# E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

# INFORME DE GESTION 2o.TRIMESTRE AÑO 2025

# BOGOTÁ, JULIO 15 DE 2025

# JUNTA DIRECTIVA

**DOCTOR LUIS ARMANDO ROJAS QUEVEDO**
**Presidente Junta Directiva - Delegado del Señor Gobernador de Cundinamarca**

**DOCTOR NODIER MARTIN FERRO**
**Delegado del Señor Secretario de Salud de Cundinamarca**

**DOCTOR MIGUEL DARIO RICO ACOSTA**
**Representante de los Profesores Eméritos del HUS**

**JEFE CARLOS HARVEY JAIMES PABON**
**Representante del sector Científico**

**DOCTOR HERNANDO GOMEZ BAUTISTA**
**Representante de Asociacion de usuarios**

**DOCTOR HERNAN ORLANDO MAHECHA CAMACHO**
**Representante de Gremios de Produccion**

**JORGE ANDRES LÓPEZ QUINTERO**
**Secretario**
**Gerente del HUS**

# COMITÉ DIRECTIVO

**JORGE ANDRÉS LÓPEZ QUINTERO**
**Gerente**

**GUSTAVO AXEL VARGAS GALINDO**
**Director Científico**

**NUBIA GUERRERO PRECIADO**
**Director de Atención al Usuario**

**CARLOS FERNANDO GONZÁLEZ**
**Director Administrativo**

**YANETH CRISTINA GIL ZAPATA**
**Director Financiero**

**EDGAR HUMBERTO RODRIGUEZ BENAVIDES**
**Jefe Oficina Jurídica**

**YETICA HERNANDEZ ARIZA**
**Jefe Oficina Control Interno**

**LEONARDO DUARTE DIAZ**
**Jefe Oficina de Planeación y Garantía de Calidad**

## TABLA DE CONTENIDO

**INTRODUCCION**

**CAPITULO I DIRECCION DE ATENCION AL USUARIO**
**1.1.- Servicio de Urgencias**
**1.2.- Servicio de Referencia y Contrareferencia**
**1.3.- Servicio de Consulta Externa**
**1.4.- Servicio de Enfermería**
**1.5.- Servicio de Atención al Usuario**
**1.6.- Servicio de Hotelería**
**1.7.- Servicio de Estadística**

**CAPITULO II DIRECCION CIENTIFICA**
**2.1.- Servicio de Hospitalización**
**2.2.- Servicio de Sala de Partos**
**2.3.- Servicio de Salas de Cirugía**
**2.4.- Servicio de Laboratorio Clínico**
**2.5.- Servicio de Imagenologia**
**2.6.- Servicio de Banco de Sangre**
**2.7.- Programa de Donación de Órganos y Tejidos**
**2.8.- Servicio de Nutrición**
**2.9.- Servicio de Terapias**
**2.10.- Servicio Farmacéutico**
**2.11.- Hospital Universitario**

**CAPITULO III DIRECCION FINANCIERA**
**3.1.- Presupuesto**
**3.2.- Mercadeo y Contratación**
**3.3.- Facturación**
**3.4.- Cartera**
**3.5.- Costos**
**3.6.- Contabilidad**
**3.7.- Tesorería**

**CAPITULO IV DIRECCION ADMINISTRATIVA**
**4.1.- Talento Humano**
**4.2.- Infraestructura**
**4.3.- Compras Bienes y Suministros**
**4.4.- Tecnología Biomédica**
**4.5.- Sistemas**
**4.6.- Gestión Documental**
**4.7.- Comunicaciones**

**CAPITULO V OFICINA DE CONTROL INTERNO**
**5.1 Rol Liderazgo estratégico.**
**5.2 Rol de enfoque hacia la prevención.**
**5.3 Rol de relación con entes externos.**
**5.4 Rol de evaluación de la gestión del riesgo**.

## 5.5 Rol de evaluación y seguimiento

**CAPITULO VI OFICINA JURIDICA**
**6.1 Defensa judicial - procesos judiciales**
**6.2 Demandas contra la entidad:**
**6.3 Demandas en que la entidad es demandante:**
**6.4 Procesos judiciales en provisión contable y cuentas de orden**
**6.5 Fallos a favor y en contra del hus en primera instancia a 2do trimestre de 2025**
**6.6 Defensa judicial – investigaciones administrativas:**
**6.7 Defensa judicial-respuesta a derechos de petición**
**6.8 Otras gestiones - defensa judicial - acciones de tutel**
**6.9 Clasificación de procesos por jurisdicción activos a 2do trimestre de 2025**
**6.10 fallos a favor y en contra del hus**
**6.11 acuerdos de pago**

**CAPITULO VII OFICINA DE PLANEACION Y CALIDAD**
**7.1 Gestión del riesgo**
**7.2 Gestión ambiental**
**7.3 Seguridad del paciente**
**7.4 Habilitacion**

**CAPITULO VIII HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA**
**8.1.- Servicio de Urgencias**
**8.2.- Servicio de Referencia y Contrareferencia**
**8.3.- Servicio de Consulta Externa**
**8.4.- Servicio de Hospitalización**
**8.5.- Servicio de Sala de Partos**
**8.6.- Servicio de Salas de Cirugía**
**8.7.- Servicio de Laboratorio Clínico**
**8.8.- Servicio de Patología**
**8.9.- Unidad Transfusional**
**8.10.- Servicio de Imagenologia**
**8.11.- Servicio de Farmacia**
**8.12.- Servicio de Rehabilitación**
**8.13.- Servicio de Nutrición**

**CAPITULO IX UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA**
**9.1.- Servicio de Urgencias**
**9.2.- Servicio de Consulta Externa**
**9.3.- Servicio de Hospitalización**
**9.4.- Servicio de Sala de Partos**
**9.5.- Servicio de Salas de Cirugía**
**9.6.- Servicio de Laboratorio Clínico**
**9.7.- Servicio de Imagenologia**
**9.8.- Servicio de Terapia Física**
**9.9.- Servicio de Terapia Respiratoria**
**9.10.- Servicio de Fonoaudiología**

# INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene como objetivo socializar los avances, logros y retos identificados durante el segundo trimestre del año 2025 en el marco de la gestión institucional de la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana, así como de la E.S.E. Hospital Regional de Zipaquirá y de la Unidad Funcional de Zipaquirá, en su calidad de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, referentes para el departamento de Cundinamarca y actores estratégicos en la consolidación de una red de servicios integrados y de alta complejidad.

El documento expone el comportamiento de las principales variables e indicadores operativos, financieros, asistenciales y administrativos, organizados según la estructura funcional de cada dependencia y unidad estratégica. En este sentido, se inicia con la caracterización y desempeño de los servicios que constituyen las principales puertas de entrada al sistema de atención, tales como Urgencias, Consulta Externa, Referencia y Contrarreferencia, Hospitalización, Servicios de Apoyo Diagnóstico y de Complementación Terapéutica. Posteriormente, se detallan los avances en áreas transversales clave como la gestión financiera, presupuestal, administrativa, jurídica, de planeación, calidad, talento humano y control interno, todas ellas fundamentales para garantizar la sostenibilidad, eficiencia y calidad del servicio.

Asimismo, el informe conserva una estructura homogénea en la presentación de resultados tanto para el Hospital Universitario como para el Hospital Regional de Zipaquirá y su Unidad Funcional, reconociendo las particularidades de cada institución en términos de oferta, capacidad instalada, cobertura poblacional y presión de la demanda. Esta diferenciación es clave para interpretar los resultados en su debido contexto y diseñar estrategias ajustadas a las realidades operativas de cada uno de estos actores.

Cabe destacar que las dinámicas observadas durante este periodo han estado influenciadas por factores estructurales del sistema de salud. Por ello, se ha considerado necesario complementar el análisis con referencias comparativas al año 2024, periodos en los cuales la oferta y la demanda del servicio se comportaron en condiciones de mayor estabilidad y regularidad, permitiendo establecer puntos de referencia útiles para la planificación del año 2025.

La información contenida en este documento constituye un insumo clave para la toma de decisiones estratégicas, orientadas a optimizar la asignación de recursos, fortalecer la capacidad de respuesta institucional, mejorar la experiencia de los usuarios y consolidar el modelo de atención centrado en el paciente. Además, permite retroalimentar los procesos de planeación, evaluación y mejora continua, aportando a la transparencia en la gestión pública y al cumplimiento de los objetivos misionales de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y su red asociada.

A continuación, se presentan los principales hallazgos y tendencias observadas durante el segundo trimestre del año 2025, acompañados de sus respectivos análisis cualitativos y cuantitativos.

## CAPITULO I DIRECCION DE ATENCION AL USUARIO

## 1.1 ATENCIÓN DEL PACIENTE EN URGENCIAS

## GESTIÓN DEL PROCESO INFORME MENSUAL COMPARATIVO

| INFORME COMPARATIVO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE DATOS E INDICADORES MENSUALES, TRIMESTRALES Y SEMESTRALES. | ABRIL | | | MAYO | | | JUNIO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2023 | 2024 | 2025 | 2023 | 2024 | 2025 | 2023 | 2024 | 2025 |
| Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA | 5 | 3 | 4 | 9 | 2 | 8 | 3 | 5 | 5 |
| Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL | 21 | 26 | 40 | 11 | 28 | 55 | 20 | 27 | 36 |
| Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS | 941 | 1035 | 1168 | 1020 | 1091 | 1357 | 939 | 1061 | 1140 |
| Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO | 162 | 164 | 238 | 159 | 211 | 217 | 150 | 155 | 174 |
| Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA | 11 | 10 | 21 | 10 | 12 | 60 | 7 | 6 | 49 |
| **TOTAL PTES CON TRIAGE** | **1140** | **1241** | **1471** | **1209** | **1344** | **1655** | **1119** | **1254** | **1404** |
| **TOTAL CONSULTAS** | **1403** | **1400** | **1438** | **1462** | **1406** | **1330** | **1400** | **1393** | **1394** |
| Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL | 1316 | 1264 | 1350 | 1381 | 1288 | 1249 | 1317 | 1287 | 1300 |
| Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O. | 87 | 136 | 88 | 81 | 118 | 81 | 83 | 106 | 94 |
| TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II | 21 | 21 | 21 | 18 | 18 | 21 | 24 | 23 | 15 |
| TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III | 101 | 76 | 121 | 89 | 85 | 104 | 89 | 112 | 95 |
| TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA DEMANDA ESPONTANEA | 96 | 74 | 118 | 94 | 82 | 101 | 91 | 111 | 92 |
| Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS | 22 | 30 | 27 | 6 | 25 | 29 | 10 | 8 | 22 |
| Nº DE REINGRESOS ENTRE 24 Y 72 HORAS DESPUÉS DEL EGRESO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL PTES ATEND. POR DEMANDA ESPONTANEA** | **1176** | **1004** | **1036** | **1171** | **1054** | **1082** | **1095** | **1041** | **1033** |

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

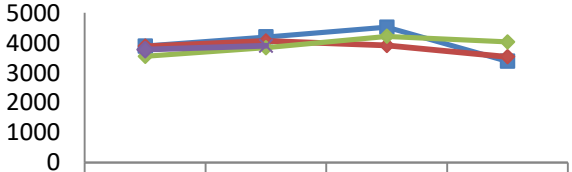
## GESTIÓN DEL PROCESO INFORME TRIMESTRAL COMPARATIVO

| INFORME COMPARATIVO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE DATOS E INDICADORES MENSUALES, TRIMESTRALES Y SEMESTRALES. | SEGUNDO TRIMESTRE | | |
|---|---|---|---|
| | 2023 | 2024 | 2025 |
| Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA | 17 | 10 | 17 |
| Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL | 52 | 81 | 131 |
| Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS | 2900 | 3187 | 3665 |
| Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO | 471 | 530 | 629 |
| Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA | 28 | 28 | 130 |
| TOTAL PTES CON TRIAGES | 3468 | 3839 | 4530 |
| TOTAL CONSULTAS | 4265 | 4199 | 4162 |
| Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL | 4014 | 3839 | 3899 |
| Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA GINECOLOGIA | 251 | 360 | 263 |
| TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II | 21 | 21 | 19 |
| TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III | 93 | 91 | 107 |
| OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA DEMANDA ESPONTÁNEA | 94 | 89 | 104 |
| Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS | 38 | 63 | 78 |
| Nº DE REINGRESOS ENTRE 24 Y 72 HORAS DESPUÉS DEL EGRESO | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL PTES ATEND. POR DEMANDA ESPONTANEA | 3442 | 3099 | 3151 |

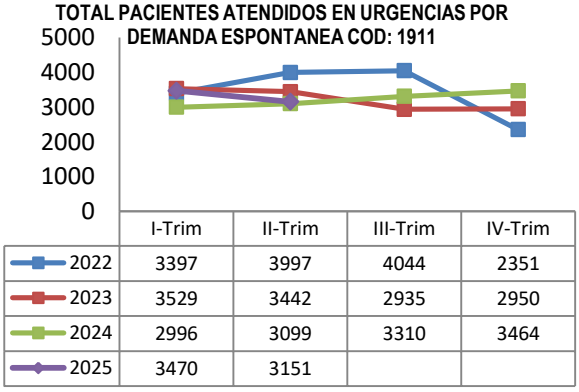
Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

## INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD Y OPORTUNIDAD URGENCIAS

**NUMERO DE CONSULTAS REALIZADAS EN URGENCIAS POR MEDICO GENERAL COD:1139**




| | I-Trim | II-Trim | III-Trim | IV-Trim |
|---|---|---|---|---|
| 2022 | 3888 | 4193 | 4522 | 3381 |
| 2023 | 3885 | 4059 | 3910 | 3530 |
| 2024 | 3549 | 3839 | 4216 | 4028 |
| 2025 | 3774 | 3899 | | |




**Fuente:** Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

**ANÁLISIS:**

Durante el segundo trimestre de 2025, el servicio de urgencias del Hospital Universitario La Samaritana atendió **3.899 consultas**, manteniéndose estable con respecto al mismo periodo del año anterior y mostrando un aumento del **4 % (125 consultas)** respecto al primer trimestre de 2025.

Dentro de estas, las consultas por **demanda espontánea** aumentaron un **2 % (52 consultas)** frente al mismo trimestre del año anterior, aunque disminuyeron de forma significativa en un **10 % (319 consultas)** respecto al primer trimestre del año. El tiempo promedio de atención fue de **79 minutos**.

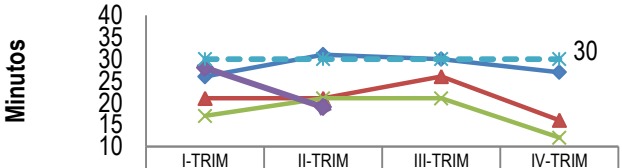
En cuanto a la afiliación al sistema de salud, la mayor proporción de pacientes atendidos correspondió a usuarios de **EPS Famisanar (37 %)**, seguida de **Coosalud (14 %)**, mientras que **Sanitas**, **Compensar** y **Capital Salud** representaron cada una el **5 %** del total.

Es importante resaltar que la utilización del servicio de urgencias está estrechamente relacionada con la limitada oferta de servicios ambulatorios por parte de las EPS, lo que obliga a los usuarios a recurrir al servicio de urgencias como única alternativa para acceder a atención médica oportuna.

Este patrón refleja una demanda creciente que plantea retos significativos en términos de capacidad operativa, gestión del flujo de pacientes y tiempos de respuesta para el hospital.

## TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE II

**COD 276 - TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION EN URGENCIAS DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE II**




| | I-TRIM | II-TRIM | III-TRIM | IV-TRIM |
|---|---|---|---|---|
| 2022 | 26 | 31 | 30 | 27 |
| 2023 | 21 | 21 | 26 | 16 |
| 2024 | 17 | 21 | 21 | 12 |
| 2025 | 28 | 19 | | |
| META | 30 | 30 | 30 | 30 |

## ANÁLISIS:

Durante el segundo trimestre de 2025, el tiempo promedio de atención para pacientes TRIAGE II fue de **19 minutos**, manteniéndose por debajo de la meta institucional (< 30 minutos). Esto representa una mejora significativa de **9 minutos** respecto al trimestre anterior y un descenso de **2 minutos** en comparación con el mismo periodo de 2024.

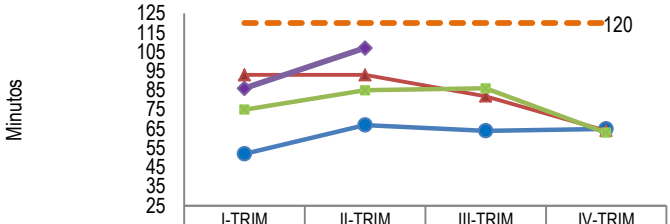
Los pacientes **TRIAGE II**, que incluyen casos críticos y de alta complejidad como enfermedades graves, politraumatismos y emergencias que demandan intervención inmediata, requieren atención prioritaria ya que cualquier demora puede afectar negativamente su evolución.

Este desempeño se ha logrado gracias a la implementación de estrategias de gestión efectivas, entre las cuales destacan la monitorización diaria del indicador en la revista administrativa de urgencias, la socialización mensual de resultados con el equipo, el análisis sistemático de desviaciones para corregir oportunamente las fallas, y los mecanismos de control y seguimiento liderados por el equipo primario del servicio.

Aunque se mantiene el cumplimiento de la meta institucional, desde la Subdirección de Urgencias se continúan fortaleciendo estos procesos con el objetivo de reducir riesgos y eventos adversos, así como garantizar una atención oportuna sin sacrificar la calidad del servicio.

## TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE III

**COD 1127 - TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ATENCION EN URGENCIAS DEL PACIENTE CLASIFICADO COMO TRIAGE III**




| | I-TRIM | II-TRIM | III-TRIM | IV-TRIM |
|---|---|---|---|---|
| 2022 | 52 | 67 | 64 | 65 |
| 2023 | 93 | 93 | 82 | 64 |
| 2024 | 75 | 85 | 86 | 63 |
| 2025 | 86 | 107 | | |
| META | 120 | 120 | 120 | 120 |

Durante el segundo trimestre de la vigencia 2025, la **oportunidad de atención** para los pacientes clasificados como **TRIAGE III** fue de **107 minutos**, lo que se mantiene por debajo de la meta institucional establecida de **120 minutos,** se evidencia un aumento de **21 minutos** dado por la complejidad de los pacientes que ingresaron este trimestre a la institución.

Es importante señalar que este aumento de esta complejidad se debe, en gran parte, a la **falta de oferta de servicios ambulatorios oportunos por parte de las EPS**, especialmente en patologías como **artritis reumatoide enfermedades hematológicas y dolor crónico**, lo que obliga a los pacientes a recurrir al servicio de urgencias para el manejo de complicaciones o como una alternativa para recibir tratamiento médico , esta situación refleja una sobrecarga en el sistema, que afecta la disponibilidad de atención.

En términos de clasificación por **TRIAGE**, se observó que el **80 %** de las consultas correspondieron a pacientes **TRIAGE III**, consolidándose como la **categoría predominante** en la atención del servicio. Este alto porcentaje refleja la **alta demanda de atención urgente**, con un número significativo de casos que, aunque no presentan inmediatez de riesgo vital, requieren intervención rápida para evitar complicaciones mayores.

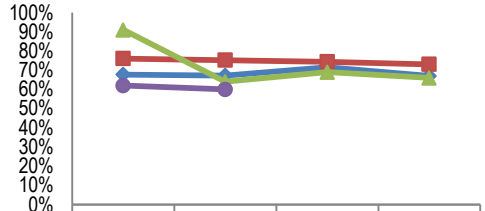
Asimismo, se identificó una **alta frecuencia de uso** del servicio de urgencias en la franja horaria comprendida entre las **11:00 a.m. y las 3:00 p.m.**, con una mayor concentración de atenciones los **lunes, martes y viernes**. Esta dinámica de demanda se ha presentado en un contexto de **ocupación del servicio del 150 %**, lo que representa un reto significativo para la operación y la eficiencia del servicio.

Para continuar garantizando la atención oportuna, se continuará con la **monitorización mensual** del indicador en el equipo primario de urgencias, con el fin de realizar un **seguimiento continuo**, detectar posibles desviaciones y aplicar **acciones correctivas de manera oportuna**. Además, se reforzarán las estrategias de gestión para optimizar los tiempos de respuesta y la eficiencia en el manejo de la alta demanda.

## 1.2 SERVICIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

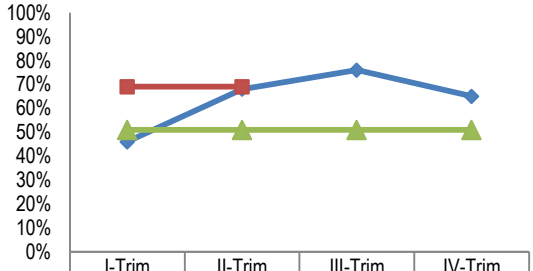
### INDICADORES DE PRODUCCIÓN

**PORCENTAJE DE REMISIONES ACEPTADAS EN EL HUS**



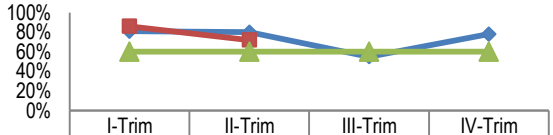

| | I-Trim | II-Trim | III-Trim | IV-Trim |
|---|---|---|---|---|
| 2022 | 68% | 67% | 72% | 67% |
| 2023 | 76% | 75% | 74% | 73% |
| 2024 | 91% | 64% | 69% | 66% |
| 2025 | 62% | 60% | | |

**PORCENTAJE DE INGRESOS EFECTIVOS AL HUS DE PACIENTES ACEPTADOS POR REFERENCIA**




| | I-Trim | II-Trim | III-Trim | IV-Trim |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 46% | 68% | 76% | 65% |
| 2025 | 69% | 69% | | |
| META | 51% | 51% | 51% | 51% |

**PORCENTAJE DE PERTINENCIA DE REMISIONES ACEPTADAS POR REFERENCIA EN EL HUS**




| | I-Trim | II-Trim | III-Trim | IV-Trim |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 81% | 80% | 55% | 78% |
| 2025 | 86% | 72% | | |
| META | 60% | 60% | 60% | 60% |

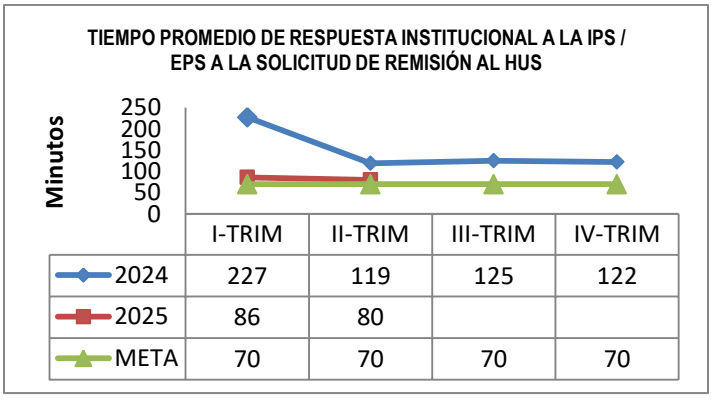
Durante el segundo trimestre del año 2025, el porcentaje de remisiones aceptadas en el HUS fue del 60%, lo que representa una disminución del 4% respecto al mismo periodo del año anterior y una disminución del 2% con respecto al I trimestre del año 2025.

Esta reducción se atribuye a factores clave como la disponibilidad limitada de camas en las unidades de cuidados intensivos e intermedios, las cuales presentaron una ocupación promedio del 100%, así como la alta ocupación del servicio de urgencias, que alcanzó un 130%. Estas condiciones representan un reto significativo para la operación y eficiencia del servicio.

En cuanto a la procedencia de los pacientes aceptados, el 78% correspondieron al departamento de Cundinamarca, destacándose los municipios de Zipaquirá (40%), Ubaté (18%) y Soacha (15%). En relación con la participación por EPS, Famisanar ocupó el primer lugar con un 52%, seguida de Coosalud con un 18%, Nueva Eps 10% y Salud Total con un 8%. Este comportamiento es atribuible al trabajo articulado entre la oficina de referencia y las especialidades médico-quirúrgicas de la institución.

Por otro lado, el porcentaje de ingresos efectivos de los pacientes aceptados fue del 69%, superando la meta establecida y manteniéndose respecto al I trimestre del año 2025. Del total de pacientes no ingresados, el 95% fueron direccionados a otras IPS por decisión de las EAPB, principalmente Famisanar, que concentró el 80% de estos casos. Finalmente, la pertinencia de las remisiones aceptadas y efectivas al HUS alcanzó un 72 %, lo que representa una caída de 14 % respecto al primer trimestre de 2025. Esta disminución se atribuye a la alta ocupación hospitalaria en los centros de menor complejidad del departamento. Ante esta situación, nuestra institución ha visto la necesidad de garantizar una atención oportuna e integral, optimizando al mismo tiempo el uso de los recursos y la capacidad instalada.

**INDICADORES DE OPORTUNIDAD**
**TIEMPO DE RESPUESTA INSTITUCIONAL A LA IPS/EPS A LA SOLICITUD DE REMISIÓN AL HUS**




| | I-TRIM | II-TRIM | III-TRIM | IV-TRIM |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 227 | 119 | 125 | 122 |
| 2025 | 86 | 80 | | |
| META | 70 | 70 | 70 | 70 |

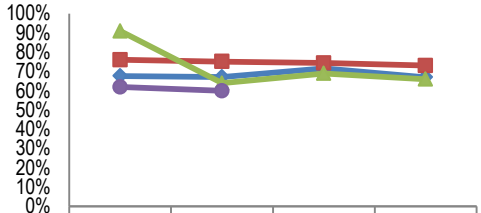
Durante el segundo trimestre de 2025, el tiempo promedio de respuesta institucional a las IPS/EPS frente a las solicitudes de remisión al HUS fue de 80 minutos disminuyendo 6 minutos con respecto al I trimestre 2025 y disminución de 39 minutos respecto al II trimestre 2024, superando la meta establecida de 70 minutos.

Es importante desagregar este indicador, ya que intervienen dos actores fundamentales en el proceso. En primer lugar, los profesionales de salud de las especialidades médico-quirúrgicas del HUS, quienes registraron un tiempo promedio de respuesta de 50 minutos ante las solicitudes de remisión, superando la meta establecida de 40 minutos. Esta desviación se atribuye principalmente a especialidades de alta demanda que no se encuentran disponibles durante la noche, como urología, cirugía vascular periférica, cirugía plástica y hematología.

Dado que esta es la primera medición del indicador, se socializarán los resultados con cada especialidad para definir estrategias que mejoren los tiempos de respuesta. En segundo lugar, se evaluó el desempeño de la oficina de referencia y contrarreferencia, cuyo tiempo promedio de respuesta fue de 30 minutos logrando la meta establecida (30 minutos).

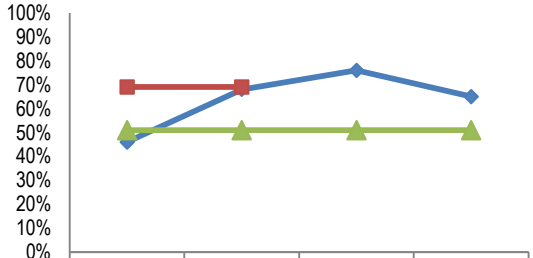
## REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
## INDICADORES DE PRODUCCIÓN

### PORCENTAJE DE REMISIONES ACEPTADAS EN EL HUS



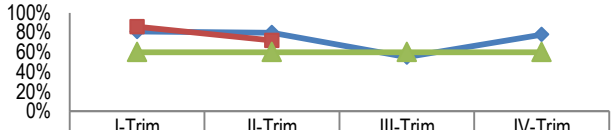

| | I-Trim | II-Trim | III-Trim | IV-Trim |
|---|---|---|---|---|
| 2022 | 68% | 67% | 72% | 67% |
| 2023 | 76% | 75% | 74% | 73% |
| 2024 | 91% | 64% | 69% | 66% |
| 2025 | 62% | 60% | | |

### PORCENTAJE DE INGRESOS EFECTIVOS AL HUS DE PACIENTES ACEPTADOS POR REFERENCIA




| | I-Trim | II-Trim | III-Trim | IV-Trim |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 46% | 68% | 76% | 65% |
| 2025 | 69% | 69% | | |
| META | 51% | 51% | 51% | 51% |

### PORCENTAJE DE PERTINENCIA DE REMISIONES ACEPTADAS POR REFERENCIA EN EL HUS




| | I-Trim | II-Trim | III-Trim | IV-Trim |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 81% | 80% | 55% | 78% |
| 2025 | 86% | 72% | | |
| META | 60% | 60% | 60% | 60% |

Durante el segundo trimestre del año 2025, el porcentaje de remisiones aceptadas en el HUS fue del 60%, lo que representa una disminución del 4% respecto al mismo periodo del año anterior y una disminución del 2% con respecto al I trimestre del año 2025 .

Esta reducción se atribuye a factores clave como la disponibilidad limitada de camas en las unidades de cuidados intensivos e intermedios, las cuales presentaron una ocupación promedio del 100%, así como la alta ocupación del

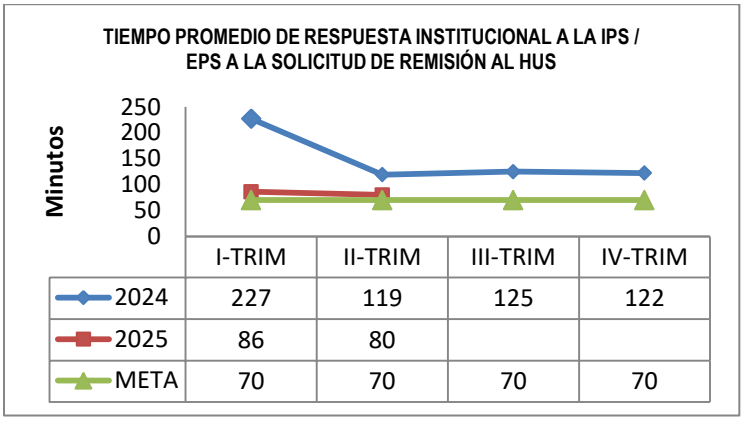
servicio de urgencias, que alcanzó un 130%. Estas condiciones representan un reto significativo para la operación y eficiencia del servicio.

En cuanto a la procedencia de los pacientes aceptados, el 78% correspondieron al departamento de Cundinamarca, destacándose los municipios de Zipaquirá (40%), Ubaté (18%) y Soacha (15%). En relación con la participación por EPS, Famisanar ocupó el primer lugar con un 52%, seguida de Coosalud con un 18%, Nueva Eps 10% y Salud Total con un 8%. Este comportamiento es atribuible al trabajo articulado entre la oficina de referencia y las especialidades médico-quirúrgicas de la institución. Por otro lado, el porcentaje de ingresos efectivos de los pacientes aceptados fue del 69%, superando la meta establecida y manteniéndose respecto al I trimestre del año 2025.

Del total de pacientes no ingresados, el 95% fueron direccionados a otras IPS por decisión de las EAPB, principalmente Famisanar, que concentró el 80% de estos casos. Finalmente, la pertinencia de las remisiones aceptadas y efectivas al HUS alcanzó un 72 %, lo que representa una caída de 14 % respecto al primer trimestre de 2025. Esta disminución se atribuye a la alta ocupación hospitalaria en los centros de menor complejidad del departamento. Ante esta situación, nuestra institución ha visto la necesidad de garantizar una atención oportuna e integral, optimizando al mismo tiempo el uso de los recursos y la capacidad instalada.

.

**INDICADORES DE OPORTUNIDAD**
**TIEMPO DE RESPUESTA INSTITUCIONAL A LA IPS/EPS A LA SOLICITUD DE REMISIÓN AL HUS**




| | I-TRIM | II-TRIM | III-TRIM | IV-TRIM |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 227 | 119 | 125 | 122 |
| 2025 | 86 | 80 | | |
| META | 70 | 70 | 70 | 70 |

Durante el segundo trimestre de 2025, el tiempo promedio de respuesta institucional a las IPS/EPS frente a las solicitudes de remisión al HUS fue de 80 minutos disminuyendo 6 minutos con respecto al I trimestre 2025 y disminución de 39 minutos respecto al II trimestre 2024, superando la meta establecida de 70 minutos.

Es importante desagregar este indicador, ya que intervienen dos actores fundamentales en el proceso. En primer lugar, los profesionales de salud de las especialidades médico-quirúrgicas del HUS, quienes registraron un tiempo promedio de respuesta de 50 minutos ante las solicitudes de remisión, superando la meta establecida de 40 minutos. Esta desviación se atribuye principalmente a especialidades de alta demanda que no se encuentran disponibles durante la noche, como urología, cirugía vascular periférica, cirugía plástica y hematología. Dado que esta es la primera medición del indicador, se socializarán los resultados con cada especialidad para definir estrategias que mejoren los tiempos de respuesta. En segundo lugar, se evaluó el desempeño de la oficina de referencia y contrarreferencia, cuyo tiempo promedio de respuesta fue de 30 minutos logrando la meta establecida (30 minutos).

## 1.3 PROCESO ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO

La **consulta realizada**, presentó tendencia al alta. No se ha logrado recuperar la productividad de antes de pandemia. Los motivos son atribuidos a temas de contratos y demanda, así:
**Mallamas**, sin contrato desde marzo 2025.
**Capresoca,** sin contrato desde diciembre 2024.
**Mutual Ser**, sin contrato desde junio 2024.
**Asmet Salud**, sin contrato desde junio 2024.
**Coosalud,** restricción del 7 al 16 mayo 2025.
**Nueva Eps**, restricción del 27 mayo al 16 junio 2025.
A pesar de contar con contratos con varias EPSs la demanda es baja, afectando la productividad. Por ejemplo Compensar, Sura y Salud Total, envían muy pocos pacientes.
En el II trim del 2025 presentó un **aumento de 12%** frente al año 2024.
Por **modalidad telemedicina** 115 atenciones (2024 fue 320).
En promedio mes para el II trim se atendieron 3.082 consultas en 2025 y en el 2024 = 2.741

| COMPORTAMIENTO DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA | I TRIM | | II TRIM | |
|---|---|---|---|---|
| | 2024 | 2025 | 2024 | 2025 |
| Horas programadas consulta especializada | 3.147 | 3.884 | 3.556 | 3.898 |
| Consultas asignadas = programadas | 8.494 | 10.814 | 9.476 | 10.567 |
| Consultas realizadas | 7.239 | 9.451 | 8.223 | 9.246 |
| % Inasistencia (15%- Ind174) | 14% | 11% | 12% | 11% |
| % cancelación - institucional/programadas (1,5%- Ind176) | 0,7% | 1,1% | 0,6% | 0,6% |
| % Uso de capacidad de oferta (realizada/oferta) (≥ 90%- Ind179) | 90% | 93% | 91% | 93% |
| Rendimiento hora medico consulta (2.5 - Ind180) | 2,3 | 2,4 | 2,3 | 2,4 |
| % Demanda Insatisfecha-represamiento/ Ofertadas (10%- Ind1045) | 1,5% | 1,7% | 6,5% | 1,6% |

*Fuente: Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 1

**La Inasistencia** (ind174, meta 15%), estuvo en 11% con una tendencia a la baja, logrando la meta. Causas más frecuentes: 1. Dificultad desplazamiento 2. Otros motivos (no quiso asistir, sin permiso de trabajo) 3. Condición del paciente.

**La cancelación o causa de no atención** por **causa institucional** (Ind.176, meta 1.5%), afectó al 0,6% (59 pacientes) de la cancelación total en consulta y representó el 48% de la cancelación. Motivos más frecuentes: 1. Falla en asignación de cita (35 pax) 2. Inasistencia del especialista (9 pax) 3. Sin paraclínicos que se generan en el Hus (5 pax). Es de aclarar que esta meta se ajustó, de acuerdo a referenciación con Los Comuneros de Bucaramanga. Por **causa extra institucional**, 48% atribuida al paciente (59 pax); 1. Llegada tarde. 2. Relacionado con la autorización. 3. Sin resultado de paraclínicos necesarios para definir conducta seguido de condición del paciente y 3% por causa externa (4 pax); 1. Autorización códigos errados.

**Demanda insatisfecha (DI)** (Ind.1419, meta 10%), el resultado fue de 2.1%. Por motivo **represamiento** 1.6% y dentro del 2.1% del total represento el 77% con 163 solicitudes. 5 Casos Cirugía Mama, por vacaciones y pensión del especialista, 1 caso Geriatría, por retiro del especialista, 6 casos Hematología, alta demanda sin posibilidad de ampliación por parte del especialista, 22 casos Reumatología, alta demanda sin posibilidad de ampliación por parte de los especialistas, 1 caso Cirugía Plástica reconstructiva, 69 casos Neurología, 1 caso Oftalmología Retina, 50 casos Oftalmología, 5 casos Optometria, por represamiento dado por no presentación oportuna de propuesta de agenda por parte del especialista.

**Rendimiento,** óptimo teniendo en cuenta la variedad de tiempos de acuerdo a la complejidad de la consulta.
**El uso de la capacidad de oferta** fue de 93% (Ind 179, meta =o >90%), aumentó 2 puntos frente al II trim del año

anterior, logrando la meta gracias a los ajustes periódicos de las agendas con las Especialidades. **Demanda insatisfecha por represamiento** en agendas de Cirugía Mama, Cirugía Plástica reconstructiva, Geriatría, Hematología, Neurología, Oftalmología (general y retina), Optometría y Reumatología.

**Oportunidad en asignación de citas** (meta 12 días), gracias al ajuste periódico de a las agendas de acuerdo a la demanda, en conjunto con los subdirectores y jefes de servicios. En el II trimestre resultado de 3 días, encontrándose por debajo de la meta, siendo positivo para el indicador. Para las especialidades con seguimiento por Resolución 256/2016 (citas de 1er vez), se tuvo excelente oportunidad, gracias al ajuste periódico de a las agendas de acuerdo a la demanda, en conjunto con los subdirectores y jefes de servicios.

| COMPORTAMIENTO DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA | META NORMA | META HUS | IND | 2025 | | COMPARACIÓN OBSERVATORIO DE CALIDAD - PROMEDIO AÑO 2024 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | I TRIM | II TRIM | Hosp. Pablo Tobón Uribe | Hosp. General ESE |
| Oportunidad en cita Medina interna | 15 | 10 | 182 | 1,7 | 0,4 | 28,4 | 20,4 |
| Oportunidad en cita Cirugía general | 30 | 15 | 184 | 1,6 | 0,3 | 11,6 | 5,6 |
| Oportunidad en cita Ginecología | 8 | 8 | 185 | 0,6 | 0,3 | 23,1 | 4,9 |
| Oportunidad en cita Obstetricia | 8 | 4 | 186 | 1,3 | 0,3 | SD | 5,6 |

*Fuente: Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 2

**Procedimientos** realizados en Consulta Externa presentó tendencia al alta. En el II trim de 2025 presentaron aumento de 144% comparado con el año 2024, por sumatoria de las terapias, las cuales fueron excluidas hasta el II trim del 2024.

| COMPORTAMIENTO DE PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y/O TERAPÉUTICO REALIZADO EN CONSULTA EXTERNA | I TRIM | | II TRIM | |
|---|---|---|---|---|
| | 2024 | 2025 | 2024 | 2025 |
| Horas programadas procedimientos | 1.820 | 4.081 | 2.377 | 4.061 |
| No. Procedimientos programados | 1.676 | 5.500 | 2.115 | 5.113 |
| No. Procedimientos realizados | 1.387 | 4.775 | 1.818 | 4.435 |
| % Inasistencia en procedimientos (15%- Ind 1057) | 15% | 12% | 13% | 12% |
| % Confirmación procedimientos (50%) | 61% | 8% | 60% | 8% |
| % cancelación - institucional/programadas (1,5% - Ind1060) | 1,1% | 0,3% | 0,5% | 0,3% |
| % Demanda Insatisfecha-represamiento | 89% | 73% | 100% | 84% |

*Fuente: Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 3

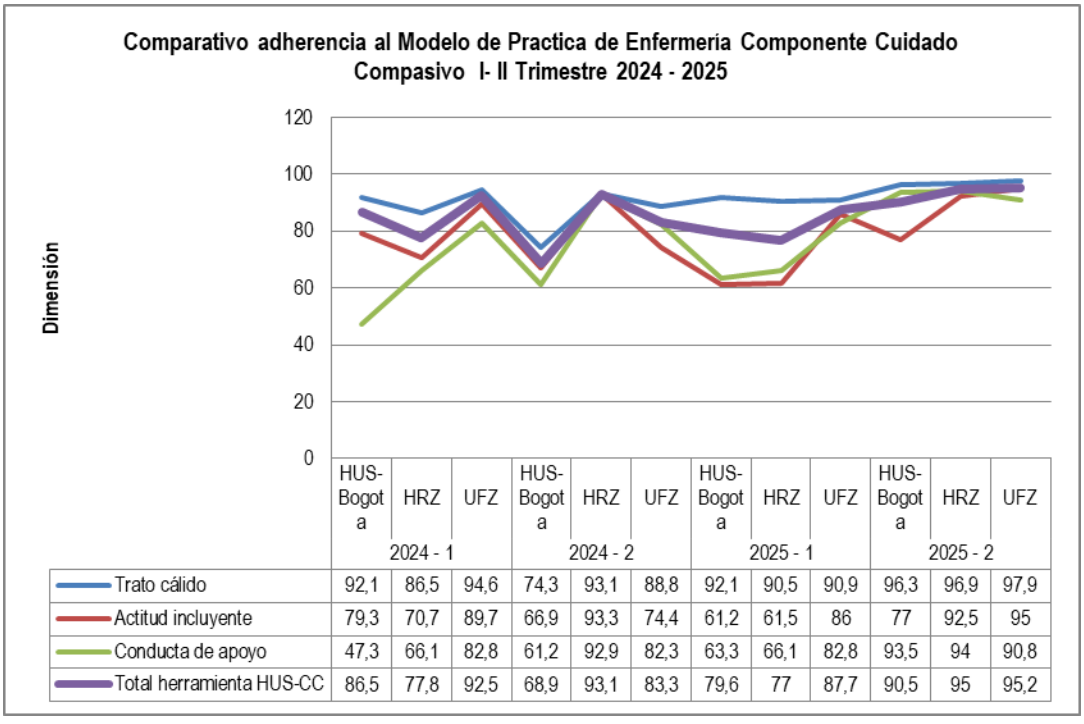
La **inasistencia 12%** (ind 1057 meta 15%), con tendencia a la baja, comparada con el mismo trimestre del año anterior disminuyo 4%, logrando la meta. Causas más frecuentes: 1. Relacionado con la autorización.

