermedad laboral	32992	5
Incidencia de la enfermedad laboral	609	0,01
Programa de gestión de riesgos.	71%	91%
Sistemas de vigilancia epidemiológica	98%	95%

Nota: Los indicadores descritos corresponde hasta el mes agosto de 2024 a excepción de los indicadores de accidentalidad al mes de diciembre de 2024.

13. Oportunidades De Mejoramiento

Fortalecer la participación y consulta de los colaboradores en el SG SST.

Fortalecer los siguientes temas:

- Participación del área asistencial en el plan hospitalario de emergencias
- Proporcionar información por parte de las áreas encargadas para desarrollo de plan estratégico de seguridad vial y planes de movilidad MES.

Proporcionar recursos técnicos, económicos para el desarrollo de:

- Plan hospitalario de emergencias o Cursos normativos de mantenimiento
- Acciones de mejora para área de patología, SVE formaldehido.
- Realizar las adecuaciones para mitigar el riesgo químico en áreas como Laboratorio, Patología, Mantenimiento

Gestión de Dirección Jurídica

La Dirección Jurídica de la Fundación Hospital San Carlos tiene como misión asistir y apoyar a todas las áreas y direcciones de la Fundación en el ámbito legal, proporcionando asesoría jurídica en la interpretación y aplicación de normas aplicables en el sector salud y en relaciones laborales. Así mismo, se encarga de la defensa judicial de la Institución, y garantizar el cumplimiento del manual de contratación implementado por la Fundación para proveedores y persona natural, con el fin de apoyar estratégicamente la continuidad de los servicios de salud prestados por el Hospital.

Durante el año 2024, la Dirección Jurídica, estuvo conformada por dos abogados titulados, una analista jurídica y una analista administrativa y la dirección, quienes trabajaron de manera colaborativa para ofrecer un servicio jurídico eficiente y efectivo, alineado con los objetivos institucionales y contribuyendo al desarrollo del objeto de la Fundación.

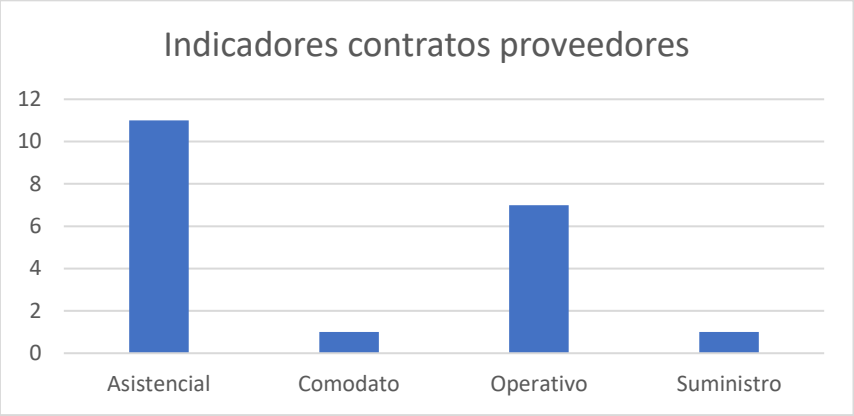
La Dirección Jurídica se organiza en tres enfoques estructurales y operativos clave que guían sus actividades y aseguran el cumplimiento de su misión. Estos enfoques son:

1. Gestión Contractual

Se encarga de garantizar la adquisición eficiente de bienes, obras y servicios mediante la celebración de contratos con proveedores, tanto personas naturales como jurídicas, según necesidades específicas del Hospital, así mismo, apoya la supervisión y cumplimiento de los términos acordados, para la adecuada prestación del servicio.

1.1 Contratación De Proveedores

Actualmente, la Fundación Hospital San Carlos cuenta con un total de 49 proveedores mediante contrato, abarcando servicios de prestación de servicios, comodato y suministro, todos fundamentales para el adecuado funcionamiento y operación del hospital. En el año 2024, la Fundación enfrentó diversos desafíos que demandaron un esfuerzo conjunto para asegurar la continuidad de los servicios de salud.



El segundo indicador más alto corresponde a la contratación de servicios operativos que garantizan la operación del hospital, esto es contratos de mantenimiento de equipos médicos, servicio de ambulancia, lavandería, alimentación y aseo.

Finalmente, encontramos un indicador pequeño relacionado con contratos de comodato y suministro, esto es en insumos para laboratorio y uno relacionado con los equipos de cómputo utilizados para actividades administrativas.

La Dirección Jurídica ha llevado a cabo un riguroso seguimiento a la documentación legal aportada por los proveedores, asegurando la transparencia y el cumplimiento de los términos contractuales, en línea con el manual de contratación de la Fundación, garantizando el cumplimiento de la normativa interna y externa aplicable a este tipo de contratos.

1.2 Contratación De Especialistas

Al cierre del año 2024 se tenían contratados **86 especialistas** distribuidos en 16 especialistas en Medicina Interna, 15 en Anestesiología, 11 en Ortopedia y Traumatología, 6 en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, 4 en Hemodinámica, 3 en Cirugía General, 3 en Geriatría, 3 en Urgenciología, 2 en Cardiología, 2 en Cirujano Oral y Maxilofacial, 2 en Infectología, 2 en Neumología, 2 en Neurointervencionismo, 2 en Neurología, 2 en Urología, 1 en Cirugía de Cabeza y Cuello, 1 en Cirugía de Mano, 1 en Cirugía de Tórax, 1 en Cirugía Plástica, 1 en Dermatología, 1 en Patología, 1 en Gastroenterología, 1 en Hematología y



Oncología, 1 en Oftalmología, 1 en Psiquiatría, y 1 en Radiología Intervencionista, tal como lo podemos evidenciar en el siguiente cuadro:

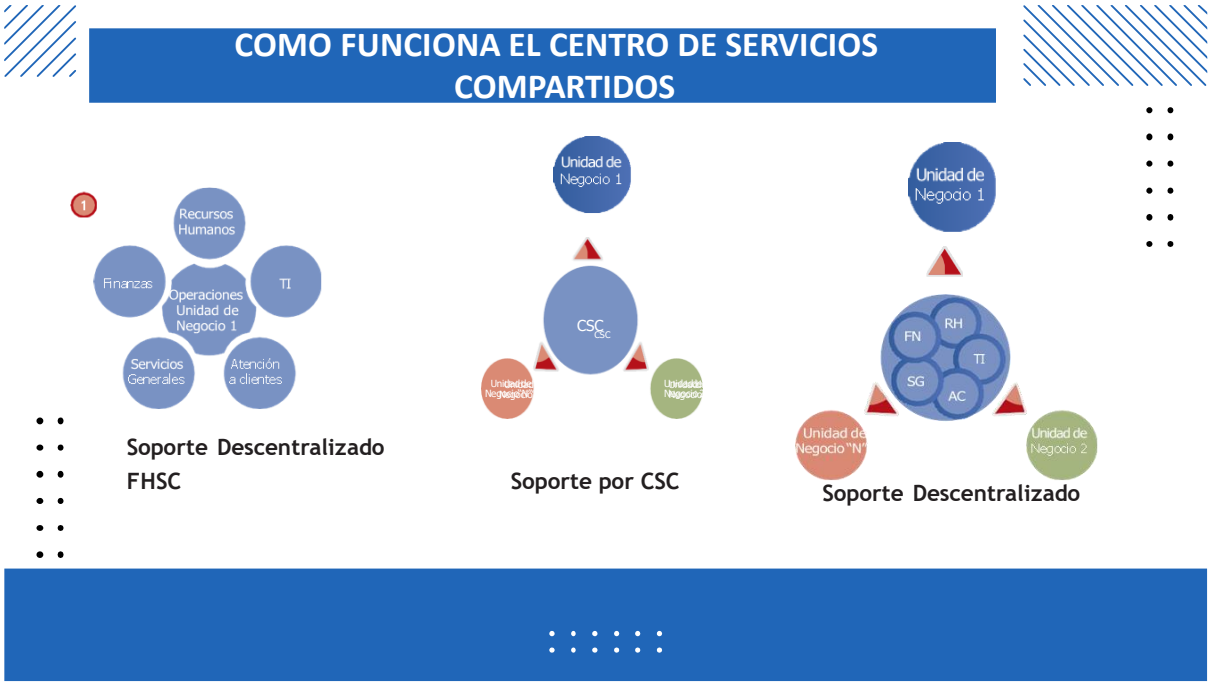
De los 86 especialistas contratados hasta el 31 de diciembre de 2024, se obtuvo un balance positivo en cuanto al cumplimiento de los requisitos normativos y documentos exigidos para la contratación. Se alcanzó un **69,8% de cumplimiento**, lo que representa una mejora significativa respecto a la situación de abril de 2024, cuando solo el **30,86%** de los especialistas cumplía con estos requisitos.

Este resultado refleja un progreso importante en la gestión y el proceso de contratación de los médicos, garantizando que los profesionales contratados cumplan con las normativas y documentos necesarios para ofrecer un servicio de calidad, disminuyendo posibles riesgos en una eventual visita por parte de la Secretaria Distrital de Salud. Como meta para el año 2025, se busca continuar con esta mejora, alcanzando un **92% de cumplimiento**.

Por finalización del término del contrato, de mutuo acuerdo o de manera unilateral tanto por parte del especialista como de la Fundación, se registraron un total de **30 terminaciones** de contratos dentro del año 2024. Las terminaciones de contratos se distribuyen de la siguiente manera: 16 en Ortopedia y Traumatología, 2 en Medicina Interna, 2 en Anestesiología, 1 en Auditoría - Glosas, 1 en Gastroenterología, 1 en Cirugía de Tórax, 2 en Medicina Familiar, 2 en Cirugía General, 2 en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo y 1 en Cirujano Oral y Maxilofacial.

1.3 Contratación Por Prestación De Servicios Del Centro De Servicios Compartidos Gustavo Restrepo S.A.S.

El centro de servicios Compartidos de la Fundación Hospital San Carlos es una unidad separada dentro de la Institución, con cierta autonomía e independencia dedicada a prestar servicios a las unidades operativas con el fin de crear eficiencias en costos y sinergias estratégicas.



El modelo nos permite la gestión del proceso de talento humano, sin que se confunda como tercerización ya que hace parte intra organizacional que busca la centralización del proceso, así mismo es una herramienta que le facilita a la institución la gestión de sus contratistas e independientes, así como la contratación de servicios que no hacen parte del core del hospital.

Las funciones centralizadas de los centros de servicios compartidos permiten la diferenciación de los empleados de la fundación a de los contratistas designados a trabajos temporales para objetivos específicos, según necesidad.

Es así como, a partir del 1 de agosto de 2024, se empezó a celebrar contratos de prestación de servicios profesionales con el Centro de Servicios Compartidos Gustavo Restrepo de la Fundación, con el fin de satisfacer las necesidades propias de la operación de la institución y de los profesionales que apoyan el funcionamiento del objeto social de la misma. Así, al

finalizar 2024, se tuvo un total de 55 contratos formalizados, distribuidos tal como se muestran en el siguiente cuadro:



Estas operaciones, que apoyan al hospital en actividades administrativas y de gestión de talento humano, se realizan con y exclusivamente con el Centro de Servicios Compartidos Gustavo Restrepo, no existiendo otras operaciones, con esta o con otras empresas controladas por la Fundación.

1.4 Contratos De Locación

La infraestructura del hospital es ampliamente conocida, por lo que no ha sido ajena al interés de diversas productoras que han querido grabar sus series en la institución., por lo que se han celebrado contrato de locación con:

- **Dago García Producciones** (para la película "El Gringo").
- **Pato Mojado Producciones S.A.S**. (para un proyecto independiente titulado *"Proyecto Indira: La Fuerza del Dolor"*).
- **TIS Productions Colombia S.A.S.** (para la serie de Netflix *"Delirio"*).

- **RCN Televisión S.A.** (para la serie *"Dario Gómez"*).

2. Defensa Judicial

Otro enfoque estratégico de la Dirección Jurídica es la defensa judicial, cuyo objetivo es ejercer la representación en los diversos procesos jurídico-administrativos que involucran los intereses de la Fundación, en los cuales se incluyen:

2.1 Tutelas

En el año 2024, se registraron un total de 231 tutelas contra la Fundación Hospital San Carlos, tanto vinculadas como accionadas. Este número representa un aumento significativo del 85% en comparación con 2023, cuando se reportaron 134 tutelas.

De las 231 tutelas, el 70% se vincula a la institución debido a solicitudes relacionadas con la garantía de agendamiento de consultas externas con especialistas. El 30% restante está asociado con la validación de la historia clínica del paciente, así como la gestión de solicitudes de referencia y contrarreferencia.

2.2 Peticiones, Quejas, Reclamos Y Solicitudes (PQRS)

Durante el año 2024, la Fundación Hospital San Carlos no experimentó un impacto significativo en cuanto a Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS). A lo largo del año, se registraron un total de 62 PQRS, las cuales estuvieron relacionadas principalmente con las siguientes solicitudes:

- Solicitud de historia clínica.
- Validación de incapacidades.

- Programación de citas con especialistas.
- Solicitud de información laboral de excolaboradores y colaboradores actuales de la institución.

Este volumen de PQRS refleja un comportamiento relativamente estable en comparación con años anteriores, sin una tendencia ascendente que indique un aumento notable en las inquietudes o requerimientos que atañe a la Dirección Jurídica.

2.3 Requerimientos Preliminares Y Procesos Administrativos Sancionatorios

Durante la vigencia de 2024, recibimos aproximadamente 38 requerimientos por parte de entes de control, tales como la Secretaría Distrital de Salud, la Personería Delegada para el Sector Salud, el Tribunal Ético de Enfermería y el Tribunal de Ética Médica. Dentro de las principales solicitudes se destacan:

- Historia clínica de pacientes.
- Protocolos de atención para la prestación de servicios de salud implementados por la Fundación Hospital San Carlos.
- Expedientes laborales de los colaboradores.
- Informe de eventos adversos.
- Análisis de quejas presentadas por pacientes, entre otros.

Procesos Administrativos Sancionatorios

El Estado, como garante del derecho a la salud, tiene la obligación de proteger la vida, los derechos a la seguridad social y a la salud. Esta competencia corresponde a la Secretaría Distrital de Salud, a través de la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, que es el principal ente territorial encargado de adelantar procesos administrativos sancionatorios contra la Fundación Hospital San Carlos. Dichos procesos consisten en investigar presuntas infracciones a las disposiciones sanitarias que regulan la prestación de servicios de salud.

Durante el año 2024, la Dirección Jurídica gestionó diversos trámites, tales como descargos, alegatos de conclusión y la presentación de recursos de apelación en subsidio, en caso de que se registraran sanciones. En total, se realizaron 35 actuaciones, con los siguientes principales motivos de sanción.



2.4 Procesos Jurídicos

Para el año 2024 se tuvo las siguientes novedades en procesos jurídicos:

2.4.1 Procesos de responsabilidad médica

En temas de responsabilidad médica, en el año 2024 se registraron dos nuevos procesos:

#	HECHOS DE LA DEMANDA
1	Demanda por error en el diagnóstico y pérdida de la oportunidad por ACV que no se trató a tiempo y lo dejó con secuelas irreversibles, dentro del dictamen se destaca demencia.
2	Demanda por presunto error en el diagnóstico realizado por la Fundación y otras instituciones que le prestaron servicios de salud en marzo de 2018, específicamente en relación con el Servicio de Cirugía General (apendicitis y peritonitis).

En el año 2024 se tuvo las siguientes dos condenas, las cuales se encuentran provisionadas y pendientes de pago para el año 2025.

#	HECHOS DE LA DEMANDA	ACTUACIONES IMPORTANTES
1	Demanda que pretendió la indemnizado por la no realización de un procedimiento a tiempo en el año 2009, lo que resultó en la pérdida de su ojo izquierdo.	Mediante sentencia de fecha 18 de octubre de 2024, se accedió a las pretensiones del demandante por un total de $99.168.257 pesos. En total, fueron tres las instituciones condenadas. En caso de que la sentencia quede en firme, la Fundación deberá reconocer **aproximadamente 33 millones de pesos**. Se presentó recurso, y actualmente se está pendiente de las actuaciones ante el Tribunal Superior de Bogotá.
2	Demanda por mal diagnóstico, cirugía general dolor abdominal	la Fundación fue condenada. En la sentencia de segunda instancia, de fecha 20 de marzo de 2024, se confirmó la sentencia de primera instancia. Desde la Dirección Jurídica, se adelantó el trámite de acción de tutela contra la sentencia judicial; sin embargo, no ha sido favorable para la Fundación. En caso de que la sentencia quede en firme, se intentará impugnarla. De no prosperar la impugnación, la Fundación deberá pagar **aproximadamente 100 millones de pesos.**

Para el 31 de diciembre de 2024, la Fundación Hospital San Carlos finalizó con un total de **11 procesos de responsabilidad médica** en su contra, los cuales podrían generar algún evento adverso para la institución.

2.4.2 Procesos Laborales

Para el año 2024 se contaron con 3 procesos laborales, de los cuales 2 tuvimos archivos:

RESUMEN HECHOS DE LA DEMANDA	ACTUACIONES PROCESALES	TRÁMITE FHSC

Se pretendía el reconocimiento y pago de la mesada pensional por jubilación, la cual debía dejó de pagarse por la Fundación desde el año 2017.	En las sentencias de primera y segunda instancia, se accedió a las pretensiones, indicando que se trataba de una pensión compartida y, por ende, la Fundación debía incluirla en la nómina. Adicionalmente, como la pensión fue reconocida por Colpensiones en el año 2013, se determinó que la Fundación debía satisfacer el total de la mesada 14, dado que se trataba de un derecho adquirido y no correspondía a Colpensiones pagarla.	Con el fin de dar cumplimiento a la sentencia y evitar el inicio de un proceso ejecutivo, en junio de 2024, la Fundación solicitó el archivo del proceso tras el pago de la sentencia, que a esa fecha ascendía a $18.426.167,00. Dicho proceso fue archivado de manera definitiva mediante auto fechado el 10 de diciembre de 2024.

RESUMEN HECHOS DE LA DEMANDA	**ACTUACIONES PROCESALES**
Pretendía el reconocimiento de su vínculo laboral directamente con la Fundación Hospital San Carlos, en lugar de con ADECCO. En este sentido, pretendía que se declarara que ocupó el cargo de Coordinadora de Salas de Cirugía y se realizara una liquidación con un salario más alto.	En primera instancia (octubre de 2022), hubo condena tanto para la Fundación Hospital San Carlos como para ADECCO. En consecuencia, se presentó recurso de apelación, y en sentencia del tribunal de fecha marzo de 2024, se absolvió a la Fundación, manteniéndose la condena para ADECCO. Esta sentencia fue confirmada por la Corte Suprema de Justicia en su sala de casación laboral en diciembre de 2024. Dado que la sentencia quedó firme y se negaron las pretensiones contra la Fundación, el proceso fue archivado por parte de la Fundación.

La Fundación Hospital San Carlos mantiene **vigente**, en materia laboral, el proceso de médico especialista**,** quien pretende que se decrete la existencia de un contrato realidad, al haber prestado sus servicios como médico especialista.

El 5 de diciembre de 2023 se celebró una audiencia en la que se negaron las pretensiones del demandante. Sin embargo, se presentó un recurso por parte del demandante, y desde febrero de 2024 se está a la espera de la sentencia por parte del Tribunal Superior de Bogotá.

2.4.3 Procesos Ejecutivos

En el año 2024, se sumaron 4 procesos ejecutivos en contra de la Fundación Hospital San Carlos, adelantados por los proveedores de insumos médicos. Para cada uno de estos procesos, se ha actuado en consecuencia tan pronto como se tuvo conocimiento de estos, solicitando el levantamiento de las medidas de embargo al juzgado de origen.

Para el mes de diciembre, la Junta Directiva de la institución solicitó que se destinaran recursos específicos para saldar deudas con algunos de los demandantes, los cuales permitieron el pago a varios proveedores. Esto resultó en la solicitud de archivo y terminación de 6 procesos ejecutivos con unas pretensiones que ascendían a

$ 863.821.997,03 y pagado **$ 463.521.470,00**, con un ahorro de **$ 463.521.470,00.**

Una vez archivados los procesos mencionados, la Fundación Hospital San Carlos quedará con **10 procesos ejecutivos** en curso.

En este sentido, el año 2024 fue positivo en cuanto a los procesos ejecutivos en comparación con el año 2023. Sin embargo, la Dirección Jurídica continúa señalando la necesidad de saldar este tipo de deudas, ya que podrían generar riesgos de embargo en el futuro.

3. Relaciones Laborales

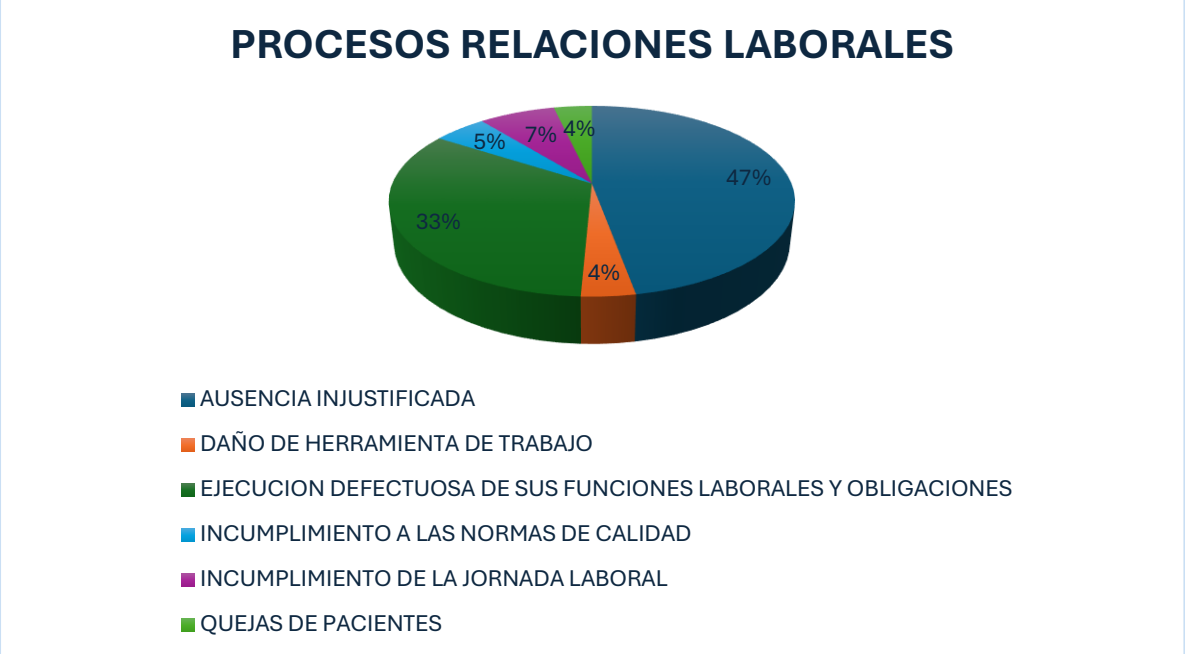
En el marco de los **cambios estructurales y operativos** implementados por la **Fundación Hospital San Carlos** durante los meses de **abril y mayo de 2024**, se realizó una reestructuración en la organización de la Fundación. Como resultado de estos cambios, la

Dirección Jurídica asumió los temas previamente adelantados por la **Coordinación de Relaciones Laborales**, que ahora se integra dentro de las funciones de la Dirección Jurídica.

Con esta nueva asignación de responsabilidades, la Dirección Jurídica se encarga de realizar otrosíes a los colaboradores cuando cambian de funciones, cargo, modalidad de contrato, o cuando se otorgan bonos, entre otros. Este trabajo se realiza en conjunto con el área de Talento Humano, especialmente con sus dependencias de nóminas, selección y contratación. Además, se asesorar y apoya a las áreas y direcciones para garantizar un ambiente laboral ajustado a la normatividad laboral vigente.

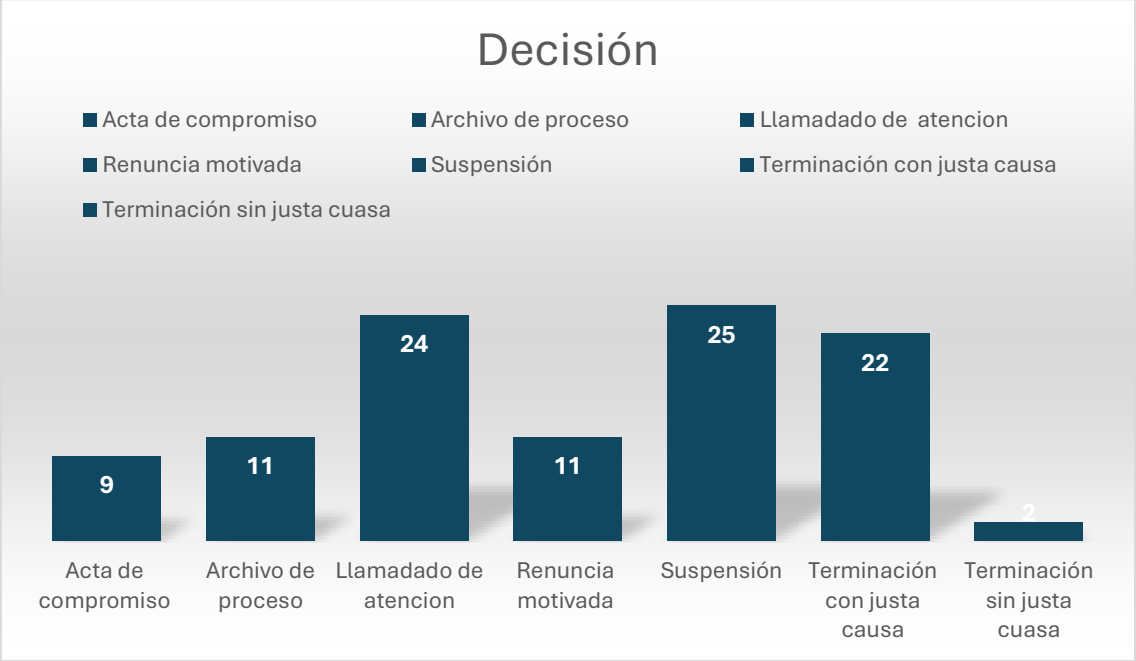
Asimismo, la Dirección Jurídica supervisa el cumplimiento de las normativas laborales vigentes y vela por la correcta implementación del Reglamento Interno de la Fundación, que regula los derechos, deberes y obligaciones de los empleados dentro del marco laboral. Todo esto con el fin de promover un ambiente de trabajo justo y conforme a la normatividad legal vigente, protegiendo, al mismo tiempo, los intereses de la Fundación.

A lo largo de la gestión realizada para el año 2024, se tiene un total de 167 proceso disciplinarios entre los cuales se destacan como principales causas, la ausencia no justificada,



incumplimiento de funciones, incumplimiento de la jornada laboral y por hechos relacionados con abandono de cargo, incumplimiento de la jornada laboral, daños en elementos de trabajo entre otros.

Esto nos permite analizar que, ante las faltas más frecuentes que dieron lugar a la apertura de un proceso disciplinario, se tomaron las siguientes decisiones las cuales se detallan de la siguiente manera:



Se puede analizar que la medida disciplinaria más aplicada fue la suspensión del contrato de trabajo. Estas suspensiones, que se implementaron según la gravedad de la falta cometida.

Durante el mes de octubre, la Dirección Jurídica decidió agilizar el proceso disciplinario con el objetivo de atender los diferentes requerimientos recibidos por parte de las áreas que forman parte de nuestra institución. Esto implica que el proceso sea menos engorroso y más acorde con las normas laborales y disciplinarias vigentes.

Uno de los objetivos claves alcanzados durante la gestión realizada en el año 2024, fue el acompañamiento y la asesoría al comité de convivencia. En este proceso, se participó mediante capacitaciones y reuniones que facilitaron la reestructuración del comité, motivada por los cambios internos dentro de la institución.

4. Otras Actividades De Impacto Adelantadas Por La Dirección Jurídica En El Año 2024.

4.1 Reforma Estatutaria

En mayo de 2024, después de varios reparos al documento final de los estatutos de la Fundación Hospital San Carlos por parte de la Secretaría Distrital de Salud, se radicó el texto definitivo, el cual fue aprobado mediante Resolución No. 1651 de fecha 8 de julio de 2024. Dentro de los principales cambios, se establecieron las causales de liquidación y disolución, se fortalecieron las funciones, deberes, obligaciones y prohibiciones de la Junta Directiva, el Presidente de la Junta, así como las del Representante Legal, entre otros aspectos, los cuales eran importantes actualizar.

4.2 Boletín Jurídica

En mayo de 2024, se empezó a publicar en la Intranet de la Fundación Hospital San Carlos el *"boletín jurídico",* herramienta de la Dirección Jurídica que busca informar de manera mensual al personal de la institución sobre los cambios normativos que afectan directamente a la institución y deben ser de obligatorio cumplimiento. Esta herramienta, desde luego continuará para el año 2025.

4.3 Cambio De Aseguradora

La Fundación Hospital San Carlos, desde el año 2019, venía gestionando directamente sus pólizas con la Aseguradora Solidaria de Colombia. Sin embargo, en 2024, por decisión de la gerencia y con el objetivo de disminuir los costos operativos, se decidió explorar otras alternativas que favorecieran mejor a la institución. En este contexto, se dio la bienvenida a **AORA Asesores en Seguros**, quienes, desde octubre, han colaborado con la gestión de diversas pólizas, incluyendo la garantía de responsabilidad profesional médica, la póliza de directivos, y en diciembre de 2024, la póliza de todo riesgo, todas ellas con la aseguradora **Chubb Seguros**. Esto ha permitido la disminución de costos y han proporcionado una cobertura de asegurabilidad más integral para la institución.

4.4 Discusión Jurídica Del Impuesto Predial Unificado

La Fundación Hospital San Carlos, mediante la ley 36 de 1940, fue declarada como exenta de cualquier tipo de tributo nacional, departamental o distrital, esto debido al aporte que había hecho a la comunidad su fundador y benefactor el señor Gustavo restrepo Mejía, su fundador, adicional fue declarada por el Ministerio de Educación como Monumento Nacional, e incluido como bien de interés cultural del Distrito, mediante el Decreto 1973 de 1996 y el Decreto Distrital 606 de 2001.

En este sentido, encontramos que la Fundación Hospital San Carlos, ha venido presentando declaraciones de impuesto predial en 0 desde el periodo gravable 2016, sin embargo, la administración distrital inició la expedición y notificación de actos administrativos donde pretendían el pago del impuesto predial de los años 2012, 2014, 2015 y 2017, actos que se demandaron en el año 2017 mediante la interposición de demanda de

nulidad y restablecimiento del derecho, para que se declarara la nulidad de dichos actos administrativos.

En el año 2019 la Secretaría de Hacienda mediante Resolución DCO del 4 de octubre de 2019, nos libró mandamiento de pago por supuestas obligaciones fiscales por concepto de impuesto predial unificado para los años gravables 2012, 2017, 2018 y 2019 por valor un valor de $8 mil millones de pesos aproximadamente, para lo cual presentamos las debidas excepciones de excepción de pago, resueltas el mismo año como no probadas y seguir adelante con el proceso administrativo de cobro, sin que al momento se hayan ejecutado en contra del Hospital dichos ordenamientos.

5. Desafíos Y Metas Para El Año 2025

Para la Dirección Jurídica, el año 2025 se presenta como un periodo de significativo aprendizaje, establecimiento de metas y logro de objetivos estratégicos. En este sentido, se tienen planeadas diversas acciones clave que fortalecerán su funcionamiento y cumplimiento de sus responsabilidades institucionales. Las principales iniciativas incluyen:

1. **Modificación del Manual de Contratación**: Se buscará una actualización de su manual de contratación, con el fin de adaptarlo a los cambios normativos y mejorar los procesos de contratación internos, siendo más flexibles según la necesidad de la Fundación.

2. **Actualización y modificación del Reglamento Interno de Trabajo**: Se procederá a la revisión y modificación del reglamento interno, ajustándolo a los cambios estructurales que ha experimentado la Fundación Hospital San Carlos en el año 2025. En este sentido, se tendrá como eje para la modificación el cambio en la jornada laboral, las políticas de desconexión laboral, la tipificación de conductas para procesos disciplinarios y la reciente Ley 2365 de 2024, que busca prevenir y combatir el acoso sexual.

3. **Reforzamiento de la Defensa Judicial**: Se consolidará el proceso de defensa judicial, con énfasis en la asistencia a los juzgados cuando sea necesario para impulsar los procesos, velando por los intereses legales de la Fundación.

4. **Fortalecimiento del Proceso de Contratación**: Se trabajará en estrecha colaboración con las áreas correspondientes para asegurar que todos los contratistas cumplan con los requisitos legales, tales como documentación, permisos, estudios, entre otros, que son esenciales para la validación y correcta ejecución de los contratos. Asimismo, se exigirá nuevamente el informe de supervisión, estableciendo como fechas de presentación los meses de enero, abril, agosto y diciembre para todos los contratos.

5. **Cumplimiento con la Normatividad Legal Vigente**: Se garantizará la adaptación continua a los cambios normativos, especialmente con la entrada en vigor de la **Ley 2381 de 2024**, que modifica el Sistema General de Pensiones y que impacta a la Fundación como empleador. Asimismo, se anticipa la reforma al Sistema General de Salud y la reforma laboral, los cuales serán fundamentales e impactarán el desarrollo de la Fundación.

La Dirección Jurídica está comprometida a afrontar cada uno de los cambios que se surtan, con el objetivo de contribuir al desarrollo y cumplimiento de la misión de la Fundación en la prestación de servicios de salud, asegurando que todas las decisiones y acciones legales estén alineadas con las necesidades y objetivos institucionales.

Gestión de Dirección Médica

Hecho por Carlos Daniel Henao Zuluaga

1. Introducción

La dirección médica de la Fundación Hospital San Carlos es la unidad funcional garante de los procesos asistenciales de la institución; integra las unidades operativas del hospital y lidera los procesos de flujo de pacientes en su interior promoviendo que dicho flujo se realice con prácticas de seguridad, calidad, costo-efectividad y complejidad sostenida y fomenta la construcción de un enlace permanente entre la administración y la asistencia. Se presenta a través de este documento la gestión global de la Dirección Médica en 2024. Con motivo de cambios operativos en grupos de auditoría concurrente y de calidad, la dirección médica ha tomado de forma temporal el comando de dichos grupos y por ende se presenta informe puntual de ambos en este informe.

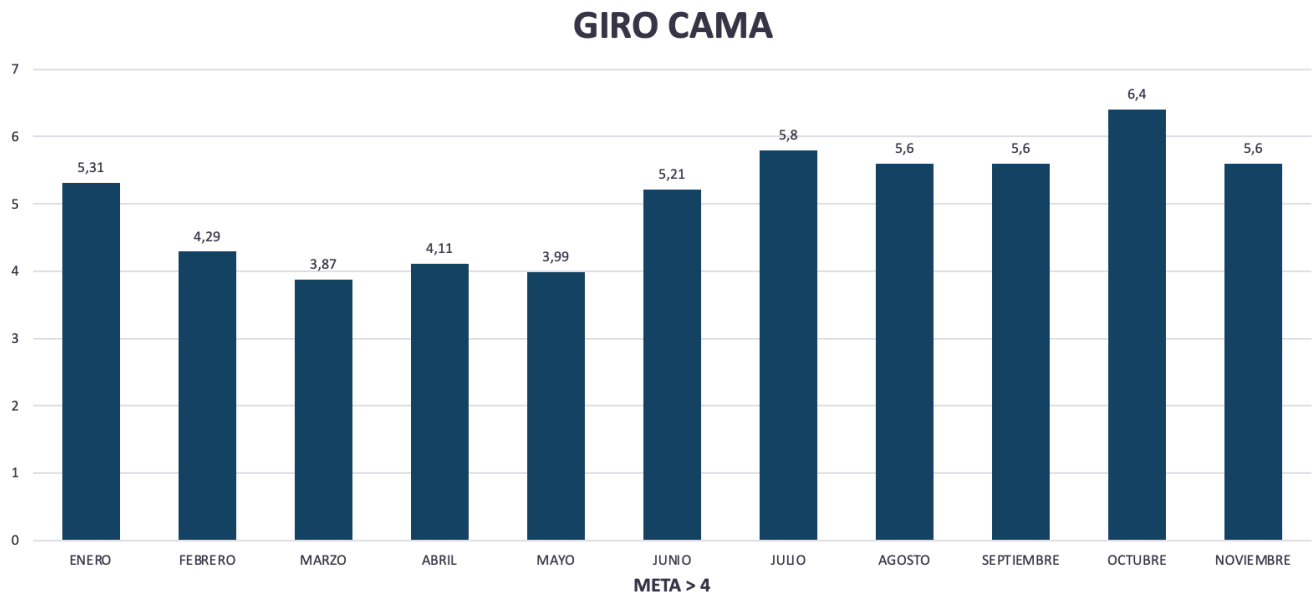
2. Organigrama



Informe de gestión Coordinación médica

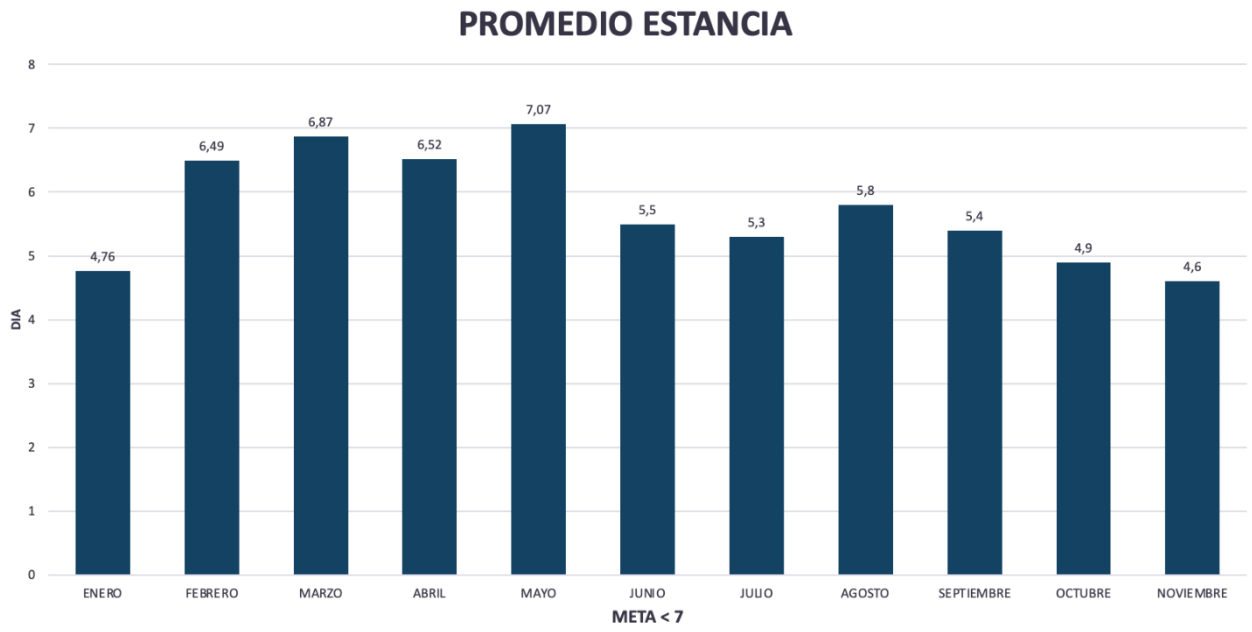
Jennyfer Stefanie Sanabria Carvajal

1. Indicadores De Gestión



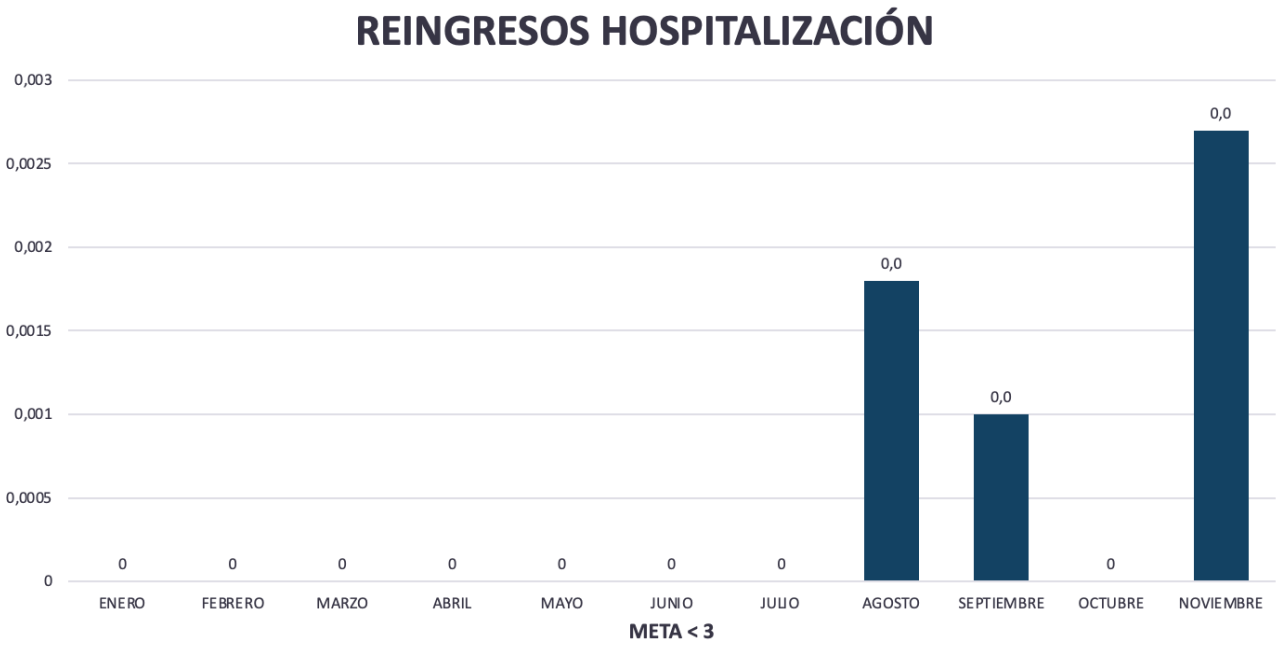
Nota de gráfica: Determinar la productividad del servicio de hospitalización acorde a la capacidad instalada disponible

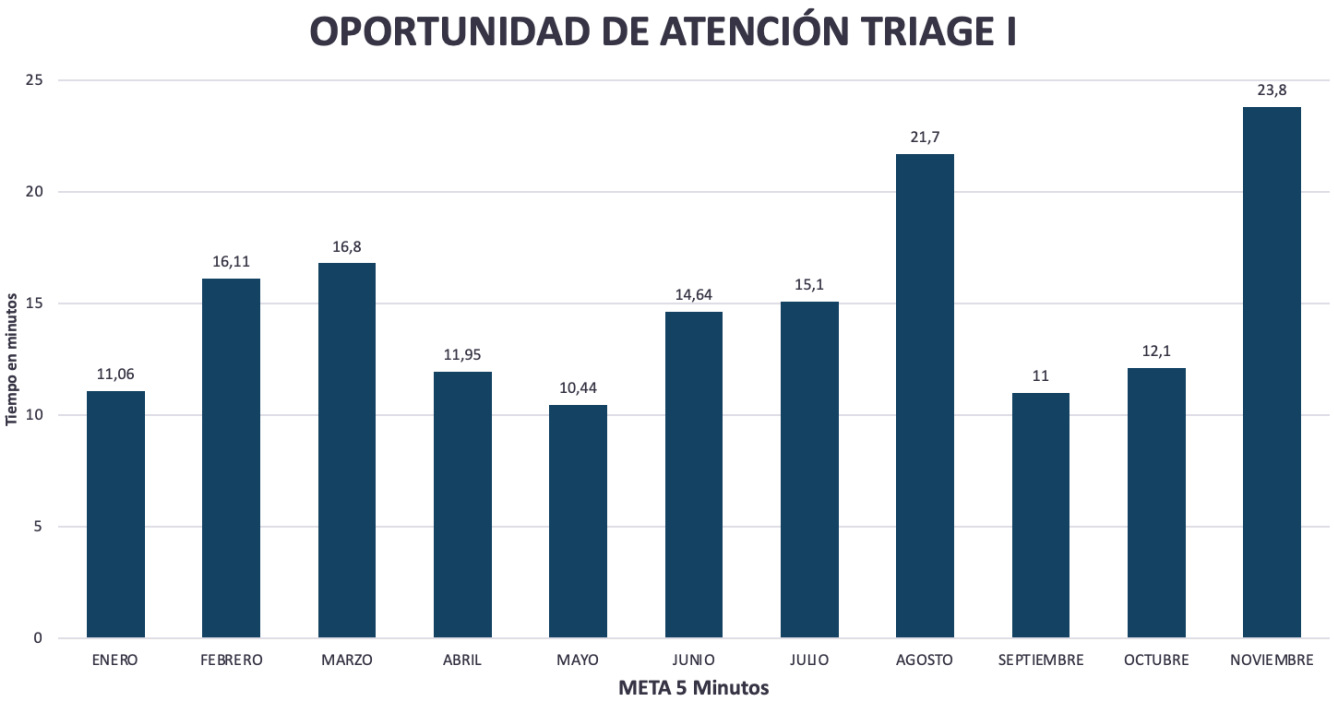
Meta: > 4 días



Nota de gráfica: Determinar número de días promedio que un paciente permanece hospitalizado con el fin de optimizar la capacidad instalada y mejorar el giro cama

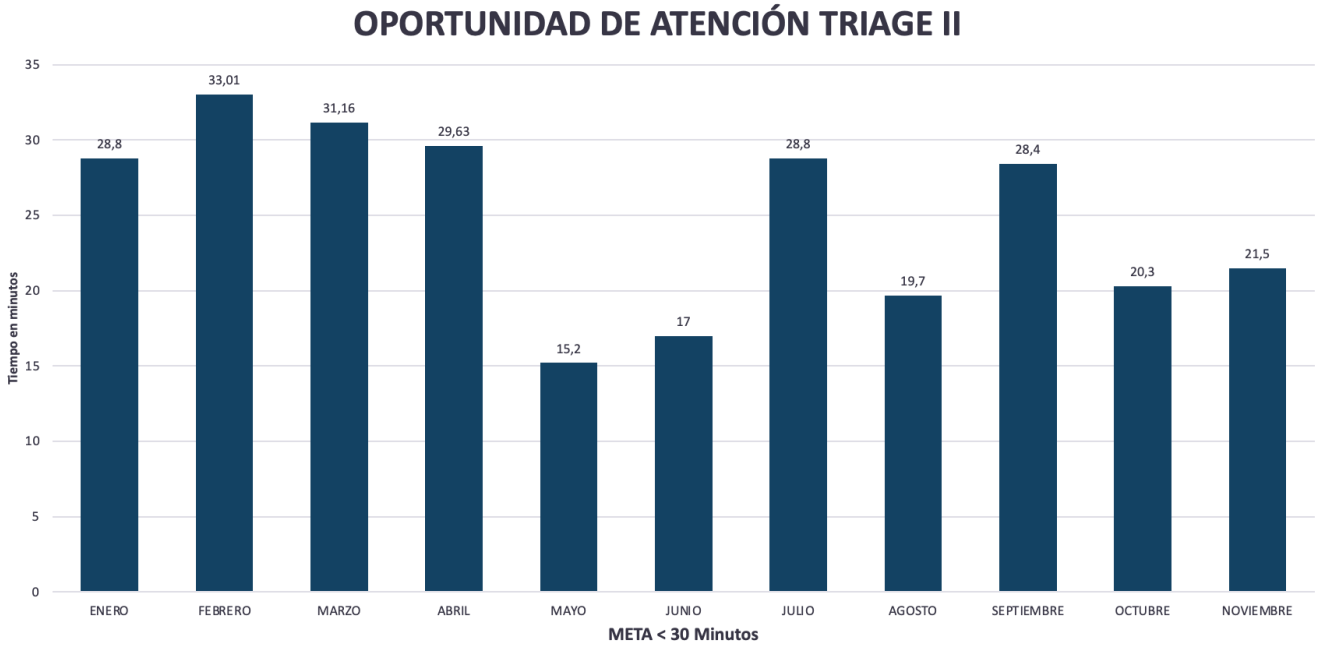
Meta: < 7 d





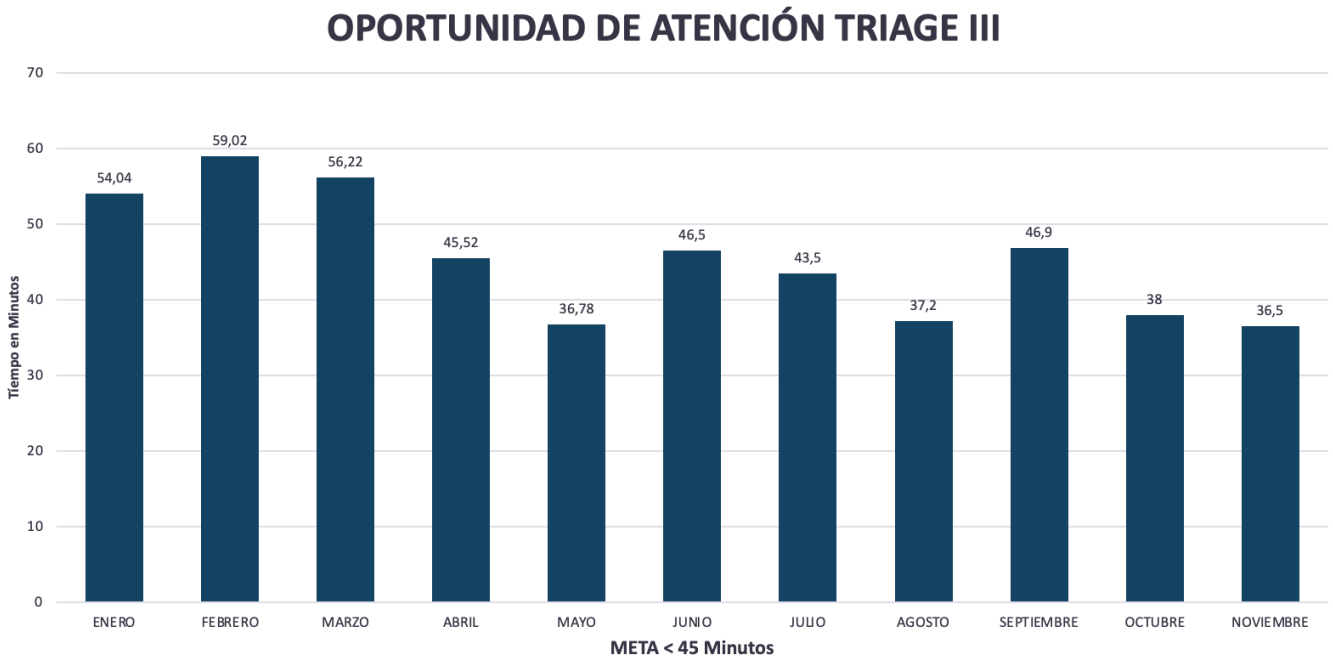
Nota de gráfica: Tiempo transcurrido entre la admisión del paciente hasta su valoración por en el Triage (I)

Meta: < 4 min



Nota de gráfica: Tiempo transcurrido entre la admisión del paciente hasta su valoración por en el Triage (II)

Meta: < 30 min



Nota de gráfica: Tiempo transcurrido entre la admisión del paciente hasta su valoración por en el Triage (III)



Meta: < 45 min

6. Capacidad Instalada Y Head Count

Head count médicos hospitalización				
Servicio /Turnos	Mañana	Tarde	Noche 1 (1 cubre quirófano)	Noche 2 (1 cubre quirófano)
7 norte	2 (planta)	1 (planta)	1 (OPS)	1 (planta)
7 sur	2 (planta)	1 (OPS)	1 (planta)	1 (OPS
6 norte	2 (planta)	1 (planta)	1 (OPS)	1 (planta)
6 sur	2 (planta)	1 (OPS) *	1 (planta)	1 (planta)
5 norte	2 (planta)	1 (OPS)	1 (OPS)	1 (OPS) *
5 sur	2 (planta)	1 (planta)	1 (planta)	1 (planta)
4 norte	1 (planta)	1 (planta)	1 (planta)	1 (planta)
3 norte	1 (planta)	1 (OPS) *	1 (planta)	1 (planta)
Otros:	---	---	---	Supernumerario 1 (planta – rural)
Total	14 (planta)	4 (planta) 4 (OPS) * Pendiente contratación	5 (planta) 3 (OPS)	6 (planta) 2 (OPS) * Pendiente contratación

Head count médicos urgencias				
Turno	Mañana	Tarde	Noche 1	Noche 2
Consultorio	2 (planta)	1 (planta) 1 (OPS)	1 (planta) 1 (OPS)	1 (planta) 1 (OPS)
Transición	1 (planta)	1 (planta)	1 (planta)	1 (OPS)
Observación	1 (OPS)	2 (OPS) *	1 (OPS)	1 (OPS)
Otros	---	Supernumerario 1 (planta – rural)	---	---
Total	3 (planta) 1 (OPS)	3 (planta) 3 (OPS) * Pendiente contratación	2 (planta) 2 (OPS)	1 (planta) 3 (OPS)

Head count otros médicos	
Hospitalario infectología	1 (planta) – rural
Hospitalario cirugía plástica y psiquiatría	1 (planta) – rural
Hospitalario urología y apoyo urgencias	1 (planta – rural)
Hospitalario cirugía de tórax, hematología, neumología y cirugía de mano	1 (planta – rural)

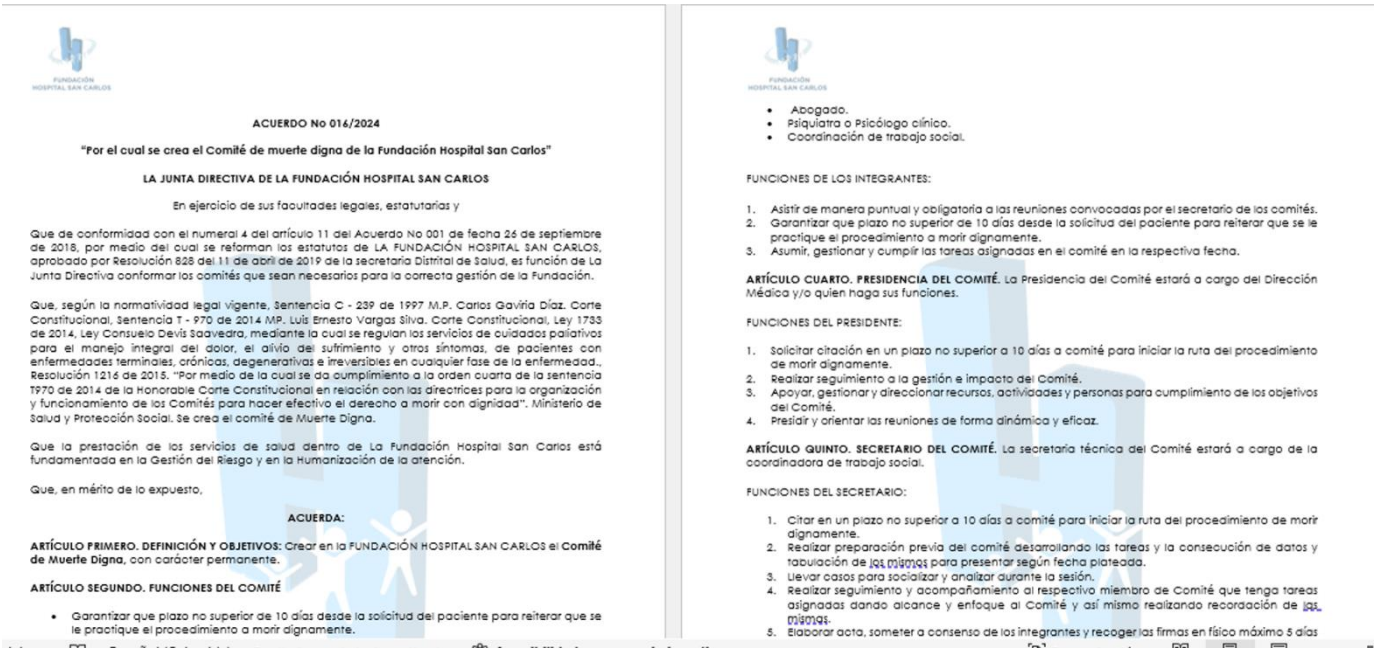
Hospitalario neurología	1 (planta – rural)
Salas de cirugía turno mañana	2 (planta) 1 (OPS)
Salas de cirugía turno tarde	3 (planta)
Vacacional mañana	1 (planta – rural)
Vacacional tarde	1 (OPS)
Vacacional noche 1	1 (OPS) *
Vacacional noche 2	1 (OPS)
TOTAL	11 (planta) 4 (OPS) * Pendiente contratación

Head count camilleros	
Turno mañana	8 (planta)
Turno tarde	8 (planta)
Turno noche 1	4 (planta)
Turno noche 2	4 (planta)
Vacacional	1 (planta)
TOTAL	25 (planta)

3. Comité de donación de órganos y tejidos / referente de donación de órganos y tejidos



4. Comité de muerte digna



ACUERDO No 016/2024

"Por el cual se crea el Comité de muerte digna de la Fundación Hospital San Carlos"

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS

En ejercicio de sus facultades legales, estatutarias y

Que de conformidad con el numeral 4 del artículo 11 del Acuerdo No 001 de fecha 26 de septiembre de 2018, por medio del cual se reforman los estatutos de LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS, aprobado por Resolución 828 del 11 de abril de 2019 de la secretaria Distrital de Salud, es función de La Junta Directiva conformar los comités que sean necesarios para la correcta gestión de la Fundación.

Que, según la normatividad legal vigente, Sentencia C - 239 de 1997 M.P. Carlos Gaviria Díaz. Corte Constitucional, Sentencia T - 970 de 2014 MP. Luis Ernesto Vargas Silva. Corte Constitucional, Ley 1733 de 2014, Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad., Resolución 1216 de 2015. "Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad". Ministerio de Salud y Protección Social. Se crea el comité de Muerte Digna.

Que la prestación de los servicios de salud dentro de La Fundación Hospital San Carlos está fundamentada en la Gestión del Riesgo y en la Humanización de la atención.

Que, en mérito de lo expuesto,

ACUERDA:

ARTÍCULO PRIMERO. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS: Crear en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS el **Comité de Muerte Digna**, con carácter permanente.

ARTÍCULO SEGUNDO. FUNCIONES DEL COMITÉ

- Garantizar que plazo no superior de 10 días desde la solicitud del paciente para reiterar que se le practique el procedimiento a morir dignamente.
- Abogado.
- Psiquiatra o Psicólogo clínico.
- Coordinación de trabajo social.

FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES:

1. Asistir de manera puntual y obligatoria a las reuniones convocadas por el secretario de los comités.
2. Garantizar que plazo no superior de 10 días desde la solicitud del paciente para reiterar que se le practique el procedimiento a morir dignamente.
3. Asumir, gestionar y cumplir las tareas asignadas en el comité en la respectiva fecha.

ARTÍCULO CUARTO. PRESIDENCIA DEL COMITÉ. La Presidencia del Comité estará a cargo del Dirección Médica y/o quien haga sus funciones.

FUNCIONES DEL PRESIDENTE:

1. Solicitar citación en un plazo no superior a 10 días a comité para iniciar la ruta del procedimiento de morir dignamente.
2. Realizar seguimiento a la gestión e impacto del Comité.
3. Apoyar, gestionar y direccionar recursos, actividades y personas para cumplimiento de los objetivos del Comité.
4. Presidir y orientar las reuniones de forma dinámica y eficaz.

ARTÍCULO QUINTO. SECRETARIO DEL COMITÉ. La secretaria técnica del Comité estará a cargo de la coordinadora de trabajo social.

FUNCIONES DEL SECRETARIO:

1. Citar en un plazo no superior a 10 días a comité para iniciar la ruta del procedimiento de morir dignamente.
2. Realizar preparación previa del comité desarrollando las tareas y la consecución de datos y tabulación de los mismos para presentar según fecha plateada.
3. Llevar casos para socializar y analizar durante la sesión.
4. Realizar seguimiento y acompañamiento al respectivo miembro de Comité que tenga tareas asignadas dando alcance y enfoque al Comité y así mismo realizando recordación de las mismas.
5. Elaborar acta, someter a consenso de los integrantes y recoger las firmas en físico máximo 5 días

5. Brigadas de salud centros penitenciarios

Se realiza acompañamiento al área de consulta externa durante el proceso de brigadas a los diferentes centros penitenciarios con las siguientes especialidades:

- Cirugía General
- Ortopedia
- Ginecología.
- Se realiza abordaje al servicio de Neurología obteniendo aprobación para visitas a centros penitenciarios.

Otras actividades:

- Disminución de estancia hospitalaria con reuniones los días viernes con Nueva EPS.
- Profesional de enlace con Famisanar.
- Apertura del 4 piso (INPEC).
- Disminución de estancia hospitalaria optimizando ronda con los médicos de cada piso y realizando auditoria de concurrencia.
- Se encuentra la malla vacacional del año 2025 sin pasivo vacacional pendiente.
- Se realiza cronograma de GPC, actualizando las que se requieren y realizando el proceso de socialización, evaluación de conocimientos y evaluación de las GPS: Infección de vías urinarias, EPOC, ICC, Colelitiasis, HTA.
- Se está realizando la productividad de los camilleros en concordancia con la bitácora de traslados la cual debe ser entregada semanal.
- Se realiza productividad de médicos en el área de consulta de urgencias.
- Se continúa brindando apoyo a consulta externa con la consulta en espejo.

Gestión De Departamento De Enfermería

Erika Tapias

1. Introducción

La coordinación de hospitalización, urgencias y uci de la Fundación Hospital San Carlos está orientada en la organización, capacitación y redirección de los colaboradores de enfermería, implementado estrategias de mejora en los servicios, buenas prácticas, responsabilidad y cultura institucional de acuerdo con las necesidades de cada área. Motivo por el cual el presente informe entrega el resultado de las actividades ejecutadas desde la coordinación de enfermería de los servicios mencionados; desarrollado e implementado durante el año 2024.

2. Objetivos

- Fortalecer el impacto en la transformación desde la humanización, la parte cultural, profesional y ambiental con un enfoque transversal en los colaboradores y procesos.
- Minimizar los posibles riesgos que afecten la salud de nuestros pacientes evitando las estancias prolongadas
- Fortalecer el trabajo en equipo, respeto y comunicación asertiva entre enfermero, médico, paciente, familia y/o cuidador.
- Aumentar la educación brindada a pacientes, familiares y/o cuidadores sobre las barreras de seguridad evitando riesgos, errores y complicaciones que sufren los pacientes durante atención en salud mediante estrategias y respuestas por planes de mejora.

3. Alcance

El alcance de las actividades realizadas en el área de hospitalización, urgencias y unidades de cuidado intensivo están basadas en la calidad de atención que se brinda al paciente mediante practicas seguras, de esta manera desde la coordinación se verifica, planea y crean estrategias en las cuales se identifican los posibles riesgos, orientando a los colaboradores de enfermería de la fundación hospital san Carlos sobre atención segura del paciente mediante la adherencia a guías y protocolos, manejo de trabajo en equipo y de esta manera contribuir con resultados para la institución.

1. Capacidad instalada y head count

El servicio de hospitalización cuenta con:

SERVICIO	CAMAS	JEFE DE ENFERMERIA	AUXILIARES DE ENFEMRERIA
7 NORTE	32	2 jefes de enfermería	3 auxiliares
7 SUR	31	2 jefes de enfermería	3 auxiliares
6 NORTE	33	2 jefes de enfermería	3 auxiliares
6 SUR	38	2 jefes de enfermería	4 auxiliares
5 NORTE	40	2 jefes de enfermería	5 auxiliares
5 SUR	36	2 jefes de enfermería	4 auxiliares
4 NORTE	33	2 jefes de enfermería	4 auxiliares
3 NORTE	20	1 jefe de enfermería	2 auxiliares
TOTAL	263	15	28

El servicio de urgencias cuenta con:

SERVICIO	CAMAS /SILLAS	JEFE DE ENFERMERÍA	AUXILIARES DE ENFERMERÍA
TRIAGE	N/A	1	N/A
REANIMACIÓN	4	1	1
HIDRATACIÓN	17	1	2
RESPIRATORIOS	5	N/A	1

PROCEDIMIENTOS	N/A	N/A	1
OBSERVACION	13	2	2
TOTAL	39	5	7

El servicio de uci cuenta con:

SERVICIO	CAMAS	JEFE DE ENFERMERÍA	AUXILIARES DE ENFERMERÍA
UCI 2	18	2	6
UCI 3	10	1	4
UCI 4	12	1	4
TOTAL	40	4	14

Supernumerarios:

SUPERNUMERARIOS	JEFE DE ENFERMERÍA	AUXILIARES DE ENFERMERÍA
HOSPITALIZACION	3	12
URGENCIAS	4	4
UCI	4	4
TOTAL	11	20

Malla vacacional:

MALLA VACACIONAL	JEFE DE ENFERMERÍA	AUXILIARES DE ENFERMERÍA
HOSPITALIZACIÓN	1	0
URGENCIAS	0	0
UCI	1	1
TOTAL	2	1

El servicio de piel sana cuenta con:

SERVICIO	JEFE DE ENFERMERÍA	AUXILIARES DE ENFERMERÍA
PIEL SANA	1	1

4. Intervenciones realizadas de socialización 2024

Durante el año 2024 se realizaron 119 capacitación, socializaciones y retroalimentaciones a los colaboradores de la FSHC enfermería de los servicios de hospitalización, urgencias y uci. Los cuales se relacionan de la siguiente manera.

ENERO ¨2024 - TOTAL (5)
socialización Código azul
socialización 13 correctos administración de medicamentos
uso adecuado medidas de bioseguridad, aislamientos y lavado de manos
Dotación entrega de útiles (marcadores, esferos)
socialización restricciones auxiliar Sandra Sanabria
FEBRERO ¨2024 - TOTAL (7)
socialización formatos y medicamentos e insumos de carro de paro
Plan de mejora flebitis
Socialización técnica de venopunción
Socialización residuos hospitalarios
Socialización plan de mejora carro de paro
Socialización política del buen trato y humanización
Socialización escala de morse y Braden
MARZO ¨2024 - TOTAL (10)
socialización registros de historia clínica
socialización Brote Cándida
socialización protocolo de baño de pacientes
socialización proceso de limpieza y desinfección
socialización inconformidad paciente Elizabeth Castellanos
socialización manejo de paciente famisanar en Triage
socialización registro de historias clínicas
socialización uso adecuado de guantes de manejo
socialización 5 momentos de lavado de manos según la OMS
socialización inconformidad paciente Ermes Carreño
ABRIL ¨2024 - TOTAL (12)
Socialización protocolo fuga de paciente
Capacitación curación CVC Y PICC
Retroalimentación por inconformidad pte Sandra Rodríguez
Socialización manejo de residuos hospitalarios
Socialización evento adverso sobre caída
Retroalimentación sobre trabajo en equipo servicio de urgencias

Socialización protocolo paso de sonda vesical y lista de chequeo
Socialización importancia entrega de turno
socialización preparación pacientes para imágenes diagnosticas
socialización protocolo riesgo de caída y plan de mejora
análisis queja pte Manuel Castillo
Análisis PQR por pte Yefry Pérez
MAYO ¨2024 - TOTAL (14)
socialización de escalas de riesgo y puntaje
socialización inconformidad pte William Navia sobre administración de medicamentos
socialización inconformidad pte Víctor Gómez
Grupo primario (UPP - Glosas - ACV, caídas, accesos periféricos)
socialización evento adverso por caída de paciente
socialización brote ochrobactrum antrhopi
socialización indicación y verificación de CVC en hospitalización, urgencias y uci
socialización cuidados de CVC por evento adverso 8758
capacitación cuidados de enfermería en paciente con ventriculostomia
retroalimentación traslado y preparación quirúrgica de paciente
Retroalimentación hallazgos compensar sabanas y cobijas
Análisis de PQR pte Hermes Antonio
Intervención clima laboral uci 2
Análisis de evento paciente Alirio Riaño
JUNIO ¨2024 - TOTAL (10)
Socialización seguimiento de PICC y CVC
socialización comunicación asertiva paciente Angelica nieto
socialización toma signos vitales practicantes Sena
capacitación del personal de enfermería sobre apósito de prevención de lesión de heridas
socialización sobre las auditorias del carro de paro
socialización de lavado de manos
socialización inconformidad paciente Luis Eduardo silva
Comité extraordinario formato revisión y semaforización de carro de paro
retroalimentación hallazgos compensar
socialización manejo de insumos
JULIO ¨2024 - TOTAL (13)
Cumplimiento en el registro adecuado de los medicamentos
socialización lista de chequeo falta de insumos UCI
socialización de protocolo recibo y entrega de turno
retroalimentación de formato de notas de enfermería
socialización PQR paciente Andrea salcedo
Grupo primerio (nutrición, farmacovigilancia controlados, infecciones)
socialización protocolo de inserción sonda vesical
Cumplimiento en el registro adecuado de los complementos nutricionales
socialización tipos de aislamiento y medidas de bioseguridad
socialización de traslado seguro del paciente
Registro y custodia de la historia clínica
Socialización adecuado registro de medicamentos

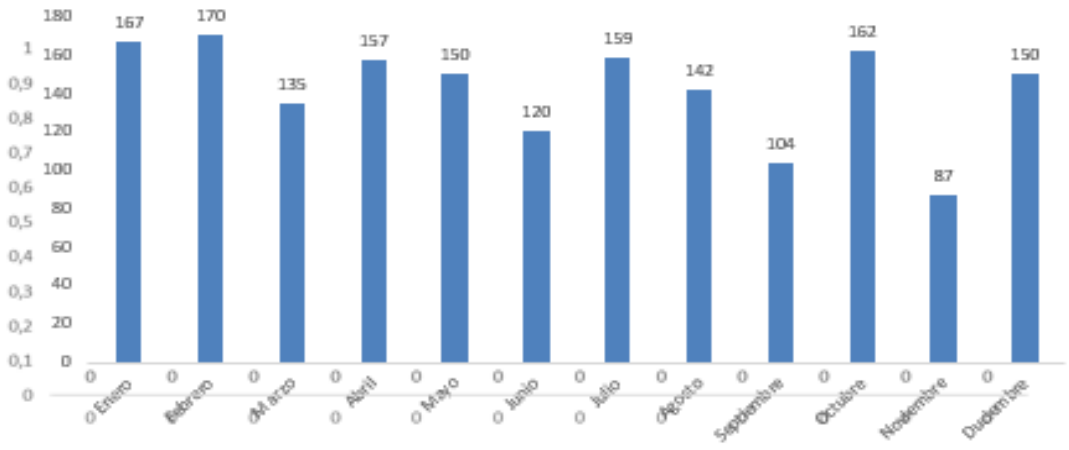
socialización del uso adecuado de elementos de protección personal y lavado de mano
AGOSTO ¨2024 - TOTAL (5)
socialización y retroalimentación de venopunción
socialización de registro oportuno de medicamentos e insumos
socialización cuidados de catéter central y PICC
socialización protocolo de sonda nasogástrica
socialización administración segura de medicamentos
SEPTIEMBRE ¨2024 - TOTAL (14)
socialización toma de muestras de laboratorio
socialización de humanización en los servicios de salud
Plan de mejor de flebitis
socialización solicitud de dietas al servicio de nutrición
socialización de segregación de residuos
socialización plan de mejora sobre riesgos de caigas
socialización PQR sobre humanización
socialización evento SIREPS 9029
socialización hallazgo inadecuado registro de carro de paro
socialización traslado seguro
socialización de registro de medicamentos controlados hospitalización, urgencias y uci
socialización evento SIREPS 9006
socialización preparación paciente colonoscopia
socialización clasificación TRIAGE urgencias
OCTUBRE ¨2024 - TOTAL (12)
socialización plan de mejora sobre riesgos de caigas
socialización de las UPP
socialización diligenciamiento de notas de enfermería
socialización de la importancia del libro de registro de toma de muestras uci
socialización manejo de VAC-SMITH
socialización y evaluación protocolo de recibo y entrega de turno
Socialización preparación de paciente para imágenes
socialización flebitis por evento de farmacovigilancia
socialización de protocolo de nutrición
socialización sobre hemocultivo y urocultivo
capacitación de administración medicamentos en sistema
Registro y formatos de carro de paro
NOVIEMBRE ¨2024 - TOTAL (13)
socialización segregación de residuos de UCI
socialización PQR paciente Zuly Betsabé Pérez
socialización PQR paciente Gildardo Mario Rodríguez
socialización correcto diligenciamiento de formato carro de paro
socialización sobre consentimiento informado de enfermería
Grupo primario (manejo de paciente difícil, riesgo mecánico, reporte de accidente laboral y formato de medicamentos controlados
capacitación cuidado y manejo de CVC
socialización PQR paciente Ana Mireya Vargas

socialización tipos de aislamiento de bioseguridad
socialización Hemoderivados
socialización Registro oportuno de medicamentos
socialización registro de consentimiento informado de enfermería
Plan de mejora evento de nutrición
DICIEMBRE ¨2024 - TOTAL (4)
socialización PQR paciente Julia Rosa Quintana
socialización traslado de muestras y registro de enfermería
socialización plan de mejora de registro de medicamentos, insumos y toma de EKG y laboratorio
socialización del manejo de VAC
socialización plan de mejora Malaria

De igual manera los resultados para el año 2024, en temas relacionados con calidad se relacionan a continuación:

- Seguridad del paciente – eventos adversos

Se reporta un total de 1.703 en el año 2024, donde se evidencia que para el mes de noviembre disminuyó el porcentaje de reporte.



En relación con eventos adversos por caídas durante el año 2024 se reportan un total de 9 en el cual durante el mes de marzo, agosto y noviembre aumenta el indicador, razón por la cual el área de calidad y enfermería implementan rondas continuas de seguridad del paciente para disminuir dichos eventos.



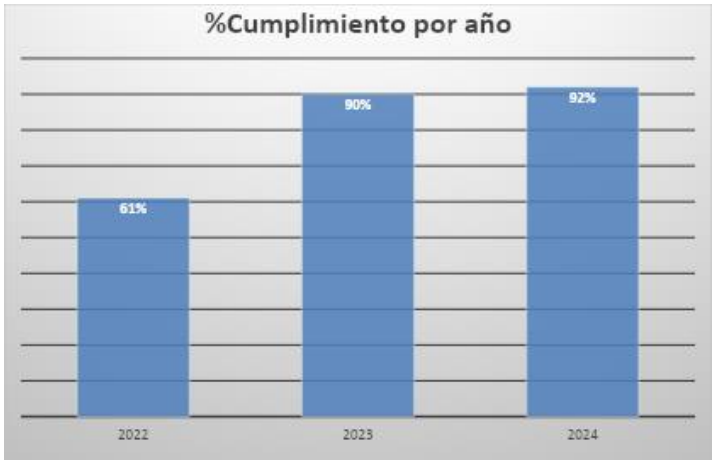
Durante el año 2024 se reportan un total de 71 caídas en hospitalización con indicador elevado en enero, marzo, abril y agosto donde se plantearon planes de mejora.



Relacionando carro de paro para el año 2024 se obtuvo un porcentaje final de 92% de adherencia pese a que en algunos meses disminuyó el indicador de cumplimiento por ende se realizó plan de mejora y socialización para dar cumplimiento y adherencia al protocolo institucional.

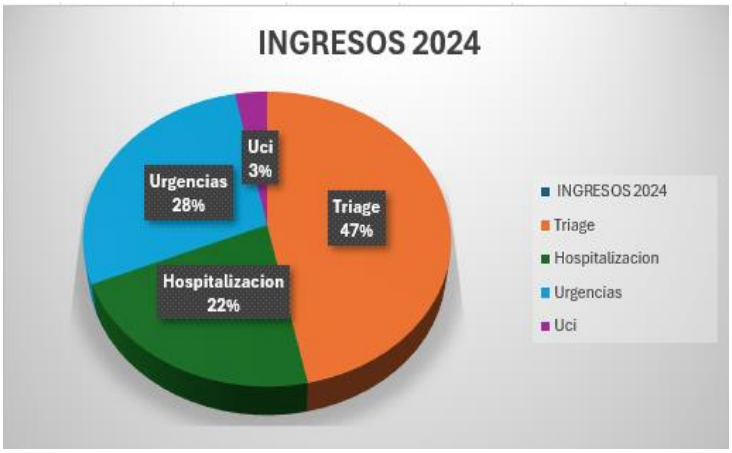


Se evidencia que en comparación con años anteriores la adherencia a los carros de paro ha mejorado en los servicios como se relaciona en la siguiente gráfica.



Para el año 2024 se realiza solicitud a TICS donde se valida los datos de ingresos y egresos de los servicios hospitalización, urgencias y uci los cuales se relacionan a continuación:

INGRESOS 2024	
Triage	28704
Hospitalización	13397
Urgencias	17372
Uci	1894



EGRESOS 2024	
Triage	17071
Hospitalización	22060
Urgencias	11959
Uci	3145



Actividades

1. Organización de colaboradores en los servicios diario y mensual.
2. Auditoria de carro de paro de hospitalización, urgencias y uci con verificación de formatos.
3. Reunión de lideres coordinadores de hospitalización, urgencias y uci
4. Reunión de estancias largas
5. Seguimiento a personal que no se adhiere a protocolos institucionales
6. Seguimiento a formatos de controlados
7. Reuniones con calidad, servicio farmacéutico
8. Organización de mallas de enfermería
9. Novedades de nómina mensuales
10. Brindar respuesta a eventos adversos en base de drive
11. Brindar respuesta a PQR en drive y correo según la necesidad
12. Rondas en los servicios junto áreas interdisciplinarias
13. Ronda de giro cama
14. Auditoria de carros paro por coordinación, auditoria de limpieza y desinfección, auditoria de paso de sonda vesical, de consentimientos informados, carpetas de educación a pacientes y familiares;
15. pedido semanal por hosvital financiero para la necesidad de los servicios
16. Capacitación según cronograma de plan anual operativo

17. verificación de HEAD COUNT donde desde la coordinación de enfermería se verifica activos y retiros mensuales

18. Realización de malla vacacional anual

19. Registro de medicamentos por plataforma creada por TICS

20. Asignación de días de familia semestral

21. Aprobación de novedades de tiempo no laborado

22. Requisiciones de colaboradores con retiro

23. Realización de entrevistas a candidatos

24. Dispensación de EPP a uci urgencias y hospitalización

25. Reuniones de grupo primario mensual

26. Socializaciones de plan de mejora

27. Socialización por protocolos y guías

28. Socialización por PQR de humanización

29. Análisis de producto de piel sana (uci)

30. Seguimiento y orientación a aprendices

31. Acompañamiento y orientación a estudiantes convenio docencia servicio (unicafam, areandina)

32. Intervención con familiares según necesidad del servicio

33. Organización de carpetas de: carros de paro, limpieza y desinfección, novedades de nómina, permisos de estudio, vacaciones, capacitaciones.

34. Acompañamiento en visitas de EPS y secretaria de salud

Programa piel sana:

La causa de mayor estancia hospitalaria es de pacientes que sufren de lesiones por presión, por lo tanto, incrementan los costos y estadía del paciente dentro de la institución. Las instituciones de alto nivel tienden a tener un programa específico de clínica de heridas en cada una de las instituciones hospitalarias ya que la mayoría de los pacientes requieren de un uso especial de apósitos o un cuidado meramente individualizado para la mejoría de estas lesiones. Por otra parte, el equipo de enfermería es parte esencial para evitar ya sea las lesiones por presión y/o lesiones asociadas a la dependencia, por ello, es importante resaltar y condensar el cuidado de las heridas dentro de las notas de enfermería y seguimiento por parte de este programa que se llama Piel Sana. Sin más preámbulos el presente informe resalta, gracias al seguimiento obtenido, el progreso del programa a lo largo del año 2024.

OBJETIVOS:

1. Identificar la población atendida con lesiones de piel en los servicios de hospitalización, UCI y urgencias por el programa piel sana en la FHSC

2. Brindar atención a las personas que padecen lesiones o heridas quirúrgicas de cualquier complejidad, disminuyendo el tiempo de recuperación y optimizando los recursos.

3. Establecer actividades educativas para la familia, el paciente y el personal de salud enfocados en las pautas de prevención y manejo de lesiones de piel.

4. Disminuir de manera significativa las lesiones generadas por presión o dependencia con ayuda de nuevas tecnologías y en apoyo con el área asistencial.

Intervenciones realizadas:

1. Se realiza acompañamiento al área de costos para revisar los insumos y los paquetes de curación para ser ofertados a las aseguradoras.

2. Desde el área de costos se presentan paquetes de curación a las aseguradoras (dependiendo el grado de complejidad de la herida con insumos básicos de curación) quedando pendiente la parametrización de los apósitos tecnológicos (espumas, hidro fibras, hidrogeles, entre otros).

3. Se presenta ante dirección médica, departamento de enfermería y financiera apósitos de tecnología ya con soporte de estudios de efectividad en pacientes de la fundación como estudio de campo del laboratorio Molnlycke

4. Se realiza mesa de trabajo desde el departamento de enfermería, el área de calidad y el programa de piel sana con el objetivo de establecer un cronograma y planes de trabajo para la prevención e intervención en el cuidado de las lesiones de la piel.

5. Se realiza mesa de trabajo con jefe del departamento para socializar el protocolo de lesiones de piel asociadas a la dependencia y programa piel sana, junto con programa de seguridad de paciente.

6. Se reestructura base de los datos de los pacientes atendidos por el servicio para facilitar la gestión de la información al momento de crear indicadores como clasificación de pacientes intra y extrainstitucionales para garantizar la disminución de los intrainstitucionales

7. Se socializa al servicio de calidad los indicadores que se han estado estructurando para subir en la plataforma Almera

8. Se establece cronograma de seguimiento a curaciones del programa piel sana por los servicios.

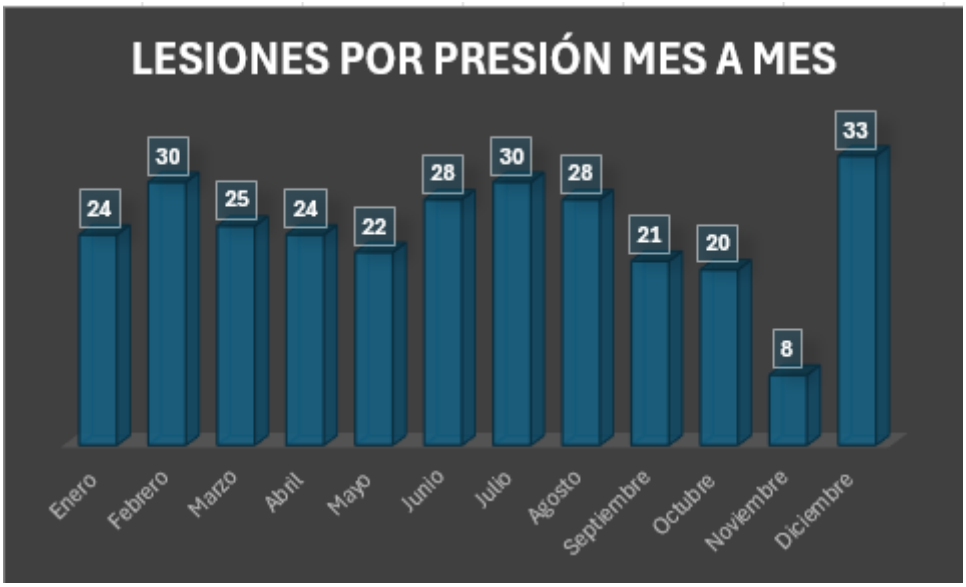
9. Se educa paciente y familia durante la estadía hospitalaria.

10. Se educa y capacita a personal asistenciales en cada piso junto con el área o programa de seguridad del paciente (mes de septiembre)

Programa de piel sana 2024:

Total, de pacientes atendidos	Total, de lesiones por presión	Lesiones por presión INTRAINSTITUCIONALES	Lesiones por presión EXTRAINSTITUCIONALES
1.348	294	113	181
100%	21,8%	8.4%	13.5%

Lesiones por presión mes a mes



Logros

- Sintetizar bases de Excel y de datos para facilitar el uso y la gestión de los indicadores de lesiones por presión.
- Se ha encaminado el proceso estructuración y reconocimiento del programa piel sana en la institución junto con las tecnologías llevadas a campo.
- Garantizar la calidad en la atención contando con el personal idóneo para la misma
- Aumentar la adherencia a la revisión y compromiso del carro de paro
- Calidad humanizada en la atención a los pacientes
- Aumentar las capacitaciones durante el año 2024 y mejorar los procesos y la adherencia a cada uno de ellos

6. Estrategias De Crecimiento / Desarrollo De Proyectos.

- Gestión de colaboradores con el fin de mejorar la atención, trabajo en equipo y clima laboral
- Auditorías de carro de paro para dar continuidad con los procesos
- Organización de carpetas y formatos de carro de paro, desinfección, educación de los servicios
- Capacitación del personal de enfermería, creando adherencia en los procesos institucionales
- Realizar seguimiento de entrega y recibo de turno
- Capacitar al personal para mejorar las falencias de cada mes
- Generar cumplimiento en la adherencia a protocolos y medidas de bioseguridad.
- Realizar rondas interdisciplinarias

7. Limitantes Y Oportunidades De Mejora

- Colaboradores con baja adherencia a algunos protocolos institucionales, dentro de las oportunidades de mejora es crear cultura de la importancia de adherencia a los mismos y aplicación de cada uno de ellos.
- Alta rotación de colaboradores

- Actualmente se cuenta con dos personas en el programa piel sana para realización de interconsultas, curaciones de seguimiento, educación al paciente, actividades de educación al personal, actividades administrativas como: reportes de eventos adversos, notas de enfermería, protocolos y bases de datos.

8. Conclusiones

- Se identifica la alta rotación de personal de enfermería la cual interrumpe los procesos relacionados con insumos, medicamentos, entre otros.
- Se trabaja continuamente en el fortalecimiento de trabajo en equipo.
- Se identifica la necesidad de constante capacitación durante el año 2025, seguimiento a adherencia de protocolos, actualización y creación de guías y protocolos que mejoren los procesos.

Gestión de Coordinación transversal turno noche 2

Merlys Thomas

1. Introducción

La coordinación de la noche es transversal a todos los procesos en donde se gestiona, verifica, analiza y organiza especialistas, médicos, enfermería, camilleros, fisioterapeutas, servicios generales, referencia, admisiones y facturación, apoyo en seguridad, salas de cirugía, oportunidad en hospitalización antes de la media noche. Motivo por el cual se realiza el informe de gestión 2024 donde se describe las actividades realizadas.

2. Objetivos

- Ayudar a planificar y diseñar mejoras en los procesos de enfermería
- Organizar los servicios de acuerdo con las necesidades presentadas en los mismos
- Gestionar giro cama con el fin de proporcionar hospitalización antes de las 6 am de los pacientes que llegan por remisión o demanda espontanea

3. Alcance

El alcance de las actividades realizadas en la fundación Hospital San Carlos van encaminadas

A la atención del paciente, a la adherencia y cultura de los colaboradores, a brindar atención segura y de esta manera aumentar estándares de calidad.

1. Capacidad instalada en turno noche 1

	ESPECIALISTAS	MEDICOS	ENFERMEROS	AUX. ENFERMERIA	BACTERIOLOGO	CAMILLEROS	SERV. GENERALES
URGENCIAS	1	4	5	7		1	1
HOSPITALIZACION	1	8	16	31		2	5
UCI	2	4	5	15		1	2
SALAS DE CIRUGIA	2		1	2			1
LABORATORIO					2		1
REFERENCIA			1				

4. Intervenciones Realizadas De Socialización 2024:

Durante el año 2024 se realizaron capacitaciones y socializaciones a los colaboradores de la FSHC. Los cuales se relacionan de la siguiente manera.

ENERO ¨2024
socialización Código azul
socialización 13 correctos administración de medicamentos
uso adecuado medidas de bioseguridad, aislamientos y lavado de manos
Dotación entrega de útiles (marcadores, esferos)
FEBRERO ¨2024
socialización formatos y medicamentos e insumos de carro de paro
Plan de mejora flebitis
Socialización técnica de venopunción
Socialización residuos hospitalarios
Socialización plan de mejora carro de paro
Socialización política del buen trato y humanización

Socialización escala de morse y Braden
MARZO ¨2024
socialización registros de historia clínica
socialización Brote Cándida
socialización protocolo de baño de pacientes
socialización proceso de limpieza y desinfección
socialización manejo de paciente famisanar en Triage
socialización registro de historias clínicas
socialización uso adecuado de guantes de manejo
socialización 5 momentos de lavado de manos según la OMS
ABRIL ¨2024
Socialización protocolo fuga de paciente
Capacitación curación CVC Y PICC
Socialización manejo de residuos hospitalarios
Socialización evento adverso sobre caída
Retroalimentación sobre trabajo en equipo servicio de urgencias
Socialización protocolo paso de sonda vesical y lista de chequeo
Socialización importancia entrega de turno
socialización preparación pacientes para imágenes diagnosticas
socialización protocolo riesgo de caída y plan de mejora
MAYO ¨2024
socialización de escalas de riesgo y puntaje
socialización evento adverso por caída de paciente
socialización brote ochrobactrum antrhopi
socialización indicación y verificación de CVC en hospitalización, urgencias y uci
capacitación cuidados de enfermería en paciente con ventriculostomia
retroalimentación traslado y preparación quirúrgica de paciente
Retroalimentación hallazgos compensar sabanas y cobijas
JUNIO ¨2024
Socialización seguimiento de PICC y CVC
capacitación del personal de enfermería sobre apósito de prevención de lesión de heridas
socialización sobre las auditorias del carro de paro
socialización de lavado de manos
Comité extraordinario formato revisión y semaforización de carro de paro
socialización manejo de insumos
JUlIO ¨2024
Cumplimiento en el registro adecuado de los medicamentos
socialización de protocolo recibo y entrega de turno
retroalimentación de formato de notas de enfermería
Grupo primerio (nutrición, farmacovigilancia controlados, infecciones)
socialización protocolo de inserción sonda vesical

Cumplimiento en el registro adecuado de los complementos nutricionales
socialización tipos de aislamiento y medidas de bioseguridad
socialización de traslado seguro del paciente
Registro y custodia de la historia clínica
Socialización adecuado registro de medicamentos
socialización del uso adecuado de elementos de protección personal y lavado de mano
AGOSTO ¨2024
socialización y retroalimentación de venopunción
socialización de registro oportuno de medicamentos e insumos
socialización cuidados de catéter central y PICC
socialización protocolo de sonda nasogástrica
socialización administración segura de medicamentos
SEPTIEMBRE ¨2024
socialización toma de muestras de laboratorio
socialización de humanización en los servicios de salud
Plan de mejor de flebitis
socialización solicitud de dietas al servicio de nutrición
socialización de segregación de residuos
socialización plan de mejora sobre riesgos de caigas
socialización PQR sobre humanización
socialización hallazgo inadecuado registro de carro de paro
socialización traslado seguro
socialización de registro de medicamentos controlados hospitalización, urgencias y uci
socialización preparación paciente colonoscopia
socialización clasificación TRIAGE urgencias
OCTUBRE ¨2024
socialización plan de mejora sobre riesgos de caigas
socialización de las UPP
socialización diligenciamiento de notas de enfermería
socialización de la importancia del libro de registro de toma de muestras uci
socialización manejo de VAC-SMITH
socialización y evaluación protocolo de recibo y entrega de turno
Socialización preparación de paciente para imágenes
socialización flebitis por evento de farmacovigilancia
socialización de protocolo de nutrición
socialización sobre hemocultivo y urocultivo
capacitación de administración medicamentos en sistema
Registro y formatos de carro de paro
NOVIEMBRE ¨2024
socialización segregación de residuos de UCI
socialización PQR paciente Zuly Betsabé Pérez

socialización PQR paciente Gildardo Mario Rodríguez
socialización correcto diligenciamiento de formato carro de paro
socialización sobre consentimiento informado de enfermería
Grupo primario (manejo de paciente difícil, riesgo mecánico, reporte de accidente laboral y formato de medicamentos controlados
capacitación cuidado y manejo de CVC
socialización PQR paciente Ana Mireya Vargas
socialización tipos de aislamiento de bioseguridad
socialización Hemoderivados
socialización Registro oportuno de medicamentos
socialización registro de consentimiento informado de enfermería
Plan de mejora evento de nutrición
DICIEMBRE ¨2024
socialización PQR paciente Julia Rosa Quintana
socialización traslado de muestras y registro de enfermería
socialización plan de mejora de registro de medicamentos, insumos y toma de EKG y laboratorio
socialización del manejo de VAC
socialización plan de mejora Malaria

Actividades

1. Organización de colaboradores en los servicios diariamente según novedades
2. Seguimiento a personal que no se adhiere a protocolos institucionales
3. Seguimiento a formatos de controlados, limpieza y desinfección, a inventarios de carro de paro para garantizar su organización, historias clínicas, manejo de inventario
4. Reporte diario de novedades de colaboradores a coordinación del día y nomina
5. Ronda de giro cama apoyando a referencia en aceptación de pacientes, ingreso y egreso de estos.

6. Auditoria de carros paro por coordinación, auditoria de limpieza y desinfección, auditoria de paso de sonda vesical, de consentimientos informados, carpetas de educación a pacientes y familiares.

7. Autorización a farmacia para entrega de controlados y seguimiento de estos cuando están por fuera de las ordenes diarias.

8. Apoyo a verificación de HEAD COUNT donde desde la coordinación de enfermería se verifica activos y retiros mensuales

9. Apoyo de malla vacacional anual

10. Registro de medicamentos por plataforma creada por TICS

11. Apoyo en asignación de días de familia semestral

12. Dispensación de EPP a uci urgencias y hospitalización enfermería

13. Reuniones de grupo primario mensual

14. Socializaciones de plan de mejora

15. Socialización por protocolos y guías

16. Intervención con familiares según necesidad del servicio

17. Acompañamiento en visitas de secretaria de salud en la noche

18. Entrega de tendidos diarios a los diferentes servicios

19. Auditorias de historias clínicas en medicamentos de alto costo que se administran eventualmente en reanimación

20. Atención a las necesidades que requieran algunos entes territoriales como secretaría de salud, CRUE, asistencia administrativa con la fiscalía.