**La cancelación** o no atención por causa **institucional** afectó al 0.3% (meta 1.5%) de los pacientes programados en procedimientos (17 pacientes) y representó el 40%; tuvo tendencia a la baja. Motivos más frecuentes: 1. Otros motivos, (2 pax, donde 1 tenía 6 sesiones programadas y corresponden a falla en comunicación entre servicio por parte de gastroenterología y oftalmología y neuropsicología rehabilitación no realizó el total de sesiones programadas). 2. Falla en asignación (3 pacientes). Por **causa extra institucional**, 56% atribuida al paciente (24 pacientes); causas frecuentes 1. Falta preparación 2. Condición del paciente. 3. Sin recursos para copago y 5% por causa externa (2 pacientes); causas 1. Autorización códigos errados.

**Demanda insatisfecha (DI) en procedimientos**, el resultado fue de 0.8%. Por motivo **represamiento** 84% con 36 solicitudes. 1 caso Flebotomías, 1 caso Oftalmología (ecografías), represamiento dado por no presentación oportuna de propuesta de agenda por parte del especialista, 28 casos Urología (urodinamias, alta demanda) solo se cuenta con un especialista.

## 1.4 PROCESO SERVICIO DE ENFERMERÍA

Con relación al cumplimiento POA segundo trimestre 2025 se continúa con la implementación del Modelo de Cuidado de Enfermería "Liderazgo en Cuidado Compasivo y seguro a través de la "Medición Modelo Práctica de Enfermería – Componente Cuidado Compasivo.Durante el primer trimestre del año, se continuó con la medición del componente de cuidado compasivo a través de la aplicación del instrumento definido; a continuación se muestran los resultados comparados con el trimestre anterior:




| | 2024 - 1 | | | 2024 - 2 | | | 2025 - 1 | | | 2025 - 2 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | HUS-Bogota | HRZ | UFZ | HUS-Bogota | HRZ | UFZ | HUS-Bogota | HRZ | UFZ | HUS-Bogota | HRZ | UFZ |
| Trato cálido | 92,1 | 86,5 | 94,6 | 74,3 | 93,1 | 88,8 | 92,1 | 90,5 | 90,9 | 96,3 | 96,9 | 97,9 |
| Actitud incluyente | 79,3 | 70,7 | 89,7 | 66,9 | 93,3 | 74,4 | 61,2 | 61,5 | 86 | 77 | 92,5 | 95 |
| Conducta de apoyo | 47,3 | 66,1 | 82,8 | 61,2 | 92,9 | 82,3 | 63,3 | 66,1 | 82,8 | 93,5 | 94 | 90,8 |
| Total herramienta HUS-CC | 86,5 | 77,8 | 92,5 | 68,9 | 93,1 | 83,3 | 79,6 | 77 | 87,7 | 90,5 | 95 | 95,2 |

Grafica N. 1 Fuente Bases de datos Subdirección de Enfermería

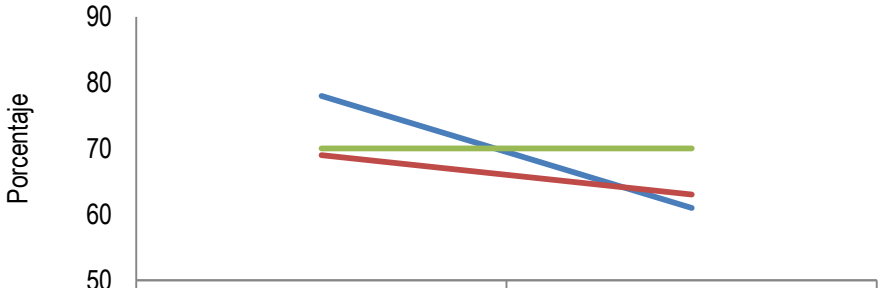
**Total herramienta HUS-CC (Calificación General de Cuidado Compasivo):**

- **HUS-Bogotá:** Inició con 86.5% (2024-1), bajó a 68.9% (2024-2), luego a 79.6% (2025-1), y alcanzó un 90.5% en 2025-2.
- **HRZ:** Pasó de 77.8% (2024-1) a 93.1% (2024-2), luego a 77% (2025-1), y logró un 95% en 2025-2.
- **UFZ:** Mantuvo un desempeño consistente y alto, con 92.5% (2024-1), 83.3% (2024-2), 87.7% (2025-1), y alcanzando el 95.2% en 2025-2.

**Conclusión general:** Todas las sedes mostraron una mejora general en la calificación total de la herramienta HUS-CC en el segundo trimestre de 2025. UFZ obtuvo el puntaje más alto en este último periodo, lo que indica una adherencia sobresaliente al componente de cuidado compasivo. HUS-Bogotá y HRZ también mostraron recuperaciones significativas y se mantiene dentro de la meta establecida. Como se muestra en la gráfica en las tres sedes fue satisfactoria la medición a través de la Escala de Cuida-do Compasivo "HUS-CC", la percepción de la díada paciente-cuidador familiar sobre el cuidado compasivo de enfermería que recibieron durante este primer trimestre en servicios hospitalarios.

**Medición de adherencia a procesos prioritarios para el cuidado de enfermería**

**Proceso de Atención de Enfermería (PAE)**



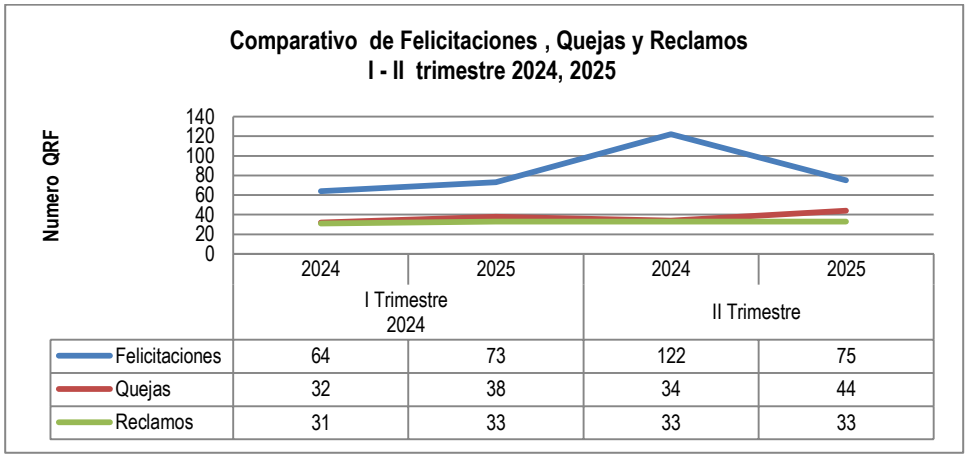

| | Primer trimestre | Segundo trimestre |
|---|---|---|
| 2024 | 78 | 61 |
| 2025 | 69 | 63 |
| Meta | 70 | 70 |

Fuente: Archivos listas de chequeo Subdirección de Enfermería

Reconociendo las áreas de oportunidad, se informa que la institución viene desarrollando un plan de mejoramiento enfocado en la adherencia al PAE en los diferentes turnos (Plan de Atención de Enfermería (ID 3252) . Este plan incluye un recurso de apadrinamiento de profesionales, así como acompañamiento y seguimiento constante. El objetivo es establecer una mayor apropiación por parte de los profesionales de enfermería y auxiliares en la ejecución del PAE, lo cual impactará directamente en la calidad del cuidado de los pacientes.

Si bien se observa una buena adherencia en las fases iniciales del PAE (valoración, diagnóstico, establecimiento de metas y selección de actividades), los desafíos principales se concentran en la comunicación del PAE a los auxiliares, la ejecución oportuna de las actividades y, especialmente, el seguimiento y la evaluación de las metas. La variación trimestral y las caídas en meses específicos subrayan la importancia de la implementación y el sostenimiento del plan de mejoramiento. Se espera que las estrategias de apadrinamiento y acompañamiento contribuyan a fortalecer las áreas débiles y a asegurar que la adherencia al PAE alcance y mantenga la meta del 70%, garantizando un cuidado integral y de calidad para todos los pacientes. Para abordar esta situación, se formuló el Plan de Mejoramiento ID 3252, el cual incluye actividades de caracterización de necesidades de capacitación de los profesionales, estrategia de plan padrino y continuidad en el seguimiento de la adherencia al mismo.

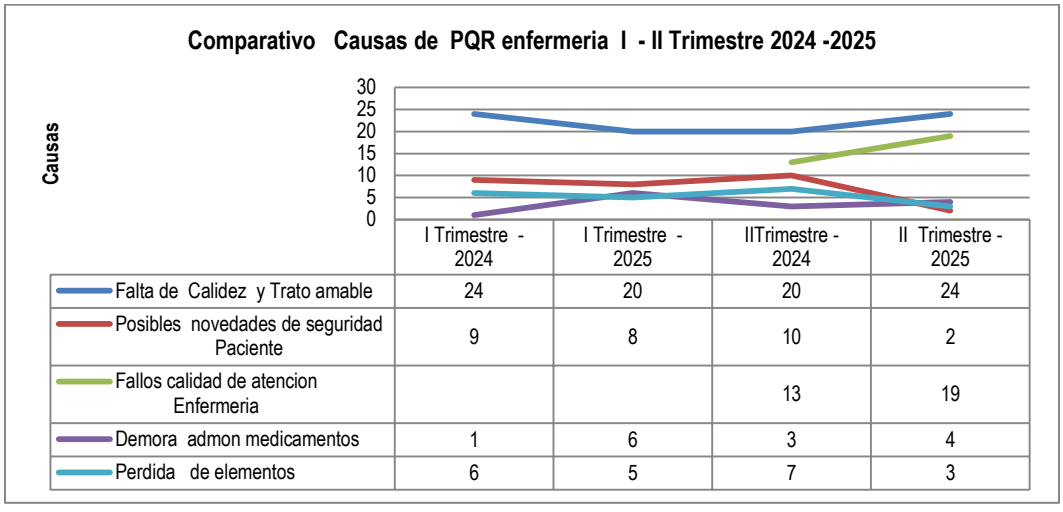
**Peticiones, quejas y reclamos atribuidos a enfermería**




Fuente: Defensoría del Usuario

En general, la atención de enfermería en 2025 ha logrado un Aumento notable en las felicitaciones, especialmente en el primer trimestre, lo que es un indicador positivo de la satisfacción del usuario. Sin embargo, este aumento en el reconocimiento positivo ha coincidido con un Incremento en el número de quejas, tanto en el primer como en el segundo trimestre de 2025. Los reclamos, por su parte, se han mantenido en un nivel estable.

La coexistencia de un incremento en las felicitaciones y las quejas sugiere que, si bien hay aspectos de la atención de enfermería que son bien recibidos y valorados, persisten áreas o experiencias específicas que generan insatisfacción. Ante esta situación, se está implementando un plan de mejoramiento integral. Este plan aborda diversas temáticas, con un enfoque particular en el cuidado compasivo, promoviendo la reflexión entre los colaboradores sobre las causas de las quejas. Además, se desarrollan actividades articuladas con la empresa temporal, dada la importancia del número de personas vinculadas a través de ella, y con la Dirección de Atención al Usuario, para abordar de manera conjunta estas oportunidades de mejora.




Para gestionar estas problemáticas, se formularon planes de mejora específicos para las principales causas de quejas, como el plan PUMP para la falta de calidez (ID 3240), lesiones de piel (ID 3274), prevención de caídas ( ID 3249) Además, se proyectó un plan de mejora enfocado en fortalecer la administración de medicamentos (ID 3253)

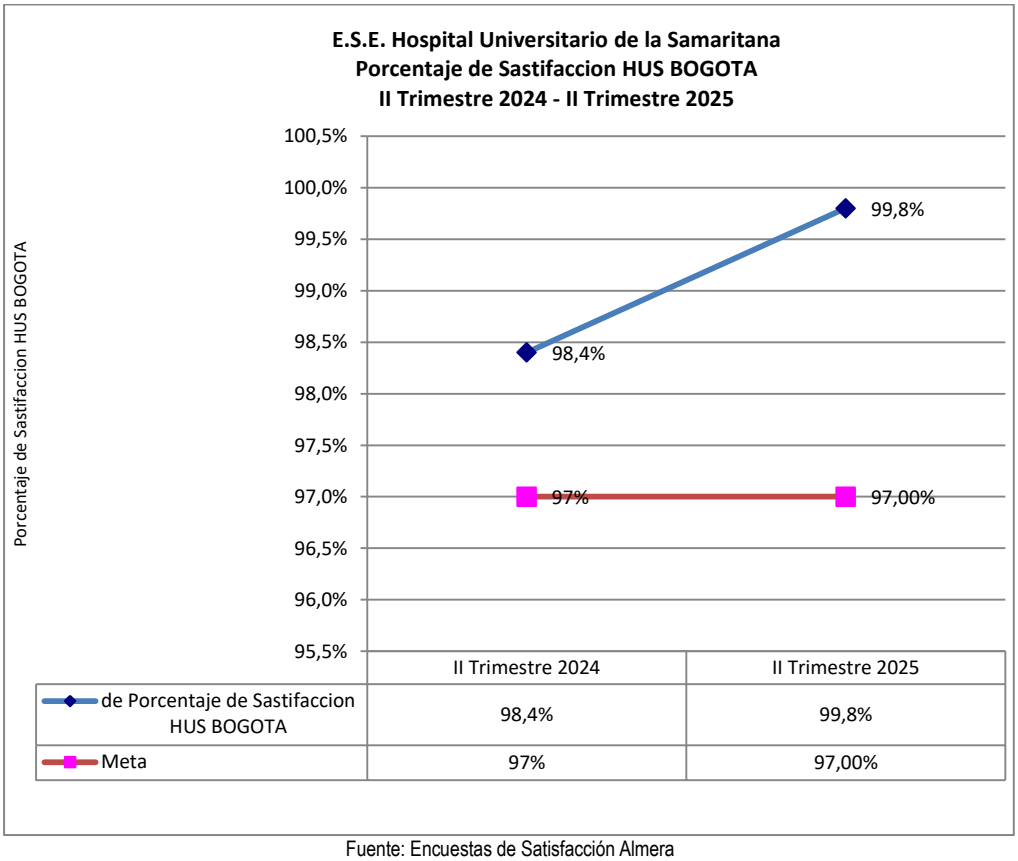
el cual conlleva como principal actividad el desarrollo de capacitación a profesionales de enfermería en Terapia de Infusión y Administración Segura De Medicamentos basados en la evidencia.

**Conclusiones, dificultades y retos**

El principal desafío es continuar consolidando nuestro modelo de práctica de enfermería en la Red Samaritana, desarrollar los indicadores necesarios para una medición integral y seguir implementando estrategias de educación continua que fortalezcan las competencias del talento humano, con el fin de garantizar mejores condiciones de atención.
Asimismo, se debe continuar desarrollando los planes de mejoramiento para controlar las tasas de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente y promover la adherencia al Plan de Cuidado de Enfermería como factor clave para la calidad de la atención.

## 1.5 PROCESO SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA HUS SEDE BOGOTÁ

**Porcentaje de Satisfacción Global HUS BOGOTA**




Fuente: Encuestas de Satisfacción Almera

La satisfacción de los usuarios en HUS Bogotá se mantuvo **alta** en el segundo trimestre de 2025, alcanzando **el 99,06%** , superando la meta del 97%. **De los 426 usuarios encuestados, 422** manifestaron estar satisfechos con su experiencia.

Si bien la satisfacción general fue alta, cuatro usuarios expresaron su insatisfacción y destacaron áreas específicas que necesitan atención:

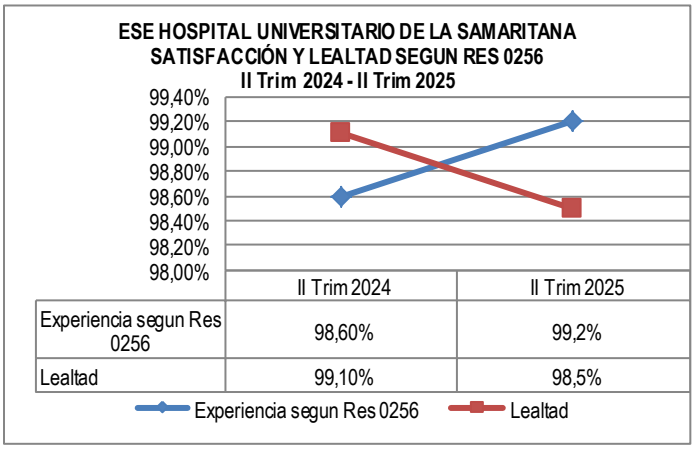
- **Servicios de Urgencias (2 usuarios):**
  - Un usuario no informó ninguna mejora en su condición y una sensación de "trato muy pobre" por parte de una enfermera auxiliar de noche, citando mala educación y maltrato hacia su cónyuge.
- **Hospitalización (1 usuario):**
  - Este usuario experimentó un dolor continuo, lo que indica una falta de manejo eficaz del dolor.
- **Sala de Egreso (1 usuario):**
  - Este usuario expresó su insatisfacción por la demora en las evaluaciones de los servicios de neurología y medicina interna, atribuyéndola a la falta de personal. También señaló la falta de seguimiento de sus síntomas.

Estas manifestaciones de insatisfacción de nuestros usuarios son valiosas para identificar mejoras específica, fortalecer la prestación del servicio y una mejor experiencia de los usuarios en HUS Bogotá.

## Resolución 0256 de 2016 Ministerio de Salud y Protección Social

Indicador de **HUS Bogotá**: Proporción de Satisfacción del Usuario, según Resolución 0256/ 2016.

Indicador del **HUS Bogota**: Proporción de lealtad del usuario hacia la IPS, según Resolución 0256/ 2016.




| | II Trim 2024 | II Trim 2025 |
|---|---|---|
| Experiencia segun Res 0256 | 98,60% | 99,2% |
| Lealtad | 99,10% | 98,5% |

Fuente: Encuestas de Satisfacción Almera

Los usuarios del Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) en Bogotá calificaron su experiencia como **"muy buena" o "buena"** durante el segundo trimestre de 2025. De los 426 encuestados, **422 ( 99.3 %)** manifiestan una alta satisfacción frente a la prestación del servicio recibido en el HUS Bogotá. como resultado de todas las estrategias y actividades implementadas por cada Director, Subdirector, Lideres de Proceso, Coordinadores de servicio desde el enfoque de gestión por procesos, la implementación de las Políticas institucionales, la adherencias de procedimientos y protocolos, fortalecimiento de la atención humanizada, etc, a pesar de la situación crítica que está viviendo el sistema de salud, la alta demanda de servicos y las dificultades en pagos de servicios al HUS por las EPS, entre otras.

Se ha priorizado lo siguiente:

..

- **Urgencias:** Mejorando la eficiencia y la calidad de la atención en momentos críticos.
- **Hotelería y ambiente hospitalario:** Creando un entorno más cómodo y acogedor para los pacientes.

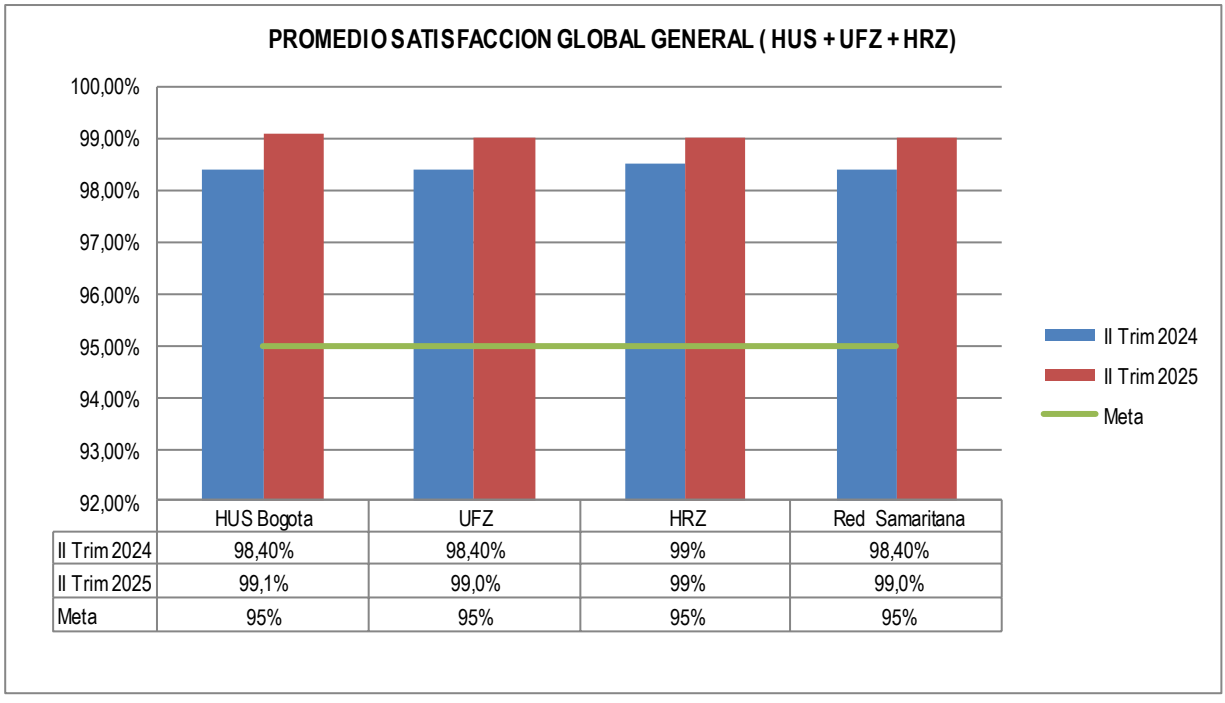
- **Atención humanizada:** Impulsada por el Programa de Humanización, que asegura el respeto a los derechos de los usuarios y una atención más empática.
- Programaciones quirúrgicas a pesar de la alta demanda.

Estos esfuerzos combinados han permitido que el HUS ofrezca una experiencia hospitalaria positiva. a sus pacientes.

**INDICADOR DE PROPORCIÓN DE LEALTAD DE LOS USUARIOS**: El Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) ha demostrado un impresionante nivel de lealtad por parte de sus usuarios. Durante el segundo trimestre de 2025, el **98.5% es decir** de los 426 encuestados**, 420 usuarios** manifestaron que recomendarían el hospital a sus familiares y amigos.

Este notable logro es un claro testimonio del éxito del proceso de mejora continua implementado por el HUS. Las estrategias adoptadas, detalladas en el Indicador de "Proporción de Satisfacción Global", han sido fundamentales para cultivar una sólida lealtad de nuestros usuarios, reflejando la confianza y la excelente experiencia que el hospital brinda, como resultado de lo anteriormente manifestado.

## PROMEDIO SATISFACCION GLOBAL GENERAL ( HUS + UFZ + HRZ)




| | HUS Bogota | UFZ | HRZ | Red Samaritana |
|---|---|---|---|---|
| II Trim 2024 | 98,40% | 98,40% | 99% | 98,40% |
| II Trim 2025 | 99,1% | 99,0% | 99% | 99,0% |
| Meta | 95% | 95% | 95% | 95% |

Fuente: Encuestas de Satisfacción Almera

El Hospital Universitario Samaritana (HUS) reportó una alta satisfacción general de sus usuarios durante el segundo trimestre de 2025, según encuestas realizadas en sus sedes de Bogotá y Zipaquirá. Esta tendencia positiva, mantenida durante los últimos dos años, es resultado directo del compromiso del hospital con la mejora continua.

El HUS se ha centrado en fortalecer la gestión por procesos para lograr estos resultados, fortaleciendo:

- **Humanización:** Priorizar la atención compasiva y empática.
- **Seguridad del paciente:** implementación y monitoreo dela atención segura e intervenciones según necesidad.
- **Atención Centrada en el Usuario:** Desarrollar un modelo de atención que priorice las necesidades y derechos del paciente.

Estas iniciativas han impulsado una importante **transformación cultural** entre el personal hospitalario, fortaleciendo su compromiso con el mejoramiento continuo del servicio a pesar de las dificultades que hoy presenta el sistema de seguridad social en salud del país, cartera por no pago oportuno de las EPS , dificultades de accesode los usuarios a los servicios ambulatorios, de consulta externa, generando altas demandas en los servicios de urgencias, limitaciones en la resolutividad de la atención, entre otras.

Con el fin de percibir oportunamente las necesidades de los pacientes hospitalizados y satisfacerlas diariamente y/o buscar la solución a las dificultades percibidas, como estrategia para apoyar a los usuarios hospitalizados y a su familia, las Informadoras de la Dirección de Atención al Usuario durante el segundo trimestre **2025 en el HUS Bogota** se realizaron un total de **1406 Rondas** (Saludo de Bienvenida) y **# 488 Visitas** (el Paciente ya lleva hospitalizado más de 3 días). Se socializó a **2484** Usuarios la Declaraci Institucional de los "**Derechos y Deberes de los Usuarios en Salud"**, de manera individual al igual que en las salas de bienvenida de los servicios, a través de charlas (actividades que también se realizan en el HRZ y la UF de Zipaquira). Adicionalmente se brindó de manera personalizada a los Pacientes o familiares TIPS de emergencias y desastres, segregación de residuos, puntos ecológicos, rol de la oficina de la Dirección de Atención al Usuario, mecanismos de interposición de PQRSD**,** identificando necesidades, canales de interposición de peticiones, mecanismos de Participación social, se continúa realizando actividades lúdicas a través de "Sam Divierte y Enseña", la "Celebración de Cumpleaños de Pacientes Hospitalizados (# 36), para entretención, apoyo sicológico, distracción a nuestros pacientes,. aplicando todas las medidas de protección y bioseguridad en esta etapa de tantos altibajos emocionales para el Paciente y su familia al igual que cumpliendo la normas vigentes respectivas.

## PROGRAMA DE HUMANIZACION CUMPLIMIENTO CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS:

| | CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES II TRIM 2025 | | |
|---|---|---|---|
| | Programado | Ejecutado | % Cumplimiento |
| HUS BOGOTA | 46 | 46 | 100% |
| HRZ | 71 | 71 | 100% |
| UFZ | 50 | 50 | 100% |
| Red Samaritana | 167 | 167 | 100% |

**FUENTE DE DATOS :** Almera , Módulo de Comites

Los líderes de las líneas estratégicas del programa de humanización de cada una de las sedes demostraron un gran compromiso, alcanzando un cumplimiento del 100% de las actividades programadas durante el Ii trimestre 2025 (META = 85%).

**Fortalecimiento de la atención, información y orientación a pacientes, usuarios de la Población Vulnerable. SEÑALIZACIÓN DE ÁREAS EN BRAYLE.**

Desde la Dirección de Atención al Usuario y con el apoyo del Comité de Humanización se solicitó a la alta dirección la implementación de estrategías para fortalecer la atención a los Usuarios en condición de DISCAPACIDAD VISUAL,para lo cual se identificaron ´tareas prioritarias para su SEÑALIZACIÓN en BRAYLE por tal motivo con el área de comuniciacionesformuló a finales de 2024 el proyecto para toda la Red Samaritana, el cual inició su

ejecución en enero de 2025 ( señalización en baños públicos) y en el II Trim se instaló en los pasamanos de las escaleras de acceso a los servicios de hospitalización. Los diseños están alineados con la nueva imagen corporativa de la institución, asegurando uniformidad y profesionalismo.

Por otra parte se realizo la medición de la percepción de la atención en **grupos étnicos y pacientes en condición de discapacidad** mediantes la aplicación de encuesta específica y seguimientos diarios mediante Rondas y/o Visitas durante la hospitalización, estas últimas se hicieron a 24 pacientes en condición de discapacidad y a 18 Ptes Etnias ( Indígenas y Afrocolombianos. Ver archivo físico), con el fin de identificar oportunamente sus necesidades y solucionarlas.Al igual desde el área de Trabajo Social son reportados a las Alcaldias para su caracterización e ingreso a Programas sociales.También se fortalece la humanización de la atención mediante la estrategia de método visual amigable (información en cabeceras de las camas), que involucra al personal asistencial en la atención diferencial del mismo teniendo en cuenta sus necesidades y creencias, en comparación con el trimestre del año se mantuvo el número de pacientes etnia indígena.

**ESTRATEGIA DE SAM DIVIERTE Y ENSEÑA:** ***Se realizaron 67 Actividades*** *lúdicas* con los Pacientes hospitalizados ejecutadas por los Informadores y Orientadores asignados a la Dirección (# 4 Colaboradores: juegos de **mesa**, sopa de letras, colorear mandalas...). Se continuo con la estrategia de **"Estimulación Sensorial Auditiva"** a los Pacientes hospitalizados en los #2 servicios de UCI por el personal de voluntarios de la pastoral de la salud del hospital.

Estrategia de la DAU del **"Pacto por el trato Amable".** Se realizaron **# 15 talleres** que consisten en que todo colaborador interno involucrado en alguna queja o reclamo por posible falta de trato amable se cita y se realiza un taller de sensibilización buscando fortalecer la cultura de atención humanizada en el HUS.

**Estrategias de humanización SAM abraza:** Desde la Direccion de Atencion al Usuario durante esta vigencia realizó la estrategia de Sam Abraza donde se a autorizado el ingreso de a un **total 17 menores de edad** a visitar al paciente incluyendo a pacientes de UCI adulto.

Desde la Dirección de Atención al Usuario se continuo con la socialización del "Manual de cortesía telefónica y personal" a los Colaboradores del área asistencial y administrativa que fueron un total de 105, a través de Campaña Semanal con los aspectos más importantes que todos debemos tener en cuenta en el momento de tener contacto directo, ya sea personal o telefónico con todos nuestros pacientes, usuarios, estudiantes, proveedores, visitantes y colaboradores del HUS, Manual que se encuentra publicado en Almera para conocimiento de todos nuestros colaboradores.

Se realizó mensualmente **el reporte de indicadores de Satisfacción Global** a la oficina de Estadística del HUS, se subieron los datos en ALMERA se realizó el análisis del resultado general por parte de la DAU.

**PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PUBLICA I CUATRIMESTRE 2025 ( PETP):**__Se dio cumplimiento al 100% de las actividadades programadas para el II trimestre 2025 ( total actividades II Trimestre=9) en la sede Bogotá.

2.1.1 **Realizar seguimiento a las PQRSDF que ingresan a través de los diferentes canales de atención, elaborar el informe correspondiente y publicar en la página web**

Los informes de Gestión de PQRSDF del segundo trimestre 2025 HUS Bogotá, Hospital Regional de Zipaquirá y Unidad Funcional de Zipaquirá, se encuentra publicado en la página Web en el siguiente link: https://www.hus.org.co/informes-pqrs/

**2.1.2 C**ontinuar socializando al Usuario, Paciente, familia, los canales de comunicación del HUS para la interposición de PQRSD, Programación de Citas Médicas, Consulta Página Web del HUS ( Link de Atención al Ciudadano), Suit, etc. ( incluye las 3 sedes):

| ACTIVIDAD | Abril | Mayo | Junio | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| SOCIALIZACIÓN al usuario de de los diferentes temas ( canales de PQRSD, Medios de asignación de citas, SUIT, entre Otras. | 1004 | 710 | 770 | 2484 |

**Fuente**: Planillas de Socialización y Registro de las actividades diarias en el DRIVE de la Dirección de Atención al Usuario

La socialización en el HUS se lleva a cabo diariamente, abordando a pacientes y familiares de forma individual y grupal en salas de bienvenida durante las visitas en las salas de espera de los servicios. A través de charlas dinámicas apoyadas con un rotafolio, se abordan temas cruciales como:

- **TIPS de emergencias y desastres:** Preparando a los usuarios para situaciones inesperadas.
- **Segregación de residuos y puntos ecológicos:** Fomentando prácticas sostenibles dentro y fuera del hospital.
- **Rol de la Oficina de la Dirección de Atención al Usuario:** Informando sobre el apoyo y la orientación disponibles.
- **Sistema Único de Información de Trámites (SUIT):** Simplificando el acceso a la información y los procedimientos.
- **Mecanismos de interposición de PQRSD (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias):** Facilitando la comunicación y la resolución de inquietudes.

Esta estrategia integral asegura que los usuarios y sus familias estén bien informados y empoderados durante su experiencia en el HUS.

**2.1.3 Analizar las barreras de acceso identificadas en los diferentes canales de atención presentados por la ciudadanía con fuente principal PQRSD y generar las acciones de mejora a que haya lugar ( Incluir un Ítem en el informe gestión de PQRSD)**

En el informe trimestral de gestión de las PQRSDF se incluyó un el capítulo 19. Barreras para el acceso de los diferentes canales de atencion a la luz de las pqrsdf del HUS Bogotá con respectivo análisis.

2.1.6 **Continuar la identificación de necesidades y expectativas de los usuarios (paciente y familia) mediante aplicación de Encuestas de Satisfacción y las reuniones periódicas de la Asociación de Usuarios, Veeduría en Salud, Comité de Ética , y demás formas de Participación.**

1. Actas de reunión de asociación de usuarios de Marzo, abril de 2025 y Junio 2025 se realizó intervención de la Jefe Nubia Guerrero Preciado por la ESE quien escucha las necesidades y expectativas de la Asociación de Usuarios del HUS Bogotá

**2.1.7 Realizar seguimiento a los tiempos de respuesta de las PQRSD dentro de los términos de ley**

El informe trimestral de gestión de las PQRSDF se incluyó un el capítulo 19. Respuestas en términos de ley con respectivo análisis, al igual cada una de las sedes emite una certificación de emisión de respuestas en términos de ley con un cumplimiento en el 100% ( total 550) y no se presenta materización de riesgo.

## 1.5.1 UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA

## INFORME DE PQRSDF

El trámite de las peticiones, felicitaciones, quejas, reclamos, sugerencias, solicitud de información y denuncias (PQRSD), recibidas en la Institución, se encuentra reglamentada mediante la Constitución Política de Colombia en su artículo 23, Ley 734 del 2002 "Código Único Disciplinario" y en cumplimiento a la resolución 393 de 2017 por la cual se reglamenta el trámite interno de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias en la ESE Hospital Universitario de la Samaritana, donde se definen, entre otros aspectos, los canales oficiales para la recepción de PQRSD, la competencia y los términos para responder o resolver las PQRS.

El presente informe trimestral de gestión y seguimiento a las PQRSDF elaborado por Atención al Usuario, área que adelanta la gestión de las peticiones de nuestros usuarios (Paciente / familia) que incluye recepción, trámite, análisis, conclusiones y respuesta final al peticionario y toma de acciones de mejora a que haya lugar para el mejoramiento continuo de la atención, al igual que reconocer las necesidades de los usuarios frente a la misma, dentro del marco de la Política de Servicio al Ciudadano, Política de Humanización, demás institucionales y el respeto por los derechos del usuario, Ciudadano y Familia.

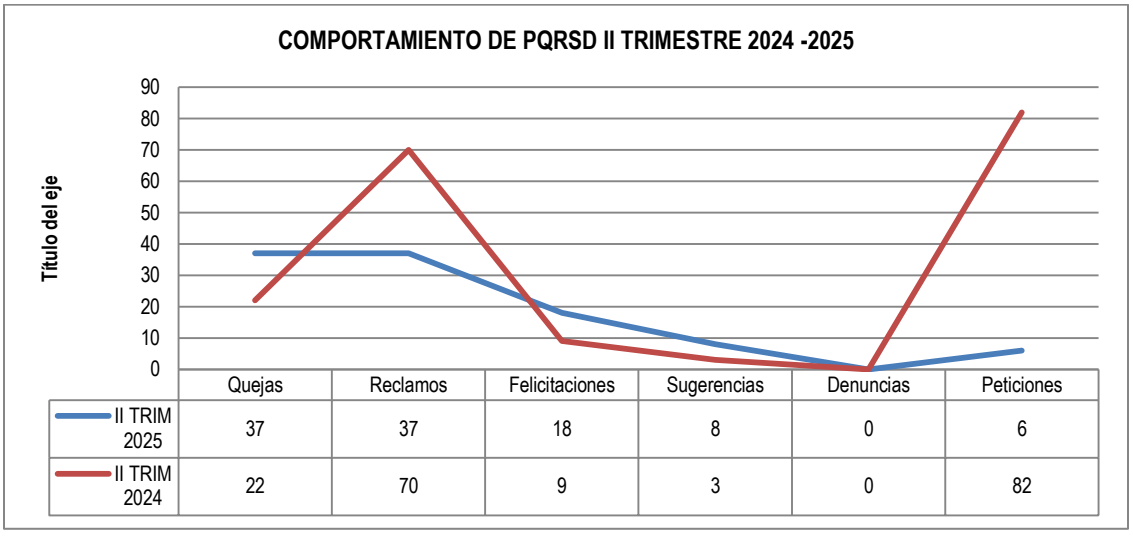
## TOTAL DE PETICIONES RADICADAS DURANTE II TRIMESTRE AÑO 2025

| PQRSDF SEGUNDO TRIMESTRE AÑO 2025 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CLASIFICACIÓN** | **ABR** | **MAY** | **JUN** | **Total** |
| Quejas | 9 | 14 | 14 | 37 |
| Reclamos | 13 | 12 | 12 | 37 |
| Felicitaciones | 10 | 2 | 6 | 18 |
| Sugerencias | 6 | 1 | 1 | 8 |
| Denuncias | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Peticiones | 2 | 0 | 4 | 6 |
| **TOTAL** | **40** | **29** | **37** | **106** |

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera año 2025 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Durante el II trimestre del año 2025 se recepcionó, clasificó y tramitó 106 PQRSDF de las cuales el 35% corresponde a reclamos con 37 registros, el 35% corresponde a quejas con 37 registros, el 17% corresponde a felicitaciones con 18 registros, el 8% corresponde a sugerencias con 8 registros y el 6% corresponde a peticiones con 6 registros. Cabe destacar el compromiso adquirido de los colaboradores frente a la política de humanización y el impacto de la estrategia del "PACTO POR EL TRATO AMABLE" que se desarrolla en cada uno de los servicios ofertados desde la UFZ.

## COMPORTAMIENTO DE PQRSD II TRIMESTRE 2024 -2025




Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera año 2025 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Realizando un comparativo del segundo trimestre 2024-2025, se puede evidenciar que el segundo trimestre del 2025 hubo una disminución considerable en comparación con el trimestre del 2024, sin embargo se presentaron más quejas en el trimestre del año 2025. Ahora bien, es de resaltar que se han unido esfuerzos por parte de todo el personal y se ha trabajado incansablemente para contribuir con el bienestar, la satisfacción y la calidad de la atención a los usuarios.

## CLASIFICACIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS SEGÚN PROCESOSEGUNDO TRIMESTRE 2025

| PROCESO INVOLUCRADO | ABRIL | MAYO | JUNIO | Total |
|---|---|---|---|---|
| **Gestión de Urgencias.** | 8 | 9 | 9 | 26 |
| **Gestión de Servicios Hospitalarios.** | 3 | 1 | 8 | 12 |
| **Gestión Ambulatoria** | 2 | 6 | 3 | 11 |
| **Gestión de Servicios Complementarios.** | 4 | 2 | 2 | 8 |
| **Gestión de Salud Publica** | 2 | 3 | 1 | 6 |
| **Gestión de Hotelería Hospitalaria.** | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **Gestión de Apoyo Diagnostico.** | 0 | 1 | 1 | 2 |
| **Gestión Financiera.** | 1 | 1 | 0 | 2 |
| **Gestión de la Información.** | 1 | 1 | 0 7 | 2 |
| **Ingeniería Hospitalaria.** | 1 | 0 | 0 | 1 |
| **Atención al usuario, familia y comunidad** | 0 | 1 | 0 | 1 |
| **Total** | **22** | **26** | **26** | **74** |

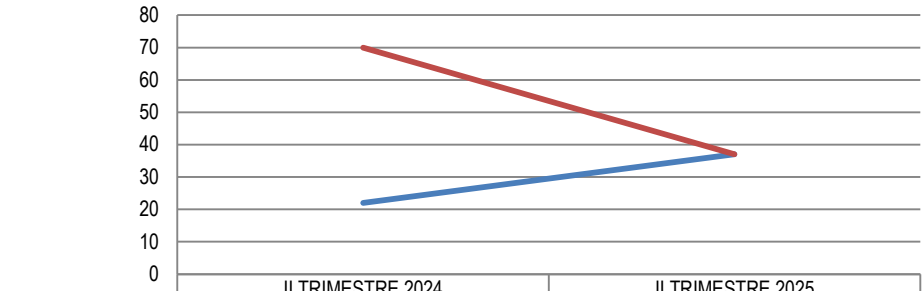
Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera año 2025 Procesos Atención al Usuario y su Familia

De acuerdo al seguimiento a las QR que se recepcionaron en cada uno de los procesos, se identifica que para el segundo trimestre del año 2025 el servicio con mayor índice de radicaciones fue Gestión de servicios de urgencias con un total de 26 QR que representa el 35% respecto al total de las QR radicadas y el mayor impacto es referente al personal médico del servicio.