5. Logros

- Se logro hospitalizar con meta diaria sobre 20 pacientes en cada turno
- Se logro orientar el direccionamiento a pacientes Quincy
- Se evidencia la cultura que se ha generado en los colaboradores

6. Estrategias De Crecimiento / Desarrollo De Proyectos.

- Garantizar trabajo en equipo y buen clima laboral en los diferentes servicios
- Capacitación al personal de enfermería, creando adherencia en los procesos institucionales
- Generar cumplimiento en la adherencia a protocolos y medias de bioseguridad.

7. Limitantes Y Oportunidades De Mejora.

- Alta rotación de colaboradores

8. Conclusiones

- Se identifica la alta rotación de personal la cual se pierde la adherencia ya que es personal nuevo se debe capacitar y el tiempo en manejar los protocolos institucionales
- Se evidencia la importancia de garantizar egresos oportunos para la gestión de giro cama y aumento en hospitalizaciones en el turno diurno.
- Se plantea crear una prealta como estrategia donde el turno de la noche el medico realice pre-documentación con el fin que el médico de la mañana pueda agilizar egreso, coordinado con las diferentes áreas

Gestión de Coordinación transversal turno noche 2

Marly Bernarda Hernández

1. Introducción

La coordinación de la noche 2, es transversal a todos los procesos en donde se gestiona, verifica, analiza y organiza especialistas, médicos, enfermería, camilleros, fisioterapeutas, servicios generales, referencia, oportunidad en hospitalización antes de la media noche. Motivo por el cual se realiza el informe de gestión 2024 donde se describe las actividades realizadas.

2. Objetivos

- Garantizar la seguridad de las personas y familias
- Garantizar un trato adecuado en el servicio
- Organizar los servicios de acuerdo con las necesidades presentadas en los mismos
- Gestionar giro cama con el fin de disminuir estancias prolongadas

3. Alcance

El alcance de las actividades realizadas en la fundación Hospital San Carlos van encaminadas en la atención con calidad hacia los pacientes, el trato humanizado, las barreras de seguridad que se brindan a los pacientes para prevenir eventos adversos que conlleven a estancias prolongadas.

1. Capacidad instalada en turno noche 2

	ESPECIALISTAS	MEDICOS	ENFERMEROS	AUX. ENFERMERIA	BACTERIOLOGO	CAMILLEROS	SERV. GENERALES
URGENCIAS	1	4	5	7		1	1
HOSPITALIZACION	1	8	16	31		2	5
UCI	2	4	5	15		1	2
SALAS DE CIRUGIA	2		1	2			1
LABORATORIO					2		1
REFERENCIA			1				

4. Intervenciones Realizadas De Socialización 2024

Durante el año 2024 se realizaron capacitaciones y socializaciones a los colaboradores de la FSHC. Los cuales se relacionan de la siguiente manera.

ENERO ¨2024
socialización Código azul
socialización 13 correctos administración de medicamentos
uso adecuado medidas de bioseguridad, aislamientos y lavado de manos
Dotación entrega de útiles (marcadores, esferos)
FEBRERO ¨2024
socialización formatos y medicamentos e insumos de carro de paro
Plan de mejora flebitis
Socialización técnica de venopunción
Socialización residuos hospitalarios
Socialización plan de mejora carro de paro
Socialización política del buen trato y humanización
Socialización escala de morse y Braden

MARZO ¨2024
socialización registros de historia clínica
socialización Brote Cándida
socialización protocolo de baño de pacientes
socialización proceso de limpieza y desinfección
socialización manejo de paciente famisanar en Triage
socialización registro de historias clínicas
socialización uso adecuado de guantes de manejo
socialización 5 momentos de lavado de manos según la OMS
ABRIL ¨2024
Socialización protocolo fuga de paciente
Capacitación curación CVC Y PICC
Socialización manejo de residuos hospitalarios
Socialización evento adverso sobre caída
Retroalimentación sobre trabajo en equipo servicio de urgencias
Socialización protocolo paso de sonda vesical y lista de chequeo
Socialización importancia entrega de turno
socialización preparación pacientes para imágenes diagnosticas
socialización protocolo riesgo de caída y plan de mejora
MAYO ¨2024
socialización de escalas de riesgo y puntaje
socialización evento adverso por caída de paciente
socialización brote ochrobactrum antrhopi
socialización indicación y verificación de CVC en hospitalización, urgencias y uci
capacitación cuidados de enfermería en paciente con ventriculostomia
retroalimentación traslado y preparación quirúrgica de paciente
Retroalimentación hallazgos compensar sabanas y cobijas
JUNIO ¨2024
Socialización seguimiento de PICC y CVC
capacitación del personal de enfermería sobre apósito de prevención de lesión de heridas
socialización sobre las auditorias del carro de paro
socialización de lavado de manos
Comité extraordinario formato revisión y semaforización de carro de paro
socialización manejo de insumos
JUIIO ¨2024
Cumplimiento en el registro adecuado de los medicamentos
socialización de protocolo recibo y entrega de turno
retroalimentación de formato de notas de enfermería
Grupo primerio (nutrición, farmacovigilancia controlados, infecciones)
socialización protocolo de inserción sonda vesical
Cumplimiento en el registro adecuado de los complementos nutricionales

socialización tipos de aislamiento y medidas de bioseguridad
socialización de traslado seguro del paciente
Registro y custodia de la historia clínica
Socialización adecuado registro de medicamentos
socialización del uso adecuado de elementos de protección personal y lavado de mano
AGOSTO ¨2024
socialización y retroalimentación de venopunción
socialización de registro oportuno de medicamentos e insumos
socialización cuidados de catéter central y PICC
socialización protocolo de sonda nasogástrica
socialización administración segura de medicamentos
SEPTIEMBRE ¨2024
socialización toma de muestras de laboratorio
socialización de humanización en los servicios de salud
Plan de mejor de flebitis
socialización solicitud de dietas al servicio de nutrición
socialización de segregación de residuos
socialización plan de mejora sobre riesgos de caigas
socialización PQR sobre humanización
socialización hallazgo inadecuado registro de carro de paro
socialización traslado seguro
socialización de registro de medicamentos controlados hospitalización, urgencias y uci
socialización preparación paciente colonoscopia
socialización clasificación TRIAGE urgencias
OCTUBRE ¨2024
socialización plan de mejora sobre riesgos de caigas
socialización de las UPP
socialización diligenciamiento de notas de enfermería
socialización de la importancia del libro de registro de toma de muestras uci
socialización manejo de VAC-SMITH
socialización y evaluación protocolo de recibo y entrega de turno
Socialización preparación de paciente para imágenes
socialización flebitis por evento de farmacovigilancia
socialización de protocolo de nutrición
socialización sobre hemocultivo y urocultivo
capacitación de administración medicamentos en sistema
Registro y formatos de carro de paro
NOVIEMBRE ¨2024
socialización segregación de residuos de UCI
socialización PQR paciente Zuly Betsabé Pérez
socialización PQR paciente Gildardo Mario Rodríguez

socialización correcto diligenciamiento de formato carro de paro
socialización sobre consentimiento informado de enfermería
Grupo primario (manejo de paciente difícil, riesgo mecánico, reporte de accidente laboral y formato de medicamentos controlados
capacitación cuidado y manejo de CVC
socialización PQR paciente Ana Mireya Vargas
socialización tipos de aislamiento de bioseguridad
socialización Hemoderivados
socialización Registro oportuno de medicamentos
socialización registro de consentimiento informado de enfermería
Plan de mejora evento de nutrición
DICIEMBRE ¨2024
socialización PQR paciente Julia Rosa Quintana
socialización traslado de muestras y registro de enfermería
socialización plan de mejora de registro de medicamentos, insumos y toma de EKG y laboratorio
socialización del manejo de VAC
socialización plan de mejora Malaria

Actividades

1. Organización de colaboradores en los servicios diariamente según las novedades
2. Seguimiento a personal que no se adhiere a protocolos institucionales
3. Seguimiento a formatos de controlados
4. Reporte diario de novedades de colaboradores a coordinación del día y nomina
5. Ronda de giro cama
6. Auditoria de carros paro por coordinación, auditoria de limpieza y desinfección, auditoria de paso de sonda vesical, de consentimientos informados, carpetas de educación a pacientes y familiares;
7. Apoyo a verificación de HEAD COUNT donde desde la coordinación de enfermería se verifica activos y retiros mensuales

8. Apoyo de malla vacacional anual

9. Registro de medicamentos por plataforma creada por TICS

10. Apoyo en asignación de días de familia semestral

11. Dispensación de EPP a uci urgencias y hospitalización enfermería

12. Reuniones de grupo primario mensual

13. Socializaciones de plan de mejora

14. Socialización por protocolos y guías

15. Intervención con familiares según necesidad del servicio

16. Organización de carpetas de: carros de paro, limpieza y desinfección, vacaciones y capacitaciones.

17. Acompañamiento en visitas de secretaria de salud en la noche

5. Logros

- Calidad humanizada en la atención a los pacientes
- Aumentar las capacitaciones durante el año 2024 y mejorar los procesos y la adherencia a cada uno de ellos
- Se logro hospitalizar con meta diaria sobre 20 pacientes en cada turno
- Se logro orientar el direccionamiento a pacientes Quincy
- Se evidencia la cultura que se ha generado en los colaboradores

6. Estrategias De Crecimiento / Desarrollo De Proyectos

- Garantizar trabajo en clima y buen clima laboral en los diferentes servicios
- Capacitación al personal de enfermería, creando adherencia en los procesos institucionales
- Generar cumplimiento en la adherencia a protocolos y medias de bioseguridad.

7. Limitantes Y Oportunidades De Mejora.

- Alta rotación de colaboradores

8. Conclusiones

- Se identifica la alta rotación de personal la cual se pierde la adherencia ya que es personal nuevo se debe capacitar y el tiempo en manejar los protocolos institucionales
- Se identifica la necesidad de constante capacitación durante el año 2025

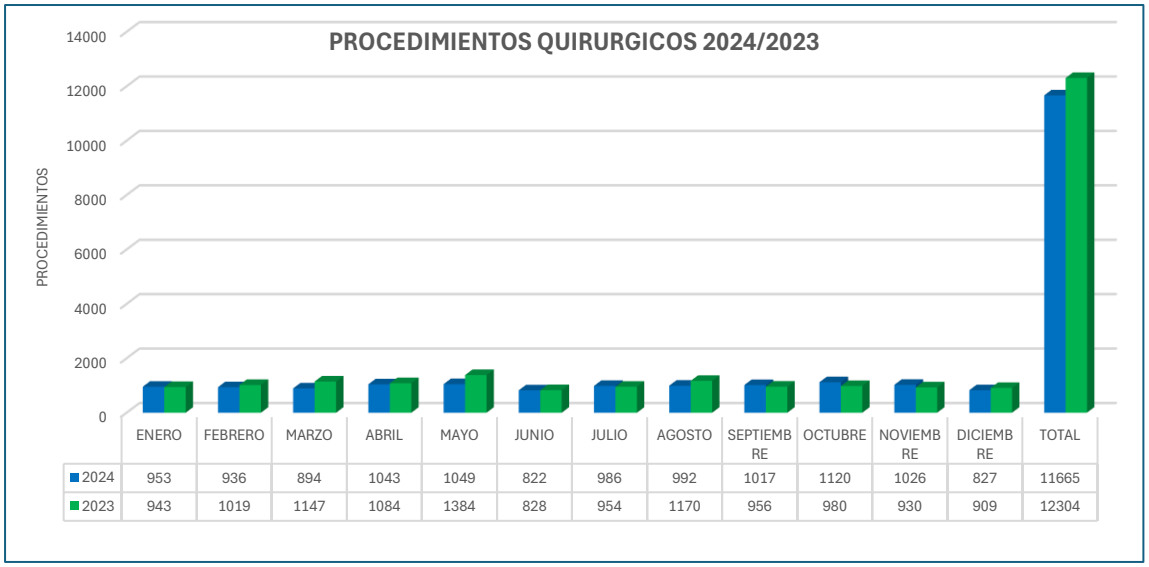
Gestión Salas de Cirugía

Ruth Chaparro

1. Objetivo Estratégico

Auto sostenibilidad financiera y productividad con calidad y humanización en la atención.

Número de quirófanos: Se dio cobertura a la demanda Quirúrgica con 5 quirófanos habilitados mañana y tarde y un quirófano en las noches para atención de urgencias.

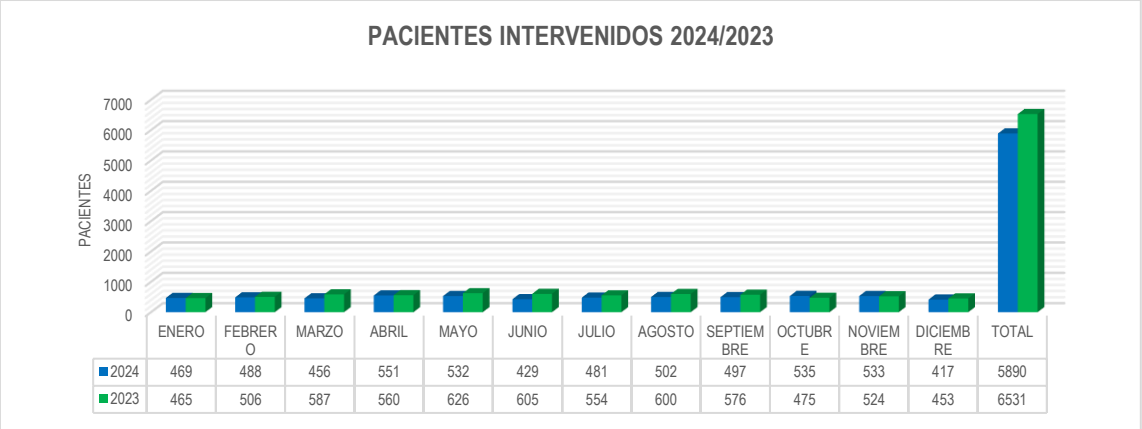


	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
2024	953	936	894	1043	1049	822	986	992	1017	1120	1026	827	11665
2023	943	1019	1147	1084	1384	828	954	1170	956	980	930	909	12304

Datos tabla Excel programación quirúrgica y HOSVITAL

Se observa una disminución del 5% de procedimientos quirúrgicos durante la vigencia 2024, respecto a la vigencia 2023 específicamente procedimientos quirúrgicos de baja complejidad que corresponden a exodoncias realizadas por cirugía oral y maxilofacial de capital salud que representaban un 7% del total de procedimientos quirúrgicos durante el primer semestre 2023.

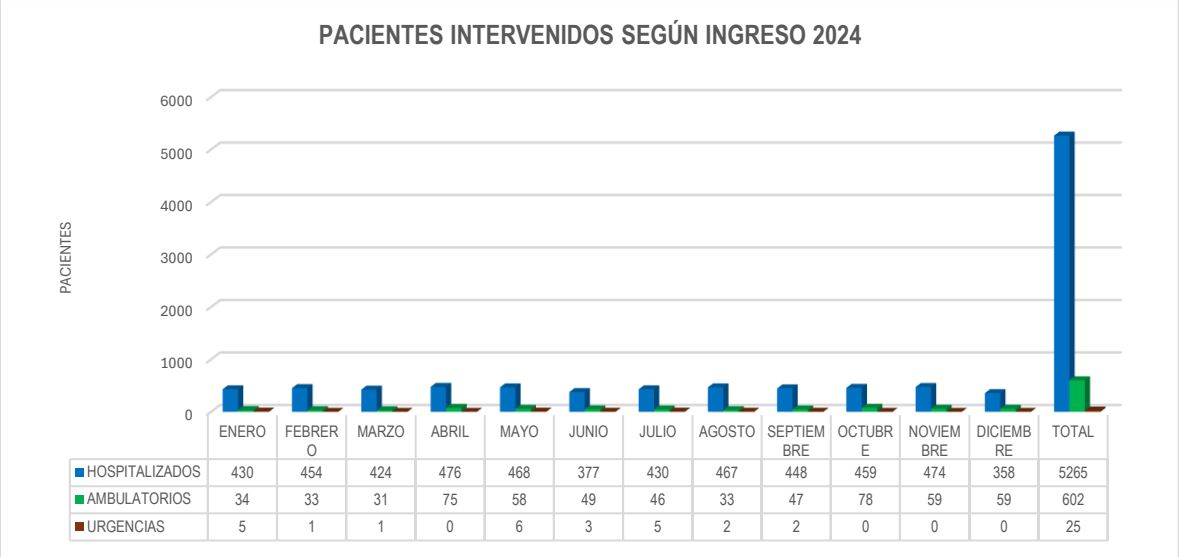
Es importante evidenciar que, aunque el número de procedimientos quirúrgicos disminuyó, la complejidad de los procedimientos realizados se incrementó de manera importante, ya que durante la vigencia 2024 se generó una demanda mayor por las aseguradoras con procedimientos de mediana y alta complejidad.



Datos tabla Excel programación quirúrgica y HOSVITAL

Se observa una disminución del 10% de Pacientes intervenidos durante la vigencia 2024 respecto a la vigencia 2023. Específicamente pacientes de baja complejidad que corresponden a exodoncias realizadas por cirugía oral y maxilofacial de capital salud que representaban un 10% del total de pacientes quirúrgicos durante el primer semestre 2023.

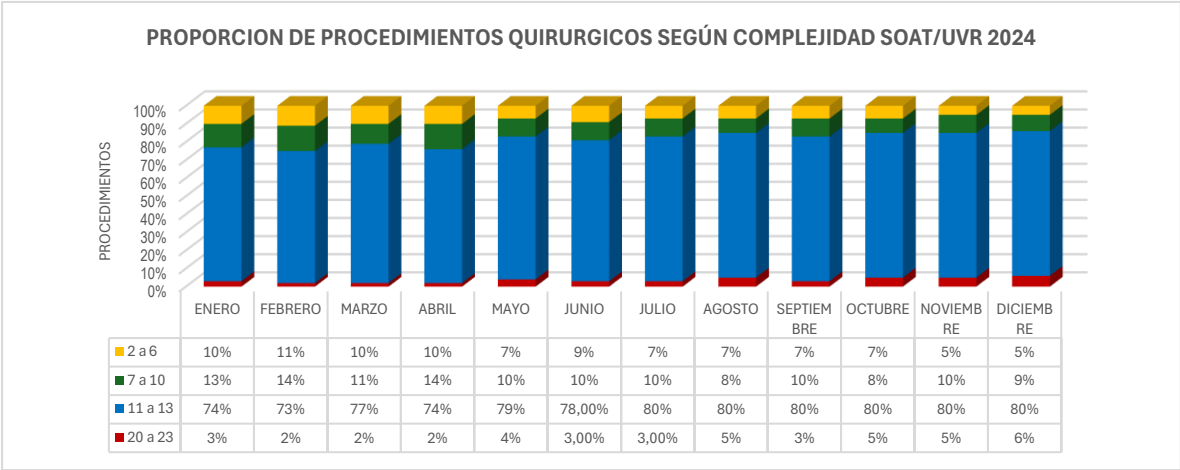
Es importante evidenciar que, aunque el número de pacientes disminuyó, la complejidad de los pacientes intervenidos se incrementó de manera importante, ya que durante la vigencia 2024 se generó una demanda mayor por las aseguradoras con pacientes de mediana y alta complejidad y capital salud ya no tiene contrato vigente con la fundación san Carlos.



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
HOSPITALIZADOS	430	454	424	476	468	377	430	467	448	459	474	358	5265
AMBULATORIOS	34	33	31	75	58	49	46	33	47	78	59	59	602
URGENCIAS	5	1	1	0	6	3	5	2	2	0	0	0	25

Datos tabla Excel programación quirúrgica y HOSVITAL

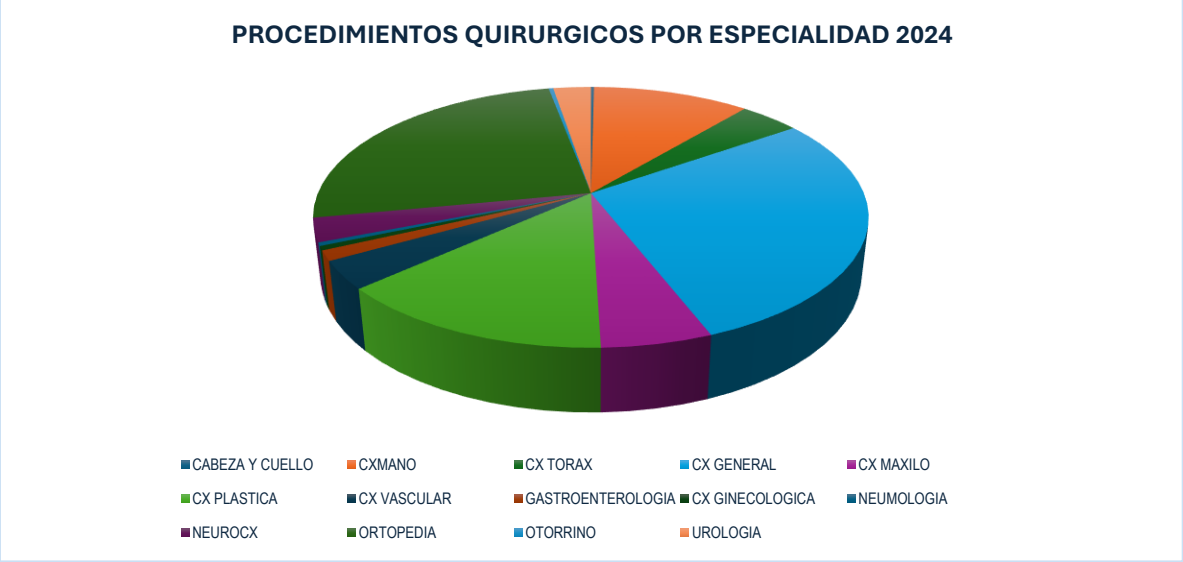
La demanda quirúrgica en la Fundación Hospital san Carlos corresponde en un 89,4 % a paciente hospitalizado, un % 10,2 a paciente ambulatorio y solo un 0.4% al paciente cuyo ingreso fue directamente desde urgencias. La complejidad del paciente que ingresa a la FHSC requiere preparación hemodinámica y clínica antes de la intervención, el volumen de paciente ingresados por urgencias no es representativo y no requiere de un quirófano exclusivo para urgencias, sino que se intervienen en el quirófano disponible en el momento.



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
2 a 6	10%	11%	10%	10%	7%	9%	7%	7%	7%	7%	5%	5%
7 a 10	13%	14%	11%	14%	10%	10%	10%	8%	10%	8%	10%	9%
11 a 13	74%	73%	77%	74%	79%	78,00%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
20 a 23	3%	2%	2%	2%	4%	3,00%	3,00%	5%	3%	5%	5%	6%

Datos tabla Excel hosvital facturación quirúrgica

La FHSC presta servicios quirúrgicos con cobertura de mediana (11 a 13) complejidad 78% en promedio, observándose un incremento a partir de mayo hasta diciembre 2024 cumpliendo con una mayor cobertura de pacientes de mayor complejidad atendidos durante el periodo. La alta complejidad (20 a 23) 4% presenta un incremento importante relacionado con cirugía de tórax, Neurocirugía, ortopedia y CX general quienes gracias a la tecnología que se adquirió se ha podido avanzar hacia una mayor complejidad. La baja complejidad corresponde a procedimientos menores 18% como lavados, desbridamientos, biopsias. En conclusión, el 82% de los pacientes quirúrgicos atendidos en la FHSC durante el año 2024 corresponden a mediana y alta complejidad y solo un 18% corresponde a baja complejidad. La tecnología nos permite aumentar esta complejidad y seguir manteniendo el nivel de complejidad proyectando posicionarnos en el mercado como mediana y alta complejidad.



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
CABEZA Y CUELLO	2	18	26	28	20	23	30	16	26	51	32	32	304
CXMANO	104	123	112	174	150	84	130	157	98	129	168	101	1530
CX TORAX	40	38	27	58	51	41	75	47	43	52	50	15	537
CX GENERAL	274	255	319	303	307	253	231	252	263	244	236	189	3126
CX MAXILO	52	83	44	52	72	53	94	95	115	80	61	65	866
CX PLASTICA	132	119	108	109	107	111	133	97	112	194	119	92	1433
CX VASCULAR	33	48	32	63	82	47	41	38	69	101	61	65	680
GASTROENTEROLO	12	12	18	20	18	15	13	15	16	19	18	25	201
CX GINECOLOGICA	5	6	6	6	5		15	5	4				52
NEUMOLOGIA	4						9	6	2	7			28
NEUROCX	28	45	54	49	63	53	34	51	73	54	69	79	652
ORTOPEDIA	239	156	141	156	150	119	153	185	161	166	181	149	1956
OTORRINO	3	4											7
UROLOGIA	25	29	7	25	24	23	28	28	35	23	31	15	293
	953	936	894	1043	1049	822	986	992	1017	1120	1026	827	11665

Datos tabla Excel programación quirúrgica y HOSVITAL

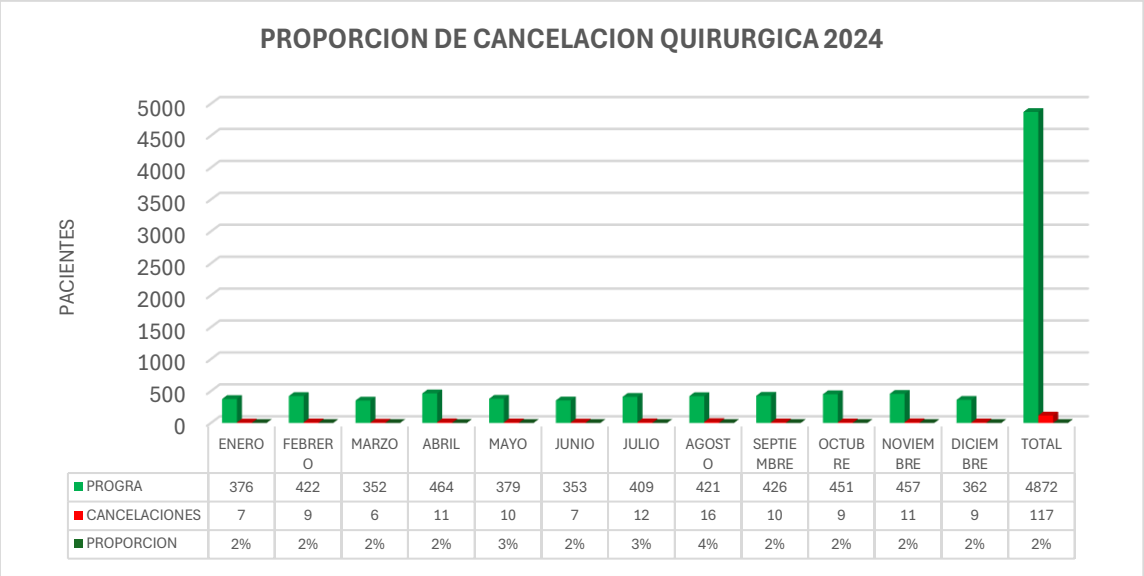
La especialidad con mayor productividad quirúrgica correspondió a Cirugía general con un 27% del total de procedimientos quirúrgicos, La segunda especialidad con mayor productividad corresponde a Ortopedia con un 16,7%. Cirugía de mano 13%, Cirugía plástica12%, Cx maxilo 7%, Cx vascular 6%, Neurocirugía 6%, Cx tórax interviene con una productividad de 5%, Es importante evidenciar el incremento en estas especialidades Maxilo. Vascular, neurocirugía y Cx de tórax han mantenido una productividad representativa durante la vigencia además de la complejidad media y alta.

Gastro, cabeza y cuello y urología presentan variabilidad en los diferentes meses, pero su condición es constante, cabeza y cuello presentó un incremento del 50% durante el último trimestre.

Ginecología intervino algunas pacientes, pero presenta periodos de no intervenciones, otorrino. suspendió después de marzo por especialista, neumología realizó 24

Es de resaltar que el implante de catéteres centrales se disminuyó en un 94%, gracias a la inserción de catéteres centrales por vía periférica y a una mejor evaluación intervenciones, pero se suspendió por daño del fibrobroncoscopio.

En general se presentó una disminución de 5% de procedimientos quirúrgicos respecto a la vigencia 2023, pero se incrementa la complejidad de pacientes en especialidades como cirugía de tórax, neurocirugía, cirugía maxilo facial, reemplazos articulares cadera y rodilla y cirugía hepatobiliar.



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
PROGRA	376	422	352	464	379	353	409	421	426	451	457	362	4872
CANCELACIONES	7	9	6	11	10	7	12	16	10	9	11	9	117
PROPORCION	2%	2%	2%	2%	3%	2%	3%	4%	2%	2%	2%	2%	2%

Datos tabla Excel programación quirúrgica y HOSVITAL

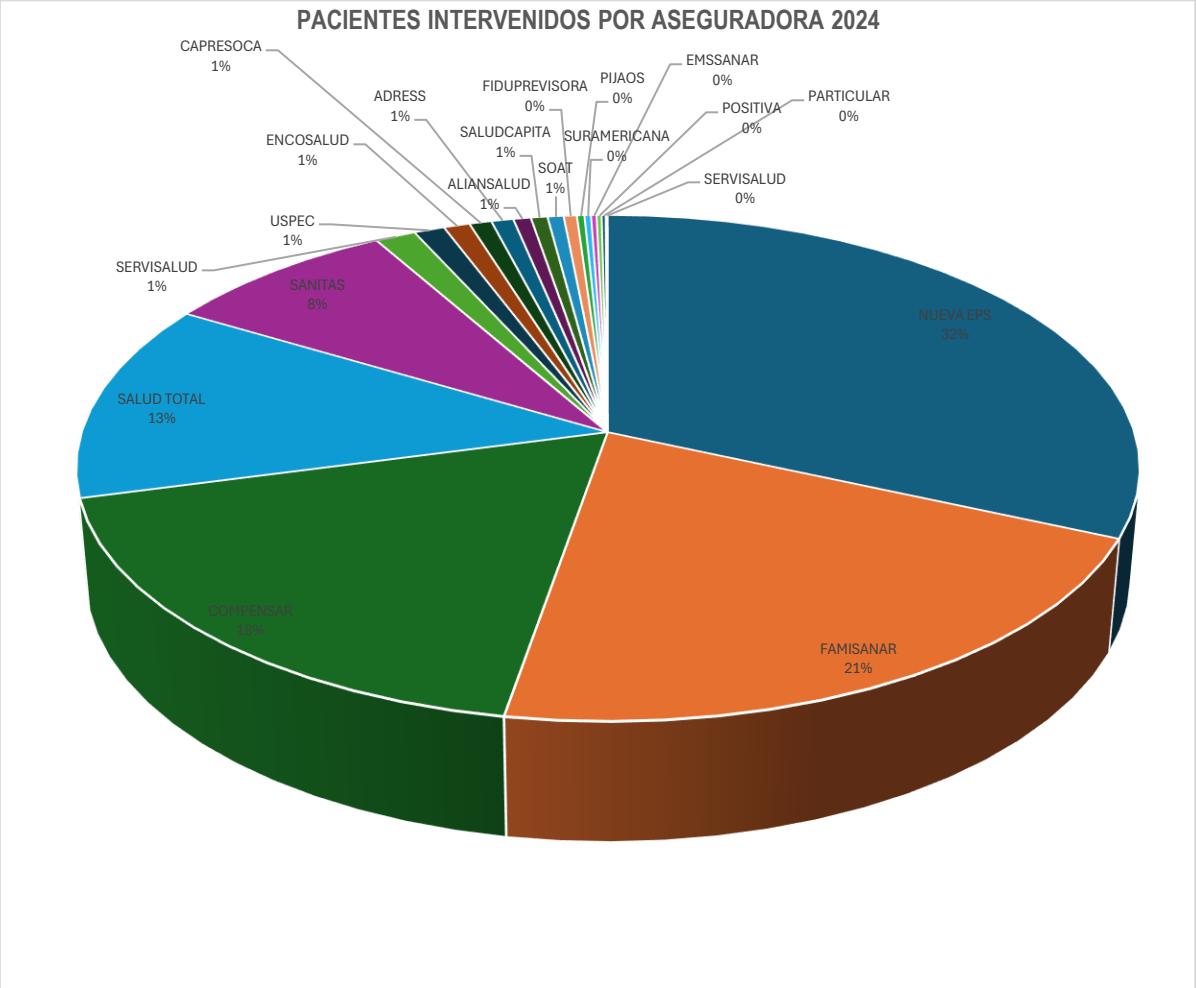
La cancelación quirúrgica se ha mantenido en promedio en 2%, continuamos por debajo del estándar institucional 3%. Constituyendo una de las principales causas la patología asociada y no controlada **31%** por la especialidad previo al procedimiento (hipertensión, anemia, hipocalemia, infección entre otras). La segunda causa la constituye el incumplimiento de las casas comerciales que proveen material de osteosíntesis **12%** (material incompleto, no corresponde, no llega). La inadecuada preparación del paciente tanto medica como de enfermería se presenta como la tercera causa de cancelación **11%**. Constituyéndose en una de las causas más frecuentes la administración de antiagregantes y anticoagulantes y la administración de dieta.



Datos tabla Excel programación quirúrgica y HOSVITAL

La oportunidad quirúrgica para la vigencia no presenta variabilidad significativa, se mantiene en promedio 2 días. La oportunidad se mantiene por debajo del estándar. Uno de los factores que más contribuyen al aumento relacionado con la oportunidad es el proceso de material de osteosíntesis (no disponibilidad de las casas proveedoras y demora en la autorización por la aseguradora a la casa comercial para la entrega de este).

2. Pacientes Intervenidos Por Aseguradora



Datos tabla Excel programación quirúrgica y HOSVITAL

Respecto a la aseguradora Nueva EPS realizo un **32%** de la demanda quirúrgica, se mantuvo durante el año con picos durante los meses de abril, junio y noviembre respectivamente.

Famisanar como segunda aseguradora le corresponde un **21%** de los procedimientos realizados durante el año no, observándose un incremento durante agosto.

Compensar se mantuvo constante durante la vigencia con una participación del **18%** de pacientes intervenidos durante la vigencia 2024.

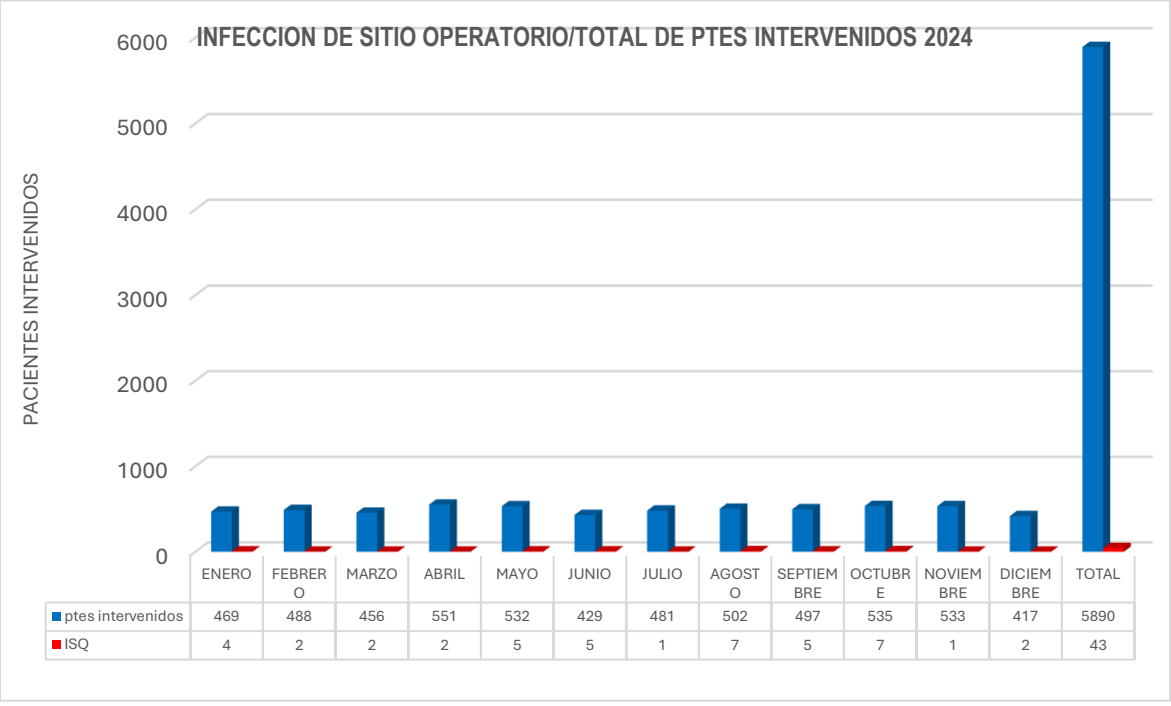
Salud total participa con una participación de procedimientos realizados de **13%**, manteniéndose sin mucha variabilidad durante el año 2024.

Sanitas participa con un total de **8%** de procedimientos realizados se mantiene durante la vigencia con un pico de demanda en abril de 2024.

La demanda de pacientes PPL tiene una proporción del 4% durante la vigencia que es representativa para la fundación H.S.C.

El resto de las aseguradoras con participaciones del 1%, mantiene una demanda constante durante la vigencia.

Lo que es importante para la institución es mantener el mercado con las aseguradoras de mayor impacto generando confianza a través de indicadores: oportunidad, seguridad, pertinencia y humanización.



	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
ptes intervenidos	469	488	456	551	532	429	481	502	497	535	533	417	5890
ISQ	4	2	2	2	5	5	1	7	5	7	1	2	43

Datos tabla Excel programación quirúrgica y HOSVITAL REPORTE INFECTOLOGIA

La infección del sitio operatorio durante la vigencia 2024 presenta una proporción de 0.73% en promedio, muy por debajo del estándar nacional e institucional (3%). la especialidad con mayores casos de infección del sitio quirúrgico corresponde a Ortopedia con el 46;5% (20 casos), Cirugía general con el 28% (12 casos), neurocirugía con el 16;2% (7 casos), Cx vascular con 7% (3 casos), Cx de mano 2.3% (1 casos).

El 79% (34 casos) correspondieron a cirugía limpia y el 21% (9 casos) correspondieron a cirugía limpia contaminada. El 100% correspondió a pacientes hospitalizados.

Indicador de ausentismo: Durante la vigencia 2024. Los días de ausencia por incapacidades y calamidades domesticas del grupo de 19 auxiliares de enfermería. sumaron 220 días calendario.

El grupo de instrumentadoras quirúrgicas 11, la sumatoria de incapacidades y calamidades domesticas sumaron 100 días calendario.

1. **Contexto del área, antecedentes, problemática y sus causas (cómo se encontraba el área a comienzos del año y sobre la base que hemos trabajado y mejorado).**

Matriz DOFA De Análisis Del Servicio De Salas De Cirugía Fhsc.

Mejoramiento de la calidad y eficiencia de la atención en el proceso quirúrgico Fhsc

Selección de las perspectivas



3. Análisis Por Perspectiva

3.1 Perspectiva Financiera

OPORTUNIDAES	AMENAZAS
Empoderamiento como hospital de tercer y cuarto nivel de complejidad, Cubrimiento Red Nacional y ubicado en el suroriente de Bogotá	Políticas gubernamentales relacionadas con la financiación del sector salud. Inestabilidad financiera del sistema de salud.
Alta demanda quirúrgica electiva y trauma de tercer y cuarto nivel de complejidad.	Formas de contratación de las aseguradoras bizarras y que no favorecen la institución
Disposición de los entes gubernamentales de la fundación de fortalecer la prestación del servicio.	Desconocimiento del costo real del producto, carencia de paquetes quirúrgicos como negociación como requisito fundamental de las aseguradoras
Demanda por parte de las aseguradoras para atención de régimen subsidiado	Inexistencia de una política definida respecto al seguimiento y responsabilidad de las aseguradoras con el ente prestador en este caso el Hospital San Carlos.
	Carencia de alianzas estratégicas
FORTALEZAS	**DEBILIDADES**
Disponibilidad de 40 camas de UCI y 20 de intermedios	Desconocimiento del costo real del producto, carencia de paquetes quirúrgicos como negociación como requisito fundamental de las aseguradoras
Oferta de programas supra especialidades: Neurocirugía, cabeza y cuello, Cirugía de tórax y Cx de mano.	Demanda insatisfecha en cirugías que requieren material de osteosíntesis por la oportunidad en la programación segundaria a disponibilidad de equipos, dispositivos y material de osteosíntesis por parte de las casas proveedoras.
Gestión del Riesgo	Tecnología Deficiente e incompleta de acuerdo con el nivel de complejidad.
Personal con perfiles competentes y reconocidos por el conocimiento como por la práctica y la experticia	No se evidencia un doliente por paciente y por patología, lo que genera causales de cancelación prevenibles por patología no controlada o cambio de Diagnostico quirúrgico
Procesos orientados a la mejora continua	Perdida de una proporción importante de pacientes diagnosticados como quirúrgicos por redireccionamiento por parte de las aseguradoras.
Capacidad instalada confortable, adecuada y agradable para los usuarios	Depender en una gran proporción de dos o tres aseguradoras y no tener suficiente mercado
Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico suficientes y oportunos.	Posicionamiento en el mercado respecto a la confianza de proveedores, usuarios y funcionarios.
Motivación e interés de los profesionales quirúrgicos por mejorar la prestación del servicio en lo referente a oportunidad y calidad.	Carencia de compromiso de especialistas por inoportunidad en pagos relacionados con el flujo de caja por aseguradoras. (Anestesia)

	Se consideran los posts operatorios como los últimos pacientes en asignar cama durante la noche, quejas repetitivas y frecuentes por permanecer en camillas después de una cirugía compleja.

3.2 Perspectiva O Procesos Internos

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Empoderamiento y confianza entre pacientes y usuarios	Competencia en el mercado por mano de obra calificada y entrenada, perdida de recurso humano competente en el área
Nivel de complejidad	Debilidades en la cultura organizacional
Política institucional orientada a la mejora continua y busca de la excelencia	Falta de un sistema de evaluación por competencias basado en logros y resultados
	Interdependencia de servicios con una comunicación deficiente especialmente de urgencias, hospitalización y UCIS a quirófano y de quirófano a hospitalización.
FORTALEZAS	**DEBILIDADES**
Satisfacción de los usuarios- paciente	Guías de práctica clínica no implementadas y medido el nivel de adherencia
Cumplimiento de estándares de habilitación	Falta de un sistema de evaluación por competencias basado en logros y resultados
Gestión del Riesgo	Sistemas de información con variabilidad de datos, fichas técnicas de indicadores con errores.
Modelo de atención por procesos	Carencia de incentivos que estimulen y retengan personal de alto valor
Capacidad instalada	Rotación permanente y elevada de personal
Profesionales especializados de alto perfil y competencia	No disponibilidad de información sobre existencia de insumos que permitan establecer un stock mínimo sin llegar a cero existencias. Carencia de información sobre rotación de insumos, medicamentos y dispositivos médicos.

3.3 Perspectiva Aprendizaje Organizacional

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Programas de capacitación interna establecidos según cronograma por la oficina gestora de capacitación	Costos y rapidez de cambio y adquisición en tecnologías necesarias
Reconocimiento como institución prestadora de servicios de salud de tercer y cuarto nivel de complejidad	Cambios políticos que generan desconcierto y perdida de continuidad en la gestión
	Políticas nacionales respecto a la contratación y división del mercado
	Complejidad y morbi-mortalidad de pacientes remitidos o que ingresan por demanda espontanea.
	Costos v/s Recaudo por las aseguradoras

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Profesionales con formación académica, experiencia y experticia altamente competentes	Resistencia al cambio por parte del equipo de atención
	Ausencia de documentación que soporte el proceso: Guías, protocolos, procedimientos.
Capacidad instalada	Poca adherencia a guías, procedimientos y protocolos institucionales
	Responsabilidad frente a la información al usuario
	Perfiles ocupacionales del personal asistencial contratado
	Oferta restringida de procedimientos quirúrgicos asociadas a insumos, dispositivos o material.
	Comunicación no asertiva entre los procesos en especial salas de cirugía y esterilización lo que afecta la prestación del servicio.
	Propender el bien particular sobre el general
	Identidad institucional no coherente entre el saber, saber hacer y querer hacer
	Ausencia de convenios docentes que permitirían desarrollo en investigación y capacitación del recurso humano.

3.4 Perspectiva Del Talento Humano

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Hospital de tercer y cuarto nivel de complejidad	Cambios políticos que generan desconcierto y perdida de continuidad en la atención
	Políticas nacionales respecto a las formas de contratación
	Modelos de contratación
	Incentivos y remuneración del personal de contrato
FORTALEZAS	DEBILIDAES
Profesionales con formación académica, experiencia y experticia altamente competentes	Alta rotación de personal, capacitación deficiente y poco estructurada en el personal de apoyo
Capacidad instalada	Resistencia al cambio, seguimiento y control
Personal operativo con contratación indefinida.	Ausencia y no adherencia a guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos.
	Responsabilidad frente a los derechos del paciente como información
	Carencia de evaluaciones periódicas y objetivas que permitan la permanencia del personal en el área donde mejor se desempeña
	Oferta restringida de tratamiento quirúrgico por especialidades
	Comunicación no asertiva entre los procesos
	Propender el bien particular sobre el general

4. Intervención y estrategias implementadas frente a los hallazgos y para lograr los objetivos estratégicos (qué, porqué, cuándo, cómo y dónde)

Anexo 1. Se estableció una ruta crítica para dar prioridad a los factores contributivos de mayor impacto en el proceso sobre la que se ha venido trabajando de acuerdo con prioridades.

3.5 Intervención Frente A Los Hallazgos

Objetivo:

Mejorar la atención segura al paciente quirúrgico, a través de una metodología que respalde la gestión del riesgo, basada en el conocimiento generado en la investigación, orientado a la transformación cultural.

Antes:

- Resistencia al cambio
- Deshumanización
- Procesos inseguros

Transformación Cultural:

- Saber
- Saber hacer
- Querer hacer

1. Saber: Intelectualidad-Conocimiento

INTERVENCIONES	PRACTICA
Definir un proceso sistemático	• Admisión • Valoración médica (quirúrgica y anestésica) • Evaluación y planeación del cuidado • Ejecución de la intervención • Evaluación post quirúrgica • Salida y seguimiento.
capacitación académica: capacitación del talento humano. Trabajo en equipo centrado en el usuario.	Programas de capacitación: • Sensibilización • Trabajo en equipo • Humanización • Comunicación asertiva • Gestión del riesgo • Seguridad del paciente • Gestión de la tecnología
Generar documentación que soporte el proceso: guías, protocolos, procedimientos, instructivos.	DOCUMENTACION GENERADA HASTA FEBRERO 2023 • Preparación del paciente para el acto quirúrgico y traslado al quirófano. • Actualización de Consentimientos quirúrgicos y anestésicos. • Protocolo Profilaxis antibiótica • Procedimiento Atención del Paciente ambulatorio en la FHSC • Procedimiento • Manejo de complicaciones post quirúrgicas • Evaluación y registro preanestésico A todo paciente que va a ser intervenido con anestesia regional o general. • Identificación y gestión del riesgo anestésico, valoración de posibles contraindicaciones, definición de criterios de inclusión que contengan entre otros aspectos, los psicosociales, respecto de la elegibilidad del paciente para cirugía ambulatoria. • Lista de chequeo prequirúrgica. • Lista de chequeo de seguridad del paciente, • Manual de buenas prácticas de esterilización.
Seguridad del paciente	Grupo primario: 1. sobre Metas internacionales de seguridad del paciente • Identificar correctamente a los pacientes • Mejorar la comunicación efectiva

	• Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo • Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el • procedimiento correcto y al paciente correcto • Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención Quirúrgica. • Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas 2. PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION RELACIONADA CON: • Planta física • Equipos biomédicos y accesorios

2. Saber Hacer- Experticia

INTERVENCIONES	PRACTICA
Técnica + experiencia	Entrenamientos en:
	• Lista de chequeo • Tiempos de pausa • Carro de paro • Medicamentos • Conteo de compresas e instrumental
	ACCIONES
	• Información a usuarios y familia acerca de la cirugía, prevención de riesgos con verificación de comprensión.
	• Folletos Informativos, Mejorar infraestructura con espacios aislados para información a familiares
	• Adherencia al procedimiento de Limpieza y desinfección

3. Querer Hacer: Actitud- Comportamiento

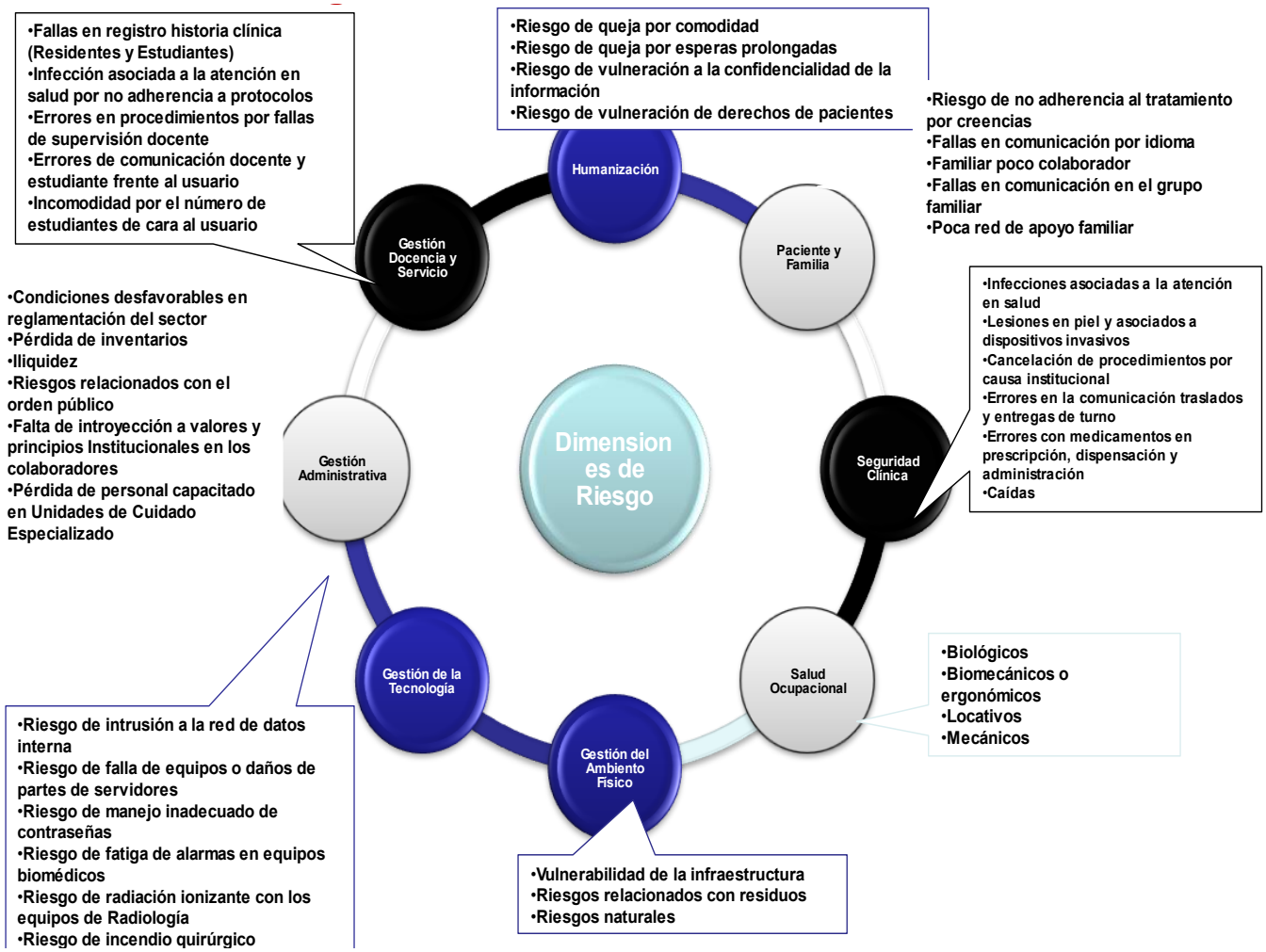
INTERVENCIONES	PRACTICA
• Reconocimiento • Identidad • Sentido de pertenencia • Liderazgo	• Actitud autocritica. • Espacios de participación y comunicación. • Pedagogía del ejemplo. • Actividades de Bienestar Social. Orientando al trabajo en equipo, la sana competencia, la comunicación efectiva

	• Talento humano motivado, comprometido actualizado y que gestiona el riesgo
	• Mantenimiento del 100% de condiciones de habilitación

4. Año 2025 Plan De Acción Salas De Cirugía Fundación Hospital San Carlos

PERSPECTIVA	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	PESO%
SOCIAL	Fortalecer la responsabilidad social de la fundación hospital san Carlos a través de estrategias que permitan la conservación de la planta física, ahorro de agua y fuentes energéticas, educación al paciente y su familia de manera que impacte a los grupos quirúrgicos. Promoviendo el bienestar colectivo y alineados con los valores éticos institucionales.	**25%**
CLIENTE	Incrementar la satisfacción del paciente quirúrgico en un 10%, mediante la continuidad de un programa de atención centrado en el paciente y su familia y una escala de evaluación periódica y continua de satisfacción del usuario.	**25%**
	Incrementar en un 5% el número de pacientes quirúrgicos atendidos sobre todo de mediana y alta complejidad a través de la implementación de estrategias que permita ampliar la cobertura en la prestación de servicios y reducir los tiempos de espera sin comprometer la calidad de atención.	
PROCESOS INTERNOS	Incrementar la generación de conocimiento e innovación como hospital de tercer nivel a través de convenios de docencia servicio, e iniciar grupos de investigación quirúrgicos como de enfermería.	**20%**
	Fortalecer el sistema de gestión integrado de la FHSC a través del mejoramiento de los estándares de calidad, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos.	**20%**
CRECIMIENTO Y APRENDIZAJE	Aumentar en un 20% al personal de quirófano profesionales y auxiliares en programas de formación continua a través de un plan de incentivos en coordinación con talento humano, de esta forma contribuir a mejorar la atención y la formación del personal,	**10%**

Modelo de Gestión Integral de Riesgo – Principales Riesgos en SALAS DE CIRUGIA FHSC



Teniendo en cuenta la gráfica anterior a lo que más se trabajó y enfatizo es a los riesgos de seguridad clínica.

Gestión de Servicios Farmacéuticos

Juan Carlos Coronel

1. Introducción

El servicio farmacéutico de La Fundación Hospital San Carlos está compuesto por tres farmacias (Central, Salas de cirugía y Hemodinamia) las cuales se encargan de la dispensación, distribución y almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos cumpliendo con los estándares de calidad establecidos con la normatividad vigente estableciendo los procesos misionales que permitan garantizar la seguridad y la promoción del uso seguro de medicamentos y dispositivos médicos en los pacientes en la institución

1.1 Marco normativo

El servicio farmacéutico de la Fundación Hospital San Carlos se rige bajo la normatividad vigente en la cual se establecen los deberes y obligaciones que debe cumplir el servicio farmacéutico para su correcto funcionamiento y acreditación ante los entes de control.

NOMBRE	AÑO	ENTIDAD EMISORA	DESCRIPCIÓN
Resolución 1403	2007	Ministerio de la salud y protección social	Establece los estándares para la organización y funcionamiento de los servicios farmacéuticos en el Sistema de Salud colombiano. Define los niveles de los servicios farmacéuticos (básico, intermedio y avanzado) según la complejidad de las instituciones.
Decreto 2200	2005	Ministerio de la salud y protección social	Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones
Resolución 1478	2006	Ministerio de la salud y protección social	Reglamenta la elaboración, almacenamiento, distribución y expendio de medicamentos en Colombia. Incluye disposiciones sobre la calidad y el manejo adecuado de medicamentos en servicios hospitalarios.

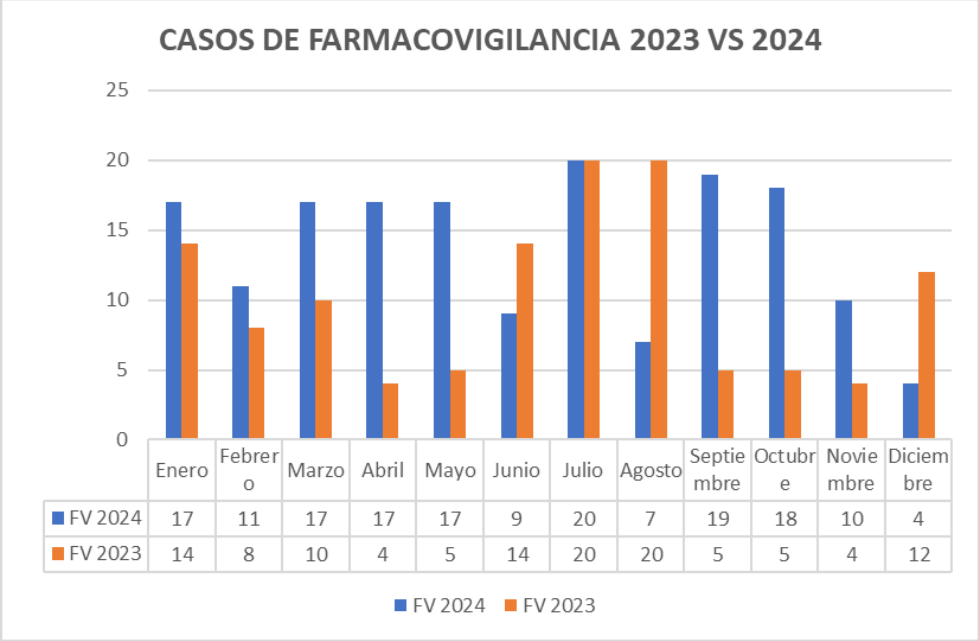
NOMBRE	AÑO	ENTIDAD EMISORA	DESCRIPCIÓN
Ley 100	1993	Ministerio de la salud y protección social	Estructura el Sistema General de Seguridad Social en Salud y regula la prestación de servicios de salud, incluidos los farmacéuticos.
Decreto 780	2016	Ministerio de la salud y protección social	Incluye disposiciones relacionadas con la prestación de servicios farmacéuticos, regulando aspectos técnicos y administrativos.
Resolución 200400	2022	Ministerio de la salud y protección social	Regula la notificación y gestión de eventos adversos asociados a medicamentos
Resolución 1478	2006	Ministerio de la salud y protección social	Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado
Resolución 4410	2009	Ministerio de la salud y protección social	Por la cual se expide el Reglamento Técnico que contiene el Manual de Buenas Prácticas de Manufactura de los Gases Medicinales.
Decreto 4725	2005	Ministerio de la protección social	Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.
Resolución 4816	2008	Ministerio de la protección social	Por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecnovigilancia.
Resolución 3100	2019	Ministerio de la salud y protección social	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Tabla 1. Marco normativo por el cual se rige el servicio farmacéutico

2. Programa De Farmacovigilancia

El programa de Farmacovigilancia de la Fundación Hospital San Carlos es liderado por el servicio farmacéutico de la institución, se encarga de la detección, identificación, análisis, reporte, seguimiento, prevención y control (mitigación) de los eventos e incidentes adversos presumiblemente ocasionados por el uso de medicamentos dentro de las diferentes intervenciones realizadas como parte de las atenciones sanitarias adelantadas para la promoción de la salud en los pacientes.

2.1. Casos de farmacovigilancia analizados por el programa FV.



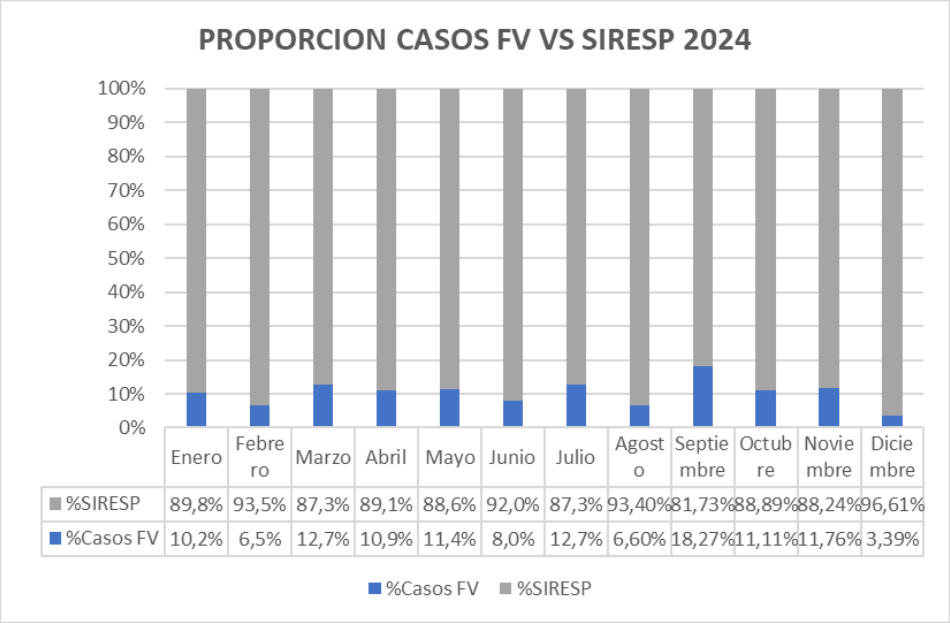
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
FV 2024	17	11	17	17	17	9	20	7	19	18	10	4
FV 2023	14	8	10	4	5	14	20	20	5	5	4	12

Durante el año 2024, el programa farmacovigilancia revisó y gestionó un total de 166 casos asignados por el programa de seguridad del paciente institucional (SIRESP), obtenidos de la base general de casos reportados por el personal del hospital como aquellos casos

reportados directamente por las empresas administradores del plan de beneficios (EAPBS/EPS), con un promedio de 14 casos mensuales.

En comparación con el año inmediatamente anterior, el programa FV institucional analizo un total de 45 casos más (37,2%) dentro del mismo periodo de tiempo, pasando de 121 casos para el año 2023 a 166 casos para el año 2024, esto es, un aumento mensual estimado de 4 casos cada vez.

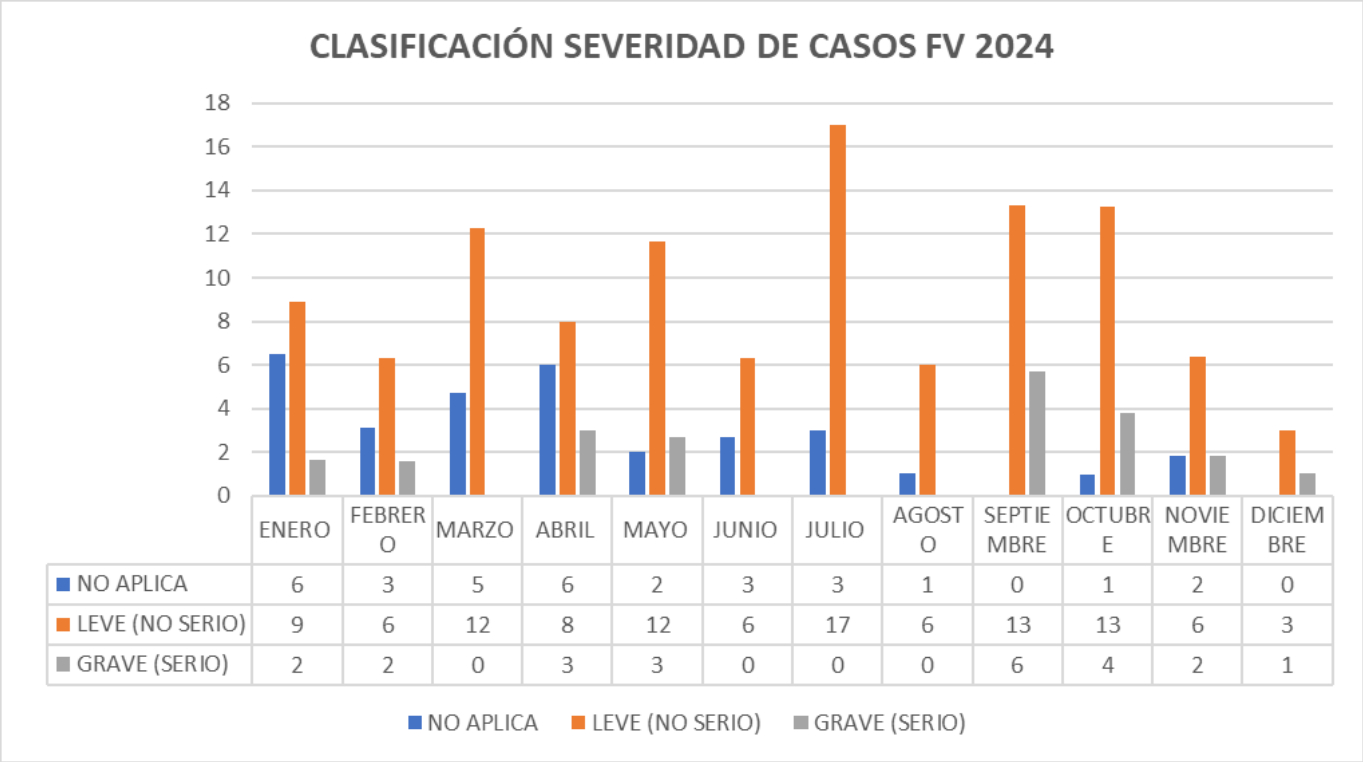
2.2. Casos de farmacovigilancia 2024 vs casos SIRESP 2024.



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
%SIRESP	89,8%	93,5%	87,3%	89,1%	88,6%	92,0%	87,3%	93,40%	81,73%	88,89%	88,24%	96,61%
%Casos FV	10,2%	6,5%	12,7%	10,9%	11,4%	8,0%	12,7%	6,60%	18,27%	11,11%	11,76%	3,39%

Gran parte de los casos revisados por el programa de FV institucional son captados y asignados por el programa de seguridad del paciente, este programa recopilo un total de 1622 casos para el año 2024, los casos relacionados con FV representan el 10,2%, dejando 1456 casos para ser gestionados por los demás programas del hospital.

2.3. Clasificación de los eventos de FV institucional

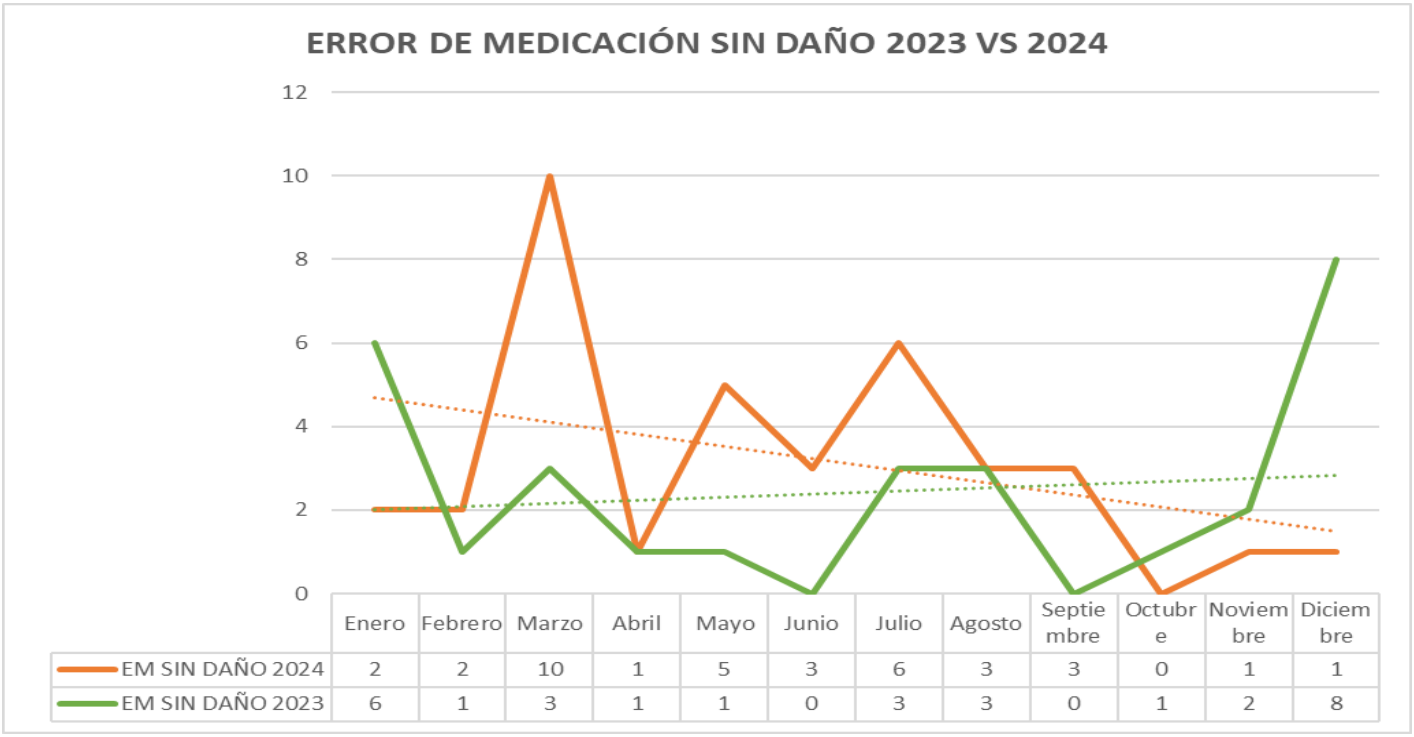


	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
NO APLICA	6	3	5	6	2	3	3	1	0	1	2	0
LEVE (NO SERIO)	9	6	12	8	12	6	17	6	13	13	6	3
GRAVE (SERIO)	2	2	0	3	3	0	0	0	6	4	2	1

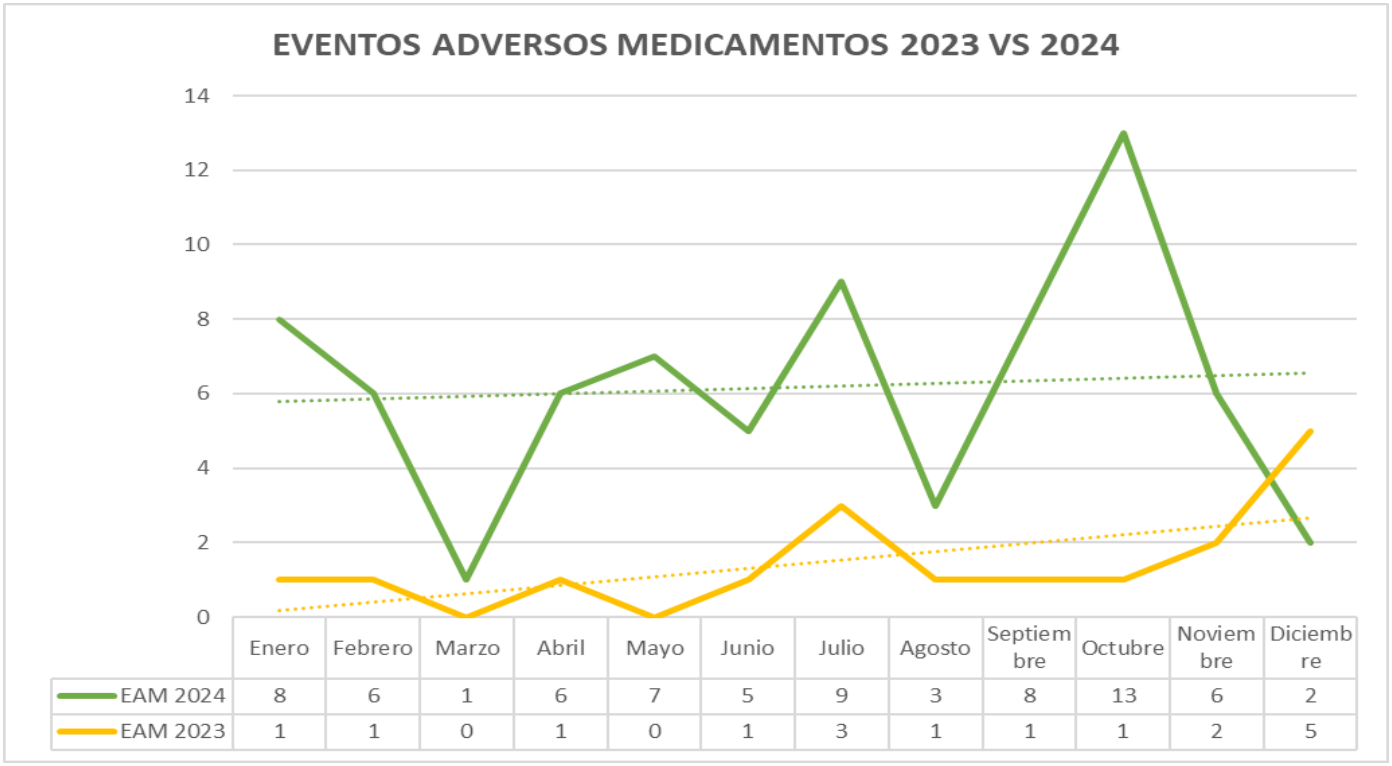
Los 166 casos de farmacovigilancia analizados durante el año 2024 presentan la siguiente distribución: 112 casos fueron clasificados como leves o no serios, cuando el evento presentado represento un bajo riesgo, potencial daño o daño menor en el paciente, por otro lado, 21 casos fueron clasificados como graves o serios, cuando el impacto del evento pudo haber causado la muerte del paciente, generar o prolongar la hospitalización o pudieron haberse generado secuelas permanentes en el afectado.

2.4. Indicadores normativos del programa de FV institucional

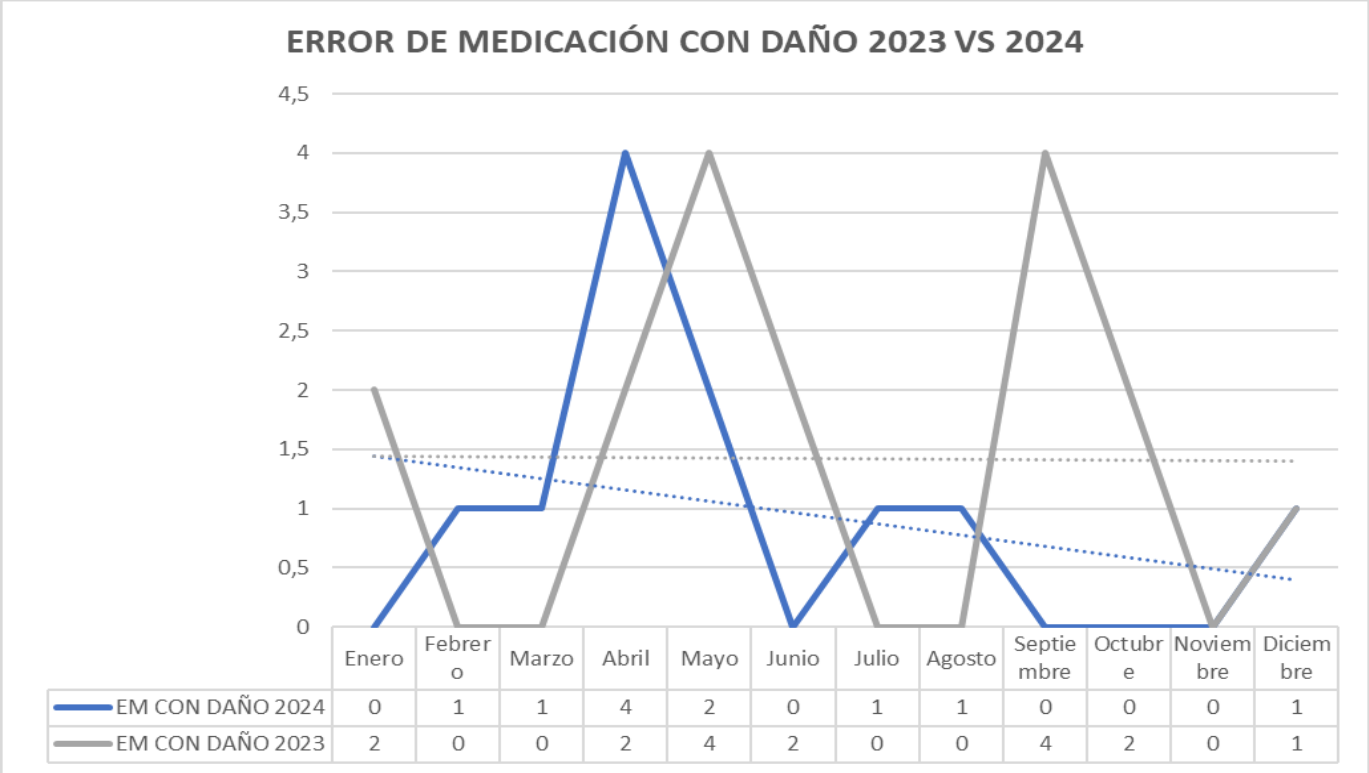
Los indicadores del programa de FV presentaron el siguiente comportamiento para los años 2023 y 2024:



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
EM SIN DAÑO 2024	2	2	10	1	5	3	6	3	3	0	1	1
EM SIN DAÑO 2023	6	1	3	1	1	0	3	3	0	1	2	8



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
EAM 2024	8	6	1	6	7	5	9	3	8	13	6	2
EAM 2023	1	1	0	1	0	1	3	1	1	1	2	5



	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
EM CON DAÑO 2024	0	1	1	4	2	0	1	1	0	0	0	1
EM CON DAÑO 2023	2	0	0	2	4	2	0	0	4	2	0	1

- Los errores de medicación sin daño sumaron un total de 37 casos para el año 2024, con un promedio de 3,5 casos al mes, supera el total de 29 casos generados para el año 2023, sin embargo, se evidencia que la tendencia tiene a la disminución, mientras que el año anterior tendía al incremento.

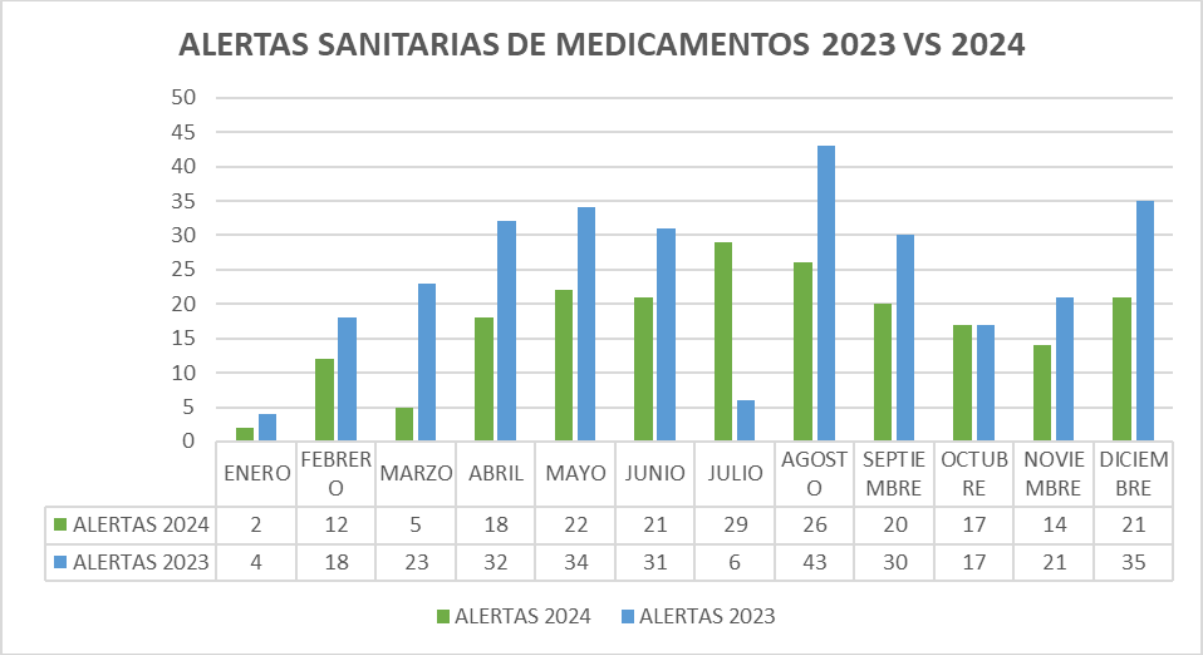
- Los casos catalogados como fallos terapéuticos tuvieron un aumento únicamente de 2 casos para el año 2024, toda vez que el año 2023 no reporto ni un evento, sin embargo, este aumento sigue representando una cantidad no significativa de los eventos manejados dentro de otras categorías.

- Para los eventos adversos a la medicación, este indicador paso de recopilar 17 casos para el año 2023, a 74 casos (57 casos más) para el año 2024, es preciso resaltar que

este comportamiento exclusivamente a características intrínsecas del medicamento no es mucho lo que se pueda evitar estos cambios.

- Los errores de medicación con daño alcanzo un valor de 11 casos analizados para el 2024, teniendo en cuenta los 17 casos analizados el año anterior, representa una reducción del 35,3% en los asignados a esta categoría, adicionalmente, el indicador muestra una tendencia general a la disminución.

2.5. Revisión de alertas sanitarias de medicamentos



Durante el año 2024, fueron revisadas un total de 207 alertas sanitarias relacionadas con medicamentos, con un promedio de 17 alertas mensuales, hubo una reducción en la cantidad de alertas revisadas con respecto al año inmediatamente anterior (294 para el 2023, reducción de 29,6%), la generación de alertas sanitarias es responsabilidad del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

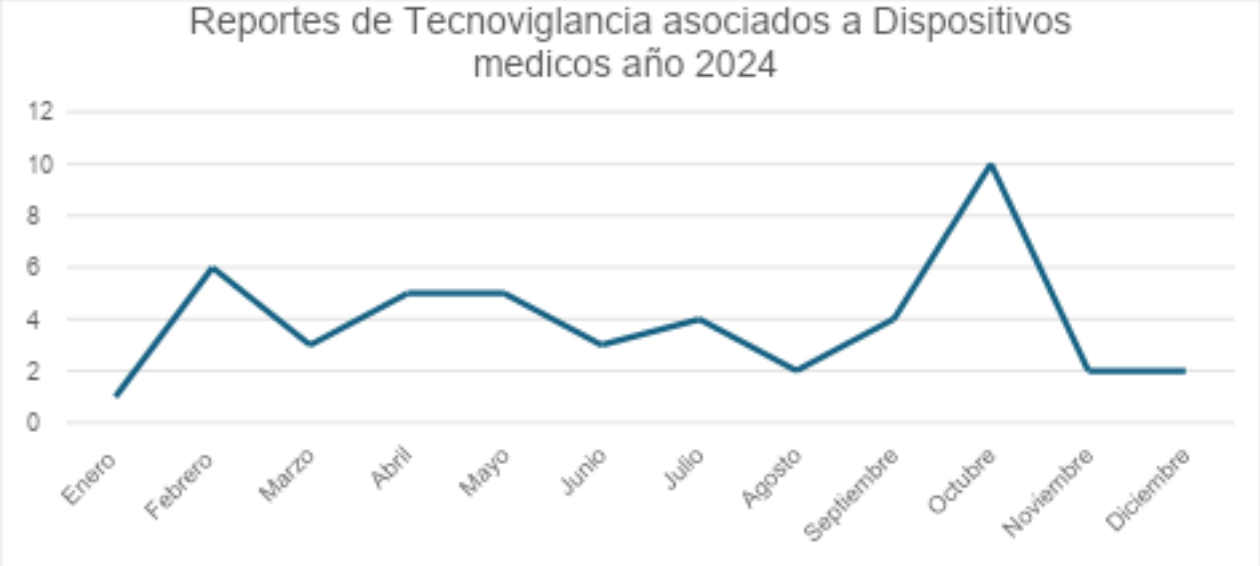
3. Programa De Tecnovigilancia

El programa de Tecnovigilancia de la Fundación Hospital San Carlos es un programa multidisciplinar compuesto por Ingenieros biomédicos y Químico farmacéutico quien actúa como referente de tecnovigilancia ante entes de control, en donde se analizan y gestionan eventos e incidentes adversos asociados al uso de dispositivos médicos y equipos biomédicos. Desde el servicio farmacéutico se analizan y socializan eventos e incidentes adversos relacionados al uso de dispositivos médicos usados en la institución así mismo de la generación de planes de mejora para garantizar y promover el uso de seguro de dispositivos médicos.

El programa de Tecnovigilancia realiza la trazabilidad y seguimiento de dispositivos médicos implantables que sean implantados en la institución para dar cumplimiento con la normatividad vigente.

3.1 Eventos e Incidentes adversos asociados a dispositivos médicos

Para el año 2024 el programa de Tecnovigilancia analizo 44 incidentes y eventos adversos asociados a dispositivos médicos que fueron reportados mediante el aplicativo SIREPS.



Grafica. Distribución mensual de los reportes de Tecnovigilancia asociados a dispositivos médicos

De acuerdo

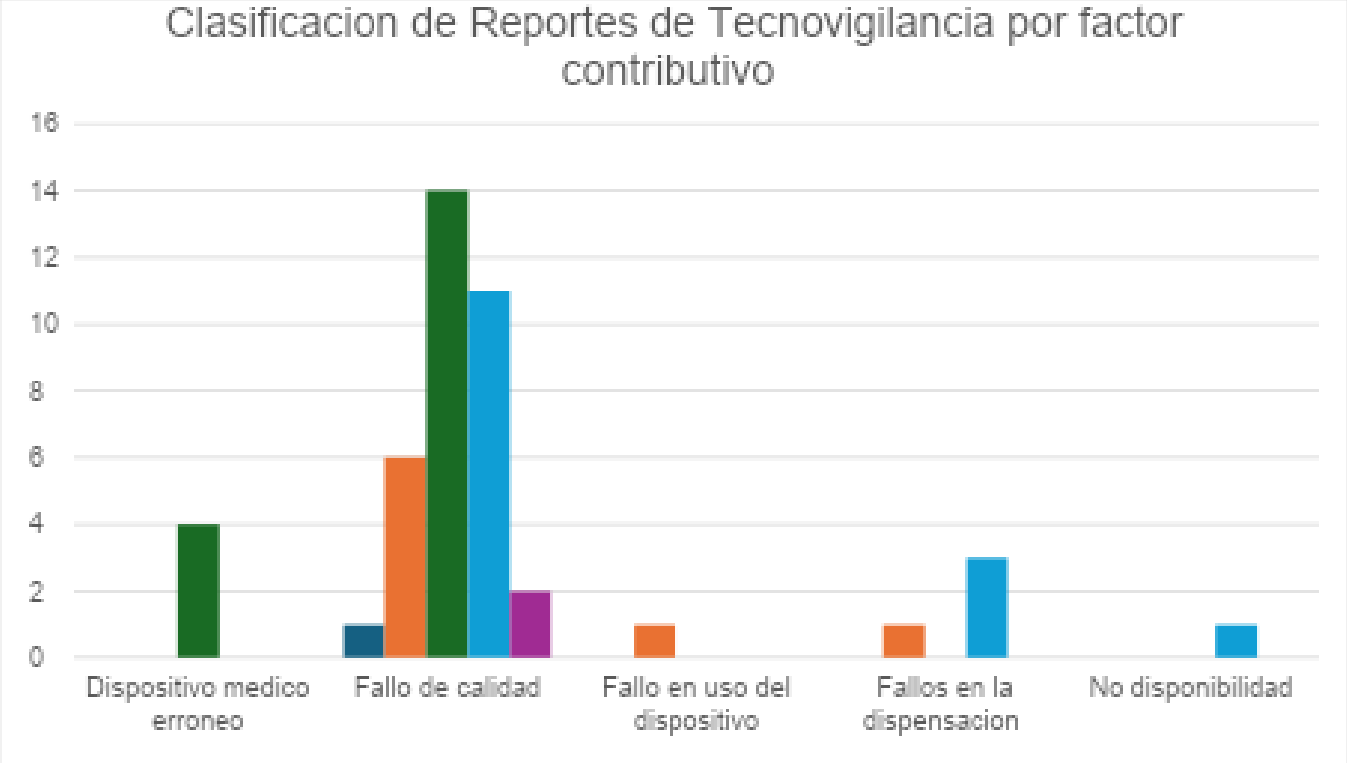
Los análisis se hicieron de acuerdo los reportes de Tecnovigilancia realizados por el personal asistencial mediante la el aplicativo SIREPS.



Grafica. Clasificación de reportes de Tecnovigilancia por servicio

Para el año 2024 en el servicio de Salas de cirugía fue el servicio en donde se generó un mayor porcentaje (41%) de reportes de Tecnovigilancia asociados al uso de dispositivos médicos, seguido del servicio de UCI (32%) y Hospitalización (18%), siendo estos servicios en donde se evidencia el mayor uso de dispositivos médicos.

Adicionalmente los reportes de tecnovigilancia se clasifican de acuerdo con la causa de su aparición siendo la principal causa de aparición de reportes de Tecnovigilancia asociados es la Falla de Calidad de los dispositivos médicos, relacionados a la fabricación del dispositivo y principal factor contributivo



Grafica. Clasificación de reportes de tecnovigilancia por factor contributivo

Los reportes analizados por el programa de Tecnovigilancia se clasificaron por severidad evaluando su impacto en la salud de los pacientes afectados por el uso del dispositivo médico, siendo asignado la clasificación de Eventos e Incidentes no serios siendo estas aquellas situaciones con potencial riesgo de daño no intencionado diferente a los que pudieron haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, pero que, por causa del azar o la intervención de un profesional de la salud u otra persona, o una barrera de seguridad, no generó un desenlace adverso, Eventos e Incidentes serios como los sucesos nos intencionados que pudieron haber llevado a la muerte o al deterioro serio de la salud del paciente, operador o todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente, como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico. Se considera como deterioro serio de la salud:

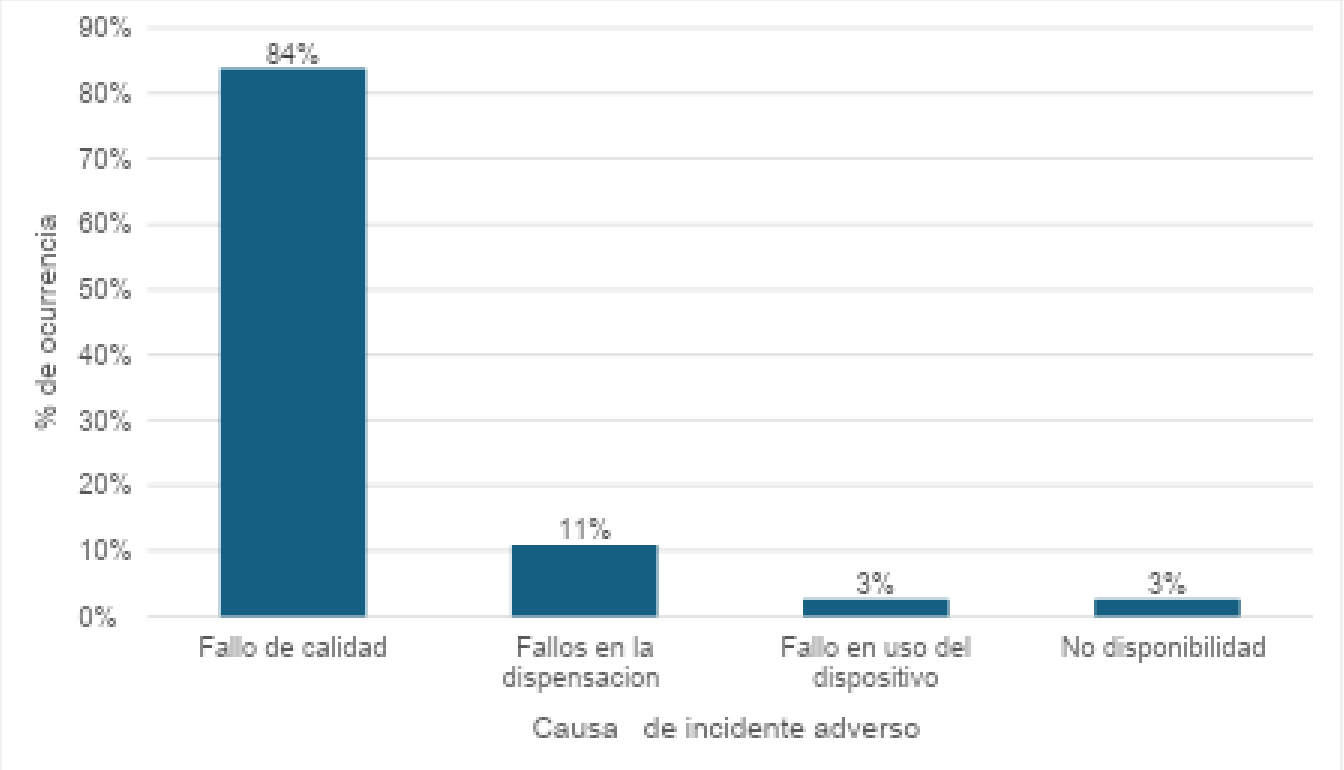
Enfermedad o daño que amenace la vida, Daño de una función o estructura corporal, Condición que requiera una intervención médica o quirúrgica para prevenir un daño permanente de una estructura o función corporal, Evento que lleve a una incapacidad permanente parcial, Evento que necesite una hospitalización o una prolongación en la hospitalización, Evento que sea el origen de una malformación congénita.



Grafica. Clasificación por severidad de eventos e incidentes asociados a dispositivos médicos ocurridos durante el año 2024

3.1.1 Incidentes adversos no serios asociados a dispositivos médicos

El programa de tecnovigilancia analizo 37 incidentes adversos no serios de los cuales se identificaron los factores atribuibles a la aparición del incidente adverso y se tomaron las acciones de mejora correspondientes para cada suceso.