Seguido al proceso Gestión de servicio de urgencias, se ubica el proceso de Gestión de servicios Hospitalarios con 12 QR lo que representa el 16% respecto al total de las QR radicadas y Gestión de servicios ambulatorio con un total de 11 QR lo cual representa el 15% respecto al total de las QR radicadas.

## TOTAL QUEJAS Y RECLAMOS II TRIMESTRE AÑO 2025

## COMPARATIVO QR II TRIMESTRE 2024-2025

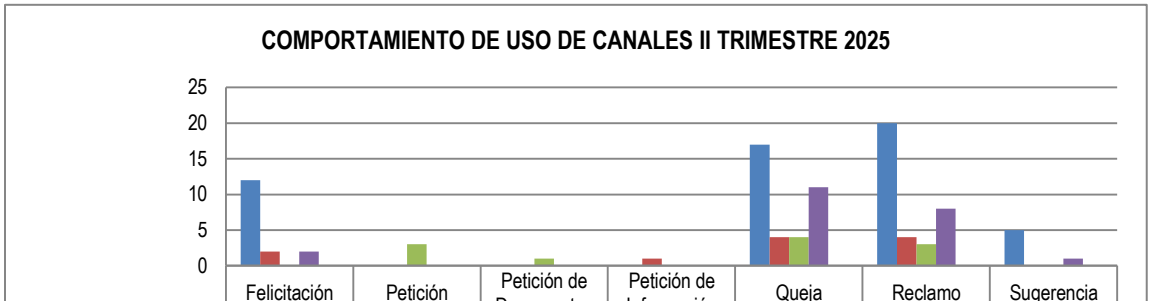



| | II TRIMESTRE 2024 | II TRIMESTRE 2025 |
|---|---|---|
| QUEJAS | 22 | 37 |
| RECLAMOS | 70 | 37 |

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera año 2025 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Como se evidencia en la gráfica anterior el comparativo de Quejas y Reclamos durante el segundo trimestre del 2024 y 2025, se identifica una disminución de las manifestaciones interpuestas por los usuarios, teniendo en cuenta el arduo trabajo y compromiso de los diferentes procesos por disminuir este tipo de manifestaciones.

## COMPORTAMIENTO DE USO DE CANALES II TRIMESTRE 2025




| | Felicitación | Petición | Petición de Documentos | Petición de Información | Queja | Reclamo | Sugerencia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apertura de Buzón | 12 | | | | 17 | 20 | 5 |
| Correo Electrónico | 2 | | | 1 | 4 | 4 | |
| Página web | | 3 | 1 | | 4 | 3 | |
| Presencial/Escrito | 2 | | | | 11 | 8 | 1 |
| (en blanco) | | | | | | | |

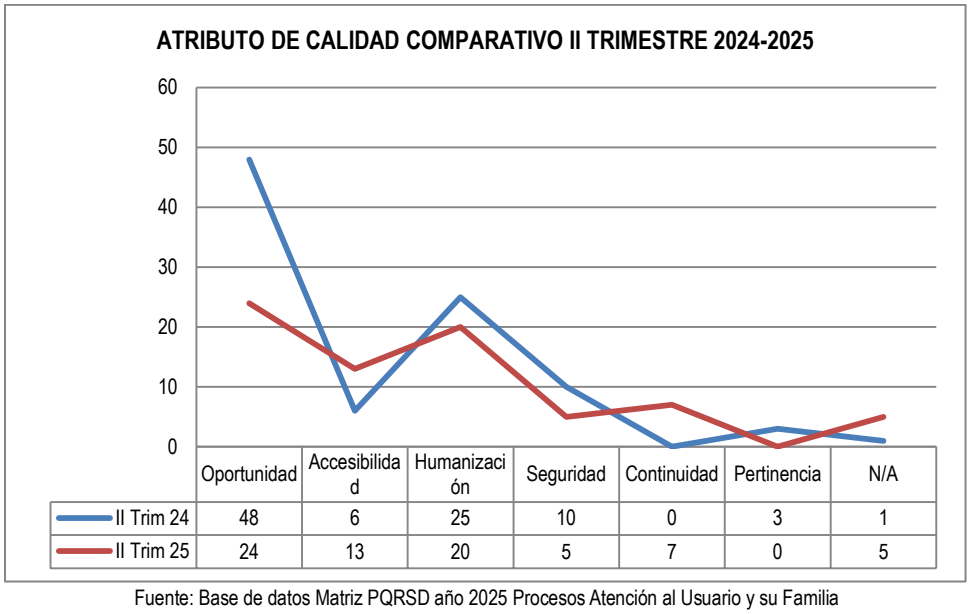
Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera año 2025 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Según la información anterior se evidencia que el canal más utilizado por los usuarios para interponer las PQRSDF en el II trimestre del año 2025 fueron los buzones con un total de 57 registros teniendo en cuenta que la UFZ cuenta con 10 buzones de sugerencias en las diferentes áreas del Hospital, por medio del Correo electrónico hubo 12

registros, personal 22 registros y 11 registros por página web.

Se continúa socializando y promocionando a nuestros usuarios el uso de los diferentes canales de interposición de sus manifestaciones, lo cual se realiza principalmente por las informadoras de la oficina de atención al usuario a través de charlas en las salas de bienvenida de UFZ, publicaciones en los buzones de peticiones, sugerencias y en pantallas digitales.

## ATRIBUTO DE CALIDAD COMPARATIVO II TRIMESTRE 2024-2025




| | Oportunidad | Accesibilidad | Humanización | Seguridad | Continuidad | Pertinencia | N/A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| II Trim 24 | 48 | 6 | 25 | 10 | 0 | 3 | 1 |
| II Trim 25 | 24 | 13 | 20 | 5 | 7 | 0 | 5 |

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD año 2025 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Los atributos de calidad más afectados durante el segundo trimestre del año 2025 fueron oportunidad con un total de 24 registros que corresponde al 32%, seguido del atributo de humanización con un total de 20 registros, que corresponde al 27%, el atributo de humanización tuvo 13 registros que corresponde al 18% y los atributos de Continuidad con 7 registros que corresponde al 9%, y Seguridad obtuvo 5 registros que corresponde al 7%.

## CAUSAS DE QUEJAS Y RECLAMOS GESTIONADOS EN EL II TRIMESTRE AÑO 2025

| CAUSA | ABR | MAY | JUN | Total |
|---|---|---|---|---|
| **AH Sugiere mejorar la calidad en la atencion que ofrece el personal medico** | 5 | 7 | 5 | 17 |
| **AF Sugiere mejorar la calidad en la atencion que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarias,vigilantes.** | 4 | 4 | 1 | 9 |
| **AG Sugiere mejorar la calidad en la atencion que ofrece el personal de enfermeria, Aux de enfermeria, enfermeras, camilleros, tecnicos de Rx.** | 3 | 3 | 3 | 9 |
| **Q Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atencion en el servicio de urgencias : triage, consulta, admisiones, referencia y contrareferencia** | 2 | 2 | 2 | 6 |
| **E Demora en el proceso de facturacion (lab clinico, Rx, consulta externa, hospitalizacion,Urgencias)** | | 1 | 3 | 4 |
| **AJ Falta de calidez y Trato Amable.** | 4 | | | 4 |
| **AS Causas externas al HUS.** | | 2 | 1 | 3 |
| **AE Falta de calidez y Trato Amable por parte del personal asistencial y/o administrativo del HUS.** | | | 3 | 3 |
| **I Demora en la atencion al llamado de enfermería en hospitalización, no oportunidad en la atencion.** | | | 2 | 2 |
| **R Dificultad en la comunicación telefonica para la asignacion de la citas: call center, presencial, pag web, wapsap, correo electronico** | 1 | 1 | | 2 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **G Demora en la asignacion de citas medicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro.** | | 1 | 1 | 2 |
| **Y No atencion de citas programadas para consulta, examenes, procedimientos, de consulta externa y radiologia.** | | 2 | | 2 |
| **X Inconformidad en el servicio de hoteleria hospitalaria: dotación de habitaciones, aseo deficiente en areas del HUS, entrega de alimentos a los pacientes en los servicios de hospitalización y Urgencias.** | | | 1 | 1 |
| **M Demora en la entrega de resultados: lab.clinico, rx,gastro cardio,neumo, orl,etc.** | | 1 | | 1 |
| **AL Entrega equivocada al paciente de reportes de examenes, reporte de historia clinica etc.** | | 1 | | 1 |
| **AQ Presuntas fallas y / o demora en la administracion de medicamentos.** | 1 | | | 1 |
| **Ñ Posible Novedad de seguridad del paciente durante el proceso de atencion ambulatoria y /o en hospitalización (incidente o evento adverso)** | | | 1 | 1 |
| **H Demora en la atencion de las citas programadas para consulta y / o procedimientos en consultorio.** | 1 | | | 1 |
| **AB Inconformidaden la calidad de atenciónque brinda el personal de enfermeria: Profesional, Auxiliar de enfermeria y/o Camillero.** | | | 1 | 1 |
| **AD Reclamo por hoteleria: falta de agua caliente, daño en tv aseo deficiente en areas del HUS, falta de elementos de higiene, obras de remodelacion que no cumplen con el aislamiento.** | | 1 | | 1 |
| **M Demora y /o presuntas fallas en el proceso de atencion en el servicio de urgencias (Triage, consulta, apertura de HC….)** | | | 1 | 1 |
| **AV Reclamo relacionados con la infraestructura** | 1 | | | 1 |
| **B Demora en el proceso de facturacion (lab clinico, Rx, consulta externa, hospitalizacion, Urgencias u otro servicio)** | | | 1 | 1 |
| **TOTAL** | 22 | 26 | 26 | 74 |

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera año 2025 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Las cinco (5) primeras causas por la cuales se presentaron 45 quejas y reclamos durante el segundo trimestre de 2025 son:

La Primera Causa: Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal médico. Representa el 23%.
La Segunda Causa: Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo, facturadores, secretarias, vigilantes. Representa el 12%.
La Tercera Causa: Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx. Representa el 12%.
La Cuarta Causa: Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias : triage, consulta, admisiones, referencia y contrareferencia. Representa el 8%.
La Quinta Causa: Demora en el proceso de facturación (lab clinico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias). Representa el 5%.

## INDICADOR:

Para el segundo trimestre del año 2025 el número de Quejas y Reclamos radicados es 74 de las cuales son 37 quejas y 37 reclamos.

$$\frac{\text{Total de QR por las 5 Primeras causas/ 5 Primeras causas}}{\text{\# Total de QR radicadas *100}} = \frac{45/5}{74} *100 = 12\%$$

## PORCENTAJE DE PQRSDF CON RESPUESTA EN EL TÉRMINO DE LEY II TRIMESTRE 2025

| Respuesta en el término de la Ley Año 2025 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Peticiones según clasificación | ABR | MAY | JUN | TOTAL | % | Formula | total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 dias habiles (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) | % de peticiones con respuesta en terminos de ley |
| Quejas | 9 | 14 | 14 | 37 | 42% | # total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 dias habiles (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) / # total de peticiones (quejas, reclamos, sugerencias e informacion) recibidas en el periodo | 37 | 100% |
| Reclamos | 13 | 12 | 12 | 37 | 42% | | 37 | 100% |
| Solicitud Inf. | 0 | 0 | 1 | 1 | 1% | | 1 | 100% |
| Sugerencias | 6 | 1 | 1 | 8 | 9% | | 8 | 100% |
| Denuncias | 0 | 0 | 0 | 0 | 0% | | 0 | 0% |
| Peticiones | 2 | 0 | 4 | 6 | 7% | | 6 | 100% |
| TOTAL | 30 | 27 | 32 | 89 | 100% | | 89 | 100% |

Fuente: Base de datos Matriz Almera PQRSD año 2025 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Del total de registros de PQRSDF, se proporcionó respuesta oportuna al 100% de los peticionarios dentro de los 15 primeros días hábiles que corresponde a 89 manifestaciones, por lo tanto **se concluye que durante el II trimestre 2025, se dio respuesta al 100% de todas las PQRSDF en términos de ley.**

## DENUNCIAS POR ACTOS DE CORRUPCION

Durante el segundo trimestre del año 2025, no se presentaron denuncias, como se evidencia en las estadísticas del sistema de información Almera.

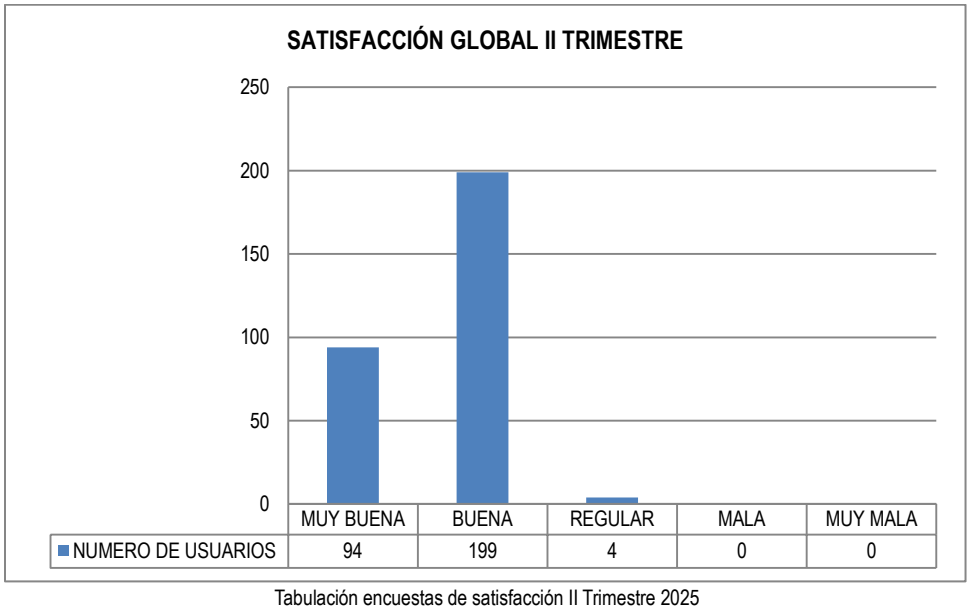
## PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

**Componente:** Racionalización de trámites
**Subcomponente:** Monitoreo
**Actividad:** Monitoreo de las estrategias de racionalización y reporte de los tramites inscritos en el SUIT
Desde el área de consulta externa se realizó el respectivo reporte a la subdirectora de consulta externa jefe Alexandra Beltrán

| | UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA | | | |
|---|---|---|---|---|
| VARIABLE | ABRIL | MAY | JUN | T. II TRIM 2025 |
| ¿Número de solicitudes resueltas en línea (uso de medios electrónicos)? | 28 | 27 | 17 | 72 |
| ¿Número de solicitudes resueltas parcialmente en línea? | 12 | 10 | 14 | 36 |
| ¿Número de solicitudes resueltas de forma presencial? | 302 | 331 | 315 | 948 |
| ¿Número total de solicitudes resueltas (En línea, parcialmente en línea y presenciales)? | 342 | 368 | 346 | 1056 |
| ¿Número de PQRD recibidas? | 0 | 0 | 0 | 0 |

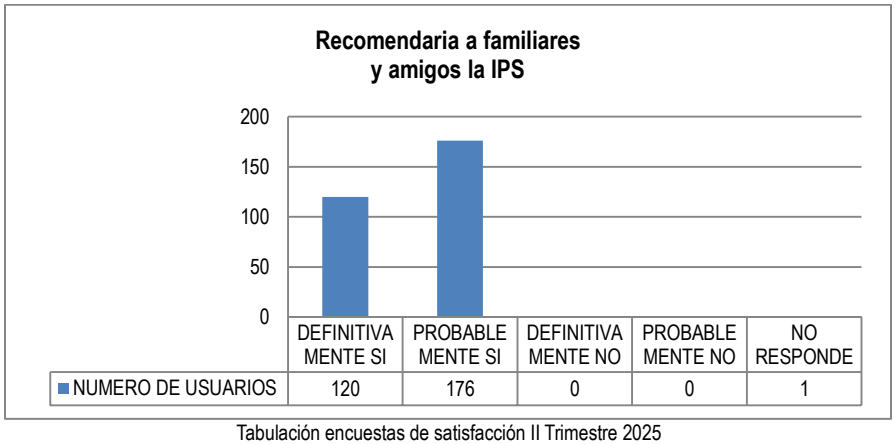
**Componente:** Mecanismos para mejorar la atención al usuario
**Subcomponente:** Normativo y Procedimental
**Actividad:** Continuar la identificación de necesidades y expectativas de los usuarios (paciente y familia) mediante la aplicación de Encuestas de Satisfacción y las reuniones periódicas de la Asociación de Usuarios, Veeduría en Salud, Comité de Ética, y demás formas de Participación.

Se realizó una reunión con la asociación de usuarios donde ellos presentaron un informe con algunas necesidades identificadas en sus recorridos.




Tabulación encuestas de satisfacción II Trimestre 2025

Se puede identificar que de acuerdo a la gráfica anterior el 99% de los usuarios refieren una atención muy buena o buena respecto a la satisfacción global de los servicios recibidos, dado que solo 4 persona de las encuestadas referencia a una satisfacción regular y ninguna persona refirió insatisfacción teniendo en cuenta las dos (2) variables negativas “MALA” y “MUY MALA”. Para el segundo trimestre del 2025 la percepción de los usuarios fue positiva, lo que demuestra el compromiso por parte de los colaboradores de la UFZ y de la adherencia a los procesos de calidad y una atención enfocada en la humanización.




Tabulación encuestas de satisfacción II Trimestre 2025

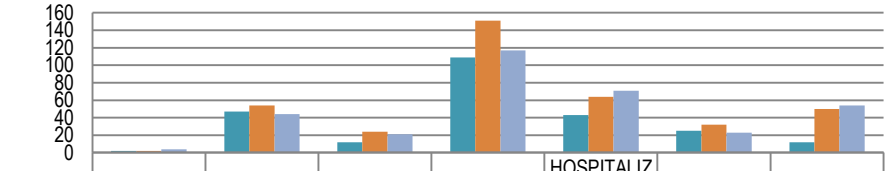
Se puede identificar que de acuerdo a la gráfica anterior los usuarios si recomiendan la IPS, dado que ninguno de los usuarios encuestados hacen referencia negativa en cuanto a las dos (2) variables negativas

"Definitivamente No y Probablemente No". Para el segundo trimestre del 2025 la percepción de los usuarios fue positiva, lo que demuestra el compromiso por parte de los colaboradores de la UFZ y de la adherencia a los procesos de calidad y una atención enfocada en la humanización.

**Componente:** Mecanismos para mejorar la atención al usuario
**Subcomponente:** Relación con el ciudadano
**Actividad:** Continuar socializando al Usuario, Paciente, familia, los canales de comunicación del HUS (incluye las 3 sedes) para la interposición de PQRSD, Programación de Citas Médicas, Consulta Página Web del HUS (Enlace de Atención al Ciudadano), SUIT, etc.

Durante el II Trimestre 2025 se realizaron un total de 751 socializaciones frente a los mecanismos de interposición de PQRSDF, solicitud de citas, tramites del SUIT.

| ABRIL | MAYO | JUNIO | TOTAL |
|---|---|---|---|
| **189** | 297 | 265 | 751 |




| | DISCAPACIDAD | ADULTO MAYOR | EMBARAZADA | CONSULTA EXTERNA | HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA Y NEONATOS | GINECOLOGIA | URGENCIAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ABRIL | 2 | 47 | 12 | 109 | 43 | 25 | 12 |
| MAYO | 2 | 54 | 24 | 151 | 64 | 32 | 50 |
| JUNIO | 4 | 44 | 21 | 117 | 71 | 23 | 54 |

El servicio donde más se realizaron socializaciones durante el segundo trimestre del 2025 fue consulta externa, seguido de socializaciones en el servicio de hospitalización pediatría y urgencias.
**Conclusiones segundo trimestre 2025.**

En la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana Unidad Funcional se están fortaleciendo los canales para interponer las PQRSDF a través de las rondas y visitas, socialización de derechos y deberes, se realiza el análisis en cada una de las manifestaciones, se da respuesta en términos de Ley y realizar seguimiento a los planes de mejora que se deriven de las PQRSDF.

En cuanto a Participación ciudadana la Unidad Funcional, en este momento no cuenta con junta directiva de la Asociación de Usuarios (23 de abril de 2025); aunque sigue con el fortalecimiento a los integrantes de la Asociación de Usuarios sobre los roles y alcance de la junta directiva, teniendo en cuenta que se debe realizar el proceso de elección de la junta. Adicionalmente se han venido adelantando de manera articulada con la Secretaria de Salud de Cundinamarca el empoderamiento de los mecanismos de participación social a los mismos.

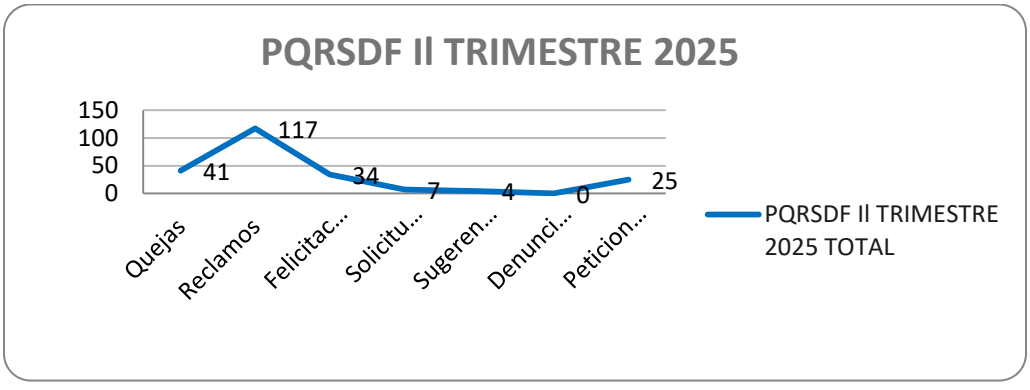
## 1.5.2 HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA - ATENCION AL USUARIO

### 1. TOTAL, DE PQRSDF RADICADAS EN EL II TRIMESTRE 2025.

Para el II trimestre del Año 2025 se recepcionaron, clasificaron y tramitaron 228 manifestaciones, obteniendo un aumento del 68% a comparación del II Trimestre del 2024 donde se recepcionaron 154 PQRSDF; Las 238 manifestaciones fueron distribuidas de la siguiente manera: Quejas al 18%, Reclamos al 51% Felicitaciones al 15%, Solicitud e información al 3%, Sugerencias al 2%, seguimos con denuncias al 0% y terminando con Peticiones al 11%.

| 2. PQRSDF II TRIMESTRE 2025 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CLASIFICACIÓN** | **ARIL** | **MAYO** | **JUNIO** | **TOTAL** |
| **Quejas** | 17 | 18 | 6 | 41 |
| **Reclamos** | 49 | 41 | 27 | 117 |
| **Felicitaciones** | 6 | 14 | 14 | 34 |
| **Solicitud Inf.** | 0 | 2 | 5 | 7 |
| **Sugerencias** | 2 | 1 | 1 | 4 |
| **Denuncias** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Peticiones** | 11 | 10 | 4 | 25 |
| **TOTAL** | **85** | **86** | **57** | **228** |

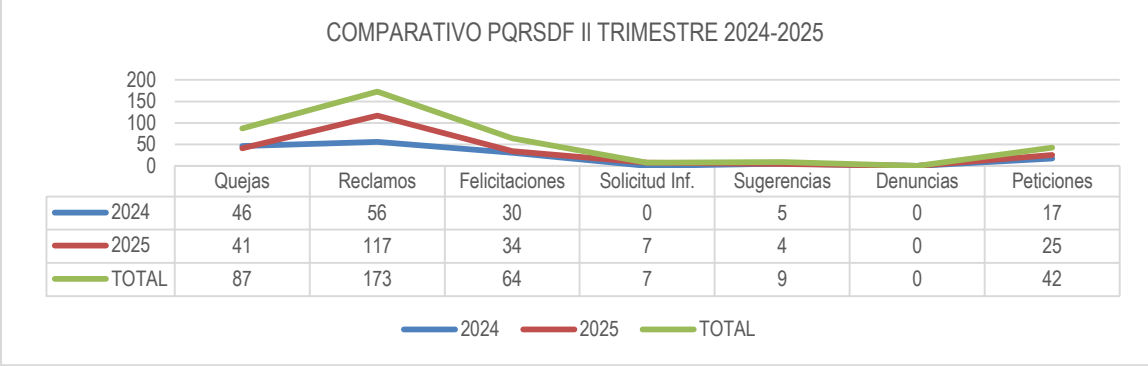
Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera año 2025 Procesos Atención al Usuario y su Familia




### 2. Comparativo PQRSDF II Trimestre 2024 y 2025

Realizando el comparativo de manifestaciones en el II trimestre del año 2024 y 2025 en el que se evidencia una disminución de quejas en un -11% lo que equivale a 5 manifestaciones menos para el año en curso, de acuerdo a los reclamos presentados se genera un aumento del 109% lo que equivale a 61 manifestaciones, solicitud de información se encuentra en 0% generando una igualdad de manifestaciones para los periodos y años analizados, ahora bien dando continuidad con las sugerencias se presenta una disminución del -20% equivalente a una (1) manifestación menos para el trimestre, en cuanto a las peticiones se presentó un incremento de 8 manifestaciones para e l trimestre de 2025 lo que equivale a una variación de - 22%.

| COMPARATIVO PQRSDF II TRIMESTRE 2024-2025 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CLASIFICACIÓN** | **2024** | **2025** | **TOTAL** | **VAR II TRIM 2024-2025** |
| **Quejas** | 46 | 41 | 87 | -11% |
| **Reclamos** | 56 | 117 | 173 | 109% |
| **Felicitaciones** | 30 | 34 | 64 | 13% |
| **Solicitud Inf.** | 0 | 7 | 7 | 0% |
| **Sugerencias** | 5 | 4 | 9 | -20% |
| **Denuncias** | 0 | 0 | 0 | 0% |
| **Peticiones** | 17 | 25 | 42 | 47% |
| **TOTAL** | **154** | **228** | **382** | 48% |




## 3. TOTAL, DE QUEJAS Y RECLAMOS II TRIMESTRE 2025

Se presentaron 158 Quejas y Reclamos durante el segundo trimestre de 2025 lo que corresponde al 69% del total de manifestaciones recibidas en este periodo, de tal manera que hubo un aumento del 30% de los reclamos por inconformismos de los pacientes y su familia en comparación al año anterior.

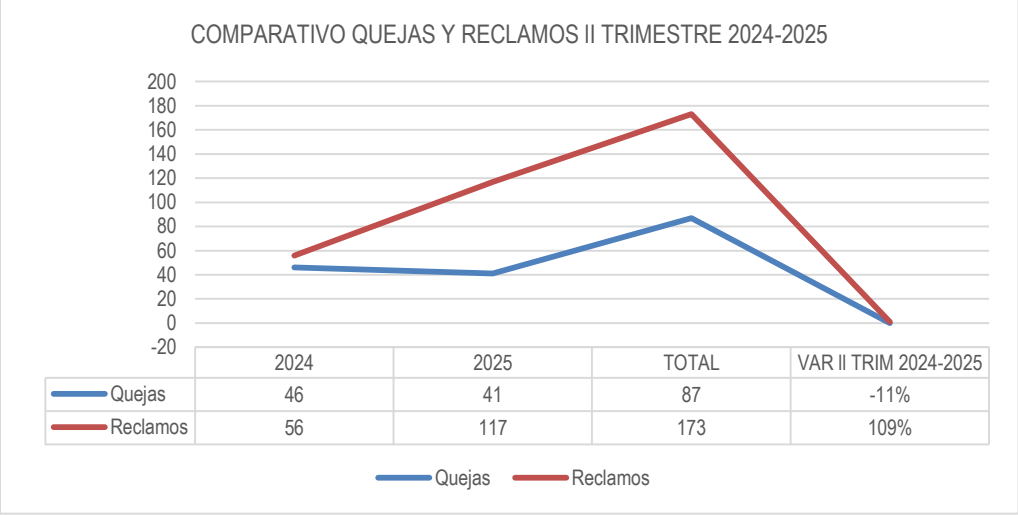
| QUEJAS Y RECLAMOS II TRIMESTRE 2025 | |
|---|---|
| **CLASIFICACIÓN** | **II TRIM 2025** |
| **Quejas** | 41 |
| **Reclamos** | 117 |
| **TOTAL** | 158 |
| **VARIABLE** | 69% |

## 4. COMPARATIVO DE QUEJAS Y RECLAMOS I y II TRIMESTRE 2024 Y 2025.

Realizando el comparativo de Quejas y Reclamos II trimestre del año 2024 y 2025, se evidencia una disminución de Q.R en un -11% lo que equivale a 158 Q.R para el II, Trim del año 2025, se sigue reforzando y solicitando a cada una de las áreas involucradas planes de mejoramiento para mitigar las Q.R.

Realizando análisis y comparativo de quejas y reclamos 2024 del año 2024 y 2025 para el II trimestre, se evidencia un aumento .

| COMPARATIVO QUEJAS Y RECLAMOS II TRIMESTRE 2024-2025 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CLASIFICACIÓN** | **2024** | **2025** | **TOTAL** | **VAR II TRIM 2024-2025** |
| **Quejas** | 46 | 41 | 87 | -11% |
| **Reclamos** | 56 | 117 | 173 | 109% |




5. Se analiza el cuadro comparativo del II trimestre del año 2025 en el que se evidencia Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de las citas: Call center, Whatsapp presencial , pag web, correo electrónico con un 35% equivalente al 29, la demora y/o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias: triage, consulta, admisiones, referencia y contrareferencia lo que genero 14 manifestaciones para un 17%, la falta de calidez y trato amable con un 17% lo que evidencia 14 manifestaciones, la demora en el proceso de facturación con 13 manifestaciones equivalente al 16% .

| **CAUSAS DE QUEJAS Y RECLAMOS II TRIMES-TRE 2024** | **TOTAL** | **%** | **CAUSAS DE QUEJAS Y RECLAMOS II TRIMESTRE 2025** | **TOTAL** | **%** |
|---|---|---|---|---|---|
| Demora o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias. | **19** | **40%** | Dificultad en la comunicación telefonica para la asignacion de la citas: call center, presencial, pag web, Whatsapp,correo electronico. | **29** | **35%** |
| Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de Enfermeria | **16** | **34%** | Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atencion en el servicio de urgencias : triage, consulta, admisiones, referencia y contrareferencia | **14** | **17%** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de médico. | **12** | **26%** | Falta de calidez y Trato Amable. | **14** | **17%** |
| **NO REGISTRA DATOS** | **0** | **0%** | Demora en el proceso de facturacion (lab clinico, Rx, consulta externa, hospitaliza-cion,Urgencias) | **13** | **16%** |
| **NO REGISTRA DATOS** | **0** | **0%** | Demora en la asignacion de citas medicas y/o procedimientos en consulto-rio: No agendas disponibles, otro. | **12** | **15%** |
| **TOTAL** | **47** | **100%** | **TOTAL** | **82** | **100%** |

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera año 2025 Procesos Atención al Usuario y su Familia

## 6. PORCENTAJE DE PQRSD CON RESPUESTA EN EL TÉRMINO DE LEY II TRIMESTRE 2025.

Con respecto al porcentaje de Q.R. Con respuesta en el término de ley durante el segundo trimestre de 2025 el Hospital regional de Zipaquirá ha desarrollado el proceso con un 100% de cumplimiento a la entrega de respuestas a los usuarios en los términos de ley. Del total de radicados de PQRSDF 228, fueron clasificadas así: Peticiones 25 lo que equivalente al 11% se dio respuesta oportuna al peticionario al 100% dentro de los primeros 10 días hábiles como lo establece la ley.

Quejas, Reclamos, Sugerencias, y Denuncias se tuvo un total de 203 lo que equivale al 89% se dio respuesta oportuna al peticionario al 100% dentro de los primeros 15 días hábiles como lo establece la ley.

En conclusión, se dio respuesta al 100% durante el II trimestre 2025 de todas las PQRSDF dando cumplimiento a la Ley 1755 de 2015 artículos 14 y 30.

| **PQRSDF II TRIMESTRE 2025** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CLASIFICACIÓN** | **ABRIL** | **MAYO** | **JUNIO** | **TOTAL** | **%** | **Total de peticio-nes con res-puesta al usua-rio dentro de Los términos de ley PQRSD** | **% de peticiones con respuesta en Términos de ley** |
| **PETICION** | 11 | 10 | 4 | 25 | 11% | 25 | 100% |
| **QUEJA** | 17 | 18 | 6 | 41 | 1798% | 41 | 100% |
| **RECLAMO** | 49 | 41 | 27 | 117 | 5132% | 117 | 100% |
| **SUGERENCIA** | 2 | 1 | 1 | 4 | 175% | 4 | 100% |
| **DENUNCIA** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0% | 0 | 100% |
| **FELICITACIONES** | 6 | 14 | 14 | 34 | 15% | N/A | N/A |
| **S. INFORMACION** | 0 | 2 | 5 | 7 | 3% | 7 | 100% |
| **TOTAL** | **85** | **86** | **57** | **228** | **100%** | **194** | **100%** |

## 1. DENUNCIAS POR ACTOS DE CORRUPCIÓN

Durante el II trimestre del año 2025, no se presentaron denuncias, como se evidencia en estadísticas del sistema de información Almera.

## PLAN DE ACCIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD 2025

Para el II Trim estaban programadas 21 actividades las cuales todas se cumplieton ( 100%) las cuales se reportaron a la Secretaría de salud de Cundinamarca.. El Plan se puede consultar https://www.hus.org.co/plan-de-accion-politica-de-participacion-ciudadana/ y en la Página del Ministerios de Salud y Protección Social..

Se emitió el informe del II trimestre/2025 a la Secretaría de Salud de Cundinamarca, del cumplimiento del plan de acción de la política de participación social": Actas de reunión de Asociación de Usuario, actas de comité de etica, Indicador de satisfacción, Informe ejecutivo de las reuniones mensuales de la Asociación de usuarios.

## POLITICA PÚBLICA DE SERVICIO AL CIUDADANO

Desde la Dirección de Atención al Usuario se realiza socialización sobre comunicación asertiva y lenguaje claro.

| ACTIVIDAD | Abril | Mayo | Junio | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| CAMPAÑA DEL SOBRE COMUNICACIÓN ASERTIVA Y LENGUAJE CLARO por Informadoras y Orientadoras de la DAU. | 10 | 45 | 50 | 105 |

-

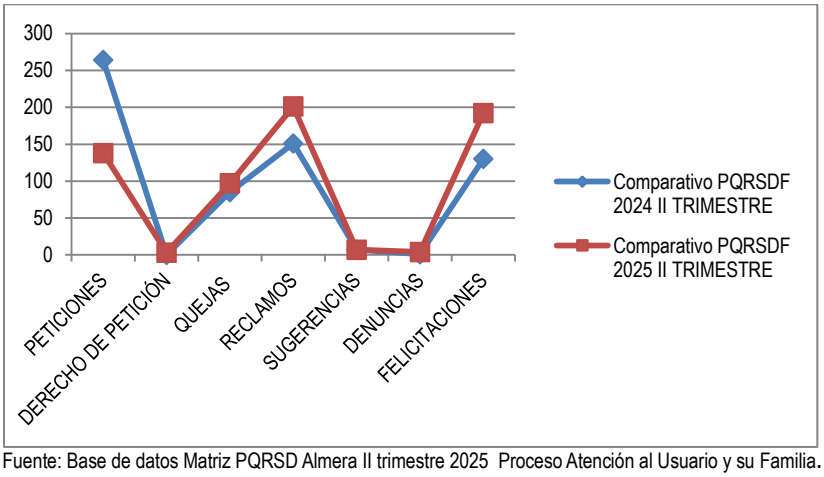

Desde la Subdirección de la Defensoría del usuario la Profesional del Area socializó la Política al personal del Banco de Sangre, Fisioterapia, Vigilantes, Nutrición, Trabajadoras Sociales a **un total de 100 Colaboradores.**

## GESTION DE PQRSD

## COMPARATIVO PQRSDF II TRIMESTRE 2024 – 2025

| Comparativo PQRSDF | | |
|---|---|---|
| **PQRSDF** | **2024** | **2025** |
| **CLASIFICACION** | **II TRIMESTRE** | **II TRIMESTRE** |
| PETICIONES | 264 | **138** |
| DERECHO DE PETICIÓN | 0 | **3** |
| QUEJAS | 85 | **97** |
| RECLAMOS | 151 | **201** |
| SUGERENCIAS | 7 | **7** |
| DENUNCIAS | 1 | **4** |
| FELICITACIONES | 130 | **192** |
| **TOTAL** | **638** | **642** |

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera II trimestre 2025 Proceso Atención al Usuario y su Familia



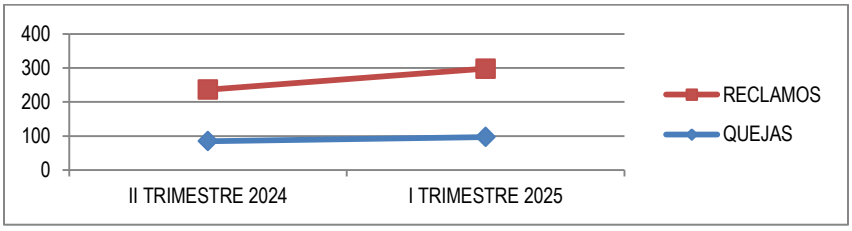

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera II trimestre 2025 Proceso Atención al Usuario y su Familia.

En el comparativo del II trimestre 2024 y el año 2025 se evidencia en general un leve aumento del 0.63 % en las PQRSDF, siendo las más significativas las peticiones con un 19.88 % menos que en el II trimestre del 2025, seguido de los reclamos con un aumento del 7.64% que en el II trimestre 2025, en tercer lugar hubo un aumento de las felicitaciones del 9.53 % comparado con el II trimestre 2024, y por ultimo las quejas con un leve aumento del 1.79% que el II trimestre 2024.

## COMPARATIVO QR II TRIMESTRE 2024-2025

| CLASIFICACION | II TRIMESTRE 2024 | I TRIMESTRE 2025 |
|---|---|---|
| **QUEJAS** | **85** | **97** |
| **RECLAMOS** | **151** | **201** |
| **TOTAL** | **236** | **298** |

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera II trimestre 2025 Proceso Atención al Usuario y su Familia




Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera II trimestre 2025 Proceso Atención al Usuario y su Familia

Realizando el comparativo de Quejas y Reclamos II trimestre 2024 y 2025, se evidencia un aumento de Q.R. en un 26% que equivale a 62 manifestaciones, por consiguiente, se sigue solicitando a cada una de las áreas involucradas la formulación de planes de mejora o toma de acciones correctivas o correciones para mitigar la insatisfacción en la atención e interposición de Q.R. Se continúa estimulando la cultura de mejoramiento continuo para incrementar la formulación de Planes de Mejora.

## COMPARATIVO DE CAUSAS II TRIMESTRE 2024 – 2025

| CAUSA DE QUEJA O RECLAMO II TRIMESTRE 2024 | TOTAL | CAUSA DE QUEJA O RECLAMO IITRIMESTRE 2025 | TOTAL |
|---|---|---|---|
| **1ª.Causa:** Falta de calidez y trato amable. | 37 | : **1ª.Causa:** Demora en la programación de cirugía: Ambulatoria y Hospitalización. | 60 |
| 2da **Causa**: Demora en la programación de cirugía: Amb. y Hospitalización. | 30 | **2da Causa**: Falta de calidez y Trato Amable. | 47 |
| **3a. Causa:** Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atencion al paciente. | 11 | **3a. Causa:** Dificultad en la comunicación telefonica para la asignación de la citas: call center, presencial, pag web, wapsap, correo electronico | 31 |
| **4a Causa:** Demora en el proceso de facturación (lab. clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias) | 12 | **5a. Causa**: Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermeria, Aux de enfermeria, enfermeras, camilleros, tecnicos de Rx. | 24 |
| **5a. Causa**: Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud. | 3 | **4a Causa:** Demora en la asignación de citas médicas y/o procedimientos en consultorio: No agendas disponibles, otro. | 12 |
| **Total** | **93** | **Total** | **174** |

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera II trimestre 2025 Proceso Atención al Usuario y su Familia

El análisis de las quejas y reclamos para el segundo trimestre de 2024 y 2025 revela un cambio significativo en las causas principales, con un notable aumento en ciertas áreas y la aparición de nuevas problemáticas. Se observa un incremento en **la demora en la programación de cirugía (Ambulatoria y Hospitalización)** causa ya identificada en 2024 se presenta un aumento del 97%, lo que se traduce en 30 quejas adicionales para el II trimestre de 2025, motivo por el cual se solicito la Formulación de un Plan de Mejora, orientado a controlr o mitigar las causas internas que la está generando. **La Falta de calidez y Trato Amable**: Esta categoría también mostró un incremento del 27%, representando 10 quejas más. Esto indica una necesidad de reforzar la capacitación y sensibilización del personal en cuanto al servicio al cliente y la atención humanizada.