Grafica. Clasificación causal de aparición de incidentes adversos no serios

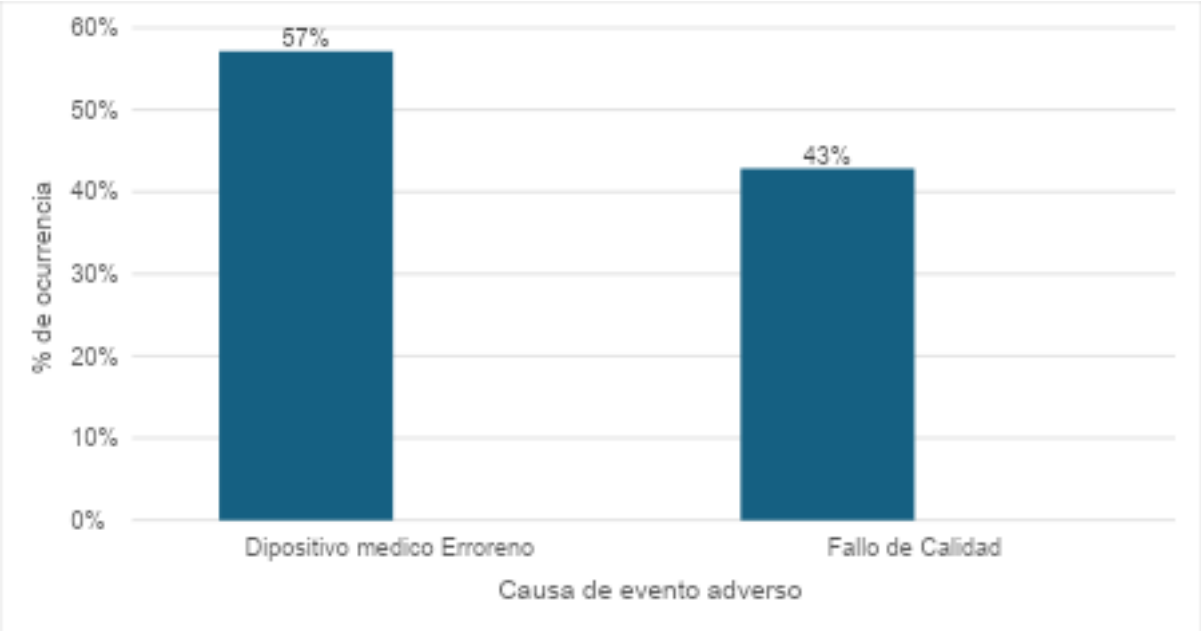
Los incidentes adversos no serios analizados por el programa de tecnovigilancia durante el año 2024 se evidencia que el 81% de los incidentes adversos no serios presentados corresponden a fallos en la calidad de los dispositivos médicos atribuidos a errores en la fabricación del mismo, estos fallos se reportan al proveedor el cual realiza la investigación correspondiente generando el correspondiente reporte explicando las posibles casusas de los inconvenientes presentados en la fabricación del dispositivo. Así mismo los incidentes ocasionados por fallas en las dispensaciones que representan un 11% de los incidentes presentados se generan por fallos en la identificación del dispositivo por parte de los auxiliares de farmacia durante la dispensación de los dispositivos como acción de mejora se realizaron capacitaciones al personal durante los comités primarios en donde se establecían las estrategias de reconocimiento de los dispositivos y buenas prácticas de dispensación. De

igual forma los incidentes adversos no serios relacionados a fallos en el uso de los dispositivos se generan capacitaciones para evitar la aparición de nuevos incidentes.

En conjunto con el área de compras se trabaja en conjunto para garantizar la disponibilidad en el inventario para disminuir los incidentes asociados a la no disponibilidad de dispositivos médicos

3.1.2 Eventos adversos no serios asociados a dispositivos médicos

El programa de tecnovigilancia analizo 7 eventos adversos no serios de los cuales se identificaron los factores atribuibles a la aparición del evento adverso y se tomaron las acciones de mejora correspondientes para cada suceso.



De acuerdo a los eventos catalogados como eventos adversos no serios se identificó que el 57% de los eventos adversos no serios analizados corresponden a dispositivos médicos que no corresponden a las especificaciones adecuadas para los pacientes a pesar del uso de estos dispositivos inadecuados en pacientes no genero daño a los mismos, como me medida de seguridad los dispositivos se almacenaron en el área de cuarentena para evitar el uso inseguro del dispositivo y la aparición de eventos adversos serios.

3.1.3 Eventos e Incidentes adversos serios asociados a dispositivos médicos

Durante el año 2024 no se presentaron eventos e incidentes adversos serios en la institución relacionados al uso de dispositivos médicos

3.2 Trazabilidad de Dispositivos médicos implantables

Los dispositivos médicos implantables son instrumentos que están diseñados para ser introducidos en el cuerpo humano, ya sea de forma parcial o total, para cumplir una función médica específica. Se utilizan en una amplia gama de especialidades médicas, como cardiología, neurología, ortopedia, entre otras. En la Fundación Hospital San Carlos estos dispositivos se implantan principalmente en los servicios de hemodinamia e imágenes diagnósticos y en salas de cirugía. Por lo que se hace la creación del procedimiento GF-SFA-PR09-PROCEDIMIENTO TRAZABILIDAD DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTABLES

Durante el año 2024 en conjunto con las coordinaciones de Imágenes Diagnosticas y Salas de Cirugía se emplean las diversas actividades para cumplir la trazabilidad de los dispositivos

médicos que son implantados en la institución dando cumplimiento a lo acordado en el decreto 4725 de 2005 en donde se indica o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, las instituciones de salud deberán:

"Diligenciar la tarjeta de implante por triplicado, la cual deberá indicar como mínimo, lo siguiente: a) Nombre y modelo del producto; b) Número de lote o número de serie; c) Nombre y dirección del fabricante; d) Nombre de la institución donde se realizó la implantación y fecha de esta; e) Identificación del paciente (número de la cédula de ciudadanía, número de pasaporte), y será diligenciado por la IPS una vez implantado.

Parágrafo. Uno de los ejemplares permanecerá archivado en la historia clínica del paciente, otro será facilitado al mismo y otro será remitido a la empresa suministradora. En el caso de que se haya dispuesto un registro nacional de implantes, este último ejemplar o copia de este, se enviará al registro nacional por la empresa suministradora."

A partir del mes de agosto se realizaron las siguientes actividades:

- Se hizo el reporte a proveedor de 30 Dispositivos médicos que fueron implantados en la institución
- Desde el servicio de Hemodinamia e Imágenes Diagnosticas se genera la creación del documento de registro y seguimiento de dispositivos médicos implantables y se hace la creación de la tarjeta institucional de implantación
- Se hace la creación del procedimiento GF-SFA-PR09-PROCEDIMIENTO TRAZABILIDAD DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTABLES en donde se estandarizan las actividades de control y seguimiento de los dispositivos
- Se hace la creación de indicadores de medición y seguimiento asociados a los dispositivos médicos implantados en la institución

Las actividades de seguimiento y trazabilidad de dispositivos médicos implantados en la institución es una actividad recientemente implementada por lo que aun presenta falencias en el cumplimiento, sin embargo, desde el programa de tecnovigilancia se tomaran medidas necesarias para dar cumplimiento total

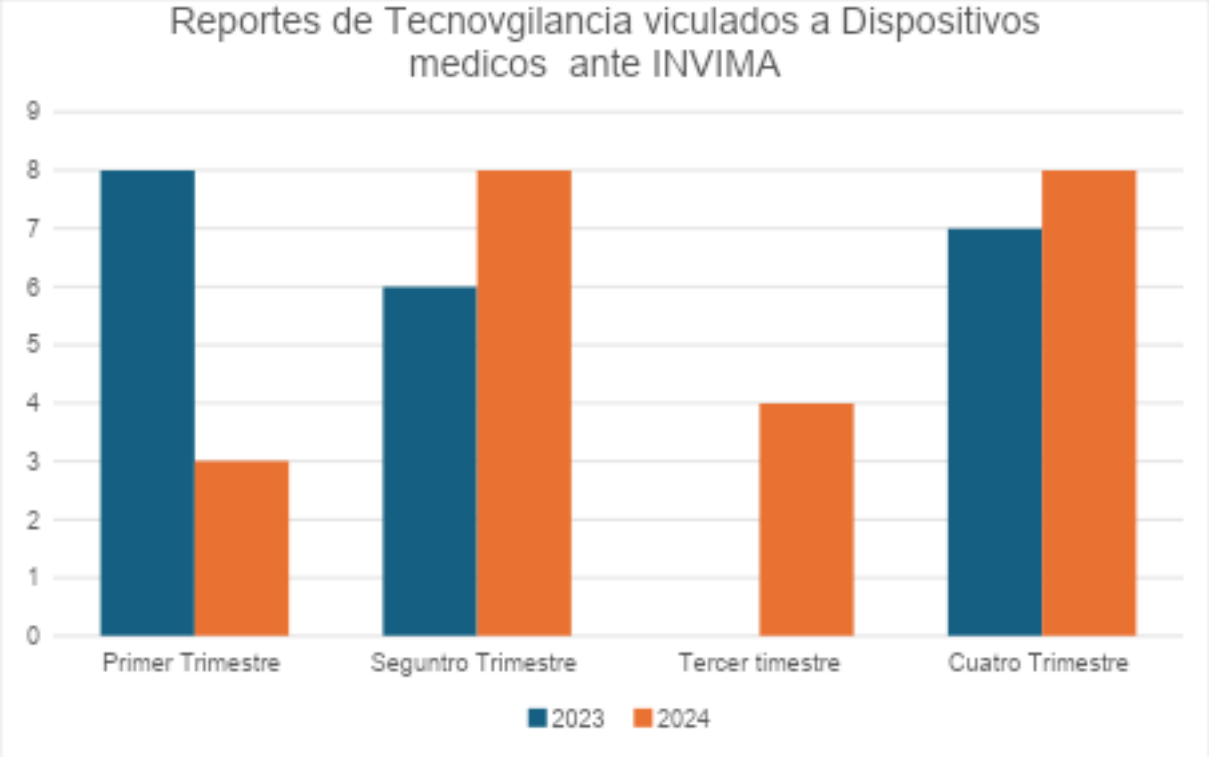
3.3 Reportes ante entes de control

Desde el servicio farmacéutico el Referente de Tecnovigilancia realiza reportes de eventos o incidentes no serios asociados dispositivos médicos frente a entidades como INVIMA y Secretaria Distrital de Salud cumpliendo con lo especificado en la normatividad vigente.
Los reportes son realizados a partir de los sucesos reportados en el aplicativo SIREPS posterior a su análisis y clasificación final

3.3.1 Reportes ante INVIMA

Como se indica en el decreto 4816 de 2008 los reportes de eventos e incidentes no serios se realizan de forma trimestral mediante el aplicativo web de Tecnovigilancia mediante el formato RETEIM o mediante el reporte masivo en cero.

Para el año 2024 se reportaron un total de 23 reportes de Tecnovigilancia ante el INVIMA donde se recopilan eventos e incidente no serios.



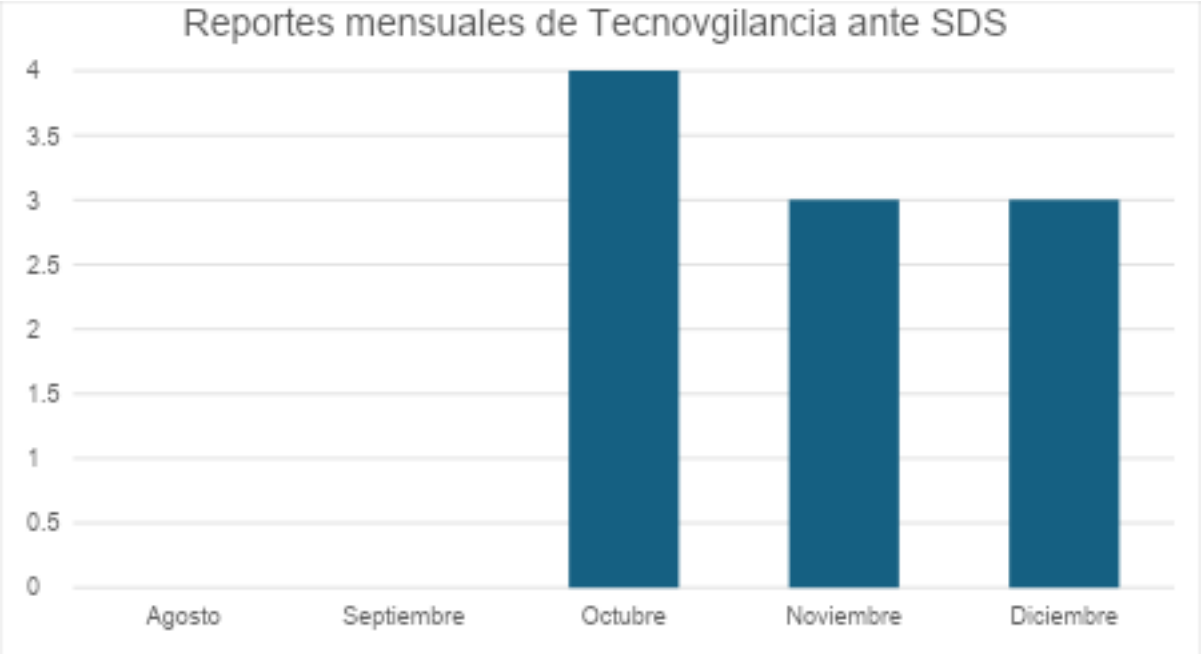
Grafica. Reportes de Tecnovigilancia hechos en el año 2024 VS 2023

En comparación con el año 2023 se evidencia un leve aumento de la cantidad de reportes sin embargo la cantidad de reportes varían en función a los eventos e incidentes analizados por el programa

3.3.2 Reportes ante Secretaria Distrital de Salud

Como se indica en la circular externa 026 de 2018 los reportes de eventos e incidentes no serios se realizan de forma mensual mediante el aplicativo web de Tecnovigilancia mediante el formato RETEIM o mediante el reporte masivo en cero, estos reportes se hacen desde el mes de agosto del año 2024 cuando se realizado la actualización del GB-MN02 Manual

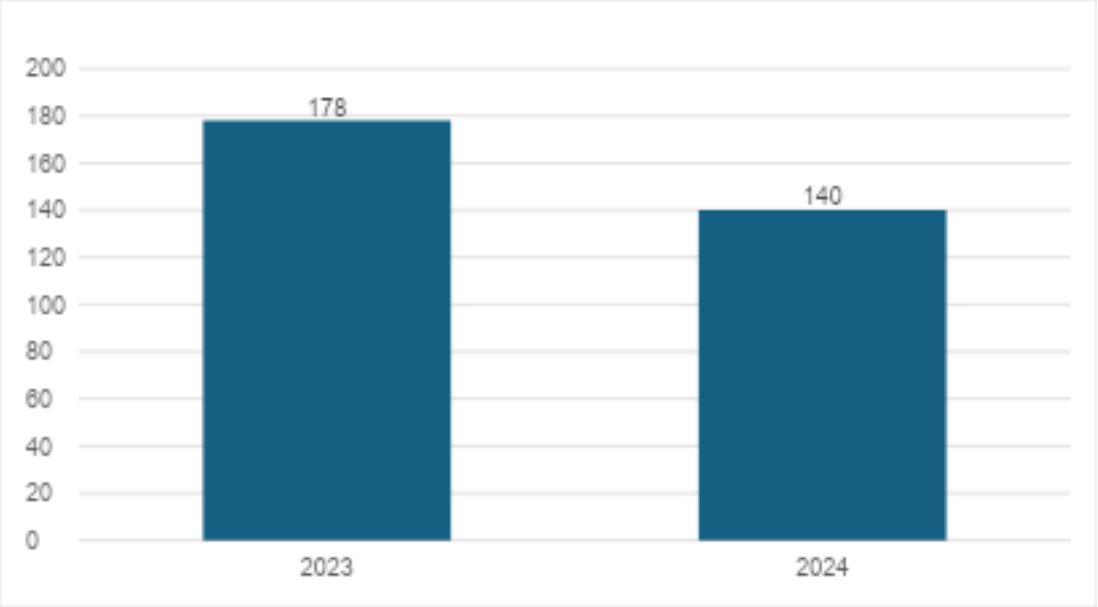
Programa Institucional de Tecnovigilancia en donde se especifican la periodicidad de los reportes de eventos o incidente son serios



Grafica. Reportes de Tecnovigilancia hechos ante SDS en el año 2024

3.4 Gestión de alertas sanitarias e informes de seguridad

Para el año 2024 de revisaron 140 alertas sanitarias e informes de seguridad sobre dispositivos médicos en donde solo un (1) informe de seguridad aplico para la Fundación Hospital San Carlos sin embargo no genero riesgo alguno el uso dispositivo medico implicado sobre la salud de los pacientes implicados. Este informe de seguridad de socializo de forma masiva a todo el personal asistencial mediante correo electrónico y en el comité de Tecnovigilancia.



3.5 Autoevaluación del programa

Durante el mes de Julio del año 2024 se implementó la herramienta "HERRAMIENTA SEGUIMIENTO DE PITV INSTITUCIONES HOSPITALARIAS" realizada por INVIMA en donde se evalúa el grado de implementación del programa de Tecnovigilancia en el cual se obtiene un 76% del grado implementación. En donde se evidenciaron las falencias que contiene el programa y se tomaron las acciones de mejora correspondientes.

Hallazgo	Acciones de mejora
Documentación	Se hace actualización del GB-MN02 Manual Programa Institucional de Tecnovigilancia • Se actualiza el método de reporte de eventos e incidentes adversos mediante el aplicativo SIREPS • Se actualizan los mecanismos de reporte incluyendo lo que indica la circular externa 026 de 2018 indicando los reportes mensuales de eventos e incidentes adversos no serios de forma mensual Se hace la creación del procedimiento GF-SFA-PR09-PROCEDIMIENTO TRAZABILIDAD DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTABLES
Formación y capacitación del personal	Se realizan capacitaciones al personal asistencial cuando se evidencia que fallos en el uso de dispositivos médicos fue la causa de aparición de eventos e incidentes adversos, en conjunto con los fabricantes y proveedores de dispositivos médicos

Trazabilidad de implantables	Se hace la creación del procedimiento GF-SFA-PR09-PROCEDIMIENTO TRAZABILIDAD DISPOSITIVOS MÉDICOS IMPLANTABLES en donde se establecen las actividades y acciones para dar cumplimiento con lo exigido en el decreto 4725 de 2005 • Se establece en conjunto con los servicios de Hemodinamia y Salas de cirugía la entrega del carné del dispositivo medico implantado en la institución • Se generan reportes a proveedores sobre los dispositivos médicos implantados en la institución • Se generan los mecanismos de seguimiento e implementación mediante indicadores mensuales

Tabla. Resumen de hallazgos encontrados en la HERRAMIENTA SEGUIMIENTO DE PITV INSTITUCIONES HOSPITALARIAS y las acciones de mejora hechas

De acuerdo con las acciones tomadas se establece que el programa de tecnovigilancia se encuentra en un 98% del grado de implementación por lo que se logró un fortalecimiento del programa cumplimiento con las exigencias de la normatividad vigente.

4. Gestión Y Manejo De Inventarios

El servicio farmacéutico cuenta con 3 farmacia usuarias de inventario de medicamentos y dispositivos médicos. A continuación, se muestra un valor promedio de inventario propiedad de la institución para cada una de las bodegas asignadas en el año 2024.

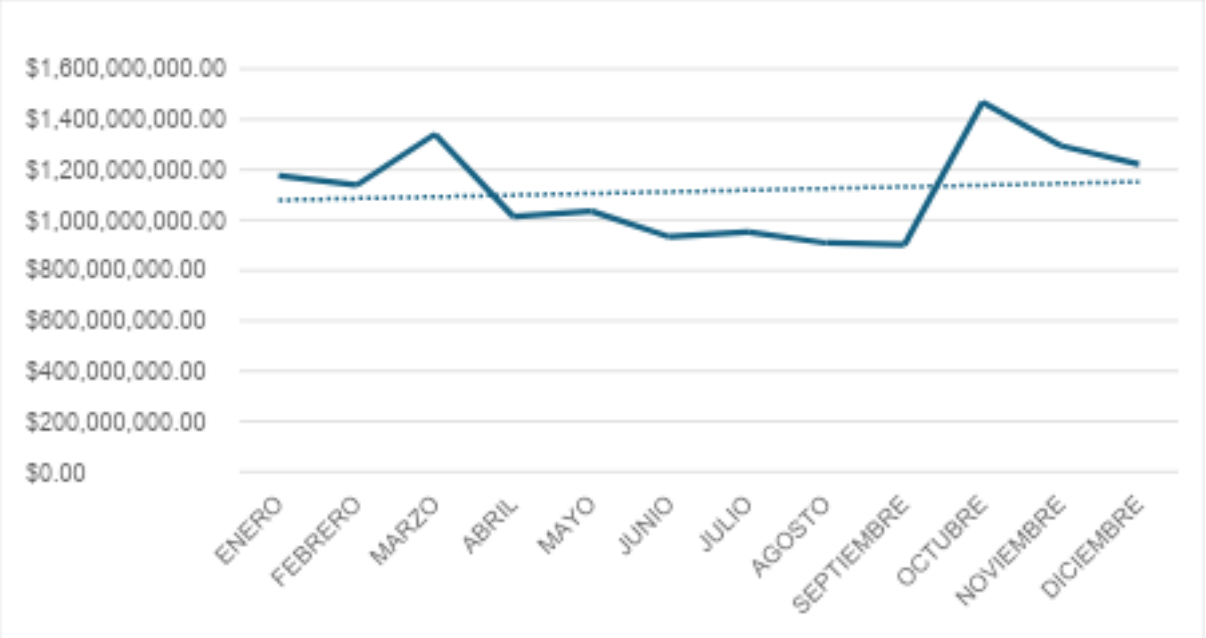
FARMACIA	BODEGA	GRUPO	Total
CENTRAL	SERVICIO FARMACEUT.	DISPOSITIVOS MEDICOS	$ 102.405.466,95
	SERVICIO FARMACEUT.	LABORATORIO	$ 933.205,00
	SERVICIO FARMACEUT.	MEDICAMENTOS	$ 344.917.729,38
CIRUGÍA	FARMACIA CIRUGIA	DISPOSITIVOS MEDICOS	$ 223.560.110,91
	FARMACIA CIRUGIA	MAQUINARIA EQUIPO MD CIEN	$ 2.667.682,89
	FARMACIA CIRUGIA	MEDICAMENTOS	$ 29.192.800,64
HEMODINAMIA	HEMODINAMIA	DISPOSITIVOS MEDICOS	$ 19.223.694,48
	HEMODINAMIA	HEMODINAMIA	$ 193.463.236,59

	HEMODINAMIA	MEDICAMENTOS	$ 9.604.535,30
	HEMODINAMIA BONIFICACION	HEMODINAMIA	$ 5.667.000,00
TOTAL			**$ 931.635.462,13**

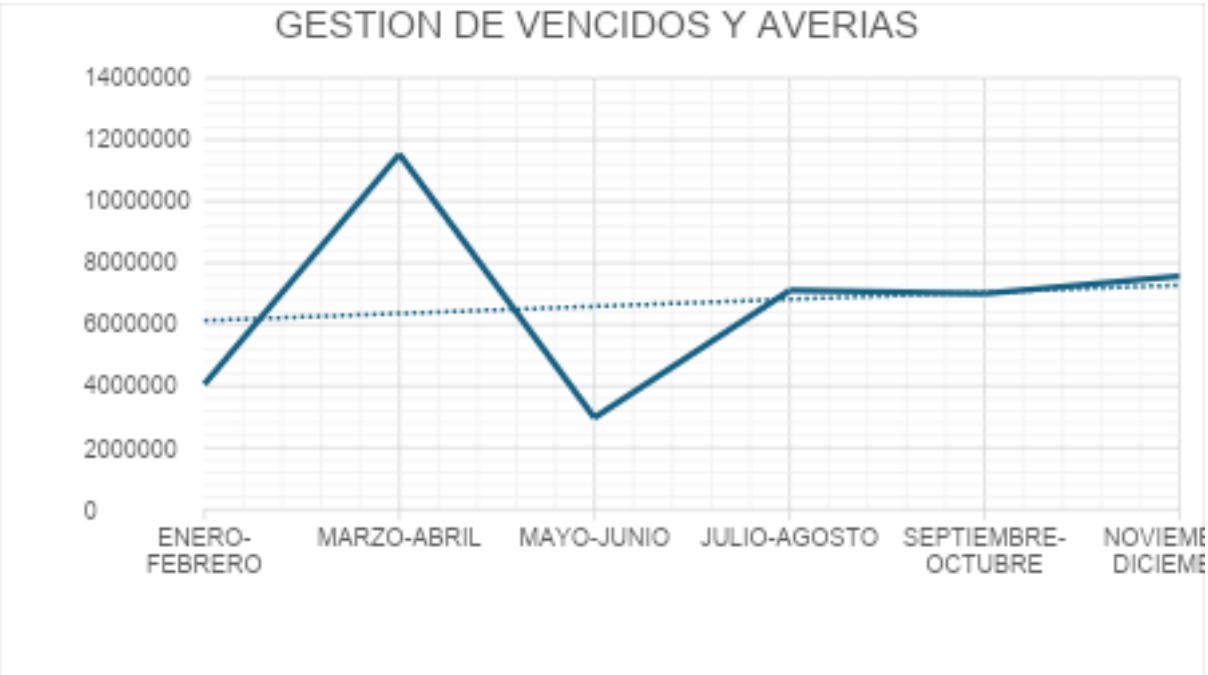
Para este inventario asignado se puede encontrar la siguiente rotación en el año 2024 de inventario la cual se ha mejorado en tanto se implementaron mayores controles sobre cobros de insumos y medicamentos además de mayor control sobre las salidas de insumos por parte del servicio farmacéutico.

MES	VALOR ROTACIÓN
ENERO	$ 1.175.576.997,57
FEBRERO	$ 1.138.759.560,62
MARZO	$ 1.340.709.689,14
ABRIL	$ 1.013.551.294,00
MAYO	$ 1.034.474.029,00
JUNIO	$ 933.001.340,00
JULIO	$ 951.737.061,00
AGOSTO	$ 908.643.874,00
SEPTIEMBRE	$ 901.760.867,00
OCTUBRE	$ 1.468.751.731,00
NOVIEMBRE	$ 1.294.875.591,00
DICIEMBRE	$ 1.221.011.645,00
PROMEDIO	$ 1.115.237.806,61

Se observa un aumento en la gestión de insumos que son requeridos para la atención de pacientes hacia el final del año.



Para la gestión de averías y vencidos se tiene el siguiente comportamiento, evitando al máximo el desperdicio de insumos y medicamentos se logró disminuir la cantidad de inventario inactivo y con fecha corta.



5. Medicamentos De Control Especial

Para el año 2024 se amplió la lista de medicamentos de control especial que son manejados por el servicio farmacéutico mediante resolución 643 de 2024 del ministerio de salud de actualizada para el mes de Octubre.



Libertad y Orden

República de Colombia
Unidad Administrativa Especial Fondo Nacional de Estupefacientes
Ministerio de Salud y Protección Social

RESOLUCIÓN NÚMERO 643 DE 2024

(15 de octubre de 2024)

Por la cual se modifica una inscripción ante la Unidad Administrativa Especial Fondo Nacional de Estupefacientes del Ministerio de Salud y Protección Social a la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS

EL DIRECTOR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES

En uso de sus atribuciones legales y en especial las conferidas en el artículo 23 del Decreto 205 de 2003, ratificado por el artículo 26 del Decreto 4107 de 2011, y en concordancia con las Resoluciones 1478 de 2006 y 315 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, y

CONSIDERANDO

Esto permite el manejo de 30 referencias adicionales de medicamentos de control especial como alternativas terapéuticas en caso de que sean necesarios, además de actualizar la resolución expedida por el ministerio de salud teniendo en cuenta el cambio de Director Técnico.

- **De control especial - Para la dispensación exclusiva a sus pacientes. PROHIBIDA SU VENTA:**

N°	NOMBRE GENÉRICO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA
1	ALPRAZOLAM	0,75 mg /mL	SOLUCIÓN ORAL
2	BUPRENORFINA	5 mg	PARCHE TRANSDÉRMICO
3	BUPRENORFINA	10 mg	PARCHE TRANSDÉRMICO
4	FENTANILO	1,375 mg	PARCHE TRANSDÉRMICO
5	FENTANILO	2,75 mg	PARCHE TRANSDÉRMICO
6	FENTANILO	5,5 mg	PARCHE TRANSDÉRMICO
7	FENTANILO	8,25 mg	PARCHE TRANSDÉRMICO
8	FENTANILO	11 mg	PARCHE TRANSDÉRMICO
9	LISDEXANFETAMINA DIMESILATO	30 mg	TABLETA
10	LISDEXANFETAMINA DIMESILATO	50 mg	TABLETA
11	LISDEXANFETAMINA DIMESILATO	70 mg	TABLETA
12	MEXAZOLAM	1 mg	TABLETA
13	MIDAZOLAM, MIDAZOLAM CLORHIDRATO	200 mg /100 mL	JARABE
14	OXICODONA CLORHIDRATO	10 mg /mL	SOLUCIÓN INYECTABLE
15	OXICODONA CLORHIDRATO	0,1 g /100 mL	SOLUCIÓN ORAL
16	OXICODONA CLORHIDRATO	1 g /100 mL	SOLUCIÓN ORAL
17	OXICODONA CLORHIDRATO	15 mg	TABLETA DE LIBERACIÓN MODIFICADA
18	OXICODONA CLORHIDRATO	30 mg	TABLETA DE LIBERACIÓN MODIFICADA
19	OXICODONA CLORHIDRATO	60 mg	TABLETA DE LIBERACIÓN MODIFICADA
20	OXICODONA CLORHIDRATO	80 mg	TABLETA DE LIBERACIÓN MODIFICADA
21	REMIFENTANILO CLORHIDRATO	1 mg	POLVO PARA RECONSTITUIR A SOLUCIÓN INYECTABLE
22	TAPENTADOL, TAPENTADOL CLORHIDRATO	75 mg	TABLETA
23	TAPENTADOL, TAPENTADOL CLORHIDRATO	25 mg	TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA
24	TAPENTADOL, TAPENTADOL CLORHIDRATO	150 mg	TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA
25	TAPENTADOL, TAPENTADOL CLORHIDRATO	200 mg	TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA
26	TAPENTADOL, TAPENTADOL CLORHIDRATO	250 mg	TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA
27	TAPENTADOL, TAPENTADOL CLORHIDRATO	50 mg	TABLETA, TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA
28	TAPENTADOL, TAPENTADOL CLORHIDRATO	100 mg	TABLETA, TABLETA DE LIBERACIÓN PROLONGADA
29	TETRAHIDROCANABINOL (THC)	2,7 mg / 0,1 mL	SOLUCIÓN PARA PULVERIZACIÓN BUCAL
30	ZOLPIDEM TARTRATO, HEMITARTRATO	5 mg	TABLETA

AJUSTES PUNTUALES EN PROCEDIMIENTO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL

Actualización de documento:

- **GF-SFA-PR08 Procedimiento Manejo de Medicamentos de Control Especial**

Creación de formatos:

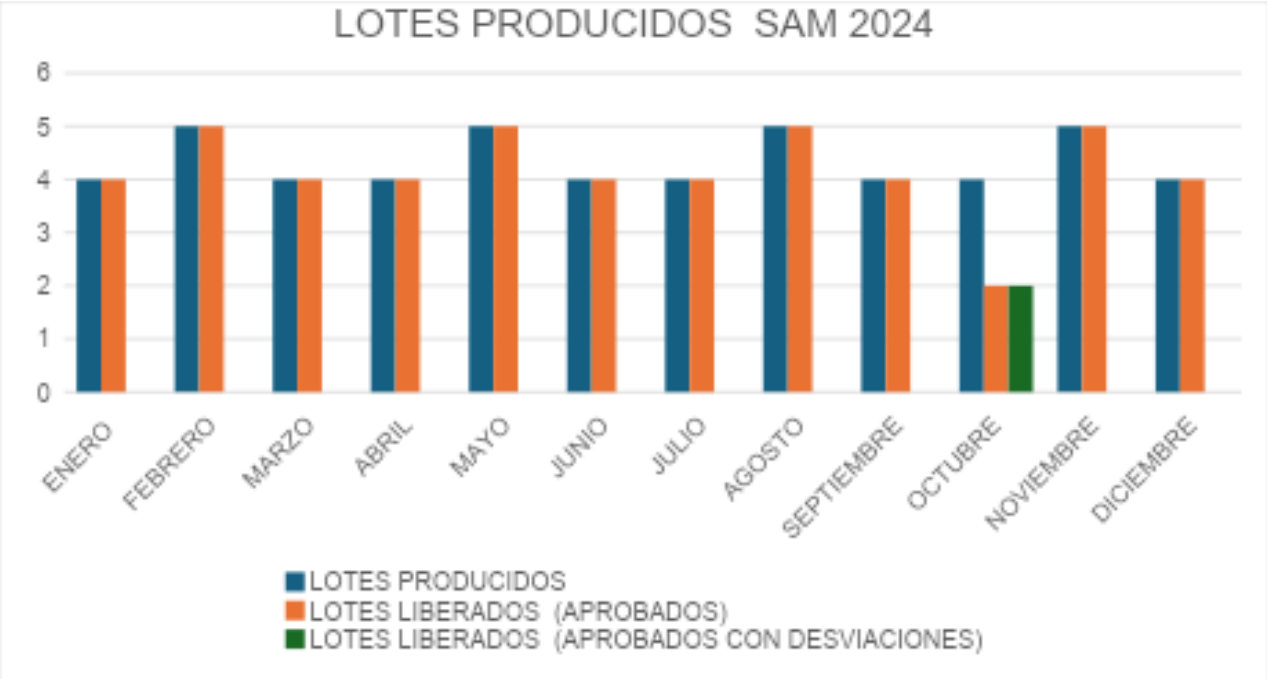
- **GF-SFA-FO21 Chequeo de movimientos de medicamentos de control especial.**
- **GF-SFA-FO22 Lista de chequeo y verificación almacenamiento de medicamentos controlados.**
- **GFA-SFA-FO28 Formato de registro de medicamentos controlados**

6. Sistema De Aire Medicinal (Sam)

El sistema de aire medicinal (SAM) de la Fundación Hospital San Carlos es el responsable de la producción de aire medicinal que es administrado a los pacientes que lo requieran en los servicios de UCI, Salas de cirugía y Urgencias Reanimación en donde desde la dirección técnica liderada por el servicio farmacéutico en acompañamiento del departamento de Ingeniería biomédica se encarga de garantizar que los procesos de producción cumplan los estándares de calidad y seguridad establecidos por la normatividad vigente.

6.1 Lotes Producidos durante el Año

Para el año 2024 se produjeron 52 lotes de aire medicinal los cuales fueron aprobados y liberados mediante los controles de calidad realizados cumpliendo las especificaciones de calidad y seguridad exigidas por la normatividad vigente.



Grafica. Lotes de Aire medicinal producidos liberados y aprobados para el año 2024

6.1.2 Desviaciones en proceso de producción

Durante el año 2024 fueron liberados dos lotes en el mes de octubre con desviaciones que afectaron a los lotes de producción AM-040-24 y AM-041-24 en donde se evidenciaron fallos en el funcionamiento en uno de los compresores que componen el sistema, sin embargo a pesar de la falla la producción de aire medicinal no se detuvo y los controles de calidad realizados garantizaron que el aire medicinal producido mantuvo sus especificaciones de calidad y seguridad

6.1.3 Controles de calidad

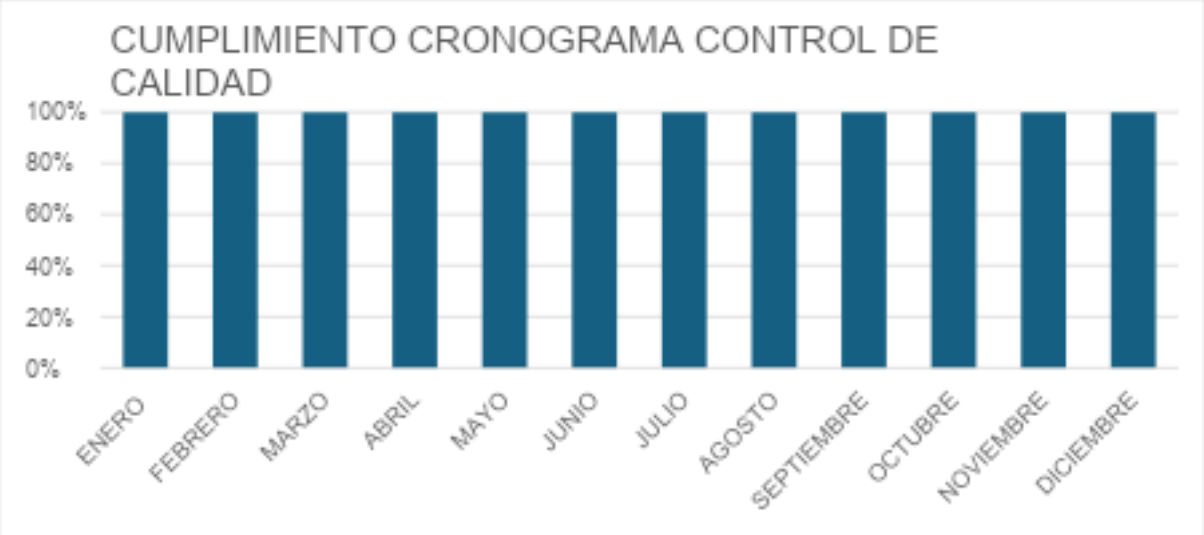
Para el año 2024 se realizaron 104 controles de calidad siguiendo los cronogramas establecidos en donde los controles de calidad se realizan al inicio y a la finalización de cada lote producido permitiendo certificar que el aire medicinal producido cumple con las especificaciones de calidad y seguridad exigida.

ESPECIFICACION AIRE EMEDICNAL USP					
MOXIDO DE CARBONO (<10 PPM)	DIOXIDO DE CARBONO (<500 PM)	OXIDOS DE NITROGENO (<2,5 PPM)	DIOXIDO DE AZUFRE (<5 PPM)	OXIGENO (19,3% - 23,5%)	PRESENCIA DE HUMEDAD Y RESIDUOS DE ACEITE

Tabla. Parámetros de calidad evaluados durante el control de calidad

De acuerdo con los parámetros de calidad evaluados en el aire medicinal producido ningún lote presento valores que sobrepasen los valores máximos aceptados.

Así mismo se garantizó el 100% del cumplimiento del cronograma de los controles de calidad programados para el año 2024.



Grafica. Cumplimiento del cronograma de controles de calidad programados

6.2 Autoinspección

Durante el año 2024 en el mes de agosto se realizó la autoinspección la cual fue realizada por un auditor externo el cual fue designado por la compañía Messer, en donde se evaluó el cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura en la institución.

Como resultado de la auditoria se detectaron 22 hallazgos los cuales fueron subsanados exitosamente bajo el seguimiento del área de calidad y de la dirección técnica del servicio farmacéutico así mismo se plantearon los planes de mejora pertinentes para dar cierre a los hallazgos.

6.3 Recertificación en Buenas Prácticas de Manufactura (BPM)

El sistema de aire medicinal (SAM) contenido en las instalaciones de la FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS, se encuentra certificada en el cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) otorgada por el INVIMA bajo el oficio comisorio 3000-0593-2022 otorgado en julio del año 2022 con una vigencia de 3 años, por lo cual desde se están realizando las acciones correspondientes para lograr la recertificación en BPM frente

al INVIMA para el año 2025. Estas acciones se realizan en compañía de los asesores de Messer los cuales brindan asesoría técnica y operativa.

Actividad	Estado actual
Realización del plan maestro de validación	En proceso
Calificación de diseño	Realizado
Calificación de operación	En proceso
Calificación de instalación	En proceso
Calificación de desempeño	En proceso
validación de la técnica analítica	Realizado
validación del sistema computarizado	Realizado
validación de la válvula antirretorno	En proceso
validación del proceso	En proceso
Actualización documental	En proceso

Tabla. Conjunto de actividades requeridas para la recertificación en BPM

Se estima la finalización de estas actividades para el primer cuatrimestre del año 2025 para la solicitud de la visita de INVIMA y lograr exitosamente el proceso de recertificación

7. Auditorias Y Visitas De Entes De Control

Durante el año 2024 se recibieron visitas y auditorias de entes externos en donde se evaluó el cumplimiento de los procesos misionales del servicio farmacéutico conforme con lo establecido en la normatividad vigente por la cual se rige el servicio farmacéutico

7.1 Visita Fondo Nacional de Estupefacientes

El mes de Julio del año 2024 de se recibió la visita la del Fondo nacional de estupefacientes en donde se verifico el cumplimiento con lo establecido en la Resolución 1478 de 2006 en donde se evaluaron los siguientes ítems:

- Resolución activa para la dispensación de medicamentos de control especial
- Almacenamiento de medicamentos de control especial
- Almacenamiento de las fórmulas de control especial
- Libros de medicamentos controlados
- Formulación de medicamentos de control especial
- Dispensación de medicamentos de control especial
- Movimientos de inventario
- Gestión de medicamentos vencidos y destrucción de estos
- Semaforización y marcación LASA

Estos ítems fueron evaluados en las diversas farmacias que componen al servicio farmacéutico y en carros de paro.

Los principales hallazgos de la visita se enfocaron en la marcación LASA y semaforización, dispensación y manejo de fórmulas de control los cuales fueron subsanados exitosamente en bajo la supervisión del área de calidad, personal asistencial y Químicos farmacéuticos del servicio encargados de garantizar el cumplimiento de las acciones de mejora propuestas como respuesta a los hallazgos detectados.

7.2 Visita secretaria Distrital de Salud

Durante el año 2024 el servicio farmacéutico recibió múltiples visitas de la secretaria de salud distrital en donde evaluó la implementación del programa de institucional de farmacovigilancia en donde estableció que el programa cuenta con una calificación de acuerdo con la escala HENRI del 98% de cumplimiento con los requerimientos y

especificaciones técnicas que componen los programas de farmacovigilancia a nivel nacional y mundial.

7.3 Auditorias de EPS

Durante el año 2024 se recibieron auditoria de EPS como Salud Total, Nueva EPS, Famisanar, Sanitas y Compensar en donde se han evaluado procesos misionales del servicio farmacéutico como:

- Programa de Farmacovigilancia
    - Se evalúa la inscripción del referente a la red nacional de Farmacovigilancia
    - Se evaluaron los reportes de eventos adversos asociados a la administración de medicamentos
    - Se evaluaron los reportes de eventos adversos asociados a errores de medicación con y sin daño
    - Se evaluaron las acciones de mejora implementadas en frente a los eventos adversos presentados
- Programa de Tecnovigilancia
    - Se evalúa la inscripción a la red nacional de Tecnovigilancia
    - Se evalúa la periodicidad de los reportes de tecnovigilancia asociadas al uso de dispositivos médicos
    - Se evaluaron las acciones de mejora implementadas en frente a los eventos adversos presentados
- Resolución expedida por el Fondo Nacional de estupefacientes

- Marcación LASA y semaforización
- Disponibilidad y accesibilidad a medicamentos
- Almacenamiento de medicamentos
- Revisión de Kits emergencia para código Blanco y Rojo

En donde los hallazgos encontrados por los entes auditores se subsanaron exitosamente bajo la supervisión del área de calidad para garantizar el cumplimiento de los procesos misionales del servicio farmacéutico que le permita cumplir con los estándares de calidad exigidos por las entidades

Gestión laboratorio clínico, Gestión Pretransfusional y Patología

Pilar Cárdenas

1. Evaluación De Población:

DICIEMBRE de 2024 y realizando comparativo con 2023.

Fueron atendidos 1.589 PACIENTES de evidencia un numero inferior frente al mes anterior, en cuanto a órdenes se generaron 7.128 órdenes en los servicios de laboratorio clínico, gestión pre transfusional y patología muy similar al mes anterior. Un 11% menos en diciembre en la operación.

Las actividades realizadas fueron 37.720 la productividad bajo en diciembre un 11%.

Dentro de estas se contemplan patología y servicio de gestión pre transfusional. Siendo las áreas más productivas QUÍMICA CLÍNICA, COAGULACIÓN, PATOLOGIA Y HEMATOLOGÍA.

La solicitud de pruebas COVID PCR para este mes de DICIEMBRE no se evidencia y se realizaron 125, pruebas de antígeno COVID para este mes.

Los Resultados han sido remitidos a los servicios y Dirección Médica y anexados para cada paciente.

Igualmente se emiten a seguridad y salud en el trabajo, pisos hospitalización, rehabilitación y patología.

Actividades consolidadas por áreas o sección DICIEMBRE 2024



Actividades discriminadas por servicio hospitalario para DICIEMBRE 2024.



Mayor demanda está en URGENCIAS SEGUIDO DE 6 SUR Y 5 NORTE.

2. Evaluación De Frecuencias

ESTADÍSTICA DICIEMBRE 2024

GESTION PRETRANSFUSIONAL	
COOMBS INDIRECTO AUTOCONTROL	**196**
COOMBS DIRECTO	**0**
CRIOPRECIPITADO	**5**
FLEBOTOMIA TERAPEUTICA	**1**
FENOTIPOS	**0**
FENOTIPO FACTOR RH	**0**
HEMOCLASIFICACIÒN GRUPO ABO DIRECTA OGLOBULAR EN PLACA	**227**

HEMOCLASIFICACION INVERSA	**202**
PLAQUETAS	**33**
PLAQUETAS AFERESIS	**31**
PLASMA FRESCO CONGELADO	**62**
PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR EN TUBO (INCLUYE HEMOCLASIFICACION DE DONANTE Y RECEPTOR)	**600**
RASTREO DE ANTICUERPOS	**196**
SUBGRUPO DE A ANTI-A1	**34**
UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS	**276**
TOTAL	**1,863**
COAGULACION	
DILUCIONES PTT	**1**
DILUCIONES PT	**3**
DIMERO D	**69**
FIBRINOGENO COAGULACIÒN	**14**
PTT CRUZADO	**0**
TIEMPO DE PROTROMBINA (PT)	**1819**
TIEMPO DE SANGRIA IVY Ó DUKE	**0**
TIEMPO DE TROMBINA	**0**
TIEMPO DE COAGULACION	**0**
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (PTT)	**1806**
TOTAL	**3,712**
HEMATOLOGIA	
AGLUTININAS AL FRIO-CRIOAGLUTININAS	**0**
COOMBS DIRECTO PRUEBA CUALITATIVA	**12**
COOMBS DIRECT FRACCIONADO	**0**
COOMBS INDIRECTO PRUEBA CUALITATIVA	**0**
COOMBS INDIRECTO PRUEBA CUANTITATIVA	**0**
CELULAS L.E.	**0**
EXAMEN DIRECTO LEISHMANIA	**0**
EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	**63**
HEMATOCRITO	**1**
HEMOCLASIFICACIÒN GRUPO ABO Y FACTOR RH	**1**
HEMOGLOBINA	**1**
HEMOGRAMA III METODO AUTOMATIZADO	**0**
HEMOGRAMA IV METODO AUTOMATICO	**3,908**
HEMOPARASITO EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	**0**
HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	**8**
RECUENTO DE PLAQUETAS METODO AUTOMATIZADO	**0**
RECUENTO DE PLAQUETAS METODO MANUAL	**64**
RECUENTO RETICULOCITOS, MANUAL	**25**

VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR	**37**
TOTAL	**4,120**
QUIMICA CLINICA	
ACIDO URICO	**37**
ACIDO LACTICO (L-LACTATO)	**2**
ACIDO URICO EN ORINA 24 HORAS	**0**
ALBUMINA	**118**
ALBUMINA EN LIQUIDO	**2**
AMILASA	**181**
BILIRRUBINAS TOTAL	**772**
BILIRRUBINA DIRECTA	**772**
CALCIO EN ORINA 24 H POR COLORIMETRIA	**0**
CALCIO IONICO	**4**
CALCIO POR COLORIMETRIA	**147**
CLORO (CLORURO) EN ORINA 24H	**0**
CLORO (CLORURO) EN ORINA PARCIAL	**0**
CLORO (CLORURO)	**1,790**
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	**108**
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) CAL	**107**
COLESTEROL TOTAL	**112**
CREATIN QUINASA (FRACCIÒN MB) POR ESPECTROFOTOMETRIA	**0**
CREATIN QUINASA CK TOTAL	**0**
CREATININA DEPURACIÒN	**0**
CREATININA EN ORINA 24 HORAS	**3**
CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	**3,561**
CREATINURIA EN MUESTRA AISLADA	**1**
DESHIDROGENASA LACTICA (LDH)	**54**
FENA	**0**
FOSFATASA ALCALINA	**256**
FOSFORO INORGANICO (FOSFATOS)	**55**
FOSFORO INORGANICOS (FOSFATOS) EN ORINA 24H	**0**
GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	**0**
GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA (POR MUESTRA)	**0**
GLUCOSA EN SUERO, LCR, U OTRO FLUIDO DIF. A ORINA	**1,407**
GLUCOSA EN ORINA	**0**
GLUCOSA PRE Y POS CARGA DE GLUCOSA INCLUYE CARGA DE GLUCOSA	**0**
GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	**0**
HEMOGLOBINA GLICOSILADA	**253**
HIERRO	**35**
IONOGRAMA	**1**
LIQUIDO ASCITICO	**1**
LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	**11**
LIQUIDO PERICARDICO	**3**
LIQUIDO PERITONEAL	**8**

LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	**17**
LIQUIDO SINOVIAL	**1**
MAGNESIO	**1,143**
MAGNESIO EN ORINA 24H	**0**
MICROALBUMINURIA	**0**
NITROGENO (BUN) EN ORINA DE 24 HORAS	**0**
NITROGENO UREICO (BUN)	**3,547**
NITROGENO UREICO (BUN)POST	**0**
OSMOLARIDAD EN SUERO	**0**
OSMOLARIDAD EN ORINA	**5**
PCR SEMICUANTITATIVO	**1,056**
PCR CUANTI	**0**
POTASIO	**3,490**
POTASIO EN ORINA PARCIAL	**2**
POTASIO EN ORINA 24 H	**0**
PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA DE ALTA PRECISION	**0**
PROTEINAS DIFERENCIADAS (ALBUMINA /GLOBULINA)	**7**
PROTEINASA 3 ACS	**0**
PROTEINAS EN ORINA 24H	**8**
PROTEINAS EN ORINA PARCIAL	**1**
PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	**43**
PROTEINURIA EN MUESTRA AISLADA	**0**
SATURACION DE TRANSFERRINA	**30**
SODIO	**3,403**
SODIO EN ORINA DE ORINA PARCIAL	**7**
SODIO EN ORINA DE ORINA 24 H	**0**
TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA (TGP - ALT)	**419**
TRANSAMINASA OXALACETICA (TGO - AST)	**418**
TRANSFERRINA	**20**
TRIGLICERIDOS	**110**
UREA	**1**
TOTAL	**23,529**
UROANALISIS	
UROANALISIS, SEDIMENTO URINARIO	**396**
CETONURIAS (CUERPOS CETONICOS EN ORINA)	**0**
MORFOLOGIA DE GLOBULOS ROJOS	**0**
UROBILINOGENO EN ORINA	**0**
TOTAL	**396**
COPROANALISIS	
COLORACIÒN ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA-COPRO	**0**
COPROLOGICO	**8**
COPROSCOPICO	**59**

FROTIS RECTAL	**0**
SANGRE OCULTA EN MATERIAL FECAL GUAYACO	**2**
TOTAL	**69**
HORM E INFECCIOSAS	
ACIDO FOLICO EN SUERO	**69**
ANTIESTREPTOLISINA O CUANTITATIVA POR TITULACION	**0**
ANTIGENO DE PROSTATA ESPECIFICO	**19**
ANTIGENO COVID 19	**125**
DENGUE NS1	**10**
FACTOR REUMATOIDEO-SEMICUANTITATIVO	**0**
FERRITINA	**30**
HEPATITIS B ANTICUERPOS S (ANTI HBS)	**4**
HEPATITIS B ANTICUERPOS S CENTRAL TOTALES	**20**
HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE (AGHBS)	**59**
HEPATITIS B CORE TOTAL	**0**
HEPATITIS C ANTICUERPOS	**73**
HIV 1 Y 2 ANTICUERPOS	**70**
HIV CONFIRMATORIA	**0**
HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES ULTRASENSIBLE	**241**
PROCALCITONINA	**24**
PROPEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO	**111**
PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO - GONADOTROPINA CORIONICA (SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA)	**56**
SATURACION DE TRANSFERRINA	**0**
SARS IGG COVID 19	**0**
SARS IGM COVID 19	**0**
SEROLOGIA (PRUEBA NO TREPONEMICA) VDRL EN SUERO, LCR	**114**
TEST INMUNOENSAYO HIV	**0**
TIROXINA LIBRE (T4L)	**52**
TROPONINA I	**324**
TIBC	**31**
VIT B12	**80**
TOTAL	**1,512**
TOXICOLOGIA	
COCAINA METABOLITOS EN ORINA	**6**
BENZODIACEPINAS	**6**
CANABINOIDES	**6**
BARBITURICOS	**6**
MARIHUANA	**6**
EXTASIS	**6**
METADONA	**6**
ANFETAMINAS	**6**

METANFETAMINAS	**6**
MORFINA	**6**
FENCICLIDINA	**6**
OPIACEOS SEMICUANTITATIVOS POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA O INMUNOENSAYO	**6**
TOTAL	**72**
MICROBIOLOGIA	
ANTIBIOGRAMA (MIC) METODO AUTOMATICO	**192**
ANTIBIOGRAMA DISCO	**0**
COLORACIÒN ACIDO ALCOHOL RESISTENTE(ZIELH-NIELSEN) Y LECTURA O BASILOSCOPIA	**67**
COLORACIÒN DE GRAM Y LEC TURA PARA CUALQUIER MUESTRA	**473**
COLORACIÒN TINTA CHINA Y LECTURA	**5**
COPROCULTIVO	**10**
CULTIVO DE GERMENES COMUNES	**238**
CULTIVO ANAEROBIO	**0**
CULTIVO DE HONGOS MICOSIS PROFUNDAS	**4**
CULTIVO DE HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	**5**
CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES	**35**
CULTIVO DE HONGOS MEDULA OSEA	**0**
CULTIVO MYCOBACTERIUM-LIQ BIOL	**0**
DETECCION DE CARBAPENEMASAS	**50**
EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	**1**
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	**6**
FILMARRAY SEPSIS	**6**
FILMARRAY GASTROINTESTINAL	**7**
HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO (POR CADA MUESTRA)	**213**
HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR METODO AUTOMATICO (POR CADA MUESTRA)	**108**
HEMOCULTIVO PARA HONGOS	**0**
EOSINOFILOS	**0**
LIQUIDOS CORPORALES	**0**
PRUEBAS DE SENSIBILIDAD PARA HONGOS	**1**
PRUEBA DE ACIDO BORONICO	**0**
PRUEBA DE EDTA	**0**
UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA MIC AUTOMATICO)	**147**
TOTAL	**1,568**
PATOLOGIA	
ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO	**120**
ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	**45**
ESTUDIO DE COLORACION en espécimen con resección de márgenes	**29**
ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN	**15**

ESTUDIO INMUNOHISTOQUIMICA	**0**
ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN	**0**
TOTAL	**209**
TOTAL, REALIZADO EN LABORATORIO FHSC	**37,050**
REMISIONES- PROCESO EXTRAINSTITUCIONAL	
ACIDO LACTICO	**1**
ACIDO DELTA AMINO LE	**0**
ACETIL COLINA ACS	**1**
ADENOSIN DE AMINASA (ADA)	**34**
ACIDO VALPROICO	**3**
ALCOHOL ETILICO	**1**
ALFA 1 ANTITRIPSINA	**1**
ALFA FETOPROTEINA SERICA	**8**
AMONIO	**0**
ANGIOTENSINA II	**1**
ANTICOAGULANTE LUPICO	**10**
ANTICUAGULANTE LUPICO PRUEBA CONFIRMATORIA	**0**
ACS ANTIRIBOSOMA	**0**
ACS ANTICENTROMERO	**0**
ANTIFOSFOLIPASA	**2**
ANAS	**27**
ENAS	**0**
ANTI- HU-YO-RI	**0**
ACS ANTIPROTEINASA 3	**10**
ASPERFGILLUS FUMIGATUS	**1**
ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO	**9**
ANTIGENO CANCER DE OVARIO CA125	**1**
ANTIGENO DE CANCER MAMA 15,3	**0**
ANTIGENO DE CANCER TUBO DIGESTIVO	**8**
PSA LIBRE	**1**
BETA 2 GLICOPROTEINA IGG	**3**
BETA 2 GLICOPROTEINA IGM	**4**
BETA 2 MICROGLOBULINA	**4**
BRUCELLA ABORTUS IGG	**1**
BRUCELLA ABORTUS IGM	**1**
CALCITONINA	**1**
CARDIOLIPINA IGG ACS	**3**
CARDIOLIPINA IGM ACS	**4**
CARDIOLIPINA IGA ACS	**0**
CARIOTIPO BANDA G CUALQUIER MUESTRA	**0**
CARIOTIPO PARA LEUCEMIA	**5**

CITOMEGALOVIRUS ACS IGG	**3**
CITOMEGALOVIRUS CARGA VIRAL	**3**
CITOMEGALOVIRUS ACS IGM	**5**
CITOMETRIA DE FLUJO EN LIQUIDOS-HEMOGLBINU	**1**
CITOMETRIA DE FLUJO EN ESPECIMEN-CLASIFI CA LEUCEMIAS	**8**
CITOMEGALOVIRUS IDENT PCR	**0**
CITOPLASMA DE NEUTROFILOS	**2**
CERULOPLASMINA	**0**
CITRULINA ACS IgG	**1**
CLOSTRIDIUM TOXINA	**4**
COMPLEMENTO C3 CUANTITATIVO	**20**
COMPLEMENTO C4 CUANTITATIVO	**20**
COOMBS DIRECTO FRACCIONADO	**3**
CORONAVIRUS COVID 19	**0**
CORTISOL	**10**
CORTISOL 2 MUESTRAS POST SUPRESION DEXAMETASONA	**0**
CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 H	**1**
CKMB	**3**
CK TOTAL	**8**
CRIOGLOBULINAS	**1**
CROMOGRANINA	**0**
CRYPTOCOCCUS CULTIVO	**0**
CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS	**1**
CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS AGS	**1**
CRIPTOSPORIDIUM SPP AF	**0**
CUERPOS CETONICOS EN SANGRE	**0**
CULTIVO DE MICOBACTERIAS EN MEDIO	**63**
CULTIVO ANAEROBIO MEDULA OSEA	**0**
CULTIVO DE MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS	**0**
DIHITESTOSTERONA	**1**
DENGUE ACS IGG	**0**
DENGUE ACS IGM	**0**
DENGUE NS1, IgG E IgM	**0**
DNA ACS	**22**
ELECTROFORESIS DE PROTEINAS	**5**
ENZIMA CONVERTIDORA	**1**
EPSTEIN BARR ACS IGG	**0**
EPSTEIN BARR ACS IGM	**0**
EPSTEIN BARR II ACS IGG	**2**
EPSTEIN BARR II ACS IGM	**4**
FACTOR INTRINSECO	**1**
FACTOR II	**0**
FACTOR IX DE LA COAGULACION	**0**
FACTOR X INHIBID	**0**
FACTOR REUMATOIDEO (RA CUANTITATIVO)	**4**

FACTOR VON WILLEBRAND ACTIVIDAD FUNCIONAL	**1**
FILM ARRAY PANEL MENINGITIS	**4**
FILM ARRAY PANEL NEUMONIA	**5**
FOSFOLIPIDOS IGM	**2**
FENOTIAZINAS EN SUERO	**0**
FENOBARBITAL	**0**
FACTOR INHIBIDOR DE FACTOR VIII	**1**
FACTOR REUMATOIDEO	**0**
FRAGILIDAD OSMOTICA	**0**
GALACTOMANANO	**2**
GLUCOSA 6 FOSFATO DEHI	**1**
GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	**6**
GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD	**2**
HAPTOGLOBINA	**3**
HEPATITIS A ACS TOTALES	**4**
HEPATITIS A ACS IGM	**6**
HEPATITIS B ACS CENTRALES TOTALES	**0**
HEPATITIS B ACS CENTRAL IGM CORE	**12**
HEPATITIS B ACS CENTRAL IGM	**0**
HEPATITIS B ACS CONTRA AG	**0**
HEPATITIS B ACS E (ANTI HBE)	**3**
HERPES SIMPLEX I Y II IDEN REA EN CAD	**3**
HEMOGLOBINA A2 POR CROMATOGRAFIA	**0**
HELYCOBACTER PILORY	**11**
HYSTOPLASMA CAPSULATUM ANTICUERPOS	**1**
HYSTOPLASMA CAPSULATUM ANTÍGENO	**2**
HIV CARGA VIRAL	**1**
HOMOCISTEINA	**0**
HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA	**1**
HORMONA PARATIROIDEA	**14**
HTLV I Y II ACS TOTALES	**1**
INHINIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR	**1**
INMUNOFIJACION	**1**
INMUNOELECTROFORESIS	**1**
INMUNOFIJACION DE PROTEINAS	**0**
INMUNOGLOBULINA IGM	**1**
INMUNOGLOBULINA IGA	**1**
INMUNOGLOBULINA IGD	**0**
INMUNOGLOBULINA IGE	**0**
INMUNOGLOBULINA IGG CUANTI	**1**
INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDAS CUANTITATIVASD POR NEFELOMETRIA PARA CUALQ. MMUESTRA	**2**
INTERFERON GAMMA	**0**
ISOAGLUTININAS	**0**
ANTI JO1	**0**

Jack 2	**1**
LA/SSB ANTICUERPOS	**11**
LEISHMANIA MUCOCUTANEA	**0**
LEGIONELLA	**0**
LEPTOSPIRA IGG	**2**
LEPTOSPIRA IGM	**4**
LEPTOSPIRA PCR	**0**
LINFOCITOS TCD4	**1**
LINFOCITOS TCD3, CD4,CD8	**0**
LIPOPROTEINA A	**0**
LIPASA	**9**
LA	**0**
LITIO	**0**
LKM-1 MICROSOMALES	**0**
MARCADOR DE INMUNOHISTOQUIMICA	**7**
METAHEMOGLOBINA	**3**
MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO	**2**
MICROALBUMINURIA	**0**
MICROSCOPIA ELECTRONICA-BIOPSIA RENAL	**6**
MIELOGRAMA	**4**
MORFOLOGIA DE GLOB ROJOS	**1**
METANEFRINAS FRACCIONADAS	**1**
METAEPINEFRINAS LIBRES EN PLASMA	**0**
METANEFRINAS TOTALES	**0**
MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS	**9**
METROTEXATE	**0**
MICROSCOPIA ELECTRONICA	**0**
COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA	**6**
ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	**0**
ESTUDIO DE COLORACION DE INMUNOFLUORESCENCIA	**0**
MITOCONDRIA ACS (AMA)	**1**
MUTACION GENETICA HFE	**0**
MUSCULO LISO (ASMA)	**2**
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	**0**
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACION	**0**
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	**68**
N METIL ASPARTATO	**0**
PLASMINOGENO	**1**
PLAQUETAS ACS	**1**
PANEL VIRAL RESPIRATORIO 7 AGS	**8**
PROLACTINA	**2**
PREALBUMINA	**0**
PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOGENO	**2**
PROTEINA C DE LA COAGULACION	**0**
PROTEINA S DE LA COAGULACION	**0**

PROTEINA BENCE JONES	**1**
RELACION/LACTATO PIRUVATO	**1**
RENINA TOTAL	**1**
RNP ACS	**10**
RO/SSA	**10**
SM ACS	**12**
SEROLOGIA PARA HONGOS	**0**
TESTOSTERONA LIBRE	**0**
TESTOSTERONA TOTAL	**0**
TIEMPO DE TROMBINA	**0**
TIROIDEOS COLOIDALES ACS	**0**
TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ACS	**1**
TIROIDEOS MICROSOMALES ACS	**1**
T4 TOTAL	**4**
TOXOPLASMA GONDII IGG	**1**
TOXOPLASMA GONDII IGM	**1**
TRANSLOCACION BCR	**1**
TRANSFERRINA	**0**
TRANSGLUTAMINASA ACS IG G	**1**
TRANSGLUTAMINASA ACS IGA	**1**
TREPONEMA PALLIDUM (FTA-ABS)	**2**
T3 LIBRE	**11**
T3 TOTAL	**3**
T4 TOTAL	**0**
TRYPANOSOMA CRUZY IGM	**9**
VANCOMICINA NIVELES	**4**
VITAMINA D 1,25	**1**
VITAMINA D 25-OH	**5**
ZINC	**0**
TOTAL- REMISIONES	**670**
TOTAL, REALIZADO FHSC LABORATORIO PAT GPT	**37,050**
REMISIONES	
TOTAL	**37,720**
PACIENTES	**1584**
ORDENES	**7128**
IND EXAMEN /ORDEN	**5.29**
EXAMENES POR PACIENTE	**23.81**

Total 37.720 exámenes procesados, en contexto por paciente tenemos 23.81 exámenes, es decir un promedio de 5.29 EXÁMENES POR ORDEN: - 1.589 Pacientes con 7.128 órdenes de servicio.

En este mes de diciembre se realizó un 11% de exámenes frente al mes anterior.

GESTIÓN PRE TRANSFUSIONAL: 1.863 PROCEDIMIENTOS

LABORATORIO CLINICO: 35.648 PROCEDIMIENTOS

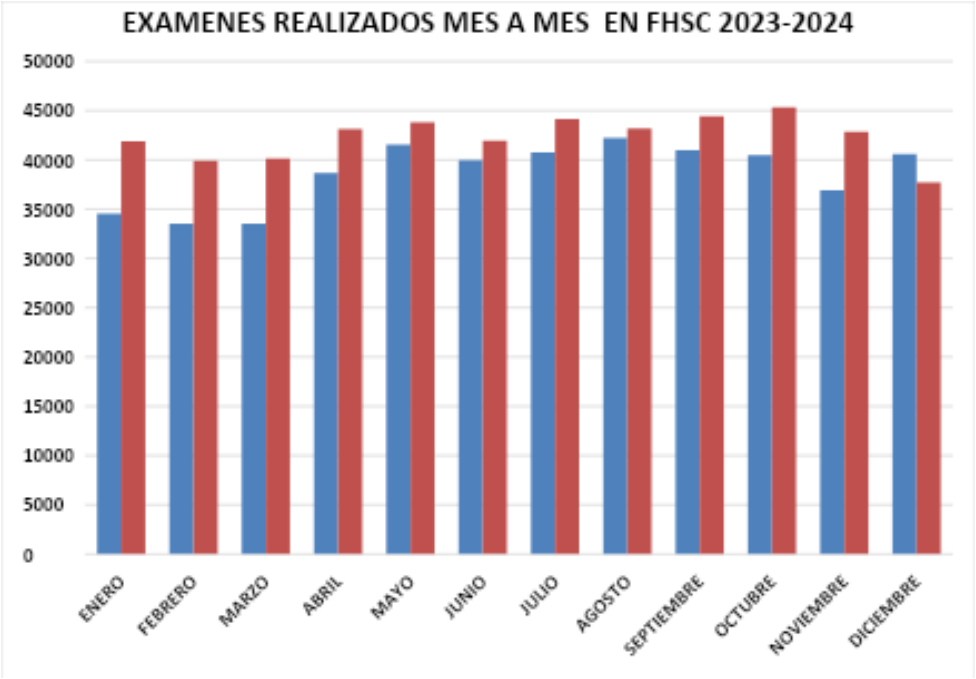
PATOLOGIA: 209 PROCEDIMIENTOS BIOPSIAS

UN DECREMENTO GLOBAL: 11% Con respecto al mes anterior.

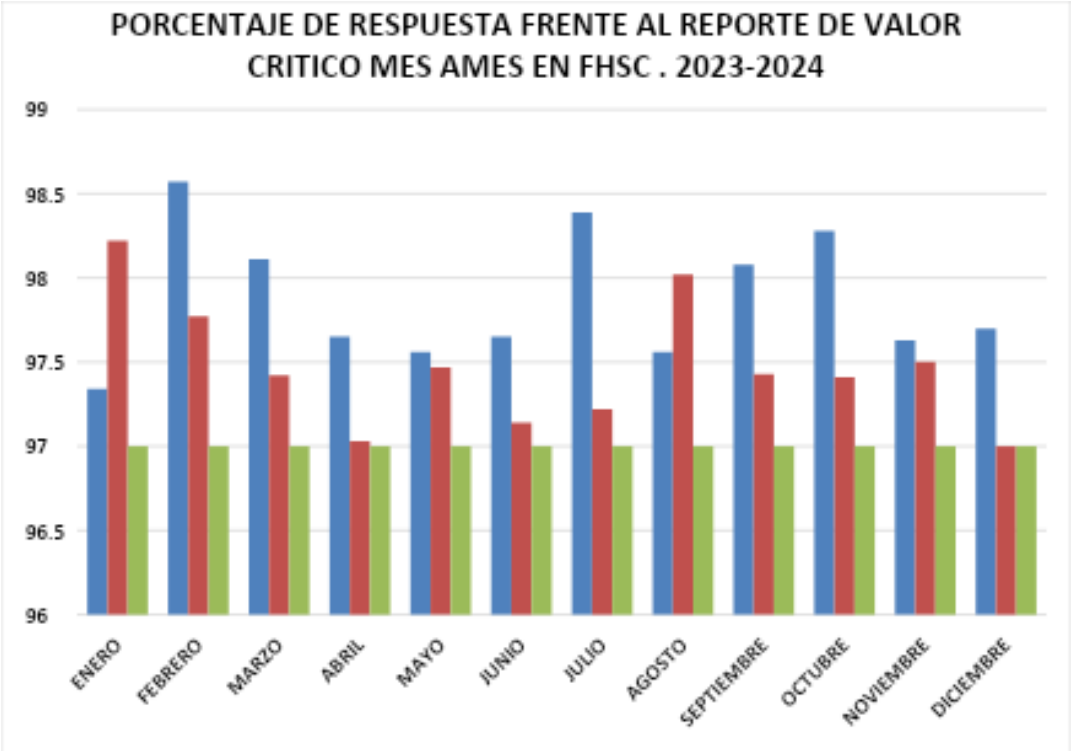
En el Contexto general se mantiene demanda a lo largo del año.

3. Cumplimiento De Metas – Comparativo 2023 -2024

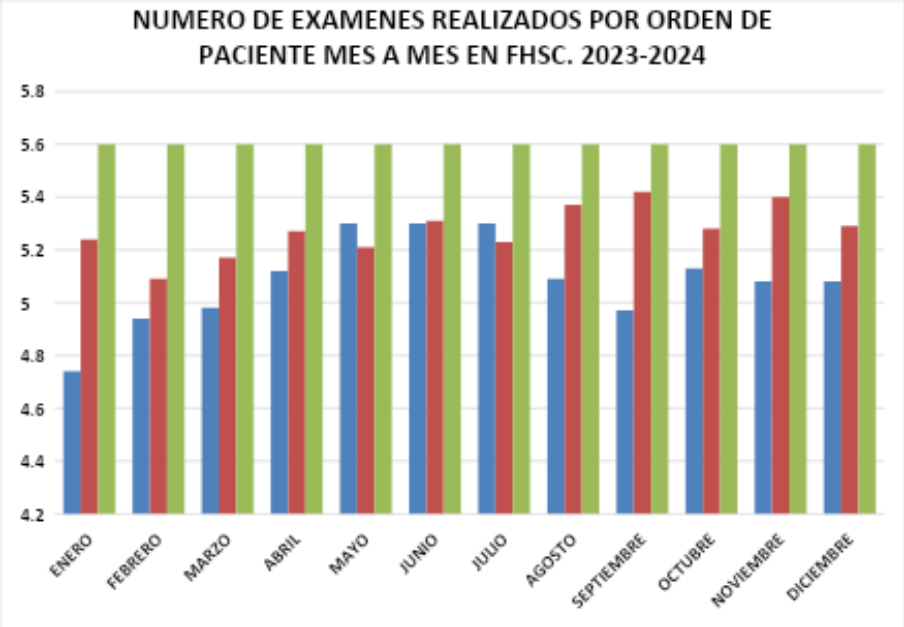
3.1 Para Lab Clínico Y Patología



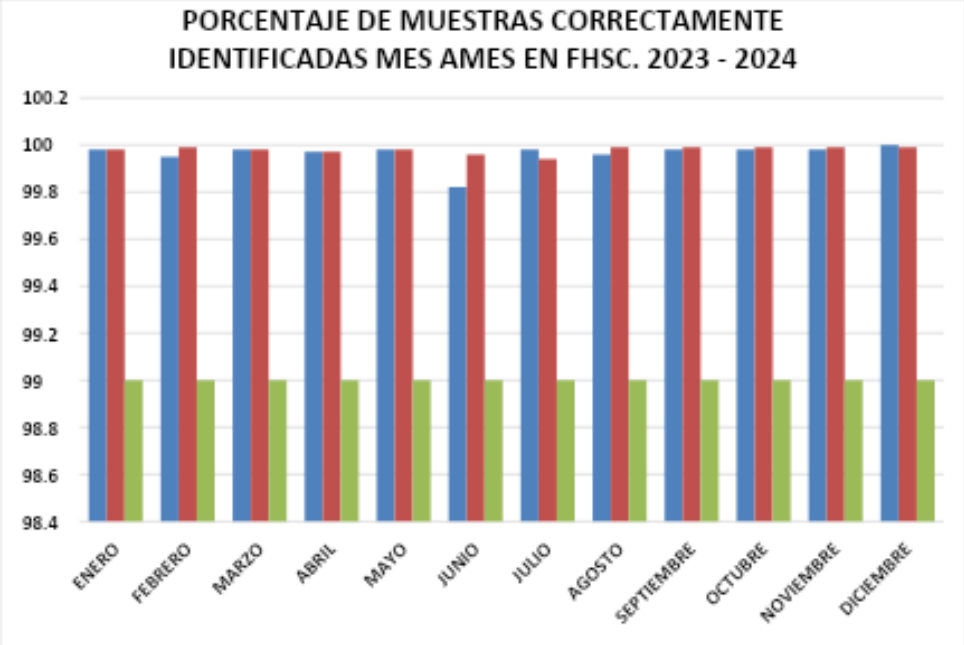
Para este mes dese realizaron **37.720** exámenes, un decremento **del 11**% frente al mes anterior. frente a 2023 con un decremento **7,02% para la misma vigencia.**



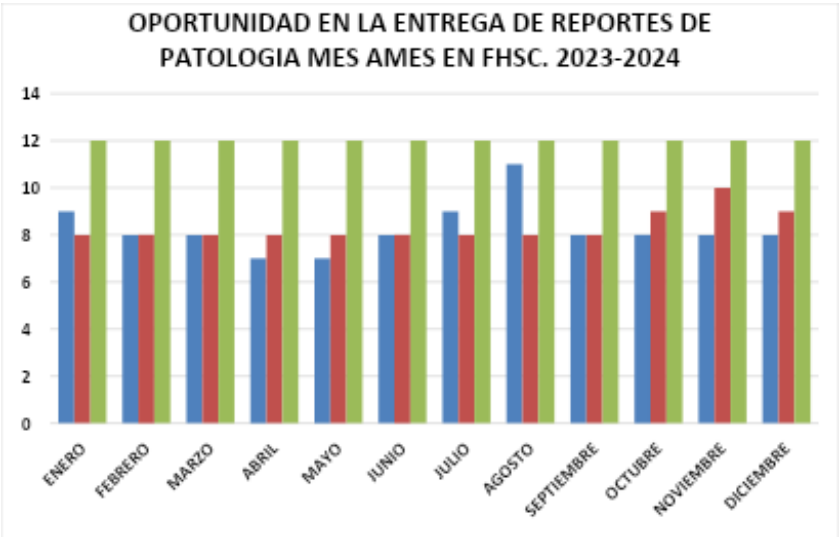
A lo largo de este periodo se evidencia se mantiene la oportunidad frente a la conducta médica inmediata al reporte de valor crítico. Dada su relevancia estamos en zona de seguridad con 97% bajo con respecto al mes anterior. se evidencia similar comportamiento si y para el mismo periodo del año 2023. **Meta (seguridad 97%).** A pesar de la alta rotación de personal en todos los servicios se logra manejar este indicador.



Para el mes de diciembre se realizaron 37.720 exámenes, el indicador de laboratorios solicitados por orden quedo **en 5.29**, con un total de ordenes de 7.128. **Meta (5,6)** nos hallamos en zona de seguridad. Un muy buen resultado, comparativamente hay un incremento con respecto al mismo periodo del año pasado. Frente a la meta por manejo del recurso está muy bien, pero se debe mantener seguimiento.



Se cumple con 99.99%, se cumple meta para diciembre y estamos en zona de seguridad aquí es importante seguimiento y trazabilidad del proceso para el deber por seguridad del paciente. **Meta (mayor a 99%), comportamiento similar en las 2 vigencias**.



Se evidencia que para diciembre 209 patologías el tiempo de oportunidad fue 9 días, 191 pacientes con análisis de especímenes en patología. Se requirió el siguiente panel de

actividades que aparece inmediatamente después. Hemos tenido mayor complejidad. Aún estamos en meta de seguridad. Se maneja. **(META 12 días).**

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
TOTAL DE PACIENTES INGRESADO	192	205	211	229	232	208	236	238	221	227	202	191	2592
TOTAL ESPECIMENES PROCESADOS	215	218	251	273	263	227	261	271	240	260	215	209	2903
TOTAL BLOQUES DE PARAFINA	342	297	432	307	543	361	408	203	555	513	313	357	4631
INCLUSION BLOQUES DE PARAFINA	342	297	432	307	543	361	408	203	555	513	313	357	4631
CORTE HISTOLOGICO BLOQUES DE PARAFINA	362	306	441	316	551	368	423	216	570	535	328	442	4858
NUEVOS CORTES	20	9	9	9	8	7	15	13	15	22	15	4	146
PROCESAMIENTO MASTEJIDO DE PARAFINA	9	3	11	1	7	6	25	7	3	8	8	2	90
LIQUIDOS / CITOLOGICOS	6	10	17	23	11	15	12	17	4	11	15	8	149
HEMATOXILINA EOSINA	368	316	458	339	562	383	435	233	574	546	343	450	5007
TRANSCRIPCIÓN MANUAL DE MACROSCOPIA	200	235	231	217	218	198	200	190	203	194	185	190	2461
COLORACIONES ESPECIALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ARCHIVO DE BLOQUES DE HISTOLOGIA	342	297	432	307	543	361	408	203	555	513	313	357	4631
ARCHIVO DE LAMINAS DE HISTOLOGIA	368	316	458	339	562	383	435	233	574	546	343	450	5007
ROTULACIÓN DE ESPECIMEN CON N° CONSECUTIV	215	218	251	273	263	227	261	271	240	260	215	209	2903
ROTULACIÓN BLOQUES DE PARAFINA	342	297	432	307	543	361	408	203	555	513	313	357	4631
ROTULACIÓN LAMINAS HISTOLOGICAS	368	316	458	339	562	383	435	233	574	546	343	450	5007
TRANSCRIPCIONES DIGITALES INFORMES	149	235	173	201	210	200	202	180	206	210	200	204	2370
ENTREGA DE MATERIAL A LABORATORIO CLINICO BLOQUES HISTOLGICOS	16	37	45	34	34	46	33	51	133	91	58	48	626
ENTREGA DE MATERIAL A LABORATORIO CLINICO LAMINAS HISTOLGICOS	17	41	45	51	34	52	36	53	143	121	86	48	727
CANTIDAD TOTAL DE REPORTES ENTREGADOS A PISO	8	12	20	17	19	9	8	19	3	13	11	4	143
CANTIDAD DE REPORTES CON VALOR CRITICO	0	2	5	0	8	0	0	2	0	0	1	0	18
DESCARTE DE RESIDUOS ANATOMOPATOLOGICOS	253	215	215	218	218	251	273	263	227	261	271	240	2905
ESPECIMENES PRIORIZADOS POR EL SERVICIO PARA SU LECTURA	79	75	86	94	98	81	104	102	78	104	98	84	1083
ENTREGA 901	63	61	55	61	69	63	71	59	50	80	61	75	768
INGRESO PDF LABCORE	149	235	173	201	210	200	202	180	206	210	200	204	2370
AUSTAMIENTO ENTREGA DE MATERIAL FRASCOS CON FORMOL PARA SALAS DE CIRUGIA	81	46	74	67	45	62	74	50	50	60	56	28	693
ENTREGA DE MATERIAL, FRASCOS A LAREA DE SALAS DE CIRUGIA	81	46	74	67	45	62	74	50	50	60	56	28	693
TOTAL	4587	4345	5489	4597	6401	4875	5447	3743	6584	6417	4562	4996	62043

Se realizaron para las 209 patologías 4.996 actividades. Con un promedio de 23,9 actividades por patología. Pacientes atendidos 191.

Las actividades aumentaron para los especímenes en análisis. Un 9,51% más de cortes e inclusiones por complejidad respecto a diciembre.

3.2 Para Gestión Pre Transfusional

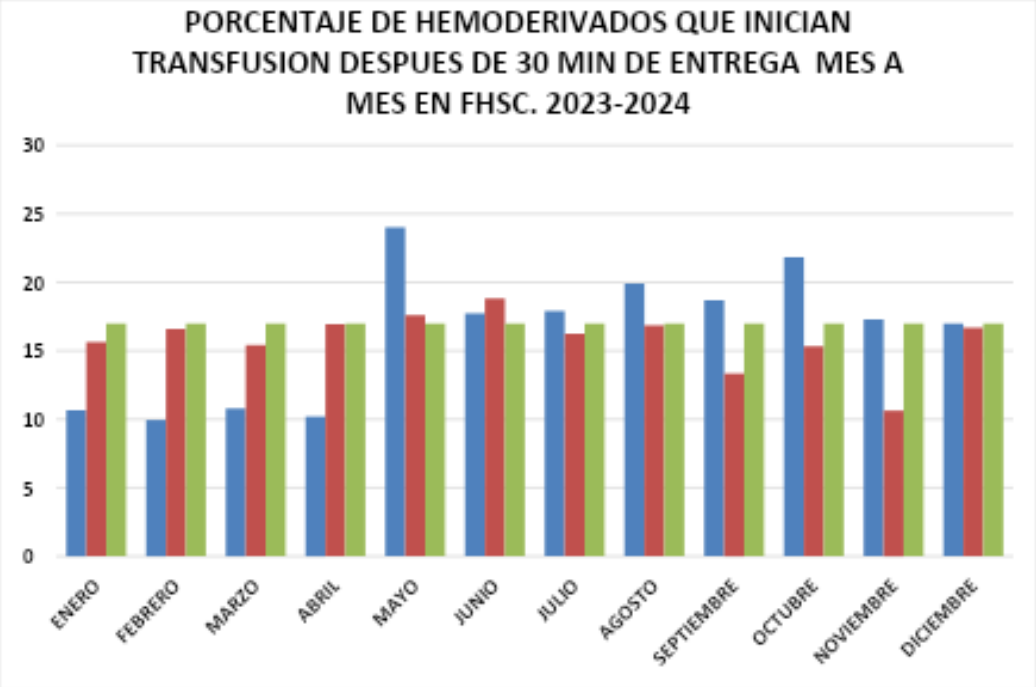
En diciembre se evidencia terapia transfusional para 139 pacientes con 407 UNIDADES TRANSFUNDIDAS evidenciando igual comportamiento que el mes anterior frente y en

promedio por paciente de 2.92. Importante hay que aclarar que se presentó buen nivel de reservas no se evidencio pérdida de hemoderivados. La demanda del hospital se mantiene.

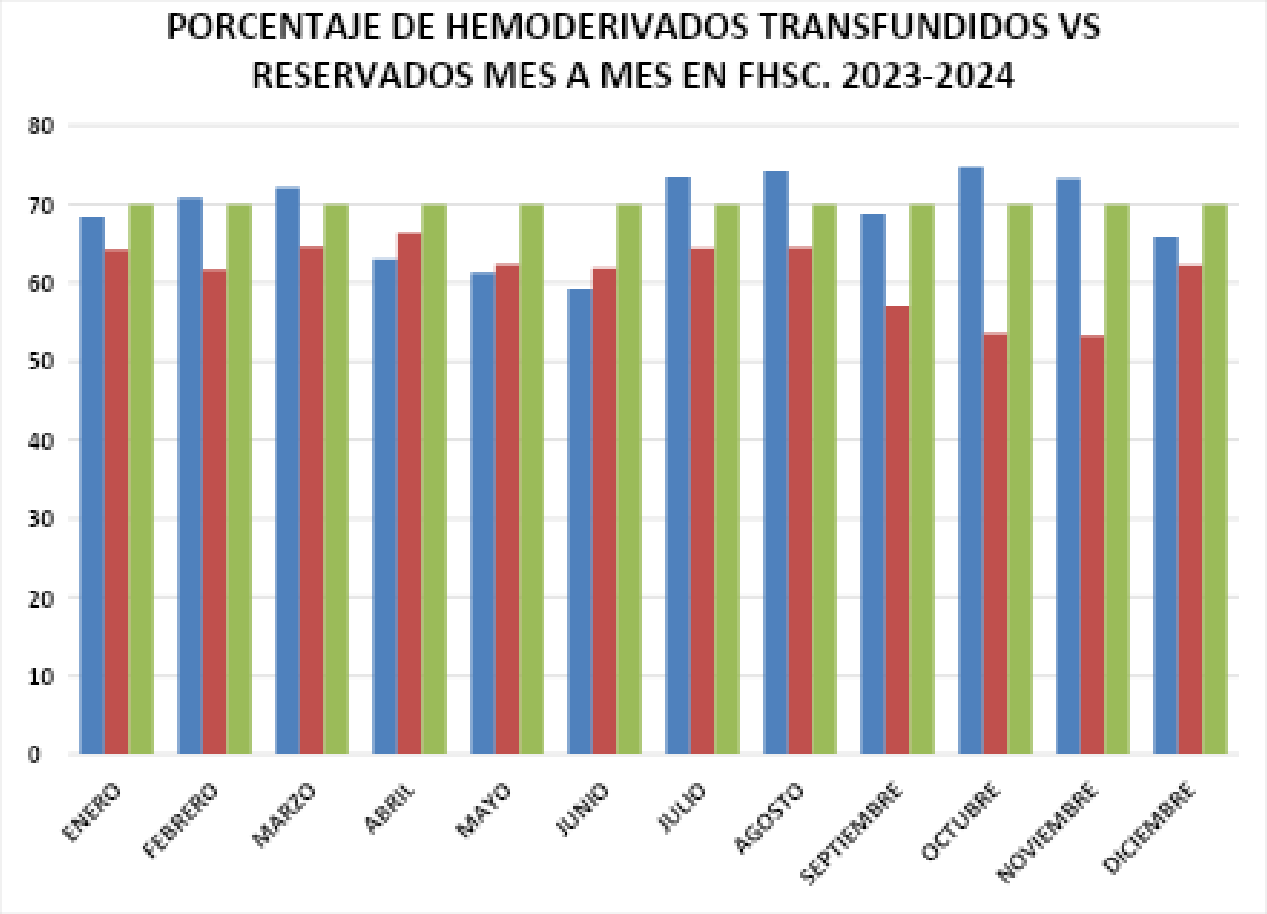
Se ha perdido la ruta de mejora frente a la reserva, nos han dicho que tienen orden de enviar las ordenes de reserva con el control de la madrugada, lo que es una práctica no concordante. Las reservas se realizan y se deben enviar como se van generando no es lo mismo un control que una reserva para transfusión. Se sigue solicitando oportunidad con la reserva por seguridad del paciente. Se requiere tener un par médico que Audite solicitudes al servicio.

Se sigue observando una dinámica inadecuada en algunos casos porque en el último mes se evidencia UN NUMERO ALTO DE RESERVAS QUE LLEGAN A MEDIANOCHE O ENTRE 3 Y 5 A.M dejándonos sin capacidad de respuesta porque son pacientes que programan desde las 7: a.m., además porque es una práctica insegura cuando se hace en la madrugada. Esto mejoro un tiempo, pero nuevamente lo hemos observado.

Se realizo terapia transfusional a 139 pacientes, con una media que alcanzo 2.92 unidades transfundidas por paciente.

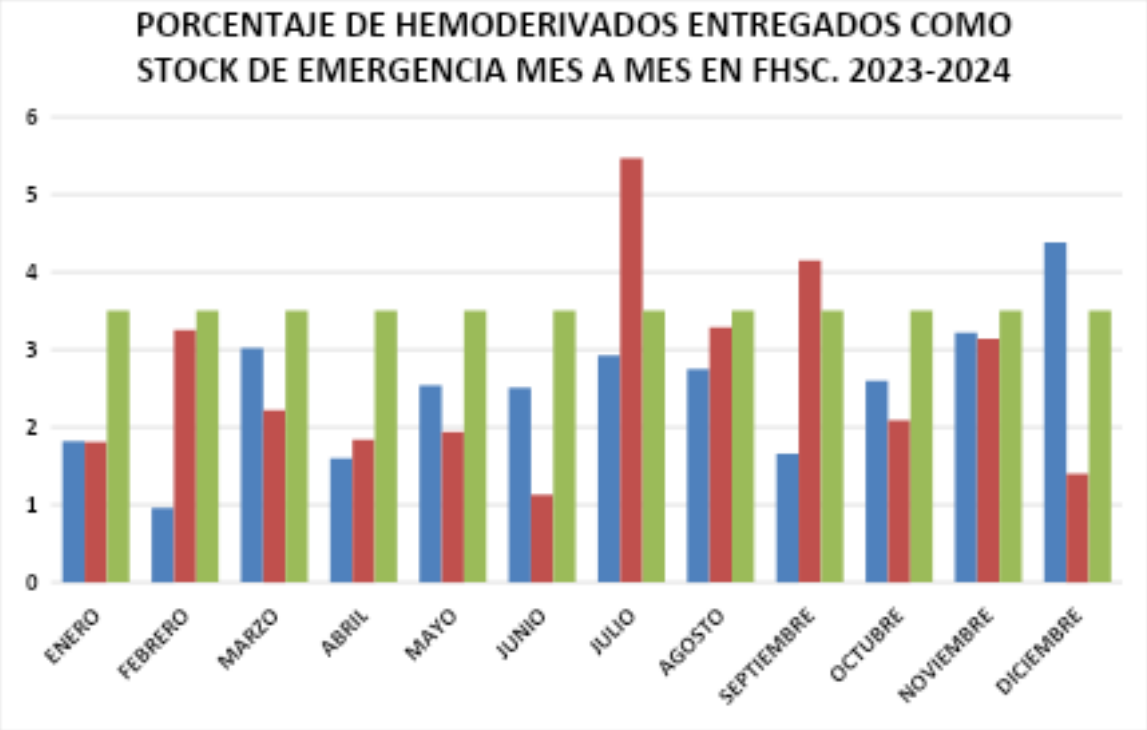


En diciembre estuvimos en 16.68% hallándonos en zona de seguridad, pero cerca del límite estableció con inicio después de los 30 min de haber sido entregados, esto represento 68 unidades que no lo iniciaron en tiempo. Este mes se transfundieron 407 hemoderivados. Estos tiempos de inicio han mejorado y esperamos mantener por el paciente y su seguridad. nos hallamos en zona de seguridad para el paciente. **Meta (menor a 17%).**



En diciembre se evidencio una proporción de 62.23% transfundidos vs reservados, estamos en zona media frente al mes anterior, se puede evidenciar una mejora del mes anterior a diciembre del 16,71% Se evidencia similitud frente al mismo periodo del año 2023 con indicador en cumplimiento. Debemos estar **igual o superior a 70% para se cumple meta.**

Se realizo una moderada reserva de 654 unidades y se transfundieron 407. Seguimos insistiendo en que debe haber un par médico que revise y haga seguimiento a las reservas.



Para este mes de diciembre un indicador de 1.4% hallándonos en zona seguridad. Sin embargo, se evidencian 4 códigos de emergencia a 4 pacientes para este periodo.

Se transfundieron 7 unidades de glóbulos rojos. Se redujo en un 45% la solicitud en diciembre

La meta (debe ser menor e igual a 3,5%). Están en revisión para determinar si fueron a lugar. Se presentan en comité.

4. Evaluación De Costos

DICIEMBRE

* Costo mensual del servicio (nomina alrededor de ($75.000.000)

*** Facturación mensual por concepto de ventas de servicios.**

Para este mes de DICIEMBRE el ejercicio se realizó con SISTEMAS de los 37.720 exámenes realizados para esta vigencia.

La facturación alcanzada fue de alrededor de $900.000.000.00 dato no oficial porque el aplicativo no se deja acceder, La facturación depende de la salida de pacientes. Pero igual el servicio sigue siendo muy productivo.

* Ejercicio financiero pendiente por parte de costos, porque finalmente tienen todo el contexto como apoyo diagnóstico.

5. Evaluación De Ejecución De Presupuesto

DICIEMBRE

- Presupuesto designado para el servicio no tenemos el dato oficial en términos monetarios.
- La nómina: bacteriólogos- (10 bacteriólogos asistenciales DE LOS CUALES 2 PASARON A SER POR OPS- 8 EN PLANTA).
- auxiliares de laboratorio 8 y 2 auxiliares de patología, 1 cito histo tecnóloga, contamos con una estudiante. Se recibió auxiliar para cubrir vacaciones POR OPS.
- "$200.000.000 aproximadamente en temas de insumos y reactivos, hemoderivados- sin contar la nómina y los otros costos operativos.

3. - Para hemoderivados en función de compra directa sin contrato para emergencias.

Compra directa solo para emergencia en IDCBIS**.** Con KALAI La cuenta se acerca a los 70

Millones mes.

Ordenamiento De Tac Y Rnm

NO aplica para el servicio

Gestión Administrativa

1. Desviaciones De La Planta

La planta de personal de mis servicios está en 8 auxiliares asistenciales-, 8 bacteriólogos asistenciales, 1 en calidad-1 en microbiología- 2 auxiliares de patología y cito histo tecnóloga, más personal de vacaciones auxiliar y Bacterióloga que ingreso en diciembre.

Cantidad de horas vacantes en el mes de (personal vacante que está dentro del presupuesto y no se ha contratado a la fecha: ninguno.

Los 2 BACTERIOLOGOS que renunciaron fueron reemplazados por personal por OPS y hasta ahora ha funcionado bien.

CANTIDAD DE HORAS MES DICIEMBRE POR INCAPACIDAD MÉDICA Y OTROS:

- Cantidad de horas mes de DICIEMBRE.

  AUXILIARES laboratorio y patología: 98 horas incapacidad.

  SANCION AUXILIAR PATOLOGIA: 24 HORAS.

BACTERIÓLOGOS: 0 horas.

CITOHISTOTECNOLOGA: 0 horas

- Cantidad de horas mes en permisos y si fueron repuestos o se pasó novedad para descuento. NINGUNA.

2. Estado De Mantenimientos

Para este momento importante el cambio de la incubadora de microbiología y la centrifuga. Seguimos informando en que va este proceso.

Pendiente RESULTADOS de gestionar la derivación para coloración porque la que instalaron se rompió y no la han colocado está en revisión para dar alcance. El tema material de mala calidad que se fracturo, la puerta del baño escurrida, falta culminar señalización. Se continúa sin intervención al respecto.

Frente a tecnología instalada, se han realizado los mantenimientos tanto preventivos como correctivos en los analizadores. Tenemos equipos en comodato y propios.