Varias causas que no se registraron en el II trimestre de 2024, en el 2025 surgieron nuevamente entre las primeras cinco ( 5) causas como dificultades.

- Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de citas (call center, presencial, página web, WhatsApp, correo electrónico)

- Demora en la asignación de citas médicas y/o procedimientos en consultorio (No agendas disponibles, otro)
- Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Auxiliar de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rayos X

Este intercambio de causas entre ambos trimestres indica que si bien algunas problemáticas persistieron y se agudizaron, también surgieron nuevas áreas de oportunidad para mejorar la calidad del servicio y la experiencia del paciente.

| PETICIONES ORIGEN DE PLANES DE MEJORA II TRIMESTRE 2025 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Petición** | **Servicio a que se solicita** | **Asunto de correo solicitado** | **ID Almera** | **Observaciones** |
| 202517176 | Urgencias | Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias | 3292 | El 18 de febrero de 2025 se solicitó plan de mejoramiento frente a la prueba de alcoholemia a la Subdirectora de Urgencias, sin embargo se evidencia como hallazgo un documento en Excel con las actividades a realizar, sin embargo no está cargado en Almera<br>Avance ponderado: 0% |
| | Enfermería | Falta de calidez y trato amable por parte de Enfermería | 3240 | Avance ponderado: 38,13%. Aprobado el 27 de marzo de 2025. |
| | Seguridad del paciente | Novedades de seguridad y PQR | 3250 | Avance ponderado: 14,29%.Aprobado desde marzo de 2025 |
| | Urgencias | Queja por presunta violencia sexual | 3267 | Avance ponderado:20,00 %.En el mes de marzo fue aprobado |
| 202518324 | Enfermería | Atención por parte de enfermería | 3376 | La Subdirectora de Enfermería el día 26 de Junio de 2025 se rechaza desde la Dirección de Atención al Usuario por mal diligenciamiento, adicional el 3 de Julio se suministran las correcciones en Almera y está pendiente de verificación y aprobación por DAU |
| 202518255 | Consulta Externa | Central de Citas | 3391 | El 5 de Mayo de 2025 se solicitó plan de mejoramiento frente a la dificultad en la comunicación telefónica, la solicitud fue rechazada por estar mal diligenciada,<br>Avance ponderado: 0% |

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera I trimestre 2025 Proceso Atención al Usuario y su Familia

## TERMINOS DE LEY II TRIMESTRE 2024 – 2025

| Comparativo | | |
|---|---|---|
| **PQRSDF** | **2024** | **2025** |
| **CLASIFICACION** | **II TRIMESTRE** | **II TRIMESTRE** |
| PETICIONES | **264** | **138** |
| DERECHO DE PETICIÓN | **0** | **3** |
| QUEJAS | **85** | **97** |
| RECLAMOS | **151** | **201** |
| SUGERENCIAS | **7** | **7** |
| DENUNCIAS | **1** | **4** |
| **TOTAL** | **503** | **550** |

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera II trimestre 2025 Proceso Atención al Usuario y su Familia

Durante el segundo trimestre de 2025, se presentaron un total de **550 PQRSD (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias)** . El Hospital demostró una alta capacidad de respuesta, respondiendo oportunamente al **99% de todas las PQRSD** dentro del plazo legal. Al 30 de junio de 2025, solo 14 PQRSD permanecían en trámite, a la espera de respuesta, las cuales a ún No tienen fecha de vencimiento en términoios de ley...

## GESTIÓN TRABAJO SOCIAL SEGUNDO TRIMESTRE AÑO 2025

A continuación, se presenta el informe consolidado de las actividades realizadas por el equipo de Trabajo Social durante el segundo trimestre del año 2025 comparativo con el primer y segundo trimestre de 2024 y primer semestre de 2025. Se realiza descripción cuantitativa y cualitativa de los datos frente a trámites administrativos, acciones sociales e intervención social a pacientes hospitalizados y ambulatorios con enfoque diferencial.

## ACCIONES ADMINISTRATIVAS

| AÑO | 1. TRAMITES MEDICA-MENTOS | 3. TRAMITES OXIGENOS | 4. TRAMITES REMISIO-NES (PHD) | 5. TRAMITES DIALISIS AMBULATORIAS |
|---|---|---|---|---|
| 1 trimestre 2024 | 78 | 105 | 39 | 18 |
| 2 trimestre 2024 | 78 | 135 | 30 | 20 |
| 1 trimestre 2025 | 49 | 160 | 46 | 17 |
| 2 trimestre 2025 | 67 | 201 | 57 | 20 |

Tabla tomada de informe II trimestre año 2025.

La tabla anterior permite visualizar el comparativo del 2 trimestre del año 2025 comparativo con el primer y segundo trimestre de 2024 y primer semestre de 2025 relacionado con los trámites administrativos realizados por el equipo de Trabajo social, los cuales tienen como objetivo garantizar el egreso seguro posterior a egreso médico del paciente y evitar reingresos o nuevas hospitalizaciones por no obtener el tratamiento que debe ser suministrado por las EAPB y/o por falta de corresponsabilidad y compromiso del paciente.

En cuanto a la oportunidad de respuesta y ubicación de las EAPB frente a estos trámites en el 2 trimestre encontramos un promedio de respuesta en días a saber: para remisiones (atención domiciliaria) 8.3 días, en cuanto al trámite de consecución de oxígenos 4.5 días, ubicación unidad renal 6.5 días y entrega de medicamentos 6.6 días tiempo que aumentó considerablemente (4.3 días) al igual que trámites de oxígeno y la ubicación de unidades renales ambulatorias en comparación al trimestre del año inmediatamente anterior esto debido a factores como que las EPS como Nueva EPS, Famisanar y Coosalud no cuentan con proveedor para entrega de medicamentos y/o oxigeno o no cuentan con los medicamentos solicitados, al igual que la ubicación de las unidades renales.

Otras de las actividades que realiza Trabajo Social actualmente son:

| | |
|---|---|
| **AFILIACIONES POR OFICIO** (pacientes recién nacidos) | Durante el segundo trimestre de 2025 se realizó afiliación por oficio a 23 menores que nacieron en el Hospital específicamente que se encontraban en Alojamiento conjunto. |

## GESTION SOCIAL

| INTERVENCIÓN SOCIAL | 1 TRIM 2024 | 2 TRIM 2024 | 1 TRIM 2025 | 2 TRIM 2025 |
|---|---|---|---|---|
| ORIENTACIÓN Y GESTIÓN DE ALBERGUE | 34 | 32 | 22 | 53 |
| GESTION PACIENTES EN ABANDONO | 6 | 8 | 9 | 6 |
| GESTION VIOLENCIA DOMESTICA | 15 | 19 | 13 | 15 |
| GESTION HABITANTES DE CALLE | 15 | 21 | 20 | 21 |
| GESTION VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL | 9 | 6 | 2 | 12 |
| REUBICACIONES A ICBF | 3 | 1 | 2 | 3 |
| GESTION POBLACION CON DISCAPACIDAD | 67 | 46 | 43 | 31 |
| GESTIÓN POBLACIÓN LGBTI | 3 | 0 | 1 | 0 |
| GESTIÓN POBLACIÓN EXTRANJERA | 73 | 73 | 74 | 95 |
| GESTIÓN POBLACIÓN AFROCOLOMBIANA | 2 | 2 | 3 | 7 |
| GESTIÓN POBLACIÓN INDIGENA | 16 | 8 | 14 | 21 |
| POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO O CONFLICTO ARMADO | 6 | 11 | 4 | 5 |
| GESTION POBLACION INPEC | 5 | 5 | 1 | 0 |
| APOYO PSICOSOCIAL (ENFERMEDAD CATASTROFICA) | 266 | 211 | 232 | 295 |
| ATENCIÓN PSICOSOCIAL C. EXTERNA | 20 | **21** | 82 | 14 |
| **TOTAL** | **540** | **464** | **522** | **578** |

Tabla tomada de informe II trimestre año 2025

Durante el segundo trimestre del año de 2025 en el Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá dentro de la intervención social realizada por el grupo de trabajo social (10 profesionales) mediante entrevista no estructurada se efectuó identificación de población con discapacidad 31 pacientes a los cuales se les realiza reporte a cada una de las secretaria de salud y secretaria de gobierno de su lugar de residencia con el fin de ser caracterizados e incluidos en programas sociales, se anexa cuadro donde se especifican los tipos de discapacidad a saber:

| TIPO DE DISCAPACIDAD | ABRIL | MAYO | JUNIO | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| AUDITIVA | 1 | 0 | 2 | 3 |
| COGNITIVA | 1 | 1 | 1 | 3 |
| FISICA | 3 | 6 | 1 | 10 |
| MULTIPLE | 3 | 1 | 1 | 5 |
| VISUAL | 7 | 2 | 1 | 10 |
| TOTAL | **15** | **10** | **6** | **31** |

Tabla tomada de informe II trimestre año 2025

Adicionalmente se identificaron 29 pacientes pertenecientes a etnias (indígenas, afrocolombianas y/o LGTBI+Q); grupo poblacional con el cual se fortalece la estrategia de humanización (método visual amigable) que involucra al personal asistencial en la atención diferencial del mismo teniendo en cuenta sus necesidades y creencias, en

comparación con el trimestre del año se duplico el número de identificación y acompañamiento a pacientes etnia indígena.

Al igual en el periodo reportado se mantuvo el número de ingresos y de atención de pacientes habitantes de calle donde se realizó intervención a 21 pacientes quienes ingresan por demanda espontánea, traídos por policía y/o ambulancias que los recogen en calle quienes en su gran mayoría ingresas sin documento de identidad lo que requiere realizar plena identidad trasladándolos a registraduría, proceso que demora el egreso médico y/o solicitan salidas voluntarias que no permiten terminar el proceso de identificación representando casos de riesgo financiero.

En los casos de pacientes hospitalizados y/o en observación que se encuentran con documento de identidad se realiza trámite con secretaria de integración social para verificar y/o realizar la respectiva caracterización de población especial y poder incluirlos en programas sociales del distrito.

Con relación a la población extranjera irregular (venezolanos, peruano y japonés) aumento en un 13.2% el número de pacientes que ingresan a demandar servicios de salud en nuestra institución sin seguridad social por no encontrarse legalizados en el país, lo que representa realizar tramite con secretarias de salud para el cubrimiento de la cuenta de los servicios prestados (carta de compromiso, certificado de residencia, estudio social, anexo socio económico para migrantes irregulares a partir del mes de junio), adicional a la consecución de unidades de programas especiales mediante fundaciones teniendo en cuenta que las secretarias de salud NO cubren nada ambulatorio (oxigeno, unidades renales, medicamentos, programa especial de B24X, epilepsia entre otros), lo que repercute en largas estancias injustificadas.

Se continúa para las pacientes en estado de gestación prestando atención médica de todos los servicios que demanden en 3 nivel relacionados con su embarazo sin que medie autorización física de la Secretaria de Salud de Cundinamarca, con el fin de disminuir las barreras de acceso por lo cual se tramitan las citas por intermedio de la trabajadora social de consulta externa. En el 100% de los casos que ingresaron como víctimas de violencia sexual (12) y víctimas de violencia intrafamiliar (15) se les realizó intervención, acompañamiento, seguimiento, se activaron las respectivas rutas y se realizaron los reportes a los entes de control (fiscalía, comisarías de familia, policía, línea púrpura).

En cuanto a los menores ubicados en unidad neonatal se realizaron 14 reportes a EPS y/o ICBF para seguimiento y/o restitución de derechos por presunta vulneración de los mismos, con el fin de garantizar los derechos de los menores, adicionalmente fueron puestos a disposición del Centro Zonal Santafé en el mes de junio dos menores de Unidad Neonatal para restablecimiento de derechos a saber: 1 padres consumidores de SPA y el otro madre menor de edad con antecedente de abuso sexual.

## INDICADORES

### 1.1. *INDICADOR 1: REUBICACION FAMILIAR, SOCIAL E INSTITUCIONAL DE PACIENTES*.

| INDICADOR 1 | AÑO | DATO | I TRIM | II TRIM |
|---|---|---|---|---|
| # total de pacientes REUBICADOS a nivel familiar, social e institucional / # total de paciente que requieren reubicación social, familiar e institucional *100 | 2024 | DATO | 43/43 | 41/41 |
| | | Total % Reubicación | 100% | 100% |
| | 2025 | DATO | 28/33 | 61/62 |
| | | Total % Reubicación | 85.60% | 98.40% |

Tabla tomada de informe 2 trimestre año 2025

Durante el 2 trimestre desde el proceso de trabajo social durante la intervención profesional y seguimiento por los

profesionales se detectaron 62 casos de vulneración de derechos de pacientes ubicados en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa que requirieron trámite administrativo, reubicación institucional y/o social.

Los casos fueron clasificados a saber: 53 trámites de ubicación de albergue (Abril 21, Mayo 13 y Junio 19) los cuales fueron gestionados con las EAPB los cuales fueron negados teniendo en cuenta que no se encuentra el servicio de albergue incluido en el POS y solamente aplica para pacientes indígenas y/o en caso de contar con tutela (Causa externa No manejable).

Se continuo con el apoyo del hogar de las Hermanas Misioneras de Cristo ubicado en el Barrio Villa Javier para las mamitas de bebes que se encuentran hospitalizados en unidad neonatal y en el Hogar Casa Esperanza ubicado en el Barrio Las Cruces nos apoyaron albergando a bajo costo exclusivamente a mujeres de escasos recursos económicos, cabe resaltar que por los acercamientos con la arquidiócesis de Bogotá se pudo obtener apoyo de la Posada del Samaritano ubicado en el Barrio Las Cruces con un bajo aporte sugerido será de 5.000 a 10.000 pesos exclusivo para hombres, 6 de los casos identificados fueron pacientes adultos mayores en abandono social de los cuales 3 fueron ubicados en medio familiar y/o social, 1 fue ubicado en el Hogar de adulto mayor de Choachí a cargo del estado, 1 adulto mayor fue ubicado en albergue particular el costo fue asumido por los familiares y actualmente 1 paciente continua hospitalizado por el servicio de ortopedia. Cabe resaltar que todos los casos detectados en abandono fueron reportados a la Comisaría de Familia, Alcaldía, Secretarias de gobierno y/o integración social y Personería del municipio de residencia. 3 menores fueron colocados a disposición del ICBF Centro Zonal Santafé con el fin de realizar restitución de derechos por presunta negligencia (menor de 16 años y 2 menores de la unidad neonatal).

De los 62 casos detectados se les gestionó ubicación a 61 casos que corresponde al 98.4%, estando por encima de la meta en un 28.4%, el otro 1.6% corresponde a 1 adulto mayor que se encuentra actualmente hospitalizado, continúan en seguimiento y se le realizara ubicación en el momento de egreso médico.

## *1.2 INDICADOR 2: ESTUDIOS SOCIALES REALIZADOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS*

| INDICADOR 2 | AÑO | DATO | I TRIM | II TRIM |
|---|---|---|---|---|
| % DE ESTUDIOS SOCIALES REALIZADOS = # de estudios sociales realizados a pacientes hospitalizados / total de ingresos hospitalarios*100 | 2024 | DATO | 1320/2098 | 1421/2280 |
| | | Total % Estudios Sociales | 63% | 62.30% |
| | 2025 | DATO | 1322/2512 | 1497/3140 |
| | | Total % Estudios Sociales | 53.00% | 49.30% |

Tabla tomada de informe 2 trimestre año 2025

Durante el II trimestre de 2025 (Abril-Junio) el equipo de profesionales de Trabajo Social realizó 1497 estudios sociales a pacientes hospitalizados y del servicio de urgencias de un total de 3140 egresos hospitalarios que corresponde a un 49.3% de pacientes y/o familiares. En comparación con el mismo trimestre del año inmediatamente anterior disminuyo en un 13%, debido a razones aumento de egresos médicos pasando de 2280 en el 2 trimestre de 2024 a 3140 en el 2 trimestre de 2025 a pesar de haber realizado más estudios sociales en el periodo evaluado.

Se continúa haciendo énfasis en la identificación y atención de población diferencial que conlleva a la elaboración de un diagnóstico e intervención social que cumpla con las necesidades detectadas en cada uno de los casos.

Como forma de autocontrol y dentro de las actividades del POA se continúa realizando el seguimiento a la implementación de las variables completas del estudio social que permitan establecerán plan de manejo profesional específico e integral para cada uno de los pacientes según necesidades encontradas al igual que la calidad en la elaboración del mismo y los seguimientos de caso de pacientes hospitalizados.

### *1.3 INDICADOR 3: PORCENTAJE DE TRÁMITES EFECTIVOS POR TRABAJO SOCIAL DESDE HOSPITALIZACIÓN*

| INDICADOR 3 | AÑO | DATO | I TRIM | II TRIM |
|---|---|---|---|---|
| # de trámites efectivos por trabajo social desde Hospitalización / número de trámites por trabajo social solicitados en Hospitalización por el personal médico. *100 | 2024 | DATO | 18/39 | 13/30 |
| | | Total % Remisiones Efectivas | 46.15% | 43.33% |
| | 2025 | DATO | 18/46 | 31/57 |
| | | Total % Remisiones Efectivas | 40.00% | 54.40% |

Tabla tomada de informe 2 trimestre año 2025

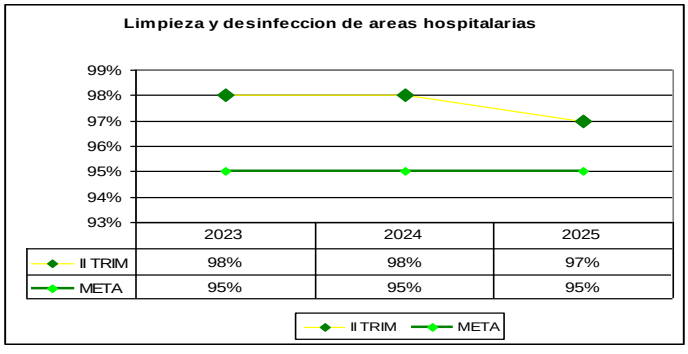
Para el II trimestre se realizaron 57 trámites de consecución de PHD de las cuales 31 fueron efectivas (54.4%) y 26 canceladas (45.6%). Las cancelaciones se presentaron por motivos como: 3 terminaron tratamiento en el HUS, 6 pacientes fallecieron, 4 ordenaron el tratamiento de manera ambulatoria, 12 fueron canceladas médicamente y a 1 le dieron egreso médico, Días promedio de ubicación de los PHD fue de 8.3 días este tiempo se prolonga por demora en ubicación de proveedor quien realice valoración intrainstitucional y acepte el paciente, falta de cobertura en las zonas rurales de proveedores que oferten servicios de atención domiciliaria entre otros. Dando cumplimiento a la meta en un 54.4% promedio que aumento en un 11.1% en comparación con el mismo trimestre del año inmediatamente anterior.

Se continúa con la verificación de los tiempos de oportunidad para mitigar largas estancias por procesos de ubicación en (PHD) en la Institución tanto en el servicio de urgencias como en el de hospitalización con el apoyo de la Subdirectora de Urgencias y la líder de Hospitalización al igual que con los auditores médicos de las EPS.

## 1.6 PROCESO SERVICIO DE GESTIÓN DE HOTELERÍA HOSPITALARIA

## INDICADORES DE CALIDAD SEGUNDO TRIMESTRE DE 2025

**Porcentaje de adherencia a procedimiento de limpieza y desinfección de áreas hospitalarias:**

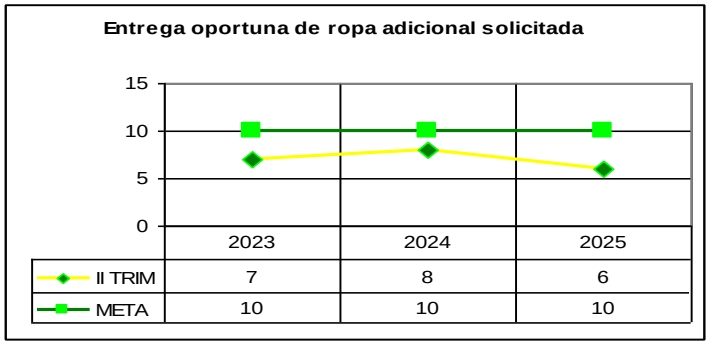



**Fuente:** listas de chequeo Hotelería Hospitalaria y Almera

Entre el II Trimestre de 2023 el % de adherencia fue de 98% y en II Trimestre de 2024 el % de adherencia fue de 98% y para el II trimestre del año 2025 es de 97% se observa una disminución en todas las áreas hospitalarias para el segundo trimestre del año 2025 ya que se disminuyo un punto porcentuales frente al II trimestre del año 2024.. Esta disminución refleja una falencia minima en el cumplimiento de los protocolos de limpieza y desinfección la cual se reforzara en el tercer trimestre del 2025, esto representa un riesgo a la seguridad tanto para los pacientes como para el personal de salud. Por otra parte, se cumple con la meta y sobre pasa la misma en el II trimestre del 2025, la estabilidad en los valores indica una consolidación de los protocolos implementados. En general, la evolución de la

adherencia a los procedimientos de limpieza y desinfección mantiene una tendencia positiva, impactando favorablemente en la calidad del servicio hospitalario y en la seguridad de los pacientes.

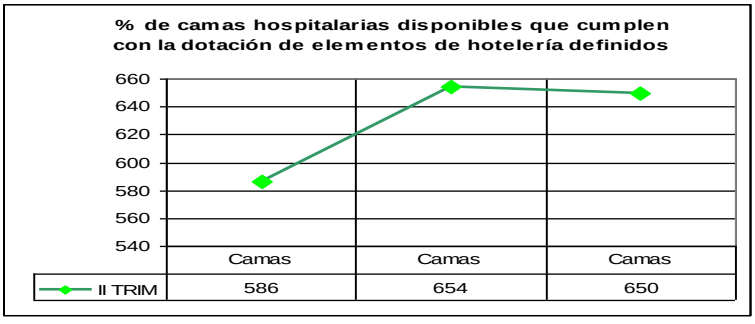
## Oportunidad de entrega de Ropa Hospitalaria Adicional solicitada




**Fuente:** formato oportuna entrega de ropa y Almera

Frente a la gráfica se observa que en el II trimestre del 2023 el tiempo de entrega oportuno fue de 7 minutos, frente al II Trimestre de 2024 fue de 8 minutos lo que indica una leve disminución en la eficiencia de entrega de la ropa hospitalaria en los servicios de hospitalización aumentando dos minutos en la entrega, en el II trimestre del 2025 fue de 6 minutos la entrega oportuna de ropa, teniendo una mejora en 2 minuto frente al segundo trimestre del año anterior. En términos generales, los tiempos de entrega en el II Trimestre de 2024, muestran una mejora continua frente al segundo trimestre del año 2024, se continúa cumpliendo con el objetivo de realizar las entregas en menos de 10 minutos lo ideal no es estar en sobre la meta si no poder mejorar y disminuir estos tiempos de entrega para los siguientes trimestres.

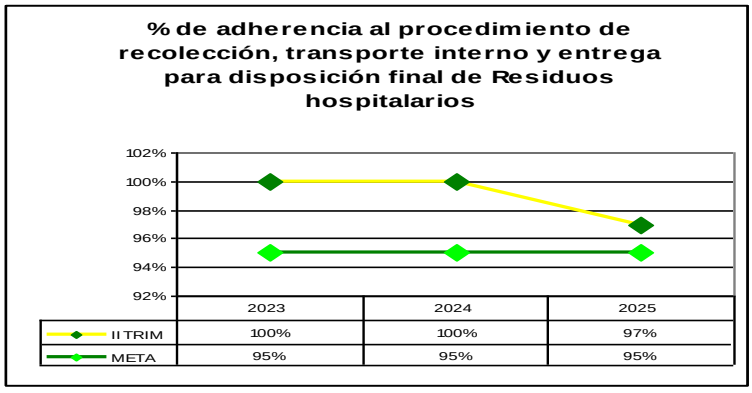
## Porcentaje de camas hospitalarias disponibles que cumplen con la dotación de elementos de hotelería definidos




**Fuente:** almera

Comparando el II Trimestre de 2023 con el II Trimestre de 2024, el número de camas hospitalarias dotadas aumentó de 586 a 654, representando un incremento de 68 camas en todo el trimestre. Este avance no solo refleja una mejora en la infraestructura hospitalaria, para el II trimestre del año 2025 el porcentaje de camas es de 650 representando una disminución en 4 camas ya que fueron intervenidas en el servicio de hospitalización del 3ro sur, esto representando un progreso significativo en la calidad de atención brindada en el servicio de urgencias donde se habilitaron las 6 camas. Este incremento no solo representa una mejora en la capacidad hospitalaria, sino que también se alcanzó el 100% de la dotación requerida. Estas mejoras en la dotación de camas no solo contribuyen a proporcionar un entorno más cómodo y funcional para los pacientes, sino que también elevan su satisfacción y percepción sobre los servicios recibidos.

**Porcentaje de adherencia al procedimiento de recolección, transporte interno y entrega para disposición final de Residuos hospitalarios**




**Fuente:** almera

El análisis comparativo entre el II Trimestre de 2023 donde se tuvo un cumplimento del 100% frente al II Trimestre de 2024 donde se asegura un cumplimiento al 100 % en la adherencia al procedimiento se mantuvo el porcentaje sin tener variación, para el II trimestre del 2025 se tuvo un cumplimiento del 97% teniendo una disminución en 3 puntos porcentuales frente al II trimestre del año anterior, lo que refleja estabilidad en el cumplimiento del procedimiento. Estos resultados sugieren que el proceso se mantiene de manera constante y eficiente, superando siempre el 95%, que es la meta establecida.

## 1.7 PROCESO SERVICIO DE ESTADISTICA

## REPORTES DE NORMA

Se dio cumplimiento al 100% de los reportes de norma de producción, calidad, capacidad instalada, alto costo, SIVISALA y P y D de responsabilidad de la oficina de estadística, de forma oportuna a Secretaría de Salud de Cundinamarca, Ministerio de protección Social y a los diferentes aseguradores, según el caso. Los reportes fueron presentados de forma consolidada del Hospital Universitario de la Samaritana, previa validación de los reportes de las sedes de Bogotá, Hospital regional de Zipaquirá y Unidad funcional de Zipaquirá y sus puestos de salud de Cogua y San Cayetano.

## ESTADÍSTICAS VITALES

| | I TRIMESTRE 2025 |
|---|---|
| CERTIFICADOS NACIDO VIVO | 113 |
| CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN | 124 (Sin incluir certificados expedidos por medicina legal y cargados al HUS) |

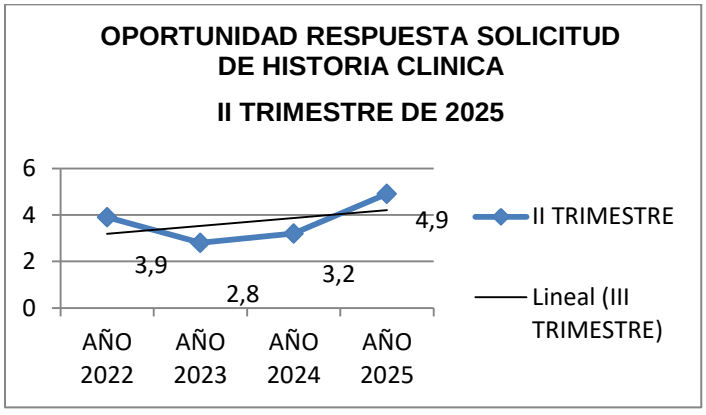
Se realiza el seguimiento diario en el aplicativo RUAF y la pre crítico a la totalidad de los certificados de los hechos vitales del periodo, garantizando la oportunidad, calidad y cabalidad de los datos registrados en el aplicativo.

Se realizó la visita técnica mensual por la Secretaría Distrital de Salud - subred centro oriente donde se evalúan los indicadores del proceso de estadísticas vitales, obteniendo en los tres meses del trimestre una calificación del 100%

## ESTADÍSTICO DE EGRESO HOSPITALARIO

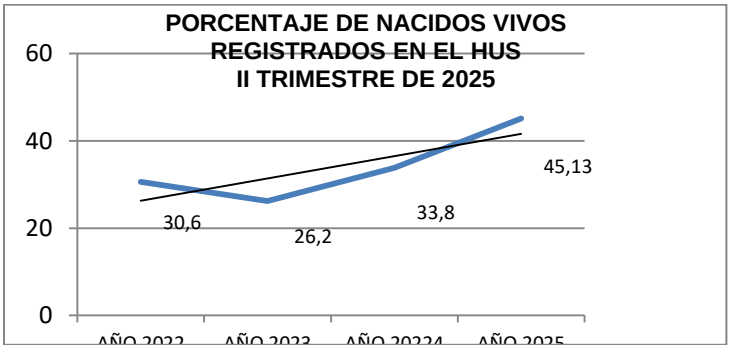
Se dio cumplimiento en el trimestre, a las actividades plasmadas en el procedimiento de estadístico de egreso hospitalario, revisando en el trimestre un total de 2642 epicrisis.

## ANÁLISIS DE INDICADORES




El resultado del indicador del II trimestre de 2025 presenta un aumento significativo de 1.7 días en la oportunidad de respuesta a la solicitud de historia clínica, situación que obedece a la novedad presentada con la titular del cargo, quien estuvo incapacitada durante el mes de abril de 2025, se adiciona a la ausencia, la complejidad de respuesta en la plataforma de ALMERA, la persona que la remplazó debió iniciar la curva de aprendizaje en la plataforma; a pesar del aumento en la oportunidad nos mantuvimos dentro de la meta establecida de 5 días.

PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS EN EL HUS




El porcentaje de recién nacidos registrados en el segundo trimestre del año fue del 45.13% superando la meta establecida del 25%; este resultado es el más alto en el mismo periodo de los últimos cuatro años.

La tendencia del indicador es al crecimiento, sin embargo no se puede establecer una tendencia lineal del resultado del indicador en el tiempo dado que dependemos de factores externos como lo es la disponibilidad del registrador local.

**Para los casos en los que se requiere urgente el registro de nacimiento, se le brindan las facilidades a los padres del recién nacido para que externamente se realice el registro civil de nacimiento.**

## REPORTE SUIT

El reporte (SUIT) Sistema Único de Información de Trámite se presenta a la oficina de Planeación con los datos consolidados de Samaritana, frente a la respuesta a las solicitudes de historia clínica. Desde la oficina de Planeación se consolidan datos de los demás trámites para reportar los datos oficiales de la Institución en la plataforma de la Función Pública.

Los datos consolidados del trimestre de la red Samaritana fueron:

| | HOSPITAL SAMARITANA BOGOTA | | | | UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA | | | | HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA | | | | TOTAL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VARIABLE | ABRIL | MAYO | JUNIO | T. II TRIM 2025 | ABRIL | MAYO | JUNIO | T. II TRIM 2025 | ABRIL | MAYO | JUNIO | T. II TRIM 2025 | ABRIL | MAYO | JUNIO | T. II TRIM 2025 |
| ¿Número de solicitudes resueltas en línea (uso de medios electrónicos)? | 102 | 146 | 161 | 409 | 28 | 27 | 17 | 72 | 117 | 167 | 91 | 375 | 247 | 340 | 269 | 856 |
| ¿Número de solicitudes resueltas parcialmente en línea? | 5 | 8 | 9 | 22 | 12 | 10 | 14 | 36 | 8 | 6 | 3 | 17 | 25 | 24 | 26 | 75 |
| ¿Número de solicitudes resueltas de forma presencial? | 127 | 85 | 36 | 248 | 302 | 331 | 315 | 948 | 37 | 66 | 56 | 159 | 466 | 482 | 407 | 1355 |
| ¿Número total de solicitudes resueltas (En línea, parcialmente en línea y presenciales)? | 234 | 239 | 206 | 679 | 342 | 368 | 346 | 1056 | 162 | 239 | 150 | 551 | 738 | 846 | 702 | 2286 |

## COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

Se mantiene la participación activa en el Comité de Historias Clínicas.

Se analizaron y aprobaron con el grupo técnico de historias clínicas, los formatos físicos de historia para ser utilizados en los casos que se presenten contingencias en el sistema de información, que afecten el módulo de historias clínicas.

## INFORME DE GESTIÓN ÁREA DE TRABAJO SOCIAL

## HOSPITAL REGIONAL ZIPAQUIRÁ II TRIMESTRE DE 2024

A continuación, se presenta el informe comparativo de las actividades desempeñadas por el equipo de Trabajo Social del Hospital Regional Zipaquirá durante el II trimestre de 2024. En este informe se ha realizado una descripción detallada, tanto cuantitativa como cualitativa, de los datos relacionados con los trámites administrativos, las acciones sociales y la intervención con población diferencial.

1. **GESTIÓN SOCIAL**
2.

| INTERVENCIÓN | TRIM I 2024 | TRIM II 2024 | TRIM I 2025 | TRIM II 2025 | VAR TRIM I 2025 - TRIM I 2024 | VAR TRIM II 2025 - TRIM II 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| GESTIÓN HABITANTES DE CALLE | 0 | 3 | 11 | 7 | 100% | 133% |
| GESTIÓN (VIOLENCIA INTRAFAMILIAR) | 18 | 11 | 27 | 13 | 50% | 18% |
| GESTIÓN VÍCTIMAS VIOLENCIA SEXUAL | 14 | 26 | 21 | 30 | 50% | 15% |
| REUBICACIONES A ICBF | 15 | 19 | 14 | 22 | -7% | 16% |
| COMISARÍA DE FAMILIA | 30 | 19 | 23 | 28 | -23% | 47% |
| UBICACIÓN FAMILIAR | 1179 | 1383 | 1360 | 1534 | 15% | 11% |
| GESTIÓN POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD | 11 | 19 | 39 | 31 | 255% | 63% |
| GESTIÓN POBLACIÓN LGBTI | 6 | 4 | 3 | 3 | -50% | -25% |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| GESTIÓN POBLACIÓN EXTRANJERA | 127 | 118 | 121 | 125 | -5% | 6% |
| GESTIÓN POBLACIÓN AFRO , INDIGENA | 6 | 8 | 10 | 6 | 67% | -25% |
| GESTIÓN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO O CONFLICTO ARMADO | 3 | 5 | 2 | 1 | -33% | -80% |
| **TOTAL** | **1409** | **1.615** | **1.631** | **1.800** | **16%** | **11%** |

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial

En cuanto a la Gestión Social, durante el segundo trimestre del año 2025, el servicio de Trabajo Social llevó a cabo un total de 1.800 intervenciones, esto representa un aumento del 11% con respecto al mismo periodo del año anterior. El incremento se debe principalmente al aumento de las intervenciones relacionadas con la ubicación familiar, gestión de víctimas de violencia sexual, violencia intrafamiliar, gestión con habitantes de calle. Estas intervenciones experimentaron un aumento en la demanda de servicios, lo cual contribuyó a la variación positiva en gestión social.

## INTERCONSULTAS SERVICIO SOLICITADO:

| | | NEONATOS | GINECOLOGÍA | PEDIATRÍA | CONSULTA EXTERNA | MEDICINA INTERNA | URGENCIAS | CX Y ORTOPEDIA | UCI | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | TRIM I 2024 | 21 | 125 | 42 | 15 | 42 | 129 | 38 | 12 | **424** |
| | TRIM II 2024 | 13 | 133 | 37 | 24 | 32 | 165 | 26 | 18 | **448** |
| | TRIM I 2025 | 14 | 152 | 24 | 13 | 39 | 209 | 24 | 22 | **497** |
| | TRIM II 2025 | 13 | 123 | 38 | 16 | 49 | 259 | 24 | 21 | **543** |
| 25-24 | **VAR TRIM I 2025 - TRIM I 2024** | **-33%** | **22%** | **-43%** | **-13%** | **-7%** | **62%** | **-37%** | **83%** | **17%** |
| | **VAR TRIM II 2025 - TRIM II 2024** | **0%** | **-8%** | **3%** | **-33%** | **53%** | **57%** | **-8%** | **17%** | **21%** |

Fuente: Estadística tomada del Informe de Trabajo Social II Trimestre de 2024 - 2025

En cuanto a las interconsultas solicitadas al Servicio de Trabajo Social durante el segundo trimestre de 2025 se registraron un total de 543 casos, lo que representa un aumento del 21% con respecto al mismo periodo del año anterior. Este incremento se reflejó en al mismo periodo del año anterior. El servicio de Medicina Interna se presentó un aumento de 32 a 49 casos y en el servicio de UCI se presentó un aumento de 18 a 21 casos con respecto al mismo periodo del año anterior.

Estos datos muestran que se están solicitando más interconsultas de Trabajo Social en ciertas áreas, lo que refleja la importancia de fortalecer la atención social en esos servicios médicos.

## INTERCONSULTAS DIAGNÓSTICO SOCIAL

Durante el segundo trimestre de 2025 se evidenció un aumento importante en las interconsultas por acompañamiento en salud mental, que pasaron de 2 a 74 casos. Este crecimiento se debe, en parte, a que anteriormente no se llevaba un registro específico de este diagnóstico, lo que ahora permite una mejor identificación y atención a pacientes con alteraciones emocionales o trastornos psiquiátricos.

Los casos de disfunción familiar aumentaron de 0 a 10, lo cual muestra una mayor capacidad para detectar entornos familiares conflictivos que afectan el bienestar de los usuarios.

También se presentó un aumento en los casos de negligencia, que pasaron de 27 a 55, especialmente por situaciones como la falta de controles médicos y vacunas en menores, el poco acompañamiento a personas mayores, dejarlos solos en casa sin supervisión, no brindarles alimentación adecuada o no contar con seguridad social, entre otras. Igualmente, los casos de maltrato infantil aumentaron de 8 a 10. Ambos temas siguen siendo delicados y requieren atención prioritaria e intervención oportuna.

En cuanto al código blanco ( Abuso Sexual), los casos aumentaron de 26 a 30 y los reportes de violencia

intrafamiliar pasaron de 11 a 13.

Finalmente, aunque los casos de gestantes adolescentes disminuyeron un 35%, siguen siendo una población a atender, con 15 casos registrados en este periodo.

## OTRAS ACTIVIDADES

| ACTIVIDAD | TRIM I 2024 | TRIM II 2024 | TRIM I 2025 | TRIM II 2025 | VAR TRIM I 2025 - TRIM I 2024 | VAR TRIM II 2025 - TRIM II 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| RÁMITE DE MEDICA-MENTOS | 2 | 2 | 0 | 0 | -100% | -100% |
| TRÁMITE DE OXIGE-NOS | 106 | 114 | 72 | 163 | -32% | 43% |
| TRÁMITE DE EXAME-NES DE APOYO DX | 44 | 49 | 24 | 60 | -45% | 22% |
| REMISIONES POR TRABAJO SOCIAL | 2 | 2 | 0 | 4 | -100% | 100% |
| **TOTAL** | **154** | **167** | **96** | **227** | **-38%** | **36%** |

Fuente: Estadística tomada del Informe de Trabajo Social II Trimestre de 2024 – 2025

Durante el II trimestre de 2025, se realizaron un total de 227 trámites administrativos lo que representa una variación positiva del 36% en comparación con los 167 trámites realizados en el mismo periodo del año anterior. Los trámites de Oxígenos aumentaron de 114 a 163 en exámenes de apoyo diagnóstico, como autorizaciones y órdenes del plan canguro para garantizar un egreso seguro del recién nacido, también aumentaron de 49 a 60 (+22%).

En cuanto a los trámites de medicamentos, no se registraron durante este trimestre, ya que estos casos no fueron remitidos a trabajo social. Por último, las remisiones por trabajo social pasaron de 2 a 4, especialmente en casos de solicitud de Atención Domiciliaria (PHD). Esto se debe a que actualmente la oficina de referencia, disponible las 24 horas, es la encargada de la mayoría de estos trámites.

## 2. INDICADOR 1: ESTUDIOS SOCIALES REALIZADOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS

| *INDICADOR* | TRIM I 2024 | TRIM II 2024 | TRIM I 2025 | TRIM II 2025 | VAR TRIM I 2025 - TRIM I 2024 | VAR TRIM II 2025 - TRIM I 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| # de Estudios sociales realizados | 860 | 828 | 1164 | 1150 | 35% | 39% |
| # Total de Ingresos Hospitalarios | 1973 | 2236 | 2081 | 2081 | 5% | -7% |
| % | **44%** | **37%** | **56%** | **55%** | **12%** | **18%** |

Fuente: Estadística tomada del Informe de Trabajo Social II Trimestre de 2024 – 2025

Durante el segundo trimestre de 2025, se observó que el número de estudios sociales realizados a pacientes hospitalizados representó un 55% del total de ingresos hospitalarios, en comparación con el 37% registrado en el mismo período del año anterior, esto muestra una variación positiva del 18%. Este aumento refleja una mayor intervención del equipo de Trabajo Social, facilitando la detección oportuna de factores que afectan la recuperación del paciente.

Además de realizar estudios sociales en los diferentes servicios el equipo de trabajo social lleva a cabo tareas administrativas entre estas, se destaca la gestión de respuestas a interconsultas, las cuales han mostrado un notable aumento. También manejan afiliaciones transaccionales y de oficio, coordinan procesos para el suministro de oxígeno domiciliario y gestionan autorizaciones del Plan Canguro. Asimismo, mantienen comunicaciones con entidades como la Fiscalía, el ICBF y la Comisaría de Familia reportando los diferentes casos.

## INDICADOR 2: REUBICACIÓN FAMILIAR, SOCIAL INSTITUCIONAL DE PACIENTES

| INDICADOR 2 | TRIM I 2024 | TRIM II 2024 | TRIM I 2025 | TRIM II 2025 | VAR TRIM I 2025 - TRIM I 2024 | VAR TRIM II 2025 - TRIM II 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| # Total de pacientes reubicados a nivel familiar | 1 | 1 | 2 | 2 | **100%** | **100%** |
| # Total de paciente que requieren reubicación social | 1 | 1 | 2 | 2 | **100%** | **100%** |
| # Total de pacientes reubicados a nivel familiar, social e institucional / # Total de pacientes que requieren reubicación social, familiar e institucional *100 | **100%** | **100%** | **0%** | **100%** | **-100%** | **0%** |

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial

Durante el segundo trimestre de 2025, el Indicador de Reubicación Social alcanzó el 100%. En ese período, el equipo de trabajo social logró ubicar a dos pacientes en el Hogar Geriátrico Canitas Saludables con el apoyo de la Secretaria de Familia del Municipio de Zipaquirá, debido a su alta vulnerabilidad social, falta de una red de apoyo familiar sólida y condiciones de habitabilidad no dignas.

Es importante mencionar que el municipio de Zipaquirá no cuenta con albergues u hogares de paso disponibles para ubicar a familiares o pacientes, para brindar una alternativa de ubicación a aquellos que pueden requerirla.

# CAPITULO II DIRECCIÓN CIENTIFICA

## 2.1 SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

### Capacidad Instalada - Proceso de Gestión de Servicios Hospitalarios

Actualmente, el Proceso de Gestión de Servicios Hospitalarios del Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con una capacidad instalada de 221 camas, distribuidas según los diferentes servicios asistenciales.

En el marco de las acciones de mejora en infraestructura y condiciones de atención, se destaca que, a partir del 15 de diciembre de 2024, fueron habilitadas 2 camas adicionales en el área de Hospitalización Tercero Sur, las cuales se encontraban inhabilitadas como parte de la contingencia derivada de las obras de reforzamiento estructural en los servicios de Urgencias y Consulta Externa.

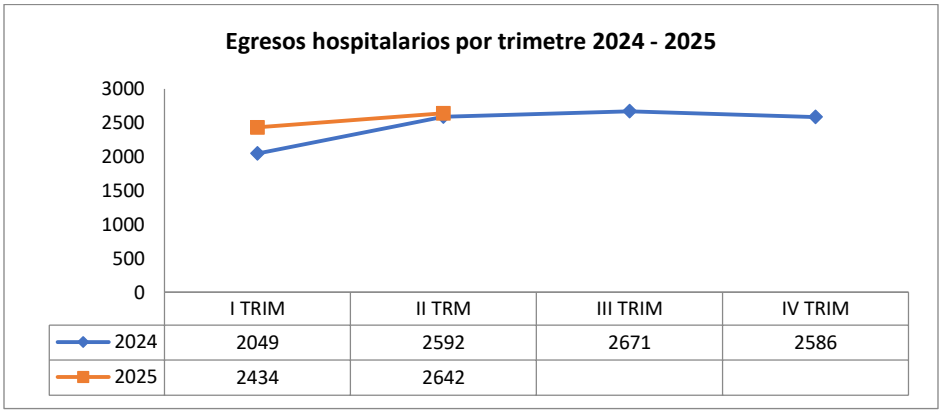
Adicionalmente, durante este período se llevó a cabo el reemplazo de 112 camas hospitalarias, correspondientes a los diferentes servicios de hospitalización y al servicio de Ginecoobstetricia. Est renovación incluyó también la sustitución de mesas de noche, atriles y mesas puente, con el propósito de mejorar las condiciones de confort, funcionalidad y seguridad para los pacientes hospitalizados.

A continuación, se presenta la distribución trimestral de camas para los años 2024 y primer trimestre de 2025:

| Cama | 2024 | | | | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM | I TRIM | II TRIM |
| Camas Hospitalización Adultos | 154 | 154 | 154 | 154 | 156 | 156 |
| Camas UCI | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Camas Intermedios ADULTOS | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| Camas Intermedios Ginecobstetricia | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| Neonatos - Intensivos | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| Neonatos - Intermedios | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 |
| Neonatos - Básicos | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| TPR | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| **Total Camas HUS Sede Bogotá** | **219** | **219** | **219** | **219** | **221** | **221** |

**Fuente:** REPS

## Comparativo Egresos Hospitalarios




**Fuente:** Sistema de información del HUS- Almera

El total de egresos hospitalarios incluye aquellos correspondientes a los servicios de: Hospitalización de adultos, Gineco-obstetricia, Cuidado intermedio de gineco-obstetricia, Cuidado intensivo e intermedio adulto, y Cuidado intensivo, intermedio y básico neonatal.

En el segundo trimestre de 2025, el Hospital Universitario de la Samaritana presentó una ligera mejora en el número de egresos, aumentando de 2.592 en 2024 a 2.642 en 2025, lo que representa un variación positiva del 1,9%. Este crecimiento sugiere un leve repunte en la actividad asistencial, que podría estar asociado al incremento de la demanda o a una mayor capacidad resolutiva del hospital.

Paralelamente, el indicador de giro cama también mostró una mejoría, pasando de 3,9 a 4,0, con una variación del 1,0%. Este comportamiento indica una mayor rotación de camas, posiblemente derivado de una gestión más ágil de los procesos hospitalarios, lo cual es coherente con el aumento en los egresos.

Sin embargo, se observó un incremento en el promedio de días de estancia, el cual pasó de 8,5 a 9,0 días, lo que representa un aumento del 4,8%. Este aumento en la estancia promedio puede reflejar una mayor complejidad en los casos atendidos, dificultades administrativas que retrasan el egreso, o limitaciones en los procesos de referencia y contrarreferencia.

Este aumento en el promedio día estancia pudo haber influido en la ligera disminución del porcentaje ocupacional, que bajó de 90% en 2024 a 87,4% en 2025. Aunque sigue siendo un nivel aceptable, esta caída del 2,89% podría ser indicativa de un margen menor de uso de la capacidad instalada o de una reorganización de camas hospitalarias.

En conjunto, los resultados reflejan un sistema hospitalario que logró aumentar su volumen de egresos y mantener una buena rotación de camas, a pesar del aumento en la duración de las estancias. Se debe tener en cuenta que contamos con pacientes de muy larga estancia los cuales se encuentran por diferentes motivos: pacientes oncológicos a la espera de remisión, pacientes con problemas de afiliación que requiere remisión a crónicos, pacientes con Síndrome del intestino corto, pacientes con enfermedades autoinmunes de difícil manejo, complicaciones posoperatorias extrainstitucionales.

En la actualidad, la mayor parte de los pacientes provienen de las EPS Famisanar, Coosalud y FOMAG quienes cuentan con autorizaciones integrales que facilitan la programación de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos. Esta mejora en los procesos de autorización ha tenido un impacto positivo en el aumento del giro cama y en la reducción del promedio de días de estancia hospitalaria.

## Comparativo Egresos Hospitalarios por Especialidad:

| SERVICIO | EGRESOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | AÑO | I TRIM | II TRM | III TRIM | IV TRIM |
| HUS | 2024 | 2049 | 2592 | 2671 | 2586 |
| | 2025 | 2434 | | | |
| MEDICINA INTERNA | 2024 | 553 | 652 | 649 | 635 |
| | 2025 | 630 | 736 | | |
| CIRUGIA GENERAL | 2024 | 298 | 392 | 347 | 347 |
| | 2025 | 290 | 355 | | |
| ORTOPEDIA | 2024 | 194 | 278 | 314 | 340 |
| | 2025 | 302 | 235 | | |
| UROLOGIA | 2024 | 100 | 130 | 159 | 140 |
| | 2025 | 160 | 202 | | |
| NEUROCIRUGIA | 2024 | 116 | 139 | 190 | 184 |
| | 2025 | 164 | 145 | | |
| CIRUGIA PLASTICA | 2024 | 104 | 117 | 95 | 98 |
| | 2025 | 85 | 70 | | |
| OFTALMOLOGIA | 2024 | 37 | 30 | 43 | 50 |
| | 2025 | 37 | 48 | | |
| CIRUGIA VASCULAR | 2024 | 105 | 82 | 62 | 49 |
| | 2025 | 80 | 59 | | |
| OTORRINO | 2024 | 20 | 28 | 26 | 21 |
| | 2025 | 21 | 29 | | |
| GINECOBSTETRICIA | 2024 | 259 | 323 | 319 | 288 |
| | 2025 | 305 | 315 | | |
| NEONATOS | 2024 | 74 | 121 | 107 | 79 |

| SERVICIO | EGRESOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | AÑO | I TRIM | II TRM | III TRIM | IV TRIM |
| | 2025 | 82 | 123 | | |
| UCI ADULTOS | 2024 | 243 | 258 | 297 | 264 |
| | 2025 | 288 | 289 | | |

**Fuente:** Sistema de información del HUS- Almera

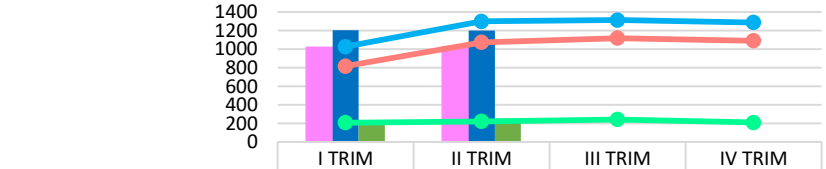
Durante el periodo evaluado se evidenció un incremento significativo en la producción de servicios en varias especialidades. Oftalmología destacó con un aumento del 60% en egresos, acompañado de un giro cama de 12, indicador de una alta eficiencia operativa, respaldado por estancias hospitalarias cortas de tan solo 3,4 días. Por su parte, Urología presentó un crecimiento del 55,4% en egresos, manteniendo un giro cama adecuado de 4,6 y tiempos de estancia estables, lo que refleja una gestión consistente. En cuanto a Medicina Interna, se observó un aumento del 12,9% en los egresos, sin embargo, este crecimiento estuvo acompañado de un aumento importante en el promedio de estancia, que pasó de 10,7 a 12,5 días, lo cual afectó negativamente la rotación de camas, evidenciado en la disminución del giro cama de 2,8 a 2,4.

Se evidenció una disminución en la actividad asistencial en algunos servicios quirúrgicos durante el periodo analizado. Cirugía Plástica presentó una reducción del 40,2% en egresos, sin embargo, logró incrementar su giro cama de 2,7 a 4,7, gracias a una notable disminución en la estancia promedio, que pasó de 12,0 a 7,4 días, lo que sugiere una mejora en la eficiencia operativa pese a la menor producción.

De igual manera, Cirugía Vascular registró una disminución del 28% en egresos, acompañada por una reducción significativa en el promedio de estancia, que bajó de 9,5 a 5,8 días, lo cual puede representar una optimización en los tiempos de atención o cambios en el perfil de los casos atendidos. Por último, Ortopedia mostró una disminución del 15,5% en egresos, aunque logró mantener un giro cama relativamente estable, lo que indica una contención del impacto en la eficiencia operativa.

## Participación de egresos

En el primer trimestre de 2025, se observa una




| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM |
|---|---|---|---|---|
| NO QUIRURGICOS 2025 | 1016 | 1023 | | |
| QUIRURGICOS 2025 | 1202 | 1199 | | |
| OBSTETRICIA 2025 | 216 | 249 | | |
| NO QUIRURGICOS 2024 | 816 | 1073 | 1117 | 1090 |
| QUIRURGICOS 2024 | 1027 | 1299 | 1313 | 1287 |
| OBSTETRICIA 2024 | 206 | 220 | 241 | 209 |

**Fuente:** Sistema de información del HUS- Almera

Durante el segundo trimestre de 2025, el comportamiento de los egresos y estancias promedio mostró dinámicas diferenciadas entre los servicios hospitalarios.

En los servicios no quirúrgicos, se observó una ligera disminución del 4,7% en los egresos, pasando de 1.073 en 2024 a 1.023 en 2025. A pesar de ello, el promedio de días de estancia se incrementó considerablemente, pasando de 9 días a 12 días, lo que sugiere una mayor complejidad en los casos o dificultades en los procesos de egreso, lo cual podría estar impactando la disponibilidad de camas y eficiencia hospitalaria.

Por el contrario, los servicios quirúrgicos experimentaron una reducción del 7,7% en los egresos, de 1.299 en 2024 a 1.199 en 2025. En este caso, el promedio de estancia se mantuvo estable en 9 días, lo que indica una buena contención del impacto asistencial, a pesar del descenso en la producción quirúrgica.

En el área de obstetricia, se observó una tendencia opuesta, con un aumento del 13,2% en los egresos, incrementando de 220 en 2024 a 249 en 2025. Además, se registró una leve elevación en la estancia promedio, pasando de 3,0 a 4,0 días, lo que sigue siendo una duración corta y adecuada para este tipo de atención, con baja afectación sobre los recursos hospitalarios.

## Unidad de cuidado Intensivo adulto

| Descripción | Meta | % Ocupacional | | | | | Promedio Día Estancia | | | | | | Giro Cama | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | AÑO | Meta | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | AÑO | Meta | I Trim. | II Trim | III Trim | IV Trim | AÑO |
| **2024** | =0<90% | 82% | 89% | 84% | 89% | 86% | = o menor a 7 | 5,99 | 6,36 | 5,5 | 6 | 5,98 | = o mayor 3,2 | 3,9 | 4,1 | 4,7 | 4,2 | 4,2 |
| **2025** | | 89% | 88% | | | | | 5,8 | 4.1 | | | | | 4,6 | 4.6 | | | |

**Fuente:** Sistema de informacion Almera

Durante el segundo trimestre de 2025, las unidades de cuidado intensivo mostraron un desempeño estable y mayormente favorable en sus indicadores operativos frente al mismo periodo del año anterior.

**Porcentaje de ocupación:** se mantuvo en 88%, lo que representa una ligera disminución respecto al 89% alcanzado en el mismo trimestre de 2024, aunque sigue cumpliendo con la meta institucional (≤90%). Esta estabilidad indica un adecuado equilibrio entre la demanda y la capacidad instalada.

**Promedio de días de estancia:** se redujo de 6,36 días en 2024 a 4,1 días en 2025, lo cual representa una mejora significativa del 35%, acercándose aún más a la meta institucional de ≤7 días. Esta disminución refleja avances importantes en la gestión clínica y administrativa del egreso, asociados a procesos más ágiles, protocolos de atención optimizados o mejora en la coordinación con todos los procesos internos.

**Giro cama:** pasó de 4,1 a 4,6, lo cual implica una mejor rotación de camas, por encima de la meta establecida de ≥3,2. Este aumento es consistente con la reducción en los días de estancia, lo que evidencia mayor eficiencia en la utilización de la infraestructura hospitalaria.

El comportamiento institucional en el segundo trimestre de 2025 muestra un buen desempeño operativo, cumpliendo o superando los tres indicadores clave. La reducción de la estancia promedio y el aumento del giro cama, junto con

un porcentaje ocupacional dentro del rango óptimo, reflejan mejoras en la eficiencia, continuidad en la atención y capacidad de respuesta.

## Unidad Neonatal

| Descripción | Meta | % Ocupacional | | | | | Promedio Día Estancia | | | | | | Giro Cama | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | AÑO | Meta | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | AÑO | Meta | I Trim. | II Trim | III Trim | IV Trim | AÑO |
| **2024** | =0<90% | 44% | 69% | 71% | 58% | 61% | = o menor a 14 | 13,58 | 11,95 | 15,58 | 14,51 | 13,65 | = o mayor 1,7 | 1,0 | 1,6 | 1,4 | 1,1 | 1,27 |
| **2025** | | 53% | 74% | | | | | 14,83 | 12,87 | | | | | 1,1 | 1,6 | | | |

**Fuente:** Sistema de informacion Almera

Durante el segundo trimestre de 2025, la Unidad Neonatal mostró mejoras en algunos indicadores clave, aunque aún se presentan desafíos importantes en el cumplimiento de metas institucionales.

**Porcentaje ocupacional:** aumentó de 69% en 2024 a 74% en 2025, lo cual representa un crecimiento de 5 puntos porcentuales. Aunque se mantiene por debajo de la meta institucional (<90%), este incremento sugiere un mayor aprovechamiento de la capacidad instalada.

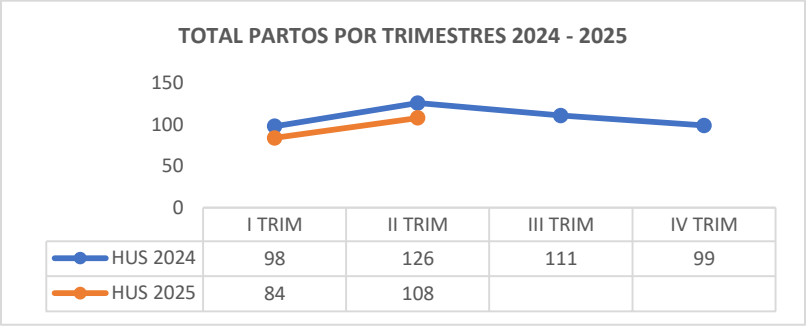
**Promedio de días de estancia:** subió de 11,95 días en 2024 a 12,87 días en 2025, es decir, un aumento del 7,7%. Si bien ambos valores se mantienen dentro de la meta (<14 días), este incremento esta relacionado con mayor complejidad clínica o demoras en los procesos de egreso o referencia en la vinculacion con los programas canguro de las EPS y con algunas entregas en las formulas maestras de nutricion que nos extendieron algunas estancias de los bebes, EPS como Nueva EPS Y SALUD TOTAL por temas de afiliacion y canalizacion con programas canguro y oxigeno domiciliario.

**Giro cama:** se mantuvo en 1,6, igual que en 2024, pero aún por debajo de la meta institucional (≥1,7). Esto indica que, a pesar de haber más ocupación y estancias dentro del rango aceptable, la rotación de camas continúa siendo baja, posiblemente por la duración prolongada de las hospitalizaciones.

La Unidad Neonatal mostró una mejora en el porcentaje de ocupación y logró mantener el promedio de estancia dentro de la meta, aunque con una tendencia al alza. No obstante, el giro cama continúa por debajo del estándar esperado, lo que sugiere la necesidad de optimizar aún más los tiempos de hospitalización sin afectar la calidad del cuidado neonatal. El desempeño conjunto de Ginecoobstetricia y Neonatos refleja un fortalecimiento del proceso materno-perinatal, con mejoras en la producción de servicios y tiempos de atención. Sin embargo, la permanencia prolongada de los recién nacidos y la baja rotación en Neonatos indican la necesidad de reforzar las estrategias de alta segura y coordinación con la red de servicios de los diferentes pagadores para sostener la eficiencia sin comprometer la calidad.

## *2.2 SEVICIO DE SALA DE PARTOS*

### *Partos, Cesáreas*




**Fuente:** Sistema de información Almera

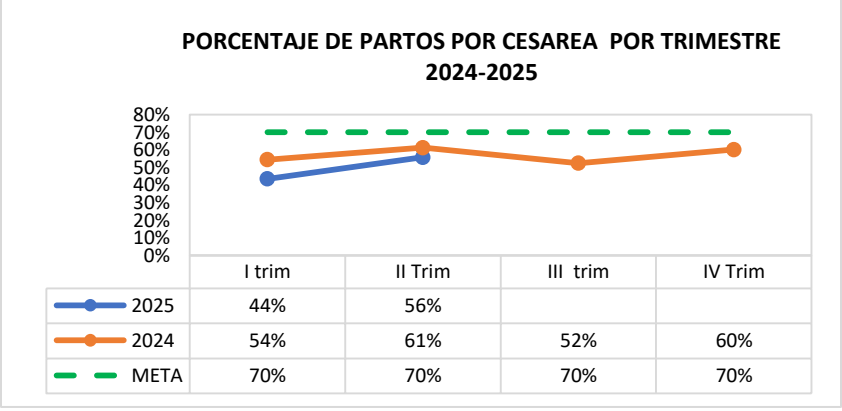
Durante el segundo trimestre de 2025, el Hospital Universitario de la Samaritana reportó un total de 108 partos atendidos, lo que representa una disminución del 14,3% frente a los 126 partos del mismo periodo en 2024. Esta reducción refleja una menor producción en la atención obstétrica institucional, que puede estar relacionada con variaciones en la demanda, re direccionamientos en la red de servicios, o incluso factores epidemiológicos y sociales.

En coherencia con esta tendencia, el servicio de Ginecoobstetricia también presentó una ligera disminución en los egresos, pasando de 323 en el II trimestre de 2024 a 315 en el mismo periodo de 2025, lo que representa una variación del -2,5%. Aunque la reducción es menos marcada que en el número de partos, sugiere una posible diversificación en los motivos de hospitalización ginecobstetricia más allá del parto, o diferencias en los tiempos de estancia que podrían estar equilibrando la ocupación.

Cabe destacar que, a pesar de esta disminución en la producción, el servicio ha logrado mantener buenos indicadores de eficiencia operativa, con un promedio de estancia reducido (de 0,81 a 0,79 días) y un giro cama sostenido, lo que evidencia capacidad de respuesta y optimización del recurso disponible.

El análisis conjunto de los partos atendidos y los egresos de Ginecoobstetricia muestra una leve disminución en la actividad obstétrica institucional, sin que ello comprometa la eficiencia operativa del servicio. Se recomienda seguir monitoreando esta tendencia para identificar si se trata de un comportamiento estacional, un ajuste estructural en la red de servicios, o una señal de cambio en la demanda materna.

## Porcentaje de partos por cesáreas




**Fuente**: Sistemas de informacion Almera

Durante el primer semestre de 2025, la institución continuó mostrando avances sostenidos en la reducción de la proporción de partos por cesárea, en línea con los objetivos estratégicos y las metas institucionales.

En el segundo trimestre del 2025 el porcentaje de partos por cesárea fue de 56% con un incremento de 12 puntos porcentuales comparado con el primer trimestre del mismo año. Respecto al mismo periodo del año inmediatamente anterior se evidencia una disminución de 5%; En ambos trimestres, la institución se mantuvo por debajo de la meta establecida del 70%, lo cual es especialmente significativo si se considera que se atienden pacientes de alta complejidad, muchas con antecedentes obstétricos complejos.

La reducción sostenida en la tasa de cesáreas es atribuible a la implementación de múltiples estrategias clínicas, entre ellas:

- Aplicación rigurosa de las Guías de Práctica Clínica (GPC).
- Fortalecimiento de los programas de parto humanizado e iniciativas como IAMII.
- Uso sistemático de protocolos de inducción del trabajo de parto, como la maduración cervical con prostaglandinas (dinoprostona).
- Promoción del parto vaginal después de cesárea (PVDC), respaldada por un equipo clínico entrenado y liderazgo institucional.

Cabe destacar que estos logros se han dado en un contexto clínico altamente especializado, donde la complejidad materna es mayor que en otras instituciones. Aun así, el compromiso del equipo de Ginecoobstetricia, junto con el apoyo de la Dirección Científica, ha sido fundamental para lograr y mantener una tasa de cesárea por debajo de lo históricamente reportado, consolidando a la sede como un referente en calidad obstétrica.

La disminución en la proporción de partos por cesárea durante el primer semestre de 2025 evidencia el impacto positivo de las estrategias institucionales basadas en evidencia, incluso en escenarios clínicos de alta complejidad. El reto hacia el segundo semestre será mantener esta tendencia, consolidar los protocolos de parto humanizado y continuar promoviendo el parto vaginal seguro como alternativa prioritaria.

## Oportunidad de Egreso Hospitalaria

| TIEMPOS PROMEDIO | 2024 | | | | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ESPECIALIDAD | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM | I TRIM | II TRIM |
| CIRUGIA GENERAL | 2,3 | 2,5 | 2,5 | 2,4 | 2,5 | 2,3 |
| CIRUGIA PLASTICA | 3,8 | 4,1 | 4,3 | 4,7 | 5,8 | 3,9 |
| CIRUGIA VASCULAR | 2,7 | 1,5 | 2,5 | 2,8 | 2,8 | 2,2 |
| MEDICINA INTERNA | 2,4 | 2,1 | 2,7 | 2,7 | 2,6 | 2,5 |
| NEONATOLOGIA | 2,9 | 3,3 | 3,4 | 3,6 | 3,0 | 3,1 |
| NEUROCIRUGIA | 2,7 | 3,4 | 3,2 | 3,6 | 3,2 | 4,9 |
| OFTALMOLOGIA | 3,2 | 3,0 | 3,5 | 3,7 | 3,0 | 3,0 |
| ORTOPEDIA | 3,5 | 3,6 | 4,0 | 3,5 | 3,3 | 3,1 |
| UROLOGIA | 2,7 | 2,7 | 3,2 | 3,4 | 3,4 | 3,3 |
| **Total general** | **2,7** | **2,8** | **3,1** | **3,0** | **3,0** | **2,9** |

**Fuente:** Aplicativo de Egresos

Durante el segundo trimestre de 2025, el tiempo promedio general para completar el trámite de egreso fue de 2,9 horas, lo que representa una mejora respecto a las 3,1 horas registradas en el mismo trimestre de 2024. Esta reducción indica un avance hacia una gestión hospitalaria más eficiente, especialmente en la liberación oportuna de camas.

### *Servicios con mejora en tiempos de egreso:*

- Cirugía General: bajó de 2,5 a 2,3 horas, mostrando un proceso de egreso ágil y consistente.

- Cirugía Plástica: mejoró ligeramente, de 4,1 a 3,9 horas, aunque sigue siendo uno de los servicios más demorados.
- Cirugía Vascular: aumentó de 1,5 a 2,2 horas, pero aún se mantiene como uno de los servicios con los trámites más rápidos.
- Ortopedia: pasó de 3,6 a 3,1 horas, reflejando una mejora significativa.
- Neonatología: redujo de 3,3 a 3,1 horas, lo cual es importante para optimizar el egreso en población neonatal.
- Oftalmología: se mantuvo estable en 3,0 horas, con buen desempeño.

***Servicios con aumento en los tiempos:***

- Neurocirugía: mostró un incremento importante de 3,4 a 4,9 horas, pudo verse afectado por cambio de residentes y médicos hospitalarios.
- Urología: subió ligeramente de 2,7 a 3,3 horas, manteniéndose dentro de un rango aceptable, aunque con tendencia al alza.
- Medicina Interna: aumentó de 2,1 a 2,5 horas, pero sigue siendo de los servicios más eficientes.

La disminución del tiempo promedio de egreso a nivel institucional de 3,1 a 2,9 horas es un resultado positivo, que refleja esfuerzos en la mejora continua de procesos asistenciales y administrativos. A pesar del buen comportamiento general, se identifican servicios como Neurocirugía y Cirugía Plástica, donde los tiempos aún superan las 4 horas y podrían beneficiarse de intervenciones específicas para acelerar el trámite de alta.

**Factores que han impactado el desempeño:** la implementación de la plataforma web para egresos (Dinámica Web) ha generado demoras en la elaboración de epicrisis, especialmente en servicios con alto volumen de pacientes quirúrgicos.

A pesar de que el promedio general de alta hospitalaria se ha mantenido dentro del valor meta, persisten demoras puntuales en algunas especialidades, especialmente quirúrgicas. Estas demoras se deben, en gran parte, a que los procesos de egreso en dichas especialidades requieren la elaboración de documentos complementarios como epicrisis, órdenes ambulatorias, recomendaciones postoperatorias y fórmulas médicas. Adicionalmente, la dinámica operativa de los servicios quirúrgicos, donde los médicos tratantes ingresan a salas de cirugía con frecuencia, interrumpe el seguimiento continuo al proceso de alta, generando retrasos en su finalización. Esta combinación de factores administrativos y operativos dificulta el cumplimiento de los tiempos establecidos y resalta la necesidad de estrategias específicas para optimizar la oportunidad en el egreso hospitalario en estos servicios.

En conclusión, el tiempo promedio de trámite de egreso hospitalario durante el segundo trimestre de 2025 fue de 2,9 horas, mostrando una ligera mejora frente al mismo periodo de 2024 (3,1 horas) y manteniéndose dentro de un rango operativo favorable. Este resultado refleja un desempeño positivo en términos de eficiencia institucional. No obstante, se requiere una intervención puntual en especialidades como Cirugía Plástica y Neurocirugía, cuyos tiempos superan las 4 horas, para evitar que su comportamiento afecte el promedio general y la disponibilidad oportuna de camas. Aunque las estrategias actuales han demostrado ser eficaces, es necesario reforzarlas con un enfoque más operativo y diferenciado en los servicios que presentan mayor complejidad clínica o administrativa al momento del egreso.

## Oportunidad en días en asignación de Camas al servicio de Urgencias

| Especialidad | 2024 | | | | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM | I TRIM | II TRIM |
| Cirugía General | 1,9 | 1,9 | 1,9 | 0,9 | 0,7 | 1,5 |
| Cirugía Plástica | 2,1 | 1,3 | 1,3 | 1,3 | 0,7 | 0,5 |
| Cirugía Vascular Periferica | 1,9 | 2,8 | 1,5 | 1,6 | 1,0 | 2,5 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Medicina Interna | 1,8 | 2,1 | 1,8 | 1,9 | 1,1 | 3,0 |
| Neurocirugía | 0,7 | 1,8 | 2,3 | 1,4 | 1,5 | 0,7 |
| Oftalmología | 0,9 | 0,4 | 0,3 | 0,4 | 0,8 | 2,0 |
| Ortopedia y Traumatología | 0,8 | 0,7 | 1,3 | 0,3 | 0,4 | 1,4 |
| Urología | 1,5 | 1,6 | 2,6 | 1,0 | 0,2 | 1,9 |
| **Total general** | **1,4** | **1,5** | **1,6** | **1,1** | **0,9** | **2,0** |

**Fuente**: Sistemas de informacion Almera

Durante el segundo trimestre de 2025, el tiempo promedio general para la asignación de camas desde urgencias fue de 2,0 días, lo que representa un aumento significativo frente al mismo periodo de 2024, que registró 1,5 días. Esta variación evidencia un retroceso en la oportunidad de hospitalización, afectando potencialmente la respuesta institucional ante la demanda urgente.

### Especialidades con incremento en los tiempos:

Medicina Interna: pasó de 2,1 a 3,0 días, convirtiéndose en el servicio con el mayor tiempo de espera en 2025. Este incremento está asociado a alta ocupación y baja rotación de camas.

Cirugía Vascular Periférica: aumentó de 2,8 a 2,5 días, manteniéndose con tiempos prolongados pese a una leve mejora.

Oftalmología: subió de 0,4 a 2,0 días, mostrando el mayor aumento proporcional, aunque con volúmenes de hospitalización generalmente bajos.

Urología: aumentó de 1,6 a 1,9 días, evidenciando también una tendencia al alza.

### Especialidades con reducción o control en los tiempos:

Cirugía Plástica: mostró una mejora importante, de 1,3 a 0,5 días, siendo el servicio con mejor desempeño en el II trimestre de 2025.

Neurocirugía: redujo el tiempo de espera de 1,8 a 0,7 días, lo que es destacable considerando la complejidad de sus pacientes.

Ortopedia y Traumatología: aumentó ligeramente de 0,7 a 1,4 días, aunque sigue en niveles aceptables.

Cirugía General: subió de 1,9 a 1,5 días, manteniéndose como un servicio con buena capacidad de respuesta.

El análisis evidencia que, en el segundo trimestre de 2025, la institución experimentó un deterioro en los tiempos promedio de asignación de camas desde urgencias, pasando de 1,5 a 2,0 días. Este comportamiento puede estar relacionado con altos niveles de ocupación, disminución en la disponibilidad de camas, o cuellos de botella en los procesos de egreso.

## 2.3 SERVICIO SALA DE CIRUGÍA

### Capacidad Operativa
### Infraestructura de quirófanos:

- El hospital cuenta con **8 salas de cirugía**:
  - **5 operativas** para cirugías programadas.
  - **1 sala dedicada exclusivamente a urgencias.**
  - **2 salas inhabilitadas** debido a trabajos de arreglos locativos por habilitación, lo que reduce la capacidad operativa.

### Disponibilidad de talento humano:

- **Grupos quirúrgicos:**

- **5 grupos activos** promedio de lunes a viernes. (5 grupos en la mañana y 4 en la tarde; martes 4 grupos todo el día; miércoles 5 grupos todo el día; jueves 6 grupos todo el día; viernes 6 grupos en la mañana y 5 grupos en la tarde)
- **2 grupos disponibles** durante la noche para urgencias.
- **2 grupos quirúrgicos** asignados los fines de semana.
-

Estas limitaciones restringen la flexibilidad operativa para atender la demanda creciente de procedimientos quirúrgicos.

## Talento Humano

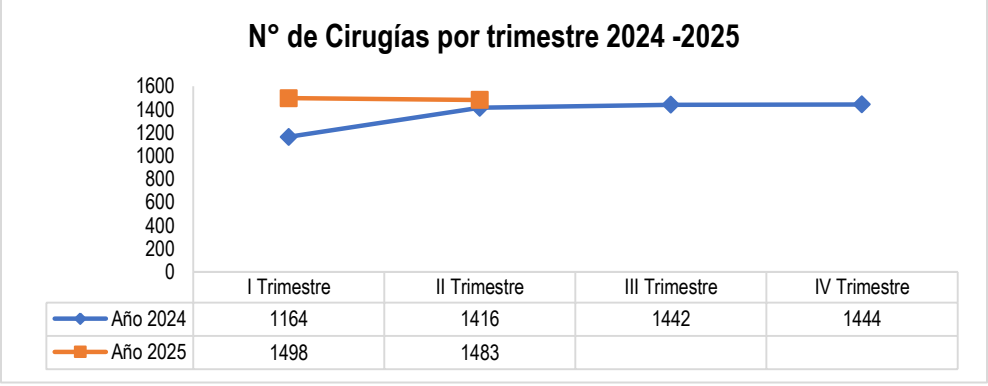
Las especialidades, disciplinas que se desempeñan en el área quirúrgica son:

| TALENTO HUMANO DE LA UNIDAD QUIRURGICA | 2024 | | | | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM | I TRIM | II TRIM |
| Líder del servicio (Profesional Especializado) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Técnico III apoyo administrativo unidad quirúrgica | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Anestesiólogos | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 |
| Instrumentadoras quirúrgicas | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 |
| Enfermeros Profesionales | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Auxiliares de enfermería | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 |
| Servicios generales | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| **Total** | 76 | 76 | 76 | 76 | 76 | 76 |

## INDICADORES DE PRODUCCIÓN, OPORTUNIDAD

### 1. INDICADORES DE PRODUCCIÓN, OPORTUNIDAD

### Producción de Cirugías por trimestre 2024-2025




**Fuente:** Sistema de información Dinámica Gerencial

Durante el segundo trimestre de 2025, la actividad quirúrgica totalizó 1,483 cirugías. Este resultado demuestra un comportamiento homogéneo en comparación con el primer trimestre de 2025, el cual registró 1,498 cirugías. Además, representa un aumento significativo frente al segundo trimestre de 2024, cuando se realizaron 1,416 cirugías. Este nivel de estabilidad resalta la capacidad operativa del hospital para mantener su producción quirúrgica.

**Distribución por tipo de cirugía:**

- **Cirugías electivas programadas:** Representaron el 67.03% del total de cirugías del trimestre, sumando 994 procedimientos.
    - Dentro de este grupo:
        - 521 fueron ambulatorias, constituyendo el 52.41% de las cirugías electivas.
        - 473 requirieron hospitalización, lo que representa el 47.59% de las cirugías electivas.
- **Cirugías de urgencia:** Representaron el 32.97% del total de cirugías, con 489 procedimientos.

Este desempeño subraya la capacidad del hospital para abordar tanto las necesidades programadas como las situaciones emergentes, manteniendo altos estándares de atención y seguridad.

## 2. Oportunidad Quirúrgica

Durante este trimestre, 76 procedimientos quirúrgicos se vieron afectados por cancelaciones, reprogramaciones o anulaciones. La distribución de estos incidentes fue la siguiente:

- 7 anulaciones.
- 29 reprogramaciones.
- 31cancelaciones.

Estos incidentes representan aproximadamente el 5.12% del total de procedimientos quirúrgicos realizados en el segundo trimestre de 2025. Este porcentaje es crucial para identificar áreas de mejora en la planificación y ejecución, con el objetivo de optimizar la eficiencia y reducir interrupciones en el servicio quirúrgico.

El análisis de las 31 cancelaciones revela las siguientes causas principales:

| Categoría Principal | Cantidad de Casos | Porcentaje del Total de Cancelaciones (Base 31) |
|---|---|---|
| **Paciente** | **20** | **64.52%** |
| Patología no controlada/Otros | 14 | 45.16% |
| Inadecuada preparación/Valoración | 3 | 9.68% |
| Ausencia del paciente | 2 | 6.45% |
| Material Osteosíntesis incompleto por parte del proveedor | 1 | 3.23% |
| **Institucional** | **11** | **35.48%** |
| Falta de instrumental/Insumos/Med. y Falla de equipo | 6 | 19.35% |
| Ausencia de cirujano (causas institucionales) | 5 | 16.13% |
| **TOTAL** | **31** | **100.00%** |

Como se observa, la mayoría de las cancelaciones (64.5%) se deben a factores relacionados con el paciente, principalmente por patología no controlada. Las causas institucionales (falta de recursos, que se detallan más adelante) y la ausencia de personal (cirujanos) también contribuyen significativamente.

## 3. Capacidad Operativa

Infraestructura de quirófanos:

El hospital cuenta con 7 salas de cirugía habilitadas:

- 6 operativas para cirugías electivas (ambulatorias y hospitalizadas).
- 1 sala dedicada exclusivamente a urgencias.

Disponibilidad de talento humano (Grupos quirúrgicos):

- Lunes a Viernes (Promedio):
    - 5 grupos activos promedio.
    - Lunes: 5 grupos en la mañana y 4 en la tarde.
    - Martes: 4 grupos todo el día.
    - Miércoles: 5 grupos todo el día.
    - Jueves: 6 grupos todo el día.
    - Viernes: 6 grupos en la mañana y 5 grupos en la tarde.
- Noche:
    - 2 grupos disponibles para urgencias.
- Fines de Semana:
    - Día: 2 grupos quirúrgicos asignados (1 para cirugía electiva y 1 para urgencias).
    - Noche: 2 grupos quirúrgicos para urgencias.

## 4. Limitaciones Críticas

4.1. Equipos Biomédicos

Actualmente, solo contamos con un intensificador de imágenes tipo Arco en C. Este equipo es crucial y, debido a su escasez, se distribuye por días entre las especialidades de ortopedia y neurocirugía. Esta limitación impacta significativamente la realización de procedimientos complejos en estas áreas, así como en cirugía plástica de mano y urología, que también requieren de este tipo de tecnología. Estamos a la espera de la adquisición de un segundo Arco en C para mejorar nuestra capacidad de atención y garantizar la seguridad y efectividad de las intervenciones quirúrgicas.

4.2. Suministro de Insumos Médico-Quirúrgicos

La falta de material de osteosíntesis y otros dispositivos médico-quirúrgicos está afectando negativamente la continuidad y la calidad de los tratamientos especializados. Según el área de Farmacia, esta situación se debe a dos razones principales:

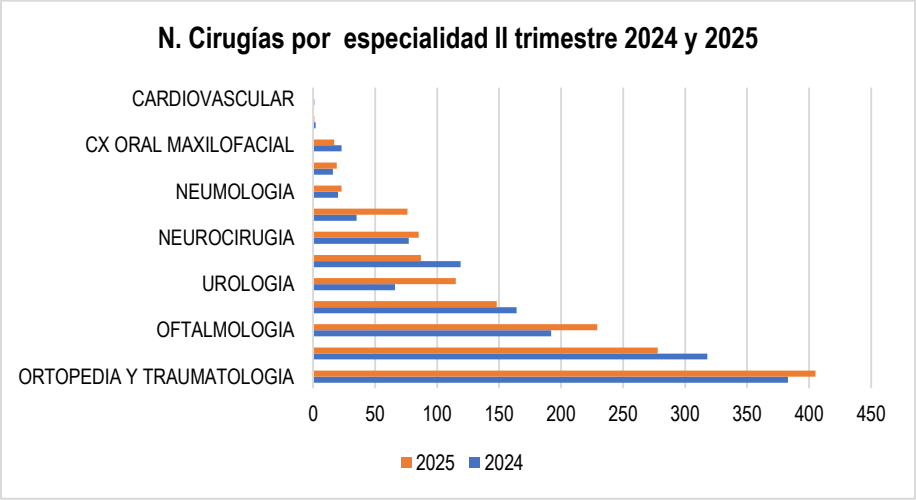
- Retrasos en los despachos por parte de los proveedores.
- Escasez de algunos insumos reportada directamente por las casas comerciales.

## Cirugías por Especialidad

Durante el segundo trimestre de 2025, el hospital realizó un total de 1,483 cirugías.