3. Evaluación De Insumos, Equipos Y Suministros

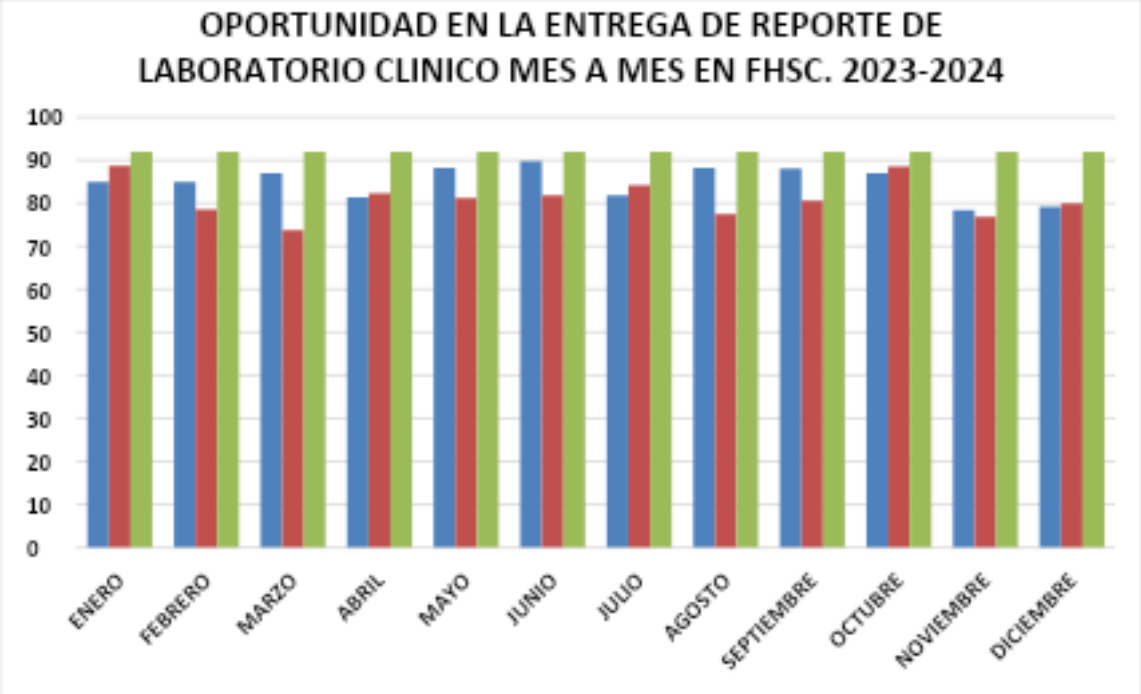
No aplica para el servicio

Manejo De Oportunidad

Se mantiene la entrega de información a entes de control SDS- INVIMA-INAS-EPIDEMIOLOGIA del hospital, seguridad del paciente en los tiempos exigidos.

Continuamos (FHSC) desde laboratorio clínico, gestión pre transfusional y patología quienes presidimos el comité técnico distrital número 1 de laboratorios intersectorial de Bogotá que reúne varias entidades de salud y laboratorios afines en salud pública. Se ha realizado entrega oportuna de la información. Se hizo entrega de tercer informe del año a secretaria distrital de salud tanto por FHSC como por el EQUIPO TECNICO #1.

Frente a la oportunidad de entrega de reportes institucionales, se tienen parametrizados tiempos de hasta 80 minutos en urgencias y cuidado intensivo y 100 minutos en los demás servicios. Se evidencia cumplimiento de metas para él periodo. Estamos en zona de seguridad.



Diciembre evidencio comportamiento con incremento en los tiempos de oportunidad pasamos de 76.93 a 79.95 min este mes para la entrega de reportes, pero manteniéndonos

dentro de seguridad, igual percepción frente a la misma vigencia del año anterior es similar. Anotando sí que hay exámenes de alta prioridad como DÍMERO D, TROPONINA I, PROCALCITONINA que deben entregarse en menos de 30 minutos. Pero igualmente manteniéndose en zona de seguridad**. Meta (menor a 92 min).**

Comportamiento De Quejas

Se evidencian no conformidades, 4 reportes de SIRESP que se gestionaron 2 y se redireccionan 2 que no corresponden están mal dirigidos.

Gestión De Auditoria

1. Introducción

Tenemos cultura de gestionar de inmediato frentes a novedades en tiempo real hasta donde es posible, autorizaciones, revisiones de órdenes, ajustes.

El tema de transporte para ENTES DE CONTROL Y BANCOS DE SANGRE aún no se regulariza, ya desde financiera se dio la directriz para buscar una logística de transporte de muestras y recolección de hemoderivados ESPECIALMENTE EN LA NOCHE Y FINES DE SEMANA.

Es un riesgo sacar al personal con este tema, que fue solicitada ya la gestión a Dirección administrativa. Aun no tenemos ninguna variación frente al tema, esta solicitud ya está en el radar de los pendientes trazadores toda vez que la salida de personal fuera de la institución genera riesgos para el mismo. **Tema aún sin resolver igual**.

Sin embargo, ha disminuido la necesidad en este tema, porque ya KALAI en BANCO DE SANGRE nos responde más frente a la demanda.

En este momento no existe PLAN B fijo porque dependemos de que se haga el giro a quien corresponda.

2. Causas Y Tasas De Hospitalizaciones Y Precursoras

No aplica para el servicio.

ANALISIS FINAL MENSUAL DE ACUERDO CON RESULTADO Y PROBLEMAS EVIDENCIADOS.

Análisis final de lo evidenciado y lo realizado en DICIEMBRE DE 2024

Se realizaron 37.720 exámenes en esta vigencia, Patología se manejó un soporte de más o menos 10 días para PATOLOGIA con 209 biopsias para 191 pacientes.

1. Ha mejorado el flujo de cartera derivada de no pago oportuno de las EAPB lo que hace que se mejore la recepción oportuna de insumos y por ende la oportuna respuesta en algunos casos. Se están demorando solo algunos de los proveedores en entregar por este tema, aunque ha mejorado la situación. Ha sido difícil pero manejable.
2. Facturación alcanzo cerca de **$900.000.000** dato no oficial. Estamos en espera del ajuste a estas metas. Yo quiero ver el detalle de lo que se factura, pero esa información no se ha podido tener acceso.
3. Tenemos cultura del control para evitar costos y gastos innecesarios, se cuidan las herramientas de trabajo, costos no tiene aún su ejercicio financiero aprobado por dirección financiera para migrarlo a los coordinadores o líderes de los servicios.

4. Se debe buscar en forma urgente una **logística de transporte este tema se ha insistido mucho para fines de semana y en las noches**, porque nos vemos obligados a mandar en taxi a los auxiliares a recoger y llevar muestras y hemoderivados. A pesar de que la ARL los ampara porque están en misión, es un Altísimo riesgo para el trabajador y la institución que debería tener cubierta esta logística. (ESTE TEMA TIENE MAS DE UN AÑO)
5. De 15 indicadores de laboratorio todos en zona seguridad y patología se evidencian en zona de seguridad, en servicio de gestión pre transfusional de 10 indicadores en zona de seguridad 8, 1 en zona media, 1 zona de riesgo. Sin embargo, el balance es BUENO.
6. Tenemos el indicador de reservados vs trasfundidos en riesgo, igual el de códigos de emergencia en zona media. Nuevamente se insiste en que debemos tener en el hospital un par MEDICO que audite la parte MEDICA frente a la gestión de las reservas de hemoderivados.
7. Este mes de diciembre no se evidencia perdida de hemoderivados.
8. Se transfundieron 407 unidades en esta vigencia para 139 pacientes.
9. Se observa que se mantiene la adherencia en procesos transfusionales, se ha estado socializando información relevante frente al inicio de la transfusión-como indicación de la transfusión, fecha tentativa. Así como reservar en el tiempo que es, no llevar pacientes a cirugía sin tener la reserva**.**

Sin embargo, están dejando reservas para hacer en la noche en gran cantidad, se observa que son ordenes emitidas en la mañana o en la tarde por ende se pierde oportunidad para el paciente lo que es relevante. Se continúa en seguimiento.

Igualmente se dio alcance a la entrega de reportes de los diferentes entes de control internos y externos.

10. Estamos haciendo seguimiento a posibles cambios en RELAB, (red nacional de laboratorios, nos hallamos haciendo la auto evaluación con evidencias, para ser entregada en SDS. Actualmente vamos en el cargue de pruebas dependiendo de las temáticas expuestas en el aplicativo.
11. Frente a gestión de riesgo clínico, nos falta colgar en ALMERA los acuerdos de conformación de nuestro comité de transfusiones actualizado y reactivo vigilancia ya se actualizo en diciembre y esperamos verlos cargados, así como los actos administrativos que evidencian responsables de esta gestión. Importante que ya no se tiene acceso a ALMERA lo cual si considero muy grave. allí están todos nuestros documentos y no se pueden actualizar ni acceso.

Considero grave el no tener disponible ALMERA en este momento, la gestión documental requiere actualizaciones a la luz de nuevos direccionamientos y no se tiene disponible además de la consulta que tampoco es posible. Creo que no se le da la relevancia e importancia que tiene el tema.

12. Ya se gestionó la matriz de riesgos 2024.
13. Operativamente y en facturación fue un muy buen mes para nosotros y la FHSC.
14. Se trabaja en una aplicación para migración de reportes de COLCAN A LABCORE PARA MEJORAR OPORTUNIDAD. Vamos por buen camino, pero aun sin finalizar

La gestión al respecto ya se empieza a evidenciar, pero muy lentamente, casi que en la marcha se está dando apoyo. Se trabaja en conjunto con COLCAN Y LABCORE.

El avance es de 70% pero está muy ligado a la cartera y está muy alta en el momento.

Se elevo queja a COLCAN por perdida de oportunidad 2 a 4 días en pruebas especiales muy relevantes, perfiles inmunológicos, carga viral, citometrías, biopsia RENAL. Ya está migrando parcialmente la información y tenemos ingreso paulatino y parcial de reportes.

15- Se trabaja en una aplicación para mejorar el servicio transfusional en cuanto trazabilidad. Al momento ayudara BIOCIENTIFICA para el proyecto. En este momento se detuvo porque no hay continuidad con el BANCO que lo entregaba como valor agregado.

Ahora necesitamos un computador y no se ha adquirido aún. Es posible que perdamos esta posibilidad tan importante. Aun no hay ningún pronunciamiento.

Problemas

Pendiente aún dar alcance aun "Con el tema de transporte ya se va a mejorar, la modalidad actual hace que un auxiliar salga del servicio ya sea en la tarde, la mañana e incluso la noche. Sin embargo, esto tiene sus riesgos para el trabajador y la institución, seria consistente revisar modalidades como logística medica por ejemplo que maneja tiquete y estos se pagan por evento evitando la salida del personal y los consiguientes riesgos a los que se están exponiendo.

Los temas de infraestructura que no se da alcance.

Tenemos un tema especial y es que se deben adquirir la centrifuga e incubadora para laboratorio clínico y las cero fugas para servicio de gestión transfusional. Biomédicos ya lo tiene en el radar y está en gestión, ante el aumento de procedimientos se requiere también ese apoyo operativo de tecnología. Me informaron que ya se tiene gestionado el tema. Se han tenido ya varios arreglos a los mismos, pero plan b no hay.

Suministros clínicos ISLA un proveedor está tratando de apoyarnos para con La CENTRIFUGA

Centrifuga en comodato. Pendiente que llenen requerimientos de BIOMEDICA.

Porque actualmente no hay PLAN B.

Hasta aquí las novedades e información propias de nuestros servicios.

Gestión Coordinación de Servicios Diagnósticos

Angie Rendón

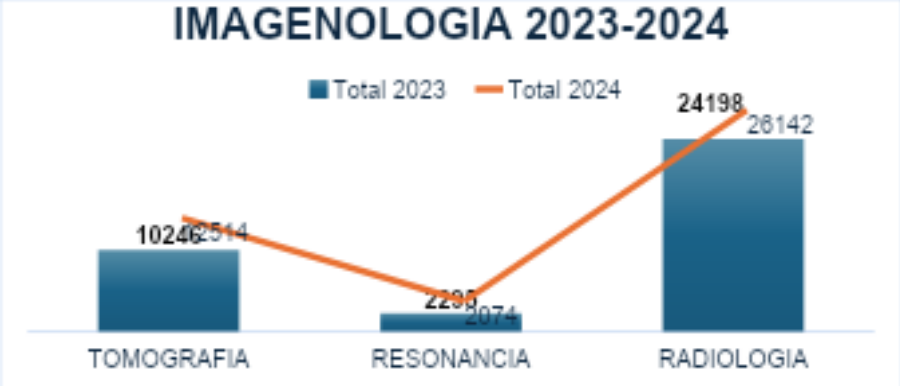
1. Capacidad Instalada

CAPACIDAD INSTALADA IMÁGENES DIAGNOSTICAS					
SERVICIO	# de equipos	# de tecnólogos	# estudios promedio mes	# estudios promedio día	Oportunidad
TOMOGRAFIA domingo a domingo 24 horas	1	4	1200	42	5 horas
RESONANCIA domingo a domingo de 7 a.m. a 7 p.m.	1	2	150	7	12 horas
RADIOLOGIA CONVENCIONAL domingo a domingo 24 horas	1	6	2200	90	2 – 3 horas
ECOGRAFIA domingo a domingo de 7:30 a 12:30	1	1 medico ecografista	540	22	24 horas

HEMODINAMIA domingo a domingo de 6 a.m. a 7 p.m.	1	2 tecnólogos, 4 auxiliares de enfermería y 2 jefes de enfermería	2950	50	Depende de la solicitud, de la autorización
GATROENTEROLOGIA lunes a viernes de 7 a.m. a 5 p.m. sábado cada 15 días de 7 am a 1 p.m.	5	2 auxiliares de enfermería	600-700	20	Depende de la solicitud, de la autorización

El servicio de imágenes diagnosticas está conformado por los servicios de: Radiología convencional, Tomografía, Resonancia nuclear magnética y ecografía.

IMEGENOLOGIA FHSC 2022 VS 2023					
ESTUDIO	**Total 2022**	**Total 2023**	**Total 2024**	**DIFERENCIA**	**DESVIACION**
ECOGRAFIA	6229	5710	5723	13	**0,23**
TOMOGRAFIA	10370	10246	12514	2268	**22,14**
RESONANCIA	2697	2295	2074	-221	**-9,63**
RADIOLOGIA	22987	24198	26142	1944	**8,03**
TOTAL	**42283**	**42449**	**46453**	4004	**9,43**



El análisis de la productividad del servicio de imágenes diagnosticas se realiza con el comparativo de estudios realizados entre el periodo enero – diciembre de 2023 y 2024. Para el periodo de análisis del 2023, se realizó en total **42.449** estudios frente a **46.453** para el 2024, con un incremento global para el año en curso del **9.43 %** de las imágenes realizadas. En el individual se puede evidenciar que **resonancia** disminuyo en un 9.63% su operación esto se debe a varios aspectos dentro de los cuales está la falta de antena de resonancia (cerebro y pie), adicionalmente a ellos que durante la contingencia se han presentado dificultades con las entidades a cargo de la contingencia por déficit de recursos, en **tomografía** pese a las contingencias presentadas en el año hubo un aumento significativo del 22 %, en **radiología convencional** se realizó el cambio de tecnología a digital directo con un aumento del 8 %, **ecografía** se mantiene estable sin embargo las horas prestadas en la actualidad son menores a la de años anteriores. Es importante tener en cuenta que el servicio ha presentado varias **contingencias** por equipos biomédicos, el servicio completo 2 años de contingencia en resonancia lo que dificulta ofrecer un servicio optimo, en tomografía se presentaron 4 contingencias en el año.

Oportunidad

El promedio de atención general para todas las modalidades es de 5 y 6 horas este tiempo se ve afectado por las contingencias presentadas, dentro de los objetivos era lograr mejorar la atención de los servicios el cual se ha logrado gracias a varios de los esfuerzos realizados. se está gestionando para mejorar los tiempos de atención que incluyen, cambio de tecnologías, mejoras en el sistema PACS, capacitación del personal y contar con los equipos necesarios para la operatividad total del servicio.

Resonancia

El tiempo de oportunidad en resonancia mejoro notablemente por varios aspectos desde el mes de septiembre de 2024 se logró dejar servicio de resonancia 12 horas en el día e domingo a domingo, en los meses anteriores se logró que el personal estuviera más pendiente de los estudios mejorando preparación de los mismos.

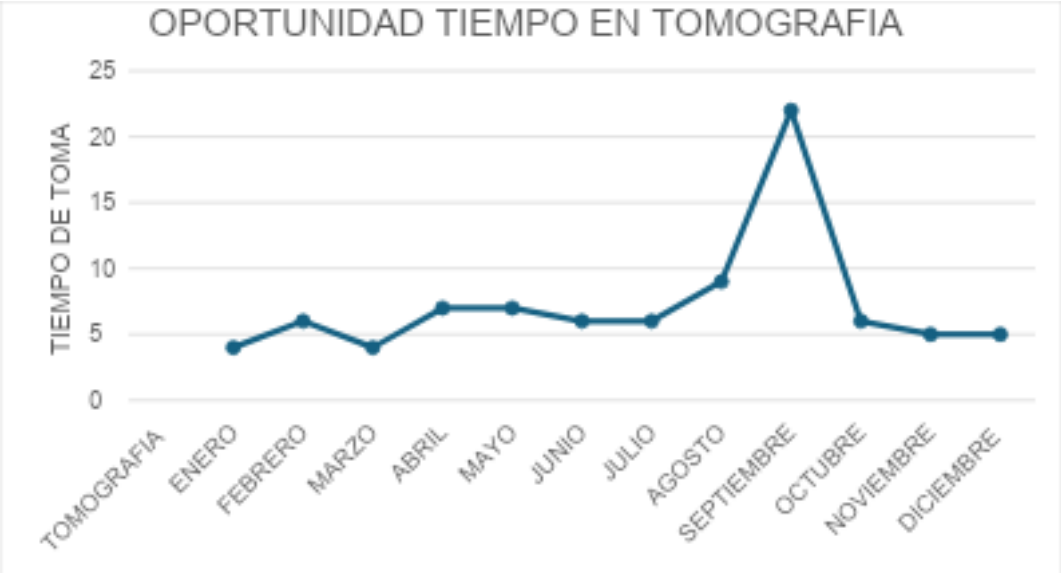
RESONANCIA	
ENERO	49:30:00
FEBRERO	35:58:00
MARZO	34:24:00
ABRIL	23:17:00
MAYO	15:10:00
JUNIO	22:24:00
JULIO	24:00:00
AGOSTO	16:17:00
SEPTIEMBRE	10:27:00
OCTUBRE	12:05:00
NOVIEMBRE	11:31:00
DICIEMBRE	12:48:00



Tomografía

Los tiempos de tomografía de han visto afectados por las contingencias presentadas alrededor del año 2024, los tiempos varían por tiempos de ayuno, estado de los pacientes y preparación requerida para los estudios.

TOMOGRAFIA	
ENERO	4:02:00
FEBRERO	6:13:00
MARZO	4:30:00
ABRIL	7:15:00
MAYO	7:35:00
JUNIO	6:14:00
JULIO	6:13:00
AGOSTO	9:18:00
SEPTIEMBRE	22:00:00
OCTUBRE	6:06:00
NOVIEMBRE	5:12:00
DICIEMBRE	5:02:00



Rx Convencional

Los tiempos de rx convencional comparados con el 2023 mejoraron bastante teniendo en cuenta que el tiempo de oportunidad era de 8 horas llegando a una meta de 3 horas de oportunidad tiempo que se ve afectado por la rutina de UCI y los controles post 24 horas. Se logro el cambio de tecnología análoga a digital directa.

RX CONVENCIONAL	
ENERO	4:01:00
FEBRERO	3:00:00
MARZO	2:44:00
ABRIL	3:15:00
MAYO	3:12:00
JUNIO	2:45:00
JULIO	3:11:00
AGOSTO	3:17:00
SEPTIEMBRE	3:33:00
OCTUBRE	3:10:00
NOVIEMBRE	3:20:00
DICIEMBRE	3:03:00



RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA

RESONANCIA FHSC 2023 VS 2024					
	2022	2023	2024	DIFERENCIA	DESVIACION
ENERO	195	179	167	-12	**-6,70**
FEBRERO	180	216	173	-43	**-19,91**
MARZO	196	220	155	-65	**-29,55**
ABRIL	267	217	175	-42	**-19,35**
MAYO	223	228	185	-43	**-18,86**
JUNIO	197	220	147	-73	**-33,18**
JULIO	262	225	221	-4	**-1,78**
AGOSTO	210	187	183	-4	**-2,14**
SEPTIEMBRE	270	240	171	-69	**-28,75**
OCTUBRE	226	121	194	73	**60,33**
NOVIEMBRE	261	127	167	40	**31,50**
DICIEMBRE	210	115	134	19	**16,52**
TOTALES	**2697**	**2295**	**2072**	-223	**-9,72**



Resonancia continua con las dificultades porque se tiene la antena de cerebro y pie en mal estado, contingencia que completo 2 años lo que dificulta la oferta del servicio y no se puede ampliar su oferta.

Esto ocasiona que en la contingencia se envíen pacientes a otras instituciones para realización de resonancias de cerebro y pie, estos costos incrementan la operatividad en términos económicos que generan dificultades en la institución.

Costos De Traslados

PRODUCCION RESONANCIA EXTERNA			
MES	**ESTUDIOS REALIZADOS**	VALOR PROMEDIO UNIDAD	VALOR TOTAL
ENERO	35	$ 597.605,00	$ 20.916.175,00
FEBRERO	53	$ 597.605,00	$ 31.673.065,00
MARZO	36	$ 597.605,00	$ 21.513.780,00
ABRIL	45	$ 597.605,00	$ 26.892.225,00
MAYO	41	$ 597.605,00	$ 24.501.805,00
JUNIO	32	$ 597.605,00	$ 19.123.360,00
JULIO	36	$ 597.605,00	$ 21.513.780,00
AGOSTO	46	$ 597.605,00	$ 27.489.830,00
SEPTIEMBRE	47	$ 597.605,00	$ 28.087.435,00
OCTUBRE	32	$ 597.605,00	$ 19.123.360,00
NOVIEMBRE	15	$ 597.605,00	$ 8.964.075,00
DICIEMBRE	21	$ 597.605,00	$ 12.549.705,00
	TOTAL		$ 262.348.595,00

ANGIORESONANCIA	$	1.031.599,00
CEREBRO CTE	$	574.055,00
CEREBRO	$	457.544,00
PIE CTE	$	574.055,00
PIE SIMPLE	$	350.775,00
PROMEDIO	$	597.605,00

La tarifa de resonancia en promedio TARIFA ISS SIN AUMENTO son 345.000 hay que tener en cuenta que cada convenio da un porcentaje adicional, ese porcentaje depende de cada EPS.

Adicionalmente a ellos la oportunidad en la toma de los estudios se ve afectada un paciente traslado a otra institución debe esperar hasta 2 días para realizar un estudio

Oportunidad

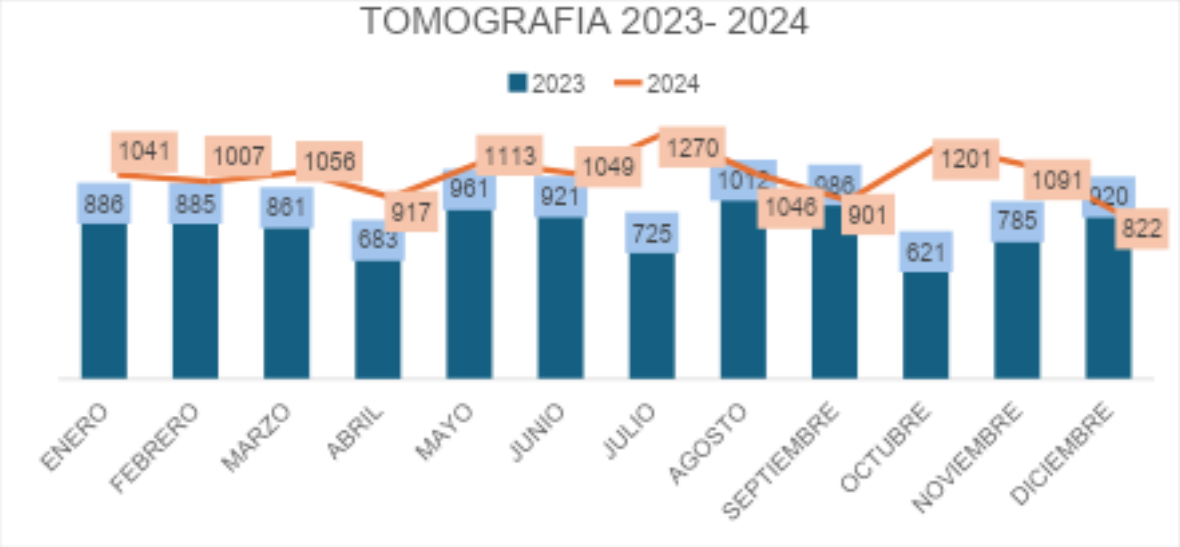
El tiempo promedio de atención de un paciente de resonancia es de 12 horas, estos se deben a diferentes factores humanos y tecnológicos, en el momento el servicio se presta por 12 horas en el día de 7 am a 7 pm de domingo a domingo se logró aumentar la cobertura de atención mejorando la oportunidad de los estudios se pasó de 49 horas a 12 horas.

El factor tecnológico incluye que se presentan varias dificultades el equipo no está a total funcionalidad no se pueden realizar estudios de cerebro y pie sabiendo que son los estudios que más solicitan y también limita al personal médico a solicitar estos estudios.

Tomografía Axial Computada

TOMOGRAFIA FHSC 2023 VS 2024					
	2022	2023	2024	DIFERENCIA	DESVIACION
ENERO	925	886	1041	155	**17,49**
FEBRERO	826	885	1007	122	**13,79**
MARZO	660	861	1056	195	**22,65**
ABRIL	858	683	917	234	**34,26**
MAYO	892	961	1113	152	**15,82**

JUNIO	621	921	1049	128	**13,90**
JULIO	914	725	1270	545	**75,17**
AGOSTO	878	1012	1046	34	**3,36**
SEPTIEMBRE	871	986	901	-85	**-8,62**
OCTUBRE	919	621	1201	580	**93,40**
NOVIEMBRE	965	785	1091	306	**38,98**
DICIEMBRE	1041	920	822	-98	**-10,65**
TOTALES	**10370**	**10246**	**12514**	2268	**22,14**



El equipo durante el 2024 presento bastantes fallas tuvo cambio de tubo, se cambiaron las escobillas y algunos repuestos de tarjeta, sin embargo, aún falta cambiar algunos repuestos que el equipo requiere.

A nivel tecnológico es un equipo de 16 canales y que además en términos de adquisición de la imagen es más lento su rendimiento es mucho menor comparados con equipos de 32 o 64 canales.

esta situación en su momento es preocupante ya que se han presentado dificultades para la atención de las urgencias vitales.

Oportunidad

Actualmente la oportunidad de atención de tomografía está en 5 horas, tiempo que se ha visto afectado por las contingencias presentadas y las fallas de los equipos.

También se tienen dificultades con el paso de las imágenes en promedio un estudio después de tomado y reconstruido tarda alrededor de 1.5 horas en subir al sistema el diagnostico que se realizó llego a la conclusión que se requiere canal dedicado y un sistema de router dicom para optimizar el paso de imágenes.

Valor Del Contraste

Se empezó a generar aprovechamiento del contraste.

MES	IOPRAMIDA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	GADOVIST	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
enero		$ 115.166,00			$ 76.810,00	
febrero		$ 115.166,00			$ 76.810,00	
marzo	4	$ 115.166,00	$ 460.664,00		$ 76.810,00	
abril	11	$ 115.166,00	$ 1.266.826,00		$ 76.810,00	
mayo	32	$ 115.166,00	$ 3.685.312,00	5	$ 76.810,00	$ 384.050,00
junio	20	$ 115.166,00	$ 2.303.320,00	12	$ 76.810,00	$ 921.720,00
julio	24	$ 115.166,00	$ 2.763.984,00	18	$ 76.810,00	$ 1.382.580,00
agosto	17	$ 115.166,00	$ 1.957.822,00	6	$ 76.810,00	$ 460.860,00
septiembre	23	$ 115.166,00	$ 2.648.818,00	4	$ 76.810,00	$ 307.240,00
octubre	12	$ 115.166,00	$ 1.381.992,00	7	$ 76.810,00	$ 537.670,00
noviembre	16	$ 115.166,00	$ 1.842.656,00	8	$ 76.810,00	$ 614.480,00
diciembre	21	$ 115.166,00	$ 2.418.486,00	0	$ 76.810,00	$ -
		TOTAL	$ 20.729.880,00		TOTAL	$ 4.608.600,00

Al generar aprovechamiento somos más costos efectivos y generamos más rentabilidad al servicio generando compromiso.

Contingencia Tac

PRODUCCION TOMOGRAFIA EXTERNA			
MES	**ESTUDIOS REALIZADOS**	VALOR PROMEDIO UNIDAD	VALOR TOTAL
ENERO	0	$ 277.143,00	$ -
FEBRERO	0	$ 277.143,00	$ -
MARZO	30	$ 277.143,00	$ 8.314.290,00
ABRIL	0	$ 277.143,00	$ -
MAYO	0	$ 277.143,00	$ -
JUNIO	0	$ 277.143,00	$ -
JULIO	0	$ 277.143,00	$ -
AGOSTO	54	$ 277.143,00	$ 14.965.722,00
SEPTIEMBRE	264	$ 277.143,00	$ 73.165.752,00
OCTUBRE	0	$ 277.143,00	$ -
NOVIEMBRE	0	$ 277.143,00	$ -
DICIEMBRE	86	$ 277.143,00	$ 23.834.298,00
	TOTAL		$ 120.280.062,00

TORAX SIMPLE	$	254.000,00
ANGIOTAC	$	836.351,00
ABDOMEN CTE	$	294.488,00
ABDOMEN CTE	$	422.888,00
CRANEO	$	121.306,00
COLUMNA	$	121.306,00
CARA	$	133.156,00
UROTAC	$	166.088,00
PELVIS	$	112.838,00
2D+3D	$	309.018,00
PROMEDIO	$	277.143,00

Dentro del año 2024 se presentaron varias contingencias que afectaron tiempos de oportunidad, traslado y gastos que han aumentado costos del servicio.

Radiología Convencional

RADIOLOGIA FHSC 2023 VS 2024					
	2022	2023	2024	DIFERENCIA	DESVIACION
ENERO	2091	1912	2247	335	**17,52**
FEBRERO	1932	1817	2047	230	**12,66**
MARZO	1927	2065	2010	-55	**-2,66**
ABRIL	1939	1956	2025	69	**3,53**
MAYO	2219	2011	2152	141	**7,01**
JUNIO	2265	2129	1960	-169	**-7,94**
JULIO	1706	2177	2329	152	**6,98**
AGOSTO	1702	2210	2323	113	**5,11**
SEPTIEMBRE	1604	2238	2110	-128	**-5,72**
OCTUBRE	1742	1706	2465	759	**44,49**
NOVIEMBRE	1908	1921	2485	564	**29,36**
DICIEMBRE	1952	2056	1989	-67	**-3,26**
TOTAL	**22987**	**24198**	**26142**	1944	**8,03**



En cuanto a los estudios de radiología convencional se puede evidenciar un leve aumento del 8 %.

Se adquirió nueva tecnología en equipo fijo y portátil con tecnología directa.

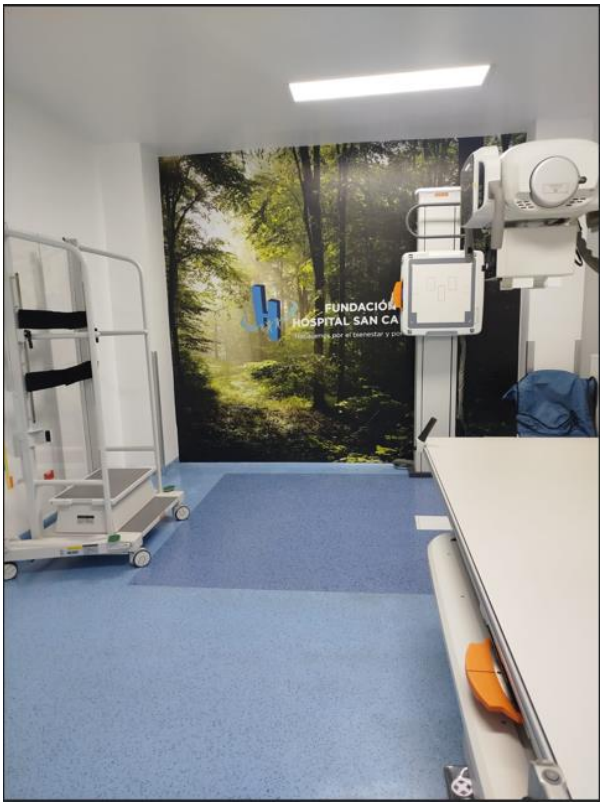
OPORTUNIDAD: El promedio de atención en los pacientes de rx convencional es de 3 horas , se logró optimizar el servicio de rx convencional mejorando oportunidad.

RX		
873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	14.730
873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	14.730
873205	RADIOGRAFIA DE CODO	14.730

873206	RADIOGRAFIA DE MUÑECA	14.730
873210	RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO	14.730
873333	RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL	14.730
873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO AXIAL Y LATERAL	14.730
873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO AP LATERAL Y ROTACION INTERNA	14.730
873432	RADIOGRAFIA DE ANTEPIE AP Y OBLICUA	14.730
873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	19.090
873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO	19.090
873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	19.090
873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR AP Y LATERAL	19.090
873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA AP Y LATERAL	19.090
873314	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION TIBIAL	19.090
873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR AP Y LATERAL	19.090
873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA AP, LATERAL	19.090
873302	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA] O ESTUDIO DE PIE PLANO (PIES CON APOYO)	21.485
873426	RADIOGRAFIAS AXIALES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES	21.485
873311	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL	24.010
871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	18.175
873411	RADIOGRAFIA DE PELVIS O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	18.175
873202	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS (54)	8.440
873412	RADIOGRAFIA DE PELVIS (CADERA) COMPARATIVA (54)	8.440
873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR) (54)	8.440
873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES (54)	8.440
873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES: STRESS, TUNEL, OBLICUAS (54)	8.440
873710	TOMOGRAFIA OSTEOARTICULAR EN MIEMBRO SUPERIOR (54)	48.050
873720	TOMOGRAFIA OSTEOARTICULAR EN MIEMBRO INFERIOR (54)	48.050
E21108	PROYECCIÓN ADICIONAL (STRESS, TÚNEL, TANGENCIALES, OBLICUAS), CADA UNA; AL VALOR DE LA REGIÓN AGREGAR.	8.440
873424	RADIOGRAFIA TANGENCIAL DE ROTULA	24.400
871061	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	83.870

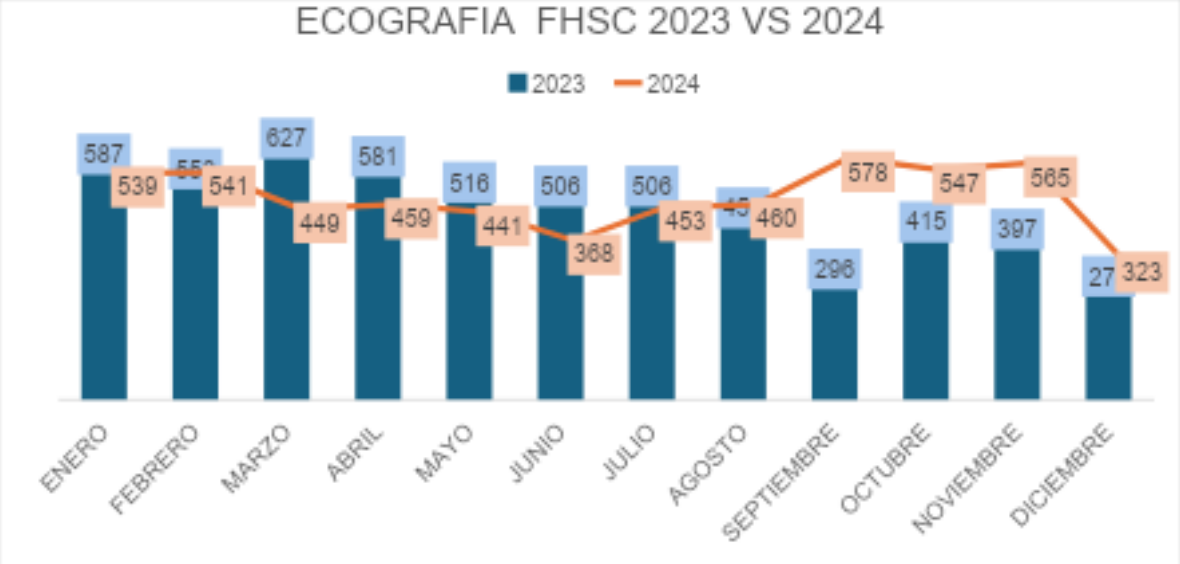
871062	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	32.255
873002	RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDIPULAR)	69.505
870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	19.720
870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)	19.720
870104	RADIOGRAFIA DE MALAR	19.720
870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	19.720
870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	19.720
870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	19.720
870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	19.840
870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	19.840
870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	19.840
870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	19.840
870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR (ATM)	19.840
870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	21.465
870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	14.475
870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR (ORTOPANTOMOGRAFIA)	13.125
870002	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA	31.725
870005	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	28.115
870006	RADIOGRAFIA DE PEÑASCOS	28.115
870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	28.115
870305	TOMOGRAFIA LINEAL DE MAXILAR SUPERIOR (55)	31.425
870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO (237)	21.980
870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	21.980
870603	RADIOGRAFIA DE FARINGE [FARINGOGRAFIA]	21.980
871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	24.055
871019	RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL	24.055
871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	23.545
871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	23.545
871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	29.340
871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	23.685
871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	20.660

871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A.ó A.P.y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS ó LATERAL CON BARIO)	20.660
871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	18.875
871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	18.875
872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	24.370
872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	32.350



Estudios Ecográficos

ECOGRAFIA FHSC 2023 VS 2024					
	2022	2023	2024	DIFERENCIA	DESVIACION
ENERO	510	587	539	-48	-8,18
FEBRERO	490	550	541	-9	-1,64
MARZO	389	627	449	-178	-28,39
ABRIL	565	581	459	-122	-21,00
MAYO	539	516	441	-75	-14,53
JUNIO	479	506	368	-138	-27,27
JULIO	516	506	453	-53	-10,47
AGOSTO	491	451	460	9	2,00
SEPTIEMBRE	518	296	578	282	95,27
OCTUBRE	553	415	547	132	31,81
NOVIEMBRE	556	397	565	168	42,32
DICIEMBRE	623	278	323	45	16,19
TOTAL	6229	5710	5723	13	0,23



Se evidencia que se mantiene el número de ecografías de 2023 con relación al 2024, esto se debe a varios factores se realizó cambio de proveedor y el medico ahora solo se encuentra

4 horas en la institución lo que genera inoportunidad en la atención, el reporte después de realizado el estudio tarda alrededor de 1 a 3 horas en el sistema.

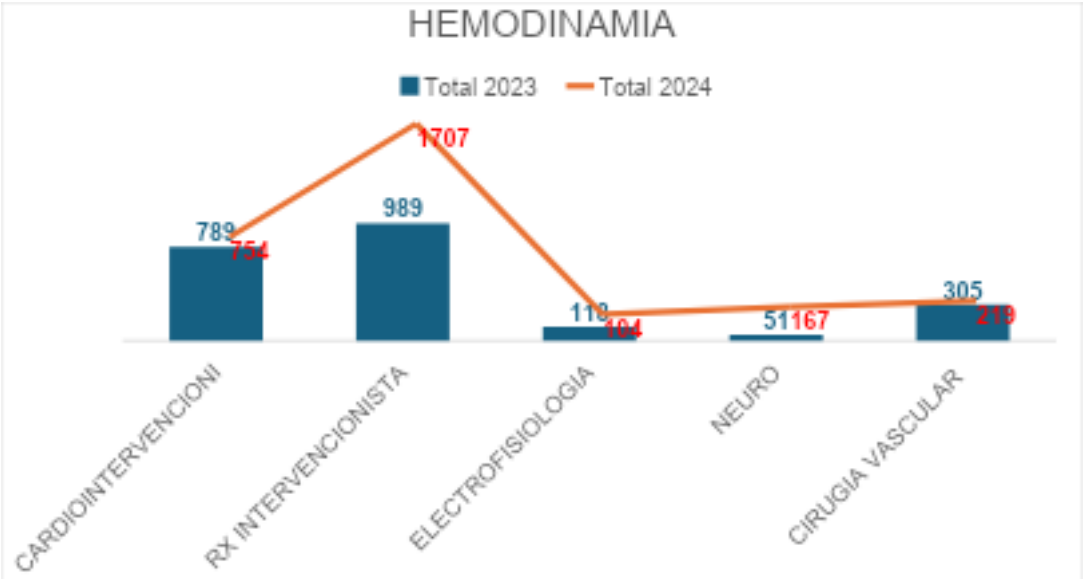
Oportunidad: El tiempo promedio de atención en ecografía esta entre 10 a 16 horas.

El horario contratado con el 3ro es de cumplimiento acorde a lo pactado.

Sala De Hemodinamia

En sala de hemodinamia de **FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS** se manejan múltiples especialidades médicas tales como: cardiología intervencionista, cirugía vascular periférica, radiología intervencionista, neuro intervencionismo, electrofisiología

HEMODINAMIA FHSC 2023 VS 2024				
ESTUDIO	**Total 2023**	**Total 2024**	**DIFERENCIA**	**DESVIACION**
CARDIOINTERVENCIONISMO	789	754	-35	**-4,44**
RX INTERVENCIONISTA	989	1707	718	**72,60**
ELECTROFISIOLOGIA	118	104	-14	**-11,86**
NEURO	51	167	116	**227,45**
CIRUGIA VASCULAR	305	219	-86	**-28,20**
TOTAL	**2252**	**2951**	699	**31,04**

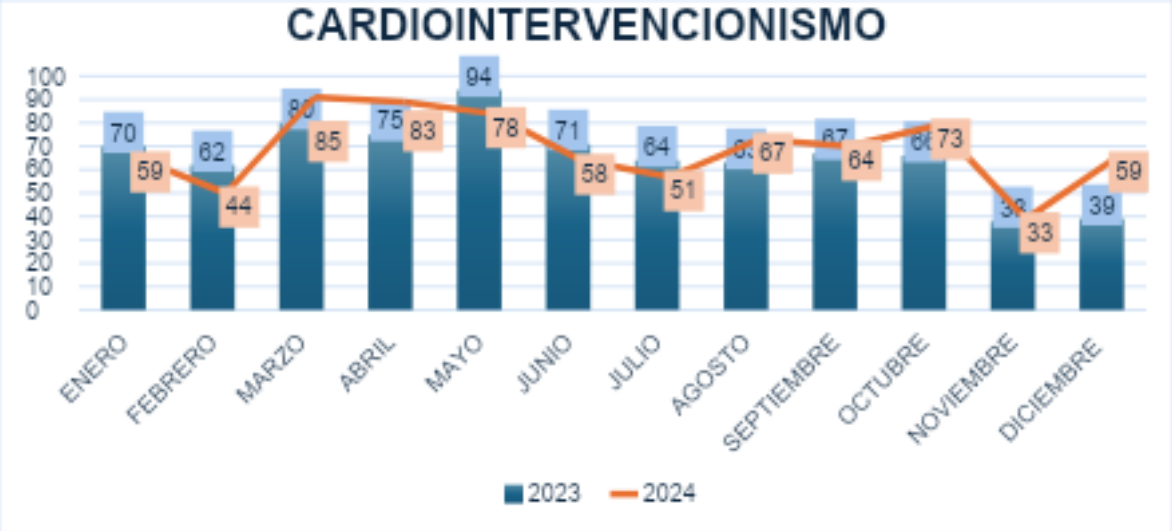


La ocupación de la sala de hemodinamia se logró aumentar en un 31 % más, se quiere lograr optimizar y ofertar más servicios.

PROCEDIMIENTO	VALOR
ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO	$ 889.470,00
ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) UNO O DOS	$ 1.075.440,00
INSERCIÓN O IMPLANTE DE PRÓTESIS INTRACORONARIA (STENT) SOD	$ 914.400,00
INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE MARCAPASOS BICAMERAL	$ 15.751.590,00
ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE UNA EXTREMIDAD INFERIOR POR PUNCI	$ 731.220,00
AORTOGRAMA ABDOMINAL Y ESTUDIO DE MIEMBROS INFERIORES	$ 1.376.020,00
ANGIOPLASTIA DE VASOS TORACICOS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULA	$ 5.039.570,00

Este es un valor aproximado de los procedimientos esto varía de acuerdo a los convenios y tarifas de cada uno.

Cardiología Intervencionista



CARDIO INTERVENCIONISMO			
	2023	2024	DESVIACION
ENERO	70	59	-11
FEBRERO	62	44	-18
MARZO	80	85	5
ABRIL	75	83	8
MAYO	94	78	-16
JUNIO	71	58	-13
JULIO	64	51	-13
AGOSTO	63	67	4
SEPTIEMBRE	67	64	-3
OCTUBRE	66	73	7
NOVIEMBRE	38	33	-5
DICIEMBRE	39	59	20
TOTAL	789	754	

Para el servicio de cardiología intervencionista se cuenta con cuatro especialistas con programación diaria de lunes a viernes, los sábados se cuenta con programación para

pacientes considerados como urgencia vital. Sin embargo, se está trabajando para hacer jornadas fines de semana.

Se evidencia que hay una tendencia a la disminución de los procedimientos en cardio intervencionismo, considero que se debe buscar convenios la institución cuenta con el personal, la infraestructura, los especialistas que se requieren para aumentar su volumen también se presentó una contingencia de caso 20 días que el angiografo no opero.

Radiología Intervencionista

En cuanto a la especialidad de radiología intervencionista se puede evidenciar un cambio importante en la productividad de procedimientos en lo recorrido del 2024, tiene una tendencia al aumento lo que es positivo, se cuenta con radiología intervencionista 3 veces a la semana, lo que ha permitido dar cumplimiento a los procedimientos, además que los procedimientos que salen se realiza una evaluación de los pacientes, se presentan los pacientes al médico y se programan.

Adicionalmente a ello nos ha permitido aceptar pacientes de otras instituciones para la realización de los procedimientos.

Se presento un aumento del 57%.

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA		
	2023	2024
ENERO	105	123
FEBRERO	84	104
MARZO	90	108
ABRIL	95	133
MAYO	79	104
JUNIO	92	104
JULIO	72	171
AGOSTO	82	145
SEPTIEMBRE	78	195
OCTUBRE	75	203
NOVIEMBRE	58	179
DICIEMBRE	79	138
	989	1707

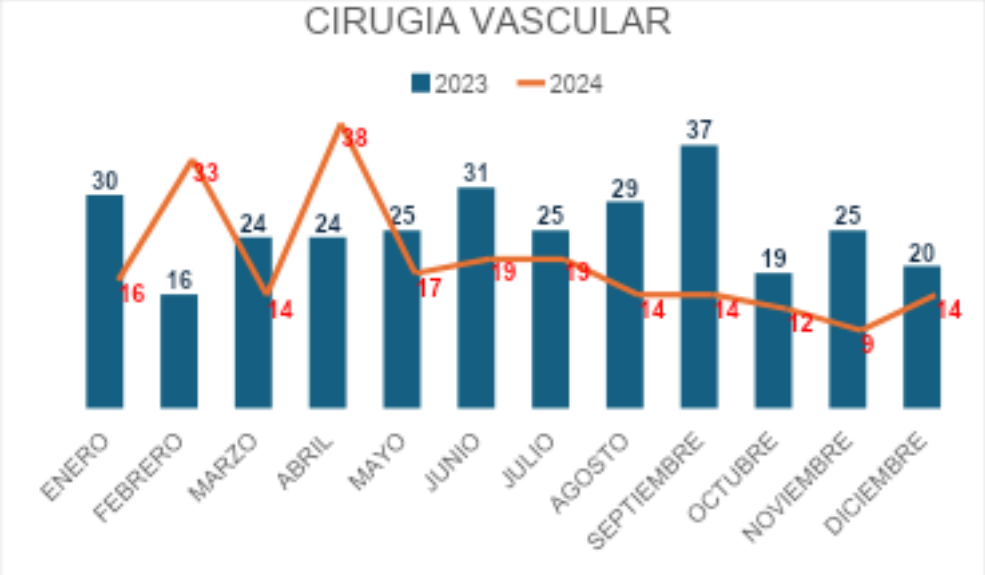


PROCEDIMIENTO	VALOR
DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	$ 148.260,00
TORACENTESIS DIAGNÓSTICA	$ 94.770,00
TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	$ 229.180,00
PIELOGRAFIA A TRAVES DE TUBO DE NEFROSTOMIA	$ 315.700,00
BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO PROFUNDO	$ 302.220,00
DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 743.630,00
IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL	$ 253.170,00
PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA VÍA PERCUTÁNEA	$ 21.170,00
NEFROSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA	$ 289.565,00
COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA	$ 207.490,00
RETIRO DE CATÉTER PERMANENTE PARA HEMODIÁLISIS	$ 194.220,00

Valor aproximado

Cirugía Vascular

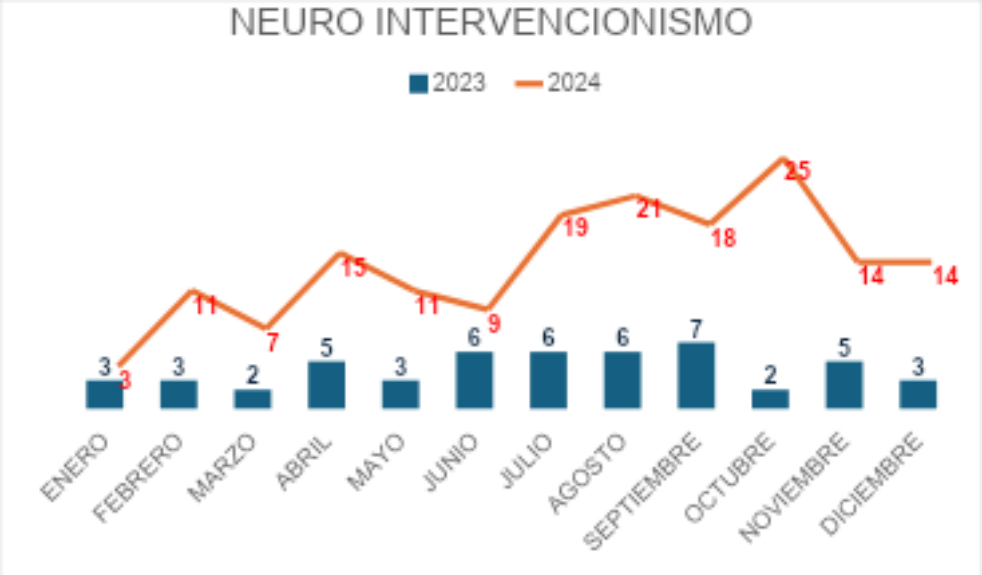
CIRUGIA VASCULAR			
	2023	2024	DIFERENCIA
ENERO	30	16	-14
FEBRERO	16	33	17
MARZO	24	14	-10
ABRIL	24	38	14
MAYO	25	17	-8
JUNIO	31	19	-12
JULIO	25	19	-6
AGOSTO	29	14	-15
SEPTIEMBRE	37	14	-23
OCTUBRE	19	12	-7
NOVIEMBRE	25	9	-16
DICIEMBRE	20	14	-6
	305	219	



Para la especialidad de cirugía vascular se puede evidenciar en lo transcurrido del 2024 un total de 219 procedimientos, se evidencia que hay una tendencia a la disminución de 2023 a 2024 la disminución en promedio es del 28 %, es un servicio que hay que potencializar y que puede ser más productivo, se cuenta con cirugía vascular 2 veces a la semana, cirugía vascular tuvo unos cambios bastante importantes ya que cambio totalmente la parte médica.

Neuro intervencionismo

NEURO INTERVENCIONISMO			
	2023	2024	DIFERENCIA
ENERO	3	3	0
FEBRERO	3	11	8
MARZO	2	7	5
ABRIL	5	15	10
MAYO	3	11	8
JUNIO	6	9	3
JULIO	6	19	13
AGOSTO	6	21	15
SEPTIEMBRE	7	18	11
OCTUBRE	2	25	23
NOVIEMBRE	5	14	9
DICIEMBRE	3	14	11
	51	167	

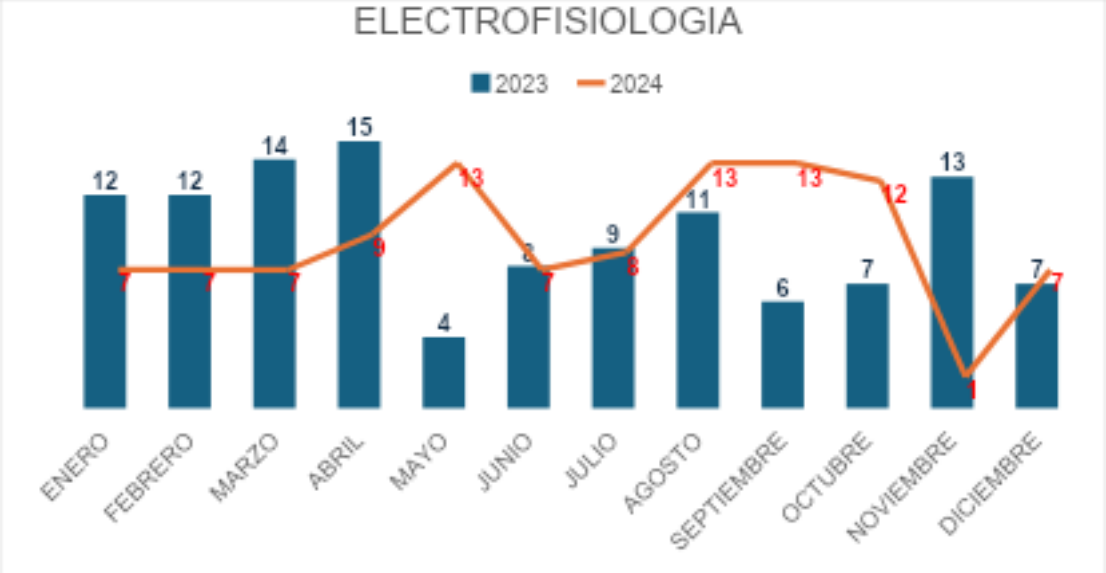


Para la especialidad de neuro intervencionismo se puede evidenciar en lo transcurrido del 2024 un total de 167 procedimientos, se evidencia que hay un aumento significativo con respecto al 2023 en promedio es del 70 %, es un servicio que hay que seguir potencializando y que puede ser aún más productivo, el servicio está sujeto a disponibilidad se realizan pacientes ambulatorios y pacientes de urgencia vital. En la actualidad se cuenta con 2 neuro intervencionistas con jornadas de 3 días a la semana y con disponibilidad.

Electrofisiología

Para el servicio de electrofisiología se cuenta con dos especialistas con asignación de sala de acuerdo a la disponibilidad de los médicos se ofrece sala de hemodinamia todos los días

ELECTROFISIOLOGIA			
	2023	2024	DIFERENCIA
ENERO	12	7	-5
FEBRERO	12	7	-5
MARZO	14	7	-7
ABRIL	15	9	-6
MAYO	4	13	9
JUNIO	8	7	-1
JULIO	9	8	-1
AGOSTO	11	13	2
SEPTIEMBRE	6	13	7
OCTUBRE	7	12	5
NOVIEMBRE	13	1	-12
DICIEMBRE	7	7	0
	118	104	



El servicio de electrofisiología muestra un comportamiento variable pero que, venido con una tendencia a disminuir, los procedimientos que se realizan son implante o explante de cardio Re sincronizador o marcapasos, así como revisión de estos en sala de hemodinamia.

2. Intervenciones Servicio De Imágenes Diagnosticas Y Sala De Hemodinamia 2024

DIFICULTADES	INTERVENCION
Errores del angiografo	El equipo durante el año ha presentado varias falencias, se tuvo una contingencia larga de 20 días donde no hubo sala de hemodinamia, se han realizado varias intervenciones alrededor del año, se cambiaron unas tarjetas. El tubo ya cumplió su ciclo la vida útil es de 40.000 disparos y ya llevamos as 75.000 disparos lo que se prevé cambio muy pronto.
Errores del tomógrafo	Durante el año 2024 se tuvieron 4 contingencias que afectaron notablemente la operación, se hizo cambio de tubo, se han tenido de que cambiar varios repuestos es un equipo que por vida útil requiere cambio de tecnología.
Equipo de rx fijo	El equipo de rx fijo y portátil tuvieron un cambio importante donde se migro de tecnología análoga a digital directa lo que ha facilitado la operación del servicio.
Licencia equipo de tomógrafo, sala de hemodinamia, sala de rx y equipo de rx portátil	Se hizo el licenciamiento de los equipos según resolución 482, la cual se realizo sin novedad, se licencio los equipos nuevos para poder prestar los servicios acorde a las resolución 482.
Mantenimiento crítico del resonador	Se tiene la antena de cerebro y pie dañada
Queja de secretaria	Se presento una queja en la secretaria con visita por deficiencia en los equipos biomédicos, se solvento a través de la contingencia sin embargo venían con intensión de cierre de servicio por deficiencia del servicio de imágenes diagnosticas
productividad	La productividad de los servicios de hemodinamia y imágenes diagnosticas se ve limitada por varios aspectos, convenios, tecnológicos al no estar en total capacidad impide que se pueda brindar una atención integral.

Contrato Con RIMAB

La institución cuenta con un contrato con rimad para lectura de imágenes de las diferentes modalidades este contrato tiene como 2000 imágenes rx en el mes por un valor de:

TOTAL CONTRATO	**$**	**115.652.000**

Todo lo que sea después de 2000 imágenes se lee por evento y tiene un valor de:

TARIFA EVENTO DESPUES DE 2001	**$**	**11.189**

FACTURA POR EVENTO CT	**0 a 800**	
TARIFA EVENTO DESPUES DE 801	**$**	**42.000**

FACTURA POR EVENTO ECO	**0 a 500**	
TARIFA EVENTO DESPUES DE 501	**$**	**46.968**

La oportunidad ofertada por rimad para lectura es de 4 horas, durante el año se enviaron varias glosas por inoportunidad en la lectura de los estudios.

Se evalúa en nivel de cumplimiento al contrato después de subir la imagen al sistema y evaluando los tiempos se obtiene el siguiente resultado de 3700 imágenes se leen entre 1 a 12 horas el 92%, el 8 % se lee entre 12 horas hasta 48 horas estudios promedio alrededor de 500 están por fuera del rango ofertado.

Informe De Gestión Coordinación CISH

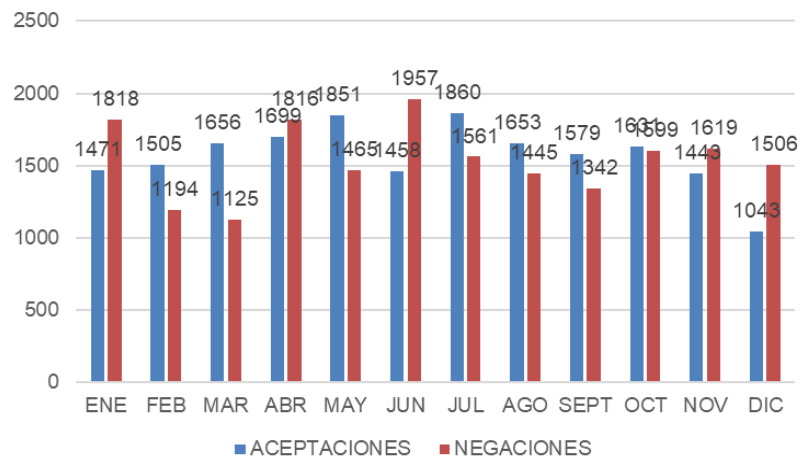
Yeimmy Hernández

1. Comportamiento Remisiones 2024

2023/ Aceptaciones 19431/2149/72

024/ Aceptaciones 18849/2094/70

Se evidencia disminución del 3% en aceptación de remisiones en relación al año anterior.

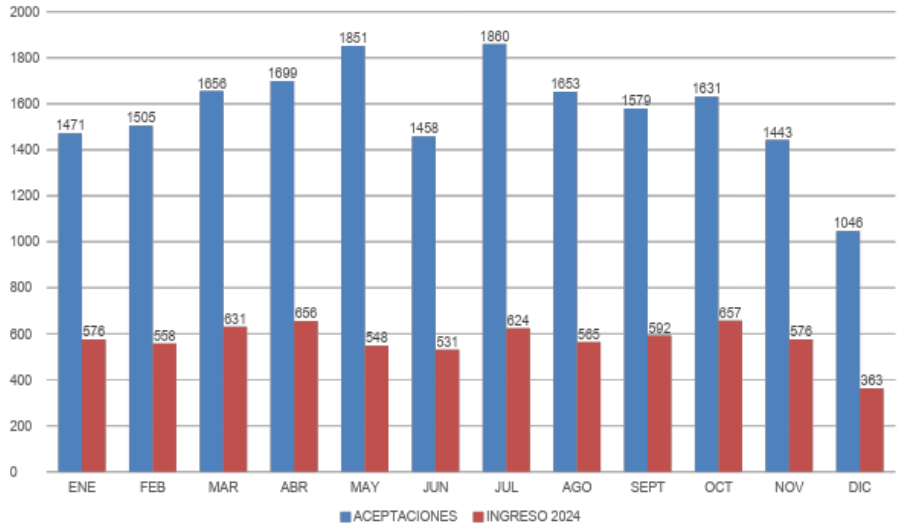


Aceptaciones Vs Ingresos efectivos

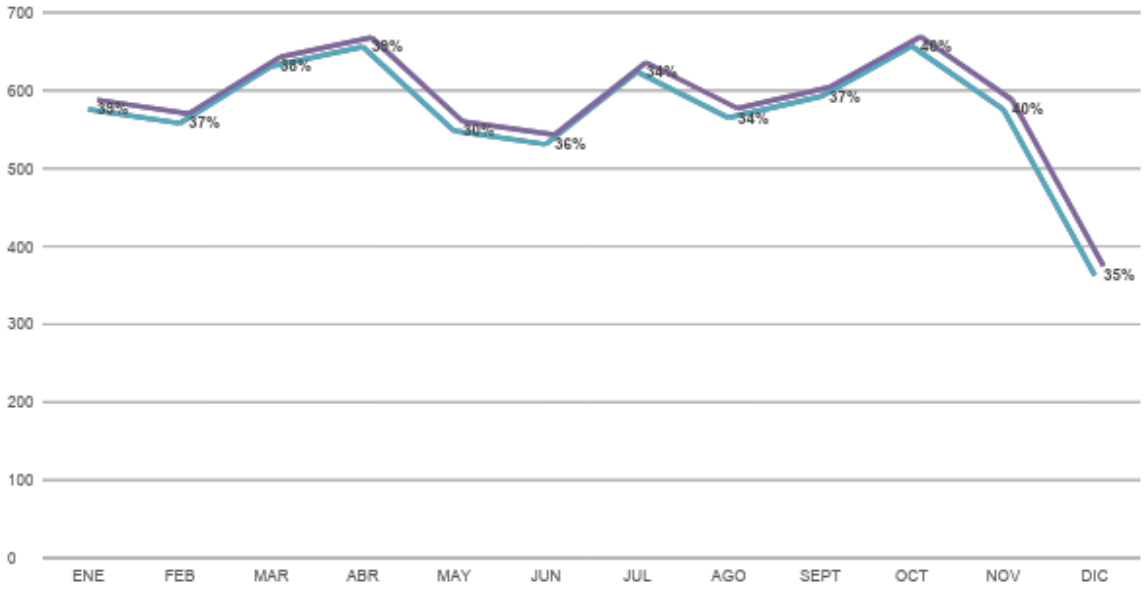
2024/ ing efectivos 6877/573/19

2023/ ing efectivos 6567/543/18

Se evidencia un aumento del 4,6% de ingresos efectivos en relación al año anterior.



Porcentaje Ingresos efectivos

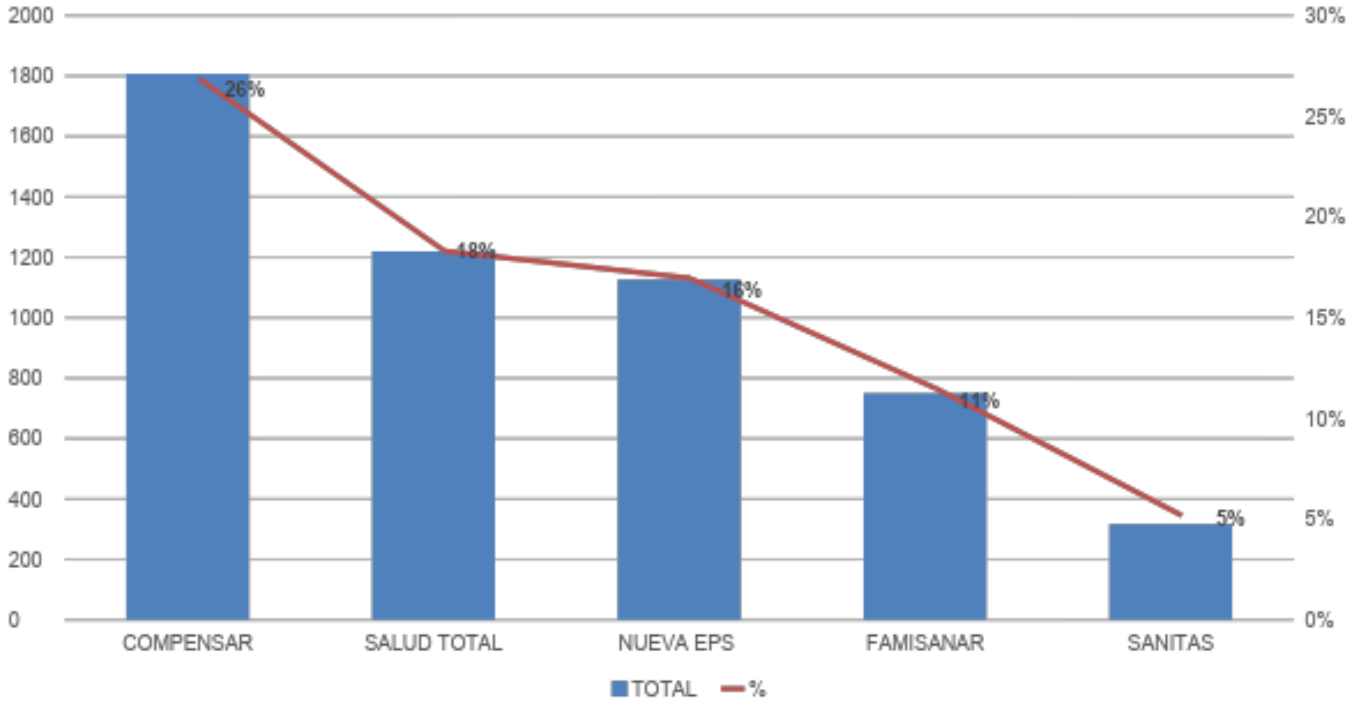


El año 2023 cerro 34% ingresos efectivos, para el año 2024 cerro 37% ingresos efectivos.

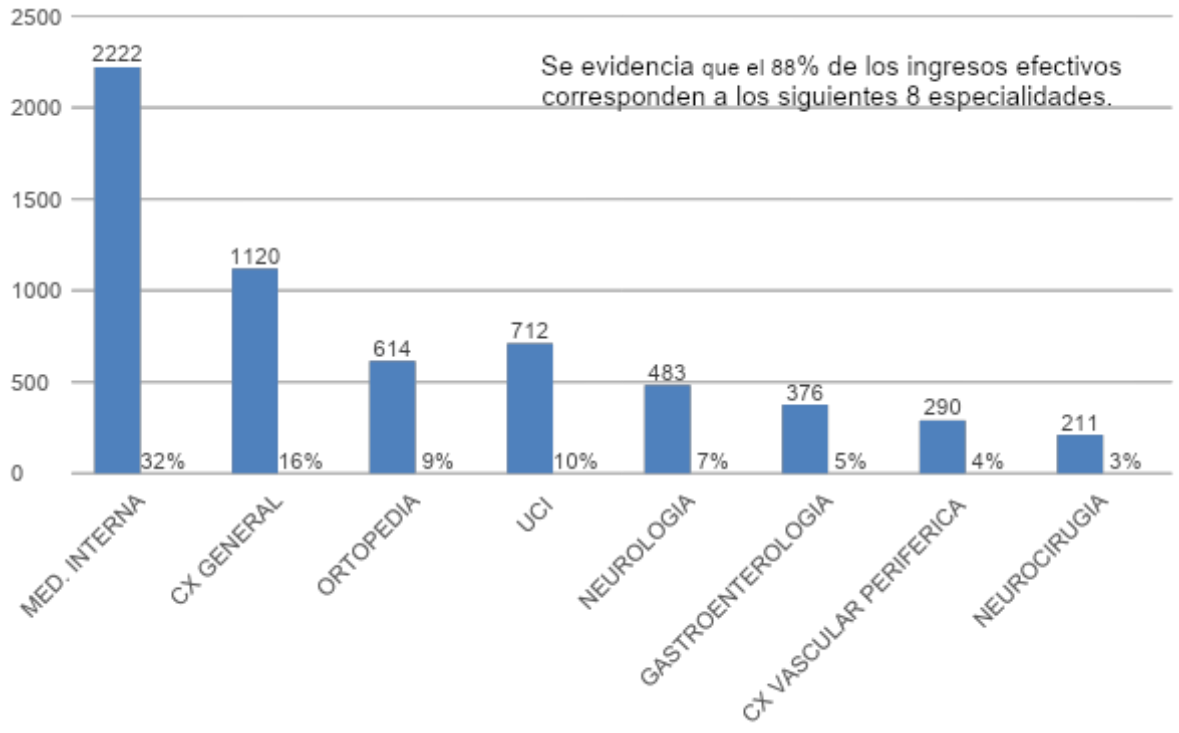
Se evidencia un aumento del 3% de ingresos efectivos en relación al año anterior.

Ing. Efectivo por asegurador

Se evidencia que el 76% de los ingresos efectivos corresponden a los siguientes 5 aseguradores



Ingreso Efectivo por especialidad

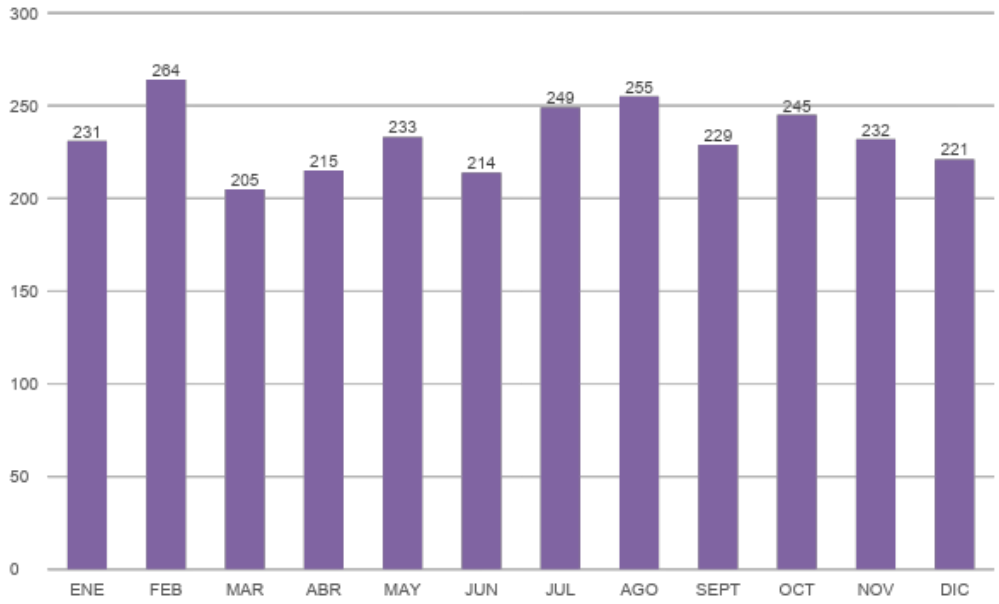


2. Contrarreferencia 2024

2024/ Contrarreferencia 2793/233/8

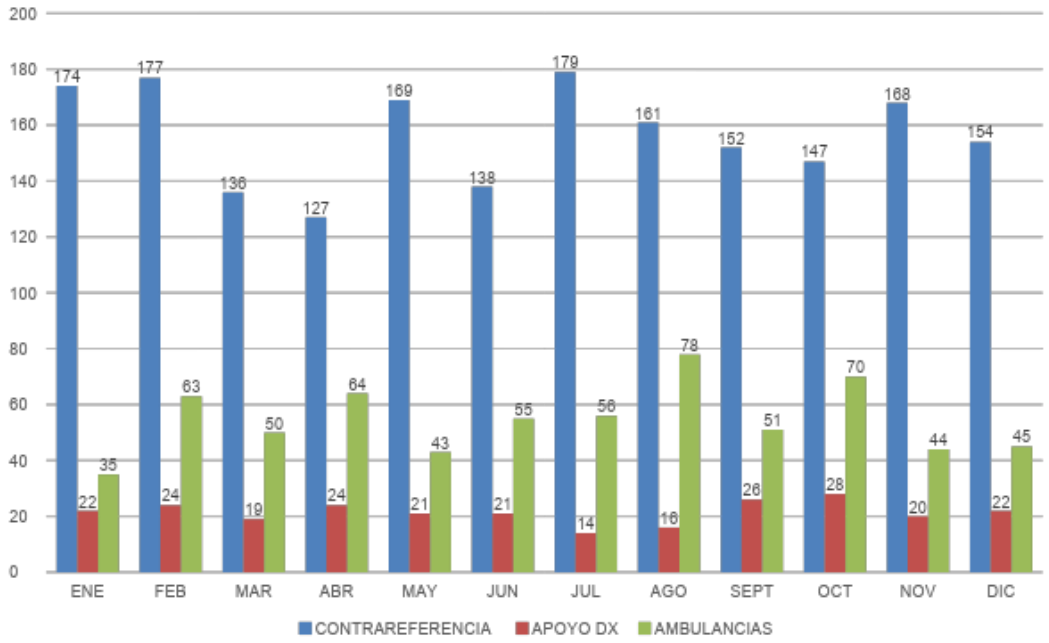
2023/ Contrarreferencia 2257/188/6

Se evidencia un aumento del 19% de tramites con relación a los servicios solicitados el año anterior.



Detalle Contrarreferencia 2024

67% de los tramites corresponde a remisión de especialidades que no ofertamos, aseguradores sin convenio o servicio no contratado, 23% ambulancias de retorno, y el 9% apoyos diagnósticos que no ofertamos.

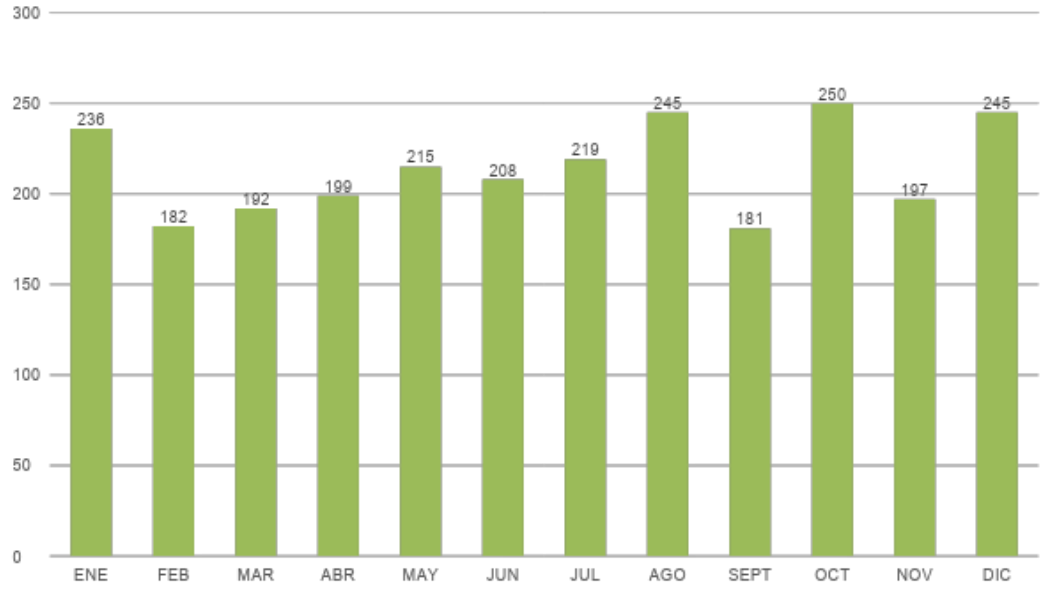


Alta Temprana 2024

2024/ Alta temprana 2569/214/7

2023/ Alta temprana 1981/165/5,5

Se evidencia aumento del 33% en trámites para egreso (phd, oxígenos) en relación al año anterior.



Detalle Alta Temprana 2024

2023/ Phd 829/69/2,3

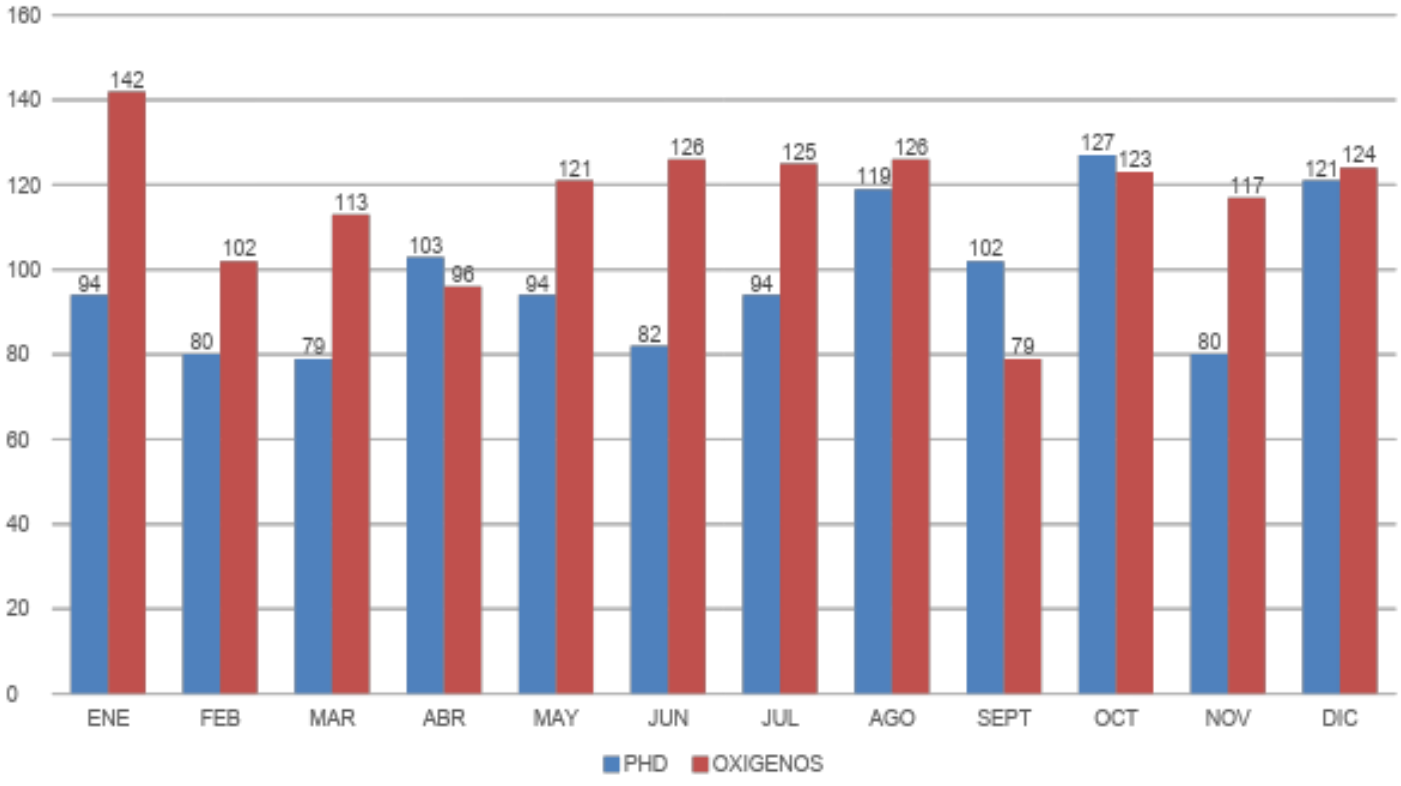
2024/ Phd 1175/98/3.3

Se evidencia aumento del 30% en relación al año anterior.

2023/ Oxigeno 1152/96/3,2

2024/ Oxigeno 1394/116/3.9

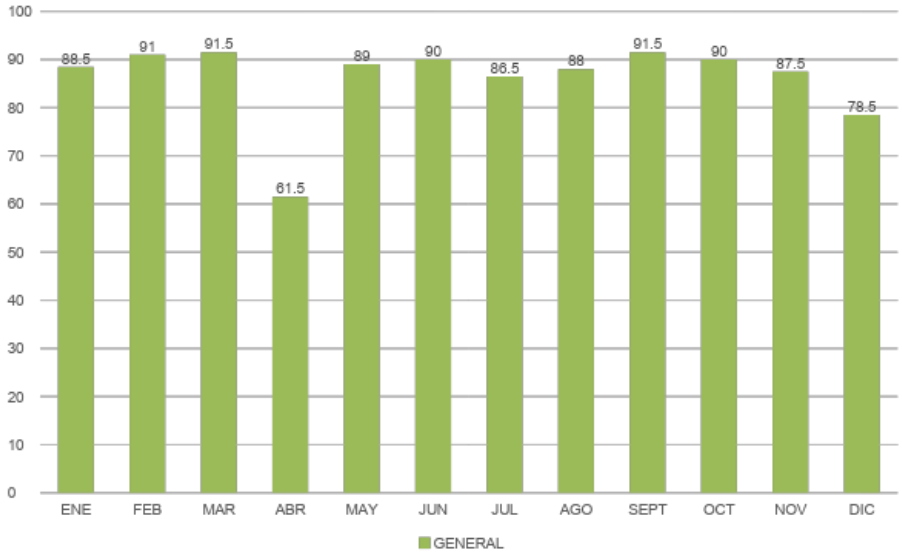
Se evidencia aumento del 18% en relación al año anterior.



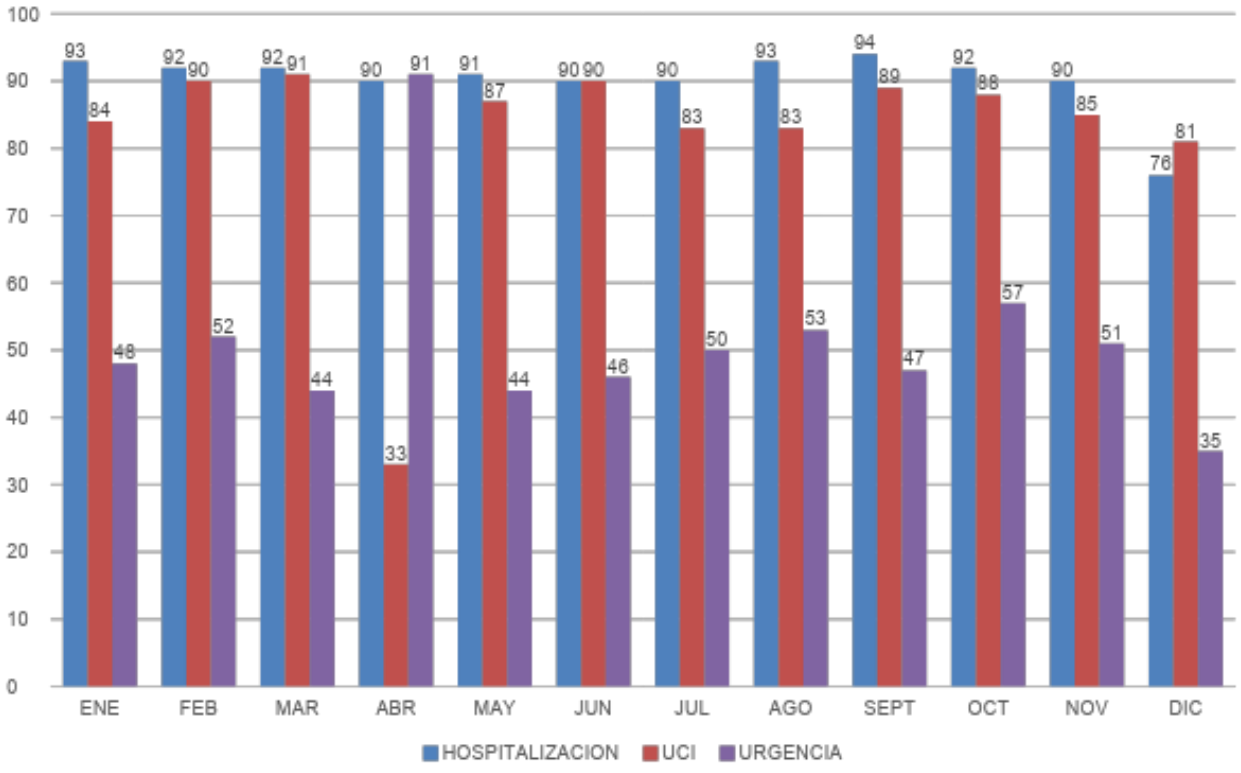
Ocupación Hospitalaria General 2024

2023/ 92% - **2024**/ 86%

Se evidencia disminución de la ocupación hospitalaria del 14% en relación al año anterior.



Ocupación Por Área 2024



3. Dificultades

- Se presentan dificultades en el servidor de forma frecuente lo que hace que los procesos se retrasen a diario.
- Celulares corporativos sin plan de datos.
- Dificultad con la capacidad de almacenamiento de los correos.
- No adherencia de los profesionales para documentación y diligenciamiento del anexo 9 (sin cups, sin cie10) y/o soportes, por lo cual retrasa las remisiones.
- Dificultad para enviar a la Eps e IPS imágenes de los pacientes.
- Con frecuencia tenemos contingencia de equipos como tomógrafo, angiografo y/o resonador que retrasan la definición de conducta clínica, se estanca el giro cama, prolongada las estancias potencializando eventos IAAS, aumentan las quejas de los usuarios, generando glosas, riesgos financieros, reputaciones y legales.

4. Logros

- Se evidencia adherencia de los procesos administrativos propios de cada asegurador, gracias a la rotación del personal en las diferentes áreas.
- Se logro articular cartera, facturación y cuentas medicas al trabajo del área, mejorando la radicación de las cuentas.

Gestión De Coordinación De Rehabilitación Y Nutrición

Dianne Lemus

Rehabilitación

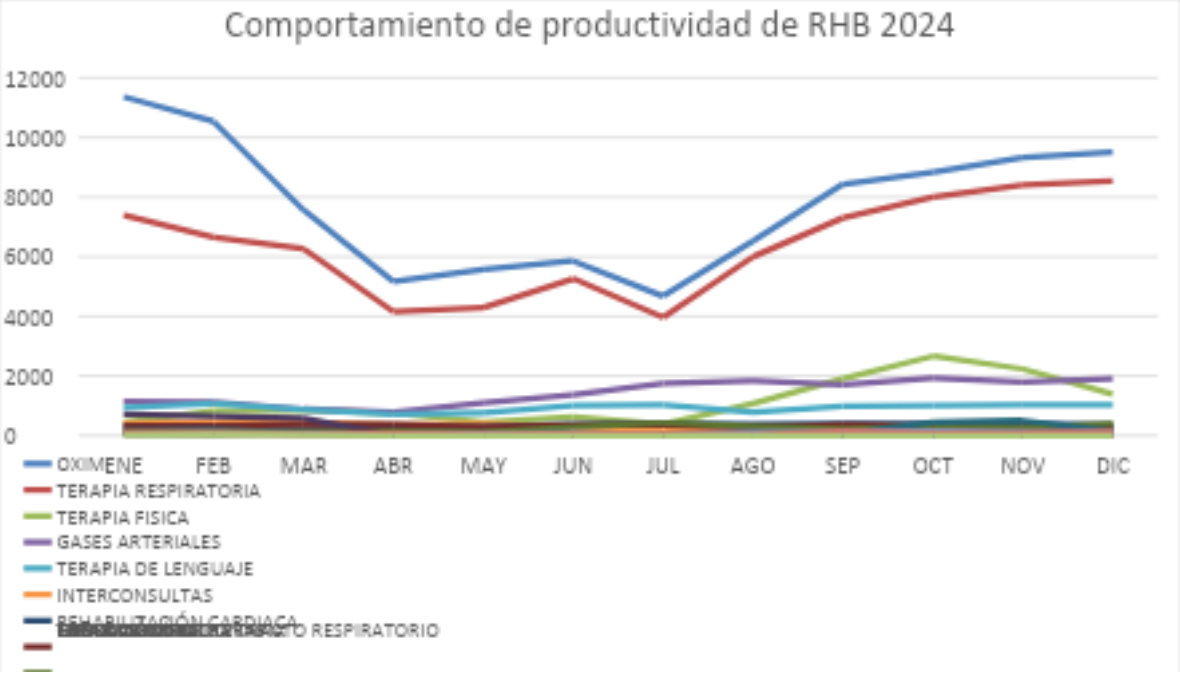
1. Evaluación De Población

a. Procedimientos atendidos durante el mes de diciembre

CUPS	PROCEDIMIENTO
890610	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA
890611	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FISICA
890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA
893812	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA
903062	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA
903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO
903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)
931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD
933601	TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR
937000	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD
937201	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DEL HABLA
937202	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LA VOZ
937203	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LA DEGLUCIÓN
938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL
939402	NEBULIZACION
939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL
890411	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA
890410	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA
890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL
890412	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA
908856	IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (CORONAVIRUS SARS COV2) PRUEBA MOLECULAR
901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES (Secreción orotraqueal)
901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE

Se realizaron **24145** procedimientos en el mes de diciembre,402 procedimientos menos debido al cierre de 3 norte y 4 norte que el mes previo. Los tres últimos procedimientos se desarrollan desde la parte operativa por el servicio de rehabilitación, sin embargo, por CUPS se traslada a centro de costo de laboratorio, para diciembre han disminuido la toma de muestras de tracto respiratorio.

** Se agrega producción mensual, no se tiene en cuenta procedimiento de *ácido láctico:*



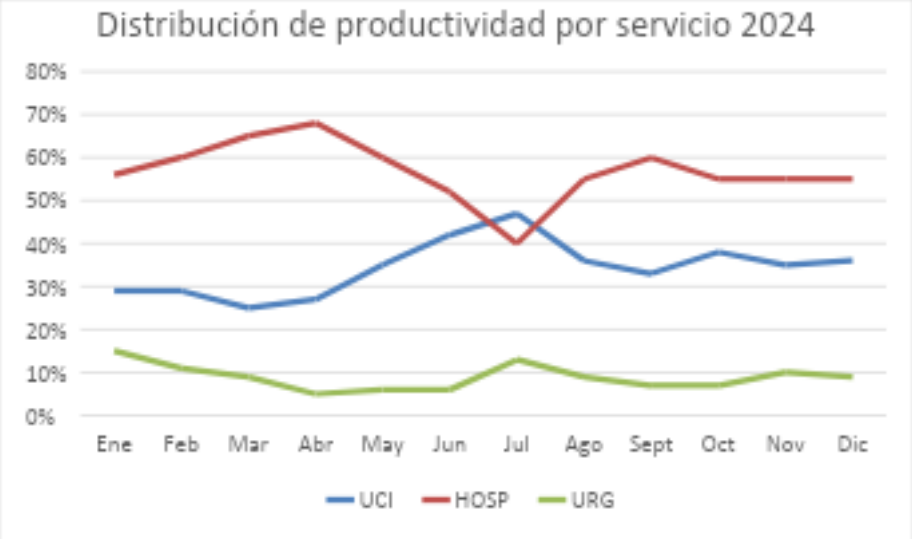
: Fuente: Bases de datos del servicio

Hacia mitad de año la disminución de productividad se asociaba a vacantes y tiempos prolongados de actividades respiratorias, al finalizar año se aprecia disminución de terapia física y educaciones reflejada en las demás actividades. Se agrega tabla de datos para complemento de la gráfica:

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
OXIM.	11366	10537	7568	5172	5581	5855	4677	6530	8434	8839	9324	9512

TERAPIA RESPIRATORIA	7399	6660	6272	4160	4294	5262	3966	6001	7306	7996	8416	8531
TERAPIA FISICA	450	817	844	765	444	628	379	1077	1904	2662	2233	1397
GASES ARTERIALES	1152	1122	884	788	1091	1360	1743	1846	1705	1921	1786	1913
TERAPIA DE LENGUAJE	938	1070	871	707	768	1008	1036	778	975	1005	1022	1023
INTERCONSULTAS	403	457	445	354	408	262	241	245	344	315	228	262
REHABILITACIÓN CARDIACA	286	230	223	268	294	386	395	388	398	401	402	354
TERAPIA OCUPACIONAL	322	336	380	382	295	363	363	272	344	339	129	296
MUESTRA TRACTO RESP.	58	40	100	123	106	283	423	314	217	304	275	408
NEBULIZACIÓN	715	654	584	5	0	4	0	1	0	0	0	2
EDUCACION FISIOTERAP.	170	190	104	46	34	54	54	54	68	435	502	155
EDUCACIÓN T.O.	114	108	88	87	64	68	64	64	113	117	42	87
GASES VENOSOS	59	92	52	47	56	75	46	109	105	143	99	81
EDUCACIÓN FONO	96	90	40	58	33	55	53	27	148	94	89	124
ESPIROMETRIA	0	0	0	0	0	0	0	4	3	2	0	0
PRODUCCIÓN MENSUAL TOTAL	**23528**	**22403**	**18455**	**12962**	**13468**	**15663**	**13440**	**17710**	**22064**	**24573**	**24547**	**24145**

b. Distribución de productividad por servicio asistencial

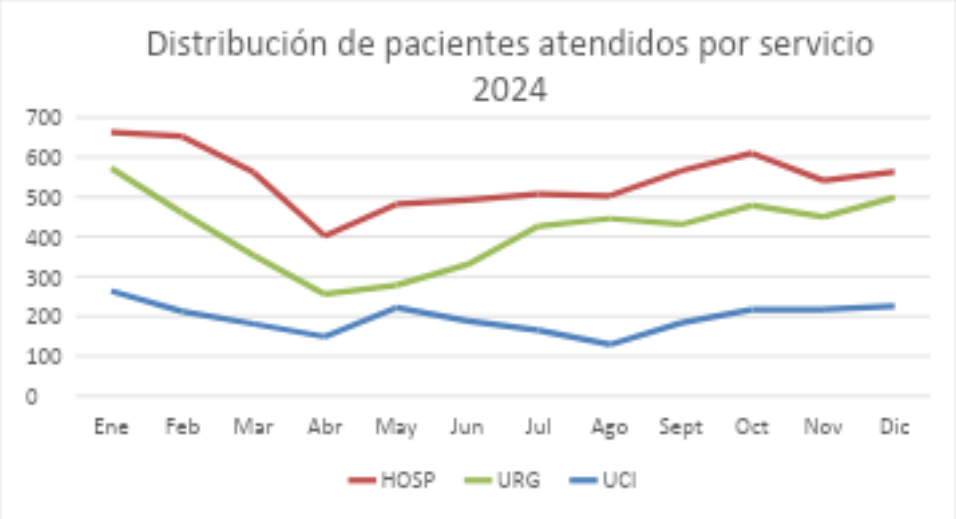


Fuente: Bases de datos del servicio

En general para el servicio de urgencias durante el año se ha presentado un comportamiento estable en la productividad, las estancias son más cortas, con rápida resolutividad. Para el caso de la UCI se aprecia una variación de la productividad por alta

ocupación en los picos de pandemia hacia segundo y tercer trimestre, lo que generó secundariamente la variación de productividad en el servicio de hospitalización, dado la desviación y prioridad de talento humano a cuidado intensivo.