- Comparación II Trimestre 2025 vs I Trimestre 2025: Se evidenció una disminución de 15 cirugías (de 1,498 a 1,483), lo que representa un decrecimiento del 1%.
- Comparación II Trimestre 2025 vs II Trimestre 2024: Se observó un aumento de 67 cirugías (de 1,416 a 1,483), correspondiente a un incremento del 4.7%.

Estos datos confirman un crecimiento sostenido de la actividad quirúrgica anual y una estabilidad trimestral en la producción general del hospital.




**Fuente:** Sistema de información Dinámica

| N° Cirugías por especialidad en el 2024 – 2025 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ESPECIALIDAD** | **2024** | | | | **2025** | |
| | **I Trim** | **II Trim** | **III Trim** | **IV Trim** | **I Trim** | **II Trim** |
| ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA | 332 | 383 | 475 | 461 | 408 | 405 |
| CIRUGIA GENERAL | 254 | 318 | 279 | 236 | 276 | 278 |
| OFTALMOLOGIA | 155 | 192 | 183 | 173 | 254 | 229 |
| GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | 135 | 164 | 145 | 161 | 156 | 148 |
| UROLOGIA | 35 | 66 | 81 | 111 | 104 | 115 |
| CIRUGIA PLASTICA | 108 | 119 | 98 | 93 | 87 | 87 |
| NEUROCIRUGIA | 57 | 77 | 83 | 95 | 87 | 85 |
| CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA | 33 | 35 | 35 | 54 | 64 | 76 |
| NEUMOLOGIA | 23 | 20 | 26 | 27 | 21 | 23 |
| OTORRINOLARINGOLOGIA | 15 | 16 | 17 | 16 | 24 | 19 |
| CX ORAL MAXILOFACIAL | 16 | 23 | 20 | 17 | 17 | 17 |
| PEDIATRIA | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| CARDIOVASCULAR | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL** | **1164** | **1416** | **1442** | **1444** | **1498** | **1483** |

**Fuente:** Sistema de información Dinámica

## Especialidades Más Representativas (II Trimestre 2025)

Las especialidades que lideraron la actividad quirúrgica en el segundo trimestre de 2025 fueron:

1. **Ortopedia y Traumatología:** Con 405 cirugías, representa el 27.3% del total.
2. **Cirugía General:** Con 278 cirugías, representa el 18.7% del total.
3. **Oftalmología:** Con 229 cirugías, representa el 15.4% del total.

Estas tres especialidades, en conjunto, concentran el 61.50% de toda la actividad quirúrgica del trimestre, consolidándose como los pilares de la producción del hospital

## Incrementos Destacados

Comparación II Trimestre 2025 vs. I Trimestre 2025:

- **Cirugía Vascular Periférica:** Experimentó un crecimiento significativo del 18.75% (de 64 a 76 cirugías), mostrando un dinamismo notable en este periodo reciente.
- **Urología:** Continuó con un aumento del 10.58% (de 104 a 115 cirugías), consolidando su tendencia ascendente.

Comparación II Trimestre 2025 vs. II Trimestre 2024:

- **Cirugía Vascular Periférica:** Destaca con un crecimiento excepcional del 117.1% (de 35 a 76 cirugías), lo que sugiere una expansión muy importante en esta área.
- **Urología:** Reporta un robusto aumento del 74.2% (de 66 a 115 cirugías), indicando un crecimiento sostenido a lo largo del año.
- **Oftalmología:** Incrementó su volumen en un 19.2% (de 192 a 229 cirugías), mostrando una recuperación y expansión respecto al año anterior.
- **Neurocirugía:** Mostró un crecimiento del 10.3% (de 77 a 85 cirugías).
- **Ortopedia y Traumatología:** A pesar de la ligera baja trimestral, mantiene un crecimiento anual del 5.7%, reafirmando su posición como la especialidad de mayor volumen.

## Disminuciones Relevantes

Comparación II Trimestre 2025 vs. I Trimestre 2025:

- **Oftalmología:** Registró una disminución del 9.8% (de 254 a 229 cirugías) en comparación con el trimestre anterior.
- **Otorrinolaringología:** Tuvo una baja del 20.8% (de 24 a 19 cirugías).
- **Ginecología y Obstetricia:** Presentó una ligera disminución del 5.13% (de 156 a 148 cirugías).

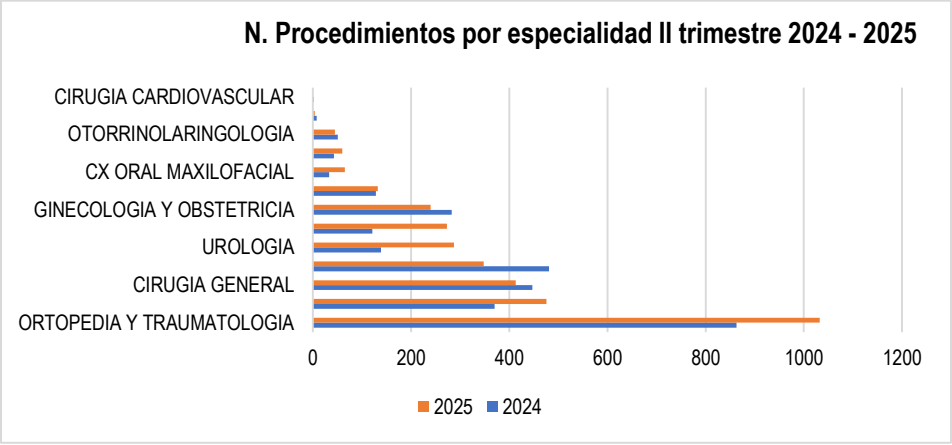
Comparación II Trimestre 2025 vs. II Trimestre 2024:

- **Cirugía Plástica:** Experimentó una disminución significativa del 26.9% (de 119 a 87 cirugías), lo que amerita un análisis más profundo de las causas.
- **Cirugía Oral Maxilofacial:** Mostró una baja del 26.0% (de 23 a 17 cirugías), similar a Cirugía Plástica.
- **Cirugía General:** Disminuyó en un 12.6% (de 318 a 278 cirugías), lo que representa una reducción en el volumen de su especialidad a nivel anual.
- **Ginecología y Obstetricia:** Redujo su actividad en un 9.7% (de 164 a 148 cirugías).

A pesar de las limitaciones de equipos e insumos mencionadas en el informe general, varias especialidades han logrado mantener o incluso incrementar su producción, lo que resalta la resiliencia del equipo quirúrgico y la necesidad de abordar rápidamente dichas limitaciones para no frenar este crecimiento.

### Procedimientos quirúrgicos por Especialidad

El análisis de las especialidades con mayor participación en el número de procedimientos realizados durante el segundo trimestre de 2025 revela la siguiente distribución:




**Fuente:** Sistema de información Dinámica

Durante el segundo trimestre de 2025, el hospital realizó un total de 3,375 procedimientos quirúrgicos.

- En comparación con el primer trimestre de 2025 (3,441 procedimientos), se observa una ligera disminución del 1.9%.
- Frente al segundo trimestre de 2024 (2,969 procedimientos), se evidencia un notable incremento del 13.6%.

Estos datos confirman un crecimiento robusto y sostenido de la actividad quirúrgica anual a nivel de procedimientos, manteniendo un alto volumen de producción trimestral.

A continuación, se presenta un análisis detallado del desempeño de cada especialidad quirúrgica en términos de procedimientos, comparando el II Trimestre de 2025 con el I Trimestre de 2025 y el II Trimestre de 2024.

| N° Procedimientos quirúrgicos por especialidad 2024 - 2025 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ESPECIALIDAD | 2024 | | | | 2025 | |
| | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | I Trim | II Trim |
| ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA | 793 | 863 | 1149 | 1059 | 1019 | 1032 |
| OFTALMOLOGIA | 314 | 370 | 367 | 340 | 494 | 476 |
| CIRUGIA GENERAL | 370 | 447 | 404 | 367 | 476 | 413 |
| CIRUGIA PLASTICA | 379 | 481 | 429 | 363 | 365 | 348 |
| UROLOGIA | 80 | 139 | 224 | 334 | 290 | 287 |
| CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA | 92 | 121 | 139 | 197 | 224 | 273 |
| GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | 213 | 283 | 251 | 284 | 266 | 240 |
| NEUROCIRUGIA | 107 | 128 | 126 | 171 | 137 | 132 |
| CX ORAL MAXILOFACIAL | 26 | 33 | 58 | 76 | 63 | 65 |
| NEUMOLOGIA | 54 | 43 | 59 | 63 | 51 | 60 |
| OTORRINOLARINGOLOGIA | 46 | 51 | 60 | 59 | 56 | 45 |
| CIRUGÍA PEDIATRICA | 1 | 8 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| CIRUGIA CARDIOVASCULAR | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL** | **2475** | **2969** | **3266** | **3313** | **3441** | **3375** |

**Fuente:** Sistema de información Dinámica Gerencial

## Especialidades Más Representativas (II Trimestre 2025 - Procedimientos)

Las especialidades que realizaron el mayor número de procedimientos quirúrgicos en el segundo trimestre de 2025 fueron:

1. **Ortopedia y Traumatología:** Con 1,032 procedimientos, representa el 30.5% del total.
2. **Oftalmología:** Con 476 procedimientos, representa el 14.1% del total.
3. **Cirugía General:** Con 413 procedimientos, representa el 12.2% del total.

Estas tres especialidades concentran el 56.9% de todos los procedimientos quirúrgicos realizados en el trimestre, manteniendo su rol fundamental en la actividad del hospital.

**Incrementos Destacados (Procedimientos)**
Comparación II Trimestre 2025 vs. I Trimestre 2025:

- **Cirugía Vascular Periférica:** Mostró un crecimiento significativo del 21.8% (de 224 a 273 procedimientos), indicando una expansión continua.
- Ortopedia y Traumatología: A pesar de su gran volumen, logró un modesto crecimiento del 1.2% (de 1019 a 1032 procedimientos).
- **Cx Oral Maxilofacial:** Experimentó un incremento del 3.1% (de 63 a 65 procedimientos).

Comparación II Trimestre 2025 vs. II Trimestre 2024:

- **Cirugía Vascular Periférica:** Destaca con un crecimiento excepcional del 125.6% (de 121 a 273 procedimientos), más que duplicando su volumen anual.
- **Urología:** Reporta un robusto aumento del 106.4% (de 139 a 287 procedimientos), mostrando un crecimiento muy significativo a lo largo del año.
- **Cx Oral Maxilofacial:** Creció en un 96.9% (de 33 a 65 procedimientos), casi duplicando su volumen anual.
- **Oftalmología:** Incrementó sus procedimientos en un 28.6% (de 370 a 476 procedimientos), lo que sugiere una recuperación y expansión respecto al año anterior.
- **Ortopedia y Traumatología:** Mantiene un crecimiento anual fuerte del 19.5%, reafirmando su posición como la especialidad de mayor volumen.

## Disminuciones Relevantes (Procedimientos)

Comparación II Trimestre 2025 vs. I Trimestre 2025:

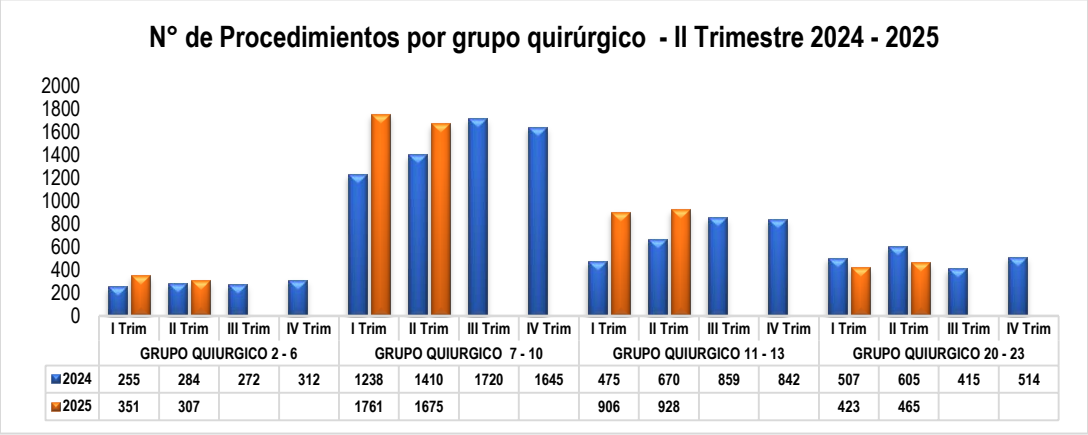
- **Cirugía General:** Registró una disminución significativa del 13.24% (de 476 a 413 procedimientos) en comparación con el trimestre anterior.
- **Otorrinolaringología:** Tuvo una baja del 19.64% (de 56 a 45 procedimientos).
- **Ginecología y Obstetricia:** Presentó una disminución del 9.77% (de 266 a 240 procedimientos).
- **Cirugía Plástica:** Experimentó una disminución del 4.66% (de 365 a 348 procedimientos).

Comparación II Trimestre 2025 vs. II Trimestre 2024:

- **Cirugía Plástica:** Experimentó la disminución más significativa del 27.65% (de 481 a 348 procedimientos), lo que amerita un análisis más profundo de las causas.
- **Ginecología y Obstetricia:** Redujo su actividad en un 15.19% (de 283 a 240 procedimientos).
- **Cirugía General:** Disminuyó en un 7.61% (de 447 a 413 procedimientos), lo que representa una reducción en el volumen de su especialidad a nivel anual.
- **Otorrinolaringología:** Mostró una baja del 11.76% (de 51 a 45 procedimientos).

Es importante correlacionar el aumento general de procedimientos con la disponibilidad de recursos y las limitaciones críticas previamente identificadas (Arco en C, material de osteosíntesis, etc.), ya que podrían estar limitando un crecimiento aún mayor o afectando la eficiencia en algunas especialidades.

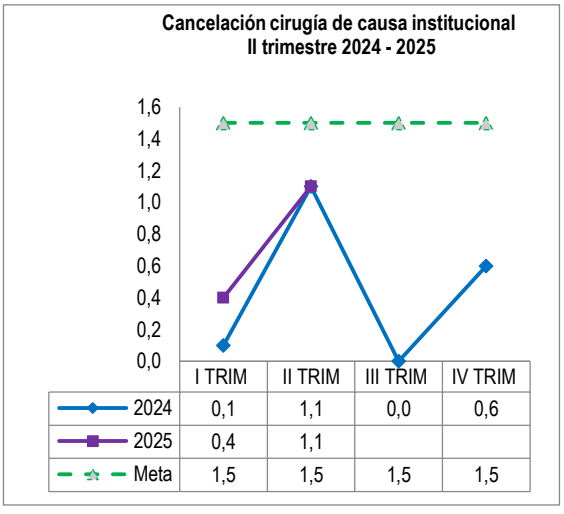
**Procedimientos por Grupo Quirúrgico II Trimestre 2024 – 2025**




**Fuente:** Sistema de información Dinámica Gerencial

## Cancelación de Cirugía Electiva

## Cancelación de cirugía de causa institucional por trimestre 2024 a 2025




**Fuente:** Sistema de información Dinámica

| Cancelación de cirugía de causa institucional II Trimestre 2024 a 2025 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descripción | 2024 | | | | | 2025 | | |
| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM | TOTAL | I TRIM | II TRIM | TOTAL |
| % Cancelación | 0.1 % | 1.1 % | 0.0 % | 0.6 % | 0.5% | 0.4 % | 1.1 % | 0.7% |
| Nº cancelaciones | 1 | 10 | 0 | 6 | 17 | 4 | 11 | 15 |
| Nº cirugías programadas | 724 | 927 | 959 | 940 | 3550 | 982 | 1025 | 2007 |
| **Meta** | **2 a 2,5** | | | **1.5** | | | | |

**Fuente:** Sistema de información Dinámica

Este análisis evalúa el desempeño del hospital en la prevención de cancelaciones quirúrgicas atribuibles a factores institucionales. Un control efectivo de este indicador es crucial para la eficiencia operativa, la optimización de recursos y la satisfacción del paciente, especialmente en un hospital de alta complejidad que busca mejorar la oportunidad quirúrgica. La meta establecida para este indicador es del 1.5%.

## Comportamiento en el Segundo Trimestre de 2025

Durante el segundo trimestre de 2025, el indicador de cancelaciones quirúrgicas por causa institucional registró una tasa del 1%. Este valor se sitúa por debajo de la meta establecida del 1.5%, lo que, aunque representa un desafío

creciente, aún mantiene el indicador dentro del umbral aceptable sobre los factores internos que pueden llevar a la cancelación de procedimientos.

De las 31 cancelaciones totales registradas en el II Trimestre de 2025, 11 casos fueron atribuibles a causas institucionales. Estos 11 casos representan el 35.4% del total de cancelaciones, y, calculados sobre el total de 1,025 cirugías programadas para el trimestre, el 1% es la tasa de cancelación institucional.

## Motivos de cancelación institucional en el II Trimestre de 2025 (11 casos):

Las causas específicas de estas 11 cancelaciones se distribuyen en las siguientes categorías:

- **Falla de Equipo Biomédico (1 caso):**
  - Oftalmología: Falla de equipo de faco.
- **Falta de medicamento (1 caso):**
  - Oftalmología: Falta de medicamento - antiangiogénico.
- **Falta de instrumental / insumos (4 casos):**
  - Oftalmología: Falta de instrumental - falta de insumo- retractores de iris.
  - Cirugía de tórax: No se dispone la cánula fenestrada.
  - Cirugía de tórax: No se dispone de cánula de traqueostomía fenestrada.
  - Urología: Falta de instrumental - camisa ureteral.
- **Ausencia de cirujano (causa institucional/personal con impacto institucional) (5 casos):**
  - Urología (2): Ausencia de cirujano por causa externa (paro nacional).
  - Cirugía plástica (1): Ausencia cirujano - calamidad personal.
  - Maxilofacial (1): Ausencia del cirujano – calamidad personal.
  - Cirugía de tórax (1): Ausencia del cirujano – urgencia en otra institución.

Este análisis de motivos detalla que las principales causas institucionales son la falta de insumos/instrumental/medicamentos y fallas de equipos (6 casos), y la ausencia de cirujano por causas que impactan la operatividad institucional (5 casos). Esto corrobora y profundiza lo expuesto en las "Limitaciones Críticas" sobre el suministro y la disponibilidad de personal.

## Comparación con el Primer Trimestre de 2025

En el primer trimestre de 2025, el indicador de cancelaciones quirúrgicas por causa institucional fue del 0.4% (4 cancelaciones institucionales de 982 procedimientos programados).

- II Trimestre 2025 (1.07%) vs. I Trimestre 2025 (0.4%): Se observa un incremento significativo de 0.67 puntos porcentuales en la tasa de cancelación institucional. Esto indica un claro deterioro en el control de estas causas respecto al trimestre inmediatamente anterior, acercándose al umbral de la meta.
- Los motivos de cancelación en el I Trimestre de 2025 (4 casos) estuvieron relacionados con: urgencia vital de la misma especialidad, prolongación de una cirugía anterior, y ocupación de sala por urgencia. En contraste, las causas del II Trimestre de 2025 se enfocaron predominantemente en la disponibilidad de insumos, instrumental, equipos y personal, lo que sugiere un cambio agravamiento de los desafíos en la cadena de suministro y gestión de personal que no se veían tan acentuados en el trimestre previo.

## Comparación con el Segundo Trimestre de 2024

En el segundo trimestre de 2024, la tabla indica una tasa de cancelación institucional del 1.1% (7 cancelaciones atribuibles a la institución).

- II Trimestre 2025 (1.07%) vs. II Trimestre 2024 (1.1%): Se observa una ligera mejora de 0.03 puntos porcentuales en la tasa de cancelación institucional en comparación con el mismo trimestre del año anterior. Esto indica que la situación actual es marginalmente más favorable que hace un año, lo que es un punto positivo a pesar del repunte trimestral.

- Los 7 casos de cancelación institucional en el II Trimestre de 2024 se distribuyeron así:
  - Prolongación de cirugía anterior (Cirugía Maxilofacial, Urología).
  - Falta de insumo (Cirugía Maxilofacial - punta de radiofrecuencia, Cirugía de Tórax - pleurovac, Ortopedia - material de osteosíntesis).
  - Falla de equipo biomédico (Neurocirugía - microscopio).
  - Ausencia del especialista (Ortopedia - incapacidad médica).

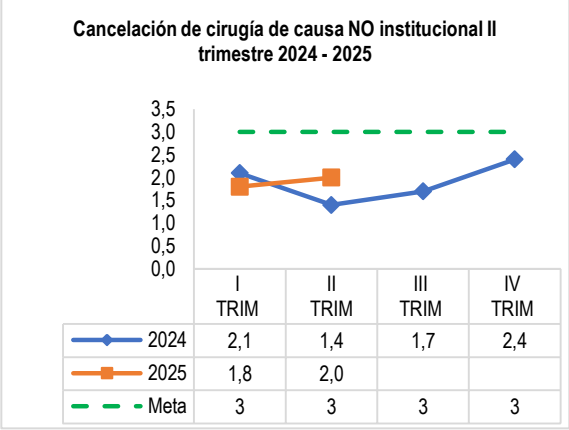
- La comparación de los motivos entre II Trimestre 2025 y II Trimestre 2024 sigue mostrando una persistencia y, en algunos casos, un incremento en la frecuencia de causas relacionadas con la falta de instrumental/insumos y fallas de equipos, así como la ausencia de personal (cirujano), lo que subraya la naturaleza recurrente de estas limitaciones críticas.

## Medidas Implementadas para Minimizar Cancelaciones

Para asegurar una programación efectiva y minimizar las barreras en el proceso quirúrgico, se han fortalecido las siguientes acciones:

- Garantía de disponibilidad de insumos críticos para cada especialidad.
- Mantenimiento y verificación del funcionamiento óptimo de los equipos biomédicos.
- Revisión rigurosa de la lista de chequeo pre quirúrgica, asegurando que todos los requisitos estén cumplidos antes del procedimiento.

## Cancelación de Cirugía de causa No institucional por Trimestre 2024 – 2025




**Fuente:** Sistema de información Dinámica

| Cancelación de cirugía de causa NO institucional I Trimestre 2024 a 2025 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Descripción | 2024 | | | | | 2025 | | |
| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM | TOTAL | I TRIM | II TRIM | TOTAL |
| % Cancelación | 2.1 % | 1.4 % | 1.7% | 2.4 % | 1.9% | 1.8 % | 2.0 % | 1.9% |
| Nº cancelaciones | 15 | 13 | 16 | 23 | 67 | 18 | 20 | 38 |
| Nº cirugías programadas | 724 | 927 | 959 | 940 | 3550 | 982 | 1025 | 2007 |
| **Meta** | **2.5** | | | **3** | | | | |

**Fuente:** Sistema de información Dinámica

Tasa de Cancelación No Institucional (II Trimestre 2025): Las 20 cancelaciones no institucionales de 1,025 cirugías programadas representan una tasa del 2%. Este porcentaje se mantiene por debajo de la meta institucional del 3%, lo cual es un indicador favorable en el control de factores externos o relacionados con el paciente.

Principales Causas de Cancelación No Institucional (II Trimestre 2025 - 20 casos):

Basándonos en el desglose previo de las 31 cancelaciones totales y asumiendo que las 20 no institucionales corresponden a la categoría "Paciente":

- **Patología no controlada (15 casos):** Representa la mayoría de los casos. Esto incluye pacientes con síntomas respiratorios/gripales, cifras tensionales elevadas, inestabilidad hemodinámica, antecedentes complejos, alteración de perfil hepático, blefaritis, embarazo no documentado, y la necesidad de nueva valoración.
- **Inadecuada preparación por parte del paciente (3 casos):** Pacientes que no cumplieron con el ayuno.
- **Ausencia del paciente (2 casos):** Pacientes que no asistieron a la cirugía programada.

Las cancelaciones por patología no controlada y ausencia del paciente tienden a afectar a una amplia gama de especialidades, incluyendo Ginecología y Obstetricia, Ortopedia y Traumatología, Cirugía Vascular Periférica, Oftalmología, Cirugía Plástica, Urología y Otorrinolaringología.

## Comparación con el Primer Trimestre de 2025

Durante el primer trimestre de 2025, se programaron 982 pacientes para cirugía, de los cuales se registraron 18 cancelaciones atribuibles a causas no relacionadas con la institución, representando un 1.9% del total programado. Este porcentaje se mantuvo por debajo de la meta institucional del 3.0%.

- II Trimestre 2025 (2.0%) vs. I Trimestre 2025 (1.9%): Se observa un muy ligero incremento de 0.1 puntos porcentuales en la tasa de cancelaciones no institucionales. Este comportamiento es relativamente homogéneo, indicando que el control sobre estas causas se ha mantenido estable entre trimestres.
- Principales causas en I Trimestre 2025 (18 casos):
    - Patología no controlada: 7 casos (38.9%)
    - Ausencia del paciente: 6 casos (33.3%)
    - Otros motivos clínicos o administrativos: 5 casos (27.8%)
- Análisis Comparativo de Causas (II Trim. 2025 vs. I Trim. 2025):
    - En el II Trimestre de 2025, la Patología no controlada (75%) ha aumentado su proporción de manera significativa como principal causa de cancelación no institucional en comparación con el 38.9% del trimestre anterior. Esto podría sugerir una mayor complejidad de los pacientes o desafíos en la optimización preoperatoria.
    - La Ausencia del paciente (10%) disminuyó su proporción respecto al 33.3% del trimestre anterior.

## Comparado con el Segundo Trimestre de 2024

Durante el segundo trimestre de 2024, el porcentaje de cancelaciones no atribuibles a la institución fue del 1.6%.

- II Trimestre 2025 (2%) vs. II Trimestre 2024 (1.6%): Se observa un aumento de 0.4 puntos porcentuales en la tasa de cancelaciones no institucionales en comparación con el mismo trimestre del año anterior. Esto indica un leve deterioro en el control de estas causas a nivel anual.
- Principales causas en I Trimestre 2024 (16 casos - datos para II Trimestre 2024 no disponibles):
    - Enfermedad del paciente/estado del paciente: 11 casos.
    - Inasistencia del paciente: 4 casos.
    - Otras razones: 1 caso.

- Análisis Comparativo de Causas (II Trim. 2025 vs. II Trim. 2024):
    - La persistencia de "Patología no controlada" y "Ausencia del paciente" como causas principales es una constante. El aumento en la tasa anual sugiere que los esfuerzos para controlar estos factores relacionados con el paciente pueden requerir ser reforzados, especialmente en lo que respecta a la optimización clínica preoperatoria.

El indicador de cancelaciones no institucionales en el II Trimestre de 2025 (2%) se mantiene por debajo de la meta del 3%, lo cual es un aspecto positivo. Sin embargo, la proporción de "Patología no controlada" como causa principal ha aumentado significativamente respecto al trimestre anterior, y la tasa general ha subido levemente a nivel anual.

El control de las cancelaciones no institucionales, especialmente las relacionadas con la condición y preparación del paciente, es vital para la eficiencia del quirófano y para garantizar que solo los pacientes en óptimas condiciones reciban el procedimiento, minimizando riesgos y optimizando resultados.

## 2.4 SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

El Laboratorio Clínico del Hospital Universitario de la Samaritana cumple una función estratégica en el soporte diagnóstico de una institución de salud de alta complejidad y naturaleza universitaria, contribuyendo de manera sustancial a la toma de decisiones clínicas seguras, efectivas y humanizadas. Su operación se encuentra alineada con la misión institucional, garantizando respuestas diagnósticas oportunas, confiables y de alta calidad a los diferentes servicios asistenciales.

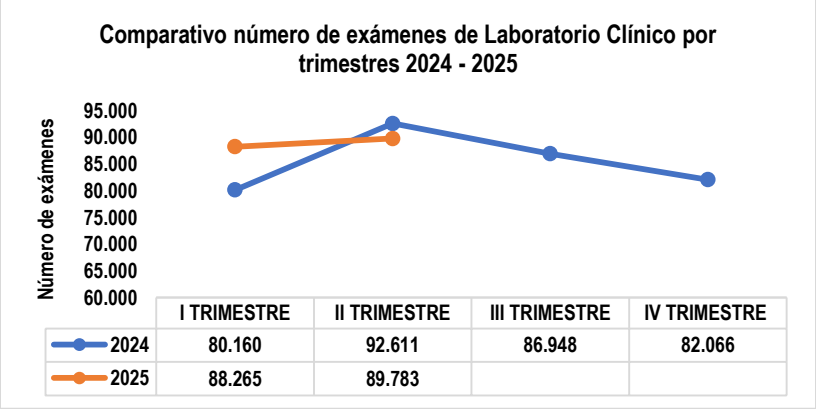
A través de un portafolio integral de pruebas, el laboratorio brinda servicios especializados en áreas como Hematología Especial, Inmunoquímica, Microbiología, Inmunología Especial y Autoinmunidad, Biología Molecular y pruebas de alta complejidad, lo que permite ofrecer una atención centrada en el paciente y con enfoque en la seguridad clínica y la efectividad diagnóstica.

Este informe presenta los resultados correspondientes al segundo trimestre de 2025, en los que se refleja el trabajo continuo del Laboratorio Clínico por mantener la calidad en sus procesos, adaptarse a las necesidades del entorno clínico y contribuir de manera efectiva al diagnóstico y seguimiento de las patologías atendidas en la institución.

| TALENTO HUMANO SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO | 2025 | |
|---|---|---|
| | I TRIM | II TRIM |
| Coordinadora | 1 | 1 |
| Bacteriólogas Especialistas | 3 | 3 |
| Profesional en Bacteriología | 10 | 10 |
| Bacterióloga S.S. O | 1 | 1 |
| Auxiliares de Enfermería (Auxiliar de laboratorio Clínico) | 8 | 8 |
| Apoyo administrativo | 1 | 1 |
| **TOTAL** | **24** | **24** |

**Fuente**: Archivo del Laboratorio clínico

### Productividad de laboratorio clínico por trimestres




**Fuente**: Sistema de Gestión de la Información ALMERA

Durante el segundo trimestre de 2025, el Laboratorio Clínico del Hospital Universitario de la Samaritana realizó un total de 89.783 exámenes, lo que representa un incremento del 1,7% frente al primer trimestre del mismo año, en el cual se reportaron 88.265 exámenes, es decir, un aumento de 1.518 exámenes. Este crecimiento, aunque leve, sugiere una tendencia sostenida en la demanda de servicios diagnósticos, posiblemente asociada al fortalecimiento de procesos internos, a la estabilidad operativa. En comparación con el segundo trimestre del año 2024, cuando se realizaron 92.611 exámenes, se observa una disminución del 3%, equivalente a 2.828 exámenes menos en el mismo periodo de 2025. Esta variación podría estar relacionada con cambios en el comportamiento epidemiológico, ajustes en la oferta asistencial.

## Número de exámenes por servicio por trimestre 2024-2025

| Servicio | DATOS CANTIDAD / PORCENTAJE | 2024 | | | | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TRIM I | TRIM II | TRIM III | TRIM IV | TRIM I | TRIM II |
| Urgencias | CANTIDAD | 29.907 | **37.365** | 34.536 | 30.721 | 34.118 | **36.435** |
| | PORCENTAJE | 37,3 | **40,3** | 39,7 | 37,4 | 38,7 | **40,6** |
| Hospitalización | CANTIDAD | 47.651 | **52.938** | 49.902 | 47.926 | 50.048 | **49.834** |
| | PORCENTAJE | 59,4 | **57,2** | 57,4 | 58,4 | 56,7 | **55,5** |
| Consulta Externa | CANTIDAD | 2.602 | **2.308** | 2.510 | 3.419 | 4.099 | **3.514** |
| | PORCENTAJE | 3,3 | **2,5** | 2,9 | 4,2 | 4,6 | **3,9** |
| **Total** | CANTIDAD | 80.160 | **92.611** | 86.948 | 82.066 | 88.265 | **89.783** |

**Fuente**: Sistema de Gestión de la Información ALMERA

Durante el segundo trimestre de 2025, el servicio de **Urgencias** reportó un total de 36.435 exámenes, lo que representa un incremento de 2.317 exámenes frente al primer trimestre del mismo año (34.118), equivalente a un aumento del 6,8%. En comparación con el segundo trimestre de 2024, donde se registraron 37.365 exámenes, se evidenció una disminución del 2,5%, correspondiente a 930 exámenes menos. En cuanto a la proporción de exámenes respecto al total institucional, Urgencias representó el 40,6% en el segundo trimestre de 2025, lo que refleja un incremento con relación al 38,7% del trimestre anterior. Esta participación también se mantuvo ligeramente por encima del 40,3% reportado en el mismo periodo del año anterior.

En lo correspondiente al servicio de **Hospitalización**, durante el segundo trimestre de 2025 se realizaron 49.834 exámenes, cifra que muestra una ligera disminución del 0,4% frente al primer trimestre del mismo año (50.048 exámenes), con una diferencia de 214 exámenes menos. Al comparar con el segundo trimestre de 2024, en el cual se realizaron 52.938 exámenes, se observa una reducción del 5,9%, equivalente a 3.104 exámenes menos. En

términos *de participación* dentro del total de exámenes, este servicio representó el 55,5%, disminuyendo frente al 56,7% del primer trimestre de 2025 y al 57,2% del mismo trimestre del año anterior.

Por su parte, el servicio de **Consulta Externa** registró 3.514 exámenes durante el segundo trimestre de 2025. Esta cifra representa una disminución del 14,3% con respecto al primer trimestre del año (4.099 exámenes), es decir, 585 exámenes menos. No obstante, al comparar con el segundo trimestre de 2024, donde se realizaron 2.308 exámenes, se evidencia un incremento significativo del 52,3%, correspondiente a 1.206 exámenes adicionales. En relación con el total de exámenes institucionales, la participación de Consulta Externa fue del 3,9% en el segundo trimestre de 2025, inferior al 4,6% del primer trimestre, pero superior al 2,5% observado en el mismo periodo del año anterior.

## Exámenes por servicios y paciente por trimestre 2024- 2025

| Servicio | 2024 | | | | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IVTRIM | I TRIM | II TRIM |
| **Urgencias** | 10,8 | 11,8 | 11,2 | 10,3 | 11,5 | 12 |
| **Hospitalización** | 53,1 | 55,1 | 46,6 | 48,1 | 51 | 42 |
| **Consulta Externa** | 3,5 | 4,2 | 4,3 | 4,8 | 4,9 | 4,9 |

**Fuente**: Sistema de Gestión de la Información ALMERA

Durante el segundo trimestre de 2025, el servicio de **Urgencias** presentó una relación de 12 exámenes por paciente, lo que representa un incremento respecto al primer trimestre del mismo año, en el cual se reportaron 11,5 exámenes por paciente. Esta variación refleja una tendencia sostenida en el aumento de exámenes por cada atención en urgencias. Al comparar con el segundo trimestre de 2024, cuando la relación fue de 11,8 exámenes por paciente, también se evidencia un aumento, aunque más leve. Este comportamiento podría estar asociado a un mayor nivel de complejidad en la atención o a la necesidad de realizar abordajes diagnósticos más completos en este servicio.

En el servicio de **Hospitalización**, la relación de exámenes por paciente durante el segundo trimestre de 2025 fue de 42, lo que representa una disminución importante frente al primer trimestre del mismo año, donde se registraron 51 exámenes por paciente y una reducción aún más marcada respecto al segundo trimestre de 2024, en el cual se reportaron 55,1 exámenes por paciente.

En cuanto al servicio de **Consulta Externa**, se observó una relación de 4,9 exámenes por paciente durante el segundo trimestre de 2025, valor que se mantiene igual al del primer trimestre del mismo año y que representa un aumento en comparación con el segundo trimestre de 2024, en el cual se reportaron 4,2 exámenes por paciente.

## Distribución de exámenes de Laboratorio Clínico por áreas II trimestre de 2025

| TOTAL DE EXÁMENES POR ÁREAS (II TRIMESTRE DE 2025) | | |
|---|---|---|
| **Área** | **TOTAL** | **PORCENTAJE** |
| Inmunoquímica | 53.308 | 59,4 |
| Hematología | 11.414 | 12,7 |
| Coagulación | 8.393 | 9,3 |
| POCT- G.A | 5.794 | 6,5 |
| Microbiología | 4.335 | 4,8 |
| Microscopia | 2.398 | 2,7 |
| Remisiones externas ( Lab derivación) | 1.996 | 2,2 |
| Inmunología especial | 1.183 | 1,3 |
| Tuberculosis ( PCR+ cultivo + bk) | 384 | 0,4 |
| Otros | 578 | 0,6 |
| **Total Exámenes (II TRIMESTRE DE 2025)** | **89.783** | 100 |

**Fuente**: Sistema de Gestión de la Información ALMERA Y LABCORE

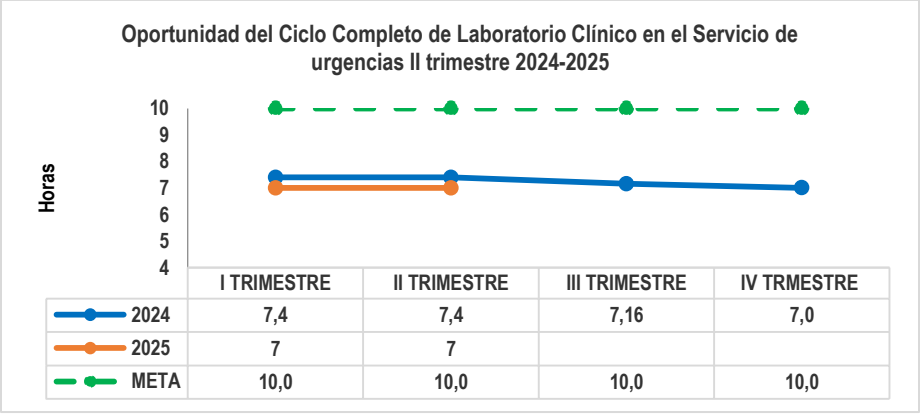
La mayoría de los exámenes se concentran en las áreas de Inmunoquímica y Hematología, con una distribución variada en las demás áreas, destacando la diversidad de pruebas realizadas en el Laboratorio Clínico. Las áreas con mayor volumen de exámenes en los diferentes servicios se distribuyen de la siguiente manera:

| Área | URGENCIAS | HOSPITALIZACIÓN | CONSULTA EXTERNA |
|---|---|---|---|
| Inmunoquímica | 61,5% | 57,9% | 59,1% |
| Hematología | 12,6 % | 12,8% | 10,3% |
| Coagulación | 4,4% | 13,1% | 6,9% |

**Fuente**: Sistema de Gestión de la Información ALMERA Y LABCORE

Este comportamiento se mantiene constante en los diferentes trimestres.

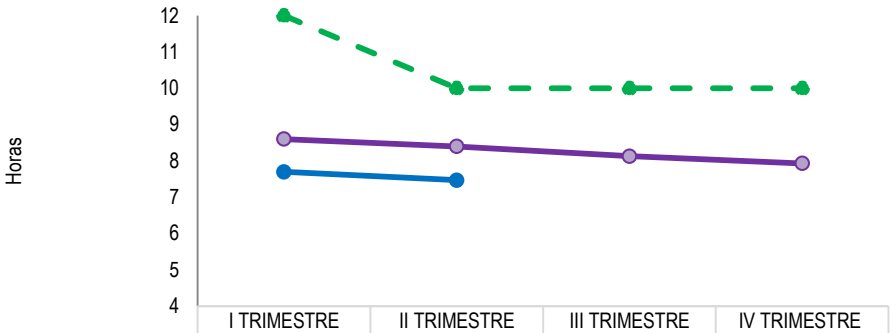
## Ciclo completo de Laboratorio Clínico-Servicio de Urgencias




**Fuente**: Sistema de Gestión de la Información ALMERA

Durante el segundo trimestre de 2025, el indicador registró un valor de 7,0 horas, manteniéndose estable frente al primer trimestre del mismo año, que también presentó un valor de 7,0 horas**.** En comparación con el segundo trimestre de 2024, cuando el promedio fue de 7,4 horas, se observa una mejora de 0,4 horas (24 minutos), reflejando una disminución en el tiempo del proceso medido. Este comportamiento sostenido por debajo de la meta establecida de 10 horas demuestra un desempeño favorable del servicio, evidenciando la eficacia de las acciones implementadas para mejorar la oportunidad en la atención y consolidando una tendencia positiva en los tiempos de respuesta.

## Ciclo completo de Laboratorio Clínico-Servicio de Hospitalización

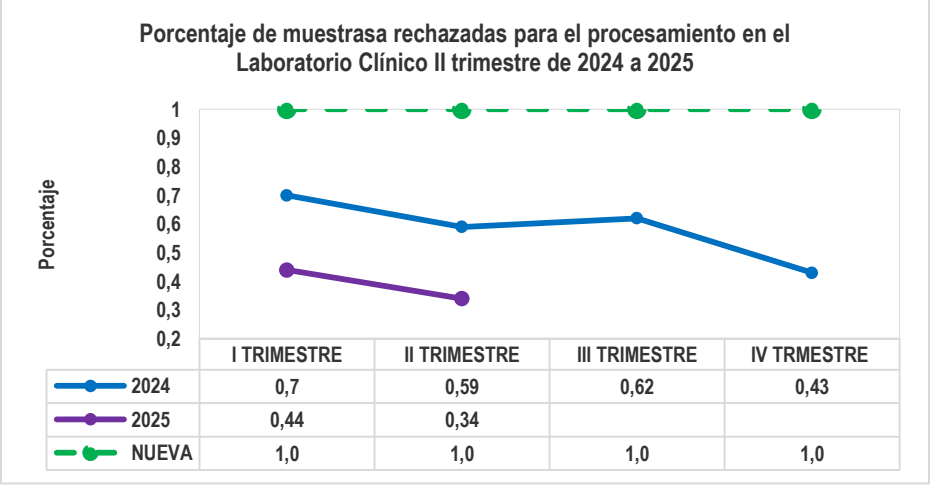



| | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 8,6 | 8,4 | 8,13 | 7,93 |
| 2025 | 7,7 | 7,47 | | |
| META 2025 | 12 | 10 | 10 | 10 |

**Fuente**: Sistema de Gestión de la Información ALMERA

En el segundo trimestre de 2025, el valor del indicador fue de 7,47 horas, mostrando una mejora frente al primer trimestre del mismo año, donde el promedio fue de 7,7 horas, con una reducción de 0,23 horas **(**13,8 minutos**)**. En comparación con el segundo trimestre de 2024, en el que se reportaron 8,4 horas, se observa una mejora aún más significativa de 0,93 horas (55,8 minutos)**.** Es importante destacar que, para el segundo trimestre de 2025 la meta fue ajustada de 12 a 10 horas, lo que refleja una redefinición de los estándares de oportunidad del servicio, motivada por mejoras en los procesos o por el desempeño alcanzada en periodos anteriores. Esta tendencia descendente evidencia un avance positivo en la eficiencia del proceso y un mayor acercamiento al cumplimiento de la nueva meta establecida.

## Porcentaje de muestras de laboratorio clínico rechazadas para procesamiento




| | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRMESTRE |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 0,7 | 0,59 | 0,62 | 0,43 |
| 2025 | 0,44 | 0,34 | | |
| NUEVA | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |

**Fuente**: Sistema de Gestión de la Información ALMERA

Durante el II trimestre de 2025, el Laboratorio Clínico recibió un total de 30.878 muestras, de las cuales 104 fueron rechazadas, lo que corresponde a un 0,34% de rechazo. Las principales causas de rechazo fueron la presencia de muestras coaguladas, hemolizadas, insuficientes o diluidas. En el segundo trimestre de 2025 se registró un valor de 0,34, lo que representa una disminución del 22,7% en comparación con el primer trimestre del mismo año, cuyo valor

fue de 0,44. Esta reducción indica un avance significativo en el comportamiento del indicador, evidenciando mejoras en los procesos involucrados.

Asimismo, al comparar con el segundo trimestre de 2024, donde el valor alcanzado fue de 0,59, se observa una disminución del 42,4%, lo que refleja una mejora sostenida en el desempeño frente al mismo periodo del año anterior. Este resultado sugiere que las estrategias implementadas han contribuido de manera efectiva al fortalecimiento del proceso evaluado tales como:

1. Fortalecimiento de la capacitación del personal asistencial sobre criterios de aceptación y rechazo de muestras.
2. Supervisión activa en el punto de toma de muestra.
3. Implementación de retroalimentaciones sistemáticas a los equipos clínicos frente a las causas de rechazo.
4. Seguimiento sistemático a las no conformidades del proceso pre analítico, con énfasis en el servicio de urgencias y UCI por su alta demanda y criticidad.

## 2.5 SERVICIO IMÁGENES DIAGNOSTICAS

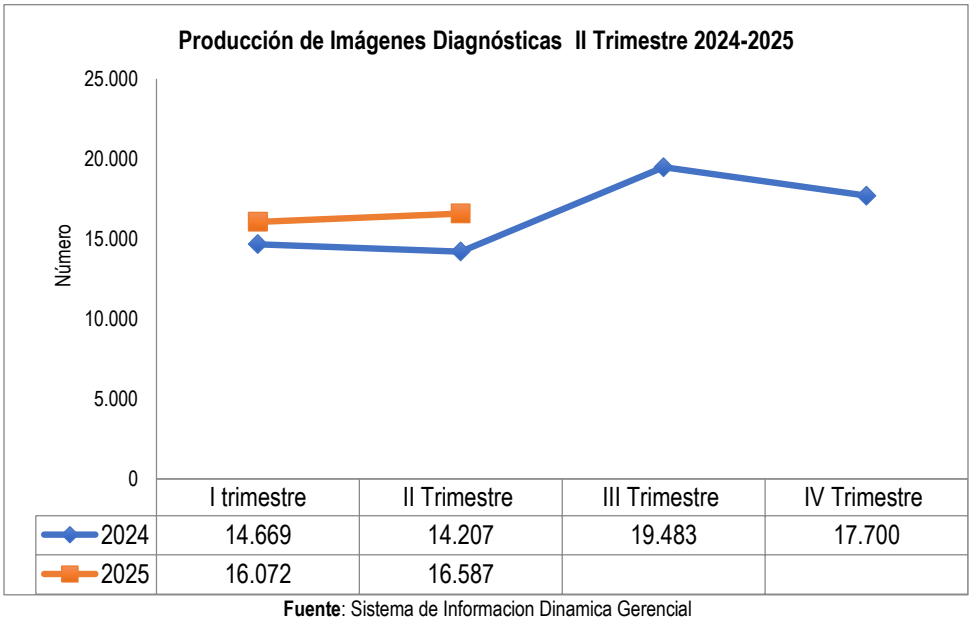
En el servicio de Imágenes Diagnosticas se presta servicios ambulatorios, de urgencias y Hospitalización de baja, mediana y alta complejidad, los cuales son prestados a través de equipos generadores de radiación **ionizante** donde encontramos las modalidades de radiología convencional, Tomografía, Intervencionismo, procedimientos Menores y soporte de Fluoroscopia en salas de cirugía y **no Ionizantes** donde encontramos las modalidades de Ultrasonido, Doppler y Resonancia Magnética actividades prestadas durante el trimestre con el siguiente talento humano:

**TALENTO HUMANO**

| TALENTO HUMANO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS | |
|---|---|
| **PERFIL** | **CANTIDAD** |
| Especialista en radiología | 10 |
| Tecnólogos en Imágenes diagnósticas | 15 |
| Auxiliares de Enfermería | 8 |
| Camillero | 1 |
| Transcriptoras | 3 |
| Auxiliar administrativos Entrega de Resultado | 1 |
| Auxiliar administrativo asignación de Citas | 2 |
| Secretario | 1 |
| Coordinador | 1 |
| personal en reubicación por salud laboral | 3 |
| **TOTAL** | **45** |

**INDICADORES DE PRODUCCIÓN**

**Comparativo Producción II Trimestre 2024-2025**




**Fuente**: Sistema de Informacion Dinamica Gerencial

Teniendo en cuenta que los contratos vigentes y la gestión de la programación para la toma de los estudios, durante este segundo periodo se alcanza una producción total de 16.587 estudios. Esto representa un aumento del 14% en la producción comparativa con el mismo periodo de la vigencia 2024. Frente a los resultados del primer trimestre de 2025, se observa un aumento del 3%.

Como resultado, encontramos un crecimiento comparativo con el mismo periodo del 2024 en las modalidades de:

- Doppler: 70%
- Hemodinamia: 56%
- Intervencionismo: 53%
- Resonancia Magnética y Procedimientos Menores: 43%

Sin embargo, al comparar con el primer trimestre del 2025, se observan las siguientes variaciones:

- Doppler: Aumento del 25%
- Hemodinamia: Aumento del 11%
- Intervencionismo: Aumento del 29%
- Resonancia Magnética: Disminución del -20% (relacionada con una falla técnica presentada durante el periodo, la cual ya se encuentra resuelta)
- Procedimientos Menores: Aumento del 29%

El aumento en estas modalidades fortalece la atención integral a pacientes con requerimientos de alta complejidad.

**Crecimiento de la Producción por Modalidades**

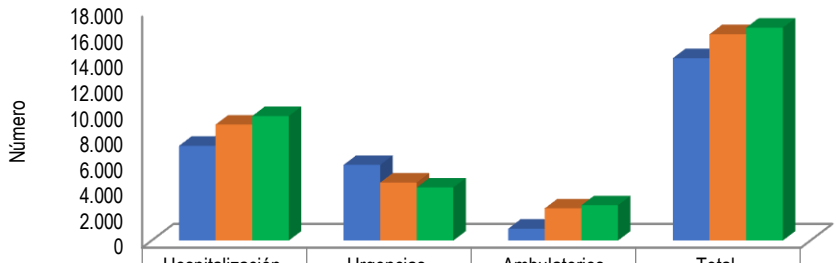
| Modalidad | Comparado con el Mismo Periodo de 2024 | Comparado con el Primer Trimestre de 2025 |
|---|---|---|
| Doppler | Aumento del 70% | Aumento del 25% |
| Hemodinámica | Aumento del 56% | Aumento del 11% |
| Intervencionismo | Aumento del 53% | Aumento del 29% |
| Resonancia Magnética | Aumento del 43% | Disminución del -20% |
| Procedimientos Menores | Aumento del 43% | Aumento del 29% |

## Fortalecimiento de la modalidad de mamografía

El servicio de mamografía ha experimentado un crecimiento en comparación con el año anterior con la realización en promedio de 230 estudios trimestrales, lo que demuestra una mejora en la prestación de los servicios. Se mantiene una tendencia positiva en la producción de estudios, y se incluyó el seguimiento de resultados críticos de acuerdo al clasificación BIRADS; lo anterior teniendo en cuenta el impacto social de los resultados de mamografía, ya que contribuye al seguimiento en diagnósticos y detección temprano del cáncer de seno.

## Producción por Áreas de Imágenes Diagnósticas

**Comparativo de producción por Área II Trimestre 2024-2025**




| | Hospitalización | Urgencias | Ambulatorios | Total |
|---|---|---|---|---|
| II Trim 2024 | 7.380 | 5.897 | 930 | 14.207 |
| I Trim 2025 | 9.039 | 4.522 | 2.511 | 16.072 |
| II Trim 2025 | 9.699 | 4.139 | 2.749 | 16.587 |

**Fuente**: Sistema de Informacion Dinamica Gerencial

**Comparativo II Trimestre 2025 vs. II Trimestre 2024 - I Trimestre 2025:** los ajustes generados sobre los sistemas de información donde las atenciones se clasifican por tipo de ingreso ha generado que los servicios de hospitalización tengan una tendencia creciente frente a los comparativos y a su vez los servicios de urgencias presenten una disminución por esta misma causa, ya que alrededor del 70% de servicios que antes eran contabilizados como de urgencias ahora se contabilizan como hospitalarios; sin embargo su atención continua siendo gestionada desde el área de urgencias, el incremento en los servicios ambulatorios corresponde a una mayor

demanda de servicios y mayor eficiencia operativa para su programación, este aumento de la demanda de servicios en las diferentes áreas genero los siguientes resultados de acuerdo a su revisión y análisis por área de solicitud:

**Comparativo II Trimestre 2025 vs. II Trimestre 2024**

- Hospitalización muestra un aumento del 24% respecto al mismo periodo del año anterior.
- Urgencias presenta una disminución del 42%.Esta reducción se asocia a que el 70% de los pacientes que requieren estudios diagnósticos desde urgencias ya se encuentran hospitalizados al momento de la solicitud, pero son gestionados desde el área de urgencias. Esto ha impactad directamente la clasificación de los servicios, registrándose como ingresos hospitalarios.
- Servicios Ambulatorios muestran un incremento del 66%, reflejando un fortalecimiento de la atención programada de manera ambulatoria.

## Comparativo II Trimestre 2025 vs. I Trimestre 2025

- **Servicios Hospitalarios**: Se registra un aumento del 7%, lo cual evidencia una tendencia creciente en la demanda desde las áreas de hospitalización.
- **Urgencias**: Disminuyen en un -9%, en línea con el cambio de clasificación de pacientes mencionada anteriormente.
- **Ambulatorios**: Se observa un aumento del 9%, indicando una continuidad en el fortalecimiento de esta modalidad de atención.

**OPORTUNIDAD MODALIDAD DE ECOGRAFIA**

| ECOGRAFIA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO | 2024 | | 2025 | | META | |
| | Hosp | Urg | Hosp | Urg | Hosp | Urg |
| I Trimestre | 13 | 12 | 14 | 9 | 18 | 15 |
| II Trimestre | 15 | 12 | 15 | 12 | | |
| III Trimestre | 17 | 10,7 | | | | |
| IV Trimestre | 14,5 | 12,5 | | | | |
| TOTAL | 14,88 | 11,8 | | | | |

**Fuente**: Sistema de Informacion Dinamica Gerencial

Para los servicios de ecografía prestados a las áreas hospitalarias en el comparativo del II Trimestre 2024 frente al II Periodo de la vigencia se mantiene el tiempo de atención en 15 horas promedio, reflejando un aumento de 1 hora frente a los resultados del I trimestre del 2025

Para los servicios prestados de Ecografía al área de Urgencias comparativamente con los resultado obtenidos durante el I Trimestre de la vigencia 2025 se observa un aumento de 3 horas y se mantiene frente a los resultados del II Trimestre de 2024 en 12 horas, sin embargo el indicador se encuentra dentro de la meta, frente a este incremento de oportunidad de urgencias se identifican dos causas que corresponde a cambio logístico de realización de lectura la cual se venía haciendo al momento de la realización pero debido a las limitaciones de sistema de diagnóstico (sistema de reconocimiento de voz) se están realizando desde sala de lectura.

Este aumento de oportunidad en los servicios prestados desde el área de urgencias se da a pesar de la priorización realizada para la atención por lo cual se adelantan actividades operativas que impacten en la disminución de los tiempos de atención de manera general como priorización de la lectura y transcripción de estos estudios en tiempo real.

## OPORTUNIDAD MODALIDAD DE INTERVENCIONISMO RADIOLOGICO

Los estudios con mayor frecuencia en su orden en intervencionismo para el trimestre de 2025 correspondieron a:

- Inserción De Cateter Yugular Ascendente
- Nefrostomia Via Percutánea
- Inserción De Catéter Permanente Para Hemodiálisis

| INTERVENCIONISMO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO | 2024 | | 2025 | | META | |
| | Hosp | Urg | Hosp | Urg | Hosp | Urg |
| I Trimestre | 10 | 7 | 15 | 9 | 28 | 24 |
| II Trimestre | 10 | 8 | 12 | 6 | | |
| III Trimestre | 11,3 | | | | | |
| IV Trimestre | 15 | 13,5 | | | | |
| TOTAL | 11,65 | 9,62 | | | | |

**Fuente**: Sistema de Informacion Dinamica Gerencial

En cuanto a los servicios de intervencionismo en **hospitalización** el comparativo entre; el I Trimestre de 2025 y el II Trimestre de la misma vigencia 2025 muestra una disminución de 3 horas, para lograr esta disminución se trabajó sobre el uso del sistema con la revisión diaria de envío de estudios con imagen con el fin de disminuir los tiempos de procesamiento de los estudios donde se estaba presentando el aumento, esto con el fin de mejorar la adherencia al sistema. Respecto a los servicios de **urgencias** se observa una disminución de 4 horas de igual forma dimieron estudios realizados por tipo de ingreso, sin embargo el tiempo de oportunidad para los servicios prestadas que corresponden usualmente a reacomodación d nefrostostomia y drenajes que propiamente del servicio de urgencias, el tiempo de oportunidad es de alrededor de 6 horas.

## OPORTUNIDAD EN RESONANCIA MAGENTICA POR TRIMESTRE

| RESONANCIA MAGNETICA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO | 2024 | | 2025 | | META | |
| | Hosp | Urg | Hosp | Urg | Hosp | Urg |
| I Trimestre | 49 | 35 | 50 | 39 | 50 | 40 |
| II Trimestre | 40 | 37 | 46 | 36 | | |
| III Trimestre | 49 | 37 | | | | |
| IV Trimestre | 46,5 | 37 | | | | |
| PROMEDIO ANUAL | **46,1** | **36,6** | | | | |

**Fuente**: Sistema de Informacion Dinamica Gerencial

Para la modalidad de resonancia magnética se realiza apertura de franjas adicionales a partir del mes de junio logrando durante el mes de junio tener 6 franjas de 6 horas adicionale, mejorando los tiempos de oportunidad frente al represamiento de pacientes Hospitalizados teniendo en cuenta la falla técnica del equipo la cual ya se encuentra

resulta pero que nos representó 21 días fuera de servicio , y soportados para la continuidad de la atención con la activación del plan de contingencia donde se realiza traslado interno entre sedes para la atención de los pacientes priorizados.

La otra variable para la disminución de los tiempos, se representa en la disminución de la producción para la modalidad que fue del 20% y se relacionó a esta misma falla . Los tiempos alcanzados para la modalidad en el área de hospitalización de 46 horas con una disminución de 4 horas frente a los resultados del I trimestre de 2025 y frente a los resultados del II trimestre de 2024 un aumento de 6 horas ya que el resultado para este periodo fue de 40 horas. Frente a este último resultado en áreas de hospitalización se atribuye al procesamiento de órdenes generadas durante la contingencia; para los servicios de urgencias que al igual que en la modalidad de intervencionismo se ven disminuidos los ingresos por esta área de ingreso se obtiene un tiempo de oportunidad de 36 horas para el trimestre con una disminución de 3 horas frente a los resultados obtenidos durante el I periodo del 2025, donde el resultado fue de 39 horas, y frente a los resultados del II trimestre de 2024 una disminución de 1 hora.

## OPORTUNIDAD PARA LA MODALIDAD DE TOMOGRAFIA:

| TOMOGRAFIA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO | 2024 | | 2025 | | META | |
| | Hosp | Urg | Hosp | Urg | Hosp | Urg |
| I Trimestre | 28 | 25 | 27 | 20 | 28 | 24 |
| II Trimestre | 22 | 21,30 | 23,0 | 22 | | |
| III Trimestre | 27 | 22,67 | | | | |
| IV Trimestre | 28 | 18,00 | | | | |
| TOTAL | 26,19 | 21,83 | | | | |

**Fuente**: Sistema de Informacion Dinamica Gerencial

Para la modalidad de tomografia la oprtuniadad en la atencón continua estado dentro de las metas propuestas estas metas y medicones abarcan el proceso de atención de imagnebes diagnosticas desde la solicitud incluyendo los tiempos de preparación, toma del estudio hasta la entrega y disponibilidad del resultado desde la sala se realiza la priorizacion de la atencion de acuerdo a la prioridad clinica.

Desde la sala se realiza seguimiento a las ordenes pendientes por tomar y desde el area de entrega de resultados a los soportes de los mismos para h**ospitalización** el periodo se obtiene un resultados de 23 horas en este ciclo de antención con una disminucón de 4 horas frenet a los resultados obtenidos en e I trimestre del 2025 y un aumento de 1 hora frente a los resultados obtenidos durante el II trimestre de 2024 don de el resultado fue de 22 horas , frente a los resultados de **urgencias** en el comparativo frente al I trimestre de 2025 se obtuvo un tiempo de oportunidad de 22 horas frenete a los resultados del I trimestre de 2025 donde el resultado fue de 20 horas , y manteniendose el tiempo frente a los resultados del II triemstre de 2024.

Teniendo en cuenta los resultados tanto para hospitalización como para urgencias durante la vigencia de 2025, se mantiene la meta del indicador sin necesidad de modificación ya que se cumplen los tiempos de oportunidad establecidos y se gestionan adecuadamente frente a los incrementos en la producción de estudios.

## 2.6 BANCO DE SANGRE

## SERVICIOS DE BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE GESTIÓN PRETRANSFUSIONAL

Los servicios de Banco de Sangre y Gestión Pretransfusional disponen de una sólida infraestructura tecnológica para el procesamiento de muestras, respaldada por un talento humano altamente calificado. Esto garantiza la calidad de los resultados y aporta significativamente a la seguridad transfusional.

El Banco de Sangre está conformado por las siguientes áreas: Donación (en sede y en campañas), Fraccionamiento, Inmunoserología, Inmunohematología, Almacenamiento de componentes y reactivos, Etiquetado, Liberación y Despachos. Cuenta con aval de cumplimiento por parte del INVIMA, autoridad sanitaria encargada de realizar inspecciones para verificar la gestión adecuada del riesgo. La última visita de inspección se llevó a cabo entre el 22 y el 24 de enero de 2025, tras la cual se autorizó la reapertura del servicio, luego de un cierre voluntario temporal motivado por la ejecución de mejoras en la infraestructura física.

El Servicio de Gestión Pretransfusional, por su parte, funciona como una unidad independiente, con funciones específicas, aunque comparte parte del personal con el Banco de Sangre, según lo detallado en la Tabla N°1. Cabe destacar que en abril de 2025 se presentó un faltante de un bacteriólogo, y en junio del mismo año, dos bacteriólogos adicionales junto con el bacteriólogo de calidad se retiraron por decisión propia, lo cual afectó temporalmente la disponibilidad de personal. Estos faltantes generaron una sobrecarga laboral para el equipo restante, que debió asumir turnos prolongados de hasta 18 horas, y además impactaron negativamente en la disponibilidad oportuna de hemocomponentes para la atención transfusional.

## Talento Humano Banco de Sangre y SGPT año 2025

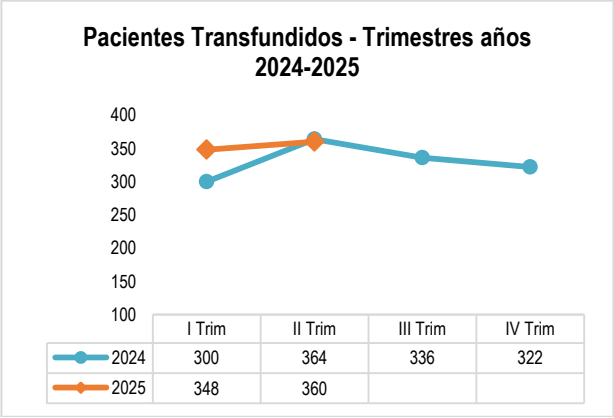
| CARGO | BANCO DE SANGRE | | SERVICIO GESTIÓN PRETRASFUSIONAL | |
|---|---|---|---|---|
| | I TRIM | II TRIM | I TRIM | II TRIM |
| LIDER* | 1 | 1 | 1 | 1 |
| BACT. CALIDAD* | 1 | 0 | 1 | 0 |
| BACT. INFECCIOSAS | 1 | 0 | N/A | N/A |
| BACT. HEMOVIGILANCIA* | 1 | 0 | 1 | 0 |
| MEDICO HEMOVIGILANCIA* | 1 | 1 | 1 | 1 |
| BACT. TURNO DIA/NOCHE | 0 | 0 | 4 | 3 |
| BACT. LIDER CAMPAÑAS | 1 | 0 | N/A | N/A |
| AUXILIAR CAMPAÑAS | 2 | 2 | N/A | N/A |
| AUXILIAR DIA/ NOCHE | 4 | 4 | 0 | 0 |
| BACT. RURAL | 0 | 1 | 0 | 0 |
| CONDUCTOR | 1 | 1 | N/A | N/A |
| **TOTAL** | **13** | **10** | **8** | **5** |

**Fuente:** Archivo del Banco de Sangre

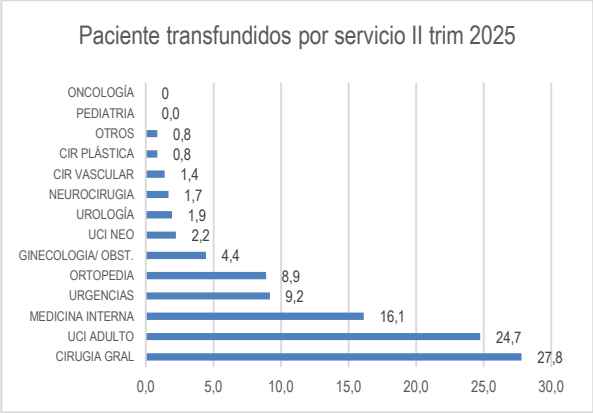
*Nota: el personal indicado aplica para ambos servicios a excepción de los que registran N/A (no aplica)

## SERVICIO DE GESTIÓN PRETRANSFUSIONAL

### Pacientes transfundidos




**Fuente:** Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank y SIHEVI




**Fuente:** Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank y SIHEVI

En el primer trimestre de 2025 se transfundieron 348 pacientes, mientras que en el segundo trimestre se registraron 360 pacientes, lo que representa un incremento de 12 pacientes, equivalente a un aumento del 3.4%.

En el segundo trimestre de 2024 se transfundieron 364 pacientes, mientras que en el mismo periodo de 2025 fueron 360 pacientes, es decir, una disminución de 4 pacientes, que corresponde a una variación negativa del 1% aproximadamente.

En el segundo trimestre de 2025, los pacientes transfundidos se concentraron principalmente en:

- **Cirugía General:** 27.8%
- **UCI Adulto:** 24.7%
- **Medicina Interna:** 16.1%
- **Urgencias:** 9.2%
- **Ortopedia:** 8.9%

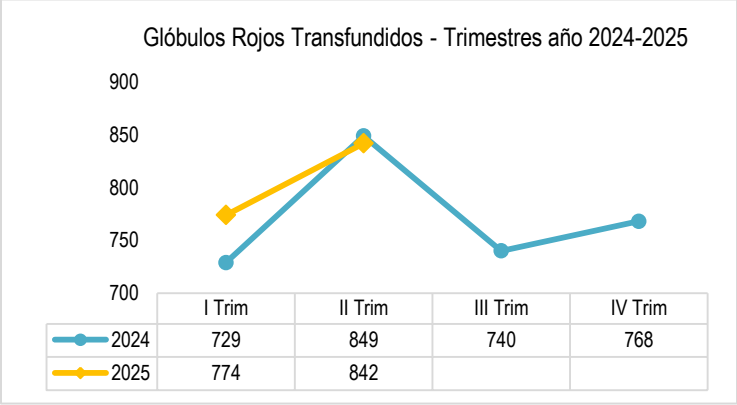
Estos cinco servicios suman más del **85%** de los pacientes transfundidos, destacándose las áreas quirúrgicas y de cuidado crítico como las de mayor demanda de hemocomponentes.

El aumento puede estar relacionado con varios factores de los cuales se destacan en primer lugar, mayor actividad quirúrgica programada y estabilización de la operación tras reapertura del banco de sangre en enero de 2025, los procesos y la confianza institucional pudieron recuperarse progresivamente, aumentando la demanda transfusional. En segundo lugar, episodios epidemiológicos locales como brotes de patologías o accidentes que generan aumento de hospitalizaciones y necesidad de transfusión (ej. traumas, dengue, hemorragias obstétricas) podrían haber elevado la demanda.

**Hemocomponentes transfundidos II trimestre 2024-2025**

Se observaron las siguientes variaciones significativas en la transfusión de hemocomponentes de los dos primeros trimestres del 2025 y el mismo periodo del 2024:

**Glóbulos Rojos Transfundidos - Trimestres año 2024-2025**




Fuente: Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank y SIHEVI

- Glóbulos Rojos: Durante el segundo trimestre de 2025, hubo un aumento del 8.8% (68) con respecto al primer trimestre de 2025 y una disminución leve de 7 unidades, correspondiente a una variación negativa de aproximadamente 0.8% comparado con el mismo trimestre de la vigencia anterior. Este comportamiento sugiere estabilidad y continuidad en la demanda transfusional.

## TRANSFUSIÓN GLÓBULOS POR SERVICIO II TRIMESTRE 2025

| SERVICIO | NÚMERO | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| UCI ADULTO | 256 | 30.4 |
| CIRUGIA GRAL | 214 | 25.4 |
| MEDICINA INTERNA | 118 | 14.0 |
| ORTOPEDIA | 92 | 10.9 |
| URGENCIAS | 62 | 7.4 |
| GINECOLOGIA/ OBST. | 35 | 4.2 |
| UROLOGÍA | 18 | 2.1 |
| CIR VASCULAR | 17 | 2.0 |
| UCI NEO | 9 | 1.1 |
| CIR PLÁSTICA | 8 | 1.0 |
| NEUROCIRUGIA | 8 | 1.0 |
| OTROS | 5 | 0.6 |
| CRUZADA PARA HRZ | 0 | 0.0 |
| PEDIATRIA | 0 | 0.0 |
| TOTAL | 256 | 30.4 |

**Fuente:** Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank y SIHEVI

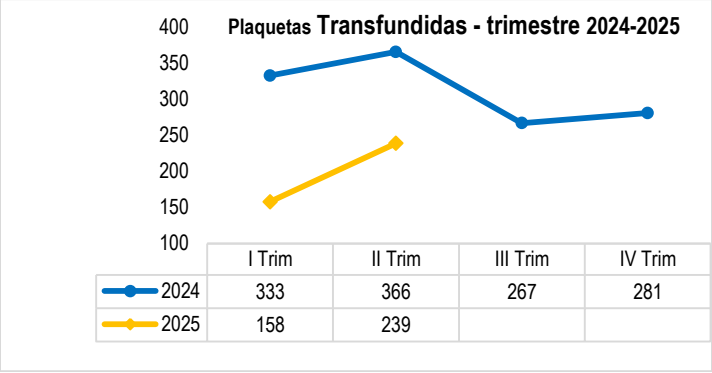
Durante el segundo trimestre de 2025, se realizaron un total de **842 transfusiones de glóbulos rojos**, distribuidas entre los distintos servicios hospitalarios de la siguiente manera:

UCI Adulto (30.4%, 256 transfusiones): Es el servicio con mayor consumo de glóbulos rojos, concentrando casi un tercio del total. Esto refleja el alta demanda transfusional de pacientes críticos con patologías complejas y sangrados importantes.

Cirugía General (25.4%, 214 transfusiones): Ocupa el segundo lugar, con más de una cuarta parte de las transfusiones, evidenciando la alta necesidad de soporte transfusional en procedimientos quirúrgicos.

Medicina Interna (14.0%, 118 transfusiones): En tercera posición, destaca la relevancia de las enfermedades médicas con anemias severas o sangrados digestivos que requieren transfusión.

## Plaquetas Transfundidas - trimestre años 204-2025




**Fuente:** Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank y SIHEVI

- Plaquetas: II trimestre 2025: aumentó a 239 (+81 / +51% respecto al I trimestre 2025), aunque sigue siendo menor que en el II trimestre de 2024 (-127 / -34.7%).

Durante el segundo trimestre de 2025, los diagnósticos que más contribuyeron a la necesidad de transfusión de plaquetas fueron:

- Aplasia medular (12.7%), atendida en Medicina Interna, fue el diagnóstico más frecuente, evidenciando la alta demanda transfusional en pacientes con fallo medular severo.
- Le siguen:
  - Púrpura trombocitopénica idiopática (10.4%) en UCI Intermedios.
  - Leucemia linfoblástica aguda (6.9%) en Medicina Interna.
- Varios diagnósticos (CID, coagulopatía, hemorragia cerebral, hemorragia digestiva, politrauma, trombocitopenia, síndrome linfoproliferativo, trombocitopenia refractaria, etc.) presentaron cada uno una proporción cercana al 3.5%, reflejando la diversidad de causas de sangrado.
- Servicios críticos como UCI Adultos, Medicina Interna y Urgencias concentraron gran parte de los diagnósticos asociados.

Plaquetas transfundidas por trimestre

| AÑO | PLAQUETAS ESTÁNDAR | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|
| I trim 2024 | 333 | Incluye **8 plaquetaféresis** |
| IV trim 2024 | 281 | Incluye **39 plaquetaféresis** |
| I trim 2025 | 158 | Incluye **34 plaquetaféresis** |
| II trim 2025 | 229 | Incluye **56 plaquetaféresis** |

**Fuente**: Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank y SIHEVI

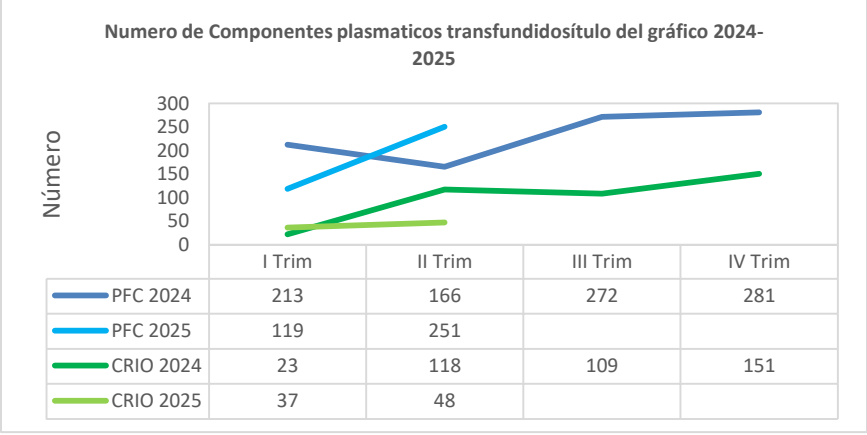
En el II trimestre de 2025 se transfundieron 229 plaquetas estándar, frente a 158 en el I trimestre de 2025, lo que representa un aumento de 71 unidades (+45%).

Además, las plaquetaféresis aumentaron significativamente, pasando de 34 a 56 unidades (+64%), evidenciando un mayor requerimiento de plaquetas dirigidas a pacientes específicos.

Los diagnósticos que requirieron plaquetas por aféresis fueron principalmente hematológicos:

- Aplasia medular (25%), en Medicina Interna, representó una cuarta parte del total de aféresis, destacando su dependencia transfusional por trombocitopenia severa.
- Otros diagnósticos frecuentes:
- Leucemia linfoblástica aguda (10.7%).
- Trombocitopenia (varias variantes y localizaciones) sumaron una proporción importante, incluyendo trombocitopenia autoinmune y bicitopenia.
- También aparecen diagnósticos menos frecuentes pero relevantes en UCI y quirófanos, como síndrome linfoproliferativo, CID, hemorragia alveolar, heridas por arma de fuego y fractura intertrocantérica.

**Crioprecipitados y Plasma Fresco Congelado Transfundidos - trimestre años 204-2025**




| | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim |
|---|---|---|---|---|
| PFC 2024 | 213 | 166 | 272 | 281 |
| PFC 2025 | 119 | 251 | | |
| CRIO 2024 | 23 | 118 | 109 | 151 |
| CRIO 2025 | 37 | 48 | | |

**Fuente**: Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank y SIHEVI

- Crioprecipitados (CRIOS): Se observa un aumento de 11 unidades, equivalente a un incremento del 29.7% respecto al primer trimestre de 2025 y se registra una disminución significativa de 70 unidades, es decir, una reducción aproximada del 59.3% respecto al mismo trimestre del año anterior.

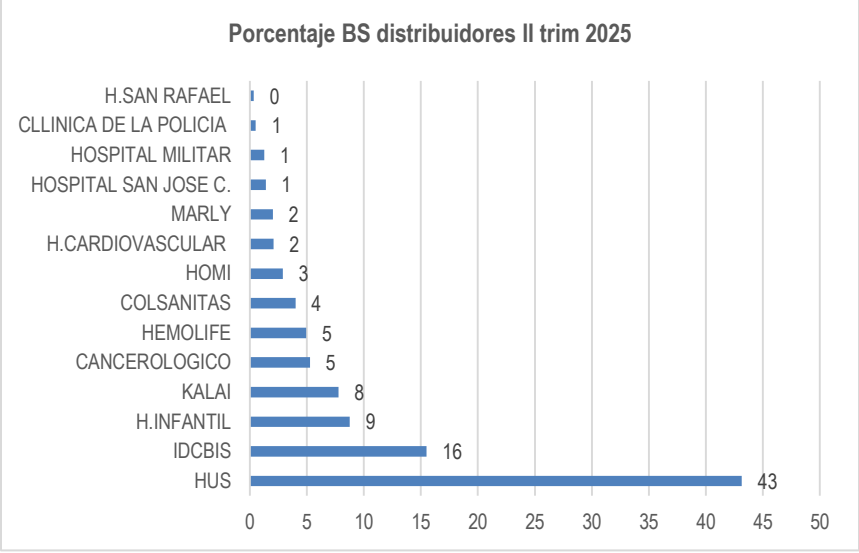
- Plasma Fresco Congelado (PFC): Se presenta un aumento considerable de 132 unidades, lo que representa un incremento del 111% respecto al primer trimestre de 2025, también se evidencia un aumento de 85 unidades, equivalente a un 51% más que en el mismo trimestre del año anterior.

**La satisfacción a la demanda en las solicitudes de hemocomponentes realizadas al SGPT-Servicio de Gestión Pretransfucional de HUS Bogotá fue;** en total fue de 96.6%, frente a un 93.8% en el primer trimestre, reflejando un incremento del 3% más. Distribuidos así: abril 99%, mayo 98%, junio 93%.

Al comparar el segundo trimestre del 2025 con el primer trimestre se evidencia un mayor volumen absoluto de hemocomponentes distribuidos (646 unidades en el mes pico de mayo), lo cual sugiere un aumento en la demanda y en la capacidad de respuesta.

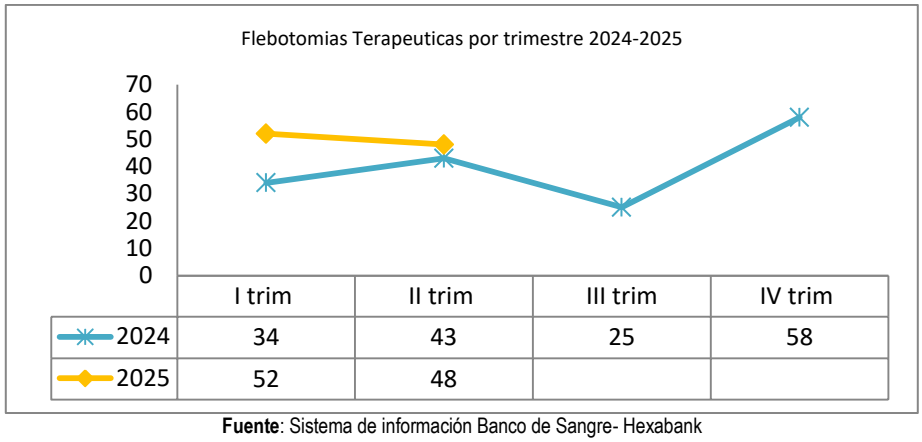
La participación del **HUS** como proveedor principal se incrementó notablemente, desplazando al IDCBIS, que lideraba en el trimestre anterior.

Se evidencia una mayor diversificación en la fuente de hemocomponentes, con contribución de varios bancos, lo que puede interpretarse como una estrategia de mitigación de riesgos ante la reducción temporal de personal y dificultades operativas.




**Fuente**: folios de ingreso de hemocomponentes SGPT

## Servicio de flebotomías terapéuticas, comparativo por trimestre 2024 – 2025




| | I trim | II trim | III trim | IV trim |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 34 | 43 | 25 | 58 |
| 2025 | 52 | 48 | | |

**Fuente**: Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank

Se aprecia que en 2025 los niveles se han mantenido más altos que en 2024, el segundo trimestre respecto al trimestre inmediatamente anterior muestra una ligera reducción del +7% (4) y respecto al mismo periodo del año anterior incremento -5% (5).

La ligera caída en el segundo trimestre de 2025 sugiere una estabilización después del fuerte incremento observado al inicio del año. En general, el patrón refleja una mayor utilización del procedimiento, probablemente por un aumento en la identificación de pacientes que lo requieren, mayor adherencia a protocolos terapéuticos o mejoras en la capacidad operativa del servicio.

## BANCO DE SANGRE

### Jornadas donación de sangre, por trimestre de 2024 – 2025

| DESCRIPCIÓN | I trimestre 2024 | | II trimestre 2024 | | III trimestre 2024 | | IV trimestre 2024 | | I trimestre 2025 | | II trimestre 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N° campañas | Donantes | N° campañas | Donantes | N° campañas | Donantes | N° campañas | Donantes | N° campañas | Donantes | N° campañas | Donantes |
| **Programado** | 52 | 1432 | 57 | 1469 | 51 | 1302 | 0 | 0 | 48 | 1070 | 63 | 1640 |
| **Efectivo** | 50 | 1174 | 57 | 1263 | 50 | 986 | 0 | 0 | 48 | 670 | 55 | 898 |
| **% Cumplimiento** | 96% | 82% | 100% | 86% | 98% | 75% | 0 | 0 | 100% | 62% | 87% | 55% |
| **Meta** | **80%** | | **80%** | | **80%** | | **80%** | | **80%** | | **80%** | |

**Fuente**: tabla programación de campañas – Hexabank

Comparado el II trimestre con el I trimestre del mimo año del 2025; se programaron más campañas en el II trim 2025 (63 vs. 48 I trim), lo que representa un incremento del 31%.
Se programaron más donantes en el II trim 2025 (1640 vs. 1070), un aumento del 53%.

Las campañas efectivas también fueron más altas (55 vs. 48), pero no alcanzaron la totalidad de las programadas (87% vs. 100%), Sin embargo, el cumplimiento en donantes efectivos disminuyó aún más, pasando de 62% en el I trim a 55% en el II trim. La cantidad absoluta de donantes efectivos subió ligeramente (898 vs. 670), un aumento del 34%, pero la brecha respecto a la meta sigue ampliándose.

Con respecto al mismo trimestre del año 2024, se programaron más campañas (63 vs. 57), con un incremento del 11%, también se programaron más donantes (1640 vs. 1469), un aumento del 11.6%. Las campañas efectivas bajaron (55 vs. 57) y el cumplimiento en campañas cayó del 100% en 2024 al 87% en 2025.