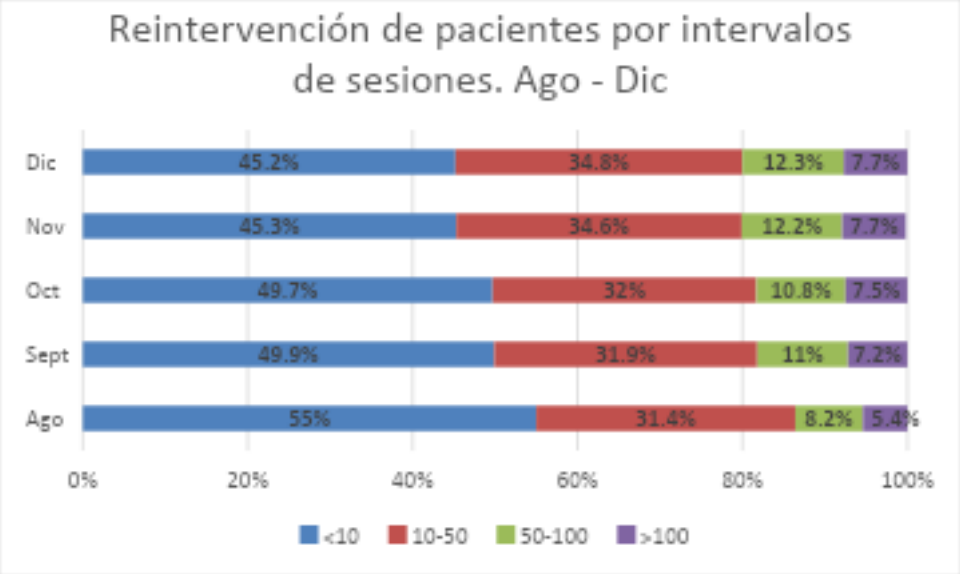
c. Distribución de pacientes por servicio



Fuente: Bases de datos del servicio

El mayor número de pacientes con rotación para atención por el servicio de rehabilitación, se encuentran en el servicio de hospitalización asociado a la capacidad instalada en camas, en el servicio de urgencias la rotación es significativa teniendo de cuenta resolutividad y traslados a otros servicios de manera precoz y las estancias en UCI son relativamente más prolongadas por la complejidad clínica con lo que el número de pacientes es menor.

1. Evaluación De Frecuencias



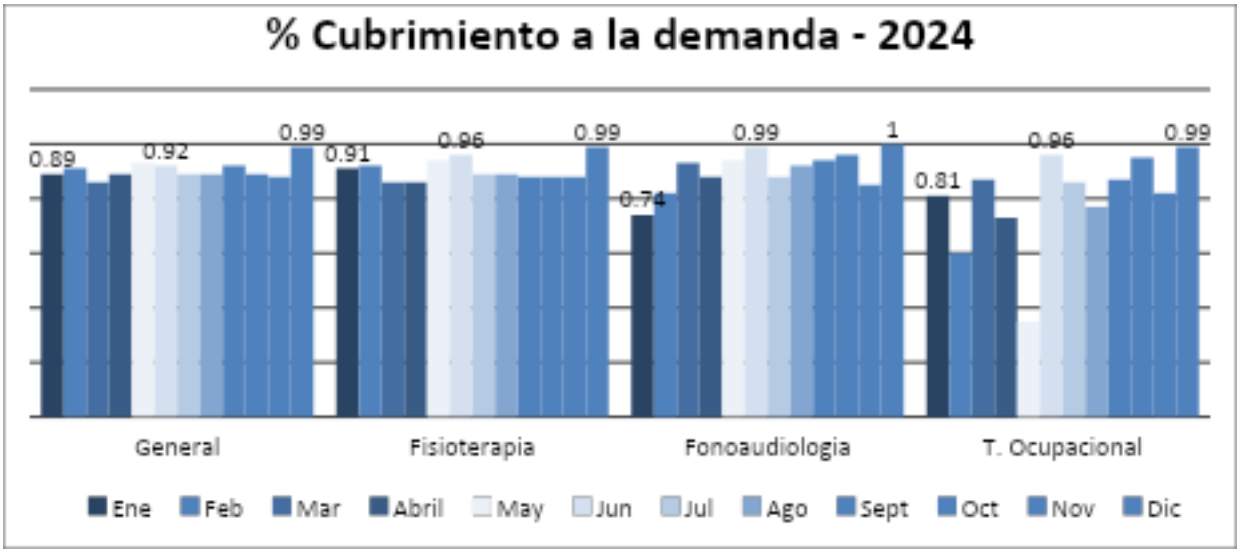
Fuente: Bases de datos del servicio

Con respecto a meses anteriores, se evidencia un leve aumento para diciembre en las atenciones de manera crónica a pacientes, a correlacionar con estancias prolongadas o complicaciones. Por el contrario, el manejo terapéutico ha sido corto para menos del 50% de los pacientes, probablemente por mayor resolutividad de las patologías con rápida rotación.

2. Cumplimiento De Metas

a. Indicadores de servicio

Tasa de eventos adversos del servicio de rehabilitación: servicio de rehabilitación para el año 2024 no se presentaron eventos en adversos relacionados por el proceso de rehabilitación



Durante el 2024 el cubrimiento a la demanda se mantuvo sobre el 85%, sin embargo, se evidencia heterogeneidad en el subproceso de fonoaudiología y rehabilitación cardiaca, por la irregularidad en la formulación terapias.

Para el año 2024 no se presentaron infecciones asociadas a la ventilación mecánica, lo que evidencia control y gestión sobre la lista de chequeo de prevención de NAV, que se diligencia por turno en las UCIs. Continuamos el chequeo para esta IAAS

Se tiene el fuerte en el cobro de oxígeno; para realizar el proceso el servicio se encarga de administrar el gas, realizar nota en el sistema, calcular los litros por minuto al día y realizar el respectivo cobro en el módulo de facturación. La facturación de los procedimientos presenta una desventaja, al ser algunos no facturables por manual ISS 2001, sin embargo, para el año, se encontraron discrepancias en dicha facturación. El costo se ha mantenido con la limitación y ahorro de insumos y dispositivos médicos, al igual que los estímulos de vía oral solicitados para los pacientes en manejo de disfagia.

b. Capacitación a colaboradores

Para el 2024, se realizaron las capacitaciones a colaboradores del servicio de rehabilitación, dando cumplimiento al plan de capacitaciones presentado: los listados de asistencia reposan en la carpeta compartida de educación continuada con la siguiente ruta: *formación continuada/ FORMACION AL TALENTO HUMANO/ GESTION DE REHABILITACION Y FISIOTERAPIAS/ 2023/ Listados de asistencia*

Dentro de ellos cabe destacar que fue aprobado para el servicio de fisioterapia la actualización del curso de ventilación mecánica invasiva los cuales tienen cubrimiento del 80% de los fisioterapeutas de fundación para tener una ventilación mecánica segura. El curso finaliza en enero del 2025 los cuales quedarán los soportes de la capacitación adquirida y la implementación de protocolos de ventilación mecánica invasiva.

3. Evaluación De Costos

El valor de los costos relacionados con la adquisición de filtros de ventilador 840 alquiler de ventiladores mecánicos ya que la usabilidad fuera el 100% de los ventiladores operativos que tenía

Se contemplan montos de procesadores de gases, mantenimiento de equipos médicos.

Evaluación De Ejecución De Presupuesto

No se cuenta con información desde el área de costos.

Gestión Administrativa

4. Desviaciones De La Planta

Se destaca el ausentismo de incapacidades, calamidades días de la familia 774 horas por día de la familia, el porcentaje de horas sin cubrimiento fue de 100%.

En el caso de vacaciones se realizó cumplimiento al pasivo vacacional presentado en enero del 2025

5. Estado De Mantenimientos

No aplica

6. Evaluación De Insumos, Equipos Y Suministros

Durante los meses de Julio agosto, noviembre, diciembre llegamos a la usabilidad de los ventiladores mecánicos del 100% razón por la cual se tuvo que buscar alternativas de alquiler de 2 a 3 ventiladores por mes.

Se generaron situaciones de déficit de insumos: inhalócámaras, inhaladores de corta y larga duración tubos trampa, sistema de succión cerrado.

7. Comportamiento De Quejas

No se presentaron quejas, sugerencias o felicitaciones asociadas al actuar del servicio de rehabilitación para el mes de diciembre.

Gestión De Auditoria

8. Causas Y Tasas De Hospitalizaciones Y Precursoras

Por parte del servicio de auditoría médica no se han reportado glosas correspondientes al servicio de rehabilitación.

9. Análisis Final Mensual De acuerdo A Resultado

El ausentismo para el mes junto con horas no laboradas por planes de beneficios/ vacaciones aumentaron con respecto al mes pasado, lo que modifica la productividad.

Con respecto a servicios asistenciales, se evidencia mejoría en la comunicación de salidas que generar oportunidad en el cobro de procedimientos, la formulación por parte de profesionales requeridos según manual de facturación y formulación de oxigenoterapia; con respecto a las UCIs, se mantiene la productividad con respecto al mes previo.

Se realizan reuniones mensuales del grupo de rehabilitación, con el fin de socializar nuevos procesos y guiar dudas.

Se toman espirometrías hospitalarias, y el test de caminata de 6 minutos

El servicio se encuentra en adherencia del uso racional de medicamentos y dispositivos médicos.

Los censos diarios se comparten con el grupo de rehabilitación cardiaca y terapia ocupacional, para mejorar la oportunidad y productividad del servicio por medio de la identificación de necesidad de intervenciones.

La Dra. Pilar Cárdenas, continúa siendo parte de la gestión de los equipos de gases, en el momento se está adelantando proceso para sistematización de reporte de gasometría.

Seguimiento a cumplimiento de horarios y cambios de turno estipulados desde Fundación

Seguimiento a glosa del servicio y costos de no calidad.

Control sobre los costos y gastos del servicio, con énfasis en reaprovechamiento, estímulos de vía oral y consumibles.

Se realiza seguimiento a la facturación de oxígenos y procedimientos cobrables,

Problemas:

- Insumos desabastecimientos en farmacia central, pero con existencia en almacén.
- Aumento en tiempo de oportunidad de respuesta a interconsultas en los subprocesos de terapia respiratoria y terapia física.
- Utilización de equipos de ventilación mecánica en las unidades de cuidado intensivo e intermedio al 100%.
- Continuamos con inconvenientes en la sedación en pacientes, lo que genera desacople ventilatorio, lesión pulmonar, ventilación mecánica prolongada y aumento de la mortalidad
- Falta de información de costos para lo relacionado con nómina del servicio.
- Continúa presentándose una brecha de procedimientos facturables por manual, las sesiones educativas.
- Matriz documental en actualización

Propósitos

- Inclusión de apósitos en cara para protección de piel, en los ciclos de ventilación mecánica no invasiva
- Actualización de la matriz documental
- Cumplimiento del POA y plan de capacitaciones.
- El abordaje de las rutas de discapacidad se tiene que realizar la implementación.
- Rehabilitación pulmonar

- Implementación de terapias en zona verde

.

Nutrición

1. Evaluación De Población

El proceso de nutrición es un eje transversal del Hospital Fundación San Carlos encargada de valorar a pacientes que se encuentren en malnutrición por medio de la interconsulta generada por área médica especializada no general, previo realización de tamizaje nutricional que mide riesgo en el paciente; además ayuda a garantizar la alimentación del paciente ya sea por las dietas ajustada a la patología del paciente y si es el caso, en conjunto con el área de fonoaudiología, además del soporte nutricional enteral y/o parenteral, y así disminuir estancia hospitalaria al garantizar recuperación o mantenimiento nutricional, a continuación se brinda la ruta y modelo de atención nutricional.

a. Procedimientos atendidos durante el año

CUPS	PROCEDIMIENTO
890206	Consulta de primera vez por nutrición y dietética
890306	Consulta de control o de seguimiento por nutrición y dietética
890406	Interconsulta por nutrición y dietética
890606	Asistencia intrahospitalaria por nutrición y dietética

Como ingresan los pacientes a nutrición clínica

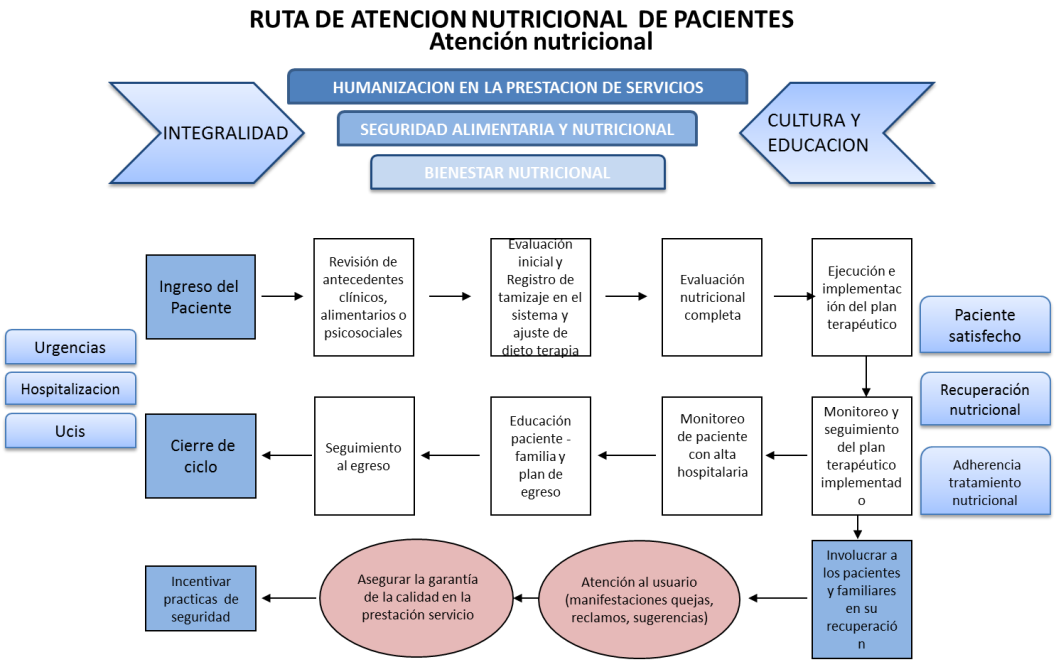


FIGURA 1. Ruta de atención nutricional de paciente en la fundación hospital san Carlos

Modelo de atención Nutricional

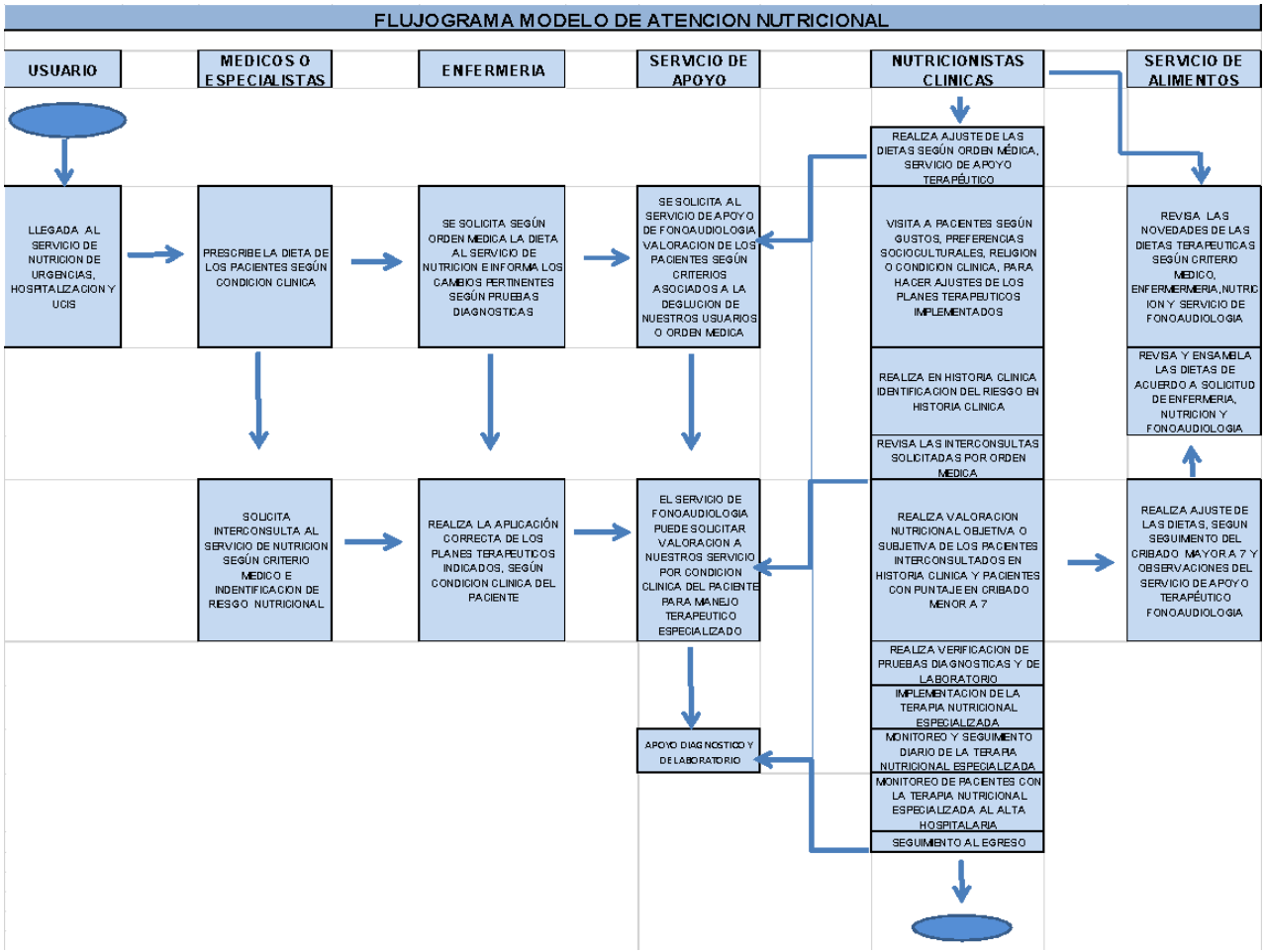


FIGURA 2. Flujograma modelo de atención nutricional de paciente en la fundación hospital san Carlos

Indicadores de gestión estratégicos y comparativos con el período anterior /qué se midió/ gráficos más importantes.

El servicio de nutrición clínica desarrolla actividades de intervención nutricional en todas las áreas donde sea Inter consultado el servicio de nutrición, realizando tamizajes, valoración nutricional, respuesta a interconsultas, formulación de soporte nutricional y actividades complementarias las cuales están sujetas a realizar por necesidades del servicio, desde allí es donde se determina la productividad mensual del servicio.

	Número de Interconsultas Nutrición	Pacientes con soporte Enteral	Pacientes con soporte parenteral	Pacientes complementación nutricional
ENERO	319	62	17	127
FEBRERO	322	67	20	93
MARZO	283	46	25	88
ABRIL	306	44	26	146
MAYO	326	39	25	126
JUNIO	276	43	14	122
JULIO	319	43	30	150
AGOSTO	243	49	29	115
SEPTIEMBRE	296	37	27	153
OCTUBRE	285	44	38	96
NOVIEMBRE	263	44	27	96
DICIEMBRE	291	49	40	95
TOTAL AÑO	3529	567	318	1407

Durante el año 2024 se ha podido dar respuesta a un total de 3.529 interconsultas, con un promedio mensual de 293 interconsultas, de las cuales se obtuvo un promedio diario de 9.7 solicitadas. La oportunidad de respuesta a interconsultas se encuentra fue un promedio de 10.45 horas de respuesta, teniendo en cuenta que la meta es dar respuesta antes de las 24 horas de solicitud, nos encontramos cumpliendo el indicador de oportunidad mostrando una eficacia oportuna, en el cumplimiento de la meta.

En el manejo de soporte nutricional enteral y parenteral contamos con un promedio de 47 paciente con uso de soporte enteral y 26 de soporte parenteral, generando rotación de producto de sistema cerrado en promedio de 92% y del 8% de sistema abierto, sin contar con los 117 pacientes con nutrición con complementación vía oral con consumo promedio de 2 tomas día siendo 234 unidades de gasto por mes, y soporte parenteral de 26 unidades por mes.

También se puede evidenciar que en meses donde se contaba con menos nutricionista, mes de febrero y octubre era totalmente nuevo y varias vacantes en diferentes periodos por no personal completo.

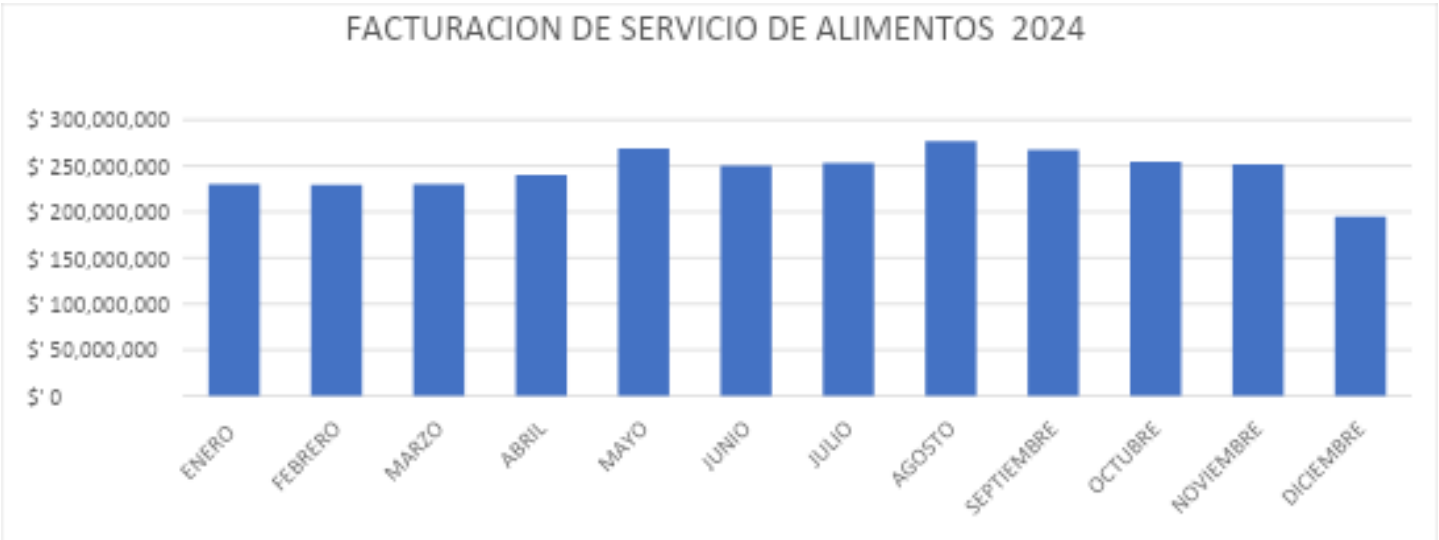
Servicio De Alimentación

Se presenta informe del servicio de alimentos correspondientes del 2024; concentrando datos en la facturación a causa del servicio prestado de suministro de dietas terapéuticas tales como desayuno, almuerzo, cena, onces, nueves y refrigerios para los pacientes hospitalizados en la Fundación hospital San Carlos en el horario y las cantidades requeridas por la Fundación de conformidad con la oferta de los servicios y las minutas patrón que se hace parte integral del contrato.

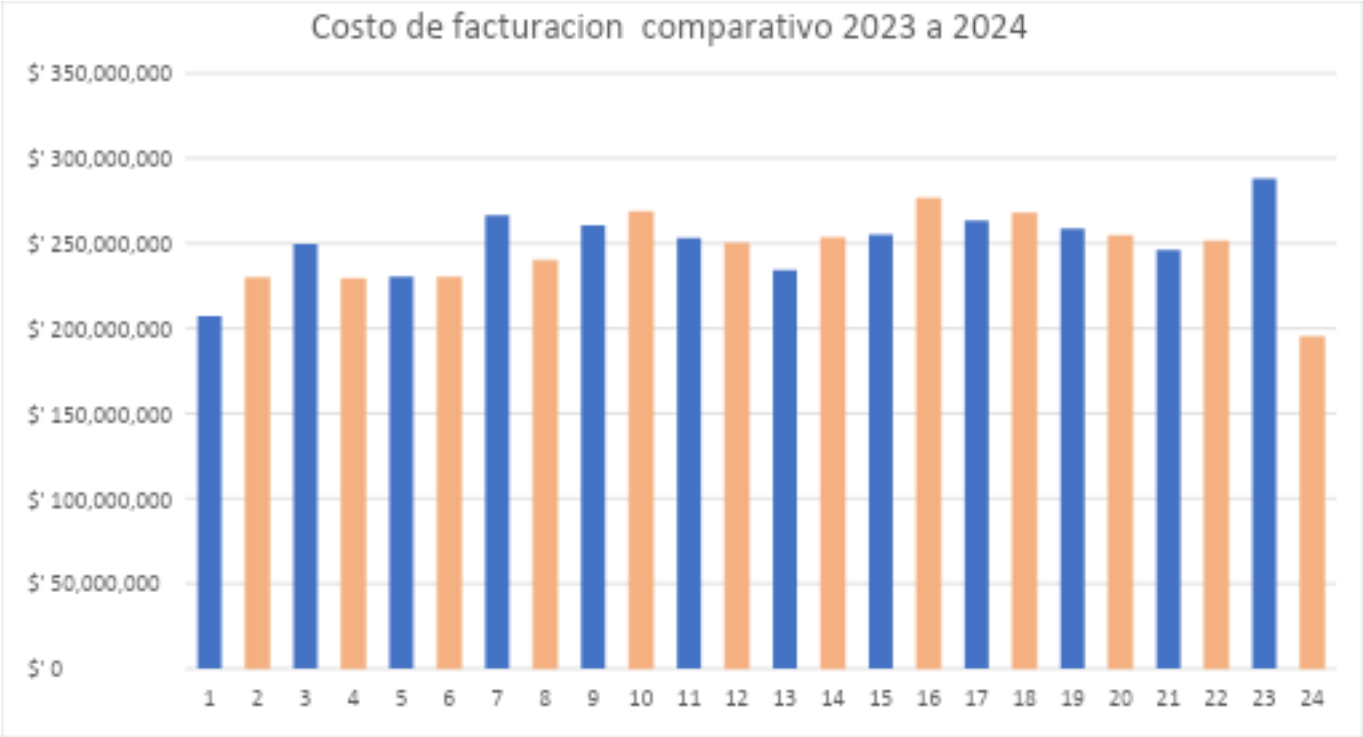
Para la facturación de Abril se presentó un cambio de tarifas incremento del 7.1 % IPC



se observan en número de dietas solicitadas por mes por parte de los diferentes servicios, los cuales se presentan en las variaciones dados por ocupación en los meses fluctuantes del mes de agosto y el mes de mayo, adicional a esto se canalizaron los diferentes servicios que proporcionan mayor desperdicio para mitigar el índice de desperdicio.



En cuento a la facturación en el año 2024, presenta las mismas variaciones das la ocupación de fundación versus en índice expedición de dietas solicitadas



En comparación al año 2023 se presentó un aumento debido a cambio de proveedor nuevas tarifas y índices de ocupación de fundación y adicional a esto tiene un porcentaje la pérdida de dietas desperdiciadas, por solicitud.

A su vez se quiere dar a reconocer las acciones del servicio de alimentos;

- Capacidad de respuesta inmediata a la operación desde el día primero de enero del 2024.
- La comunicación constante que se maneje con el grupo de nutrición clínica y servicio de alimentos y coordinaciones.
- Actividades de humanización de celebración del día de cumpleaños al paciente hospitalizado.
- Un día de menú especial en el mes, día del amor y la amistad, Halloween, día de navidad, etc.

2. Cumplimiento De Metas

- Reducción de costos en dietas de desperdicio
- Solicitud de interconsultas a paciente con tamizaje bajo, menor a 7.
- Gasto oportuno y a tiempo de aquellos productos nutricionales próximos a vencerse
- Se realizó lo correspondiente a la ruta de mejoramiento para el servicio de alimentos dadas las quejas del día a día que se presentaban para lo cual, la coordinación de nutrición clínica realiza toda la parte de creación de procedimiento de entrega de dieta segura, y la creación de la lista de chequeo de entrega segura verificando una adecuada adherencia por parte de los jefes de enfermería y los auxiliares de dietas con él en fin de mitigar el riesgo de una ingesta insegura al paciente. Cuál para lo cual se presentó la evaluación por parte de los Secretaría de Salud, Y obtuvimos el galardón a categoría plata. En la ruta de mejoramiento 2024.

3. Costos

Evaluación De Ejecución De Presupuesto

No se cuenta con información desde el área de costos.

Gestión Administrativa

4. Desviaciones De La Planta

- El servicio de nutrición clínica cuenta con 4 profesionales en Nutrición y dietética con experiencia en el área clínica y soporte nutricional,
- Con horario de lunes a viernes de 6 am a 1 pm o 12 pm 7 pm y una de 7 a 4 pm, con sábados y domingo de 6 am a 4pm o 06 am a 5 pm según programación.
- Con asignación mensual de servicios a visitar.
- Se destaca que desde el mes septiembre la planta autorizada pazo a ser OPS

5. Evaluación De Insumos, Equipos Y Suministros

En cuanto a equipos, se cuentan con bombas de infusión Braun para soporte en nutrición enteral.

Portafolio de nutricional de fundación

codigo	descripción	marca
0015a11a	dietas especificas pactes ERC diálisis nepro ap lata x237 ml	NEPRO AP
0020a11a	(PULMOCARE) alimento propósitos medico p-respirato	PULMOCARE
0005a11a	nutrición enteral paciente critico x 1l	FRESUBIN

0005v06 d	nutrición alta densidad calórica x 1000ml	GLUCERNA
0022a11 a	nutrición comp alto contenido nitrog ENSURE plus hn 220ml	ENSURE
0024a11 a	nutrición formula modular, polvo a base de proteína	PROWHEY
0025a11 a	nutrición formula polimérica HIPERCAL/HIPERPROT/PROWHEY KALORI	PROWHEY
0002v02 b	nutrición paciente intolerancia glucosa x 1.5l	GLUCERNA
0035a11 a	(DIBEN)nutrición diabetes baja carga de carbohidratos	DIBEN
0009a11 a	nutrición enteral (glucerna) lata x 237ml	GLUCERNA
0021a11 a	fresubin DRINK 2,0 kcal 200ml	FRESUBIN
0004b05 b	emulsión de lípidos, glucosa, amin. elect, nutriflex lipid peri *1250	NUTRIFLEX
0007b05 b	emulsión de lípidos, glucosa, amin. elect, nutriflex lipid peri *1875	NUTRIFLEX
0009b05 b	emulsión para infusión libre de electrolitos central (SMOFKABIVEN 1,477ml)	SMOFKABIVEN
0005b05 b	emulsión lípidos y ácidos grasos nutriflex omega special x1875ml	NUTRIFLEX
0012mq25	equipo bomba enteral compact plus ENFIT neutrapur	NEUTRAPUR
0008mq25	equipo bomba fotosensible compact plus type UV	COMPACT
0013mq02	conector de transición ENFIT (escalonado macho)	ENFIT

6. Autoevaluación Y Gestión De Calidad

Dentro de los planes de mejora relacionadas con el cuadro de autoevaluación de estándares de habilitación, se realizará enfoque sobre procesos prioritarios en la actualización y creación de gestión documental desde el servicio y tamizaje nutricional

7. Comportamiento De Quejas

No se presentaron quejas, sugerencias ni peticiones durante el periodo al servicio de nutrición clínica.

Gestión De Auditoria

7. Causas Y Tasas De Hospitalizaciones Y Precursoras

- Se realiza seguimiento por parte de nutrición clínica a todos los pacientes que se realiza gastrostomías para de una manera temprana puede tener la generación de MIPRES y garantizar un egreso oportuno al paciente
- Se gestionan los condicionantes de egreso solicitados por auditoría médica
- Sea gestión diaria todos los requerimientos solicitados por el área de auditoría concurrente
- Auditoría a la fecha no se han notificado glosas por parte del servicio de nutrición clínica
- se realizan las juntas médicas pertinentes a cada MIPRES en un tiempo oportuno

8. Análisis Final Mensual De acuerdo A Resultado

Problemas:

PROBLEMÁTICA	CAUSAS	INTERVENCIÓN
Inadecuada paso de indicaciones a fórmulas nutricionales por parte de enfermería	Baja adherencia a proceso muchas veces por rotación o poco interés por el personal	Reeducación cuando se identifica no registro al área
Cambio de dietas por turno de jefes (manejo de fonoaudiología, goteo nutricional).	Informe de jefes por cada turno	Seguimiento por parte de nutrición clínica con envió de correos de corrección
Problemas en el suministro por parte del EPS o solicitud de productos nutricionales, esto genera rotación constante y nuevas realizaciones de MIPRES.	En muchos casos por falta de requisición por parte del área encargada	Se envía con antelación solicitud de productos próximos a desabastecer por área de nutrición para requisición oportuna.
No se tiene la importancia del tamizaje nutricional desde el triage	Adherencia al manejo, ya sea por carga laboral, rotación o apropiación de importancia	Realización reeducación a personal junto con área de coordinación de jefe encargado. Se realiza educación en la inducción de personal

Peso y talla en cada cama del paciente y en historia clínica	Adherencia al manejo, ya sea por carga laboral, rotación o apropiación de importancia	Registro principalmente en paciente valorados por nutrición cuentan con peso y talla, pocas profesiones de salud lo realizan.

9. Propósitos

- Promover la importancia del tamizaje nutricional desde triage.
- Contar con el personal profesional, unidad de nutrición clínica completo
- Ayudar a la prevención de repercusiones de enfermedad de pacientes por medio de la educación nutricional y ayudamos en la recuperación mediante la intervención temprana nutricional
- El proceso de nutrición respeta gustos y preferencias de cada paciente como individuo.
- A cada paciente valorado e intervenido lo tratamos con dignidad, brindando humanización y respeto.
- Con el modelo de gestión ambiental se procura en disminuir la producción de desechos tanto orgánicos como inorgánicos, garantizándolo por medio de los indicadores de desechos.
- Importancia de intervención nutricional en pacientes que se encuentran en riesgo nutricional más pacientes en uci.
- Reducción de costos en dietas por desperdicio
- Solicitud de interconsultas a paciente con tamizaje bajo

- Gasto oportuno y a tiempo de aquellos productos nutricionales próximos a vencerse.
- Generar adherencia al área asistencial para prevenir glosas y abarcar mayor número de paciente a intervenir por medio de estrategias con demás áreas de coordinación.

Coordinación experiencia al usuario y trabajo social

Andrés Mora

Atención al usuario y trabajo social (1 mes de gestión por renuncia de coordinadora previa):

1. Indicadores

I. **INDICADOR DE POBLACIÓN ATENDIDA**: Durante el mes de diciembre de 2024 se realizaron 105 intervenciones del área de Trabajo Social correspondiente a los servicios de: Urgencias, hospitalización (, cuarto norte y quinto sur y norte) de manera ocasional durante los fines de semana también se realizaron intervenciones de los servicios de UCI, sexto norte y sur, séptimo norte y sur

II.

INTERCONSULTAS	SEGUIMIENTOS / EVALUACION
62	43

URGENCIAS	HOSPITALIZACION	UCI

30	55	20

.2. Gestión De Trabajo Social

A continuación, se relaciona de manera específica las diferentes intervenciones realizadas por el área de Trabajo Social:

GESTION	TOTAL
1. Trámites de PHD	4
2. Trámites de oxígeno	4
3. Unidad renal	4
4. Red de apoyo	4
5. Adherencia a tratamiento y toma de decisiones	4
6. Validar criterios para gestión de albergue	10
7. Violencia intrafamiliar	10
8. Violencia de género	5
9. Código Blanco	5
10. Intento suicida	15
11. Familiar y/o Paciente Demandante	5
12. Reunión equipo interdisciplinario	5
13. Notificar egreso / gestión de boleta de salida	5
14. Particulares	1
15. Seguimientos estados de afiliación eps	1
16. Solicitud de reportes extrainstitucionales	1
17. Socialización de copagos	1
18. Estudio social de caso por no capacidad de pago	1
19. Validar condición socioeconómica	1

20.	Trámites de remisión	1
21.	Gestión elementos de aseo personal	1
22.	Validar condiciones /retorno a ciudad de origen	1
23.	Condicionantes de egreso / medicamentos	1
24.	Estudio de caso donación seguro exequial	5
25.	Abandono Social	5
26.	Reporte entidades administrativas	5
27.	Paciente sin identificación	5

2. Cumplimiento De Metas

- Se apoya con la recepción de solicitudes de usuarios que requieren cambios de acompañantes de sus familiares, realizando la gestión pertinente con área de seguridad.
- Desde el área de auditoría médica se ha determinado que la oportunidad de respuesta a interconsultas del servicio de TRABAJO SOCIAL no debe superar las 24 horas. La meta de respuesta debe estar por debajo de las 24 horas. Al momento es el único indicador del servicio de psicología clínica.
- Se realiza cumplimiento de Registro HOSVITAL de respuesta a las interconsultas e intervenciones realizadas.

3. Estado De Mantenimientos

La oficina de TRABAJO SOCIAL se encuentra en el quinto piso del hospital - Torre A. Adaptada para profesional en psicología. Por otro lado, este espacio también es utilizado para la intervención a familiares.

4. Evaluación De Insumos, Equipos Y Suministros

En el mes de julio del presente año, profesional de TRABAJO SOCIAL y practicante, recibieron kit de tapabocas N95, gorros que eran necesarios para zonas de aislamiento. Se hizo uso de insumos que estaban como reserva.

En cuanto a equipos no se presentó daños y hubo funcionamiento adecuado del equipo de cómputo asignado a la oficina.

Se solicito un nuevo elemento (Tablet) para mantener la actualización de la gestión diaria de psicología y poder generar una respuesta más eficaz y oportuna

5. Manejo De Oportunidad

La oportunidad de respuesta está alrededor de **105** de las interconsultas atendidas, respondiendo a las demandas solicitadas por los diferentes servicios con una profesional en el servicio. En algunos momentos se dio respuesta inmediata a las solicitudes del servicio frente a coincidencias en ronda o presencia del profesional.

6. Análisis Final Mensual De Acuerdo Con Resultado

- Se encuentra que para el desarrollo de actividades y funciones por TRABAJO SOCIAL y de respuesta asertiva a las necesidades y solicitudes de los servicios, se estableció de forma satisfactoria la comunicación interdisciplinar con otras especialidades y áreas para intervención de pacientes y sus familias. La comunicación es directa con coordinación de atención al usuario frente a necesidades presentadas, psicología, psiquiatría, referencia y otras áreas profesional asistencial y administrativa: médico y de enfermería, el servicio de laboratorio, SST.

- Se mantuvo la implementación de estrategias tecnológicas y uso de los EPP por parte de las profesionales de TRABAJO SOCIAL como estrategia para dar alcance a la atención tanto de pacientes como de familiares y cuidadores.

7. Dificultades

- Se continúa generando la cultura de que la parte médica genere las interconsultas a tiempo para registrar intervenciones solicitadas, ESTO CON EL PROPOSITO DE QUE CUALQUIER SOLICITUD DIRIGIDA AL SERVICIO SEA PRIMERO REGISTRADA EN HOSVITAL PARA DAR CUMPLIMIENTO CON REGISTRO HOSPVITAL

- Se evidencia que se presentan interconsultas sin motivo de intervención para el servicio de TRABAJO SOCIAL, ante lo que se debe indagar con el servicio para dar respuesta a la misma, lo que representa emplear más tiempo de respuesta. En ocasiones al indagar con parte medica tampoco refieren conocer el motivo por el cual las solicitan.

- Algunas interconsultas se notifican en el sistema de Hosvital en una hora posterior a la indicada en este mismo. Por lo que se percibe demora en el cargue de la interconsulta por parte del personal médico, lo que afecta en la oportunidad de la atención y registro.

- En ocasiones cuando se revisa el aplicativo a una determinada hora, la bandeja aparece en blanco, minutos después, aparecen consultas que han sido cargadas hace media hora o más, afectando que no se pueda dar respuesta inmediata.
- En lo posible notificar todo a través de la interconsulta, ya que cuando TRABAJO SOCIAL se encuentra en algún piso, reportan casos, que no suben al sistema, por ende, se debe crear un folio, y horas después o nunca, reportan ese caso en Hosvital.
- El sistema de Hospital en ocasiones presenta fallas (caídas del sistema), afectando el diligenciamiento oportuno de las interconsultas realizadas.
- Múltiples registros del mismo caso en sistema Hosvital con la misma solicitud, pero elaborado por médicos de horarios diferentes.

Gestión unidad de cuidados intensivos

Social Medical Data

1. Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos de la Fundación Hospital San Carlos constituye un área de cuidado especializado de clasificación polivalente, se caracteriza por atender a pacientes con diversas patologías críticas, incluyendo condiciones respiratorias, cardiovasculares, neurológicas, quirúrgicas y sepsis severas, lo que la convierte en un área de apoyo para los servicios médicos y quirúrgicos de la Institución con un enfoque de calidad y cuidado centrado en la persona.

La capacidad instalada con un total de 40 camas distribuidas 20 para Cuidado intensivo y 20 para cuidado intermedio, se encuentran completamente dotadas de acuerdo con los requisitos de habilitación y el cumplimiento de los estándares de la Resolución 3100 de 2019.

Este informe detalla los indicadores claves que dan cuenta del desempeño del área, los logros alcanzados en tecnología, la infraestructura, los indicadores de gestión clínica y las estrategias implementadas para garantizar una atención integral de alta calidad, orientada a resultados sostenibles y centrados en el paciente.

2. Indicadores de Gestión:

Ingresos y egresos

Para el período 2024, se atendieron 2.157 pacientes con un promedio mensual de 180 ingresos y un total de egresos de 1.850 con un promedio de 154 por mes.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Pacientes atendidos	170	170	184	164	167	178	164	207	189	203	184	177
Egresos	142	144	167	136	143	148	137	174	164	187	154	154

Tabla 1. Ingresos y Egresos UCI 2024.

Promedio días estancia

Para el promedio de días estancia en Cuidado Intensivo en el período analizado es de 5,95 con un dato máximo en el mes de julio de 8,7 días. Entre tanto, para cuidado intermedio es de 4,25 y un dato máximo para el mes de septiembre de 6 días

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Global	6,3	6,4	6,2	6,7	7,5	6,2	6,9	6,3	6	6,1	6,9	6,7
Intensivo	5,4	5,4	5,3	5,4	6,1	6	**8,7**	4,6	6,9	5,2	7	5,3
Intermedio	3,9	3,8	4,1	4,1	4,2	3,9	5,8	3,9	**6**	3,6	3,9	3,7

Tabla 2. Promedio días estancia UCI 2024.

Giro Cama

El Promedio del giro cama en cuidado intensivo es de 3,9 y para el servicio de cuidado intermedio es de 5,5 con una mayor rotación de pacientes en esta última estancia lo que es consecuente con los criterios y soportes en cada Unidad.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Global	3,5	3,6	4,2	3,4	3,5	3,7	3,4	4,4	4	4,6	3,8	3,8
Intensivo	4	2,3	2,1	**2**	4,8	4,4	4,1	5,3	3,2	5,6	3,9	5,2
Intermedio	6	2,9	3,5	3	5,9	6,5	5,8	7,8	5	7,6	6,6	6,3

Tabla 3. Giro cama UCI 2024.

Porcentaje ocupacional

El porcentaje ocupacional promedio para cuidado intensivo es del 72%, para el mes de marzo se presentó la ocupación más baja con un 42%. En el servicio de cuidado intermedio es de 69%.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Global	87%	94%	92%	92%	88%	86%	86%	89%	91%	92%	86%	83%
Intensivo	51%	52%	**42%**	47%	47%	88%	100%	78%	77%	96%	90%	90%
Intermedio	49%	42%	50%	45%	**41%**	84%	70%	99%	103%	89%	82%	76%

Tabla 4. Porcentaje ocupacional UCI 2024.

Mortalidad Mayor a 48 horas

El porcentaje promedio de mortalidad es de 14% con una mortalidad esperada del 16% de acuerdo con los puntajes de severidad de los pacientes ingresados. Para el mes de abril se presentó un aumento de siete puntos, en el análisis individual no se encontraron desviaciones en la atención ni eventos adversos relacionados con los resultados.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
	17%	18%	13%	21%	14%	7%	15%	11%	6%	14%	15%	14%

Tabla 5. Porcentaje de mortalidad mayor a 48 horas UCI 2024

Días Ventilación Mecánica.

Durante el 2024, los días de Ventilación mecánica acumulados son 5.856, con un promedio mes de 488 días y un porcentaje de uso del 80% del recurso disponible. El promedio días VM es de 8,42. Es importante mencionar que los pacientes con patologías neurológicas y adultos mayores frágiles tienen una mayor duración en el soporte ventilatorio.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
	447	524	498	514	497	483	580	457	430	521	430	475

Tabla 6. Días de Ventilación Mecánica UCI 2024

Días Catéter venoso central (CVC)

En la UCI los días cvc acumulados son 5.656 y un promedio de 6 días dispositivo, las principales indicaciones del uso del dispositivo médico se relacionan con administración de vasopresores, toma, análisis de gases venosos y en tercer lugar administración de nutrición parenteral.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
	466	475	499	498	396	444	576	450	412	526	398	516

Tabla 7. Días de Catéter Venoso central UCI 2024

Días Sonda vesical (SV)

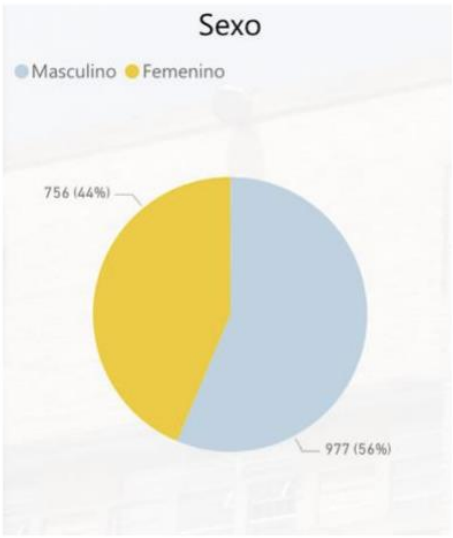
Los días de SV acumulados para el periodo es de 4,881 con un promedio de 8,8 días dispositivo. A diario, se evalúa durante la revista médica la continuidad o retiro como estrategia de prevención de infección del tracto urinario asociada al catéter

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
	389	453	411	359	347	415	521	341	355	489	367	434

Tabla 8. Días Sonda vesical UCI 2024.

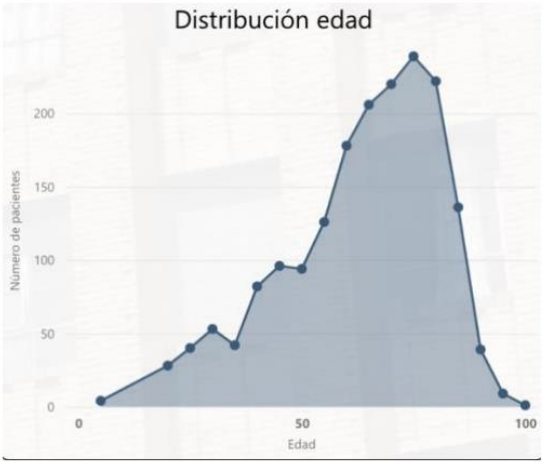
3. Análisis Poblacional:

En la distribución por sexo, es de predominio el masculino con el 56%, lo que puede estar asociado a factores de riesgo cardiovascular presentes en este tipo de población y es concordante con el primer grupo de morbilidad por diagnóstico en orden de importancia.



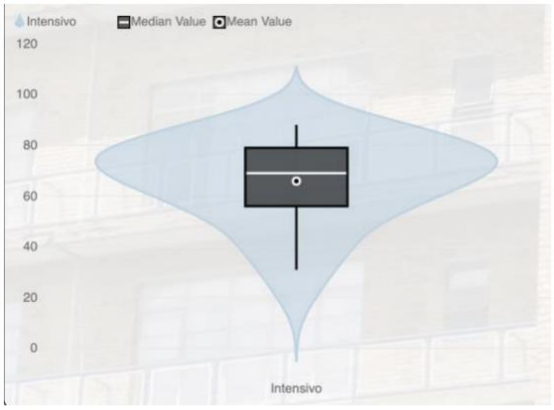
Gráfica 1. Distribución por sexo UCI 2024

La gráfica de distribución por edad demuestra que la mayoría de los pacientes atendidos se concentran en el rango de los 60 a 80 años. Se evidencia un pico en los 75 años y definitivamente el grupo etario de adultez joven representa un menor número de pacientes ingresados.



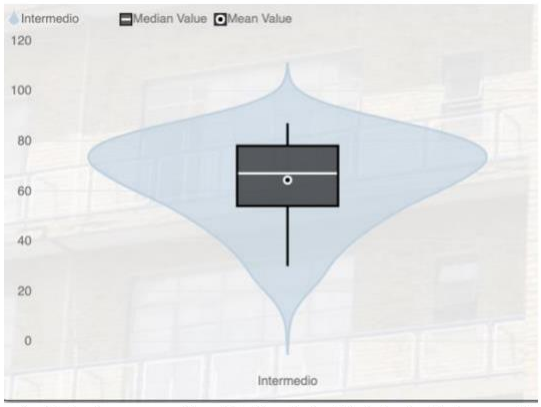
Gráfica 2. Distribución por edad UCI 2024

La edad promedio de los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidado Intensivo es 65,8 años y la mediana se ubica en 69 años.



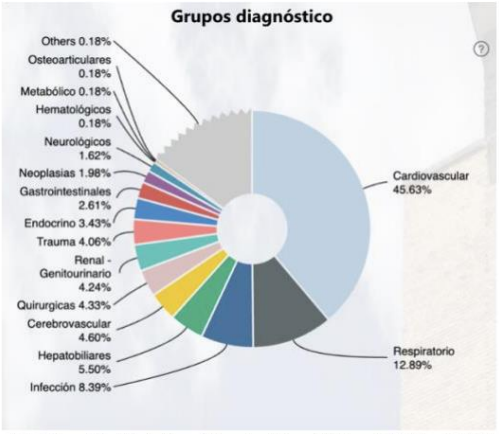
Gráfica 3. Edad promedio UCI 2024

Para la Unidad de cuidado Intermedio la edad promedio de los pacientes es de 64, años y la mediana se ubica en 67 años.



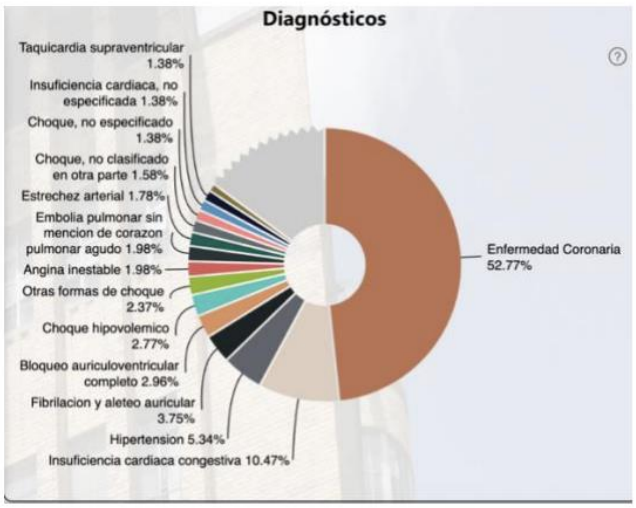
Gráfica 4. Edad promedio Unidad de Cuidado Intermedio 2024

La gráfica representa la distribución de la morbilidad por grupos de diagnóstico agrupan el 80% de las causas de ingreso a la UCI en orden de importancia: cardiovascular, respiratorio, infección, hepatobiliar y cerebrovascular



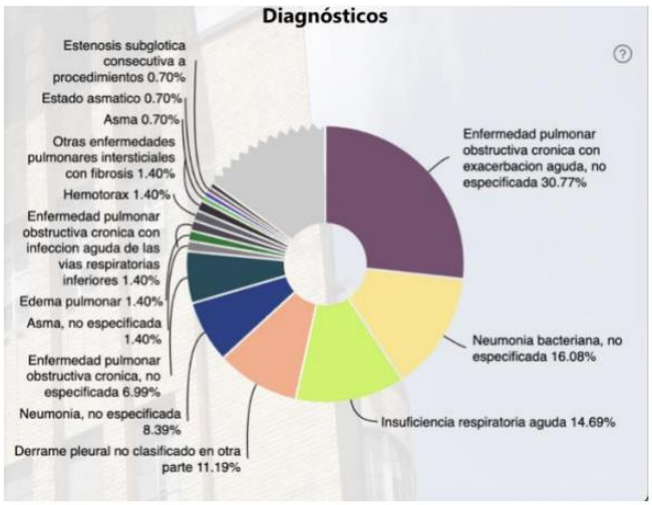
Gráfica 5. Distribución de Morbilidad UCI 2024

Para el grupo por diagnóstico cardiovascular, los más frecuentes son, enfermedad coronaria, Insuficiencia cardiaca congestiva e Hipertensión representan el 68% de las causas de ingreso a la UCI de este grupo.



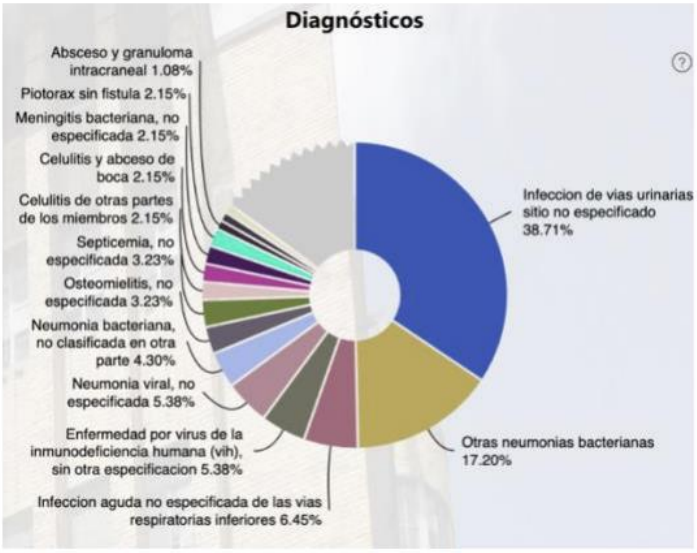
Gráfica 6. Distribución de Morbilidad diagnóstico grupo cardiovascular UCI 2024

Los diagnósticos más frecuentes del grupo respiratorio son, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Neumonía bacteriana no especificada y la insuficiencia respiratoria aguda. Representan el 62% de los diagnósticos de este grupo.



Gráfica 7. Distribución de Morbilidad diagnóstico grupo respiratorio UCI 2024

Con un 62% de los diagnósticos del grupo infección en orden de frecuencia se presentan la Infección de vías urinarias sitio no especificado, otras neumonías bacterianas y la infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores.



Gráfica 8. Distribución de Morbilidad por diagnóstico grupo infección UCI 2024

Principales Entidades Administradoras de Plan de Beneficio EAPB

Las cinco principales Entidades Promotoras de Salud EPS que concentran el 73% de los pacientes atendidos en la UCI son, Nueva EPS, Famisanar, Salud Total, Compensar y Sanitas

EPS	Ingresos	Porcentaje
Nueva EPS	717	33%
Famisanar	325	15%
Salud Total	242	11%
Compensar	222	10%
Sanitas	93	4%
Total	1599	73%

Tabla 9. Principales EPS UCI 2024

4. Seguridad del paciente

Durante el período se presentaron 223 casos asociados a eventos adversos con un promedio mensual de 19, entre los más representativos encontramos las Lesiones por presión con el 20%, seguido de los retiros no programados de dispositivos médicos en un 11,6% y las lesiones inducidas durante los procedimientos para un 4,9%.

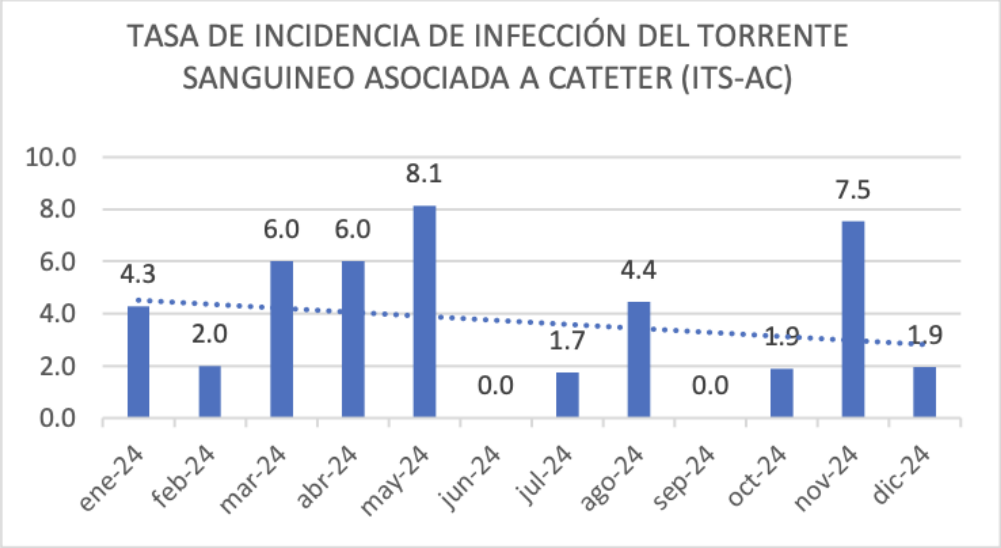
MES	TOTAL	UPP	FLEBITIS	CAIDAS	RETIRO NO PROGRAMADO DE DISPOSITIVOS	LESIÓN PRODUCIDA DURANTE PROCEDIMIENTO
Enero	**15**	4	0	0	2	1
Febrero	**18**	4	2	0	5	1
Marzo	**15**	6	0	0	2	1
Abril	**21**	3	4	0	0	0
Mayo	**10**	3	1	0	5	1
Junio	**15**	2	1	0	1	1
Julio	**28**	4	0	0	0	0
Agosto	**27**	8	2	0	6	1
Septiembre	**10**	3	0	0	1	2
Octubre	**22**	3	1	0	2	1
Noviembre	**26**	4	4	1	1	1
Diciembre	**16**	1	0	0	1	1

Tabla 10. Número de Eventos adversos UCI 2024

Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)

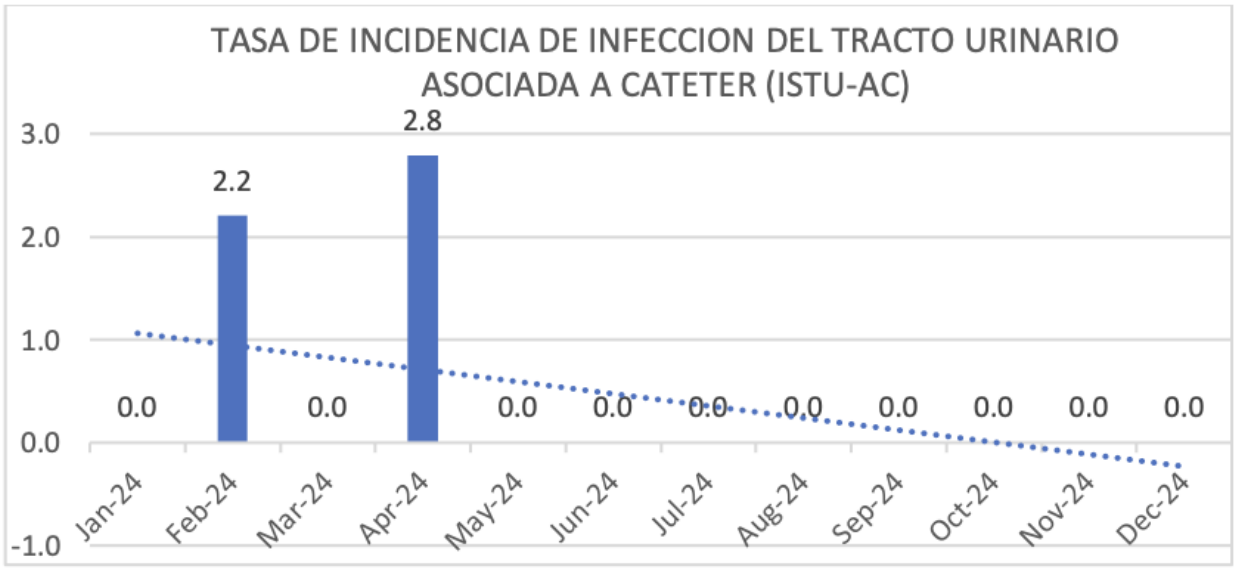
Durante 2024, las infecciones asociadas a la atención en salud se mantuvieron como una prioridad en la identificación, seguimiento y prevención en el servicio. A continuación, se desglosan las principales IAAS registradas: En términos de incidencia, la Infección del torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central ITS-AC es la primera causa de IAAS

en la UCI. La Tasa promedio por cada 1000 días de dispositivo es de 3, vale la pena resaltar en los meses de junio y septiembre no se presentaron casos. Sin embargo, las acciones de prevención deben fortalecerse porque en seis meses estuvimos por encima de la meta institucional.



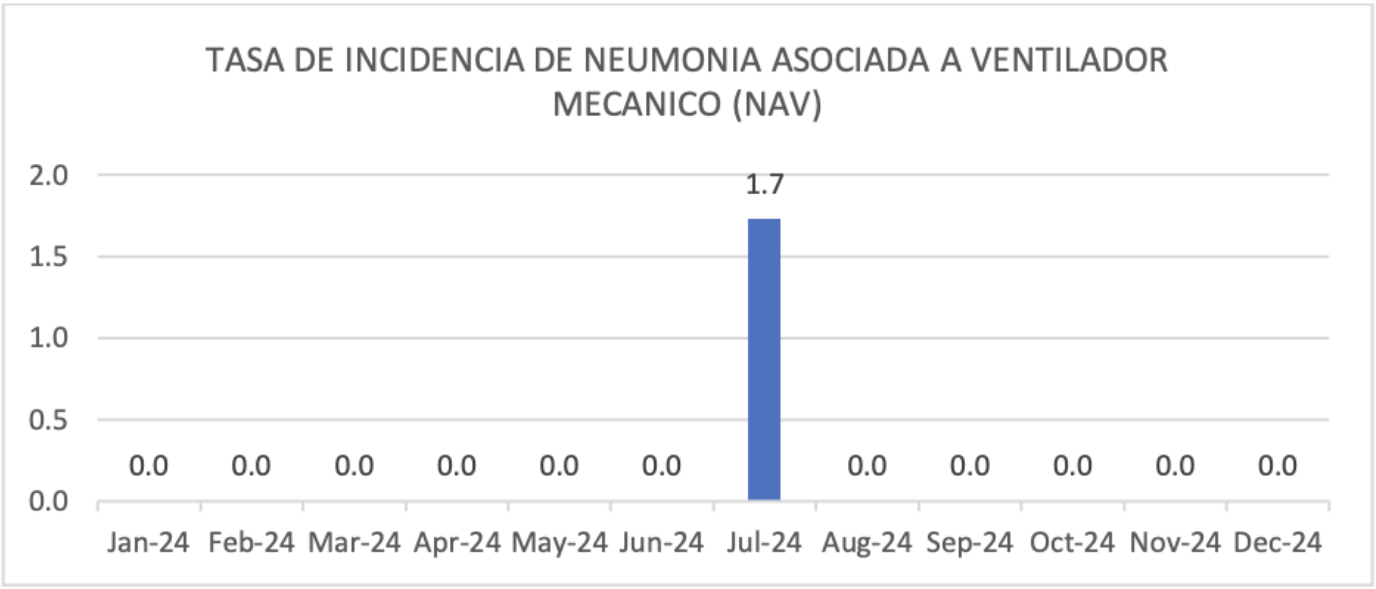
Gráfica 11. Tasa de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central UCI 2024

La tasa promedio de Infección sintomática del tracto Urinario Asociada a Catéter ISTU-AC es de 0,46, ubicándonos en una zona segura por debajo de la meta institucional y de los comparadores a nivel distrital y nacional.



Gráfica 12. Tasa de infección sintomática del Tracto urinario asociada a catéter UCI 2024

Para la Neumonía Asociada a la Ventilación mecánica en el año inmediatamente anterior solo se presentó 1 caso en el mes de julio. El paquete de medidas de prevención evaluado por el comité de infecciones representa una adherencia del 96%.



Gráfica 13. Tasa de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica UCI 2024

5. Logros Infraestructura

Las intervenciones realizadas en la infraestructura en razón al cumplimiento de la norma sin la afectación del servicio ni la capacidad instalada permitió en el tiempo, la respuesta a las necesidades de la institución y el proceso sostenible en términos financieros. Equipos biomédicos y Tecnología Se gestionó la consecución de los ventiladores mecánicos (23) para la totalidad de la capacidad instalada, incluyendo para transporte y uno de back up. Talento Humano Con orientación al cuidado del paciente crítico y los mejores estándares clínicos ingresan dos (40%) especialistas en medicina crítica y cuidado Intensivo en total cinco miembros del staff y se cuenta con tres especialistas en urgencias y cirugía general que en la actualidad cursan el fellow en Medicina Crítica.

Capacitación

Adicional a la divulgación de las principales Guías de Práctica Clínica GPC, se desarrollaron dos sesiones de entrenamiento en indicaciones y uso adecuado de las pruebas moleculares en el diagnóstico de las infecciones y los algoritmos para el manejo clínico de los casos de dengue con una asistencia del 95% del personal convocado. Contratación Apoyados en la Inteligencia Artificial, la analítica avanzada en salud y el marco actual de negociación, participamos en la elaboración y presentación de nuevos modelos de contratos para las principales EPS. Este escenario abrió nuevas oportunidades para la Fundación

Hospital San Carlos en posicionarse como una institución líder en el sector con los mejores resultados clínicos y administrativos.

6. Plan De Acción 2025

• Expansión de la capacidad instalada y la implementación de nuevos modelos de contratación

• Fortalecer la analítica de datos para optimizar los recursos.

• Mejorar la adopción de las mejores prácticas de prevención de IAAS

Informe de gestión consulta externa

Juan Gabriel Molina

1. Introducción

El presente informe de gestión tiene como propósito evaluar y documentar el desempeño del área de servicios ambulatorios durante el periodo correspondiente, identificando los avances logrados, los ajustes implementados y los desafíos superados en el marco de las operaciones. Este análisis responde a la necesidad de garantizar una atención eficiente, alineada con las normativas vigentes y de promover la mejora continua en la prestación de los servicios.

En el transcurso del periodo evaluado, se han llevado a cabo diversas acciones orientadas a optimizar el funcionamiento del área, destacándose aspectos como la garantía de cumplimiento en las agendas programadas, la implementación de mecanismos efectivos de recordatorios y confirmación de citas, y el ajuste de roles y responsabilidades del personal. Asimismo, se realizaron adecuaciones en concordancia con los lineamientos de la Resolución 3100 tras la visita de la Secretaría de Salud.

Adicionalmente, se fortaleció la articulación entre áreas transversales para asegurar la continuidad de las solicitudes de los usuarios y se implementaron estrategias de seguimiento a convenios existentes y potenciales clientes, ampliando la oferta de servicios actuales. El desarrollo de nuevas prestaciones y especialidades, así como el trabajo conjunto con el área de sistemas para nuevos proyectos, han sido pilares fundamentales para impulsar la innovación y mejorar la experiencia del usuario.

Este informe presenta un análisis detallado de cada uno de estos aspectos, reflejando el compromiso de la institución con la excelencia operativa y la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

2. Objetivo

Fortalecer la prestación de servicios de consulta externa mediante la optimización de la capacidad instalada, con el fin de aumentar el número de pacientes atendidos, en un entorno que promueva la seguridad del paciente, minimice los riesgos derivados de la atención en salud y fomente la humanización del servicio a través de la formación continua del personal técnico y profesional.

3. Avances Y Perspectivas Para La Sostenibilidad Del Área

- En septiembre de 2024 se llevó a cabo la habilitación de un consultorio de Oftalmología, liderado por el Dr. Juan Carlos Céspedes, fortaleciendo la capacidad de atención especializada y ampliando la oferta de servicios médicos en esta área.

- En septiembre de 2024, se realizó el traslado de la oficina de Coordinación, lo que permitió habilitar un nuevo consultorio de Consulta General. Este cambio incrementó la capacidad instalada a un total de ocho consultorios, optimizando la infraestructura para mejorar la atención a los usuarios.

- En diciembre de 2024 se habilitó un consultorio de Cirugía Oral, en colaboración con la Dra. Mónica Vásquez, consolidando la oferta de servicios especializados mediante alianzas estratégicas.

- Se fortalecieron las brigadas de atención dirigidas a la población privada de la libertad (PPL) en los centros de reclusión, mediante un trabajo articulado con las directivas responsables del pago, como USPEC e INPEC. Este esfuerzo permitió la ampliación de la oferta de servicios especializados, incorporando la especialidad de Neurología a través de la colaboración con el Dr. Luis Fontanilla, quien realizó visitas a los tres centros penitenciarios.

- Se logró incrementar las horas de atención en consulta externa para especialidades clave como Neurocirugía, Ortopedia y Cirugía de Cabeza y Cuello, fortaleciendo la disponibilidad de servicios especializados y mejorando el acceso de los usuarios a estas áreas.

- Se logró incrementar las horas de atención en consulta externa para especialidades clave como Neurocirugía, Ortopedia, Geriatría, Cirugía Vascular y Cirugía de Cabeza y Cuello, fortaleciendo la disponibilidad de servicios especializados y mejorando significativamente el acceso de los usuarios a estas áreas. Este esfuerzo permitió reducir la base represada de pacientes, que pasó de

- más de 4,200 a 800, optimizando los tiempos de atención y la gestión de la demanda.

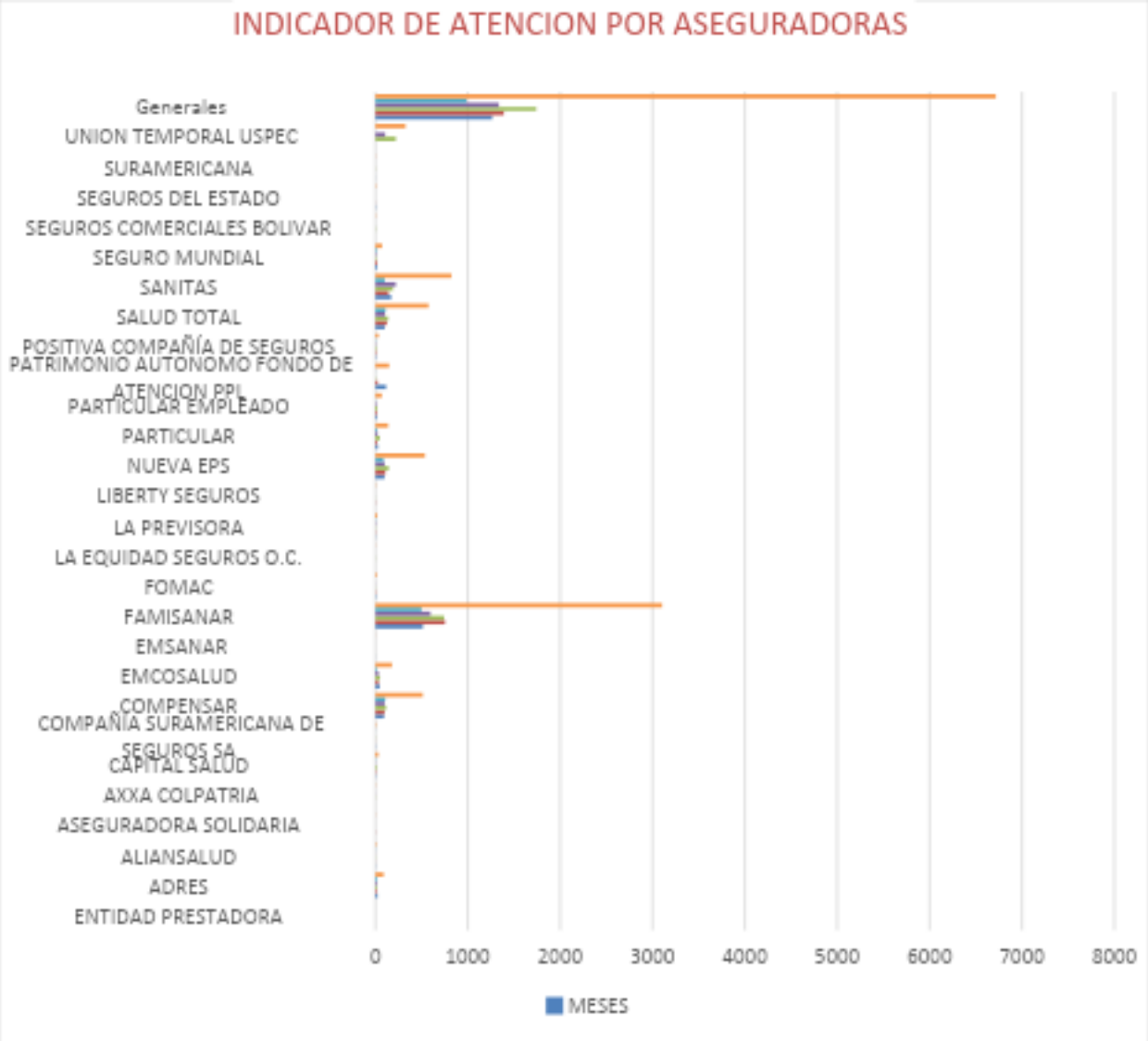
- Se fortaleció la prestación de servicios de consulta externa mediante la optimización de la capacidad instalada, lo que permitió un incremento en el número de clientes atendidos. Este crecimiento se desarrolló enmarcado en la implementación de una sólida cultura de seguridad del paciente, orientada a minimizar los riesgos asociados con la atención en salud y garantizar un servicio de calidad.

- Se logró un incremento del 40% en la ruta quirúrgica ambulatoria, destacándose como clave la participación de las rutas quirúrgicas de Compensar y Famisanar. Este avance fue posible gracias al apoyo coordinado de los enlaces, la Jefe Lady López en Compensar y la Dra. Jennifer Sanabria en Famisanar, quienes facilitaron la gestión y optimización de los procesos.

4. Datos Estadísticos

	MESES					
ENTIDAD PRESTADORA	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Total
ADRES	24	14	17	17	17	89
ALIANSALUD	3	1	2	1	2	9
ASEGURADORA SOLIDARIA		2			0	2
AXXA COLPATRIA			2	1		3
CAPITAL SALUD	5	7	13	3	4	32
COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEG	4	1	2	0	1	8
COMPENSAR	93	99	115	100	106	513
EMCOSALUD	46	35	49	34	15	179
EMSANAR	1			0		1
FAMISANAR	514	753	743	595	499	3104
FOMAC	7	5	2	1	0	15
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.			2	0		2
LA PREVISORA	4	4	3	6	4	21
LIBERTY SEGUROS		3	1	0	0	4
NUEVA EPS	98	107	144	99	88	536
PARTICULAR	28	20	47	24	19	138
PARTICULAR EMPLEADO	18	17	21	11	2	69
PATRIMONIO AUTONOMO FONDO D	116	27	4	0	1	148
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	7	9	10	5	4	35
SALUD TOTAL	100	125	138	103	109	575
SANITAS	171	141	190	221	100	823
SEGURO MUNDIAL	20	19	10	10	13	72
SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR			4	0		4
SEGUROS DEL ESTADO	5	1	0	0	0	6
SURAMERICANA	1		2	0		3
UNION TEMPORAL USPEC			221	105		326
Generales	**1.265**	**1.390**	**1.742**	**1.336**	**984**	**6.717**

MES	ESTADISTICAS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA			
	AGENDADOS	ATENDIDOS	CANCELADOS	INCUMPLIDOS
AGOSTO	1265	1144	67	54
SEPTIEMBRE	1390	1126	100	164
OCTUBRE	1742	1445	96	201
NOVIEMBRE	1336	1128	58	150
DICIEMBRE	1201	984	125	92
Totales	**6.934**	**5.827**	**446**	**661**


INDICADOR DE ATENCION POR ASEGURADORAS
Generales
UNION TEMPORAL USPEC
SURAMERICANA
SEGUROS DEL ESTADO
SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR
SEGURO MUNDIAL
SANITAS
SALUD TOTAL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
PATRIMONIO AUTONOMO FONDO DE ATENCION PPL
PARTICULAR EMPLEADO
PARTICULAR
NUEVA EPS
LIBERTY SEGUROS
LA PREVISORA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.
FOMAC
FAMISANAR
EMSANAR
EMCOSALUD
COMPENSAR
COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS SA
CAPITAL SALUD
AXXA COLPATRIA
ASEGURADORA SOLIDARIA
ALIANSALUD
ADRES
ENTIDAD PRESTADORA
0
1000
2000
3000
4000
5000
6000
7000
8000
MESES

5. Análisis De Pacientes En Datos Porcentuales

1. **Total General de Pacientes:**
    - El total de pacientes atendidos en los cinco meses es **6,717**.

2. **Porcentaje de Pacientes por Mes:**
    - **Agosto:** 1,265 pacientes, lo que representa el **18.8%** del total.
    - **Octubre:** 1,742 pacientes, lo que representa el **25.9%** del total.
    - **Diciembre:** 984 pacientes, lo que representa el **14.6%** del total.
    - **Noviembre:** 1,336 pacientes, lo que representa el **19.9%** del total.
    - **Septiembre:** 1,390 pacientes, lo que representa el **20.7%** del total.

3. **Porcentaje de Pacientes por Entidad:**
    - **FAMISANAR**: 3,104 pacientes, lo que representa el **46.2%** del total de pacientes.
    - **COMPENSAR**: 513 pacientes, lo que representa el **7.6%** del total de pacientes.
    - **SANITAS**: 823 pacientes, lo que representa el **12.2%** del total de pacientes.
    - **NUEVA EPS**: 536 pacientes, lo que representa el **8%** del total de pacientes.

- **EMCOSALUD**: 179 pacientes, lo que representa el **2.7%** del total de pacientes.
- **CAPITAL SALUD**: 32 pacientes, lo que representa el **0.5%** del total de pacientes.
- **ADRES**: 89 pacientes, lo que representa el **1.3%** del total de pacientes.
- **ALIANSALUD**: 9 pacientes, lo que representa el **0.1%** del total de pacientes.
- **ASEGURADORA SOLIDARIA**: 2 pacientes, lo que representa el **0.03%** del total de pacientes.
- **AXXA COLPATRIA**: 3 pacientes, lo que representa el **0.04%** del total de pacientes.
- **COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS SA**: 8 pacientes, lo que representa el **0.1%** del total de pacientes.
- **EMSANAR**: 1 paciente, lo que representa el **0.01%** del total de pacientes.
- **FOMAC**: 15 pacientes, lo que representa el **0.2%** del total de pacientes.
- **LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**: 2 pacientes, lo que representa el **0.03%** del total de pacientes.
- **LA PREVISORA**: 21 pacientes, lo que representa el **0.3%** del total de pacientes.
- **LIBERTY SEGUROS**: 4 pacientes, lo que representa el **0.06%** del total de pacientes.
- **PARTICULAR**: 138 pacientes, lo que representa el **2%** del total de pacientes.

- **PARTICULAR EMPLEADO**: 69 pacientes, lo que representa el **1%** del total de pacientes.
- **PATRIMONIO AUTONOMO FONDO DE ATENCION PPL**: 148 pacientes, lo que representa el **2.2%** del total de pacientes.
- **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS**: 35 pacientes, lo que representa el **0.5%** del total de pacientes.
- **SALUD TOTAL**: 575 pacientes, lo que representa el **8.6%** del total de pacientes.
- **SEGURO MUNDIAL**: 72 pacientes, lo que representa el **1.1%** del total de pacientes.
- **SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR**: 4 pacientes, lo que representa el **0.06%** del total de pacientes.
- **SEGUROS DEL ESTADO**: 6 pacientes, lo que representa el **0.09%** del total de pacientes.
- **SURAMERICANA**: 3 pacientes, lo que representa el **0.04%** del total de pacientes.
- **UNION TEMPORAL USPEC**: 326 pacientes, lo que representa el **4.9%** del total de pacientes.

6. Análisis Y Observaciones

1. **Mes con Mayor Cantidad de Pacientes:**

    - **Octubre** es el mes con el mayor porcentaje de pacientes atendidos (**25.9%**), seguido por **Septiembre** (**20.7%**).

2. **Entidad con Mayor Impacto:**

    - **FAMISANAR** lidera el total de pacientes con el **46.2%** del total, lo que demuestra una demanda considerable por parte de esta entidad.
    - Otras entidades clave como **COMPENSAR** y **SANITAS** también aportan porcentajes significativos con **7.6%** y **12.2%**, respectivamente.

3. **Distribución por Mes:**

    - **Diciembre** muestra una disminución considerable de pacientes (**14.6%**), lo cual podría ser relevante para hacer ajustes o tomar decisiones en cuanto a la oferta de servicios o recursos para ese mes.

4. **Otras Entidades con Menor Participación:**

    - Muchas entidades tienen porcentajes pequeños con relación al total, como **ASEGURADORA SOLIDARIA** (0.03%) y **LIBERTY SEGUROS** (0.06%). Esto podría indicar una oferta limitada o una baja demanda en estas áreas.

Gestión Profesional De Enlace Compensar

Leidy López

1. Introducción

El profesional de enlace de la Fundación Hospital San Carlos para la EPS Compensar es un cargo estratégico que se implementó en enero de 2024 con el objetivo de optimizar la relación entre ambas entidades, asegurando una gestión eficiente y transparente de los procesos administrativos y asistenciales. Antes de su creación, la institución no contaba con indicadores definidos ni protocolos claros que garantizaran el manejo eficiente de la facturación, conciliación de servicios, o la resolución de glosas, lo que representaba un desafío en términos de sostenibilidad financiera y calidad en la atención al paciente.

Desde su puesta en marcha, este rol ha sido fundamental para estructurar y liderar estrategias que no solo garantizaron el equilibrio entre la prestación de servicios médicos de calidad y el cumplimiento de los requisitos administrativos, sino que también impulsaron mejoras significativas en la gestión hospitalaria.

Principales funciones del profesional de enlace:

1. **Gestión de pacientes:** Verificar que los pacientes atendidos en el hospital tengan cobertura adecuada por parte de EPS Compensar y supervisar que los servicios prestados estén autorizados y cubiertos correctamente por la EPS.
2. **Conciliación de información:** Actuar como intermediario entre el hospital y la EPS, conciliando datos de atención médica y asegurando que los procesos de facturación,

procedimientos y servicios estén correctamente documentados, evitando glosas y retrasos en los pagos.

3. **Atención a los usuarios:** Garantizar que los pacientes afiliados a EPS Compensar reciban atención oportuna y de calidad, solucionando posibles inconvenientes administrativos relacionados con su atención hospitalaria.

4. **Auditoría y control de calidad:** Realizar auditorías internas para asegurar que la facturación cumpla con los estándares de la EPS, minimizando errores e inconsistencias que puedan generar glosas.

5. **Resolución de conflictos:** Actuar como mediador en casos de discrepancias entre el hospital y la EPS, como la no aceptación de servicios prestados o pagos pendientes, buscando soluciones efectivas y oportunas.

6. **Reporte y seguimiento:** Elaborar informes periódicos para la institución y la EPS, detallando el estado de los casos de los pacientes, conciliaciones de facturación, y otros aspectos relevantes para la mejora continua de los procesos.

2. Impacto del Profesional de Enlace en 2024

El profesional de enlace no solo implementó indicadores clave para medir el desempeño de los procesos, sino que también aseguró una mejora continua en la calidad del servicio prestado, permitiendo:

- Reducir significativamente las glosas y mejorar la aceptación de las facturas enviadas.
- Establecer dinámicas colaborativas con la EPS para resolver conflictos y garantizar pagos oportunos.

- Mejorar la experiencia del paciente al eliminar barreras administrativas y asegurar una atención de calidad.

Este rol ha sido crucial para garantizar la sostenibilidad financiera del hospital, logrando un equilibrio entre la prestación de servicios médicos y el cumplimiento de los requisitos administrativos exigidos por la EPS.

3. Intervenciones A Pacientes Y/O Familiares – EPS Compensar

1. Objetivo

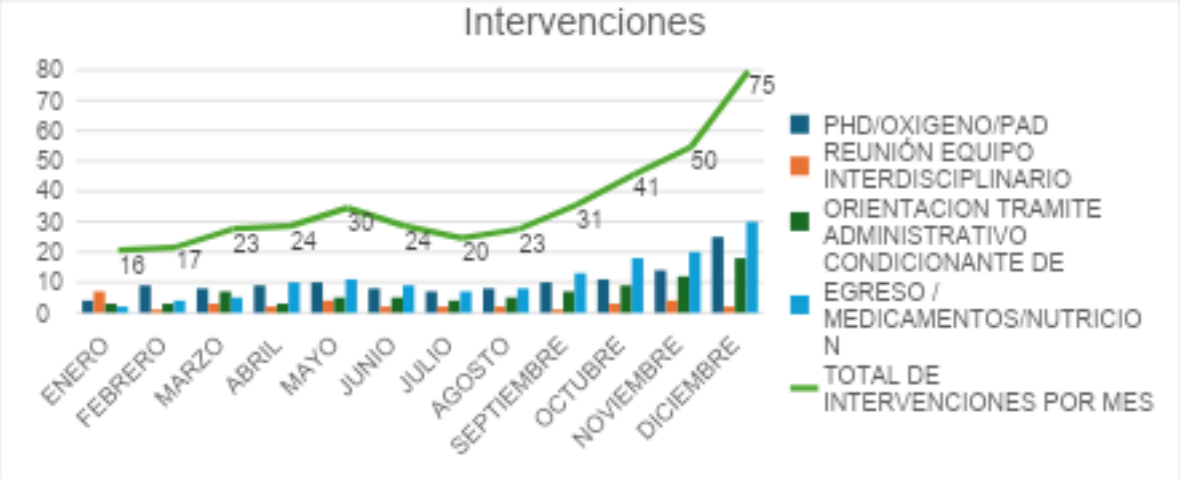
El propósito de las intervenciones realizadas durante el año es brindar apoyo integral a pacientes y familiares en cuatro áreas principales:

- Garantizar el suministro de oxígeno y servicios relacionados (PHD/Oxígeno/PAD).
- Facilitar reuniones del equipo interdisciplinario para coordinar el manejo de casos complejos.
- Proporcionar orientación administrativa para agilizar trámites y reducir barreras en el acceso a los servicios de salud.
- Asegurar una adecuada planificación del egreso hospitalario, incluyendo medicamentos y soporte nutricional.

2. Logro

Se genero durante las 2024 con 374 intervenciones en las cuales se establecieron por el aumento en la demanda de paciente en la Fundación hospital San Carlos y la necesidad de estar atento a la necesidad del paciente.

- Reducir el tiempo de respuesta en solicitudes de orientación administrativa en un 15%.
- Aumentar la eficiencia de reuniones interdisciplinarias mediante la implementación de protocolos estandarizados.
- Mejorar la disponibilidad de recursos para egreso hospitalario, incrementando la satisfacción del paciente.
- Optimizar la logística del suministro de oxígeno y PAD para atender la creciente demanda en los meses pico.



3. Indicadores de análisis

- PHD/Oxígeno/PAD: Se observa un aumento significativo hacia finales del año, con un pico en diciembre (25 solicitudes). Este aumento puede estar relacionado con condiciones climáticas o mayor prevalencia de enfermedades respiratorias.
- Reunión del equipo interdisciplinario: El número de reuniones permanece bajo, con valores mínimos en septiembre (1 reunión). Esto podría indicar oportunidades de mejora en la programación y el seguimiento de los casos.

- Orientación en trámites administrativos: Las solicitudes aumentaron progresivamente durante el año, alcanzando su punto más alto en diciembre (18 solicitudes). Este crecimiento puede estar relacionado con la acumulación de procesos pendientes.

- Condicionante de egreso: Se identificó un crecimiento constante en esta categoría, culminando en diciembre con 30 solicitudes. Esto subraya la necesidad de mayor coordinación en el manejo de alta hospitalaria.

4. Conclusiones

Diciembre presenta una sobrecarga significativa en todas las áreas de intervención, indicando la necesidad de reforzar los recursos humanos y logísticos en ese mes, generando incrementar la frecuencia de reuniones interdisciplinarias para fortalecer el abordaje de casos críticos, implementando estrategias digitales para agilizar los trámites administrativos, reduciendo la carga manual y logrando establecer una planificación anticipada para la logística del egreso hospitalario, con enfoque en medicamentos y nutrición.

4. Pacientes Hospitalizados – EPS Compensar

1. Objetivo

- Brindar atención de calidad a los pacientes hospitalizados, asegurando un manejo adecuado de sus condiciones médicas y garantizando una estancia confortable.

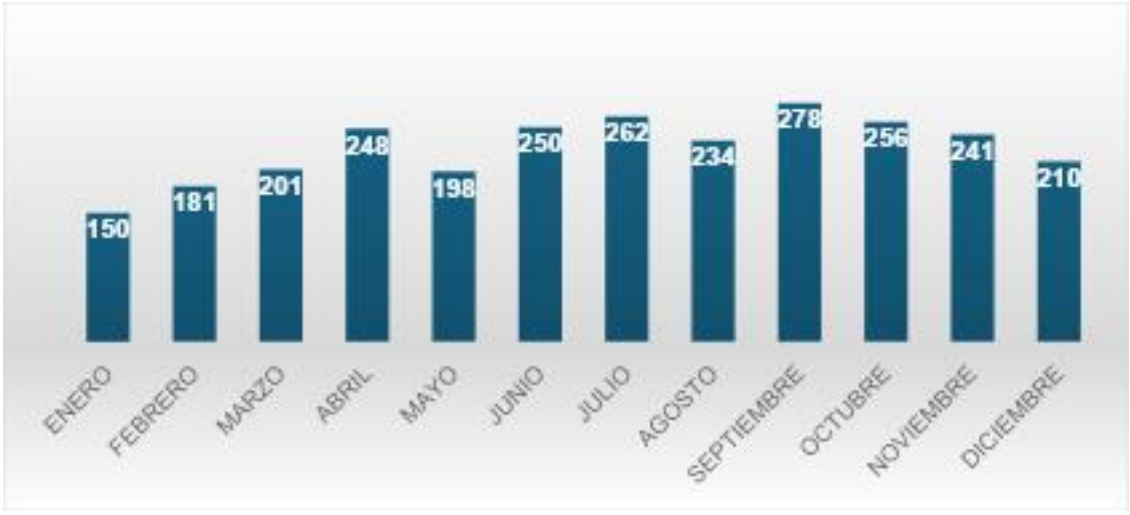
- Incrementar la capacidad de respuesta del hospital frente a la demanda de hospitalización, mejorando los tiempos de ingreso y egreso.

- Mantener altos estándares de calidad en la atención hospitalaria, con un enfoque en la reducción de complicaciones durante la hospitalización.

- Optimizar los recursos disponibles en el hospital para atender a un mayor número de pacientes de manera eficiente.

2. Logros 2024

- Se alcanzó un total de 2709 pacientes atendidos durante el año 2024, lo que refleja un volumen considerable de pacientes hospitalizados.
- En el mes de septiembre se observó el mayor número de pacientes hospitalizados con 278 pacientes, indicando una posible mayor demanda en dicho mes.
- A lo largo del año se mantuvo una cantidad estable de pacientes atendidos, con picos notables en los meses de abril, junio y septiembre.



3. Indicadores de análisis

- Promedio mensual de pacientes hospitalizados:

Promedio: 225.75 pacientes por mes.

- Mes con mayor cantidad de pacientes hospitalizados:

Septiembre: 278 pacientes.

- Mes con menor cantidad de pacientes hospitalizados:

Enero: 150 pacientes.

- Tendencia mensual:

Se observa un patrón de aumento en la cantidad de pacientes hospitalizados, con una tendencia general de crecimiento hacia la mitad del año (junio a septiembre), seguida de una ligera disminución en los últimos meses.

- Estabilidad de la atención:

A pesar de los picos, la atención hospitalaria se mantuvo estable y sin colapsar los recursos del hospital, reflejando una buena planificación y gestión del personal médico y de enfermería.

4. Conclusiones

El total de pacientes hospitalizados en 2024 indica un buen desempeño en cuanto a la capacidad de atención del hospital, con un número significativo de pacientes atendidos durante el año. El mes de septiembre presentó el mayor pico de hospitalización, lo que puede estar relacionado con factores estacionales o específicos de salud pública, como brotes de enfermedades. Aunque se observan meses con mayores y menores cifras, la variabilidad está dentro de un rango controlable, sugiriendo que la infraestructura del hospital puede gestionar

la fluctuación de la demanda sin comprometer la calidad de la atención. Es importante reforzar los esfuerzos en los meses de mayor demanda para garantizar que todos los pacientes reciban la atención necesaria sin sobrecargar los recursos.

5. Conciliaciones De Uci – Eps Compensar

1. Objetivo

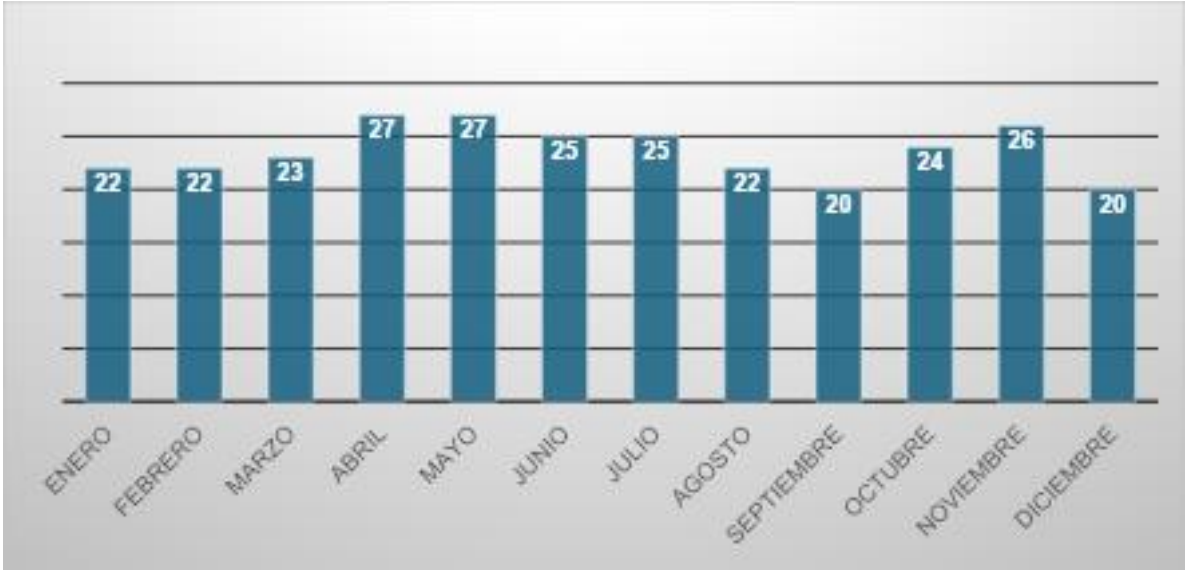
- Realizar un seguimiento riguroso de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), asegurando la correcta facturación y conciliación con EPS Compensar.
- Mejorar la relación con la EPS Compensar a través de reuniones semanales para revisar y auditar casos, identificando áreas de mejora en el proceso de facturación y reducción de glosas.
- Consolidar la gestión de pacientes en UCI, garantizando una atención de calidad y optimizando los recursos utilizados en el manejo de cada paciente.
- Reducir las glosas de facturación y mejorar la eficiencia en la conciliación de servicios para lograr un pago oportuno y justo.

2. Logros 2024

- Se realizaron reuniones semanales con la EPS Compensar durante todo el año, consolidando un total de 283 conciliaciones de pacientes en UCI, lo que

refleja un esfuerzo constante y sistemático en la revisión y auditoría de los casos.

- A través de las reuniones periódicas, se mejoró la gestión de la facturación, lo que resultó en una disminución significativa de las glosas, asegurando que las facturas fueran correctamente aceptadas y procesadas.
- Se consolidó la relación de trabajo con la EPS Compensar, mejorando la comunicación y colaboración para resolver discrepancias de facturación y asegurando el pago oportuno por los servicios prestados en UCI.



3. Indicadores de análisis

- Promedio mensual de conciliaciones realizadas:

Promedio: 23.58 conciliaciones por mes.

- Mes con mayor número de conciliaciones:

Abril: 27 conciliaciones.

- Mes con menor número de conciliaciones:

Septiembre: 20 conciliaciones.

- Tendencia mensual:

La conciliación de pacientes en UCI se mantuvo relativamente constante durante el año, con un ligero aumento en los meses de mayor demanda (como abril y noviembre) y una ligera disminución en los meses más tranquilos (como septiembre y diciembre).

- Reducción de glosas:

Gracias al trabajo conjunto con EPS Compensar, se observó una mejora en la aceptación de facturas, lo que resultó en una disminución en el porcentaje de glosas.

4. Conclusiones.

El proceso de conciliación de UCI con EPS Compensar ha sido efectivo en la optimización de la facturación y en la reducción de glosas, lo que permitió un manejo más eficiente de los recursos financieros del hospital. Las reuniones semanales fueron fundamentales para resolver problemas de facturación de manera oportuna, y la relación de trabajo con la EPS ha mejorado considerablemente. Aunque hubo fluctuaciones en el número de conciliaciones mensuales, la tendencia general fue positiva, lo que indica un enfoque sistemático y enfocado en la mejora continua del proceso. La disminución de glosas es un

indicador clave de la mejora en la eficiencia administrativa y la calidad de la información enviada para facturación.

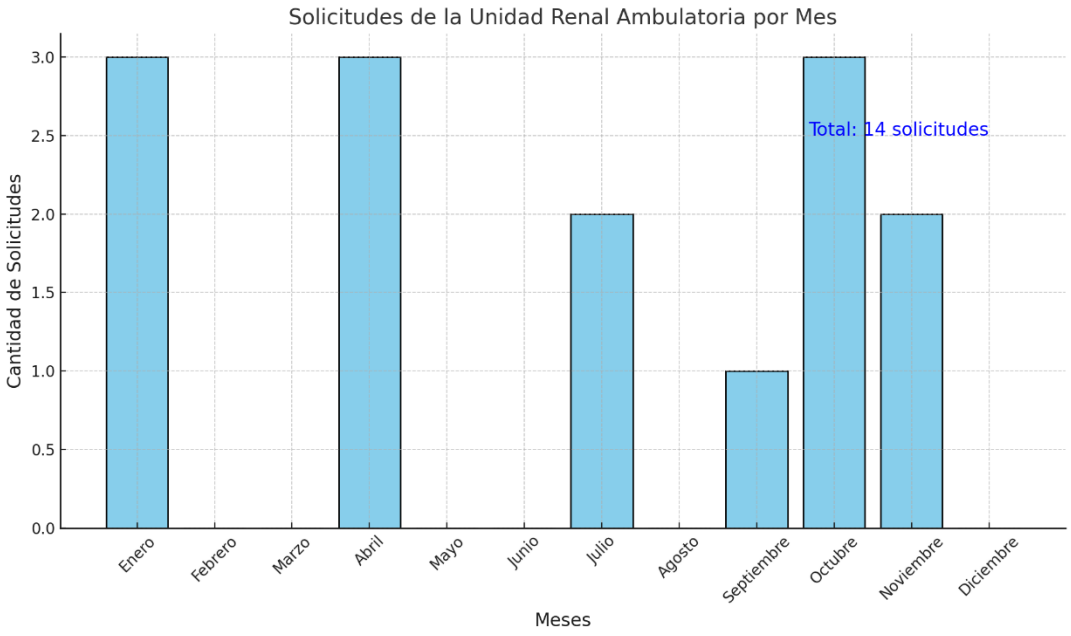
6. Solicitudes De Unidad Renal – Eps Compensar

1. Objetivo

El objetivo de la solicitud de la Unidad Renal Ambulatoria de la Fundación Hospital San Carlos hacia EPS Compensar es proporcionar atención integral y especializada a los pacientes con enfermedades renales crónicas o agudas, mejorando su calidad de vida y reduciendo la necesidad de hospitalización. Esta solicitud busca garantizar que los pacientes reciban tratamiento adecuado y continuo en un entorno ambulatorio, optimizando recursos y costos, mientras se mantiene un alto estándar en la calidad de atención. Además, se busca fortalecer la relación con EPS Compensar para asegurar la cobertura de los servicios renales, facilitando el acceso oportuno a los tratamientos necesarios para los pacientes, promoviendo la prevención y el manejo adecuado de las enfermedades renales dentro del sistema de salud.

2. Logro 2024

Durante el período reportado, se gestionaron 14 solicitudes de atención en la Unidad Renal Ambulatoria para pacientes hospitalizados, garantizando su egreso hospitalario oportuno y la adecuada gestión de sus casos desde el servicio de referencia y contrarreferencia en colaboración del profesional de enlace.



3. Indicadores de Análisis

- Meses con mayor cantidad de solicitudes:
    - Enero y Abril: 3 solicitudes cada uno.
    - Octubre: 3 solicitudes.
- Meses sin solicitudes: Febrero, Marzo, Mayo, Junio, Agosto y Diciembre.
- Meses con solicitudes moderadas: Julio y Noviembre con 2 solicitudes cada uno, y Septiembre con 1 solicitud.

4. Conclusión

El total de 14 solicitudes evidencia la importancia de la coordinación eficiente entre los servicios de referencia y contrarreferencia y el profesional de enlace. Este esfuerzo fue clave para garantizar un manejo adecuado y oportuno de los casos, logrando un impacto positivo en los egresos hospitalarios y la continuidad del cuidado de los pacientes. La falta de solicitudes

en varios meses podría indicar que tenemos baja demanda de paciente con necesidad en el servicio de unidad renal, por lo consiguiente se cuenta con la oferta y oportunidad de este servicio

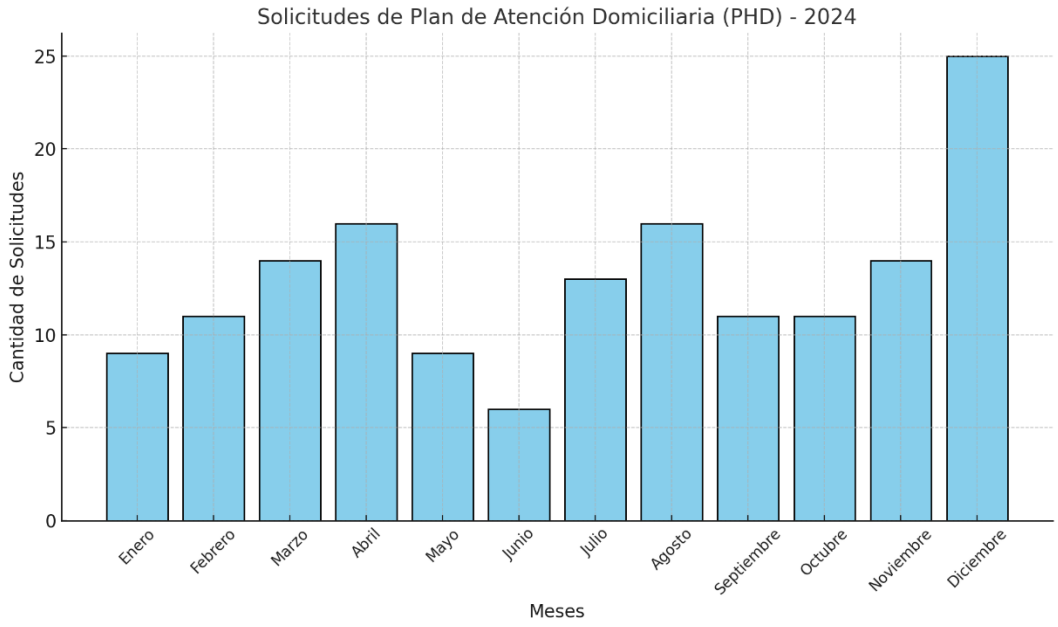
7. Solicitud De PHD – Eps Compensar

1. Objetivo

Mejorar la estancia hospitalaria, garantizando que los pacientes completen su tratamiento de menor complejidad en su domicilio, asegurando su bienestar y reduciendo la necesidad de hospitalización prolongada.

2. Logro 2024

Se gestionaron un total de 155 solicitudes relacionadas con el Plan de Atención Domiciliaria (PHD), distribuidas de manera variable durante el año. Los meses con mayor número de solicitudes fueron diciembre (25), abril y agosto (16 cada uno), reflejando picos significativos en la demanda. Por otro lado, junio presentó el menor número de solicitudes (6).



3. Indicadores de análisis:

Distribución Mensual de Solicitudes:

- Altos volúmenes: Diciembre lideró con 25 solicitudes, lo que podría deberse a factores estacionales o a un incremento en las necesidades clínicas al final del año.
- Meses destacados: Abril y agosto también mostraron altos valores con 16 solicitudes cada uno, posiblemente relacionados con una mayor atención a pacientes crónicos.
- Bajos volúmenes: Junio tuvo solo 6 solicitudes, lo que sugiere posibles periodos de menor demanda.

Gestión Integral del PHD:

Estas solicitudes incluyeron la atención a diversas necesidades críticas, tales como:

- Gestión de oxígeno.
- Coordinación de unidades renales
- Búsqueda y acompañamiento con proveedores domiciliarios.

- Nutrición
- Medicamentos.
- Servicios de ambulancia.
- Seguimiento de aceptación por parte de familiares y pacientes.

El fortalecimiento del seguimiento continuo a cada paciente fue clave para garantizar un egreso seguro y satisfactorio. Además, la capacitación del personal médico y de enfermería en este proceso permitió un incremento en la calidad del servicio y una notable mejora en la satisfacción de pacientes y familiares.

4. Conclusiones:

- Aumento de calidad: La capacitación del personal y el seguimiento continuo optimizaron el proceso de egreso seguro, fortaleciendo la atención integral.
- Mejora en la satisfacción: La atención personalizada y la coordinación efectiva con proveedores y familiares incrementaron la percepción positiva del servicio.
- Tendencias de demanda: Los picos en abril, agosto y diciembre requirieron búsqueda activa de posibles PHD donde es necesario mantenerlo para así continuar aumentando la demanda de solicitudes

Se logro identificar que la gestión proactiva y eficiente en el Plan de Atención Domiciliaria, posicionando a la Fundación Hospital San Carlos ante la EPS Compensar como una entidad comprometida con la calidad y el bienestar de sus pacientes.

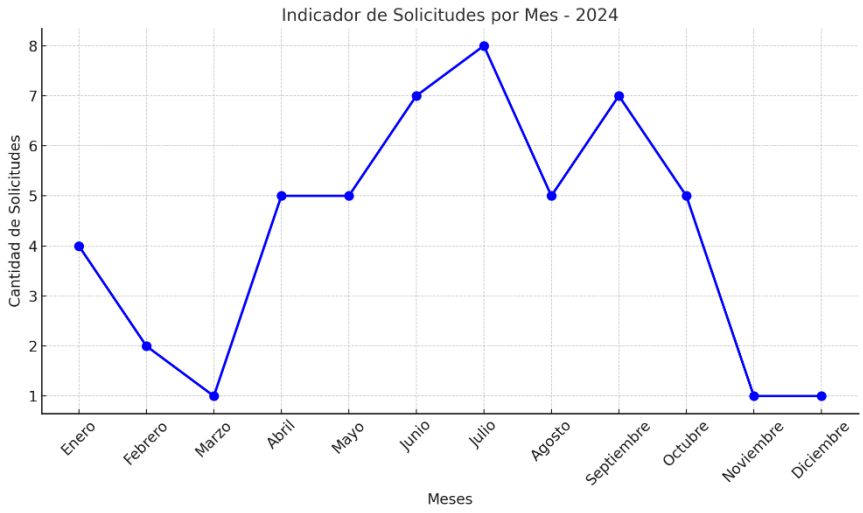
Solicitud De PAD – Eps Compensar

1. Objetivo

Optimizar la eficiencia y la calidad de la gestión de solicitudes mediante el seguimiento y análisis de las solicitudes bajo el sistema PAD, lo que permitirá una gestión más transparente, eficiente y efectiva. Esto se logrará gracias a un proceso continuo de evaluación, adaptación y mejora basado en los datos y tendencias obtenidas de las solicitudes.

2. Logro 2024

S registraron un total de 51 solicitudes. Este valor refleja la cantidad total gestionada y permite observar cómo varían las demandas mes a mes.



3. Indicadores de análisis

- Los meses con mayor número de solicitudes fueron julio (8), junio (7) y septiembre (7). Este patrón podría sugerir picos de demanda durante el medio del año, lo que requiere un ajuste en los recursos para esos meses.

- Por otro lado, marzo (1), noviembre (1) y diciembre (1) registraron la menor cantidad de solicitudes, lo que puede ser indicativo de periodos con menor actividad.

4. Conclusiones

El análisis de las fluctuaciones en las solicitudes a lo largo del año proporciona una base sólida para optimizar la distribución de recursos, personal y atención, ajustando el enfoque según los picos y valles de demanda. Esto permitirá mejorar la eficiencia en la gestión de solicitudes y adaptar la estrategia de gestión de la Fundación Hospital San Carlos, considerando factores como la estacionalidad y las políticas internas. De este modo, se puede responder de manera proactiva a las necesidades del sistema PAD, promoviendo la mejora continua en los procesos y la calidad de la atención y los servicios de salud.

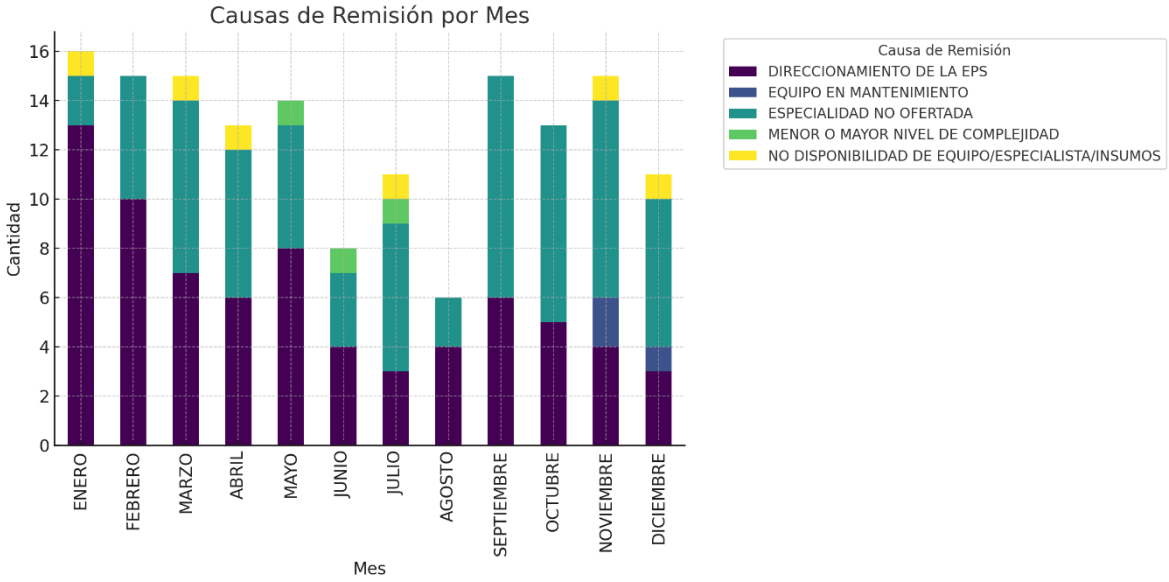
Solicitud De Remisiones – EPS Compensar

1. Objetivo

Realizar un análisis exhaustivo de las solicitudes de remisión enviadas por la Fundación Hospital San Carlos a la EPS Compensar durante el año 2024, con el propósito de identificar áreas clave de mejora en la gestión de recursos y la optimización de la atención a los pacientes. En particular, se busca disminuir las remisiones innecesarias, fortaleciendo la relación entre el Nodo Articular y la estrategia de remisiones rápidas. A través de este análisis, se pretende resaltar tanto los logros alcanzados como las oportunidades de mejora en los procesos de remisión y atención en diversas especialidades médicas, garantizando así una atención más eficiente y centrada en las necesidades reales de los pacientes

2. Logro 2024

- Se gestionaron un total de 152 solicitudes de remisión, lo que refleja una atención continua y un esfuerzo por cubrir diversas especialidades médicas.
- Se mantuvo un seguimiento constante en las solicitudes relacionadas con la Dirección de la EPS, alcanzando un total de 73 solicitudes.
- A pesar de algunos retos, como la no disponibilidad de equipos/especialistas/insumos, se lograron gestionar de manera eficiente los recursos disponibles.



3. Indicadores de análisis

Los datos reflejan las tendencias y fluctuaciones a lo largo del año en función de la cantidad de solicitudes relacionadas con cada causa.

- Causa predominante: La principal causa de remisión durante todo el año es el direccionamiento de la EPS, con picos en enero y mayo, y una tendencia a disminuir hacia finales de año.
- Especialidad no ofertada: Se posiciona como la segunda causa más recurrente, con fluctuaciones importantes, alcanzando un pico en septiembre.
- Menor impacto: Las causas como equipo en mantenimiento y menor o mayor nivel de complejidad presentan números consistentemente bajos, aunque en noviembre y diciembre se observa un aumento en equipos en mantenimiento.
- Disponibilidad de equipo/especialista/insumos: Tiene un impacto leve pero constante, con picos esporádicos en algunos meses (como marzo y diciembre).

4. Conclusiones

La alta incidencia en esta categoría sugiere que el flujo de pacientes o solicitudes depende significativamente de decisiones de la EPS o las necesidades por parte de la Fundación Hospital San Carlos, lo que podría implicar una gestión externa de recursos y especialidades. En la especialidad no ofertada es una causa recurrente que afecta especialmente en los meses de septiembre y octubre. Esto podría deberse a la demanda de servicios no disponibles en la institución. Aunque estas causas tienen bajo impacto en general, el aumento en equipos en mantenimiento hacia el final del año destaca la necesidad de una revisión del cronograma de mantenimiento preventivo para evitar interrupciones.

El total de solicitudes por mes oscila entre 6 y 16, con picos recurrentes. Esto muestra una carga de trabajo moderada, pero con oportunidades de mejora en la planificación y coordinación de recursos.

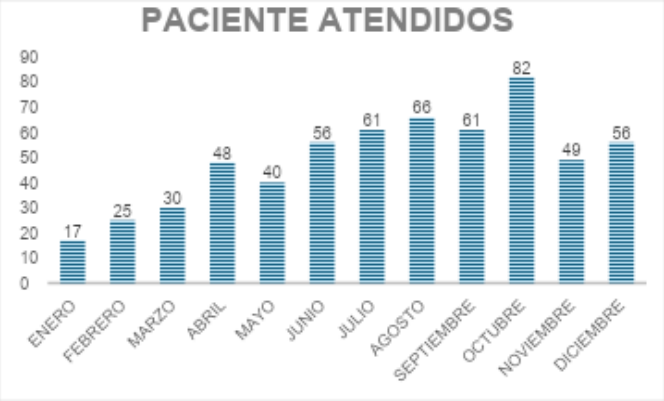
Ingreso De Pacientes Por Consulta Externa

1. Objetivos

- Brindar atención de calidad a los pacientes que requieren consulta externa, asegurando el cumplimiento de los protocolos médicos establecidos.
- Lograr un incremento en la cantidad de pacientes atendidos en comparación con el año anterior.
- Mejorar la eficiencia en la programación de citas y atención oportuna.
- Implementar estrategias para reducir tiempos de espera y optimizar los recursos disponibles en consulta externa.

2. Logro 2024

Se logró un total de 591 pacientes atendidos durante el año 2024, lo que representa un aumento con respecto al año anterior. En el mes de octubre se alcanzó el máximo histórico con 82 pacientes atendidos, lo que refleja un incremento significativo en la demanda de consultas. Se mejoró la distribución mensual de citas, lo que permitió un flujo más organizado de pacientes, particularmente en los meses con mayor demanda como julio, agosto y octubre.



3. Indicadores de análisis

- Promedio mensual de pacientes atendidos:

Promedio: 49.25 pacientes por mes.

- Mes con mayor cantidad de pacientes atendidos:

Octubre: 82 pacientes.

- Mes con menor cantidad de pacientes atendidos:

Enero: 17 pacientes.

- Tendencia mensual:

Se observa una tendencia creciente a lo largo del año, con un aumento notable desde los primeros meses del año hacia los meses de mayor demanda.

4. Conclusiones

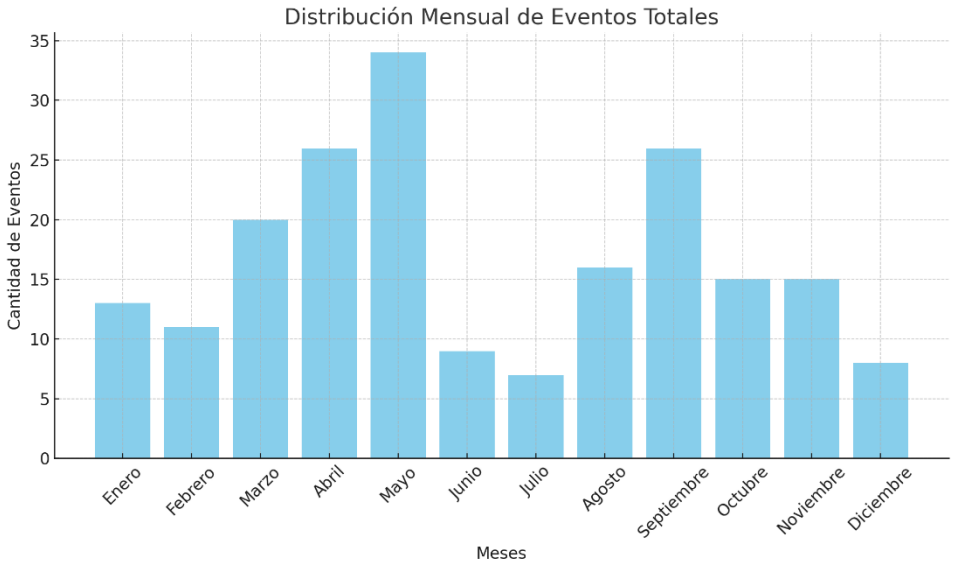
El aumento en la atención de pacientes refleja una mejora en la capacidad de respuesta y en la planificación de las citas médicas. La variabilidad en el número de pacientes atendidos por mes puede deberse a factores estacionales, como las vacaciones o campañas de salud pública. Se recomienda continuar con las estrategias que optimizan la programación de citas, con énfasis en los meses de mayor demanda. Aunque se observó un aumento en la atención, se debe evaluar el impacto en la calidad del servicio y los tiempos de espera, asegurando que los recursos médicos estén disponibles para atender la creciente demanda.

1. Objetivo

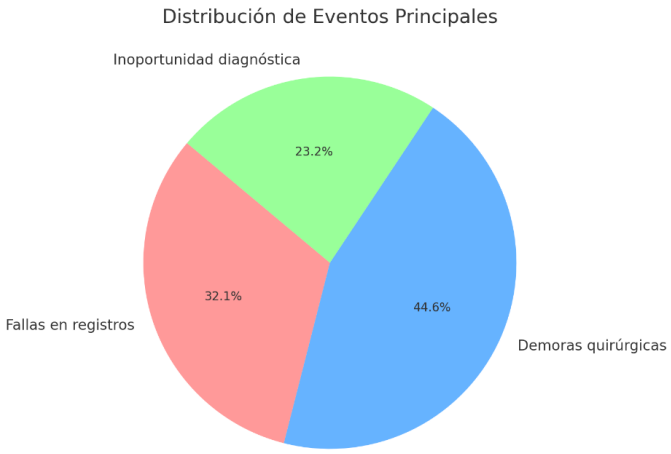
El objetivo de la Fundación Hospital San Carlos en relación con los indicadores IAI en seguridad del paciente es identificar y abordar áreas clave de mejora en la calidad de la atención y la seguridad del paciente. El análisis de los eventos de seguridad registrados entre enero y diciembre de 2024 destaca patrones críticos que requieren atención inmediata. A pesar de los esfuerzos realizados para mejorar, persisten fallas. El profesional de Enlace se cuenta que genera persistencia en la mejora de los procesos administrativos y organizativos para asegurar una atención más segura y eficiente.

2. Logros 2024:

El análisis se realizó con la consolidación de 264 eventos de seguridad registrados a lo largo de los meses del año por la EPS Compensar. En esta, se identificaron varios indicadores críticos que afectan la calidad y seguridad de los servicios prestados. Se analizaron tanto eventos clínicos como administrativos para identificar áreas de mejora y establecer estrategias de mitigación durante todo el año.



3. Indicadores de análisis



- Asalto Sexual en la Institución
- Total, casos: 1 (Enero)

Es un indicador altamente crítico por sus implicaciones legales y morales. Aunque el número de casos es bajo, se requirió una atención inmediata para prevenir recurrencias junto con las áreas de talento humano frente al caso reportado.

- Eventos Relacionados con Fallas en el Diligenciamiento de los Registros Asistenciales
- Total, casos: 54
- Meses con mayor incidencia: Noviembre (8 casos) y Mayo (7 casos).

Este es uno de los eventos más frecuentes durante todo el año, desde el área de Coordinación medica se generó diferentes planes para la mitigación de este evento reportado, pero frente a la frecuencia rotación del personal se evidencia estos indicadores.

- Demora o Cancelación de Cirugías por Factores Atribuibles al Desempeño de la Organización o de los Profesionales
- Total, casos: 75
- Mes con mayor incidencia: Septiembre (18 casos).

Las demoras quirúrgicas presentan un patrón elevado, lo que impacta negativamente la satisfacción del paciente y los resultados clínicos. Desde el área de salas de cirugía se a implementado diferentes estrategias con la tendencia de mitigación de los eventos de seguridad por parte de los especialistas.

- Inoportunidad en la Toma de Ayudas Diagnósticas o Valoración Especializada
- Total, casos: 35
- Meses con mayor incidencia: Mayo (10 casos) y Enero (3 casos).

Aunque hay variación mensual, se debió de reforzar durante todo el año los protocolos de atención para minimizar la inoportunidad.

- Caídas Accidentales o Traumatismos
- Total, casos: 2 (Febrero y Octubre).

Este evento tiene baja incidencia, pero las caídas deben prevenirse activamente mediante sistemas de protección y monitoreo junto con el área de seguridad del paciente, se tiene contemplado capacitaciones continuas al personal asistencial.

- Reingreso a Hospitalización por la Misma Causa Antes de 15 Días
- Total, casos: 16
- Mes con mayor incidencia: Mayo (5 casos).

Los reingresos sugieren deficiencias en el alta hospitalaria o en el seguimiento hospitalario, se genera como planes de mejora implementación con el Nodo articular y demás profesionales de enlace las captaciones de los pacientes.

- Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

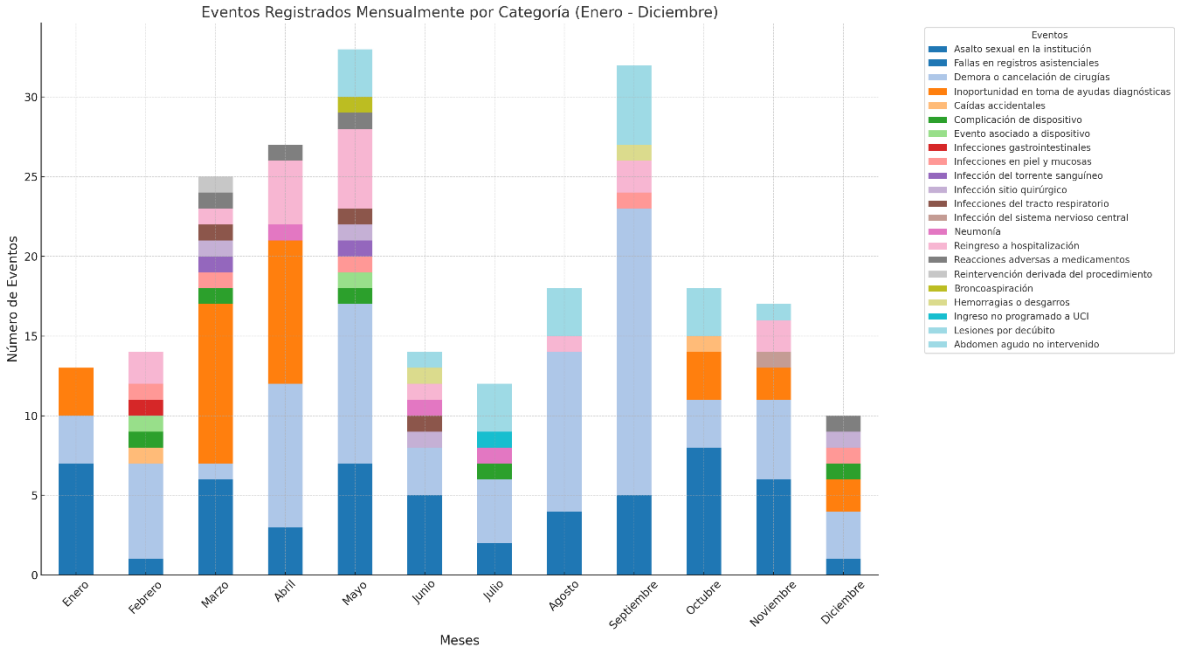
- Categorías principales:
    - Infecciones en piel y mucosas: Total 5 casos (Distribuidos en varios meses).
    - Infecciones del tracto respiratorio diferentes a neumonía: Total 3 casos.
    - Neumonía: Total 3 casos.

Estas infecciones requieren monitoreo continuo y refuerzo de los protocolos de control de infecciones, junto a toda el área de calidad se implementó diferentes estrategias sobre la mitigación de los eventos

- Lesiones por Decúbito (Ulceras por Presión)
- Total, casos: 2 (Julio y Agosto).

Aunque la incidencia es baja, estas lesiones son prevenibles con una mejor movilización de los pacientes y cambios de posición. Se a generado capacitaciones continuas al personal asistencial con el índice de mejoramiento de este indicador.

- Otros Eventos Críticos:
- Reacciones adversas a medicamentos (no esperadas): 5 casos.
- Broncoaspiración en paciente hospitalizado: 1 caso.
- Ingreso no programado a UCI luego de administración de anestesia: 1 caso.



4. Conclusión

Este informe evidencia áreas clave de mejora en la seguridad y calidad de la atención. Si bien algunos eventos tienen baja incidencia, otros presentan patrones recurrentes que requieren acciones inmediatas.

El análisis de los eventos de seguridad registrados entre enero y diciembre del 2024 evidencia patrones críticos en la gestión institucional. Los eventos más frecuentes fueron las fallas en el diligenciamiento de registros asistenciales y las demoras o cancelaciones de cirugías, con picos significativos en Mayo, Septiembre y Noviembre, donde a pesar de los planes de mejora realizados se deben de ser más persistente en los procesos administrativos y organizativos. Aunque otros eventos, como las infecciones asociadas a la atención en salud y los reingresos hospitalarios antes de 15 días, tienen menor incidencia, su presencia constante revela áreas de mejora en el control de infecciones y seguimiento hospitalario.

PQRS – EPS Compensar

1. Objetivo

- Monitorear la cantidad de PQRS recibidas mensualmente.

Asegurar que todas las PQRS sean registradas y gestionadas de manera efectiva para mejorar la calidad del servicio.

- Evaluar la evolución de la recepción de PQRS a lo largo del año.

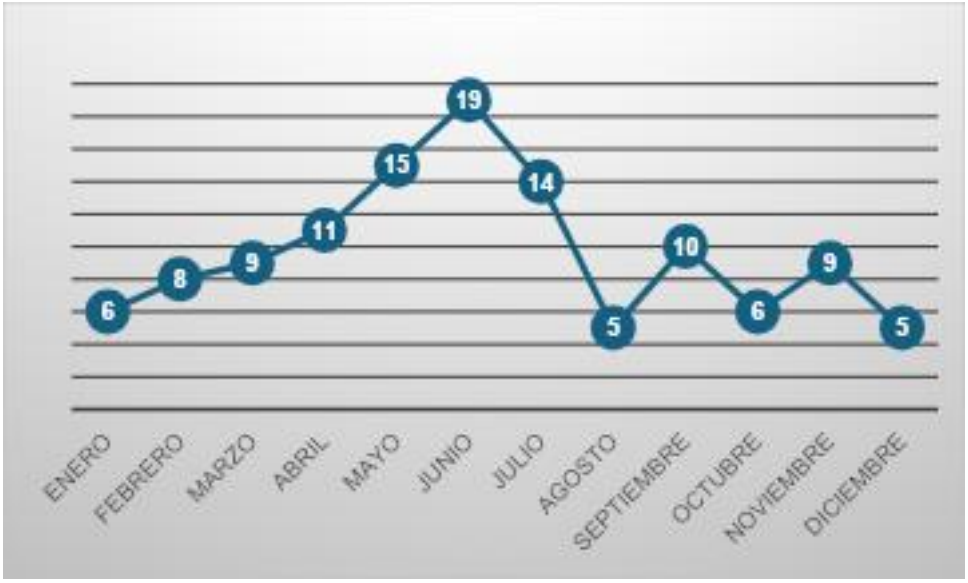
Analizar las tendencias mensuales para identificar posibles áreas de mejora y establecer estrategias para optimizar la atención al cliente.

- Fomentar la retroalimentación de los clientes a través de PQRS.

Crear un ambiente donde los usuarios se sientan cómodos para expresar sus sugerencias, quejas y preocupaciones, buscando la mejora continua.

2. Logros 2024

- Se registraron un total de 117 PQRS durante el año, lo que refleja una cantidad significativa de interacción por parte de los usuarios.
- La recepción de PQRS fue gestionada de acuerdo con los plazos establecidos, con un análisis mensual que permitió detectar áreas de mejora.
- La atención a PQRS se mantuvo dentro de los parámetros de calidad esperados, lo que contribuyó a un manejo eficaz de las preocupaciones de los usuarios.
- Implementación de la plataforma SAIA a partir de mayo de 2024 para la gestión y respuesta de PQRS de consulta externa.



3. Indicadores de Análisis

- Tendencia mensual de PQRS:
  - Se observa un incremento de PQRS desde enero hasta junio, con una cifra máxima en junio (19 PQRS).
  - Los meses con menor cantidad de PQRS fueron agosto (5 PQRS) y diciembre (5 PQRS).
  - El mes de mayor aumento se presentó en mayo (15 PQRS).
- Promedio de PQRS mensuales:
  - El promedio mensual de PQRS recibidas es de aproximadamente 9.75.
- Distribución de PQRS:
  - Enero a junio mostró una tendencia creciente en la recepción de PQRS, lo que podría indicar una mayor conciencia de los usuarios sobre el canal de PQRS.

- La disminución en los meses de agosto y diciembre podría ser atribuible a períodos de menor actividad o a una mejor resolución de los problemas planteados por los usuarios.

4. Conclusiones

La cantidad de PQRS mostrada es un reflejo de una mayor interacción de los usuarios con el servicio, lo cual es positivo, ya que permite una mayor retroalimentación para mejorar los procesos. Los picos en los meses de mayo y junio pueden reflejar situaciones específicas frente a la implementación de la plataforma SAIA, La baja recepción en los meses de agosto y diciembre podría indicar que se está mejorando la calidad del servicio o que los usuarios están más satisfechos, aunque no se debe bajar la guardia y seguir incentivando la retroalimentación. Se continua con el proceso de recopilación de PQRS y utilizar la información recibida para impulsar mejoras en el servicio. Además, está en mejora continua junto con el área de atención al usuario.

Facturación – EPS Compensar

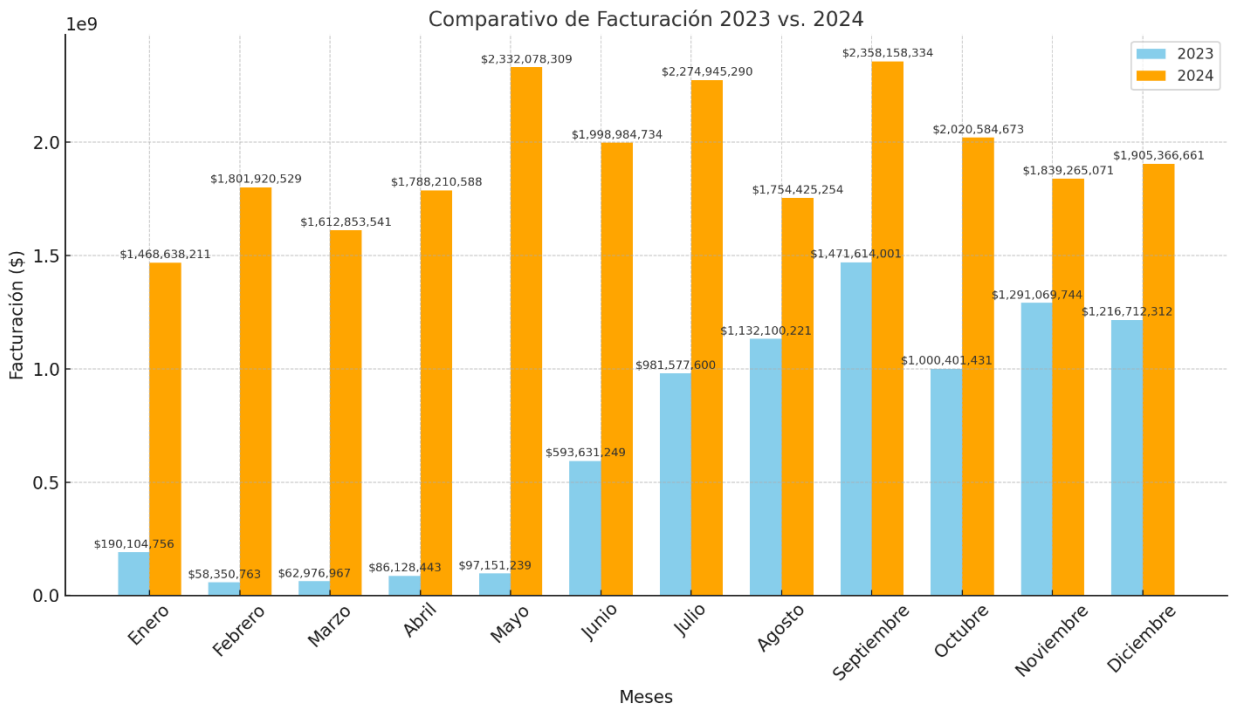
1. Objetivo

El objetivo del aumento de facturación de la Fundación Hospital San Carlos hacia EPS Compensar es mejorar la sostenibilidad financiera de la institución mediante una gestión eficiente de los servicios prestados, optimizando los procesos administrativos, clínicos y de facturación. Este aumento busca reflejar un crecimiento en la prestación de servicios de salud, garantizando la cobertura adecuada de los costos operativos, y contribuyendo a la mejora continua en la calidad de la atención. Además, se enfoca en fortalecer la relación con EPS Compensar, asegurando que las tarifas y procedimientos estén alineados con las necesidades y expectativas de ambas partes, permitiendo una gestión más transparente y efectiva de los recursos financieros.

2. Logro Comparativo de Facturación 2023 vs. 2024

La facturación total creció un 183% de 2023 a 2024, reflejando una mejora significativa en la gestión financiera.

Los primeros cinco meses del año registraron los incrementos porcentuales más altos, especialmente en Febrero (2,987.4%) y Marzo (2,461.3%).



3. Indicadores de análisis

- Patrón de Crecimiento Mensual:
    - o A pesar de que todos los meses reflejan incrementos, los valores absolutos y proporcionales fueron especialmente altos en los primeros y últimos trimestres.

- El mes con el mayor ingreso absoluto en 2024 fue Mayo, con $2,332,078,309.

- Progresos y Retos:
  - El incremento sugiere mejoras en la prestación de servicios y estrategias tarifarias.
  - Retos administrativos podrían estar relacionados con asegurar la sostenibilidad de este crecimiento y atender picos de demanda en meses específicos.

4. Conclusión

La EPS Compensar mostró un desempeño financiero sobresaliente entre 2023 y 2024, reflejando un crecimiento sólido en facturación. Este resultado sugiere no solo un aumento en los servicios ofrecidos, sino también una optimización en la gestión de recursos. Sin embargo, es fundamental seguir evaluando estrategias para mantener esta tendencia positiva y prevenir posibles desequilibrios administrativos.

Mejora Continua En Egresos Seguros De Pacientes

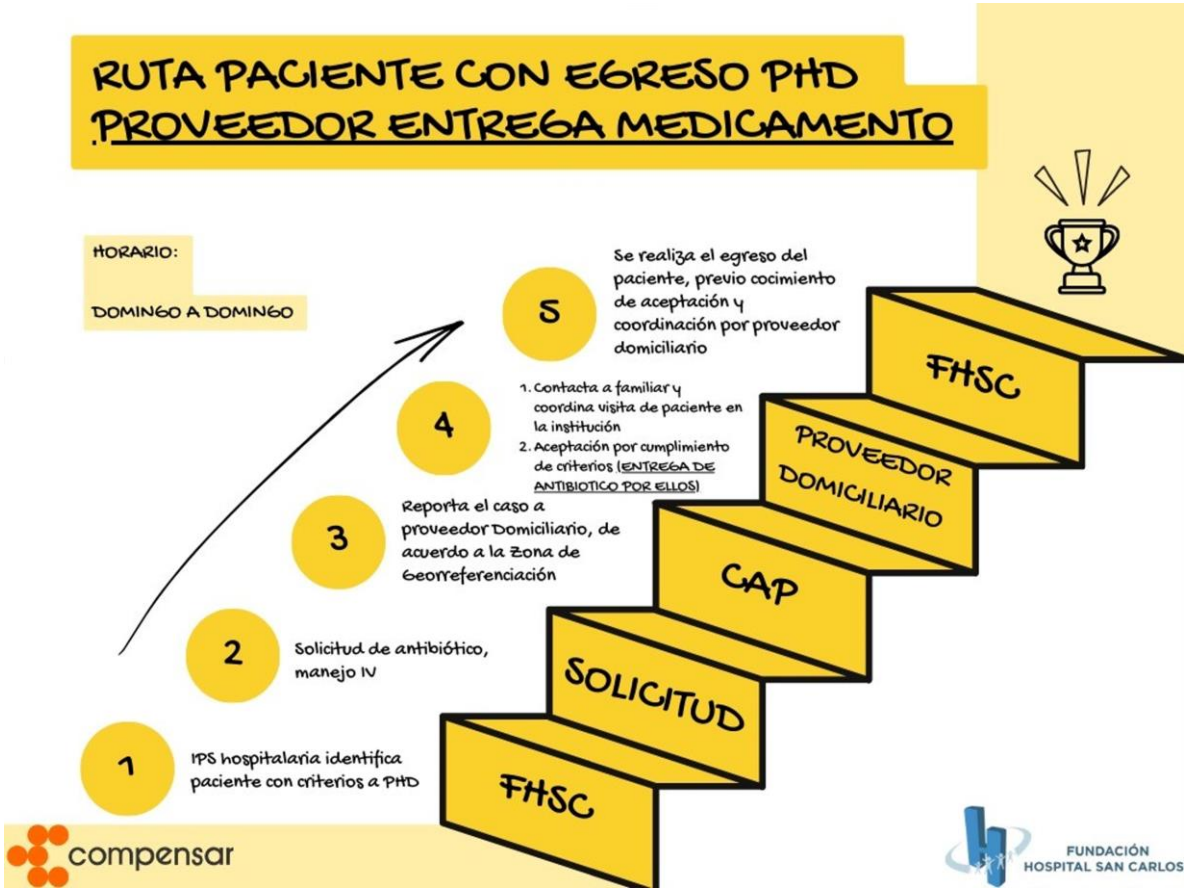
1. Objetivo:

El objetivo principal de las nuevas rutas establecidas es garantizar la seguridad y eficiencia en los egresos de los pacientes, especialmente aquellos que requieren atención posterior a su salida del hospital, facilitando la continuidad de su tratamiento en el hogar. Esto se logra mediante la coordinación con proveedores, la entrega de medicamentos, insumos y nutriciones, y el seguimiento adecuado de los pacientes.

2. Rutas Establecidas para Mejora Continua de Egresos Seguros:

- Ruta Paciente con Egreso PHD Proveedor Entrega Medicamentos:

- Esta ruta está diseñada para los pacientes que, tras su egreso, requieren medicamentos que deben ser suministrados en el hogar.
- El proveedor encargado de la entrega de estos medicamentos asegura que los pacientes cuenten con todos los tratamientos necesarios para continuar con su recuperación de manera segura.
- El proceso incluye la validación de la receta médica, la confirmación de los productos entregados y el seguimiento del cumplimiento del tratamiento por parte del paciente en su domicilio.



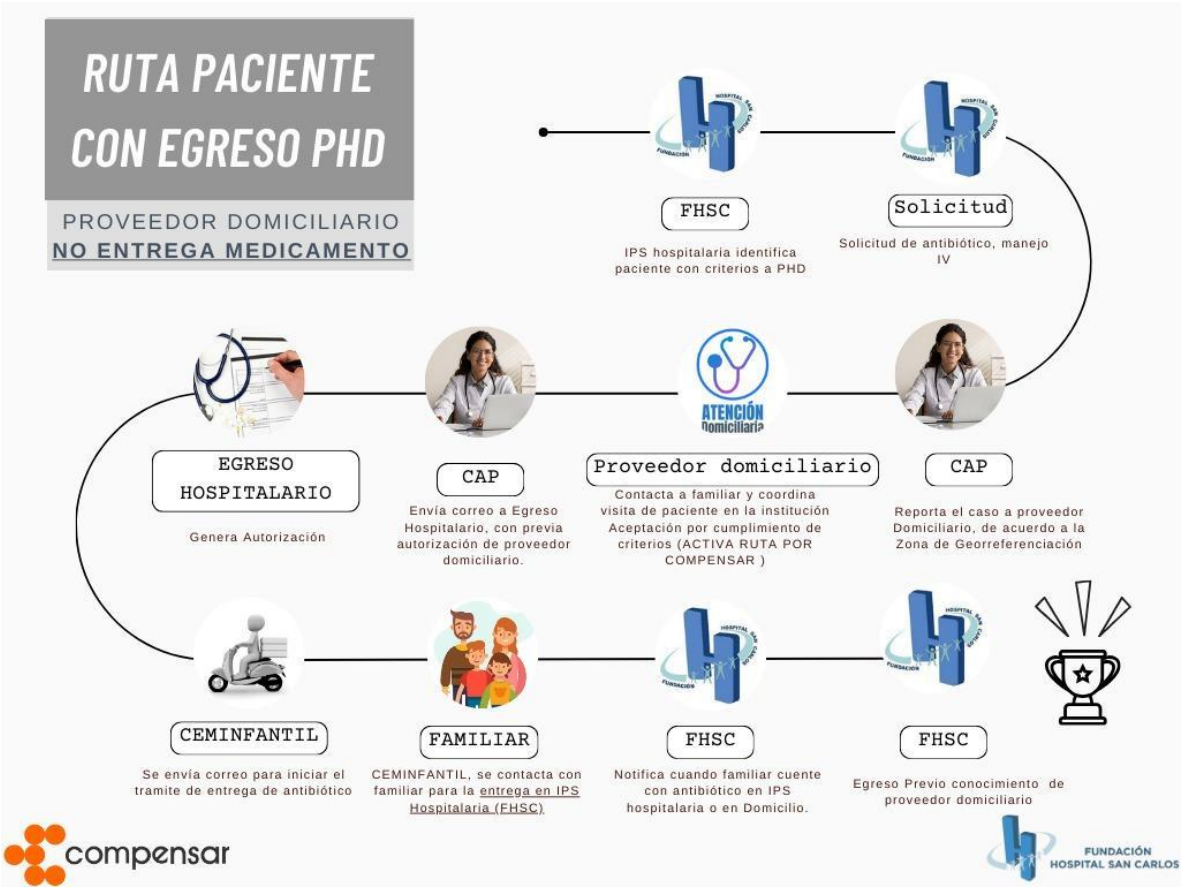
- Ruta Paciente con Egreso PHD, Proveedor No Entrega Insumos o Nutriciones:

- Esta ruta aborda los casos en los que los pacientes egresan con la necesidad de recibir tratamientos o nutriciones especiales, pero los proveedores no pueden entregar los insumos necesarios.
- En estos casos, se establece una coordinación especial con el personal médico y administrativo para gestionar las alternativas de abastecimiento, como la compra directa, derivación a otros proveedores o entrega alternativa.
- Se implementan seguimientos frecuentes para verificar que el paciente reciba los productos o insumos requeridos, evitando así interrupciones en su tratamiento.



- Ruta Paciente con Egreso de PHD, Proveedor Domiciliario Entrega Medicamentos:

- En esta ruta, los pacientes que requieren atención domiciliaria continúan con la entrega de medicamentos y seguimiento de su tratamiento en su hogar.
- La principal diferencia con la primera ruta es que aquí se contempla un plan de seguimiento más cercano por parte de los proveedores domiciliarios, quienes tienen la responsabilidad de hacer entregas periódicas y coordinar con el equipo médico para monitorizar la evolución del paciente.
- Los proveedores también se encargan de la educación del paciente y sus familiares sobre la administración de los medicamentos y el reconocimiento de signos de alerta en la salud.



3. Impacto Esperado:

- Seguridad del Paciente: Estas rutas establecidas permiten garantizar que los pacientes reciban sus tratamientos de manera continua y sin interrupciones, lo cual es fundamental para su recuperación y bienestar.
- Optimización de Recursos: La creación de rutas claras para el manejo de los egresos permite una distribución más eficiente de los recursos disponibles, mejorando la gestión de los suministros y servicios de salud.
- Mejora en la Coordinación: Se facilita la coordinación entre los diferentes actores involucrados (médicos, proveedores, pacientes) asegurando una transición fluida del hospital al hogar, reduciendo riesgos y promoviendo la continuidad del tratamiento.

4. Conclusión

Las rutas establecidas para el egreso seguro de pacientes con PHD son una estrategia clave en la mejora continua de la atención hospitalaria. A través de la coordinación eficiente con proveedores y la gestión adecuada de medicamentos, insumos y nutriciones, se asegura una atención segura y de calidad, minimizando riesgos y garantizando que los pacientes reciban la atención adecuada en todo momento. Esto contribuye a la mejora de los resultados clínicos y la satisfacción del paciente.

8. Conclusiones Del Informe De Gestión

Durante el año 2024, la Fundación Hospital San Carlos enfrentó desafíos significativos y logró avances importantes en la mejora continua de sus procesos de gestión y atención. La creación del cargo de Profesional de Enlace representó un reto en términos de integración, establecimiento de protocolos y coordinación con diversos equipos y proveedores. Sin embargo, este proceso permitió establecer una comunicación más fluida, optimizar recursos y mejorar la calidad de los servicios prestados a los pacientes.

A lo largo del año, se implementaron diversas estrategias orientadas a mejorar la atención y eficiencia de los procesos, como la creación de rutas para egresos seguros de pacientes, la optimización de la facturación con EPS Compensar, el análisis de eventos de seguridad y la atención a PQRS. A través de la implementación de plataformas como SAIA, se mejoró la gestión de las solicitudes de pacientes y el seguimiento de las preocupaciones de los usuarios.

Aunque hubo momentos de alta demanda y algunos retos administrativos y operativos, se logró un crecimiento positivo en varias áreas clave. La facturación experimentó un incremento notable, lo que reflejó no solo una mayor demanda de servicios, sino también una mejor gestión interna. Los eventos de seguridad fueron analizados exhaustivamente, estableciendo estrategias de mitigación para garantizar un entorno más seguro para los pacientes. La gestión de solicitudes de remisiones y consulta externa también mostró resultados favorables, con un aumento en la cantidad de pacientes atendidos.

A pesar de los logros, hubo áreas que requieren atención continua, como las demoras en cirugías, fallas en registros asistenciales y la disponibilidad de insumos, que demandan mayor coordinación y mejora de procesos. Además, la gestión de PQRS y la relación con los usuarios fueron fundamentales para mantener una retroalimentación constante y mejorar la calidad del servicio.

En resumen, el año 2024 fue un período de consolidación y optimización, con la creación del cargo de Profesional de Enlace como un componente clave para coordinar todos estos esfuerzos. A medida que avanzamos en 2025, se continuará con la mejora de procesos, la capacitación del personal y el fortalecimiento de la relación con los proveedores y las EPS, asegurando que la Fundación Hospital San Carlos siga siendo un referente en calidad y eficiencia en la atención de salud.

Gestión Auxiliares Administrativos: Honorarios Médicos

Diana Ballesteros

1. Introducción

El rol de la asistente administrativa de Honorarios Médicos tiene como objetivo principal optimizar los tiempos de entrega de las cuentas de cobro al área contabilidad. Esto se logra mediante una revisión detallada para asegurar que los cobros coincidan con lo contratado y facturado, verificando que los procedimientos estén libres de glosas y que los cobros por Unidad de Valor Relativo (UVR) sean los correctos y permitidos.

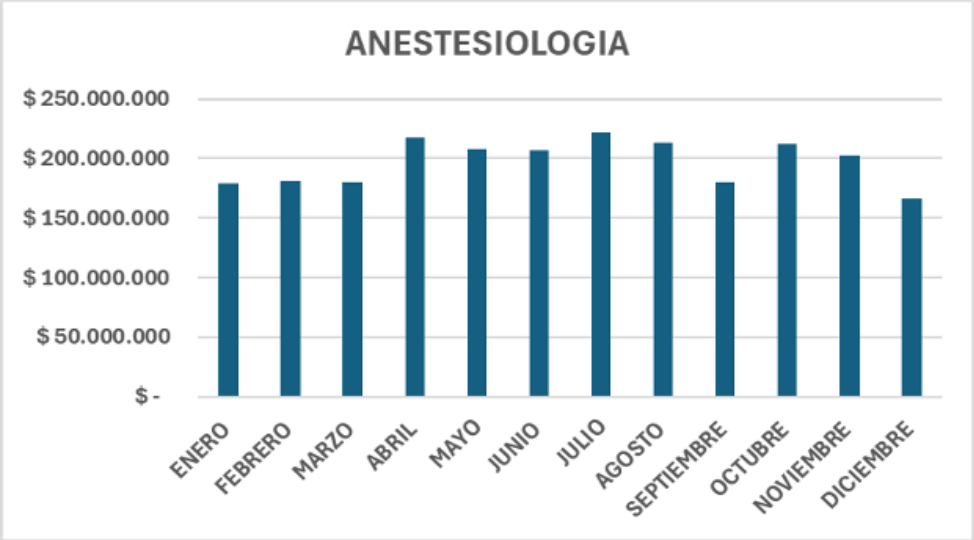
Además, se realiza la verificación y el registro de las planillas de seguridad social, asegurando que el Ingreso Base de Cotización (IBC) corresponda con lo facturado. Este proceso ayuda a evitar reprocesos en las áreas administrativas y financieras.

El analista también lleva un registro detallado de los especialistas contratados, de acuerdo con sus turnos, y controla los cobros erróneos que no coinciden con lo facturado, garantizando una gestión eficiente y precisa.

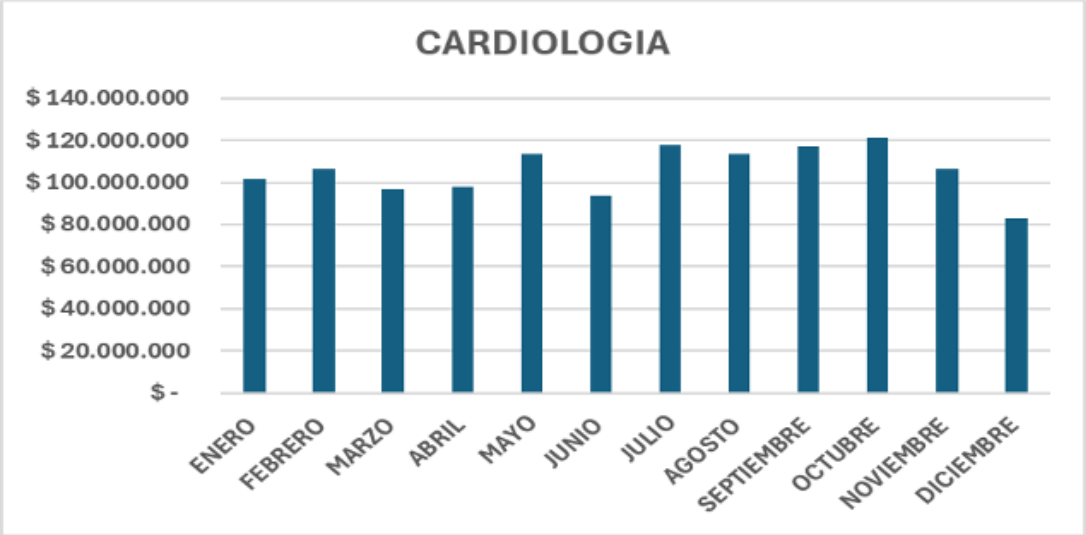
2. Logros en Cobros de Especialistas en 2024 - Fundación Hospital San Carlos

Durante 2024, se alcanzaron importantes logros en la gestión de los cobros de los especialistas de la Fundación Hospital San Carlos. Los especialistas se comprometieron a cumplir con las mallas de turnos organizadas por cada líder de área, así como con las metas propuestas por el director médico del hospital.

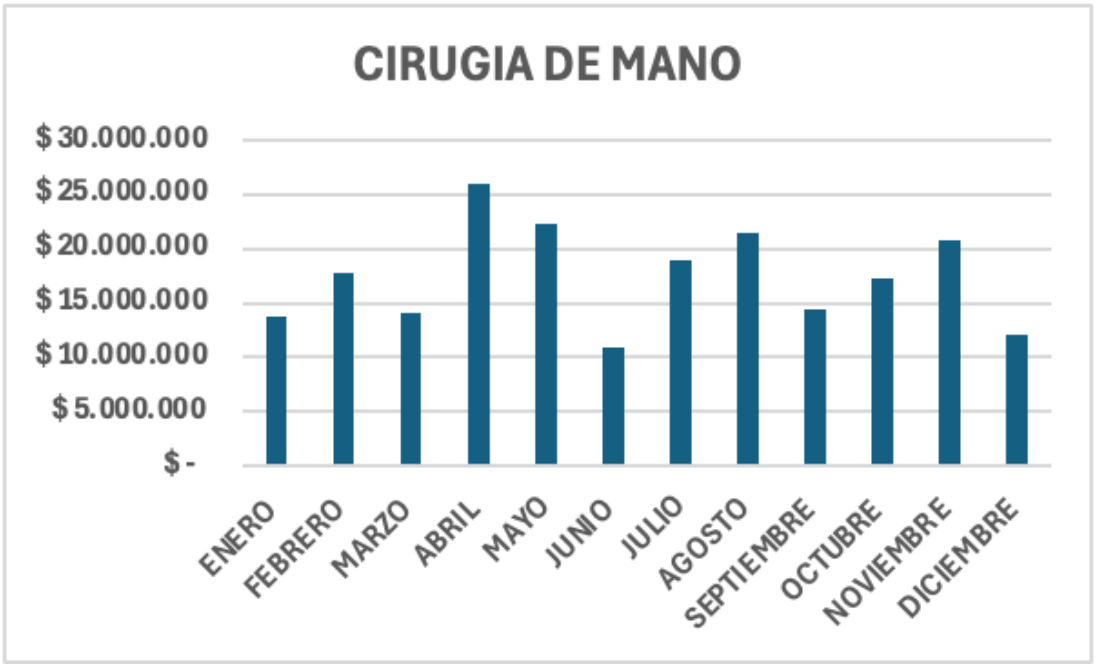
Para el 2024, se contrató a una Sociedad por Acciones Simplificada (SAS) para los servicios de cirugía general y neurocirugía, lo que permitió una significativa reducción en los costos de honorarios profesionales, contribuyendo a una gestión financiera más eficiente.



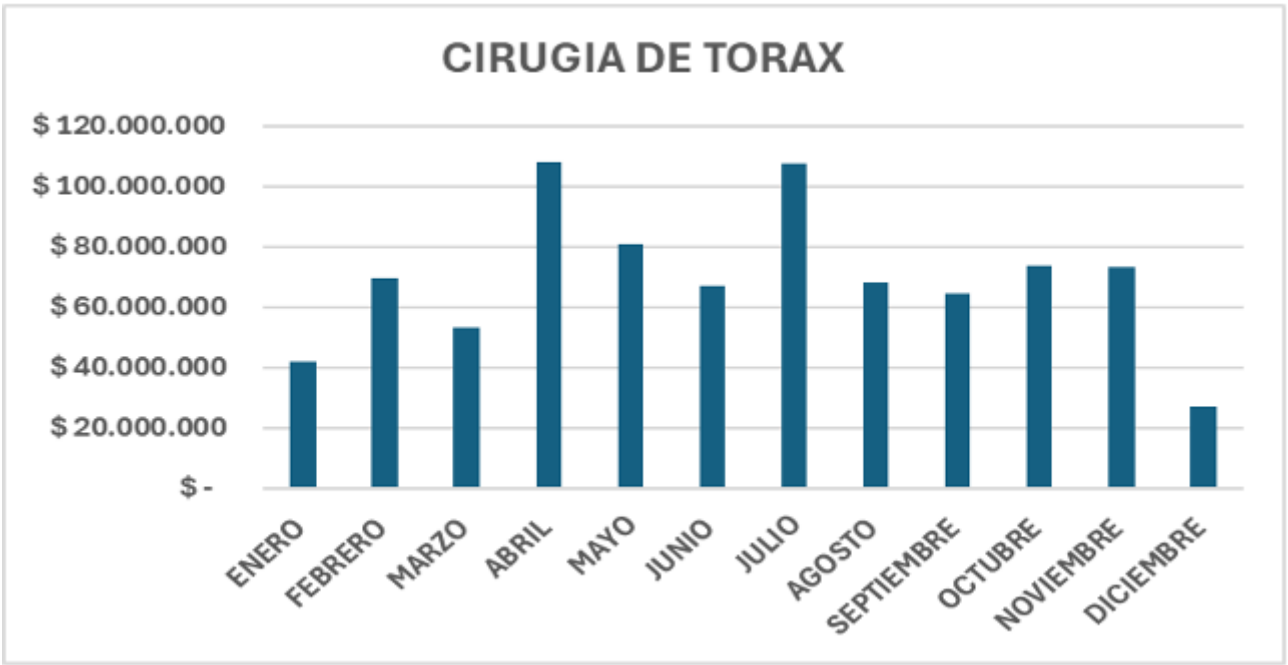
Cerramos el mes de diciembre con 16 profesionales de anestesia, logrando una radicación de honorarios por un total de $2.539.870.004, mediante un esquema de cobro por horas.



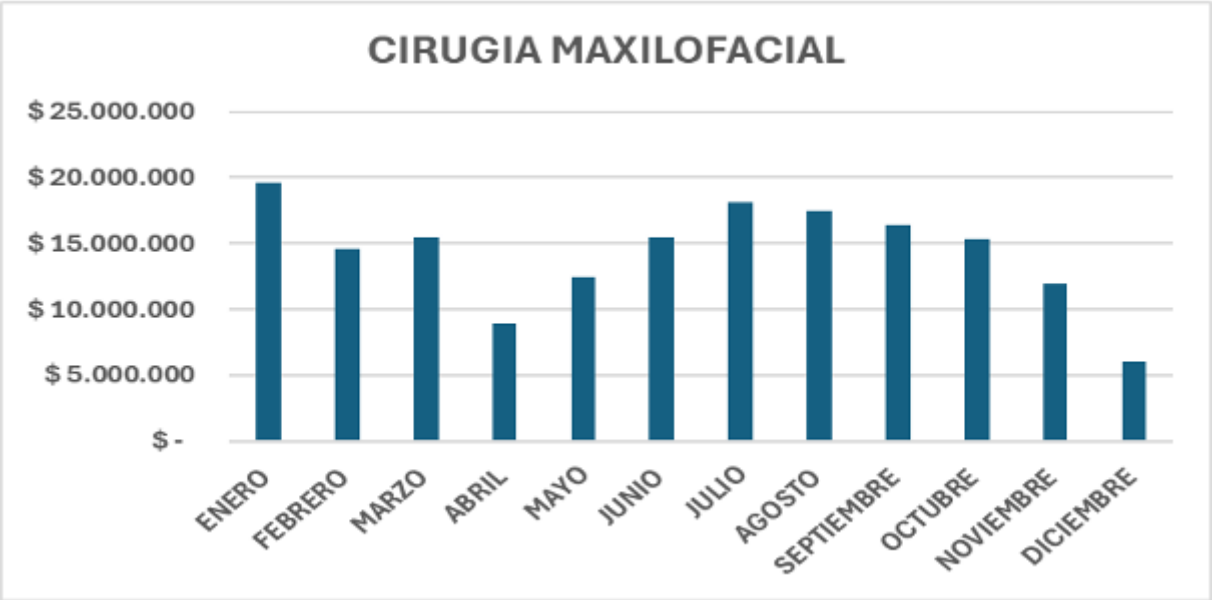
Concluimos diciembre con 2 profesionales en cardiología, alcanzando una radicación de cuentas de cobro por un total de $1.268.486.875 durante el año 2024, utilizando un modelo de cobro por procedimientos.



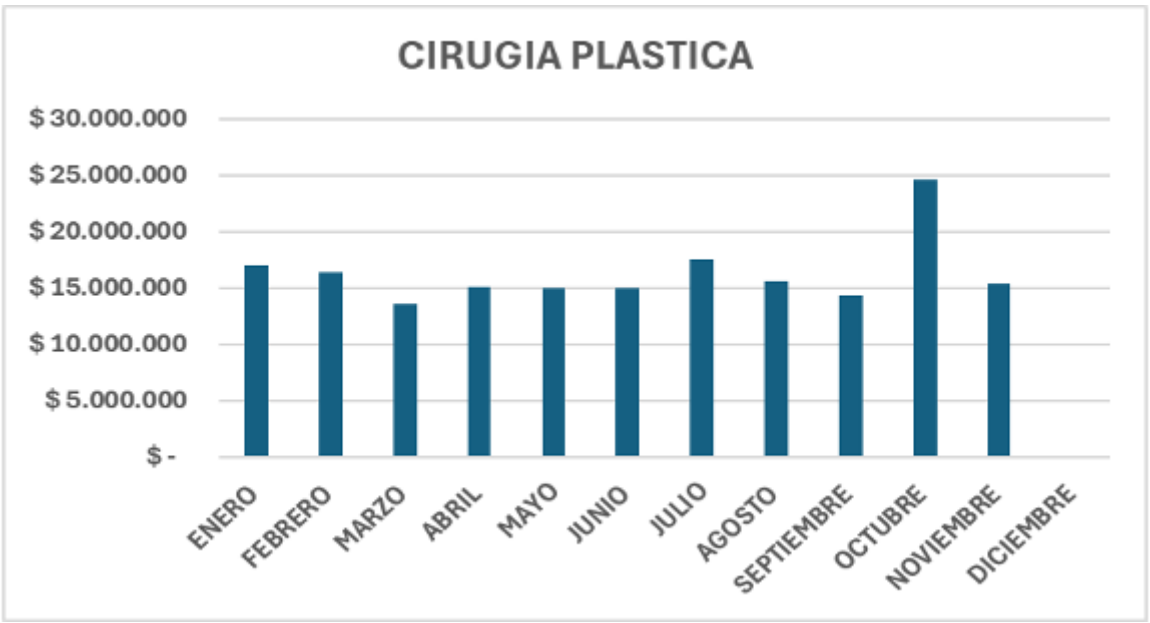
Concluimos el año 2024 con un profesional en cirugía de mano, presentando una facturación de honorarios de $ 209.954.363, basada en un modelo de cobro por procedimientos según el manual tarifario UVR.



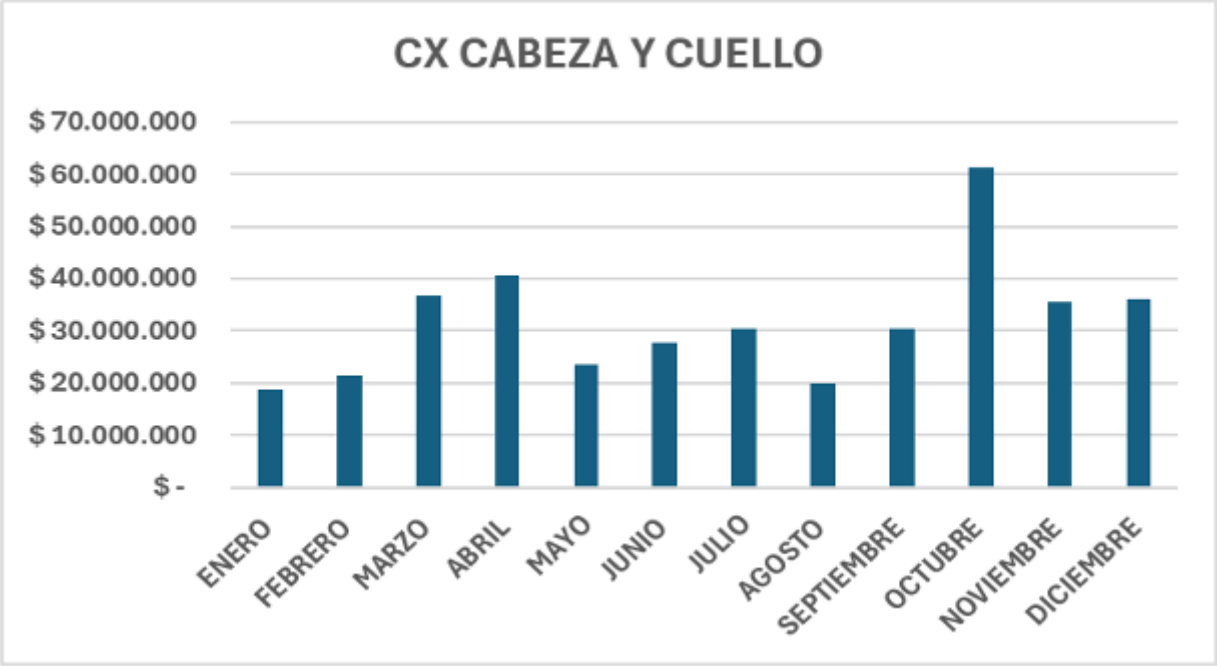
Concluimos el año 2024 con un profesional de cirugía de tórax, registrando cobros por honorarios que totalizaron $834.304.484, el modelo de cobro es por Manual tarifario y tarifa propia.



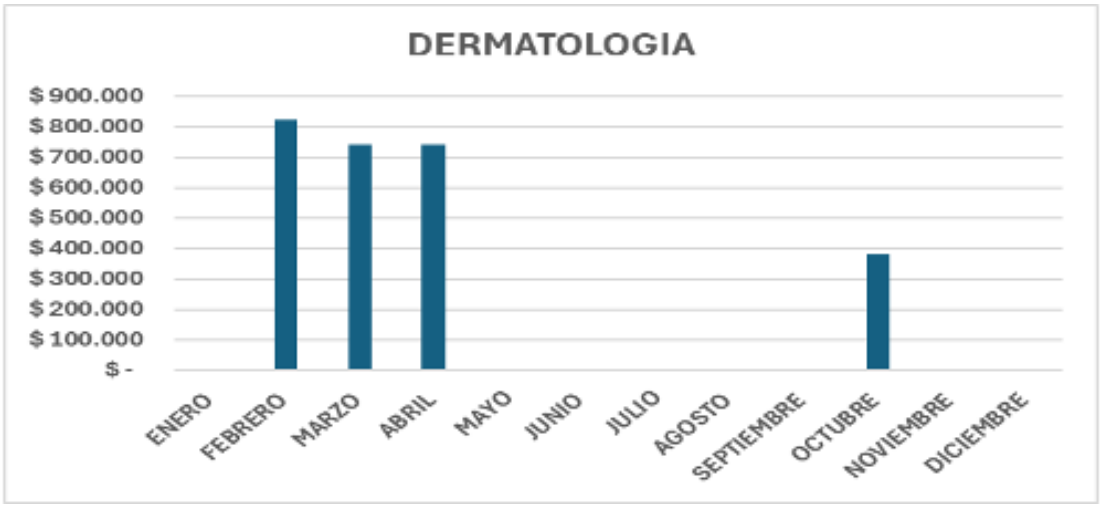
Para la especialidad de maxilofacial, cerramos con 2 profesionales, alcanzando una radicación de cuentas de cobro por un total de $172.056.145, utilizando un modelo basado en el manual tarifario.



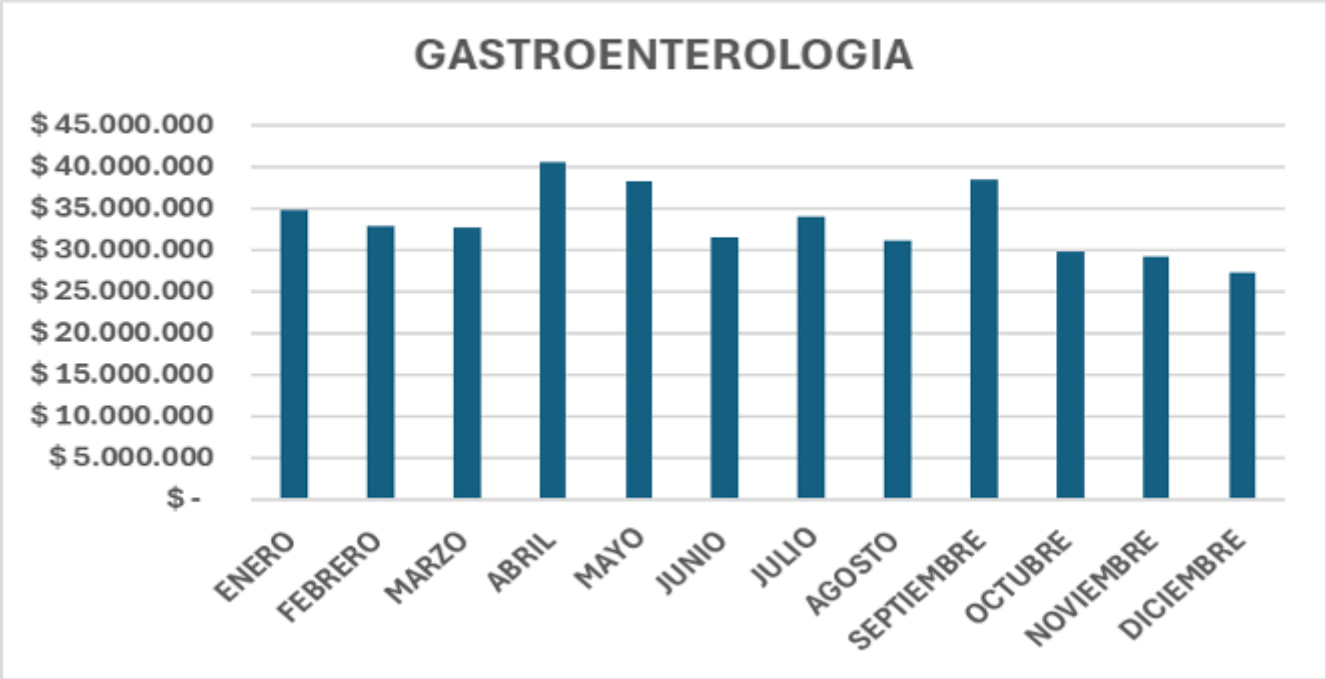
Concluimos el año 2024 en cirugía plástica con 1 profesional, registrando una radicación de cuentas de cobro por un total de $179.218.162, utilizando un modelo de cobro basado en el manual tarifario.



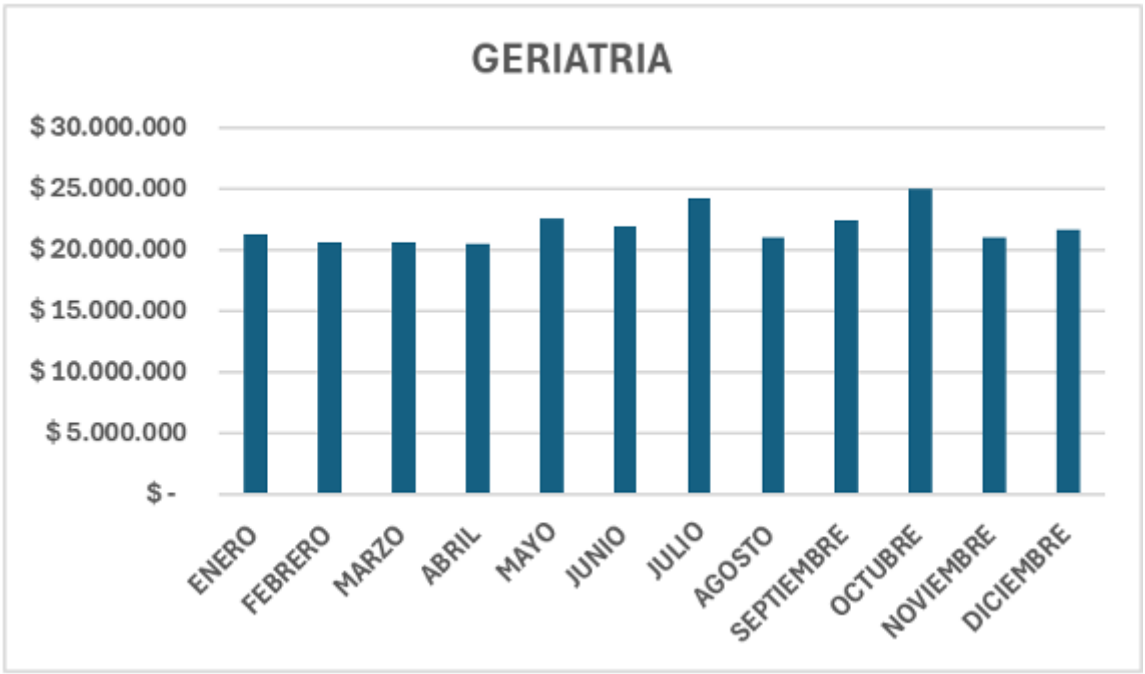
Concluimos el año 2024 en cirugía de cabeza y cuello con 1 profesional, registrando una radicación de honorarios por un total de $382.416.140, utilizando un modelo de cobro basado en tarifa propia.



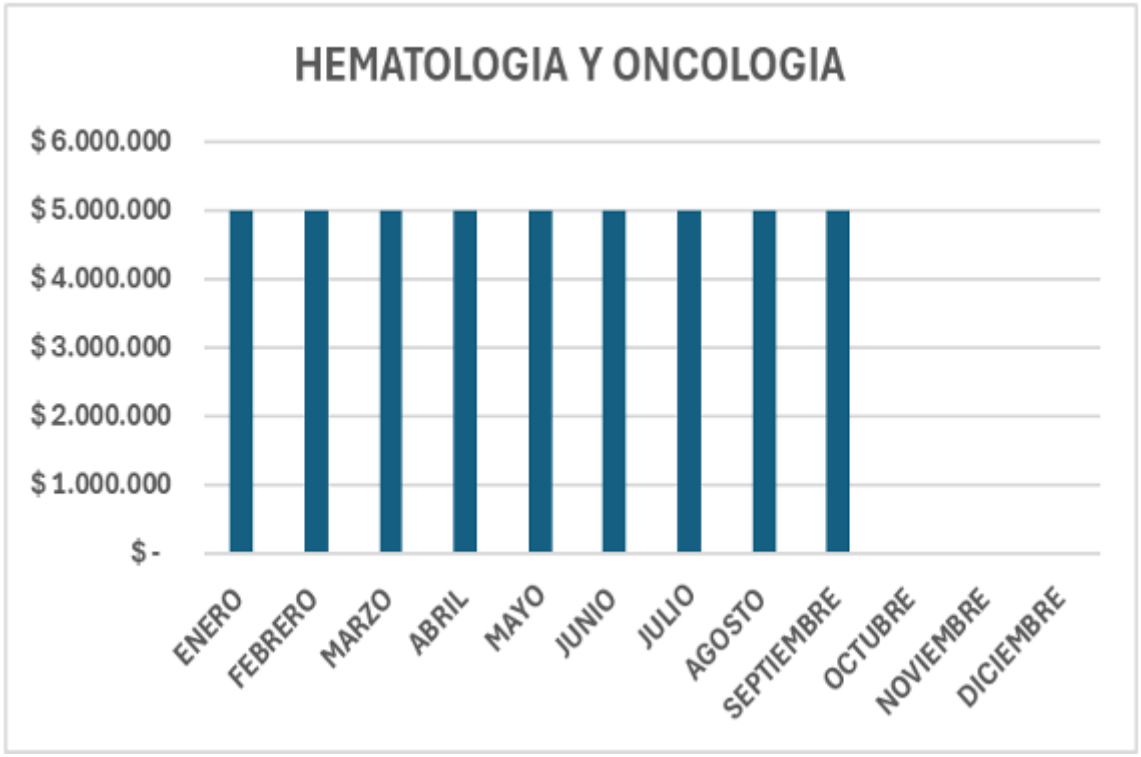
En dermatología, cerramos el año 2024 con 1 profesional, registrando una radicación de cuentas de cobro por un total de $2.681.945.



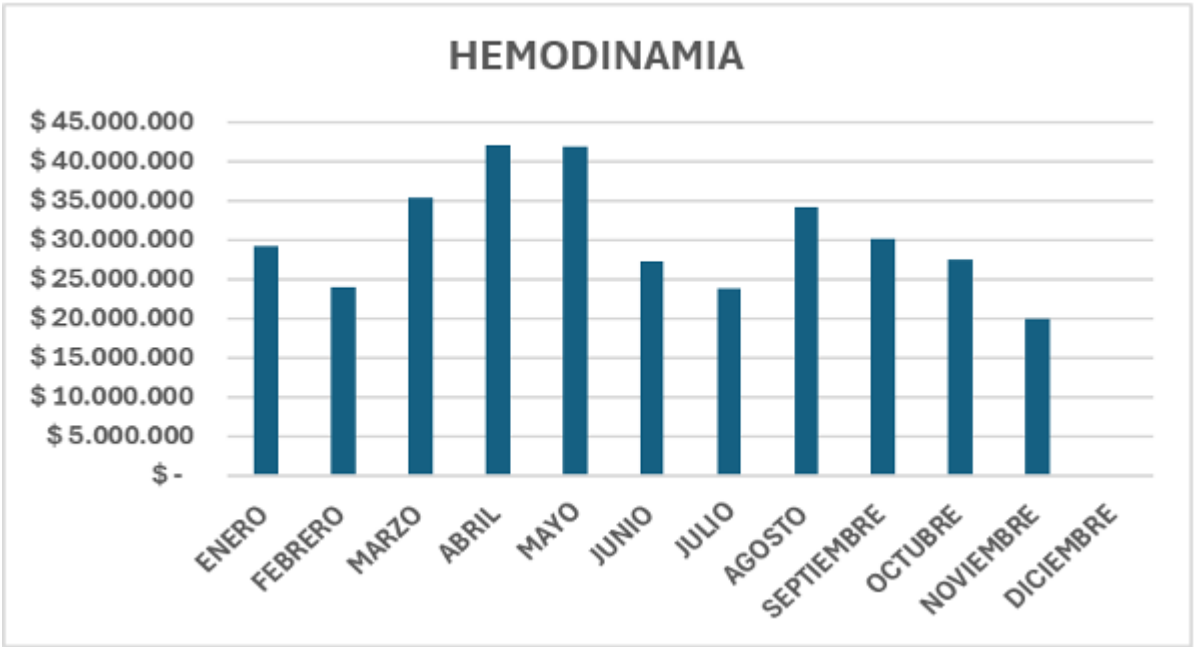
Cerramos el año 2024 en el área de gastroenterología con 1 profesional, registrando una radicación de cuentas de cobro por un total de $400.095.532, utilizando un modelo de cobro basado en tarifa propia.



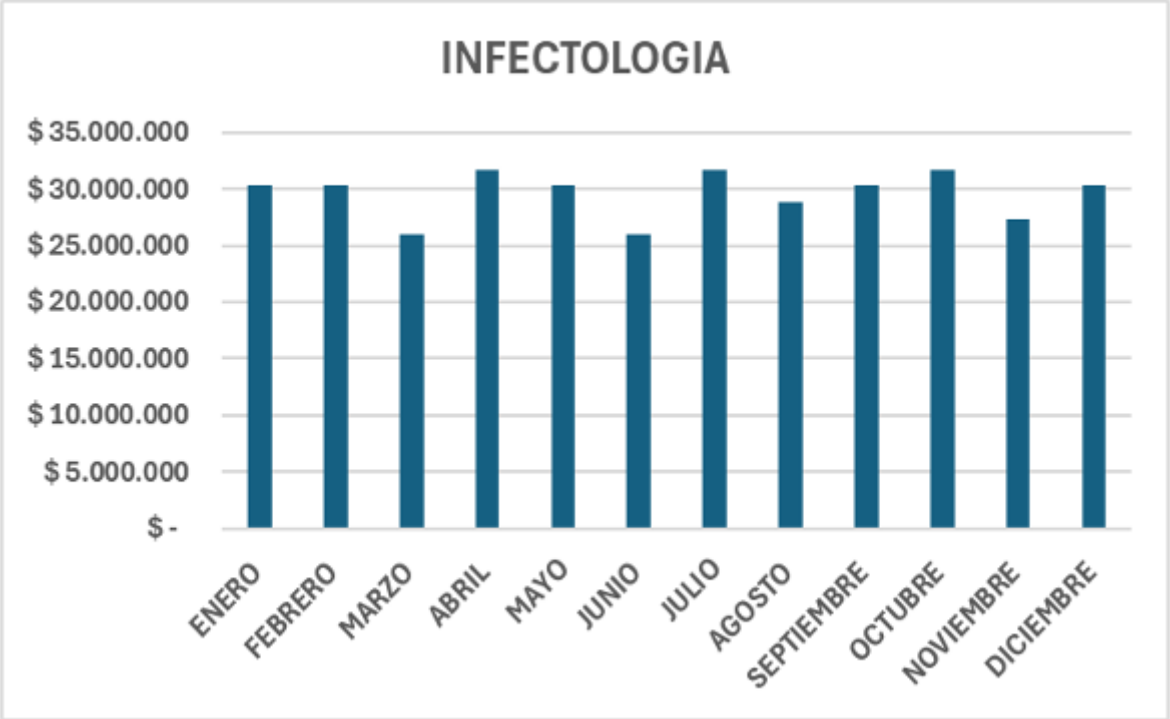
En el área de geriatría, cerramos el año 2024 con 3 profesionales, quienes cobran por horas, alcanzando una radicación de cuentas de cobro por un total de $262.430.000.



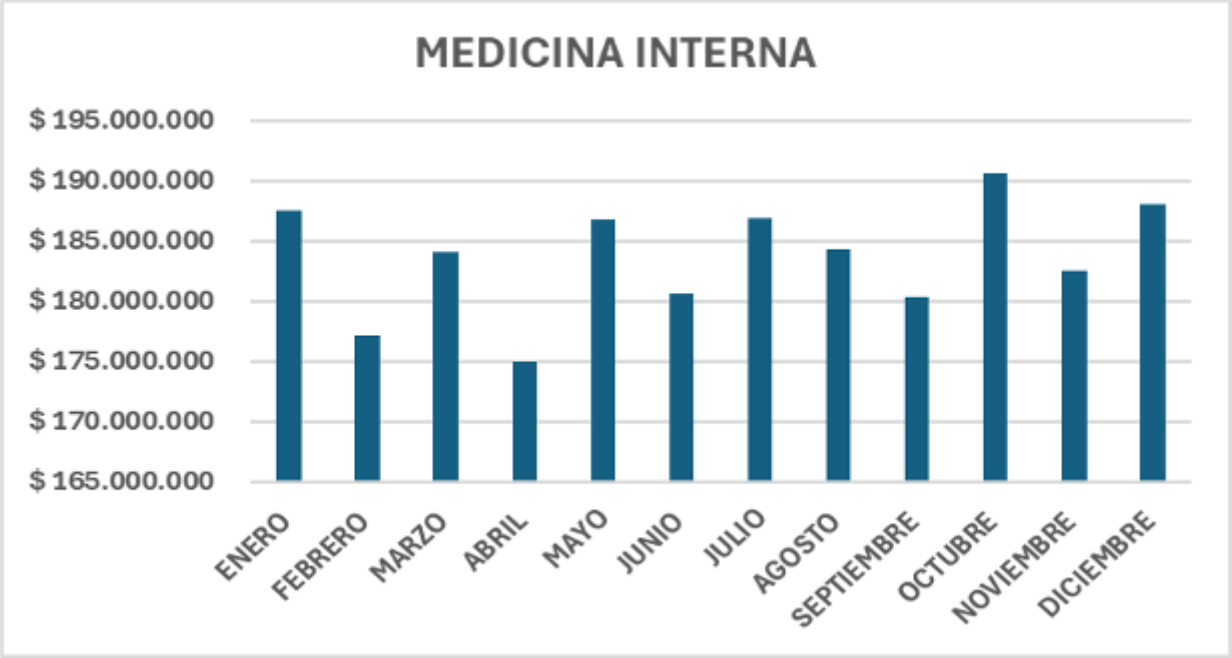
Finalizamos con Hematología 1, un profesional que tiene un costo fijo mensual de $ 5.000.000 Actualmente, tiene pendiente un cobro correspondiente a tres meses debido a inconvenientes con su contador."



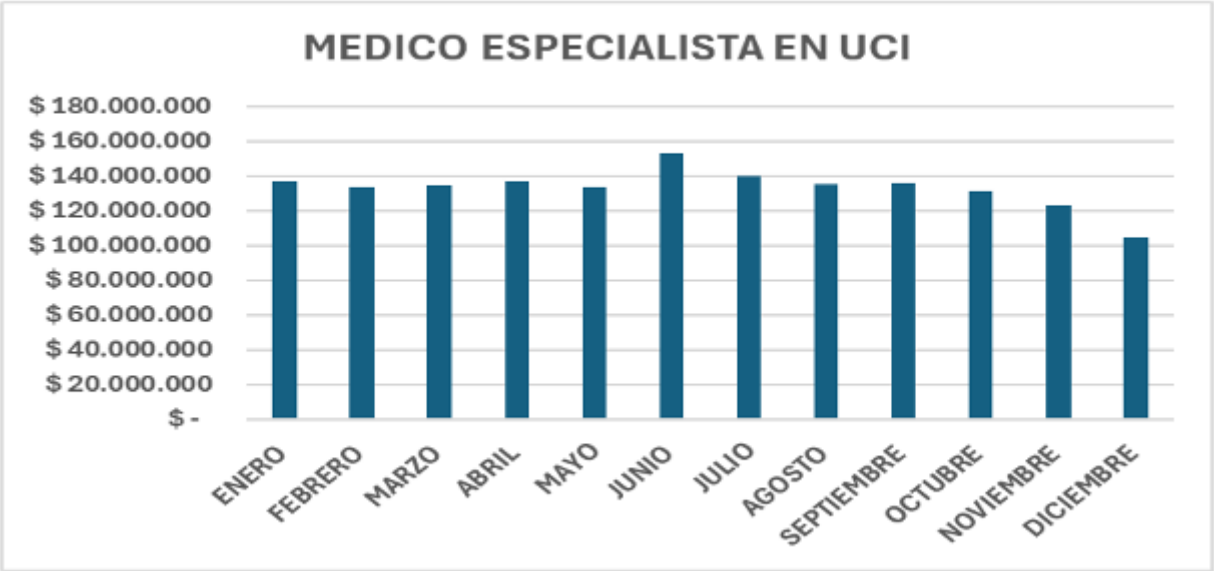
Para el área de Hemodinamia, cerramos el 2024 con 4 profesionales que cobran según el manual tarifario, presentaron una radicación de cuenta de cobro por un total de $ 334,883,142.



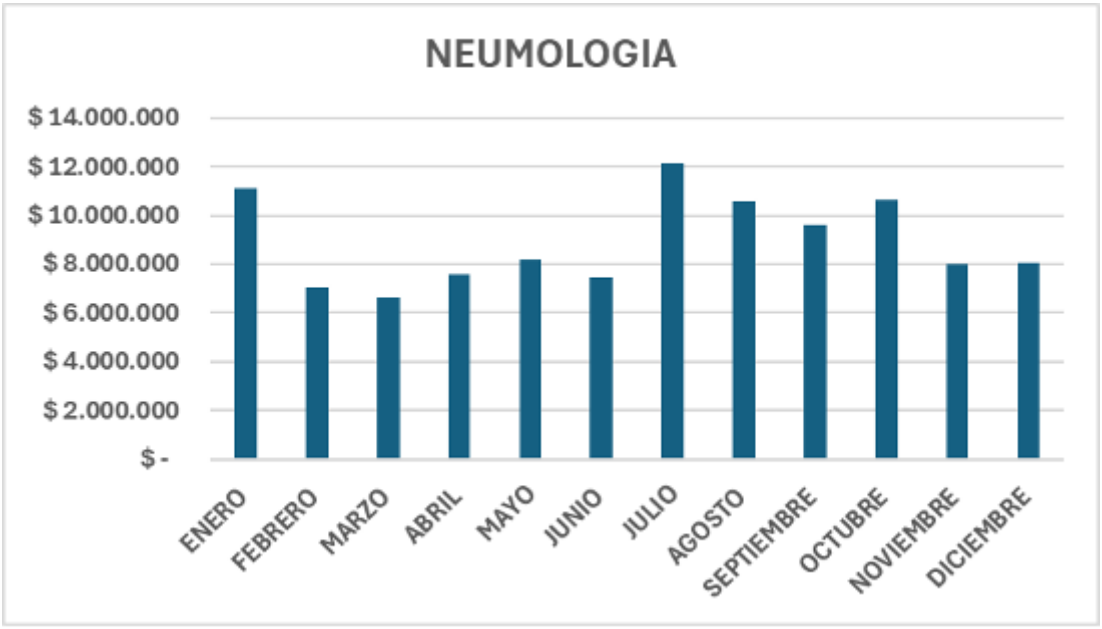
Cerramos el área de Infectología con 2 profesionales que cobran por horas según la malla de turnos. Presentaron una radicación de cuentas de honorarios por un total de $354,240,000.



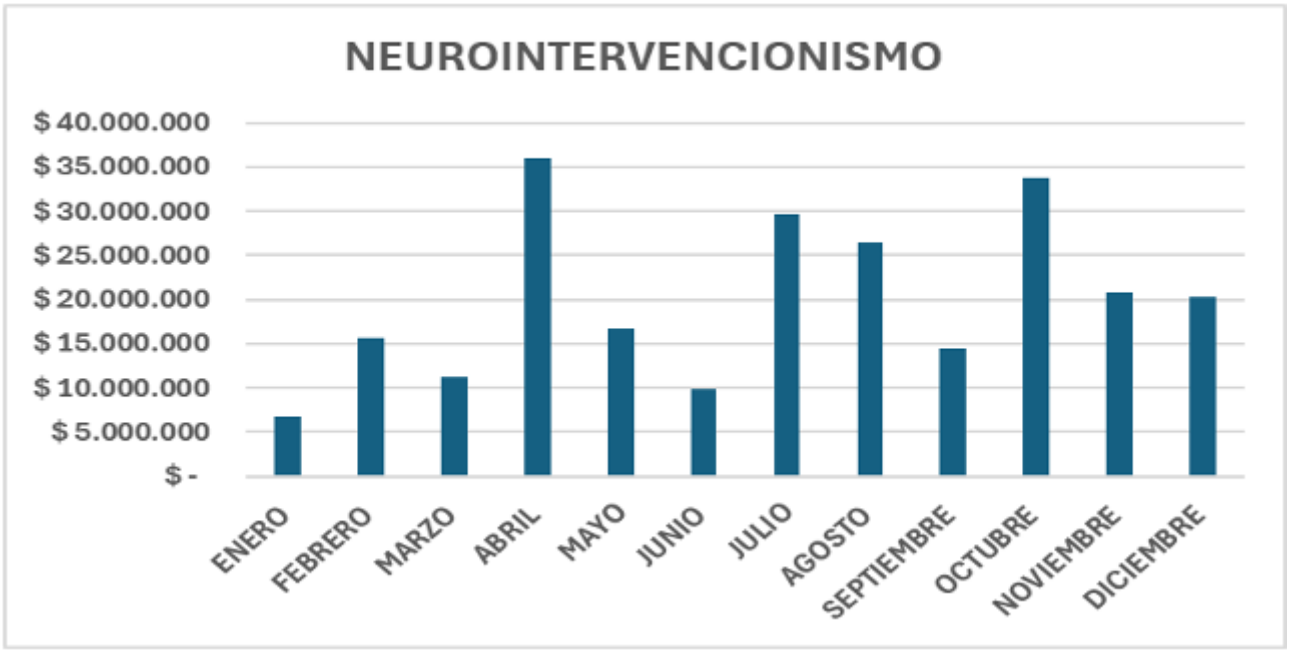
Medicina Interna finaliza el 2024 con 13 profesionales que cobran por horas según la malla de turnos, con un total de cuentas de cobro por $2,203,922,000.



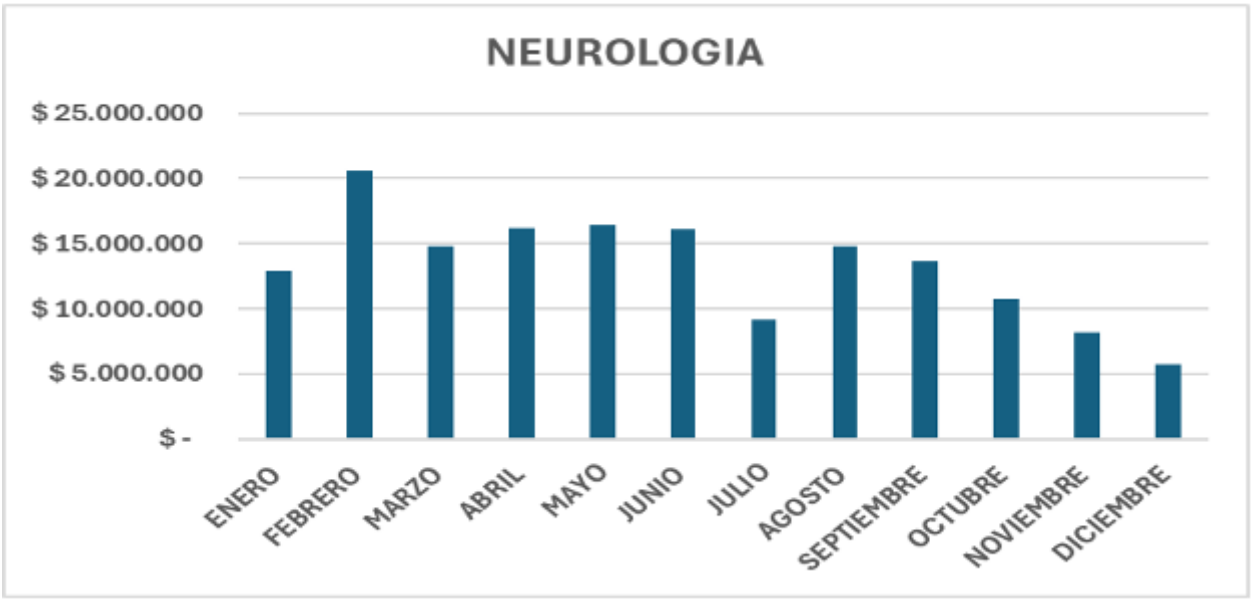
Para el área de UCI, cerramos el 2024 con 14 profesionales que cobran por horas según la malla de turnos, con una radicación total durante el año de $1,597,860,000."



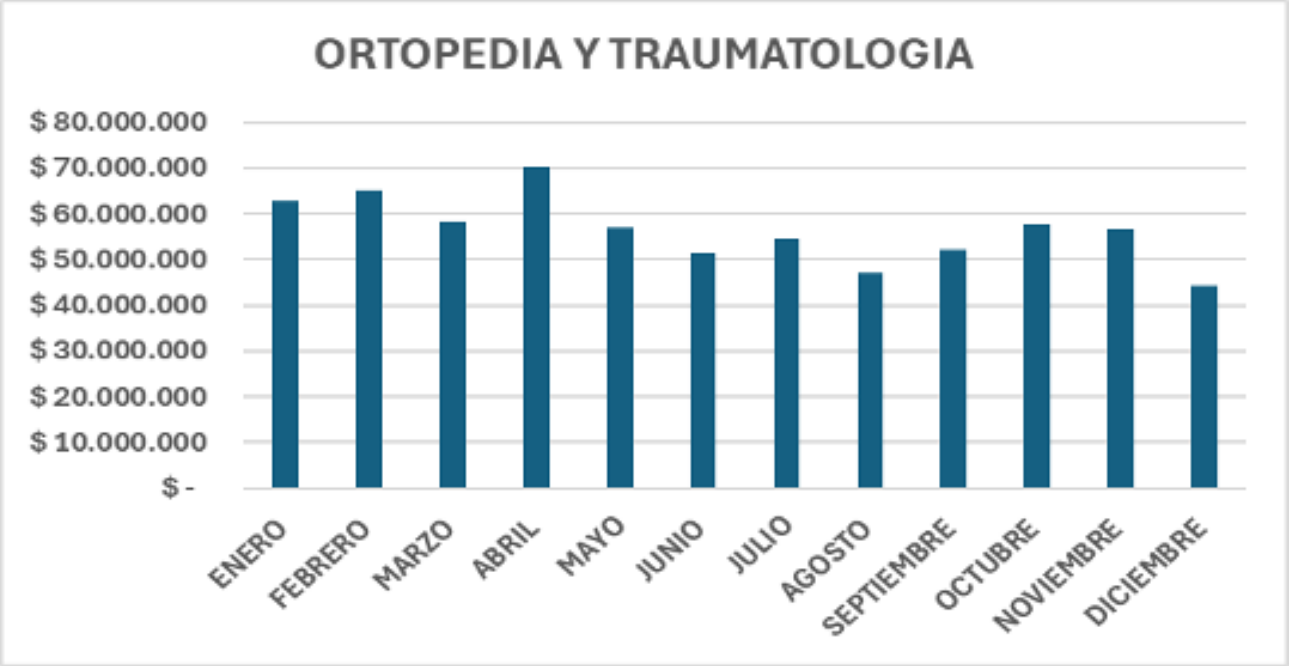
Cerramos el área de Neumología con 2 profesionales que cobran por hora y por procedimientos, con una facturación de honorarios de $106,956,000.



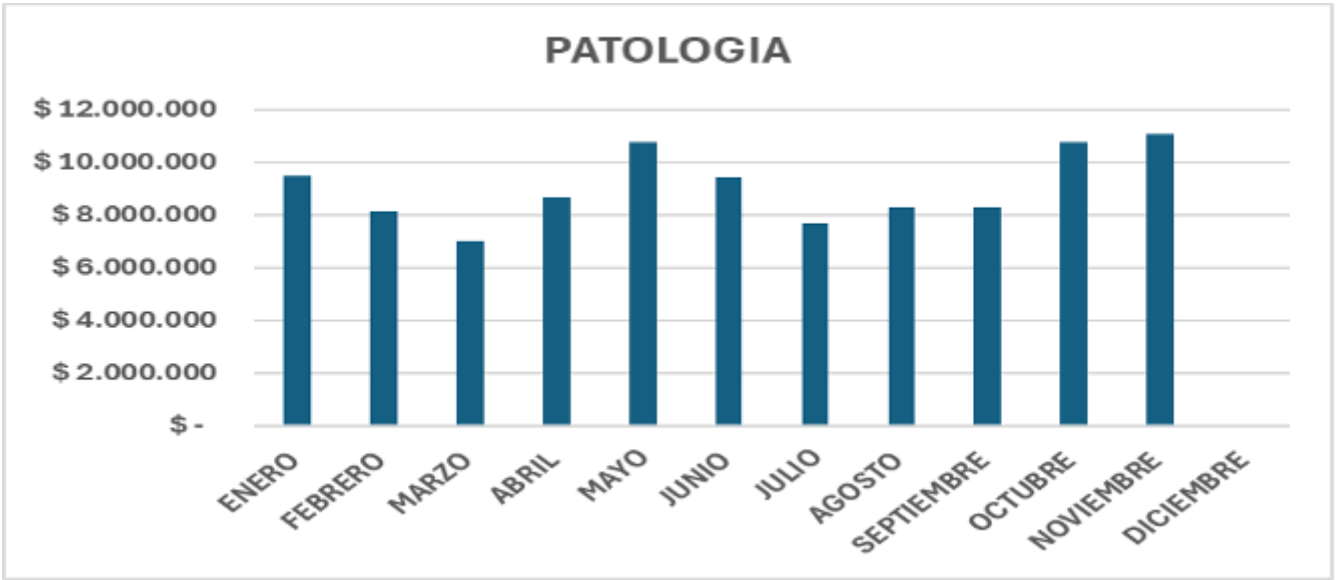
Cerramos el área de Neuro intervencionismo con 2 profesionales que cobran según el manual tarifario, con una radicación de cuentas de cobro por un valor de $241,478,446.



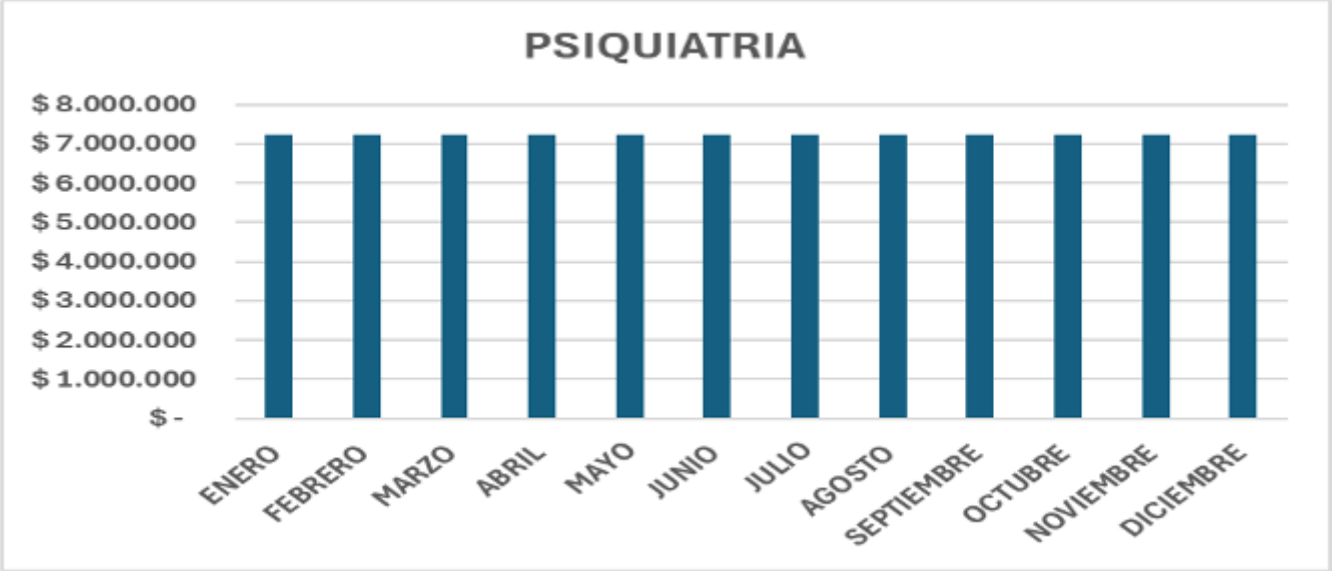
Neurología cierra el 2024 con 2 profesionales que cobran por horas y procedimientos, con una facturación total de $159,358,070.



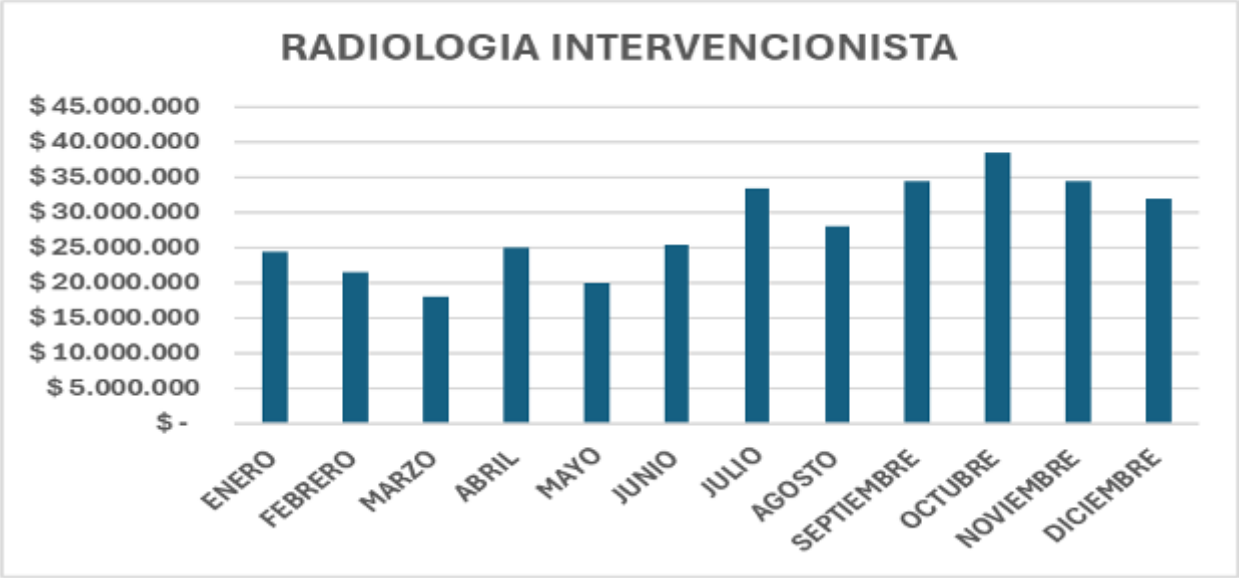
Cerramos el área de Ortopedia con 9 profesionales que cobran por horas según la malla de turnos, con un total de cuentas de cobro por honorarios de $677,308,526.



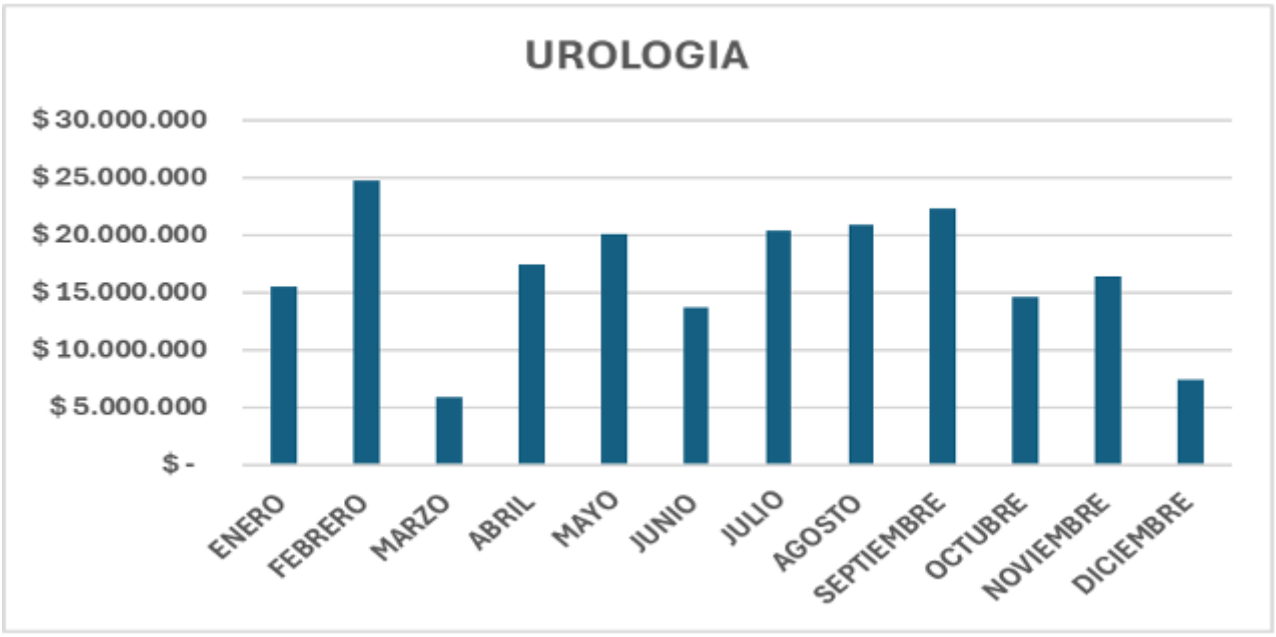
Patología cierra 2024 con una radicación de cuentas de cobro por un valor de $ 99.520.370 pendiente por cobrar diciembre.



Para el área de psiquiatría culmina con 1 profesional quien tiene costo fijo por mes de $ 7.250.000.



En el área de Hemodinamia, culminamos con 1 profesional en Radiología Intervencionista, quien cobró según el manual tarifario, con una radicación de cuentas de cobro por $ 334,505,279.



Cerramos el área de Urología con 2 profesionales que cobran por horas y procedimientos según el manual tarifario, con una radicación de cuentas de cobro por un valor de $198,938,508.

ARL SURA

La planilla de riesgo 5, correspondiente a los especialistas con exposición a radiación, es un costo que debe ser cubierto por el Hospital San Carlos. Esta planilla de ARL SURA debe ser entregada al área de contabilidad antes del 15 de cada mes para su respectivo pago. Los pagos realizados durante el 2024 fueron de$ 68.492.297

3. Conclusiones

Cerramos el 2024 con una facturación total por concepto de cobro de honorarios médicos en todas las especialidades, incluyendo los profesionales subcontratados, quienes contribuyeron con su profesionalismo al realizar procedimientos a lo largo del año. Esto permitió generar una facturación financiera significativa, cumpliendo con los requerimientos

establecidos para el cobro de sus honorarios, aunque con algunas falencias en el cumplimiento de la radicación de cuentas de cobro

Resultados Financieros:

- 2024: $ 19.451.771.056
- 2023: $ 19.237.799.169

Informe De Gestión Auxiliares Administrativos: Convenios Y Nómina

Johanna Godoy

1. Introducción

El presente informe de gestión tiene como objetivo presentar un resumen detallado de las actividades y logros alcanzados en el año 2024 desde la perspectiva del cargo de Asistente Administrativa de la Dirección Médica. Durante este periodo, se han gestionado y fortalecido los convenios de docencia y servicio con diversas universidades, lo que ha permitido una mayor colaboración en la formación de los profesionales de la salud en nuestro hospital.

Asimismo, se ha avanzado significativamente en el proceso de registro de los tiempos no laborados, buscando optimizar la gestión administrativa y garantizar la correcta contabilización de las jornadas laborales. En cuanto a las novedades de nómina, se implementaron estrategias para mitigar los errores y asegurar una mayor precisión en el proceso, contribuyendo así a la mejora continua en la gestión de recursos humanos.

Este informe refleja los esfuerzos y resultados obtenidos en cada una de estas áreas, con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos establecidos y seguir fortaleciendo la eficiencia administrativa en la Dirección Médica.

2. Plan de trabajo de Docencia y Servicio

Objetivo general

Garantizar el cumplimiento de los requisitos establecidos por las áreas de Seguridad y Salud en el Trabajo, así como Bienestar y Capacitación, para la correcta incorporación de los estudiantes a la práctica hospitalaria en el marco de los convenios de docencia y servicio. Desde mi rol como Asistente Administrativa de la Dirección Médica, me encargaré de asegurar que los estudiantes y docentes reciban toda la información necesaria sobre el reglamento básico interno, coordinaré los acercamientos previos a la inducción corporativa, realizaré recorridos por las instalaciones del hospital, asignaré a los estudiantes a los servicios correspondientes, y gestionaré el agendamiento de los comités de docencia y servicio, con el fin de consolidar el cierre de las prácticas a lo largo del año.

Objetivos clave

Asegurar una gestión eficiente y ordenada de los convenios de docencia y servicio, promoviendo la integración exitosa de los estudiantes a la práctica hospitalaria, cumpliendo con los lineamientos de seguridad, salud en el trabajo y bienestar, garantizando una inducción adecuada, seguimiento oportuno y cierre formal de las prácticas, contribuyendo así al desarrollo profesional de los estudiantes y al cumplimiento de los estándares institucionales.

3. Plan De Acción En Los Servicios

Paso 1: Recepción y Registro de Estudiantes

Verificar la documentación necesaria de los estudiantes antes de su ingreso al hospital.

Registrar la información de los estudiantes en el sistema correspondiente para dar inicio al proceso de asignación de servicios.

Paso 2: Asignación de Estudiantes a Servicios

Asignar a los estudiantes a los servicios médicos o quirúrgicos de acuerdo con sus áreas de formación y las disponibilidades del hospital.

Realizar un recorrido por las instalaciones del hospital para familiarizar a los estudiantes con los diferentes servicios y protocolos de seguridad.

Paso 3: Supervisión y Acompañamiento

Mantener comunicación constante con los docentes y supervisores de cada servicio para evaluar el desempeño y progreso de los estudiantes.

Atender cualquier solicitud o inquietud relacionada con el desarrollo de las prácticas de los estudiantes.

Proporcionar retroalimentación y apoyo adicional según sea necesario.

Plan de acción en los servicios

Paso 4: Gestión de Comités de Docencia y Servicio

Coordinar y agendar reuniones con los comités de docencia y servicio para evaluar el desempeño de los estudiantes en cada fase de su práctica.

Consolidar los informes de cada práctica, evaluando el cumplimiento de los objetivos establecidos y los aprendizajes obtenidos por los estudiantes.

Paso 5: Mejoras Continuas

Realizar un análisis anual de los procesos de gestión de convenios, identificando oportunidades de mejora para optimizar la experiencia de los estudiantes y la eficacia de la gestión administrativa.

Incorporar retroalimentación de estudiantes, docentes y supervisores para ajustar procedimientos y brindar un mejor servicio en futuras ediciones.

Paso 6: Cierre de Prácticas

Gestionar la documentación necesaria para el cierre de las prácticas a lo largo del año, asegurando que se entreguen todos los informes finales y se cumpla con los requisitos establecidos por cada universidad.

Realizar una evaluación de los estudiantes al final de su práctica, recopilando información sobre su experiencia para mejorar futuros procesos.

Asegurar que cada estudiante reciba el debido reconocimiento de acuerdo con su desempeño.

Fundación Universitaria Cafam
Conocimiento con Responsabilidad Social

Con el convenio de Unicafam ya contamos con participacion de estudiantes de Enfermeria, detro de áreas de hospitalizacion, urgencias, calidad y procesos administrativos.

Contraprestacion; $8.460.832

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNIMONSERRATE
PROYECCIÓN & CERCANÍA

Con el convenio de Unimonserrate contamos con estudiantes de auxiliar de enfermeria, donde su participación es en Hospitalizacion , urgencias y piel sana, proyectan para el 2025 poder hacer practica en la UCI.

Cruz Roja contaba con auxiliares de enfermeria de manera esporadica y termina convenio de docencia y servico al 2024
Contraprestacion: $ 8.289.993.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

Ingresa a FHSC con un amplio portafolio de programas de pregrado en el sector.
Iniciamos con el programa de enfermería tanto jefes como auxiliares. Y para el 2025 iniciariamos con otros programas

37 jefes
52 auxiliares

Contraprestación $14.510.944

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
U.D.C.A

El proceso con UDCA, esta directamente asociada al apoyo medico del hospital, contamos una amplia participacion en todos los servicios

Contraprestacion: $36.955.790

Gestión Psicología

Andrés Mora

1. Introducción

Antecedentes

El servicio de psicología se a encargado de brindar atención oportuna en el área clínica, cumpliendo con los estándares de calidad por medio de profesionales idóneos del área, la intervención se a consolidado en un trato humano y enfocado a la empatía y dignificación del paciente aquel que cree en proceso de recuperación completo entre la medicina y la psicología.

2. Metas y objetivos

Corto plazo: detectar el problema, encontrar las causas y devolver el equilibrio mental a esa persona, para que pueda llevar una vida plena y recuperar su salud mental, mediante la valoración precisión en el diagnostico,

Mediano plazo: elaboración de planes de intervención en trastornos clínicos de alta demanda, donde por medio de un personal académico se logre establecer como un espacio enfocado en la educación activa brindando no solo un espacio para la recuperación de la salud mental, por eso la importancia de bridar un espacio educativo y vocacional para próximos profesionales

Largo plazo: focalizar un área intrahospitalaria dedicada a los trastornos conductuales y mentales consolidándose para la institución en un referente en el trato activo y humano de la salud mental

3. Objetivos Del Área De Psicología

Generar un modelo de intervención clínico enfocado en el tratamiento de trastornos mentales causados por comorbilidad de patologías físicas; por ejemplo, enfermedades mentales derivadas del V.I.H, CANCER, ENFERMEDADES NEFROLOGICAS Y NEUROLOGICAS

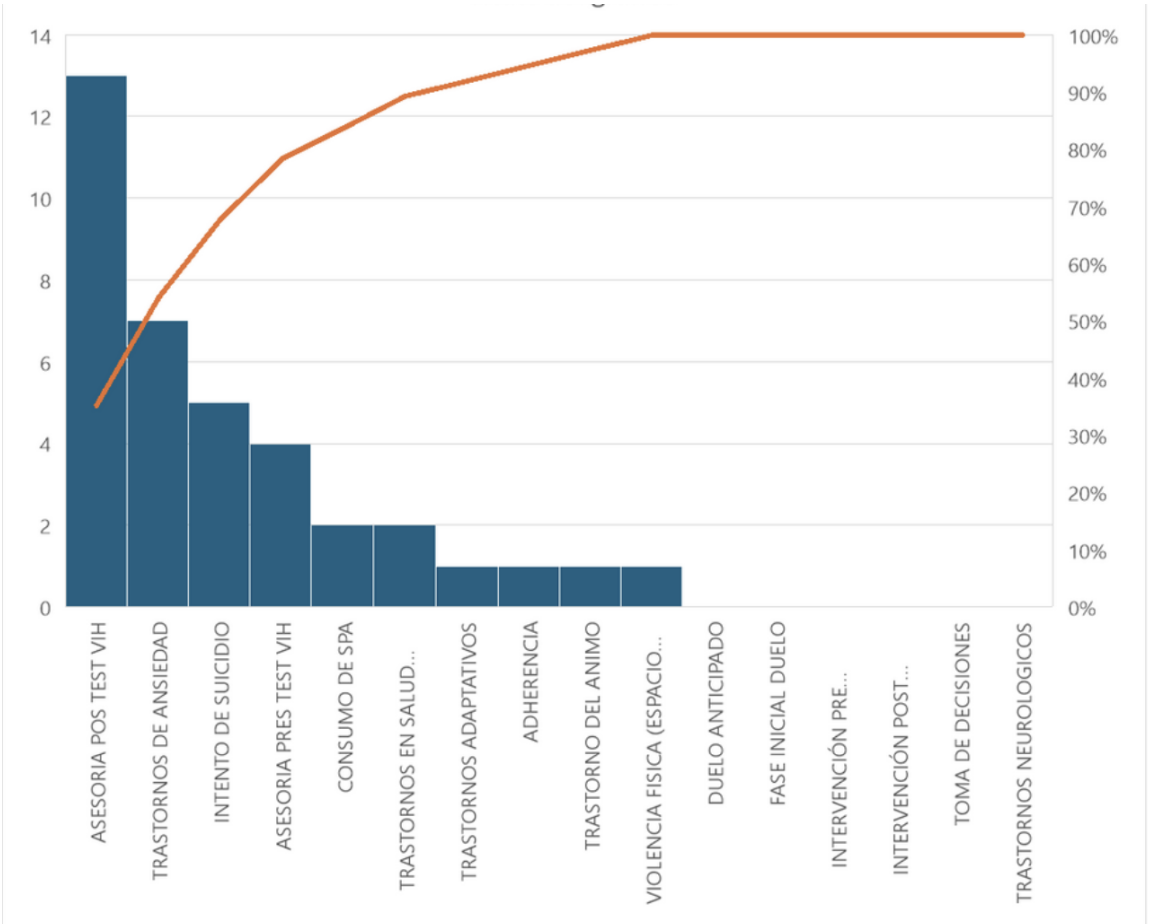


IMPACTO HOSPITALARIO

El área de la psicología en la institución se ha limitado a estandarizar procesos médicos, brindando una intervención sistemática al paciente, limitando el área de acción de la psicología

Problemas	Impacto
no tener objetivos sobre el área de accion	brindar una atención generalizada a los pacientes
limitizacion en el personal	seguimiento adecuado al paciente
area no adecuado al trato de la salud mental	***delimitacion de areas para el paciente de salud mental***

Atención psicológica anual



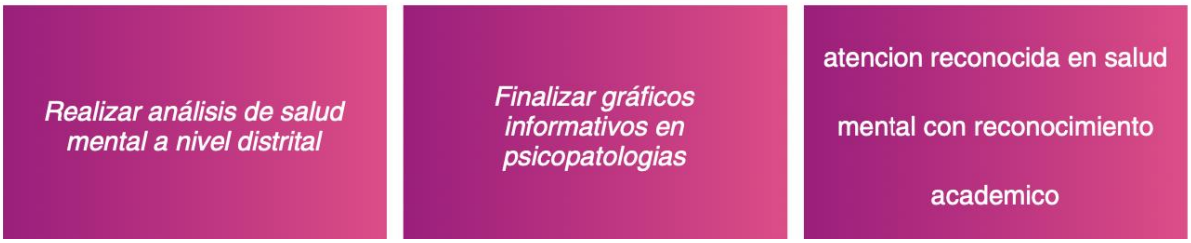
4. Soluciones Propuestas

Generar la atención adecuada por el área administrativa generando vínculos educativos y académicos en convenio de docencia y servicio, brindando personal y recursos académicos que fomenten un espacio educativo y clínico resolutivo frente a las patologías mentales.

Problemas	Soluciones
limitación en el personal	convenios académicos
herramientas estadísticas	innovación en recursos estandarizados
espacios para salud mental	***evaluación y adquisición de espacio adecuado***

ALCANCE

Generar un servicio reconocido por instituciones estatales para brindar recursos adecuados para el área de psicología



ENTREGABLES

Por medio de informes mensuales brindar datos estandarizados de las intervenciones y seguimientos realizando así un proceso teórico práctico que brinde resultados verídicos para las continuaciones de procesos institucionales.

Entregables	Fecha de vencimiento
Cuadro conceptual sobre estructura de proceso	Primera semana de diciembre
Informe cuantitativo y cualitativo	Primera semana de diciembre
Espacio intrahospitalario	***Primera semana de diciembre***

INDICADORES CLAVE

Proporcionar registro y evaluación de la información adquirida para uso académico eh institucional

Horas de trabajo planificadas vs. horas de trabajo reales	Porcentaje de tareas completadas	Informes académicos de casos evaluados

APROBACIÓN

Psicólogo y psiquiatra

Nombre	Decisión		Fecha	Notas
Andrés Ignacio mora serrano	☑ ☐ ☐	Si No Pendiente	1 dic 2025	Ninguno
Jaramillo	☐ ☐ ☐	Si No Pendiente	***1 de Dic 2025***	
	☑ ☐ ☐	Si No Pendiente		

DOCUMENTOS RELACIONADOS

Enumera documentos, presentaciones, videos u otros medios relevantes para el proyecto.

Documentos vinculados	Descripción
Informes mensuales y anual	Cualitativo y cuantitativo
Registro audiovisual	Videos y registro
Test psicológicos	Resultados estandarizados

Gestión de Calidad

Hecho por Angie Marleny Rodríguez Vera

Sistema Obligatorio Garantía De La Calidad

1. Introducción

El objetivo del SOGCS se enfoca al conjunto de instrucciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que se desarrolla en la Fundación Hospital San Carlos para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud a nivel transversal.

HABILITACIÓN: Procesos De Autoevaluación de Servicios

Talento Humano:

Febrero 2024: Octavo Ciclo de Autoevaluación Personal de servicios Asistenciales con un % de cumplimiento del ***96%.***

Marzo 2024: Quinto Ciclo de Autoevaluación Hojas de Vida Especialistas (95) con un porcentaje de cumplimiento del ***19%.***

Septiembre 2024: Noveno Ciclo de Autoevaluación Personal de servicios Asistenciales con un % de cumplimiento del **78*%***

Julio 2024: Sexto Ciclo de Autoevaluación Hojas de Vida Especialistas (102) con un porcentaje de cumplimiento del ***43%.***

Diciembre 2024: Noveno Ciclo Seguimiento de Autoevaluación Personal de servicios Asistenciales con un % de cumplimiento del **91*%***

Diciembre 2024: Séptimo Ciclo de Autoevaluación Hojas de Vida Especialistas (102) con un porcentaje de cumplimiento del ***70%.***

Se realizan 2 ciclos de autoevaluación y un ciclo de verificación para el mes de diciembre al total de las hojas de vida del personal, evidenciando una desviación en el mes de octubre, relacionado a la alta rotación de personal y a disminución en la planta de talento humano; sin embargo, en la socialización de los resultados se evidencio un gran avance para el mes de diciembre en el seguimiento.

Se realizan tres ciclos de autoevaluación, verificando el total de las hojas de vida de los especialistas, evidenciando un aumento significativo en la adherencia, sin embargo, se ha logrado dicho aumento gracias a la gestión de las áreas tanto del proceso de jurídica y dirección médica.

Infraestructura:

Julio 2024 Quinto Ciclo de infraestructura por habilitación***: 80% de cumplimiento*** (Con la entrega del servicio de urgencias.

Noviembre 2024 Sexto Ciclo de infraestructura por habilitación: ***92% de cumplimiento*** (pendiente obras grandes como baños en alas norte de la fundación, trabajos sucios ajustar pocetas en alas norte).

Se evidencia un aumento en el cumplimiento de áreas y ambientes normativos por habilitación; obra realizada en las unidades de cuidados intensivos con división de cubículos; aumento en la adherencia relacionada con los ambientes y áreas requeridas por habilitación para los diferentes servicios, se logra cumplir de acuerdo a la norma con los espacios requeridos sin embargo se debe continuar con cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo en la institución

Cumplimiento de **mantenimiento de la infraestructura** se encontraba en el mes de enero 2024 en un**:** **92 %** y noviembre 2024 en un: ***86%.***

Se evidencia que los seguimientos como rondas interdisciplinarias implementadas por el área de calidad, así como los seguimientos a los hallazgos de concepto higiénico sanitario una disminución en la adherencia o subsanación de estos en los diferentes servicios de la fundación hospital san Carlos.

Dotación:

Enero 2024 Quinto Ciclo de Dotación por Habilitación***: 93 %*** de cumplimiento.

- *Hojas de Vida por servicio:* ***89 %*** de cumplimiento.

Septiembre 2024: Quinto Ciclo de Dotación por habilitación: **97%** de cumplimiento

- *Hojas de Vida por servicio:* ***95 %*** de cumplimiento.

Se evidencia un aumento en la adherencia relacionada con la suficiencia de los equipos biomédicos por servicios sin embargo en algunos servicios aún no se dispone de lo requerido por 3100. (Hemodinamia: Equipo de ablación y polígrafo de 64 canales. Urgencias: Bascula bebé, nebulizador. Salas de cirugía: Equipo de toma de gases arteriales.

Medicamentos, Insumos y Dispositivos Médicos:

SAM: Sistema de Aire Medicinal

Proceso de autoinspección noviembre 2024: Con 4 acciones correctivas de acuerdo con criticidad, para planes de mejora ya implementados.

Cronograma de capacitación a personal con alcance al SAM 100% cumplimiento 2024.

2. Auditoria a Proveedores para el año 2024: Messer 13 febrero 2024: 1 Observación.

3. Auditoría interna por Messer 2024: 29 y 30 de septiembre 2024: 22 Acciones correctivas con planes de mejora ya implementados y subsanados (pendiente plan maestro de validación con el proveedor.

4. Mantenimiento: Se realiza recorrido del servicio farmacéutico junto con coordinación de mantenimiento y coordinación farmacéutica. Subsanación de hallazgos en proceso y solicitudes de requisiciones de acuerdo con lo estipulado en acta.

5. Gestión documental del proceso previo a visita de SDS, ajustes mínimos y socialización a personal operativo.

Carros de Reanimación:

Para el año 2025 se encuentra solo dos meses con un bajo cumplimiento del 88%

En el primer trimestre del 2024 se evidencio en un mes cumplimiento por debajo de la meta de 80% de adherencia, sin embargo, gracias a la ejecución de los planes de mejora estipulados en el segundo semestre se evidencio una mejora significativa pasando de un 87 % de cumplimiento al 93% de cumplimiento en el segundo semestre con un global de adherencia del 90%.



2. Procesos Prioritarios

Enero 2024 Quinto Ciclo de Procesos Prioritarios por Habilitación: ***99 %*** de cumplimiento.

Septiembre 2024 Quinto Ciclo de Procesos Prioritarios por Habilitación***: 100 %*** de cumplimiento.

PROCESO/SERVICIO	TOTAL	CUMPLE	NO CUMPLE	% CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE PROCESOS
Seguridad del paciente	15	15	0	100	Lina Orjuela
Referencia y Contrareferencia	1	1	0	100	Juieth Hurtato
Consulta Externa	4	4	0	100	Johanna Perea
Servicio Farmaceutico	16	16	0	100	Angie Rodriguez
Imágenes Diagnosticas	11	11	0	100	Yessica Alvarez
Diagnostico Vascular	7	7	0	100	Yessica Alvarez
Hemodinamia	18	18	0	100	Yessica Alvarez
Gestion Pre- Transfusional	5	5	0	100	Yessica Alvarez
Toma de Muestras	4	4	0	100	Yessica Alvarez
Laboratorio clinico	5	5	0	100	Yessica Alvarez
Laboratorio de histotecnologia	4	4	0	100	Yessica Alvarez
Patologia	7	7	0	100	Yessica Alvarez
Hospitalización	20	20	0	100	Angie Rodriguez
Unidad de cuidado intensivo	39	39	0	100	Johanna Perea
Unidad de cuidado intermedio	23	23	0	100	Johanna Perea
Salas de Cirugia	19	19	0	100	Lina Orjuela
Urgencias	29	29	0	100	Juieth Hurtato
Terapias	2	2	0	100	Yessica Alvarez
Domicilio	11	10	1	91	Angie Rodriguez
Esterilización	12	12	0	100	Lina Orjuela
TOTAL DOCUMENTOS	252	251	1	100	
PROMEDIO					**100**

NOTA: Se genero bloqueo en el aplicativo Almera desde el mes de noviembre 2024

Historia Clínica:

- En proceso de cambio de Software institucional.
- Seguimiento a los registros clínicos de la parte médica, enfermería y terapia.
- Ruta de mejoramiento premio categoría oro diciembre 2022, por la mejora en los registros clínicos de la FHSC. En el año 2023 se replicó el seguimiento en los servicios de 4 piso y uci 2 y 3 piso, en el año 2024 se replicó a los servicios de urgencias, hospitalización.

Interdependencia

Se da inicio en el mes de Marzo a Octubre la aplicación de las auditorías programadas a los siguientes procesos de la institución:

1. Lista de Chequeo Davita (Verificaciones de condiciones de Habilitación).
2. Lista de chequeo a Ambulancias (Global life y cruz roja).
3. Lista de Chequeo Servicio de Alimentación (mediterránea).
4. Lista de Chequeo Servicios Generales (mediterránea).
5. Lista de Chequeo Servicio de Lavandería. (ILunion y colombiana de lavado como auditoria precontractual)
6. Lista de Chequeo Servicio de Seguridad y Vigilancia (Thomas)

Cronograma auditorias 2024

PROCESO / SUBPROCESO / SERVICIO / ÁREA / PROVEEDOR	CRITERIOS	LÍDER O RESPONSABLE DEL PROCESO AUDITADO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	RESPONSABLE DE LA AUDITORÍA / AUDITOR(ES)
Talento Humano	Estandares de Habilitación	Selección y Capacitacion y desarrollo													Coordinación de calidad
Infraestructura	Estandares de Habilitación	Gestora de mantenimiento													Coordinación de calidad
Dotación	Estandares de Habilitación	Coordinador Biomedico													Coordinación de calidad
Medicamentos insumos y DM	Estandares de Habilitación	Coordinador Farmacia													Coordinación de calidad
Procesos prioritarios	Estandares de Habilitación	TN- Coordinadores Procesos													Coordinación de calidad
Historia Clinica	Estandares de Habilitación	TICS- Coordinador de Auditoria													Coordinación de calidad
Interdependencias	Estandares de Habilitación	Coordinadores de Procesos													Coordinación de calidad- Coordinacion de procesos
Davita	Estandares de Habilitación	Personal Contractual													Coordinación de calidad- Coordinacion de procesos
Ambulancias	Estandares de Habilitación	Personal Contractual													Coordinación de calidad- Coordinacion de procesos
Servicio de Alimentos (Mediterranea)	Estandares de Habilitación	Personal Contractual													Coordinación de calidad- Coordinacion de procesos
Servicios Generales (Mediterranea)	Gestión de Calidad	Personal Contractual													Coordinación de calidad- Coordinacion de procesos
Vigilancia (Tomas)	Gestión de Calidad	Personal Contractual													Coordinación de calidad- Coordinacion de procesos
Lavanderia (Ilunion)	Gestión de Calidad	Personal Contractual													Coordinación de calidad- Coordinacion de procesos
Recibo y entrega de turno	Gestión de Calidad- Coordinaciones de procesos	Personal asistencial de los Servic													Lideres Calidad - Coordinadores de proceso
Carros de Reanimación	Gestión de Calidad- Habilitación	Coordinadores de Procesos y Jefes de servicios													Coordinacion de calidad De acuerdo a cronograma individual.
Autoinspección del Sistema de Aire Medicinal	Resolucion 4410 BPM SAM	Personal con alcance al SAM													Personal con alcance al SAM
Auditoria a proveedores MESSER	Resolucion 4410 BPM SAM	Personal con alcance al SAM													Personal con alcance al SAM
Auditoria Interna al Sistema de Aire Medicinal	Resolucion 4410 BPM SAM	Personal con alcance al SAM													Personal con alcance al SAM
PAMEC	Gestión de Calidad- Habilitación	Coordinadores de Procesos y Jefes de servicios													Coordinacion de Calidad- Referente de seguridad del paciente.
Ruta de mejoramiento	Gestión de Calidad- Habilitación	Coordinadores de Procesos y Jefes de servicios													Premio Categoria plata: Humanización en salud.

PAMEC 2024

# Item	META DE SEGURIDAD	META	MAYO	AGOSTO	NOVIEMBRE
1	*Facilitar las acciones colaborativas de pacientes para promover la seguridad de la atención.*	*95%*	*60%*	*67*	*100%*
2	*Ilustrar al paciente acerca del autocuidado de su seguridad.*	*95%*	*60%*	*67*	*100%*
3	*Implementar equipos de respuesta rápida.*	*95%*	*45%*	*100*	*100%*
4	*Mejorar la seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas en imágenes diagnósticas.*	*95%*	*75%*	*50*	*100%*
5	*Prevenir el cansancio del personal de salud*	*95%*	*70%*	*67*	*100%*
6	*Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental*	*90%*	*55%*	*67*	*100%*
7	*Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.*	*80%*	*55%*	*75*	*85%*
8	*Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.*	*80%*	*45%*	*75*	*85%*
9	*Utilización y/o desarrollo del software para disminuir riesgo en la prestación del servicio.*	*85%*	*50%*	*50*	*50%*
Promedio		***90%***	***57%***	***69***	***91%***

Aprendizaje organizacional 2024- Socializado a los lideres de proceso

# Item	META DE SEGURIDAD	Aprendizajes organizacionales
1	Facilitar las acciones colaborativas de pacientes para promover la seguridad de la atención.	Se evidencio una mayor adherencia a los procedimientos relacionados con la seguridad de los procesos realizados por cada colaborador con enfoque a nuestros pacientes y familiares; con las jornadas de expocalidad se enfatizo en los temas transversales de calidad de manera practica y dinamica de acuerdo a las tematicas planteadas en cada stand; asi mismo de gran importancia el acompañamiento y capacitaciones por parte de talento humano sobre habilidades blandas
2	Ilustrar al paciente acerca del autocuidado de su seguridad.	se evidencia que se realiza educacion de pacientes y familiares sobre el autocuidado y se evidencia gran cumplimiento por parte del personal y los familiares y pacientes
3	Implementar equipos de respuesta rápida.	Se logra mejorar la respuesta rapida ante cualquier evento relacionado con atencion a victimas de violencias sexuales, ataque agentes quimicos y codigo azul en la institución, garantizando asi una atención veraz y oportuna para nuestros pacientes y familiares, siendo mas eficiente la toma de decisiones e intervenciones requeridas.
4	Mejorar la seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas en imágenes diagnósticas.	Durante la recepcion se evidencia el manejo de los pacientes pre y post de procedimientos de pacientes y se evidencia mejoria en el cumplimiento y oportunidad de toma de estudios registrados en indicadores de aplicativo en almera.

5	Prevenir el cansancio del personal de salud	Se logro en todos los procesos de la institución, no solo asistenciales sino tambien areas administrativas la prevencion del cansancio de los colaboradores con una mayor adherencia a las actividades realizadas por talento humano en todos los turnos ; se evidencio una mejora relacionada con las actividades ludicas de gran impacto para el cliente interno de la FHSC.
6	Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental	Se evidencia a nivel institucional un mayor conocimiento relacionado al manejo de este tipo de patologías en los pacientes, mayor adherencia a protocolo institucional encaminado a la prevencion de eventos adversos durante las estancias hospitalarias y asi mismo a una identificación adecuada de los mismos en cada escenario de la FHSC.
7	Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.	Dadas las características particulares de las unidades de cuidado crítico, se requiere el fortalecimiento del trabajo en equipo y la comunicación efectiva en la búsqueda de cumplimiento de objetivos para así minimizar la posibilidad de errores o eventos adversos, Todo el personal de las unidad de cuidado critico debe estar alineado con las políticas de calidad de la fundacion y con las guias de manejo y protocolos sobre el manejo de los pacientes.
8	Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.	Se evidencia un cronograma desde el mes de agosto 2023 hasta el mes de diciembre 2024 para la adopcion, evaluación, implementación y medición de adherencia a las GPC en la institución con alcance a patologias cardiovasculares.
9	Utilización y/o desarrollo del software para disminuir riesgo en la prestación del servicio.	Se ha logrado el cumplimiento y acompañamiento mensual a los comites de historia clinica dados los hallazgos y oportunidades de mejora evidenciados en los mismos, la implementación de planes de mejora y acciones correctivas que generen una mayor adherencia a el adecuado diligenciamiento de registros clinicos por perfil; acompañamiento y mesas de trabajo con el aplicativos para su posible implementación que de lugar en el año 2025.

Visita entes de control



VISITAS ENTES DE CONTROL EAPB 2024		
FECHA		RESPONSABLE
1	23/01/2024	Visita SDS -Queja de Paciente
2	12/02/2024	Visita SDS- Queja de Paciente
3	26/02/2024	Visita Invima
4	28/02/2024	Visita Asistencia Técnica Farmacovigilancia
5	05-06/03/2024	Visita calidad y Contractual Famisanar
6	26/03/2024	Vista SDS Queja de Paciente
7	27/03/2024	Visita SDS - Brote Kodamaea Ohmeri
8	27/03/2024	Visita SDS - Brote Cándida Auris
9	11/04/2024	Visita SDS- Queja de Paciente
10	11/04/2024	Visita SDS- Cierre de Brote
11	18-19/04/2024	Visita de Calidad Compensar
12	26/04/2024	Visita SDS - virtual seguimiento programa farmacovigilancia
13	2/05/2024	Visita SDS- Queja de Paciente
14	14/05/2024	Vista SDS Queja de Paciente
15	20/05/2024	Visita Seguimiento plan de mejora EPS sanitas
16	29/05/2024	Visita SDS- Brote Ochrobactrum Antropi
17	29/05/2024	Visita SDS- Queja de colaborador
18	17/06/2024	Visita SDS- Medicamento de control especial
19	17/06/2024	Visita plan de mejoramiento EPS famisanar
20	2/08/2024	Visita Pre-Contractual Capital salud
21	23/08/2024	Visita de auditoria Eps Salud Total
22	2/09/2024	Visita SDS- Queja de Paciente
23	2/09/2024	Visita SDS- Queja TAC CRUE
24	16/09/2024	Visita Licenciamiento Rx portátil, angiografía y tomógrafo
25	22/10/2024	Visita licenciamiento Rx Fijo.
26	20/12/2024	Visita SDS- Queja de Paciente

SI (Sistema de Información)

INDICADORES	*FECHAS*
Resolución 1552 Capital Salud	Primeros 8 Días Mes
Resolución 1552 Salud Total	Primeros 5 Días Mes
Resolución 1552 Nueva Eps	Primeros 5 Días Mes
Resolución 1552 Famisanar	Primeros 5 Días Mes
Resolución 1552 Compensar	Primeros 5 Días Mes
Resolución 1552 Sanitas	Primeros 5 Días Mes
Capacidad Instalada Capital Salud	Primeros 8 Días Mes
Informe al CRUE Servicios de Urgencias	Primeros 8 Días Mes
Resolución 256 Capital Salud	Primeros 8 Días Mes
Resolución 256 Nueva Eps	Primeros 5 Días Mes
Resolución 256 UT Servisalud	Primeros 10 Días Mes
Resolución 256 UT Salud Total	Primeros 8 Días Mes
Indicadores Seguridad del Paciente Nueva Eps	Primeros 5 Días Mes
Resolución 256 Famisanar	Primeros 5 Días Mes
Capacidad instalada Capital Salud	Primeros 10 Días Mes
Base grande general Salud Total	Primeros 10 Días Mes
Base grande general capital salud	Primeros 10 Días Mes

3. Los Indicadores que se reportan a las EAPB

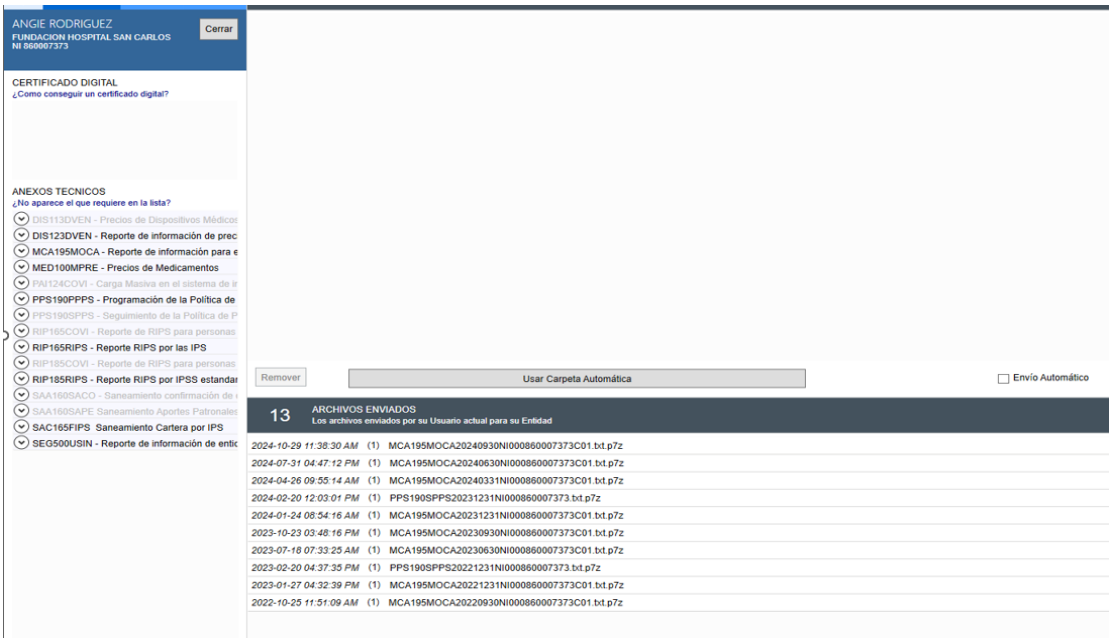
se reportan mensualmente en las herramientas dadas por cada EPS, los indicadores fuera de rangos se les realiza plan de mejora de acuerdo con la solicitud de la EAPB en los tiempos estipulados y son sujetos de seguimiento. (A la fecha contamos con 2 planes de mejora Cerrados.

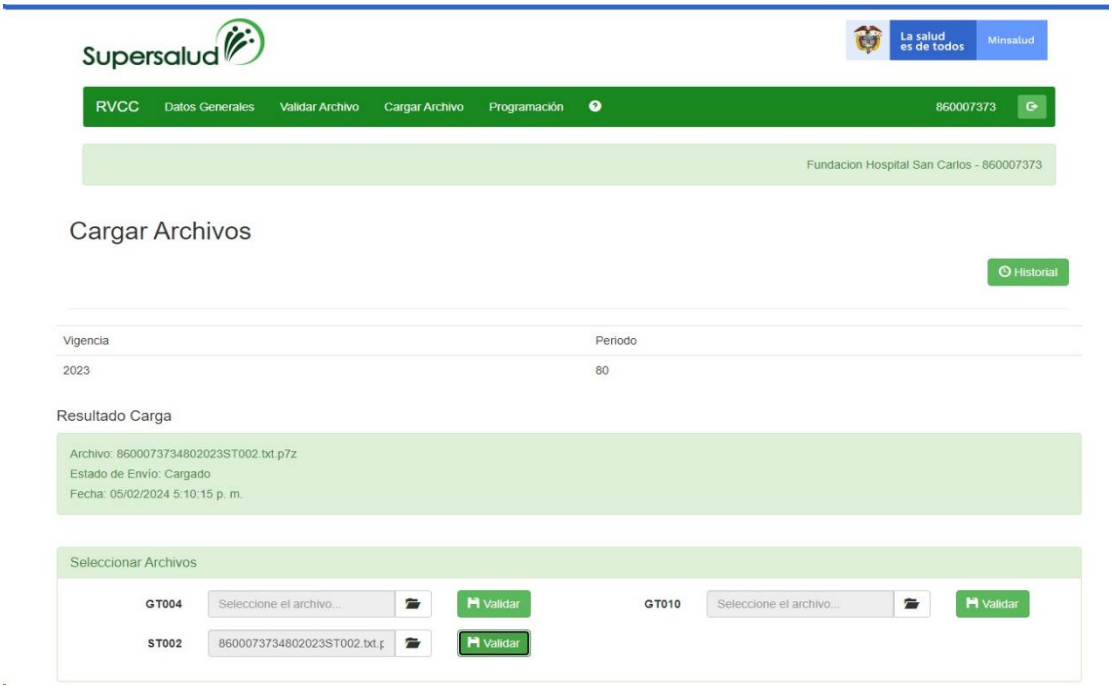
- ***Reportes Normativos en Aplicativos de Supersalud y Sispro.***

- Resolución 256 trimestral (abril 2024 - Julio 2024 - octubre 2024 - enero 2025)

- A la fecha se cuentan con los reportes oportunos en aplicativos normativos de la Fundación Hospital San Carlos.

- Circular 012 Anual: PAMEC (Febrero 2024)





4. Comités Institucionales

1. **Seguridad del paciente:** Resolución 1441 de 2013 y Resolución 3100 de 2019. (Cumplimiento)
2. **Infecciones:** Resolución 1441 de 2013 y Resolución 3100 de 2019. (Cumplimiento)
3. **Técnico Científico - Guías de práctica Clínica:** Resolución 1441 de 2013- Guía metodológica para la elaboración de guías de atención integral en el sistema general de seguridad social en salud de Colombia Ministerio de salud 2010. (Cumplimiento)
4. **Historia Clínica:** Resolución 1995 de 1999, resolución 1441 de 2013 y resolución 3100 de 2019. (Cumplimiento)
5. **Vigilancia Epidemiológica:** Decreto 3518 de 2016 Estadísticas vitales: Mortalidad; Resolución 3114 de 1998. (Cumplimiento)
6. **Farmacia y Terapéutica; Inmerso el de SAM:** Decreto 2200 de 2005.Resolución 4410 de 2009 (Cumplimiento)
7. **Servicio Transfusional:** Decreto 1571 de 1993. (Cumplimiento)
8. **Reactivo vigilancia:** Programa nacional de reactivo vigilancia de 2020. (Cumplimiento)
9. **Tecnovigilancia:** Resolución 4816 de 2018. (Cumplimiento)
10. **Calidad:** Iso 9001. (Cumplimiento)
11. **Ética Hospitalaria:** Resolución 13437 de 1991 Se adopta el Decálogo de los derechos de los pacientes. (Cumplimiento)

12. **Trasplantes- Gestión operativa de la donación:** Decreto 2493 de 2004 y ley 1805 de 2016. (Cumplimiento) cambio para el Dr. Duarte

13. **Docencia Servicio:** Inmerso en el Modelo de la evaluación de la docencia servicio para el desarrollo de programas académicos en salud de 2021. (Pendiente)

14. **Gestión Ambiental:** Inmerso en el Manual de gestión integral de residuos Ministerio Salud e Instituto Nacional de salud. (Cumplimiento)

15. **Convivencia Laboral:** Resolución 652 de 2012. (Cumplimiento)

16. **Derecho a morir con dignidad:** Resolución 1216 de 2015. (Puede estar inmerso en el de Ética Hospitalaria) (Cumplimiento)

17. **Copasst:** Resolución 064 de 2020(Cumplimiento) Se maneja desde SST.

REPS: Manejo de Aplicativo

Actualización de Portafolio

Declaración de Autoevaluación

Aplicación de Novedades de: Servicios, Sedes, Capacidad Instalada, Datos de IPS.

Gestión Del Programa De Seguridad Del Paciente

Hecho por Johana Perea de la Rosa

1. Introducción

La seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.

Constituidos por lineamientos generales y específicos

2. Lineamientos Específicos De Seguridad Del Paciente de la FHSC

La Fundación Hospital San Carlos como institución prestadora de servicios de salud deberá ser líder en la Gestión Clínica del seguimiento al riesgo, para ello asumirá los siguientes compromisos:

- Tener priorizado dentro de las intenciones organizacionales el prestar servicios de salud bajo los mejores estándares de calidad.
- Contemplar dentro de los estándares de calidad atributos como la seguridad del paciente y de los funcionarios de la Fundación, mediante el control continuo y permanente del riesgo que conlleva prestar servicios de salud.
- Garantizar mediante una infraestructura física hospitalaria y con una dotación de equipos biomédicos actualizados con planes de mantenimiento adecuados acorde a la normatividad del Sistema Único de Habitación (Sistema Obligatorio de

Garantía de la Calidad), la prestación de servicios de salud segura y confiable, que redunden en buenos resultados para la salud y bienestar de los pacientes.

- Direccionar todos los esfuerzos asistenciales a evitar la ocurrencia de error médico o del grupo de salud durante la atención del paciente.
- Reducir la ocurrencia de eventos adversos en la Fundación Hospital San Carlos, a los llamados eventos adversos no prevenibles (término relacionado con las complicaciones propias de la patología y las inherentes a la idiosincrasia del paciente).
- Desarrollar actividades de autocontrol y mejoramiento continuo que le permitan a la Fundación poder desarrollar gestión clínica con menor riesgo.
- Trabajar en el proceso de Acreditación Institucional, en donde el seguimiento al riesgo forma parte de las áreas temáticas de desarrollo más importantes para la obtención y mantenimiento de esos estándares superiores de calidad.
- Generar información estadística que, reportada a los entes de vigilancia y control, le permita al Ministerio de la Protección Social diseñar los mejores lineamientos dentro de sus políticas trazadas para la prestación de servicios de salud.

3. Premisas Del Programa

- La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas de la institución.
- Enfoque de atención centrada en el paciente: el resultado más importante que se desea obtener es la satisfacción del usuario y su seguridad, lo cual es un eje alrededor del cual giran todas las acciones.

- Es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención diariamente, para analizarlas y generar una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita.
- Trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento.
- El número de eventos adversos reportados obedece a la política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de atención.
- El riesgo de sufrir eventos adversos para pacientes existe en todas las instituciones de salud del mundo.

Dentro de la metodología de trabajo para el programa de seguridad del paciente de Fundación Hospital San Carlos, se establece un enfoque de desarrollo basado en las 7 metas internacionales de seguridad del paciente, con el fin de fortalecer los procesos seguros y disminuir la prevalencia de los eventos adversos que a nivel mundial se presentan con mayor frecuencia en las instituciones de salud.

1. Identificar correctamente al paciente

2. Mejorar la comunicación efectiva

3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto

5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica

6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caídas.

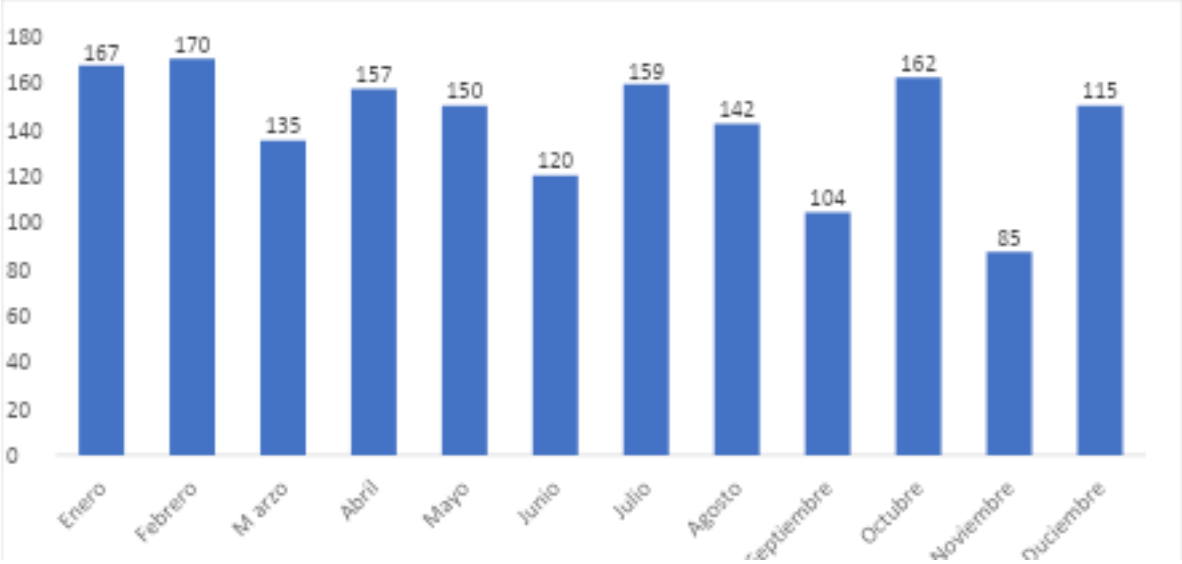
7. Reducir el riesgo de daño al paciente por causas de ulceras por presión.

4. Indicadores Del Programa De Seguridad Del Paciente

INDICADORES	META
Tasa de caídas en el servicio de urgencias	3.0
Tasa de caídas en el servicio de hospitalización	3.0
Tasa de caídas en el servicio de apoyo terapéutico	1.50
Tasa de caídas en servicio de consulta externa	1.50
Tasa de ulceras por presión	3.0
Proporción de la gestión de eventos adversos	85.0

5. Total De Reporte De Sucesos De Seguridad Año 2024

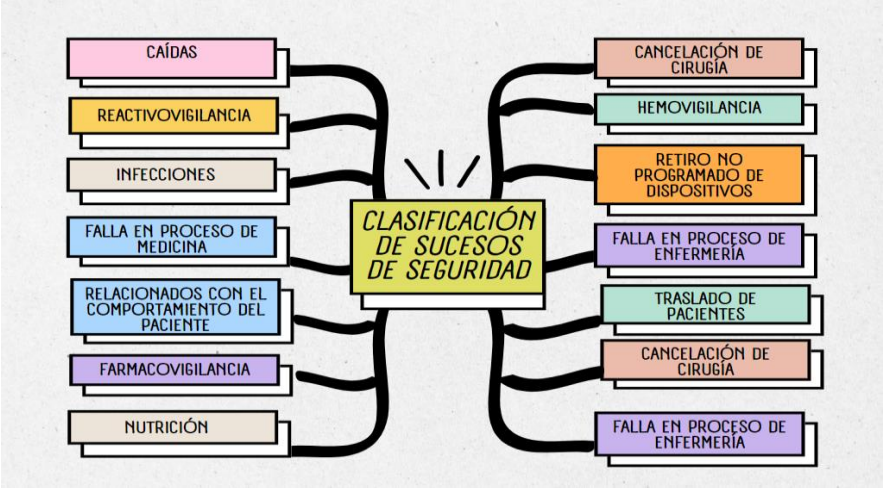
TOTAL DE 1.558



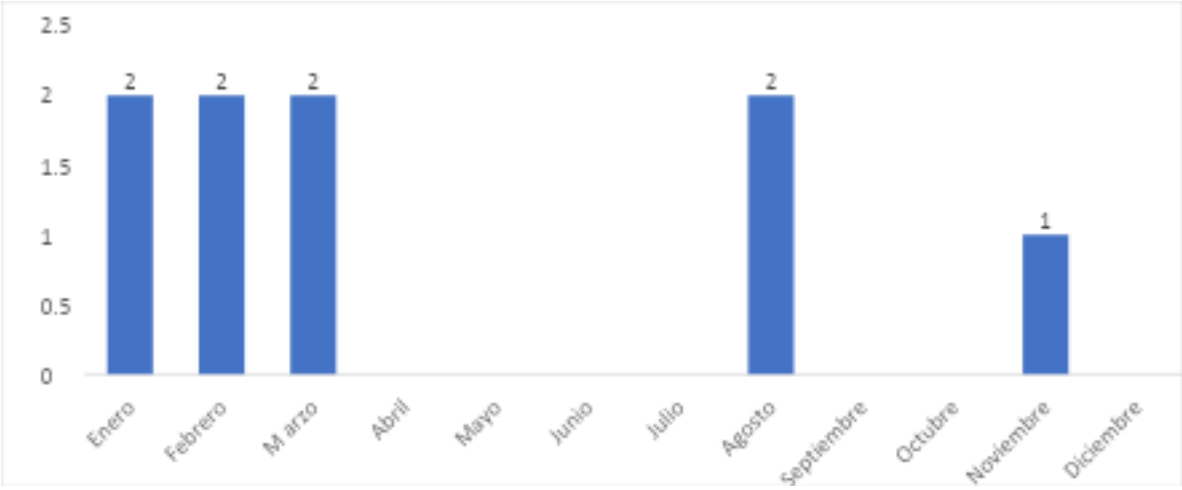
Los resultados de los sistemas de reporte son útiles para monitorizar la medida en la cual se ha incrementado o disminuido la presentación de eventos adversos en la institución, por lo cual es recomendable realizar a intervalos periódicos estudios que midan prevalencia o la incidencia de ocurrencia. Se reporta un total de 1.558 en el año 2024 donde nuestra meta de reporte de sucesos de seguridad del paciente es de 100 mensual, a su vez en el mes de noviembre se disminuyó por terminación de contrato con Almera lo cual no permitió direccionar los eventos reportados en el aplicativo a la base de gestión.

Se tiene una meta de reportes de seguridad de 100.00 al mes

6. Clasificación De Sucesos De Seguridad En El Sistema De Reporte SIRESP

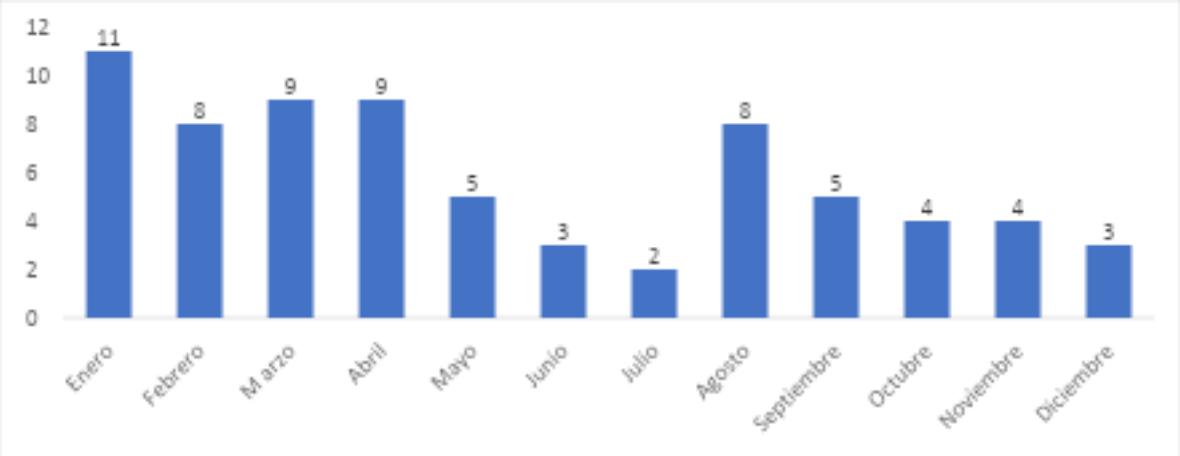


Indicador De Tasa De caídas Urgencias



Durante el año 2024 se reportan un total de caídas en el servicio de urgencias de 9 en el cual durante el mes de marzo se desplegaron planes de mejoramiento desde el programa de seguridad del paciente reduciendo la tasa de caídas a o con un nuevo incremento en el mes de agosto y la implementación continua de rondas de seguridad del paciente logrando su reducción, con un nuevo incremento en el mes de noviembre caída asociada a un traslado inseguro por el jefe y auxiliar de enfermería

Indicador De Tasa De Caídas Hospitalización



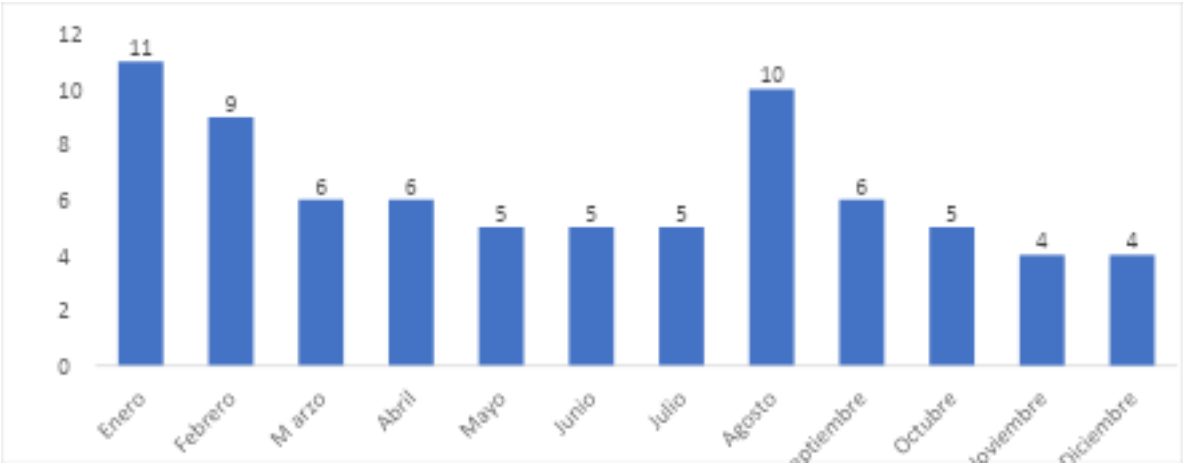
Durante el año 2024 se reportan un total de caídas en el servicio de hospitalización 71 en el cual durante el mes de enero se desplegaron planes de mejora para reducción las caídas en el servicio de hospitalización, con un nuevo incremento para el mes de agosto incrementando rondas de seguridad del paciente y a su vez capacitaciones de prevención de caídas.

Indicador De Tasa De Caída Consulta Externa E Imágenes Diagnosticas



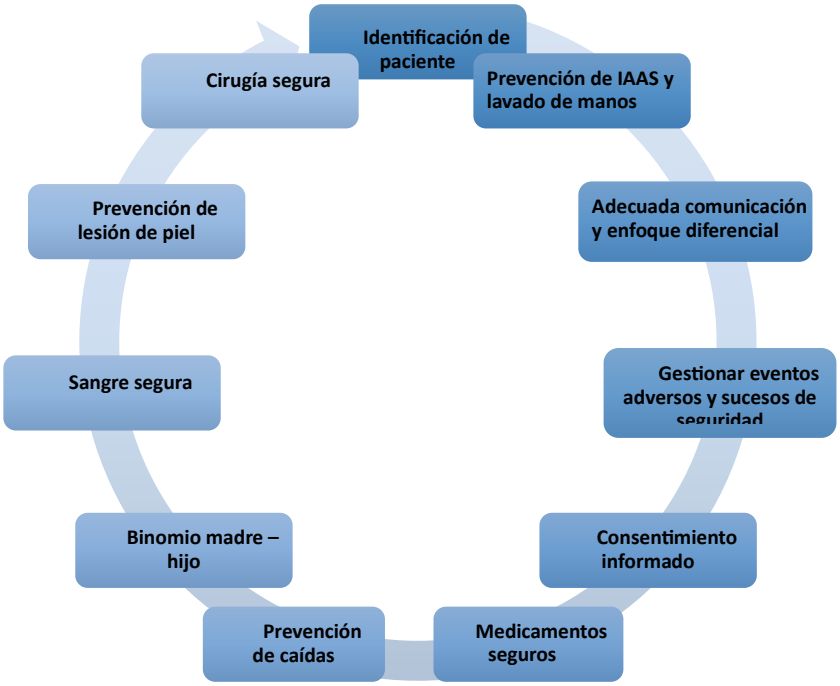
No se evidencia caídas en el año 2024 en los servicios de consulta externa y servicio de apoyo diagnóstico y terapéutico.

Indicador De Tasa Ulceras Por Presión (UPP)



Durante el año 2024 se reportan un total de ulceras por presión de 71 en el cual durante el mes de enero se desplegaron planes de mejora para reducción de ulceras por presión, con un nuevo incremento para el mes de agosto incrementando rondas de seguridad del paciente y a su vez capacitaciones de prevención de ulceras por presión.

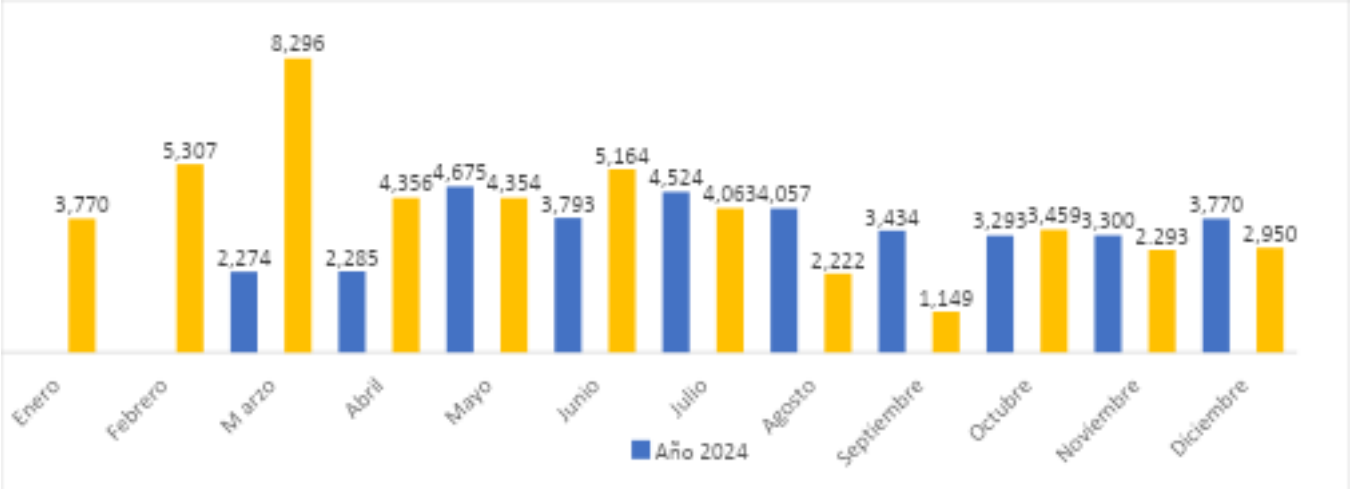
Paquetes Instruccionales De Obligatorio Cumplimiento



Búsqueda Activa De Adherencia A Los Paquetes Instruccionales De Seguridad Del Paciente

- Lista de chequeo adherencia a administración de medicamentos
- Lista de chequeo de adherencia a cirugía segura
- Lista de chequeo de adherencia a consentimiento informado
- Lista de chequeo de adherencia a prevención de LPP
- Lista de chequeo de adherencia a prevención de caídas
- Lista de chequeo identificación segura de paciente

Búsqueda Activa De Adherencia A Los Paquetes Instruccionales De Seguridad Del Paciente



Se realizaron 47.383 lista de adherencia en todos los servicios de la institución en comparación al año 2023 que se aplicaron un total de 33.976 con medición de adherencia de 90% aumentando con respecto al año 2023 que nos encontrábamos en un 88%.

Cantidad De Respuestas De Requerimientos De Entes Externos 2024

Compensar: 209 análisis de sucesos de seguridad de los cuales 89 fueron clasificados inicialmente como eventos adversos no prevenibles leve y por mesas de trabajo interdisciplinaria se dejan como eventos prevenibles con gestión de planes de mejora para evitar cierres unilaterales a su vez se calcifican 6 complicaciones y los demás sucesos de seguridad como incidentes con elaboración de planes de mejora y cerrados en su totalidad.

Nueva EPS: 182 análisis de suceso de seguridad de los cuales se clasificaron como eventos adversos prevenibles leve 9 con sus respectivos planes de mejora 1 evento adverso prevenible moderado asociado a lesión producida durante procedimiento (paso de sonda vesical) 78 eventos adversos no prevenibles 12 como sin eventos y el restante como complicaciones.

Salud total: 105 análisis de suceso de seguridad de los cuales se generaron 22 planes de mejora asociado a eventos adverso prevenible leve y un evento adverso no prevenible grave asociado a una caída.

Famisanar: 80 análisis de sucesos de seguridad de los cuales se realizaron 14 planes de mejoras asociados a eventos adversos prevenibles leves y 22 planes de mejora asociados a incidentes.

Sanitas: 32 análisis de suceso de seguridad de los cuales se realzaron 5 planes de mejora asociados a eventos adversos prevenibles leve y se clasifican dos eventos de riesgo jurídico como complicaciones.

Capital salud: 10 análisis de sucesos de seguridad de los cuales se entregan 2 planes de mejora asociados a eventos adversos prevenible leves.

Gestión De Programa De Prevención Y Control De Infecciones

Hecho por Julieth Andrea Hurtado Roa y Gisela Guzmán

1. Objetivo

Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para detectar prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociados a la atención en salud en los pacientes atendidos en la Fundación Hospital San Carlos.

1.1 Objetivo Especifico

- Detectar cuáles son los errores o fallas en la atención clínica que favorecen la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.
- Identificar las barreras y defensas de seguridad para prevenir o mitigar las consecuencias de la aparición del riesgo de infecciones asociadas a la atención del paciente.
- Implementar buenas prácticas administrativas y asistenciales, que favorezcan la creación de una cultura institucional que vele por la prevención de la aparición del riesgo infecciones asociadas a la atención del paciente.
- Desarrollar las estrategias que permitan la implementación, seguimiento y evaluación de las medidas.
- Fortalecer las capacidades de los trabajadores de la salud en las acciones de prevención, vigilancia y control de las IAAS y RAM.

2. Reportes Normativos

Desde el área del Programa de control de infecciones, se realiza consolidación de las infecciones asociadas a la atención en salud y se notifica varios ítems solicitados como:

- Reporte de Indicador de adherencia a higiene de manos (Reporte bimensual)
- Notificación de Brotes de Infecciones asociados a la atención en salud (Informe preliminar en las 24 horas, informe de avance a las 72 horas, informe final dentro de las 4 semanas siguientes al cierre de la investigación del brote)

Reporte a Sivigila de:

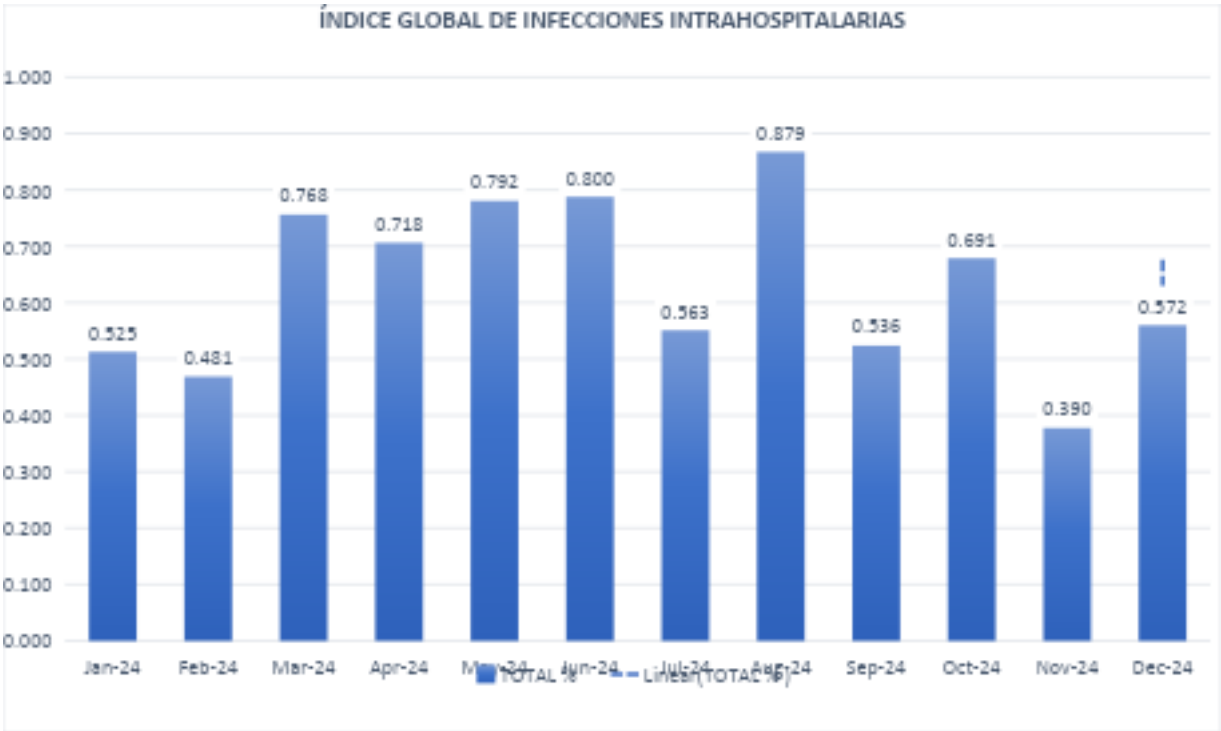
- Infecciones asociadas a Dispositivos (357) Evento Individual (Reporte se realiza en la misma semana epidemiológica en la cual son confirmados)
- Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimientos medico quirúrgicos (352) Evento individual. (Reporte se realiza en la misma semana epidemiológica en la cual son confirmados)
- Infecciones asociadas a Dispositivos (359) Evento Colectivo (Reporte que se realiza máximo el lunes a medio día de la segunda semana epidemiológica siguiente al mes vigilado)
- Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimientos medico quirúrgicos (3562) Evento Colectivo (Reporte que se realiza máximo el lunes a medio día de la segunda semana epidemiológica siguiente al mes vigilado)
- Consumo de antibióticos (354) Evento colectivo, (Reporte que se realiza máximo el lunes a medio día de la segunda semana epidemiológica siguiente al mes vigilado)

- Notificación de Whonet y tabla de IAAS (Reporte realizado hasta máximo el 20, del mes siguiente al mes vigilado)
- Notificación de indicadores del programa distrital de optimización de antimicrobianos (Reporte Trimestral)
- Notificación de indicadores de Mortalidad asociada a IAAS, (Reporte trimestral)
- Autoevaluación del programa de control de infecciones (Anual)
- Autoevaluación de la estrategia multimodal de lavado de manos (Anual)
- Autoevaluación del programa de uso racional de antimicrobianos (Anual)

A partir de todos los reportes normativos, se ha dado cumplimiento a las fechas establecidas de lo requerido por parte de SDS, con reportes oportunos, sin hallazgos frente al proceso realizado. (Soportes correos electrónicos)

3. Indicadores

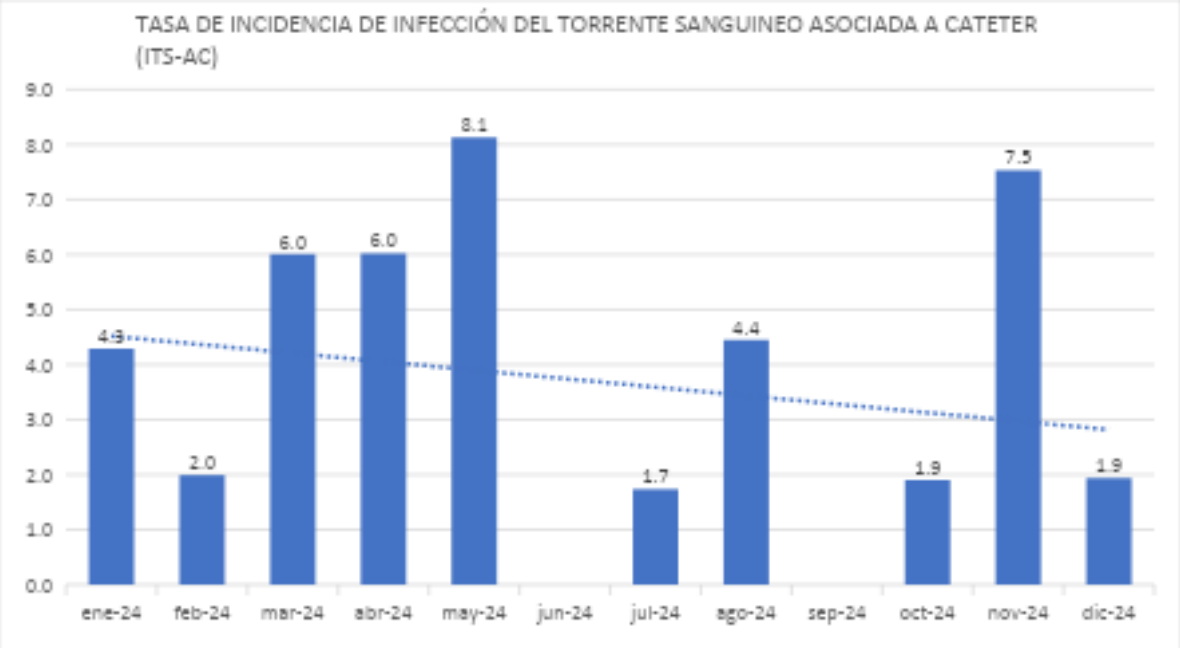
TASA DE INFECCIONES ASOCIADADA A LA ATENCIÓN EN SALUD:



El indicador con una meta institucional menor a 2%, la meta a nivel nacional es menor a 2%, se evidencia un índice por debajo el 1% , dando cumplimiento a la meta institucional y nacional, cabe resaltar que dentro de los logros obtenidos en el proceso de data de la información frente a las IAAS, se continuo con la base de análisis de cultivos epidemiológicos, para lograr tener vigilancia pasiva y activa de las Infecciones y así mismo lograr tener traza de los eventos presentados por mes, variaciones de tipo de infecciones y servicios.

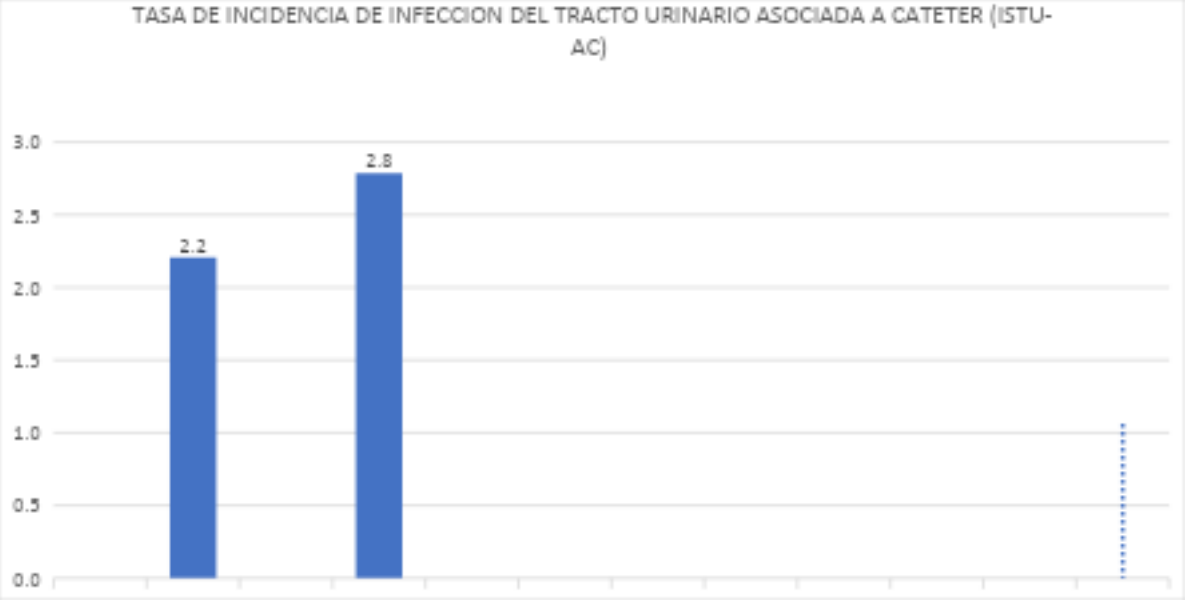
Teniendo en cuenta la traza del año 2023 con un índice global de IAAS del 0.89% con un promedio de 17 IAAS por mes, para el año 2024 se tiene una total de índice global de IAAS de 0.64%, con un promedio de 12 infecciones por mes, por lo que se evidencia una disminución porcentual del 0.25% en las infecciones asociadas a la atención en salud.

TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUINEO ASOCIADA A CATETER (ITS-AC)



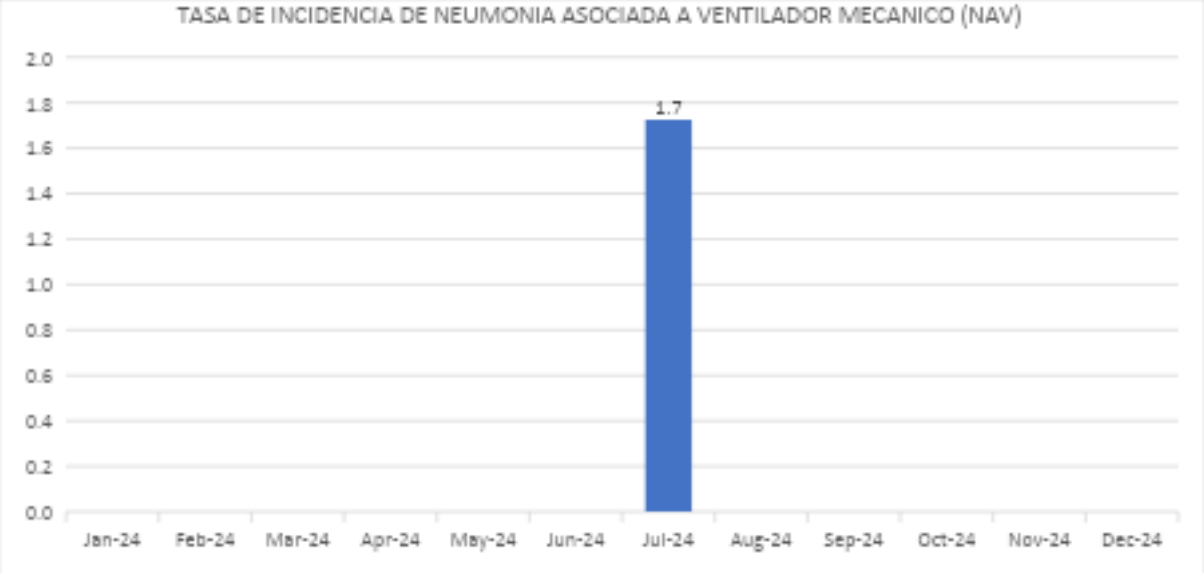
Indicador que se verifica a partir de los numero de días catéter central en UCI, con las ITS-AC presentadas en UCI, con una meta institucional de un porcentaje menor de 3%, se evidencia no cumplimiento de la misma en varios meses, esto debido a que en varios meses se asocia solo 1 reporte, pero por el número de los días catéter, se aumenta la tasa del indicador, se evidencia que el proceso se asocia a múltiples factores de riesgo de los pacientes y se determinan eventos adversos no prevenibles, en el año se actualizo el protocolo de cvc, donde se determinó cambio del cvc cada 10 días y se aumentaron las rondas de vigilancia de CVC con el fin de disminuir esta tasa de infección, se evidencia una tendencia hacia la disminución, con una tasa anual del 3.5%, proceso que se debe mejorar para el 2025 para disminuir las IAAS por CVC.

TASA DE INCIDENCIA DE INFECCION DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A CATETER (ISTU-AC)



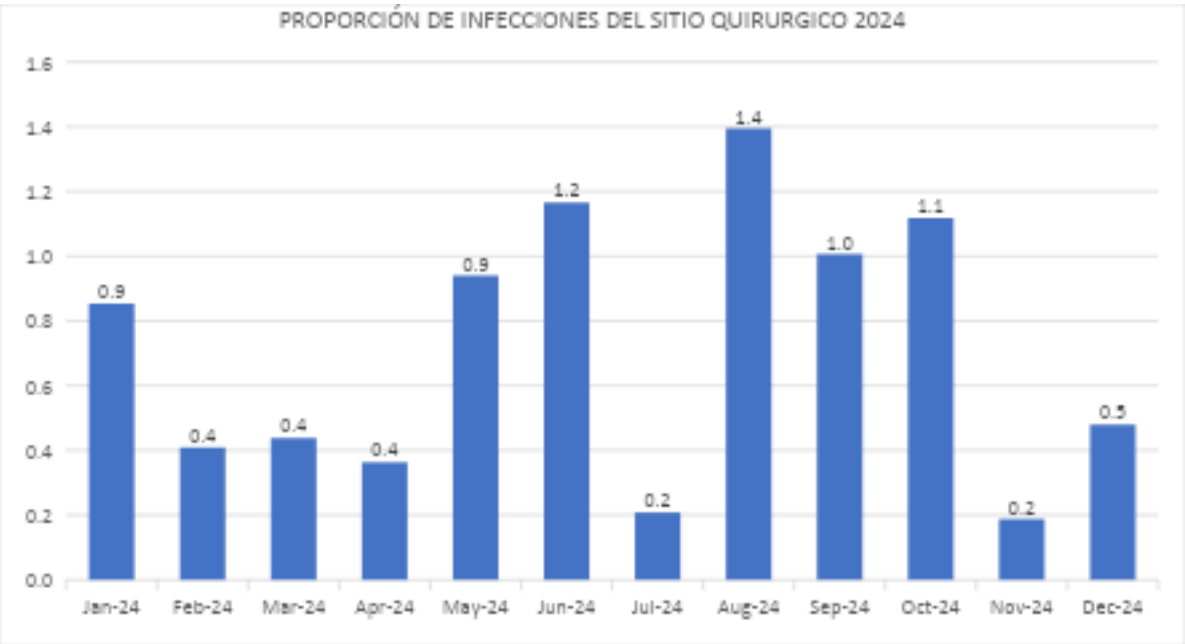
Indicador que se verifica a partir de los numero de días catéter vesical en UCI, con las ISTU-AC presentadas en UCI, con una meta institucional de un porcentaje menor de 4%, se evidencia cumplimiento del indicador, se evidencia que el proceso se asocia a múltiples factores de riesgo de los pacientes y se determinan eventos adversos no prevenibles, dado al cumplimiento de los bundles de manejo de dispositivos, se tiene una tasa de incidencia del año en 0.4%, tasa dentro de la meta institucional.

TASA DE INCIDENCIA DE NEUMONIA ASOCIADA A VENTILADOR MECANICO (NAV)



Se evidencia 1 caso en el mes de julio, en donde se realizó plan de mejora para disminuir los riesgos de IAAS de NAV, con un total anual del 0.2% de NAV, proceso dentro de la meta institucional.

PROPORCIÓN DE INFECCIÓN QUIRUGICA

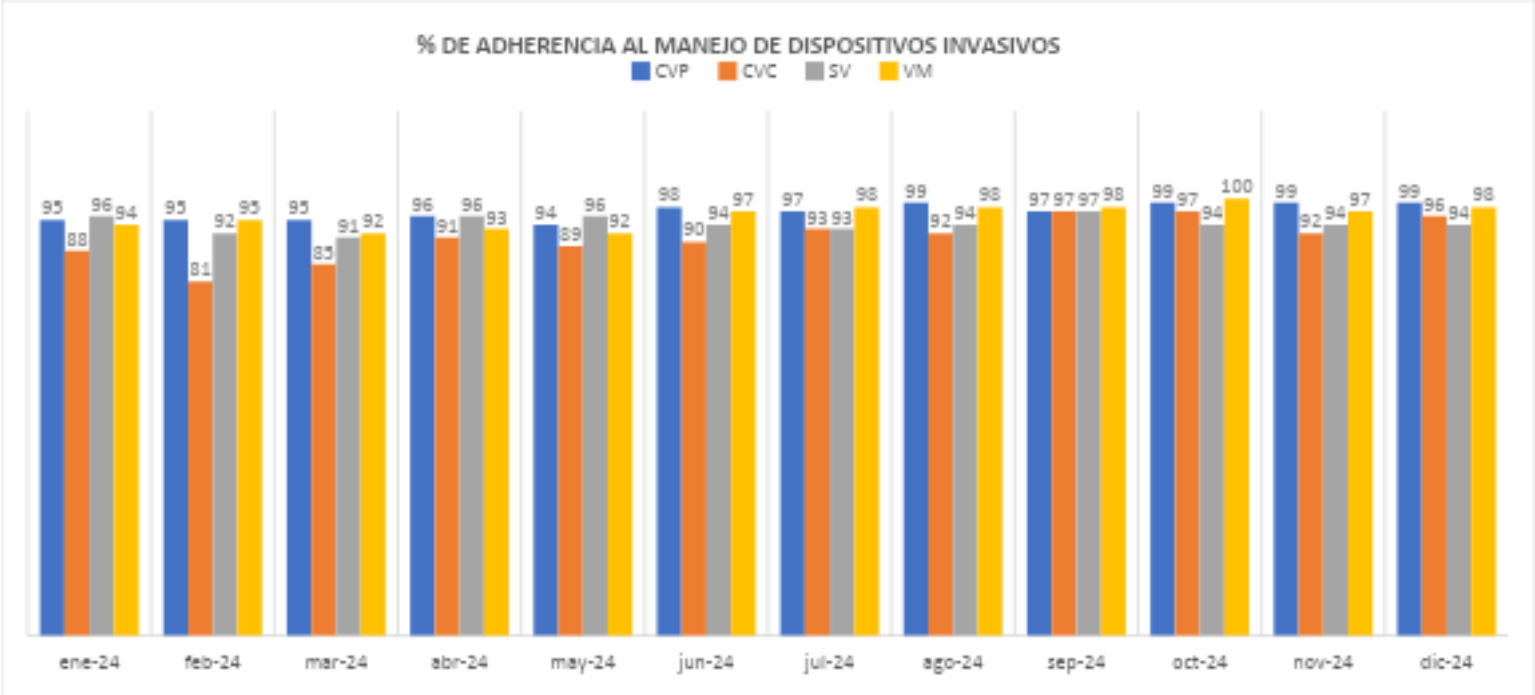


Indicador con meta institucional de menos de 1% en la proporción de ISO, en general se evidencia que los eventos adversos no prevenibles, dado a que pacientes presentan múltiples factores de riesgo, se trabaja en mantener la adherencia a la profilaxis antibiótica, donde se mantiene en la meta institucional, se continúa trabajando por disminuir la proporción de infecciones del sitio quirúrgico. Se cuenta con una proporción anual de ISO del 0.7%, proporción que se encuentra dentro de la meta institucional.

PORCENTAJE DE ADHERENCIA A MANEJO DE DISPOSITIVOS INVASIVOS:

Se verifica frente al cronograma el manejo correcto de dispositivos invasivos, el cumplimiento de los Bundles (Listas de chequeo) adaptando las guías de manejo de SDS, se vigila catéter venoso periférico (CVP), catéter venoso central (CVC), Sonda vesical (SV) Y Ventilación Mecánica (VM)

Se tiene una meta institucional del indicador de un 90%, se tiene una adherencia por encima de la meta, se evidencia baja adherencia de cvc en el primer trimestre 2024, posterior se evidencia aumento de esta.



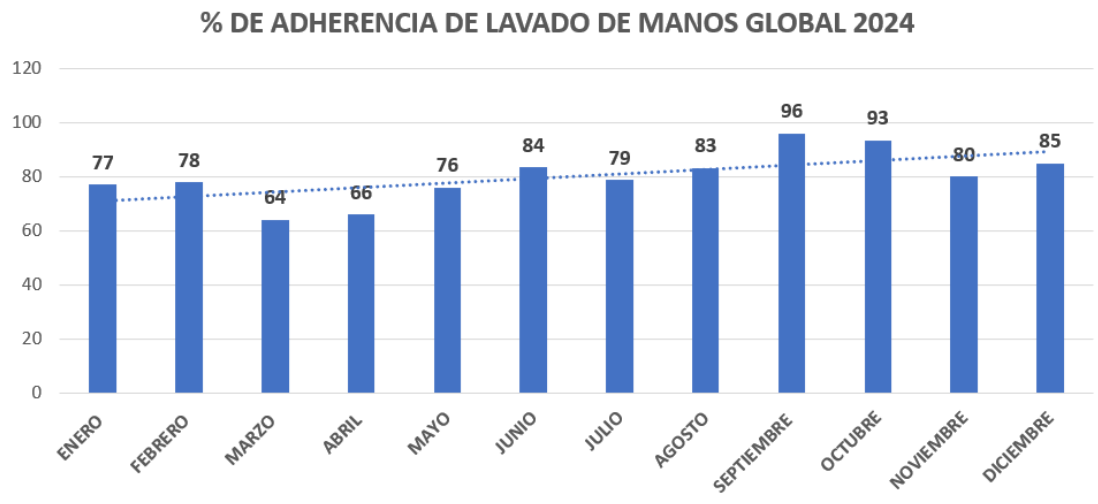
DISPOSITIVO	ADHERENCIA TOTAL 2023	ADHERENCIA TOTAL 2024
CVP	96%	96%
CVC	89%	90%
SV	89%	94%

VM	93%	96%

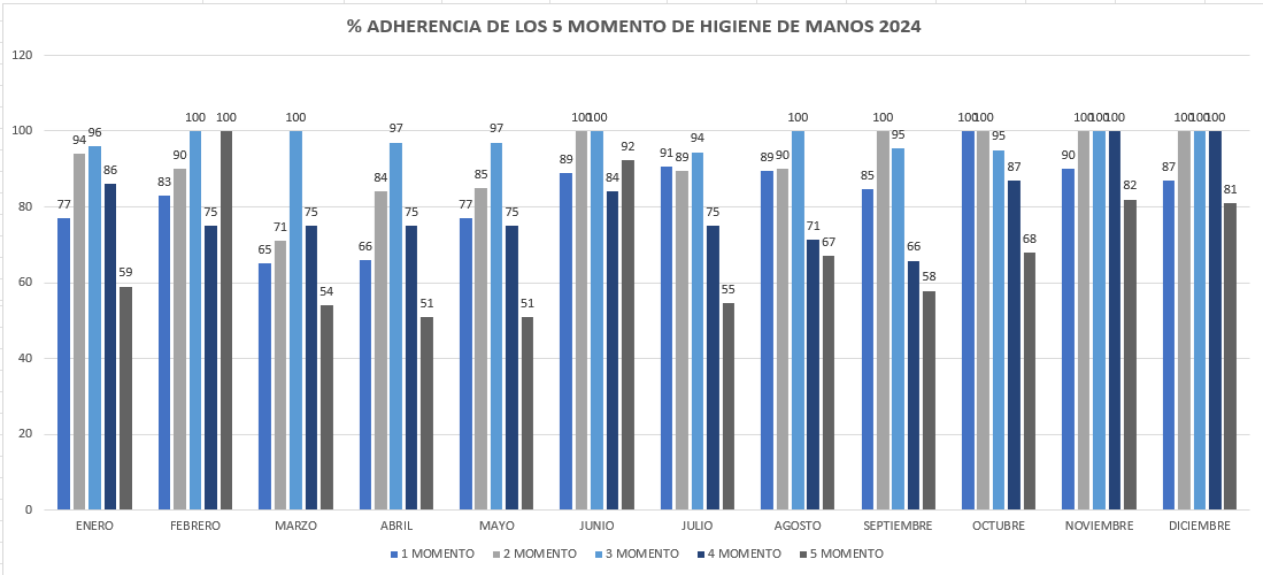
Realizando una comparación del año 2023-2024 se evidencia aumento de la adherencia de CVC, SV y VM, procesos que aportan a la disminución de IAAS.

PORCENTAJE DE ADHERENCIA A LA ESTRATEGIA MULTIMODAL DE LAVADO DE MANOS

Se verifica frente al cronograma ajustado en el programa de prevención y control de infecciones con a ayuda de listas de chequeo diligenciadas por observadores ocultos asignados en cada servicio del mismo modo por el mismo personal del programa con el fin de obtener una evaluación certera de los funcionarios de fundación hospital san Carlos; Se tiene una meta institucional del indicador de un 85% la cual fue modificada a mitad del año 2024 por la resolución 2471; para el años 2024 se manejó una adherencia del 80%

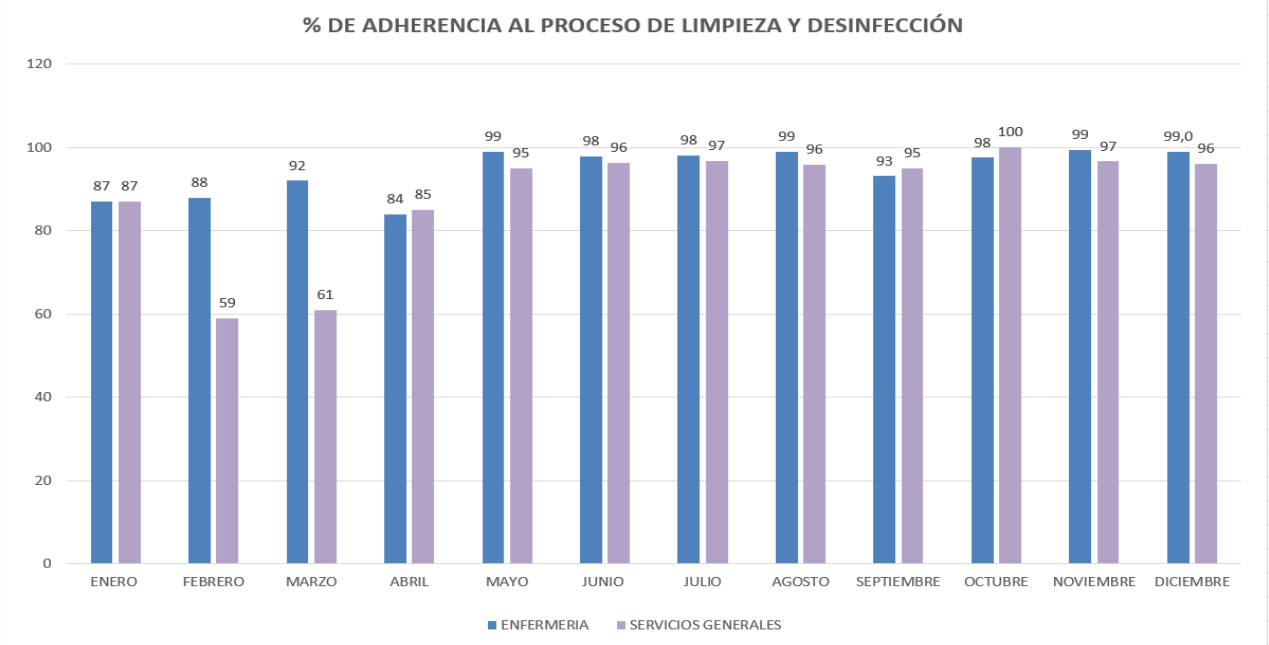


Adicional se evidencia la trazabilidad anual del % de adherencia en los 5 momentos de higiene de manos donde se tiene como meta un 85%, se mantiene sobre la meta institucional, el indicador se evalúa a partir del diligenciamiento de las listas de chequeo por parte de observadores ocultos y del personal del mismo programa a todos los funcionarios de FHSC.



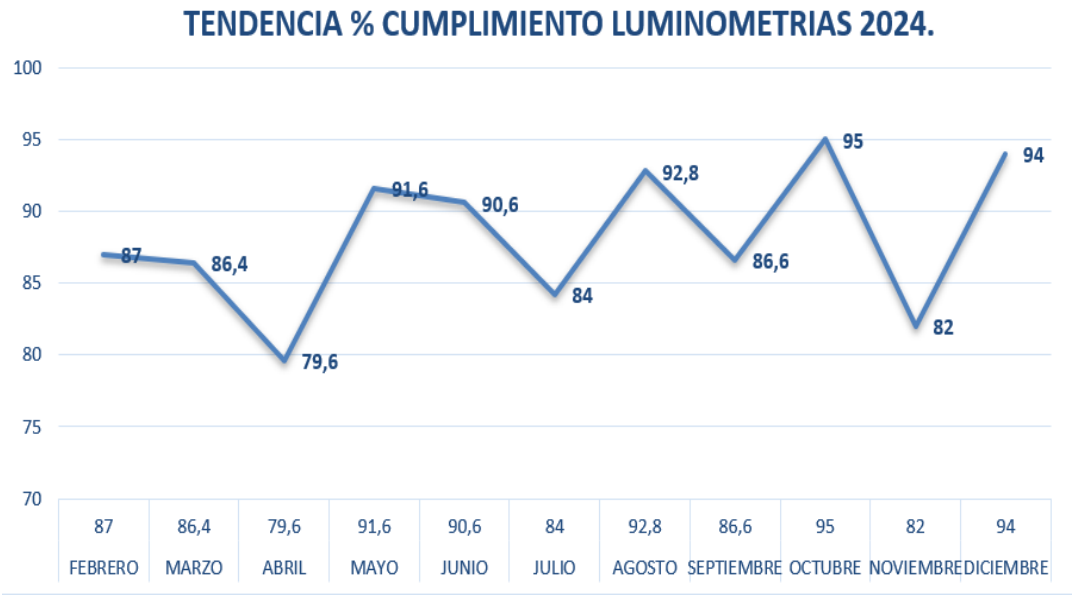
PORCENTAJE DE ADHERENCIA A LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

Se maneja la trazabilidad del año 2024 don se evidencia mayor adherencia a partir del mes de mayo desde ahí se mantiene en la meta, siendo la está un 80%, este indicador se maneja a partir de las observaciones que genera el departamento de prevención y control de infecciones en los distintos servicios, donde se delimita la evaluación por áreas como enfermería y servicios generales ya que son estos equipos quienes realizan estos procesos en la atención directa al paciente.



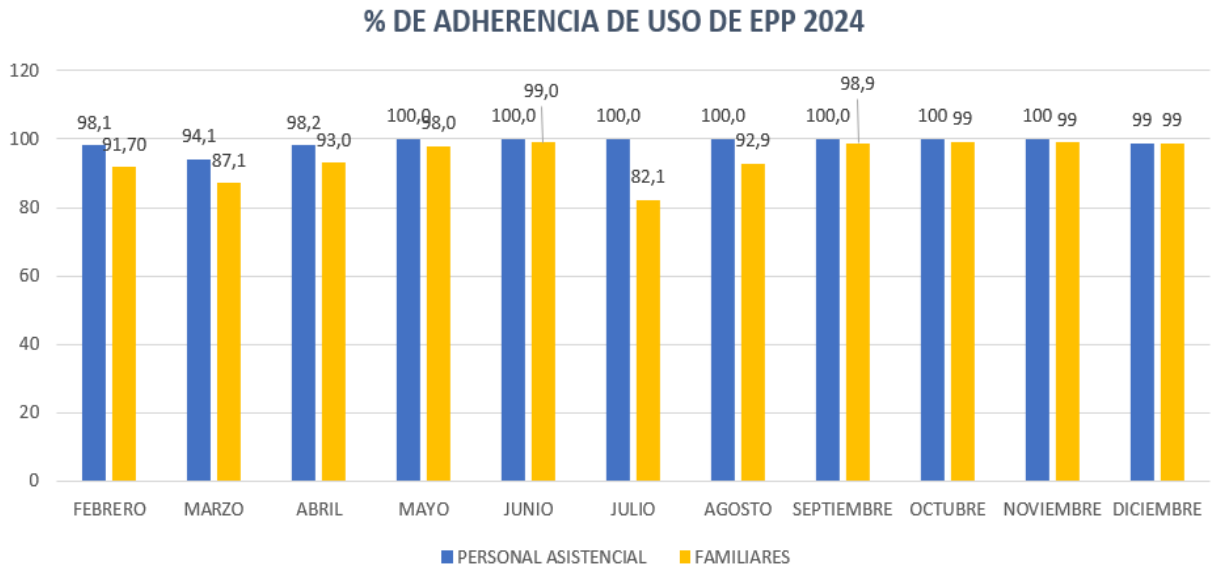
PORCENTAJE DE ADHERENCIA A LUMINOMETRIAS

Tras la evaluación de los procesos de limpieza y desinfección realizados a diario en cada servicio se evalúa de forma cuantitativa la calidad de estos procesos, para garantizar una atención segura durante la estancia hospitalaria de los pacientes y familiares; se tienen como meta institucional un 80% identificando en la gráfica el óptimo cumplimiento de esta meta durante el año 2024.

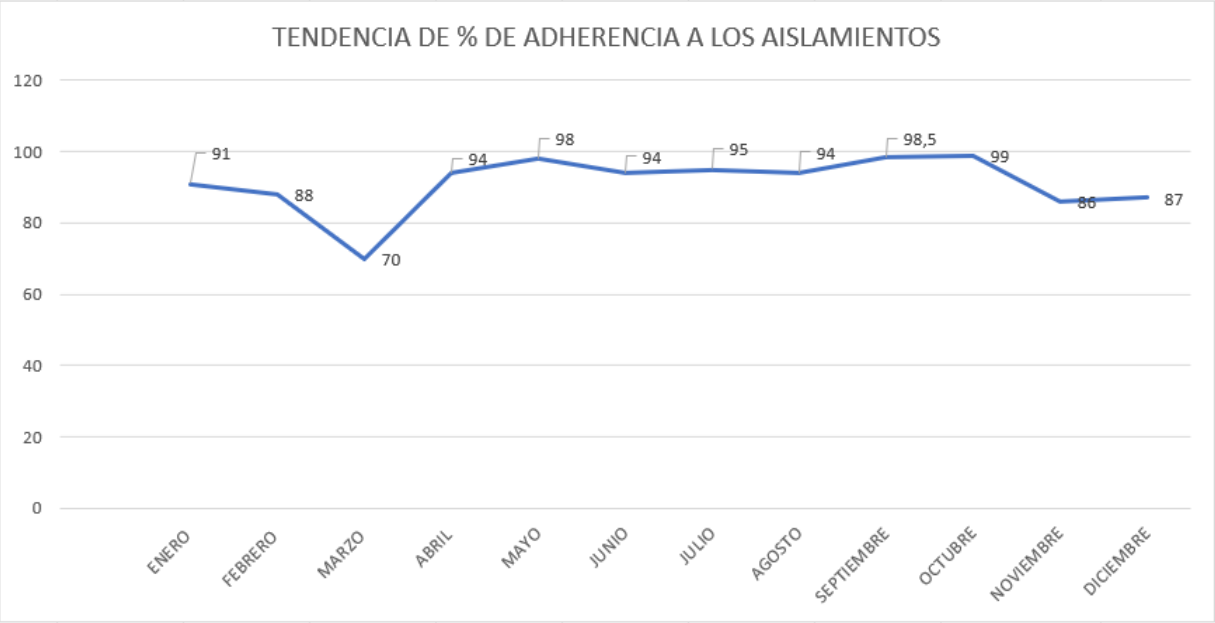


PORCENTAJE DE ADHERENCIA A LOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS

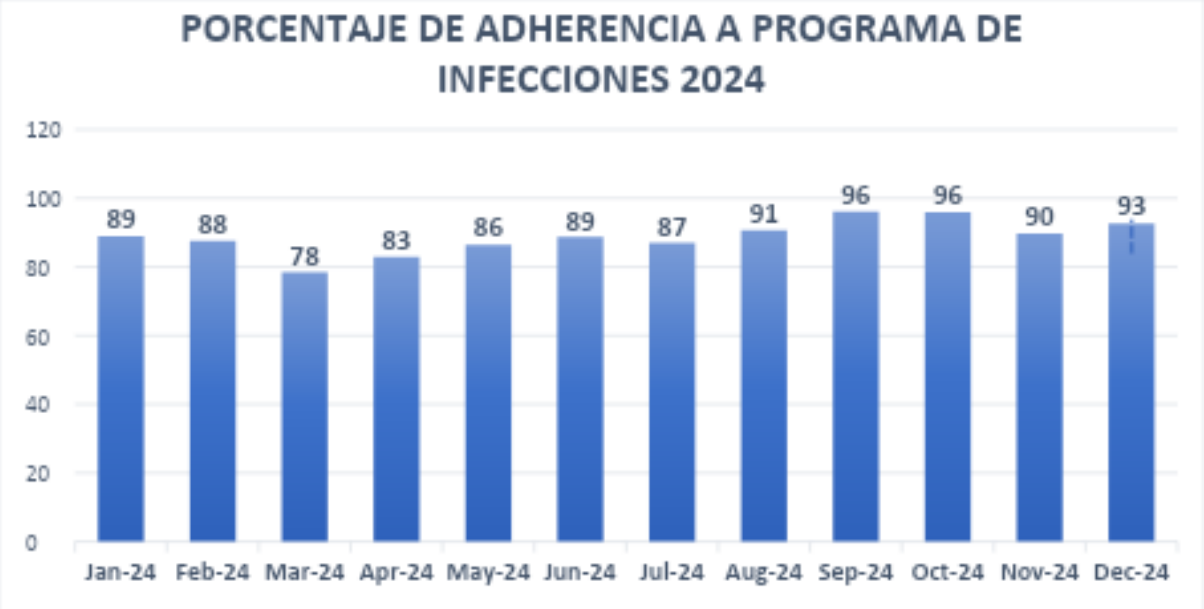
Se obtiene este indicador mediante las rondas diarias a las habitaciones de pacientes con aislamientos hospitalarios, identificando el buen uso de los elementos de protección personal y de los protocolos de bioseguridad tanto en el personal asistencial como de los familiares en los distintos aislamientos.



Se tiene como meta institucional para aislamientos hospitalarios 88%, se identifica que a partir del mes de marzo del año 2024 se mantiene la meta, disminuyendo los riesgos de propagación de gérmenes multirresistentes, así mismo se socializa con el personal asistencial la importancia de hacer uso de EPP, y el correcto lavado de manos; Diariamente se hace envió de una base de datos donde se identifican la cantidad de pacientes por cada aislamiento y el motivo de este, del mismo modo se identifica con su color correspondiente.



PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL PROGRAMA DE INFECCIONES DE FHSC



El indicador presenta una meta institucional de 85%, el indicador se evalúa a partir de todos los procesos que se valoran del área de prevención de IAAS, (Lavado de manos, limpieza y desinfección, aislamientos, manejo de dispositivos invasivos), se evidencia una tendencia al aumento en la adherencia en todos los procesos, con el fin de mitigar los riesgos de infecciones e impactar en el indicador de IAAS.

INDICADORES DE REPORTE TRIMESTRAL DE PROA 2024

INDICADOR PROA ANUAL 2024	UCI	HOSP
Prescripción de antimicrobianos de acuerdo con las guías implementadas	58%	36%

Toma de muestras para diagnóstico de infecciones (de acuerdo con la guía) previo al inicio de la terapia antibiótica	98%	97%
Ajuste de terapia antibiótica de acuerdo con los hallazgos microbiológicos	13%	12%

Cada indicador se reporta a SDS trimestralmente, con reporte oportuno.

Se logra un 36%en hospitalización y un 58% en la prescripción antibiótica de acuerdo con las guías institucionales, dato obtenido a partir de la revisión de cultivos y rondas PROA. Este dato se ve afectado por la falta de las guías practicas clínicas, las cuales se encuentran pendientes para ser adoptadas por parte de la coordinación médica.

Se obtiene para UCI un 98% y para Hospitalización un 97% de adherencia en la toma de muestra (Cultivo) para el diagnóstico de infecciones, previo al inicio del manejo antibiótico.

A partir de las rondas PROA se logra un ajuste de terapia antibiótico de acuerdo con los hallazgos microbiológicos de UCI un 13% y Hospitalización un 12%, logrando y fortaleciendo la disminución de la resistencia antimicrobiana y disminuyendo costos de insumos o fármacos no requeridos para el tratamiento de los pacientes con enfermedades infecciosas.

Se logra la adherencia de administración de la profilaxis antibiótica.

Vigilancia Epidemiológica

Hecho por Lina Fernanda Orjuela y Sonia Robayo

1. Introducción

Según la OMS la vigilancia epidemiológica, consiste en recolección sistemática, análisis e interpretación de datos de salud necesarios para la planificación, implementación y evaluación de políticas de salud pública, combinado con la difusión oportuna de los datos a los diferentes entes de control.

2. Objetivos

- Suministrar en forma sistemática y oportuna de información a los entes de control
- Detectar cambios agudos en la ocurrencia y distribución de las enfermedades
- Orientar las políticas y la planificación en salud pública
- Racionalizar y optimizar recursos disponibles
- Seguimiento y evaluación de intervenciones

3. Reportes Normativos

Desde el área de epidemiologia se realiza de manera mensual la consolidación y envió a la subred centro oriente y posteriormente a la secretaria de salud de los siguientes informes:

- BAI (Búsqueda activa institucional)
- BAI Enfermedades huérfanas
- SIANEPS

- SIVISTRA (Sistema establecido para la vigilancia epidemiológica ocupacional de las y los trabajadores del sector informal)
- Discapacidad
- Informe De Enfermedades huérfanas

Salud mental

Envió de la notificación del evento de forma inmediata (dentro de las 24 horas de atención de paciente) de los diferentes eventos del subsistema de salud mental.

- SIVIM (sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual)
- SISVECOS (Subsistema de Vigilancia epidemiológica de la conducta suicida)
- SIVELCE (Sistema de vigilancia epidemiológica de lesiones de causa externa)

Resolución 202 del 2021

Se realiza el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública, consolidado que se realiza de manera mensual Para la EPS: Aliansalud, Compensar, Famisanar, Nueva EPS, Sanitas, Emcosalud, Salud Total y de forma trimestral se envia el reporte a Capital Salud y Servisalud.

- **Informe TBC:** Envió mensual y notificación inmediata en caso de egreso de la institución o nuevos casos.
- **Sistema de notificación de la mortalidad materna y mortalidad perinatal y neonatal tardía** (Semanal y desde el mes de diciembre se realiza el seguimiento por el aplicativo **SIVIGILA 4.0**)

- **Sivigila:** Registro diario de eventos de interés en salud publica
- **Estadísticas vitales**: Verificación semanal ante la corrección de certificados de defunción y retroalimentación a los médicos sobre los errores de la cadena causal.

Auditorias:

Auditoria del área de vigilancia en salud pública de la subred centro oriente con los siguientes subsistemas:

- 12/02/2024: SIVIGILA, IAAS, SIVISTRA, DISCAPACIDAD, SALUD MENTAL
- 14/05/2024: SIVIGILA, IAAS, SIVISTRA, DISCAPACIDAD, SALUD MENTAL
- 21/08/2024 y 22/08/2024: SIVIGILA, IAAS, SIVISTRA, DISCAPACIDAD, SALUD MENTAL
- 18/11/2024 y 19/11/2024: SIVIGILA, IAAS, SIVISTRA, DISCAPACIDAD, SALUD MENTAL

Estadísticas vitales: visita mensual.

- 15/01/2024 asistencia técnica _EEVV estadísticas vitales
- 20/02/2024 asistencia técnica _EEVV estadísticas vitales
- 18/03/2024 asistencia técnica _EEVV estadísticas vitales
- 16/04/2024 asistencia técnica _EEVV estadísticas vitales
- 16/05/2024 asistencia técnica _EEVV estadísticas vitales
- 18/06/2024 asistencia técnica _EEVV estadísticas vitales
- 18/07/2024 asistencia técnica _EEVV estadísticas vitales
- 20/08/2024 asistencia técnica _EEVV estadísticas vitales

- 17/09/2024 asistencia técnica _EEVV estadísticas vitales
- 21/10/2024 asistencia técnica _EEVV estadísticas vitales
- 22/11/2024 asistencia técnica _EEVV estadísticas vitales
- 18/12/2024 asistencia técnica _EEVV estadísticas vitales

Programa TB-HANSEN:

- 2024/02/12 Asistencia técnica, seguimiento a casos TB-Hansen
- 2024/03/21 Asistencia técnica, seguimiento a casos TB-Hansen
- 2024/07/23 Asistencia técnica, seguimiento a casos TB-Hansen
- 2024/12/17 Asistencia técnica, seguimiento a casos TB-Hansen

Comité de Vigilancia Epidemiológica Local Subred Centro Oriente: Se realizo la asistencia a los siguientes comités para su posterior socialización en la institución.

- 19/01/2024 Comité de Vigilancia Epidemiológica Local Subred Centro Oriente
- 09/02/2024 Comité de Vigilancia Epidemiológica Local Subred Centro Oriente
- 22/03/2024 Comité de Vigilancia Epidemiológica Local Subred Centro Oriente
- 19/04/2024 Comité de Vigilancia Epidemiológica Local Subred Centro Oriente
- 17/05/2024 Comité de Vigilancia Epidemiológica Local Subred Centro Oriente
- 20/06/2024 Comité de Vigilancia Epidemiológica Local Subred Centro Oriente
- 19/07/2024 Comité de Vigilancia Epidemiológica Local Subred Centro Oriente
- 16/08/2024 Comité de Vigilancia Epidemiológica Local Subred Centro Oriente
- 20/09/2024 Comité de Vigilancia Epidemiológica Local Subred Centro Oriente

- 17/10/2024 Comité de Vigilancia Epidemiológica Local Subred Centro Oriente
- 20/11/2024 Comité de Vigilancia Epidemiológica Local Subred Centro Oriente
- 13/12/2024 Comité de Vigilancia Epidemiológica Local Subred Centro Oriente

UNIDADES DE ANALISIS:

- 11/01/2024 EAPV
- 30/01/2024 MORTALIDAD (NOTIFICACIÓN DE LEPTOSPIROSIS)
- 23/02/2024 MORTALIDAD POR MENINGITIS
- 14/02/2024 COINFECCIÓN VIH Y TBC
- 11/03/2024 CASOS SIN MUESTRA LEPTOSPIROSIS
- 12/03/2024 CASOS SIN MUESTRA LEPTOSPIROSIS
- 15/03/2024 MESA CLÍNICA PACIENTE CON TBC
- 14/04/2024 CASOS SIN MUESTRA LEPTOSPIROSIS
- 17/04/2024 CASOS SIN MUESTRA DENGUE
- 25/04/2024 CASOS SIN MUESTRA DENGUE
- 15/05/2024 CASOS SIN MUESTRA LEPTOSPIROSIS
- 05/07/2024 MORTALIDAD POR DENGUE (INSTITUCIONAL)
- 13/08/2024 MORTALIDAD POR DENGUE
- 24/10/2024 MORTALIDAD POR MENINGITIS (INSTITUCIONAL)
- 28/10/2024 MORTALIDAD POR MENINGITIS (INSTITUCIONAL)
- 29/10/2024 MORTALIDAD POR MENINGITIS

- 22/11/2024 CASOS SIN MUESTRA LEPTOSPIROSIS
- 11/12/2024 MORTALIDAD POR TBC
- 20/12/2024 MORTALIDAD POR MENINGITIS

4. Planes de Mejora

Durante el año 2024 se dio alcance y respuesta a 5 planes de mejora en el subsistema de estadísticas vitales generados por certificaciones de mortalidades por lesiones de causa externa, para lo cual se han desarrollado diferentes capacitaciones a los médicos de la institución enfocadas en el adecuado diligenciamiento y la certificación de muertes naturales. Adicional a esto se dio respuesta a 9 planes de mejora relacionados con notificación inoportuna de eventos de interés en salud pública de Conducta Suicida, Enfermedades huérfanas, Violencia Intrafamiliar, accidentes de consumo (evento 453), Meningitis, Lesiones de Causa Externa, tuberculosis, VIH, morbilidad materna Extrema, para cada uno de ellos se plantearon capacitaciones al personal médico y área de laboratorio, con el fin de mejorar los canales de comunicación con el área de Epidemiologia y así llevar a cabo la notificación oportuna de cada uno de los eventos de interés en salud Publica que se presenten en la institución.

Asistencias técnicas: generadas por la Subred, con el fin de reforzar y revisar el proceso de notificación y ajuste de los diferentes eventos de interés en salud pública.

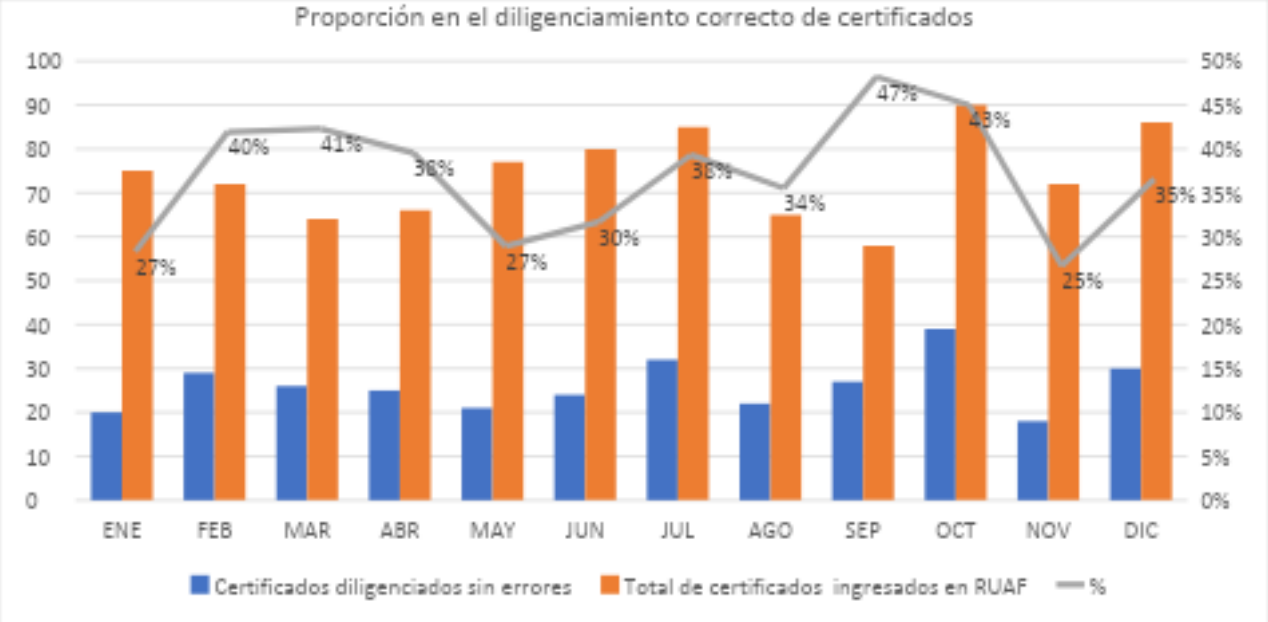
- 16/05/2024 Asesoría Técnica Evento 300 Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia
- 02/07/2024 Asistencia técnica vigilancia intensificada de pólvora pirotécnica
- 17/07/2024 Asesoría Técnica Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)

- 29/07/2024 Asesoría Técnica Evento 300 Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia
- 21/08/2024 Asesoría Técnica Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)
- 11/09/2024 Asesoría Técnica Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)
- 23/09/2024 Asesoría Técnica Subsistema SIVIM
- 15/10/2024 Asesoría Técnica Evento 535 Meningitis y Dengue
- 23/10/2024 Asesoría Técnica Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)
- 30/10/2024 Asesoría Técnica Evento 300 Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia
- 21/11/2024 Asesoría Técnica Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)
- 26/11/2024 Asistencia técnica vigilancia intensificada de pólvora pirotécnica
- 12/12/2024 Asesoría Técnica Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)

5. Indicadores

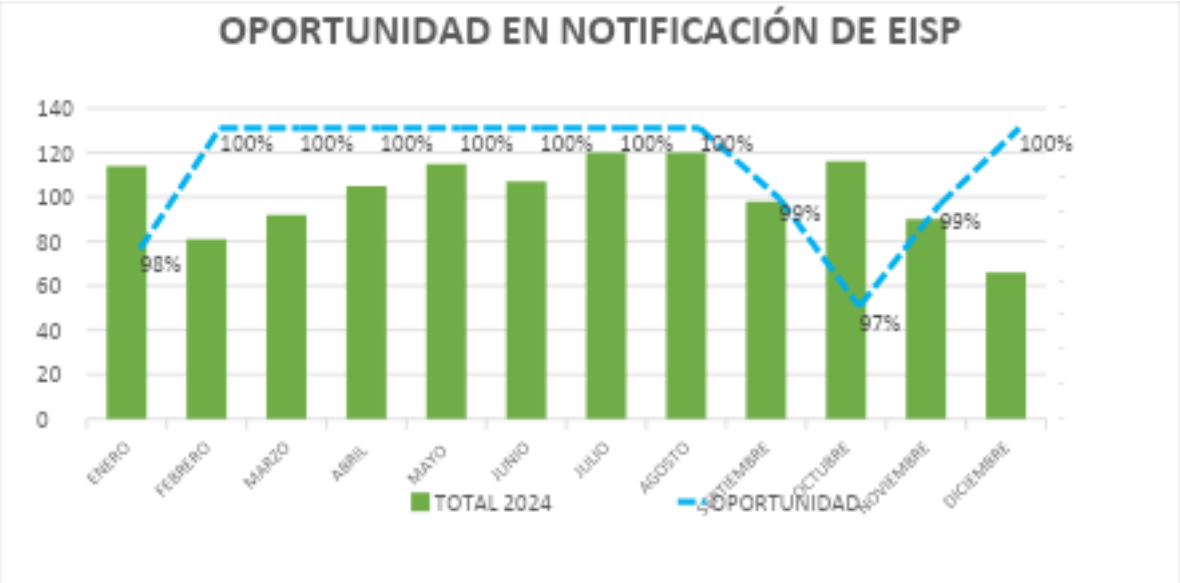
- **Calidad en el diligenciamiento de certificados de defunción y nacido vivo**

Donde se evidencia que aun continuamos por debajo del 50% de su correcto diligenciamiento, esto, debido principalmente al diligenciamiento de las direcciones y barrios de residencia de los pacientes, sin embargo, a lo largo del año se evidencio una disminución significativa en los errores de las cadenas causales de los certificados.



- **oportunidad en notificación de EISP**

La notificación de los EISP se debe realizar dependiendo del evento de forma semanal y inmediata (máximo 24 horas desde el ingreso del paciente a la institución) para dar cumplimiento a la normatividad vigente, el siguiente indicador muestra la oportunidad de la notificación de los eventos de interés en salud pública.



Se realiza de manera mensual capacitaciones sobre los diferentes protocolos de EISP, se hace participación de las cápsulas de seguridad del paciente y de la feria anual de Expo Calidad, donde se capacito a todo el personal de la institución sobre los eventos más frecuentes en la institución y el adecuado diligenciamiento de los certificados de definición.

6. Logros

- Mejoramiento en la notificación oportuna y canales de comunicación eficientes.
- Búsqueda activa institucional de forma diaria.
- Oportunidad y adherencia de notificación temprana de EISP por el área médica.
- Profundización en los comités de temas de vigilancia epidemiológica en temas de actualidad en salud publica generado con ellos aprendizaje continuo y replicación de conocimiento.
- Mejoramiento en el diligenciamiento de las cadenas causales en los certificados de defunción.

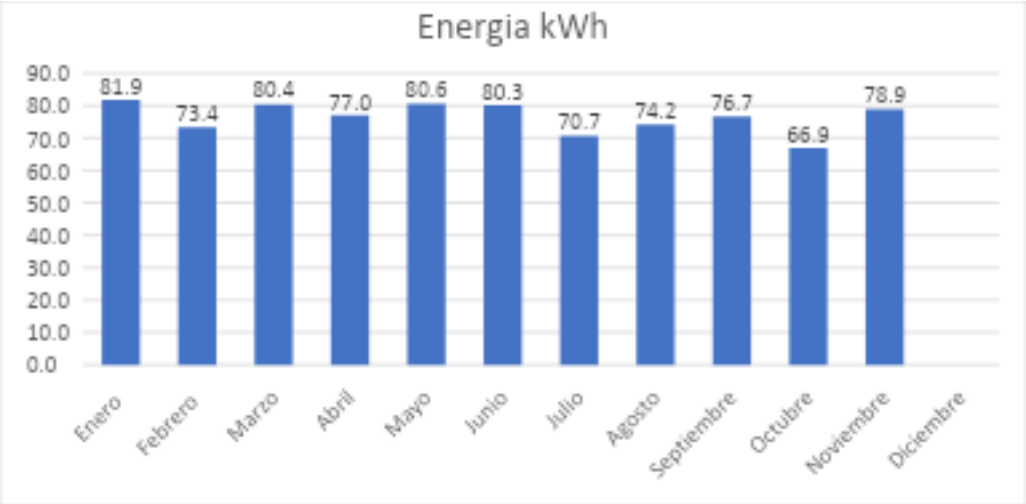
Gestión Subproceso Gestión Ambiental

Hecho por Yesica Astrid Álvarez Silva

1. Programas De Gestión Ambiental

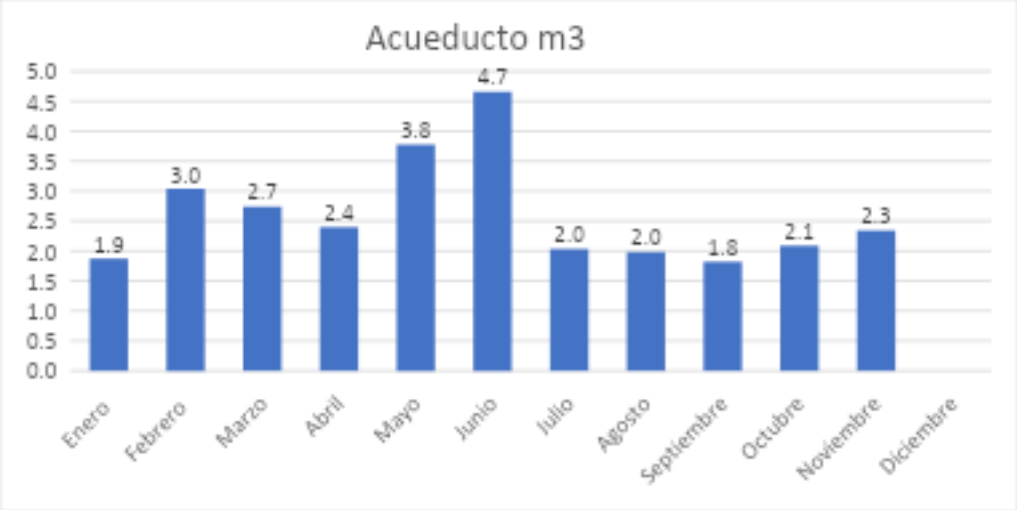
- **Programa uso eficiente de energía**

El programa de uso eficiente de energía en gestión ambiental dispone de un indicador de consumo mensual. Para el año 2024, hasta el mes de noviembre, se reportó un consumo promedio de 76,4 kWh por persona. Este consumo ha mostrado una tendencia al alza en comparación con el registrado durante el año anterior.



- **Programa uso eficiente de agua**

En el marco del programa de uso eficiente del agua en gestión ambiental, se dispone de un indicador de consumo mensual de este recurso. Para el año 2024, hasta el mes de noviembre, el promedio de consumo ha sido de 2.6 m³, lo que refleja una tendencia al alza en comparación con el consumo promedio registrado durante el año 2023.



2. Manejo De Residuos

- **Residuos Peligrosos**

En el cuadro podemos observar la cantidad mensual de residuos por corriente generados durante el año 2024, en este observamos los residuos peligrosos y no peligrosos generados en FHSC.

DESTINACIÓN	TIPO DE RESIDUO	ENERO	FEBRER	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SEPTIEM	OCTUBI	NOVIEMB	DICIEMB	PROMEDIO	TOTAL
DESTINACIÓN RELLENO SANITARIO	Ordinarios e inertes	8020	7112	7000	7715	8380	7447	8567	9501	8548,4	8301	7979	7931	8042	96501,4
TINACIÓN APROVECHAMIENTO BIOABI	Orgánicos /biodegradables	3448	3239	3418	3490	3541	3368	3184	3134	2960	2779	2956	2040	3130	37557
DESTINACIÓN RECICLAJE	Reciclables	1515	1277	1354,29	1300,4	1385,9	1273	1375,9	1072,7	1348	1211,5	1277,8	1886	1356	16277,281
TOTAL NO PELIGROSOS	NO PELIGROSOS	*12983*	*11628*	*11772,3*	*12505,4*	*13306,9*	*12087,8*	*13126,9*	*13707,7*	*12856,4*	*12291,5*	*12212,8*	*11857*	*12527,3734*	*150335,681*
DESTINACIÓN ALTA EFICIENCIA	Biosanitarios	12678	11209	11308,7	12572,7	13186,65	11415,21	10939,62	11621,8	10967,3	11736	10949,5	9453,9	11503	138038,18
DESTINACIÓN TERMODESTRUCCIÓN	Cortopunzantes	174	138,4	128,9	176	134,4	161,3	141,2	156,4	135,6	149	171	172,3	153	1838
DESTINACIÓN TERMODESTRUCCIÓN	Anatomopatologicos	1138	1121,16	975,6	1274,54	1314,7	1166,98	1170,4	1139,8	1211,3	1247,1	1223	1261	1187	14244
CELDA DE SEGURIDAD T12	Envases de farmacos	516	887,9	447	457,6	520	445,1	750,5	579,8	842,3	581,1	607	251		6885
	Químicos vencidos y/o averiados	0	0	3,6	9,2	0	0	0	0	0					13
CELDA DE SEGURIDAD T12	Envases de Insumos Quimicos	45	112,7	61,5	63	46,8	50	0	0	0				42	379,3
TERMODESTRUCCIÓN QUÍMICOS	Farmacos / Medicamentos vencidos	0	87,3	17,1	0	22,5	0	0	0	44,8	428	52,1		59	651,8
CELDA DE SEGURIDAD T12	Dispositivos médicos	43	0,3	0	0	17,6	33,5	0	0	0				10	94,4
FISICO-QUIMICO	Reactivos	23	0	17,2	0	4,1	77	132,5	23,7	115,4	60,7	42,45	3,7	42	499,75
FISICO-QUIMICO	Formol	0	0	0	0	0	0	0	22,9	0		19,7		4	42,6
FISICO-QUIMICO	Colorantes	50	150,4	85,8	70,3	62,5	0	0	45,0	71,6		46	39,4	56	621
Post-consumo Luminarias	Aparatos de Iluminacion	73	46,8	0	0	0	0	0	0	0					
Post-consumo Luminarias	Tubos Fluorescentes y/o luminarias	0	2,2	0	0	4,5	2,9	0	0	0				1	9,6
Post-consumo pilas	Pilas y/o Baterias	0	20,3	0	0	42,9	0	0	0	0				7	63,2
	Sólido no contaminado (CAL)	0	0	0	0	0	0	0	0	17,9	4,6	3,45	5,5		
DESPIECE Y DISPOSICIÓN	RAEEs	0	2,2	0	0	20,1	0	202,1	0	0				25	224,4
	Total Residuos Peligrosos	*1740*	*13778,7*	*13045,4*	*14623,3*	*15376,8*	*13352,29*	*13336,3*	*13589,4*	*13406,2*	*14206,3*	*13113,7*	*11186,7*	*13646*	*163755,01*
	Total Residuos	27723	25406,66	24817,69	27128,74	28683,65	25440,081	26463,22	27297,1	26262,6	26497,8	25326,45	23043,7	26174	314090,691

Para el 2024 se generaron un total de 314090 kg de residuos, de estos 163755 son residuos peligrosos ya sea de riesgo biológico o químico, se observa una disminución en cuanto a la producción de residuos comparando con el mes anterior, disminuyendo en 6 mil kg de para residuos peligrosos.

- **Residuos aprovechables**

En cuanto a la producción de residuos aprovechables para el año 2024, se evidencia una producción de Kg, lo que genero una ganancia de $ 6.526.549.

Tipo de residuo	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
Cartón	$ 324.900,00	$ 223.920,00	$ 238.950,00	$ 273.600,00	$ 198.900,00	$ 251.109,90	$ 323.325,00	$ 238.185,00	$ 322.605,00	$ 244.800,00	$ 237.195,00	$ 305.685,00	$ 3.183.174,90
Archivo	$ 40.050,00	$ 28.710,00	$ 27.900,00	$ 40.050,00	$ 37.170,00	$ 39.395,25	$ 45.405,00	$ 40.590,00	$ 60.404,63	$ 32.490,00	$ 26.955,00	$ 82.440,00	$ 501.559,88
Plastico	$ 71.000,00	$ 63.400,00	$ 71.800,00	$ 62.000,00	$ 47.450,00	$ 62.975,00	$ 78.800,00	$ 61.450,00	$ 80.700,00	$ 50.050,00	$ 51.550,00	$ 71.850,00	$ 773.025,00
Tatuco	$ 38.500,00	$ 33.200,00	$ 75.000,00	$ 51.500,00	$ 76.000,00	$ 91.737,50	$ 39.600,00	$ 35.800,00	$ 32.650,00	$ 122.700,00	$ 81.450,00	$ 49.650,00	$ 727.787,50
PVC	$ 13.500,00	$ 10.500,00	$ 12.000,00	$ 12.300,00	$ 7.500,00	$ 15.600,00	$ 12.975,00	$ 14.100,00	$ 21.450,00	$ 10.350,00	$ 11.850,00	$ 37.650,00	$ 179.775,00
Chatarra	$ 2.750,00		$ 8.800,00	$ 22.110,00	$ 146.135,00	$ 34.181,95	$ 7.012,50	$ 1.320,00	$ 1.210,00	$ 9.790,00	$ 122.210,00	$ 281.765,00	$ 637.284,45
Plegadiza	$ 43.050,00	$ 39.255,00	$ 40.200,00	$ 43.650,00	$ 43.650,00	$ 36.750,00	$ 38.607,75	$ 29.820,00	$ 38.055,00	$ 30.585,00	$ 29.220,00	$ 36.405,00	$ 449.247,75
Vidrio	$ 18.400,00	$ 22.680,00	$ 17.600,00	$ 3.700,00	$ 5.270,00	$ 25,00	$ 100,00	$ 4.800,00		$ 2.120,00			$ 74.695,00
Total	$ 552.150,00	$ 421.665,00	$ 492.250,00	$ 508.910,00	$ 562.075,00	$ 531.774,60	$ 545.825,25	$ 426.065,00	$ 557.074,63	$ 502.885,00	$ 560.430,00	$ 865.445,00	$ 6.526.549,48

Tipo de residuo	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
Cartón	722	497,6	531	608	442	558,022	718,5	529,3	716,9	544,00	527,1	679,3	7073,722
Archivo	89	63,8	62	89	82,6	87,545	100,9	90,2	134,2	72,20	59,9	183,2	1114,578
Plastico	142	126,8	143,6	124	94,9	125,95	157,6	122,9	161,4	100,10	103,1	143,7	1546,05
Tatuco	77	66,4	150	103	152	183,475	79,2	71,6	65,3	245,40	162,9	99,3	1455,575
PVC	9	7	8	8,2	5	10,4	8,65	9,4	14,3	6,90	7,9	25,1	119,85
Chatarra	5		16	40,2	265,7	62,149	12,75	2,4	2,2	17,80	222,2	512,3	1158,699
Plegadiza	287	261,7	268	291	291	245	257,385	198,8	253,7	203,90	194,8	242,7	2994,985
Vidrio	184	226,8	176	37	52,7	0,25	1	48		21,20			746,95
Total	1515	1250,1	1354,6	1300,4	1385,9	1272,791	1335,985	1072,6	1348	1212	1278	1886	16210,41

Podemos ver en la tabla el mes que genero más producción de residuos aprovechables fue el mes de diciembre con un total de 1886 kg de residuos, aumentado aproximadamente 500 kg con respecto a el siguiente mes mal alto el cual fue julio, el residuo que más dinero aporto por su venta fue el cartón vendiendo durante el año 7073 kg de este.

3. Cumplimiento Al Cronograma Plan De Saneamiento

El cronograma de saneamiento básico se estableció iniciando el año 2023, en este se indicaron 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.). Para finalizar el año el cronograma conto con un cumplimiento del 100 %, dando cumplimiento a lo propuesto iniciando el año.

	Enero					Febrero				Marzo				Abril					Mayo				Junio				Julio					Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				
	Semana					Semana				Semana				Semana					Semana				Semana				Semana					Semana				Semana				Semana				Semana				Semana				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5
P	0	0	2	1	2	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0	1	1	0	0	1	2	3	0	0	1	1	0	0	2	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0
C	0	0	2	1	2	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0	1	1	0	0	1	2	3	0	0	1	1	0	0	2	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0
NC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL PROGRAMADA	5	3	3	2	3	2	6	2	3	3	2	2	**36**
TOTAL CUMPLIDA	5	3	3	2	3	2	6	2	3	3	2	2	**36**
TOTAL NO CUMPLIDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
TOTAL REPROGRAMADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
% Avance del plan	100												

4. Canecas Y Contenedores De Residuos

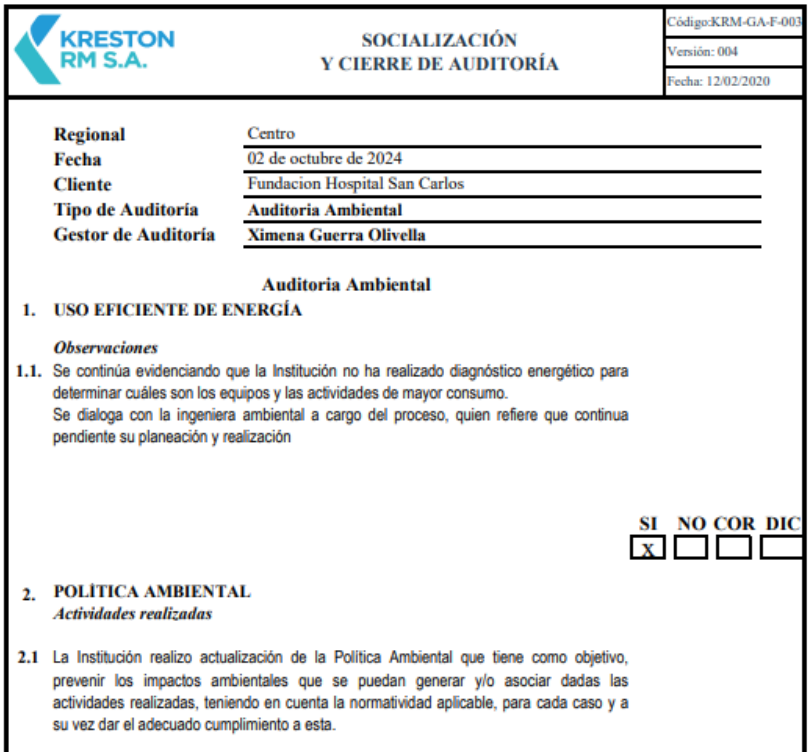
Desde el área se gestionó el cambio de canecas en diferentes servicios del hospital, realizando un cambio aproximado de 50 canecas, en los diferentes servicios.

5. Auditorias Y/O Visitas Recibidas

Auditoría KRESTON Sistema de gestión ambiental fue realizada el día 2 de octubre 2024.

Se realizó la revisión de 12 componentes basados en la estructura de la ISO 14001:2015 Sistema de gestión ambiental. Se obtiene cumplimiento en los requisitos del sistema y se dejan las siguientes observaciones:

Se evidencia que la Institución no ha realizado diagnóstico energético para determinar cuáles son los equipos y las actividades de mayor consumo. Se dialoga con la ingeniera ambiental a cargo del proceso, quien refiere que continua pendiente su planeación y realización



KRESTON RM S.A.

SOCIALIZACIÓN Y CIERRE DE AUDITORÍA

Código:KRM-GA-F-003
Versión: 004
Fecha: 12/02/2020

Regional	Centro
Fecha	02 de octubre de 2024
Cliente	Fundacion Hospital San Carlos
Tipo de Auditoría	**Auditoria Ambiental**
Gestor de Auditoría	**Ximena Guerra Olivella**

Auditoria Ambiental

1. USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Observaciones

1.1. Se continúa evidenciando que la Institución no ha realizado diagnóstico energético para determinar cuáles son los equipos y las actividades de mayor consumo.
Se dialoga con la ingeniera ambiental a cargo del proceso, quien refiere que continua pendiente su planeación y realización

SI	NO	COR	DIC
X			

2. POLÍTICA AMBIENTAL

Actividades realizadas

2.1 La Institución realizo actualización de la Política Ambiental que tiene como objetivo, prevenir los impactos ambientales que se puedan generar y/o asociar dadas las actividades realizadas, teniendo en cuenta la normatividad aplicable, para cada caso y a su vez dar el adecuado cumplimiento a esta.

6. Visitas Secretaria De Salud

A lo largo del año 2024, se recibieron dos visitas por parte de la Secretaría Distrital de Salud, durante las cuales se realizaron inspecciones para la vigilancia y control higiénico-sanitario

- El día 16 de septiembre se recibió visita donde se obtuvo concepto favorable con requerimientos.
- El día 19 de diciembre se recibió visita donde se obtuvo concepto desfavorable con algunos requerimientos aun sin subsanar por ende se espera visita nueva para el mes de enero a febrero

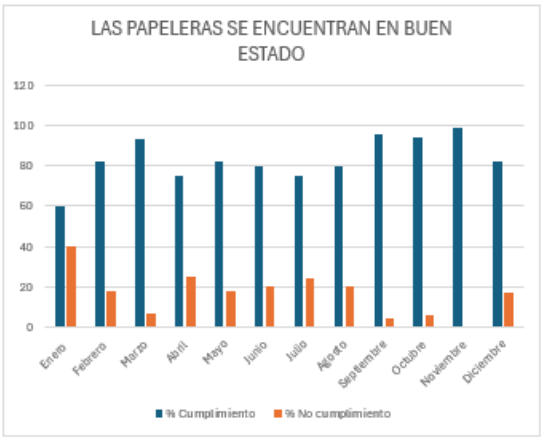
7. Consolido Lista De Chequeo

Las listas de chequeo incluyen 16 ítems que son evaluados durante las rondas realizadas por el área de gestión ambiental. En el año 2024, se llevaron a cabo un total de 1,607 rondas de verificación, en las cuales se revisaron aspectos como la rotulación de los guardianes, el estado de las papeleras y la rotulación de las bolsas, la segregación de residuos, los contenedores para ampollas, el estado de los pisos y medias cañas, así como el orden y la limpieza en general, entre otros puntos clave.

En la tabla verificamos el porcentaje de cumplimiento de algunos de los ítems.

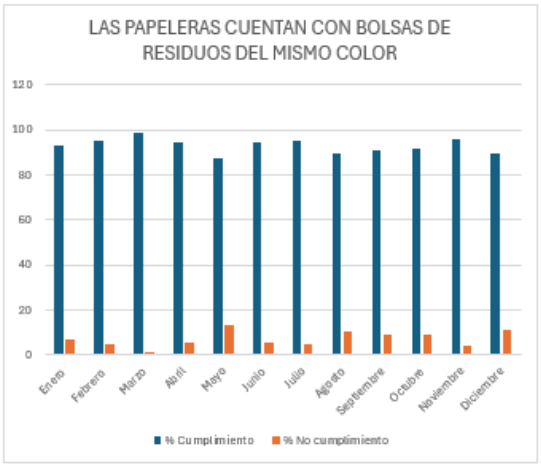
- ¿Las papeleras se encuentran en buen estado?

LAS PAPELERAS SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO		
Mes	% Cumplimiento	% No cumplimiento
Enero	60,18	39,82
Febrero	82,35	17,65
Marzo	92,96	7,04
Abril	74,97	25,03
Mayo	82,16	17,84
Junio	79,47	20,53
Julio	75,33	24,67
Agosto	79,88	20,12
Septiembre	95,78	4,22
Octubre	94,2	5,8
Noviembre	99,07	0,93
Diciembre	82,43	17,57



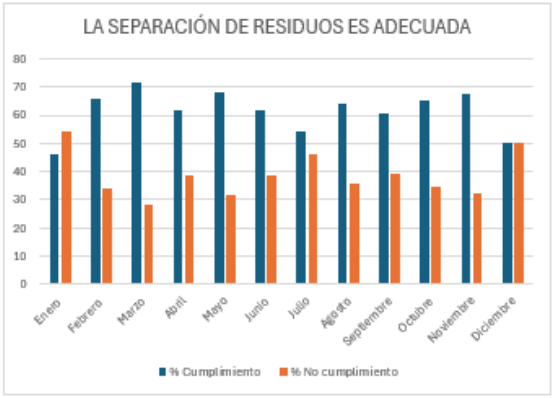
- ¿Las papeleras cuenta con las bolsas de residuos del mismo color y están rotulada?

LAS PAPELERAS CUENTAN CON BOLSAS DE RESIDUOS DEL MISMO COLOR		
Mes	% Cumplimiento	% No cumplimiento
Enero	92,9	7,1
Febrero	95,29	4,71
Marzo	98,59	1,41
Abril	94,7	5,3
Mayo	87,03	12,97
Junio	94,7	5,3
Julio	95,33	4,67
Agosto	89,63	10,37
Septiembre	90,96	9,04
Octubre	91,3	8,7
Noviembre	96,03	3,97
Diciembre	89,19	10,81



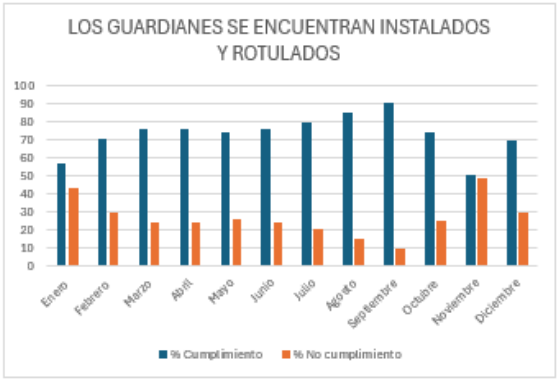
- ¿La separación de residuos es adecuada?

LA SEPARACIÓN DE RESIDUOS ES ADECUADA		
Mes	% Cumplimiento	% No cumplimiento
Enero	46,02	53,98
Febrero	65,88	34,12
Marzo	71,83	28,17
Abril	61,59	38,41
Mayo	68,11	31,89
Junio	61,59	38,41
Julio	54	46
Agosto	64,02	35,98
Septiembre	60,84	39,16
Octubre	65,22	34,78
Noviembre	67,59	32,41
Diciembre	50	50



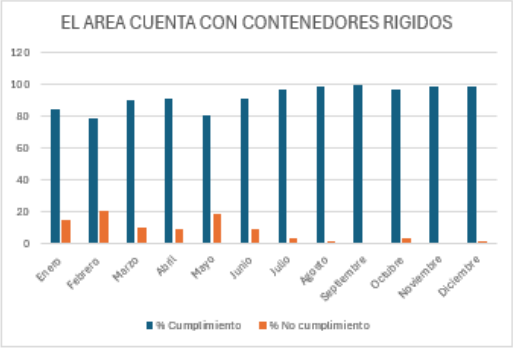
- ¿Los guardianes se encuentran instalados, rotulados y por debajo de las 3/4 partes de llenado?

LOS GUARDIANES SE ENCUENTRAN INSTALADOS Y ROTULADOS		
Mes	% Cumplimiento	% No cumplimiento
Enero	56,64	43,36
Febrero	70,24	29,76
Marzo	76,06	23,94
Abril	76	24
Mayo	74,05	25,95
Junio	76	24
Julio	80	20
Agosto	85,37	14,63
Septiembre	90,36	9,64
Octubre	74,64	25,36
Noviembre	50,93	49,07
Diciembre	70,03	29,97



- El área cuenta con contenedores rígidos para la disposición final de ampollas y ampolletas

EL AREA CUENTA CON CONTENEDORES RIGIDOS		
Mes	% Cumplimiento	% No cumplimiento
Enero	84,96	15,04
Febrero	79,27	20,73
Marzo	90,14	9,86
Abril	91,33	8,67
Mayo	81,08	18,92
Junio	91,33	8,67
Julio	96,67	3,33
Agosto	98,78	1,22
Septiembre	100	0
Octubre	97,1	2,9
Noviembre	99,07	0,93
Diciembre	98,65	1,35



8. Logros

Durante la gestión del año 2024, se logró incrementar el número de rondas realizadas en los servicios, así como también se aumentó la cantidad de capacitaciones impartidas. Entre las actividades destacadas se incluyó la participación en Expo calidad, donde se capacitaron a 600 colaboradores de la institución. Además, se participó mensualmente en las cápsulas seguras, en el concurso de adherencia en los servicios, y en la iniciativa Reciclatón, realizada en diciembre, en la cual se recolectaron aproximadamente 1,000 kilogramos de residuos.

Gestión Auditoría Concurrente

Hecho por Equipo de Auditoria

1. Contexto del área, antecedentes, problemática y sus causas (cómo se encontraba el área a comienzos del año)

· A comienzos del año, se evidencio que durante los meses de Enero y Febrero no se encontraba el Líder de Auditoria Medica, además durante el primer semestre del año, no se logró dar continuidad a las auditorías concurrentes, ni mantener un control adecuado de las bases de información implementadas para el desarrollo de las actividades diarias. Esta situación estuvo directamente relacionada con la alta rotación de talento humano y la ausencia de un coordinador de área, lo cual impactó en la estabilidad y ejecución de las actividades planificadas.

2. Intervención y estrategias implementadas frente a los hallazgos y para lograr los objetivos estratégicos (qué, porqué, cuándo, cómo y dónde)

· A mediados de Marzo se logra la contratación para la coordinación del área de auditoría.

· Desde la coordinación de auditoría a mediados del mes de Junio, se implementó el Sistema de Información en Salud (SIF), con el objetivo de realizar el registro y seguimiento

de la auditoría concurrente de los diferentes servicios auditados. El alcance de este sistema permite el monitoreo continuo de los pacientes cuya estancia supera los 7 días y cuyo valor de atención es mayor a $ 10,000,000.

· A partir de junio de 2024, se retomaron las auditorías en las unidades de cuidados intensivos e intermedios, inicialmente a cargo del Auditor Enfermero, hasta lograr la contratación del médico auditor en el mes de agosto.

· Para Agosto del mismo año, se dio inicio a los comités primarios semanales para las unidades de cuidado intensivo/e intermedio; los cuales están compuestos por el especialista líderes de cada unidad, incluyendo a infectología, dirección médica, coordinación de enfermería UCI y médico auditor concurrente; Esto con el objetivo de validar la pertinencia de la estancia de los pacientes hospitalizados en cada una de las unidades cuya estancia supera los 7 días y cuyo valor de atención es mayor a $ 10,000,000; Con el fin de reducir las estancias prolongadas, disminuir el riesgo de infecciones y optimizar los costos.

· Durante el mes de Agosto, se continuó con el proceso de conciliación entre el asegurador COMPENSAR y la Institución Prestadora de Servicios (IPS), a cargo de los auditores médicos y el profesional de enlace, con el objetivo de validar la pertinencia de las estancias en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e Intermedios.

· Para el mes de Agosto, se dio continuidad a las conciliaciones entre asegurador COMPENSAR e IPS, para validar pertinencia de la estancia en UCI/ intermedios.

- Desde el mes de agosto de 2024, el área de Auditoría Concurrente retomó el proceso de medición y seguimiento de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica, bajo la supervisión y responsabilidad del médico auditor asignado.

- A partir de septiembre 2024, se realizó captación de pacientes para gestionar altas tempranas (PHD, PAD).

- Para el mes de octubre de 2024, se iniciaron los comités primarios semanales para los servicios de hospitalización. Estos comités están conformados por especialistas en medicina interna, la Dirección Médica y el equipo de Auditoría Concurrente, con el objetivo de mejorar la gestión clínica y administrativa en los servicios.

- Se dio continuidad a las reuniones periódicas con el grupo de auditoría de Nueva EPS asignado a la Fundación Hospital San Carlos, con el objetivo de validar la pertinencia de las estancias hospitalarias y socializar los casos que generan inoportunidad, tanto por parte del prestador como del asegurador.

- Se continua la medición y evaluación de la adherencia institucional al adecuado registro clínico, el cual fue mostrado en comité de historias clínicas y socializado a los lideres de procesos.

3. Logros/éxitos de la dirección o área que lideran

· El retorno de Auditorías en las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios permitió fortalecer el proceso de revisión y evaluación de la pertinencia de la estancia hospitalaria, debido al seguimiento diario y continuo que se viene realizando

· Con el Inicios de los Comités Primarios en las unidades de cuidados intensivos/intermedios se logró disminuir el promedio días de estancia las estancias en la unidad.

· Se logró la Implementación de un sistema de información para el registro y seguimiento de la auditoria concurrente para inicios de junio del 2024

· Se continua con las capacitaciones a las áreas de farmacia, facturación y nutrición con el fin de realizar dispensación en línea y control de los procesos NO PBS, se inician auditorias en plataforma MIPRES .COM.

· Se continúa realizando retroalimentaciones en caliente al personal asistencial acerca de las causales de glosa.

4. Indicadores de gestión estratégicos y comparativos con el período anterior /qué se midió/ gráficos más importantes.

REGISTROS DE AUDITORIA CONCURRENTE													
COMPORTAMIENTO Numero de casos concurridos													
Meses	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOT	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Casos concurridos	1482	1490	1354	1549	1489	1400	1590	1476	1502	1655	1396	1250	17633
Casos en censo	1588	1585	1476	1678	1548	1471	1694	1544	1589	1706	1526	1392	18797
TOTAL % POR MES	93%	94%	92%	92%	96%	95%	94%	96%	95%	97%	91%	90%	94%

Durante el año 2024, se auditaron 17.633 pacientes hospitalizados en cada uno de los servicios cuya estancia supera los 7 días y cuyo valor de estancia es mayor a $ 10.000.000, lo que equivale a un 94% de efectividad de la auditoria concurrente.



Durante el segundo trimestre de 2024, se observó una mejora continua en la concurrencia de pacientes cuyos casos presentan un mayor riesgo financiero, sin embargo, hacia finales del año, se evidenció una disminución en la concurrencia de estos pacientes debido a la falta temporal de un auditor y a la ausencia de personal por período de vacaciones.

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS E INTERMEDIOS (UCI´S)

COMPORTAMIENTO INDICADOR - UCI SEMESTRE (ENE-JUN)								
Meses	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	SEMESTRE TOTAL	
Casos concurridos	29	27	22	19	24	18	139	
Casos en censo	37	32	33	26	33	26	187	
DIAS PROMEDIO DE ESTANCIA	12	12	11	12	10	12	Promedio semestral	12

Durante el primer semestre del año 2024, se realizó una auditoría a 139 pacientes de un total de 187 que cumplieron con los criterios de pertinencia de estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI's). El análisis de los datos reveló que los meses de enero, febrero, abril y junio presentaron un promedio de estancia de 12 días, mientras que el mes de marzo registró un promedio de 11 días. Al finalizar el semestre, el promedio general de estancia en las UCI's se estableció en 12 días.

Es importante destacar que esta auditoría se centró en pacientes con estancias superiores a 7 días y con costos mayores a $10.000.000 de pesos colombianos, lo que permitió identificar patrones y tendencias en la utilización de los servicios de UCI's.

COMPORTAMIENTO INDICADOR - UCI SEMESTRE (JUL-DIC)								
Meses	JUL	AGOT	SEPT	OCT	NOV	DIC	SEMESTRE TOTAL	
Casos concurridos	22	23	19	32	25	15	136	
Casos en censo	27	38	25	38	35	23	186	
DIAS PROMEDIO DE ESTANCIA	8	10	10	11	8	5	Promedio semestral	9

Durante el segundo semestre del año 2024, se realizó una auditoría a 136 pacientes de un total de 186 que cumplieron con los criterios de pertinencia de estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI's). El análisis de los datos reveló que el mes de octubre presento un promedio de estancia de 12 días, mientras que el mes de diciembre registró un promedio de 5 días. Al finalizar el semestre, el promedio general de estancia en las UCI's se estableció en 9 días.

Es importante destacar que esta auditoría se centró en pacientes con estancias superiores a 7 días y con costos mayores a $10.000.000 de pesos colombianos, lo que permitió identificar patrones y tendencias en la utilización de los servicios de UCI's.

Basándonos en los resultados obtenidos, podemos concluir que durante el segundo semestre se evidencia un impacto significativo atribuido a la auditoría realizada. En efecto, se logró reducir la estancia promedio en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI's) de 12 a 9 días, lo cual representa una mejora notable en la eficiencia y eficacia de los servicios prestados.

Esta reducción se atribuye, en gran medida, a la contratación de la auditoría médica que se llevó a cabo durante el segundo semestre. Gracias a esta auditoría, se pudo validar de manera más precisa y pertinente las estancias de los usuarios en el servicio de UCI's, lo que permitió identificar oportunidades de mejora y optimizar los procesos de atención.

5. Conclusiones

Durante el segundo trimestre del 2024, el área de Auditoría Concurrente experimentó una mejora continua en la concurrencia de pacientes cuyos casos presentan un mayor riesgo financiero. Esto refleja un avance positivo en la identificación y seguimiento de aquellos pacientes cuya atención podría implicar costos elevados para el hospital, permitiendo una supervisión más eficaz de las intervenciones médicas y la optimización de los recursos financieros del hospital. Este seguimiento de casos de alto riesgo es crucial para garantizar que los procedimientos médicos y las decisiones clínicas sean apropiadas y estén alineadas con las guías de práctica clínica, evitando costos innecesarios y mejorando la eficiencia operativa.

Sin embargo, a medida que avanzó el año, particularmente hacia finales del 2024, se observó una disminución en la concurrencia de estos casos. Esta caída en la actividad se debió a factores internos como la ausencia temporal de un auditor y la ausencia de personal debido a vacaciones programadas. Estas circunstancias afectaron la capacidad de seguimiento de los casos de alto riesgo financiero, lo que resultó en una menor cobertura en la auditoría concurrente durante ese periodo.

Es importante resaltar que la falta de personal y la ausencia de un auditor generaron una brecha en el monitoreo constante de las prácticas médicas, lo que pudo haber dado lugar a una menor eficiencia en la gestión de los casos de alto riesgo financiero.

6. Recomendaciones

1. Reforzar la planificación del personal, considerando períodos de vacaciones y ausencias para evitar interrupciones en el proceso de auditoría.

2. Contratar personal adicional o temporal durante épocas de alta demanda o cuando se prevé la ausencia de personal clave.

Facturaciones 2023 y 2024 (comparables)

2023

MES/ EMPRESA	NUEVA EPS	SALUD TOTAL	FAMISANAR	CAPITAL SALUD	SANITAS	COMPENSAR	FIDEICOMISO	Total general
ENERO	$ 2.910.255	$ 526.420	$ 1.597.987	$ 1.670.616	$ 288.790	$ 190.105	$ -	**$ 8.059.255**
FEBRERO	$ 3.108.783	$ 690.655	$ 776.852	$ 1.650.450	$ 231.529	$ 58.351	$ 320.805	**$ 7.444.401**
MARZO	$ 4.801.929	$ 910.764	$ 642.131	$ 2.056.986	$ 370.843	$ 62.977	$ 53.287	**$ 9.861.957**
ABRIL	$ 5.502.236	$ 973.390	$ 1.281.195	$ 1.849.918	$ 302.855	$ 86.128	$ 134.515	**$ 11.164.987**
MAYO	$ 6.544.267	$ 1.165.876	$ 1.335.199	$ 798.814	$ 1.152.557	$ 97.151	$ 254.703	**$ 12.507.019**
JUNIO	$ 6.544.097	$ 1.155.897	$ 1.335.199	$ 798.734	$ 1.152.557	$ 593.631	$ 208.717	**$ 12.946.649**
JULIO	$ 4.842.860	$ 1.089.680	$ 749.761	$ 455.043	$ 1.627.670	$ 981.578	$ 639.307	**$ 11.515.883**
AGOSTO	$ 5.291.208	$ 1.061.974	$ 1.008.539	$ 247.079	$ 1.691.600	$ 1.132.100	$ 693.194	**$ 11.515.883**
SEPTIEMBRE	$ 5.934.556	$ 1.383.978	$ 741.264	$ 229.594	$ 1.053.431	$ 1.471.614	$ 629.189	**$ 13.003.096**
OCTUBRE	$ 6.544.681	$ 999.524	$ 584.394	$ 293.211	$ 827.953	$ 1.000.401	$ 654.822	**$ 12.285.389**
NOVIEMBRE	$ 4.594.778	$ 1.237.101	$ 1.380.784	$ 170.241	$ 868.071	$ 1.291.070	$ 712.933	**$ 11.765.074**
DICIEMBRE	$ 4.727.630	$ 1.486.538	$ 863.784	$ 466.212	$ 482.142	$ 1.216.712	$ 723.442	**$ 11.466.712**
TOTAL	$ 61.347.281	$ 12.681.796	$ 12.297.088	$ 10.686.898	$ 10.049.998	$ 8.181.819	$ 5.024.914	**$ 134.581.126**
PROMEDIO	$ 5.112.273	$ 1.056.816	$ 1.024.757	$ 890.575	$ 837.500	$ 681.818	$ 418.743	**$ 11.215.094**
%	45,6	9,4	9,1	7,9	7,5	6,1	3,7	**100,0**

2024

EMPRESA	NUEVA EPS	COMPENSAR	FAMISANAR	SALUD TOTAL	SANITAS	FIDUPREVISORA/ FOMAG	FIDUPREVISORA/ PPL	CAPITAL SALUD	USPEC	Total general
ENERO	$ 4.363.898	$ 1.468.638	$ 692.599	$ 1.903.641	$ 413.851	$ -	$ -	$ 386.566	$ -	**$ 11.024.339**
FEBRERO	$ 3.899.769	$ 1.801.921	$ 1.217.915	$ 1.467.472	$ 485.342	$ -	$ -	$ 350.949	$ -	**$ 11.050.546**
MARZO	$ 4.101.048	$ 1.612.854	$ 1.329.929	$ 1.425.565	$ 415.280	$ -	$ -	$ 153.584	$ -	**$ 11.132.188**
ABRIL	$ 4.724.731	$ 1.788.211	$ 793.591	$ 1.598.824	$ 600.150	$ -	$ -	$ 68.114	$ -	**$ 12.276.220**
MAYO	$ 4.342.545	$ 2.332.078	$ 1.332.100	$ 1.414.147	$ 1.106.106	$ 42.919	$ 421.550	$ 306.981	$ -	**$ 13.387.586**
JUNIO	$ 4.089.972	$ 1.998.985	$ 1.144.402	$ 1.492.718	$ 1.120.085	$ 57.968	$ 521.830	$ 133.946	$ -	**$ 12.041.454**
JULIO	$ 4.693.073	$ 2.274.945	$ 1.690.077	$ 1.186.769	$ 872.185	$ 44.604	$ 751.983	$ 370.857	$ -	**$ 13.290.205**
AGOSTO	$ 4.292.260	$ 1.754.425	$ 2.112.336	$ 874.841	$ 738.026	$ 82.264	$ 606.144	$ 436.532	$ -	**$ 12.487.208**
SEPTIEMBRE	$ 3.917.920	$ 2.358.158	$ 2.675.263	$ 757.146	$ 600.276	$ 53.787	$ 143.328	$ 556.465	$ 397.559	**$ 12.710.358**
OCTUBRE	$ 5.050.521	$ 2.020.585	$ 2.016.047	$ 1.016.643	$ 634.546	$ 17.066	$ 68.034	$ 1.241.754	$ 578.086	**$ 13.475.646**
NOVIEMBRE	$ 4.479.669	$ 1.839.265	$ 1.539.034	$ 1.096.486	$ 992.876	$ 21.022	$ 166.256	$ 598.407	$ 1.085.035	**$ 12.770.851**
DICIEMBRE	$ 5.234.707	$ 1.905.367	$ 1.683.610	$ 829.309	$ 467.031	$ 18.548	$ 463.040	$ 296.951	$ 731.639	**$ 12.203.688**
TOTAL	$ 53.190.115	$ 23.155.431	$ 18.226.904	$ 15.063.560	$ 8.445.754	$ 338.178	$ 3.142.165	$ 4.901.105	$ 2.792.319	**$ 147.850.290**
PROMEDIO	4432509,6	1929619,3	1518908,7	1255296,7	703812,8	28181,5	261847,1	408425,4	232693,2	**$ 12.320.858**
%	36,0	15,7	12,3	10,2	5,7	4,4	2,1	3,3	1,9	**100,0**

Cumplimiento: incremento en facturación del 9.8%

5. Reconocimientos y agradecimientos

Queridos colaboradores, médicos, personal administrativo, pacientes y aliados estratégicos de nuestra Fundación Hospital San Carlos;

En este momento de reflexión, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a cada uno de ustedes. Gracias por su dedicación, esfuerzo y compromiso en hacer posible que, juntos, podamos brindar la mejor atención, cuidar de la salud y seguir avanzando en nuestro propósito común.

A nuestros médicos, su vocación, conocimiento y profesionalismo son la columna vertebral de nuestro trabajo. A nuestro equipo administrativo, su organización y eficiencia permiten que todo funcione sin contratiempos, creando un entorno de confianza y bienestar. A cada uno de nuestros colaboradores, su empeño y trabajo diario hacen que todo sea posible, creando un ambiente de unidad y colaboración que nos fortalece.

A nuestros pacientes, les agradecemos por la confianza depositada en nosotros. Su bienestar es nuestra prioridad, y nos sentimos honrados de ser parte de su camino hacia una vida más saludable.

Finalmente, a nuestros aliados estratégicos, gracias por su apoyo y por creer en nuestra misión. Juntos, podemos lograr grandes cosas y marcar una diferencia significativa.

Es un privilegio contar con cada uno de ustedes. Sigamos trabajando en equipo, con la misma pasión y dedicación que nos caracteriza, para seguir alcanzando nuevos logros y continuar ofreciendo un servicio de excelencia.

6. Conclusión

El año 2024 ha sido un periodo de importantes logros y aprendizajes para todos los que formamos parte de la Fundación Hospital San Carlos. Gracias a la dedicación y esfuerzo de cada uno de los miembros de nuestro equipo, hemos logrado avanzar en diversas áreas clave, reafirmando nuestro compromiso con la comunidad.

Algunos de los objetivos alcanzados incluyen la mejora continua de nuestros procesos de atención, la optimización de nuestros servicios médicos y administrativos, así como el fortalecimiento de nuestra infraestructura y tecnología para ofrecer una atención más eficiente y segura. Estos avances nos han permitido seguir brindando un servicio de salud de alta calidad, garantizando el bienestar de nuestros pacientes.

Además, hemos aprendido la importancia de la colaboración y el trabajo en equipo, elementos que siempre han sido esenciales para superar los desafíos y seguir creciendo. Hemos consolidado relaciones con aliados estratégicos y continuamos escuchando las necesidades de nuestra comunidad para adaptarnos a sus expectativas y ofrecer soluciones a medida.

Llamado a la Acción para este año 2025

Mirando hacia el futuro, este 2025 se presenta como un nuevo capítulo en el que debemos seguir comprometidos con nuestra misión. A pesar de los avances alcanzados, sabemos que la excelencia en la atención medica es un camino continuo, que requiere dedicación, innovación y pasión.

Hacemos un llamado a todos nuestros colaboradores, médicos, personal administrativo, pacientes y aliados estratégicos a mantener el enfoque en nuestra misión de ofrecer atención de calidad, humanizada y accesible a toda la comunidad. Es fundamental que sigamos trabajando con el ismo compromiso y profesionalismo, innovando en nuestros procesos y adaptándonos a las nuevas necesidades del sector salud.

El año 2025 será un año de nuevos retos y oportunidades. Sigamos adelante con la fuerza y la convicción de que juntos podemos lograr más, ofreciendo siempre lo mejor de nosotros para garantizar que cada paciente reciba la atención que merece.

Con determinación y esperanza, sigamos avanzando hacia un futuro más saludable para todos.

7. Acontecimientos Importantes Posteriores al Ejercicio del Informe de Gestión 2024

En cumplimiento de las disposiciones legales y en el marco del principio de transparencia y rendición de cuentas, la **Fundación Hospital San Carlos** informa sobre los acontecimientos relevantes ocurridos con posterioridad al cierre del ejercicio del informe de gestión 2024.

Uno de los hitos más significativos fue la **consolidación de información proveniente de 35 áreas institucionales**, un proceso estratégico que permitió fortalecer la gestión de datos, la trazabilidad de la información y la toma de decisiones basadas en evidencia.

1. Proceso de Consolidación de Información

La recopilación y estructuración de datos requirió un trabajo riguroso de articulación y análisis, en el cual se desarrollaron las siguientes acciones clave:

- **Investigación y documentación de procesos**: Se llevó a cabo una revisión detallada de cada área para garantizar que la información recopilada reflejara con precisión la operatividad, resultados y cumplimiento de objetivos estratégicos.
- **Análisis de indicadores de gestión**: Se estandarizaron y verificaron los datos clave de cada área, asegurando su confiabilidad y pertinencia para la evaluación del desempeño institucional.
- **Evaluación de impacto y tendencias**: Se analizaron los resultados obtenidos en comparación con periodos anteriores, lo que permitió identificar oportunidades de mejora, fortalezas y desafíos para los próximos periodos.

- **Validación de información con los responsables de cada área**: Se estableció un proceso de revisión colaborativo para garantizar la coherencia y precisión de los datos antes de su integración en el informe final.

2. Trabajo en Equipo y Articulación Interdepartamental

La consolidación de esta información fue posible gracias a la participación activa y coordinada de las diferentes áreas de la institución, lo que permitió:

- **Fortalecer la comunicación interna** y la articulación entre equipos multidisciplinarios.
- **Fomentar una cultura de datos y gestión basada en información objetiva y verificable.**
- **Optimizar la trazabilidad y transparencia** en la presentación de resultados institucionales.
- **Garantizar el alineamiento estratégico** entre los distintos procesos administrativos, asistenciales y operativos.

3. Impacto y Beneficios del Proceso

Este ejercicio de consolidación de información ha generado importantes beneficios para la Fundación, entre los que se destacan:

- **Mejora en la toma de decisiones estratégicas** al contar con información estructurada, precisa y confiable.
- **Optimización de la gestión documental** al disponer de bases de datos organizadas y centralizadas.

- **Mayor trazabilidad y control de los indicadores institucionales**, lo que facilita la medición del impacto de las iniciativas y programas implementados.
- **Fortalecimiento del enfoque de mejora continua**, permitiendo una gestión más eficiente y alineada con los objetivos misionales de la Fundación.

4. Conclusión

Este proceso de consolidación de información ha sido un avance significativo en la gestión institucional, reflejando el compromiso de la **Fundación Hospital San Carlos** con la eficiencia, la transparencia y la rendición de cuentas. Gracias a la investigación, análisis y validación de datos, así como al trabajo en equipo entre todas las áreas, se han fortalecido los procesos administrativos y operativos, sentando las bases para una gestión más integrada y orientada a resultados.