El número absoluto de donantes efectivos disminuyó notablemente (898 en 2025 vs. 1263 en 2024), una reducción del 29%. El porcentaje de cumplimiento de donantes bajó significativamente del 86% en 2024 al 55% en 2025, quedando muy por debajo de la meta del 80%.

Entre los factores que pudieron contribuir a esta disminución se encuentran la sobrecarga del personal por la mayor programación, el desgaste operativo acumulado, posibles dificultades logísticas y una menor participación de donantes, que podría deberse a saturación de la población objetivo, campañas en horarios o lugares poco estratégicos o a una menor capacidad de convocatoria y seguimiento.

Como recomendaciones se sugiere evaluar la planeación de las campañas para asegurar que el incremento en la programación sea sostenible y esté acompañado de recursos humanos y logísticos suficientes; reforzar las estrategias de captación y fidelización de donantes con mensajes claros sobre la importancia de su participación; y analizar los sitios y horarios de las campañas para optimizar su efectividad. Igualmente, sería conveniente realizar un análisis de las causas de inasistencia de los donantes programados y fortalecer los mecanismos de confirmación previa y recordatorios.

### Unidades Obtenidas por el Banco de Sangre por trimestres 2024 – 2025

| COMPONENTES | 2024 | | | | 2025 | | Variación II Trim 2025 vs II Trim 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | I Trim | II Trim | |
| GLÓBULOS | 1250 | 1276 | 991 | 0 | 661 | 845 | -33.8% |
| PFC | 810 | 972 | 714 | 0 | 535 | 640 | -34.2% |
| PLAQ | 520 | 615 | 455 | 0 | 217 | 326 | -47.0% |
| PLAQ AFER | 9 | 28 | 10 | 0 | 8 | 21 | -25.0% |
| CRIO | 397 | 261 | 208 | 0 | 116 | 185 | -29.1% |
| **TOTAL** | **2986** | **3152** | **2378** | **0** | **1537** | 2017 | **-36.0%** |

**Fuente**: Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank

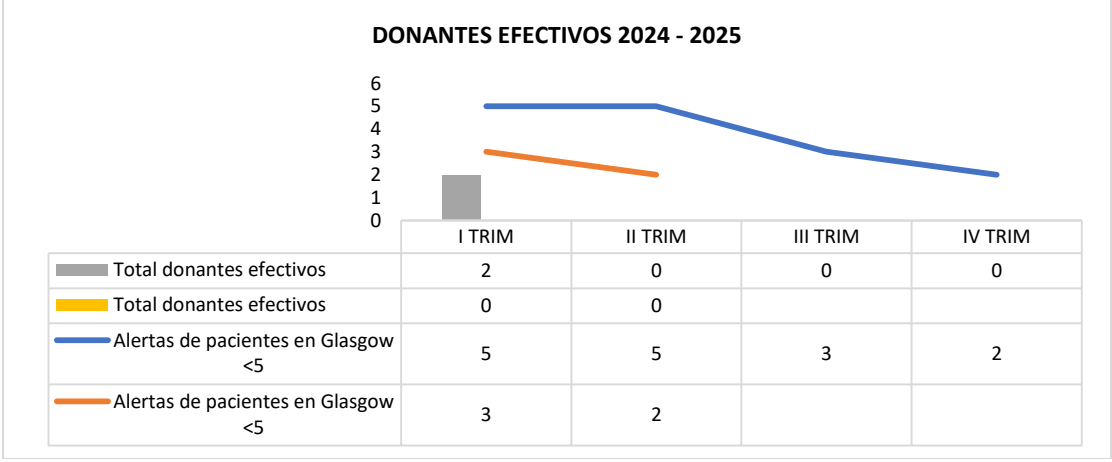
GLÓBULOS. Corresponde a la sumatoria de GRPL: glóbulos rojos pobres en leucocitos, GRL: glóbulos rojos leucorreducidos y ALI: alícuota, PFC: plasma fresco congelado, PLAQ: plaquetas, AFER: aféresis, CRIO: crioprecipiados.

En el II Trimestre del 2025 frente al mismo período del año anterior se observa una disminución general del 36% en el suministro de hemocomponentes.
Todos los componentes presentan caídas significativas en comparación con el II Trimestre 2024, siendo las más marcadas en plaquetas estándar (-47%) y PFC (-34.2%).
Sin embargo, frente al I Trimestre 2025, hay un aumento significativo en la disponibilidad y distribución de hemocomponentes (+31.3% en total), lo cual indica una recuperación parcial tras un trimestre bajo.

Las posibles causas en los indicadores están relacionadas con varios factores como son, la reducción en la captación y fidelización de donantes, como se evidenció en los porcentajes de campañas efectivas y donantes efectivos, la alta rotación o falta de personal calificado que afectó la capacidad operativa del banco y las interrupciones logísticas o restricciones presupuestales para campañas externas o compra de hemocomponentes.

## a. PROGRAMA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

### Actividades de gestión operativa de la donación de órganos y tejidos




**Fuente:** Sistema de información Almera

Durante el primer semestre de 2025 se identificaron 5 alertas de pacientes con Glasgow <5, lo que representa una reducción del 50% frente al mismo periodo del año 2024, cuando se reportaron 10 alertas 5 por trimestre). Esta

disminución podría estar relacionada con factores clínicos principalmente teniendo en cuenta el descarte de casos, menor incidencia de pacientes críticos con potencial para donación.

En cuanto a donantes efectivos, durante los dos primeros trimestres de 2025 no se logró concretar ningún proceso, contrastando con el registro de dos donantes efectivos en el primer trimestre de 2024. Dado que los pasos de alertas presentadas fueron descartados por comorbilidades de los pacientes.

De hecho, en el primer trimestre de 2025 se llevaron a cabo acciones fundamentales para robustecer el Programa de Donación de Órganos y Tejidos en la Red Samaritana, entre las que se destacan:

La presentación del programa al Concurso Dona Bogotá, como estrategia de visibilización y reconocimiento institucional.

La inscripción oficial y reconocimiento del programa ante la Regional 1 de la Secretaría Distrital de Salud, que marca un avance clave en términos de articulación territorial.

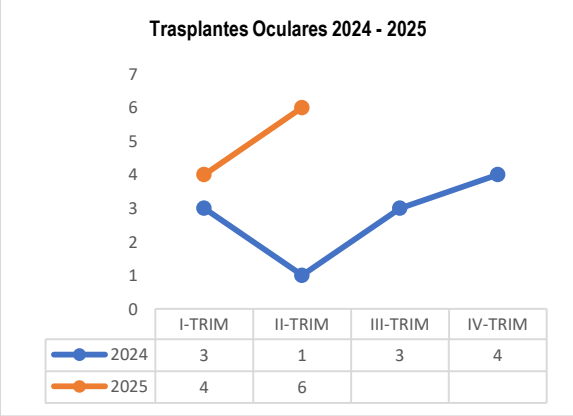
La formación del nuevo médico coordinador de donación, figura que ha sido clave para la identificación oportuna de alertas, especialmente desde el servicio de urgencias, con el respaldo técnico del Instituto Nacional de Salud.

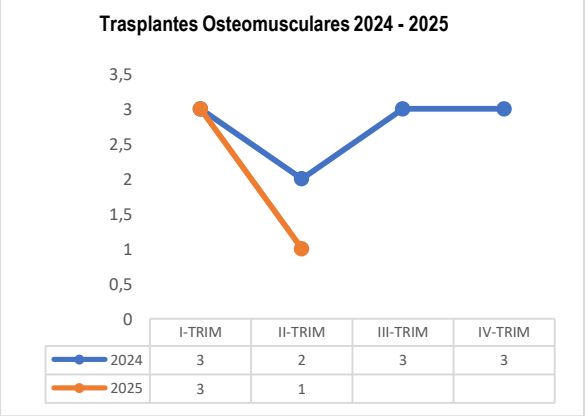
El despliegue de acciones de sensibilización y formación, dirigidas tanto al talento humano asistencial como a la comunidad, incluyendo jornadas de carnetización de voluntad anticipada y estrategias para desmitificar conceptos erróneos sobre la donación.

Aunque el volumen de alertas y donantes efectivos en el primer semestre de 2025 fue inferior al del año anterior, esto debe interpretarse dentro de un contexto de construcción operativa, visibilización institucional y fortalecimiento técnico del programa. Se espera que en los siguientes trimestres, una vez consolidadas estas bases, haya un impacto positivo en los indicadores de alerta y conversión de donantes. En comparación, el año 2024 cerró con un total de 13 alertas y 5 donantes efectivos.

El inicio de 2025 ha estado marcado por acciones estratégicas de consolidación del programa de donación, sentando las bases institucionales y técnicas necesarias para su crecimiento sostenible. Si bien el número de donantes efectivos fue modesto, el volumen de alertas indica una correcta activación del sistema de vigilancia, lo que permitirá un mejor desempeño en los siguientes trimestres. Se espera que, tras la fase de fortalecimiento organizacional y visibilización, la red logre mejores resultados en identificación, notificación y conversión de donantes potenciales a efectivos.

Durante el año 2024, se alcanzó un total de 5 pacientes donantes efectivos, cifra superior a la registrada en 2023. Este logro es el resultado de la consolidación de una cultura de reporte en las unidades de Cuidados Intensivos y Urgencias, lo que ha facilitado la detección oportuna de posibles donantes de órganos.




**Fuente:** Sistema de información del HUS- Almera

Durante el primer semestre del año 2025 se realizaron 10 trasplantes de córnea (4 en el I trimestre y 6 en el II trimestre), lo que representa un incremento del 150% frente al mismo periodo del año 2024, cuando se llevaron a cabo 4 trasplantes (3 en el I trimestre y 1 en el II trimestre).

Este aumento significativo obedece a varios factores clave:

Fortalecimiento del proceso de asignación y programación quirúrgica, gracias a una mejor articulación con los bancos de tejidos oculares.

Incremento de la capacidad operativa del equipo médico y administrativo del hospital en procedimientos oftalmológicos de alta complejidad.

Impacto positivo de las acciones institucionales para fortalecer el Programa de Donación y Trasplante, en especial las estrategias de sensibilización desarrolladas en el primer semestre del año.

Además, se destaca como hito relevante para el servicio de oftalmología la primera utilización de ***membrana amniótica para reconstrucción de superficie ocular*** con injerto de tejido extraocular, lo cual representa un avance en la oferta terapéutica para patologías corneales complejas y abre nuevas posibilidades clínicas en el manejo de pacientes oftalmológicos con indicación reconstructiva.

**Tendencia y perspectivas**

La tendencia observada en 2025 muestra un crecimiento sostenido en la actividad de trasplante ocular frente a la inestabilidad registrada en 2024. De mantenerse este comportamiento durante el segundo semestre, se proyecta que el año podría cerrar con un número de procedimientos significativamente superior al de 2024 (11 trasplantes totales), consolidando el fortalecimiento del programa y del equipo quirúrgico especializado.

Durante el primer semestre de 2025 se realizaron 4 trasplantes osteomusculares (3 en el I trimestre y 1 en el II trimestre), cifra inferior a los 5 procedimientos realizados en el mismo periodo de 2024 (3 en el I trimestre y 2 en el II trimestre), lo cual representa una disminución del 20% en la actividad de este tipo de trasplantes.

Este comportamiento está relacionado con factores propios de la demanda y las condiciones clínicas específicas que requieren este tipo de injertos, porque se cuenta con disponibilidad y accesibilidad de los tejidos; a pesar de la disminución en el segundo trimestre de 2025, el número total de procedimientos aún se mantiene dentro del comportamiento esperado.

## Biovigilancia y Seguridad

Durante el año 2023, todo el 2024 y hasta el cierre del segundo trimestre de 2025, no se han registrado complicaciones relacionadas con los procedimientos de trasplante realizados. No se han documentado casos de:

- Rechazo de injertos.
- Infecciones oportunistas.
- Re intervenciones quirúrgicas.
- Eventos adversos en el seguimiento postoperatorio.

Este balance refleja una alta calidad en la selección, manejo y seguimiento de los tejidos trasplantados, así como la efectividad de los protocolos de bioseguridad y biovigilancia implementados en la institución.

El desempeño del Programa de Donación y Trasplante durante el primer semestre de 2025 confirma la consolidación operativa alcanzada en 2024, con cifras que demuestran estabilidad en la prestación del servicio y una mejora continua en el acceso a tejidos oculares y osteomusculares. La articulación efectiva con los bancos de tejidos, la capacitación continua del equipo clínico y el monitoreo permanente han sido factores determinantes para mantener

resultados clínicos sin eventos adversos, garantizando una respuesta oportuna, segura y de calidad a la demanda asistencial.

## 2.8 SERVICIO NUTRICIÓN

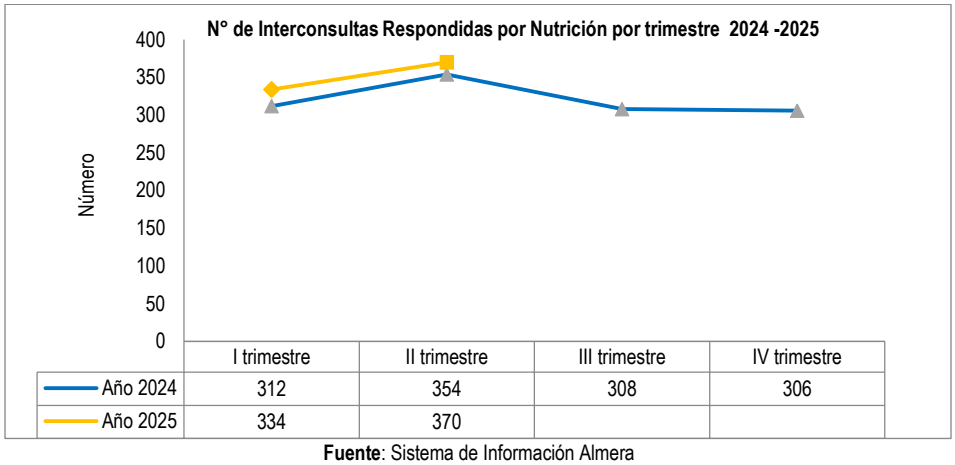
El Proyecto oferta:

- Nutrición clínica
- Consulta externa
- Servicio de alimentos (autogestionado)

| Talento Humano Proyecto de Nutrición | 2024 | | | | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | I trim | II trim | III trim | IV trim | I trim | II trim |
| Líder de Proyecto | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Apoyo administrativo | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Profesional en Nutrición y Dietética | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| Profesional en Ingeniería de Alimentos | - | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| Técnico IV de cocina | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Auxiliares de servicios generales (trabajadores oficiales) | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Auxiliares de dietas (LASU) | 22 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| **Total** | **38** | **37** | **37** | **37** | **37** | **36** |

**Fuente**: archivo del servicio de nutrición

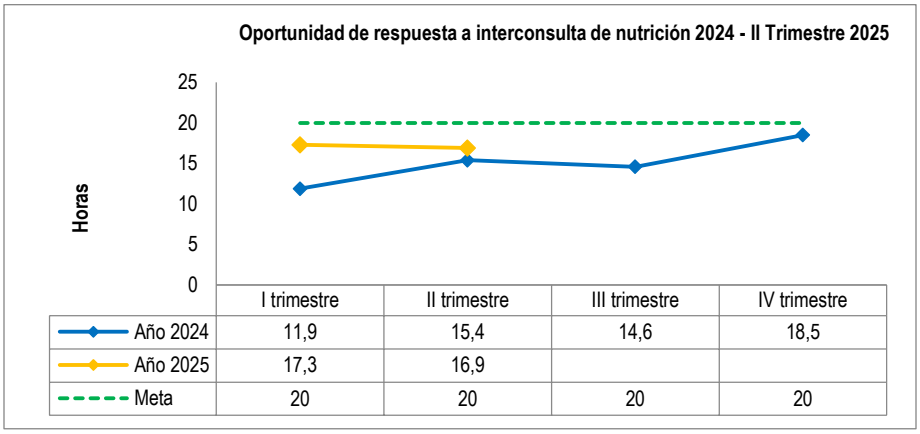
### Producción interconsultas respondidas por nutrición - II Trimestre 2025




**Fuente**: Sistema de Información Almera

En el segundo trimestre de 2025 se realizaron 370 interconsultas; respecto al trimestre inmediatamente incrementaron en 36 (9.7%) y respecto al mismo periodo del año 2024 incremento 16 (4.3%). El incremento en la producción de interconsultas ha venido en aumento relacionado directamente con el aumento en la ocupación del servicio de hospitalización, sumado a que los servicios tratantes han realizado un mayor número de solicitudes para iniciar manejo a los pacientes detectados en riesgo nutricional, contribuyendo de manera positiva en la productividad del servicio.

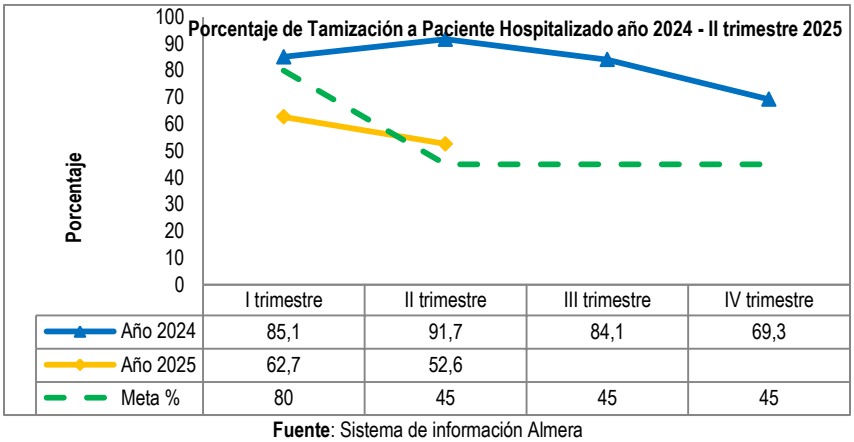
### Oportunidad de respuesta a interconsulta de nutrición 2024 - II Trimestre 2025




**Fuente**: Sistema de Información Almera

Durante el segundo trimestre del año 2025 la oportunidad de respuesta a interconsulta se mantiene dentro de la meta propuesta, encontrándose en promedio a 16.9 horas; al compararlo con el trimestre anterior, presenta una disminución de 0.2 horas y comparado con el mismo trimestre del año anterior aumentó 1.5 horas. Al estar dentro de la meta se inicia tempranamente la intervención nutricional, redundando el beneficio para los pacientes.

## Tamizaje al paciente hospitalizado 2024 - II trimestre 2025




**Fuente**: Sistema de información Almera

En el segundo trimestre de 2025 se logró un resultado del 52.6% (1038), lo que representa una disminución del 10.1% en comparación con el trimestre anterior y del 39.1% con el mismo trimestre de 2024; cumpliendo con la meta establecida para la tamización nutricional dentro de las primeras 48 horas se encuentra en 45% es importante mencionar que la meta se ajustó en el II trimestre del presente año de acuerdo al comportamiento histórico; pasando de 80% a 45%

Distribución por género:

| GENERO | NUMERO | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| MUJERES | 481 | 46 % |
| HOMBRES | 557 | 54 % |

Distribución por grupo etéreo:

| GRUPO DE EDADES | NUMERO | PORCENTAJE |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 16 A 44 Años | 323 | 31 % |
| 45 A 64 Años | 289 | 28 % |
| Mayores De 65 Años | 426 | 41 % |

Presencia de riesgo nutricional:

| CLASIFICACIÓN | NUMERO | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| Ausencia De Riesgo | 692 | 67 % |
| Riesgo Medio | 301 | 29 % |
| Riesgo Alto | 45 | 4 % |

Para este trimestre se tamizaron 1038 pacientes; 229 más que el trimestre anterior, de los cuales el 46% (481) eran mujeres y el 54% (557) eran hombres. La distribución de la población por edad se clasificó así: de 16 a 44 años 31% (323), de 45 a 64 años 28% (289) y mayores de 65 años 41% (426). El riesgo nutricional se clasificó así: ausencia de riesgo nutricional 67% (692), riesgo medio 29% (301) y riesgo alto 4% (45).

En los pacientes que fueron clasificados con algún nivel de riesgo se les informó a los servicios tratantes para solicitar interconsulta a Nutrición, se les ajustó la dieta ofrecida en el HUS de acuerdo a los hábitos y costumbres alimentarias para favorecer el consumo de la misma, se les realizó educación nutricional y alimentaria (con entrega de recomendaciones nutricionales) e inicio de APME (Alimento con Propósito Médico especial) a los pacientes que así lo requirieron; a los pacientes clasificados con ausencia de riesgo nutricional se les realizó seguimiento a la semana de estar hospitalizados para hacer cambios y/o ajustes en la alimentación, además de definir pertinencia o no de iniciar APME.

## 2.9 SERVICIO DE TERAPIAS

El Hospital Universitario de la Samaritana sede Bogotá, cuenta con el servicio de terapias que abarca cuatro áreas: terapia física, terapia respiratoria, terapia ocupacional y fonoaudiología. Cada disciplina opera bajo procesos integrales que incluyen valoración, diagnóstico, intervención y atención asistencial, garantizando una atención de alta calidad y centrada en las necesidades del paciente.

Estas terapias se implementan en diversos entornos clínicos del hospital, tales como urgencias, hospitalización, unidades de cuidados intensivos (adultos, intermedios y neonatales) y consulta externa, permitiendo una atención multidisciplinaria y coordinada en todos los niveles de atención.

En Terapia Respiratoria se realiza procedimientos entre los que destacan el análisis de gases arteriales, nebulizaciones con medicamentos, manejo de traqueostomías, inhaloterapia, así como la toma de muestras para panel viral (incluyendo adenovirus, virus sincitial respiratorio, influenza y parainfluenza). Además, se llevan a cabo pruebas PCR y detección de antígenos para COVID-19, así como cultivos de secreciones, contribuyendo a diagnósticos precisos y a la gestión efectiva de patologías respiratoria.

En Terapia Física se brinda atención en todas las áreas del hospital, incluyendo consulta externa donde una profesional asegura la continuidad y calidad del tratamiento. Este enfoque permite una recuperación integral y adaptada a las condiciones específicas de cada paciente.

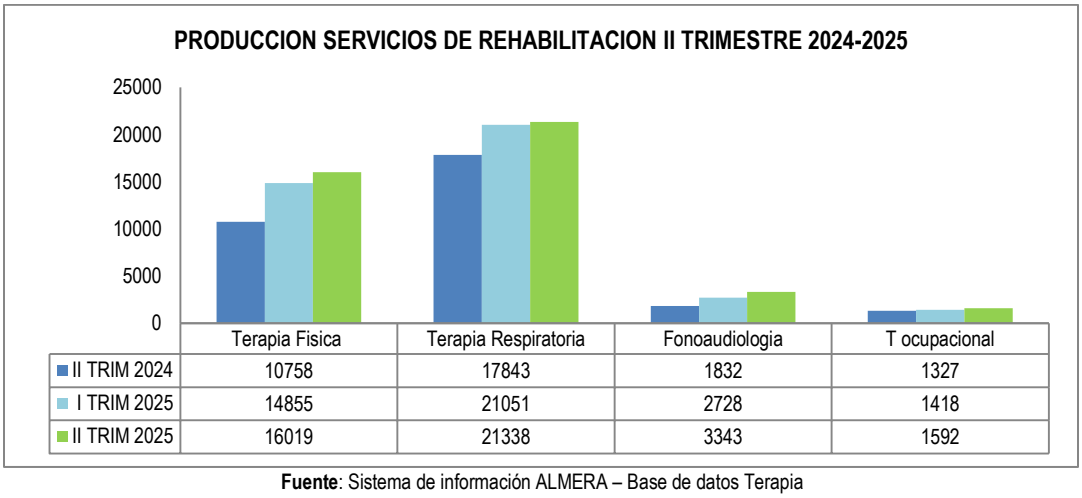
En Fonoaudiología se ofrece atención tanto en consulta externa como en hospitalización, garantizando una intervención integral para pacientes con necesidades en comunicación, deglución y otros trastornos relacionados, en diferentes contextos clínicos. El enfoque multidisciplinario del hospital permite ofrecer una atención integral, eficiente y

de alta calidad, adaptada a las particularidades de cada paciente y a los diferentes escenarios clínicos. Este modelo favorece la optimización de resultados y la satisfacción de los pacientes, consolidando la posición del hospital como referente en atención especializada en la región.

| TALENTO HUMANO SERVICIO DE REHABILITACION | 2024 | | | | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM | I TRIM | II TRIM |
| Líder del servicio | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | **1** |
| Apoyo administrativo y facturador | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | **1** |
| Fisioterapia (ucis, hospitalización, consulta externa y urgencias) | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | **34** |
| Fonoaudiología (consulta externa, hospitalización, ucis, urgencias) | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | **3** |
| Terapia Ocupacional (consulta externa, hospitalización, ucis, urgencias) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | **2** |
| **TOTAL** | **40** | **40** | **40** | **41** | **41** | **41** |

**Fuente**: Archivo del área de rehabilitación

## PRODUCCION SERVICIOS DE REHABILITACION POR TRIMESTRE 2024-2025




**Fuente**: Sistema de información ALMERA – Base de datos Terapia

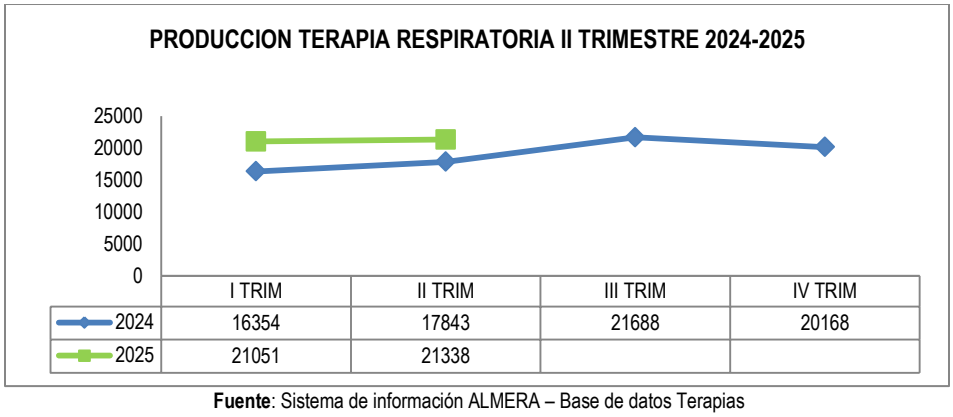
Durante el segundo trimestre de 2025, nuestro servicio de Rehabilitación realizó un total de 42.292 procedimientos mostrando un crecimiento significativo en comparación con períodos anteriores. Laparticipación por tipo de rehabilitación fue la siguiente: **Terapia Respiratoria:** 21.338 intervenciones (50.4%), **Terapia Física:** 16.019 procedimientos (38%), **Fonoaudiología:** 3.343 intervenciones (8%), **Terapia Ocupacional:** 1.592 sesiones (4%). Refleja una mayor participación en el área de Terapia Respiratoria, que lidera en número de intervenciones.

En comparación con el mismo período del año 2024, cuando se realizaron 31,760 procedimientos, se evidenció un incremento del 8.9%; es decir, 10.532 intervenciones adicionales. Este crecimiento se atribuye principalmente a la reestructuración de los servicios implementada desde abril de 2024 que incluyó acciones como: Distribución más eficiente del talento humano, Optimización de los tiempos para realizar intervenciones terapéuticas, Mejoras en procesos administrativos, como historias clínicas, facturación, agendamiento y auditorías internas, Sensibilización del personal sobre el compromiso organizacional.

Comparado con el primer trimestre de 2025 donde se realizaron 40.052 procedimientos, hubo un incremento adicional de 2.240 intervenciones. Este aumento se debe a factores como: La adquisición de nuevas habilidades y competencias por parte del personal, El reconocimiento del valor de los servicios de rehabilitación por otras especialidades médicas, promoviendo más interconsultas y continuidad en tratamientos, La atención individualizada centrada en las necesidades del paciente y La participación activa de estudiantes que ha permitido ampliar la intervención y mejorar los resultados.

Este desempeño refleja el compromiso del equipo de rehabilitación con la mejora continua, la eficiencia operativa y la atención centrada en el paciente, consolidando su papel estratégico dentro del hospital.

## Producción Terapia Respiratoria II Trimestre 2024-2025




| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 16354 | 17843 | 21688 | 20168 |
| 2025 | 21051 | 21338 | | |

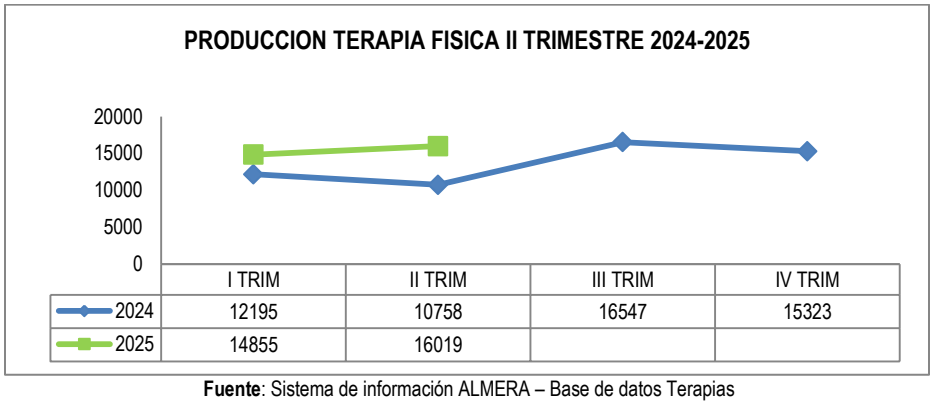
**Fuente**: Sistema de información ALMERA – Base de datos Terapias

Durante el segundo trimestre del año 2025, Terapia Respiratoria realizó un total de 21.338 procedimientos. Del total de atenciones el 9,6% equivalente a 2.065 procedimientos correspondieron a intervenciones en Urgencias. En Consulta Externa se realizaron 41 atenciones (0,1%) y en Hospitalización se llevaron a cabo 19.232 sesiones (90,3%).

En comparación con el mismo período del año 2024, representa un crecimiento del 16.3%, cuando se llevaron a cabo 17.843 procedimientos. Este incremento de 3.495 procedimientos refleja una tendencia positiva en la productividad del servicio debido a la implementación y ajustes en los tipos de historia clínica para garantizar una documentación y registro adecuados, facilitando la identificación por especialidad y área de servicio. Esto contribuye a una mejor gestión y seguimiento de los procedimientos realizados, optimizando los procesos administrativos y clínicos.

Comparado con el primer trimestre de 2025, donde se realizaron 21051 procedimientos, se evidenció un aumento de 287 procedimientos equivalente a un 0.6%, lo que indica una continuidad en la tendencia de crecimiento. Este incremento en los procedimientos se atribuye principalmente a la sensibilización constante de médicos y especialistas sobre la importancia de generar interconsultas que aseguren la continuidad del tratamiento terapéutico independientemente del área de internación, los ajustes en los planes de intervención terapéutica que han permitido incrementar el número de abordajes en los pacientes, el reingreso de pacientes para manejo de vías artificiales como traqueotomías, el apoyo de estudiantes y los convenios con EPS han permitido ampliar la cobertura y la atención especializada.

## Producción Terapia Física II Trimestre 2024-2025



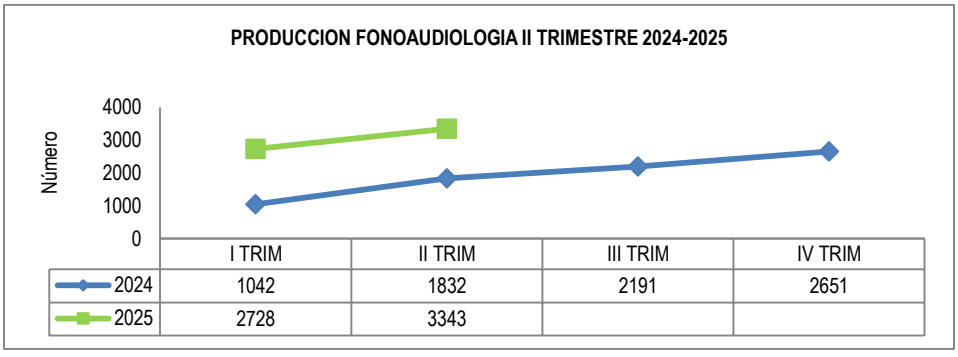

**Fuente**: Sistema de información ALMERA – Base de datos Terapias

Durante el II trimestre de 2025, el servicio de Terapia Física realizó un total de 16.019 procedimientos. Con una participación de intervenciones: en hospitalización 14.477 (el 90.3%), de consulta externa 1.375 sesiones (8.5%) y en urgencias 167 procedimientos (1.0%).

Al comparar con el mismo período del 2024, donde se realizaron 10.758 procedimientos, se evidenció un aumento de 5.261 procedimientos, lo que representa un crecimiento del 20%. Respecto al primer trimestre de 2025 hubo un incremento del 1.9% es decir 1.164 sesiones adicionales, mostrando una tendencia positiva y sostenida en la productividad del servicio.

Este incremento se evidencia gracias a que se implementaron varias acciones como: se realizó una reestructuración tanto operacional como administrativa, optimizando procesos y recursos, se incorporó talento humano exclusivo para terapias en hospitalización y consulta externa, garantizando atención de calidad, se ajustaron los planes de intervención terapéutica permitiendo incrementar los abordajes y responder mejor a las necesidades clínicas de los pacientes, se realizaron cambios en los tipos de historia clínica para mejorar la documentación y el registro facilitando la identificación por especialidad y área de servicio. Estas mejoras han contribuido a aumentar la eficiencia, la calidad del servicio y la atención integral a los pacientes, consolidando el papel fundamental del equipo de Terapia Física en la recuperación y bienestar de los usuarios.

## Producción Fonoaudiología II trimestre 2024 – 2025




**Fuente**: Sistema de información ALMERA – Base de datos Terapias

Durante el segundo trimestre del año 2025, el Servicio de Fonoaudiología alcanzó un total de 3.343 procedimientos realizados, evidenciando un crecimiento significativo en la capacidad operativa y en la respuesta asistencial del área. Del total de atenciones, el 92% (3.069 procedimientos) correspondieron a intervenciones en hospitalización,

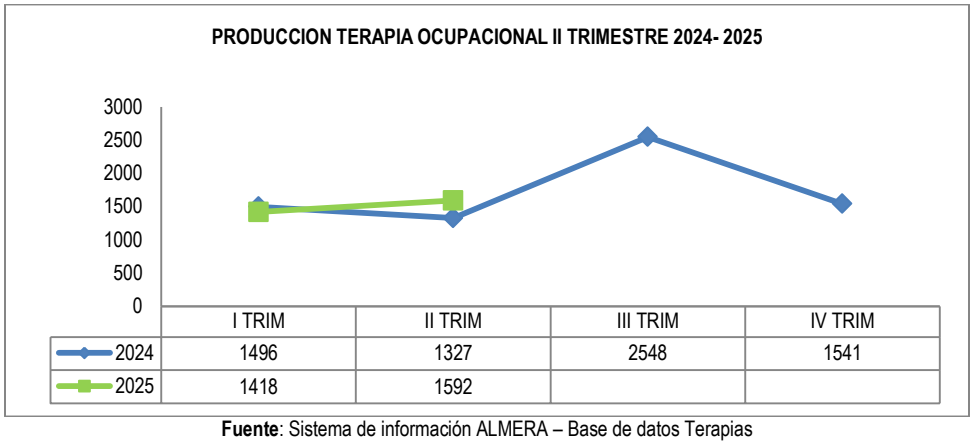
reflejando el alto impacto del servicio en el contexto intrahospitalario. En urgencias se realizaron 204 atenciones (6,1%) y en consulta externa se llevaron a cabo 70 sesiones (2%).

Al comparar el mismo trimestre del 2025 con el año 2024 donde se registraron 1.832 intervenciones, se observa un incremento de 1.511 procedimientos, lo que representa un crecimiento del 29%. Asimismo comparado con primer trimestre de 2025, se reportó un aumento de 615 procedimientos, equivalente a un 10% de crecimiento.

Este comportamiento positivo obedece a acciones implementadas para el fortalecimiento del servicio, entre las cuales se destacan: la ampliación del equipo profesional mediante la incorporación de un tercer fonoaudiológico con disponibilidad en jornada de la mañana de lunes a viernes, lo que ha permitido aumentar la cobertura y optimizar los tiempos de atención, Mejoramiento del flujo de interconsultas a través del diseño y difusión de material informativo (posters) con las diferentes especialidades clínicas que promueven el conocimiento y uso efectivo de la ruta de formulación de terapias y el Fortalecimiento del componente formativo con la participación activa de estudiantes en el proceso asistencial, lo cual aporta valor al servicio tanto en la atención como en la formación académica de futuros profesionales.

Estas estrategias han permitido no solo responder a una mayor demanda, sino también consolidar un modelo de atención más eficiente, articulado y centrado en el usuario.

## Producción Terapia Ocupacional II Trimestre 2024-2025




| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 1496 | 1327 | 2548 | 1541 |
| 2025 | 1418 | 1592 | | |

**Fuente**: Sistema de información ALMERA – Base de datos Terapias

En el segundo trimestre del año 2025, el servicio de Terapia Ocupacional realizó un total de 1.592 procedimientos de los cuales 1.436 correspondieron a intervenciones en hospitalización lo que representa el 90,2% del total de las atenciones, en el servicio de consulta externa se llevaron a cabo 84 sesiones lo que equivale al 5,2% y en el servicio de urgencias se realizó 72 intervenciones que corresponde al 4,5%.

Al comparar el segundo trimestre del año 2025 con el mismo trimestre del año anterior en las que se realizaron un total de 1.327 procedimientos, muestra un incremento de 265 intervenciones equivalente a un 9%.

Por otro lado, al analizar el segundo trimestre del año 2025 en comparación con el I trimestre de 2025, se observa un incremento de 174 procedimientos, que representa aproximadamente un 6% (del total de ambos períodos). Este incremento progresivo responde a la implementación de acciones orientadas al fortalecimiento del servicio, entre las cuales se destacan: Consecución del recurso humano faltante para dar respuesta a la creciente demanda asistencial, Diseño y difusión de material informativo (posters), asimismo llamadas telefónico a las especialidades que permite socializar de manera clara la ruta para la formulación de órdenes de terapia, facilitando la articulación con las

diferentes especialidades, Procesos de sensibilización al personal clínico y asistencial sobre la importancia de la intervención oportuna en Terapia Ocupacional como factor determinante en la recuperación funcional y reincorporación del paciente a su vida cotidiana y la Vinculación de estudiantes en formación, lo que contribuye tanto al desarrollo académico como al fortalecimiento de las capacidades del equipo de trabajo.

## 2.11 HOSPITAL UNIVERSITARIO

### TALENTO HUMANO PROCESOS DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

La subdirección de Educación Médica, para el segundo trimestre del año no presentó variaciones en su talento humano respecto del trimestre anterior, contando con siete colaboradores, uno más respecto del trimestre correspondiente al año 2024 a partir de la vinculación de un profesional en psicología para el programa de fortalecimiento de salud mental y prevención del suicidio en la población estudiantil, según se relaciona a continuación:

| TALENTO HUMANO SUBDIRECCIÓN MEDICA | 2024 | | | | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM | I TRIM | II TRIM |
| Líder del servicio | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Profesional especializado en Calidad | 1 | | | | 0 | 0 |
| Técnico III | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Técnico V | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Profesional II | | | | | 1 | 1 |
| Profesional especializado (CI | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Profesional especializado | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Profesional Psicología | | | | 1 | 1 | 1 |
| Profesional Especializado Financiero | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| **TOTAL** | **6** | **6** | **6** | **7** | **7** | **7** |

**Fuente**: archivo de Educación Medica

La persona encargada de bienestar universitario se desplaza dos días a la semana a Zipaquirá, alternando la semana con tres días en Zipaquirá, con el fin de atender las necesidades de los estudiantes que rotan en el hospital regional y unidad funcional.

Se requiere la vinculación para el área de educación médica de un profesional de la salud, médico o enfermera con especialización en auditoria y gestión de calidad a fin de apoyar en el ajuste y documentación de procesos, así como en el seguimiento a las actividades de seguridad del paciente frente al proceso de renovación de la certificación como Hospital Universitario en consonancia con la ley 2333 de 2023.

## GESTIÓN DEL PROCESO DE DOCENCIA Y SEGUIMIENTO

### Convenio Docencia Servicio:

Se cuenta con la vinculación de Instituciones de Educación Superior con programas de salud acreditados y en el caso de las instituciones técnicas con programas habilitados y certificados mediante convenios docencia servicio actualizados llevando a cabo seguimiento y evaluación de la calidad académica, investigación y recursos de contraprestación mediante los comités docencia servicio ajustados al Decreto 2376 de 2010 por medio del cual se regula la relación docencia – servicio para los programas de formación del talento humano del área de la salud.

Para el segundo trimestre del año 2025, el Hospital Universitario de la Samaritana contó con 32 convenios suscritos con 25 universidades y 7 Institutos técnicos de los cuales 6 entidades son públicas y 25 privadas. De estas 32 entidades; 23 presentaron estudiantes de pregrado y posgrado en rotación para las tres sedes y se contó con tres convenios internacionales suscritos con la Universidad internacional de Valencia para el postgrado de Neuropsicología, Universidad de la Rioja (Logroño - la Rioja España) y la Universidad continental del Perú, esta últimas sin presentar estudiantes para rotación en la red samaritana.

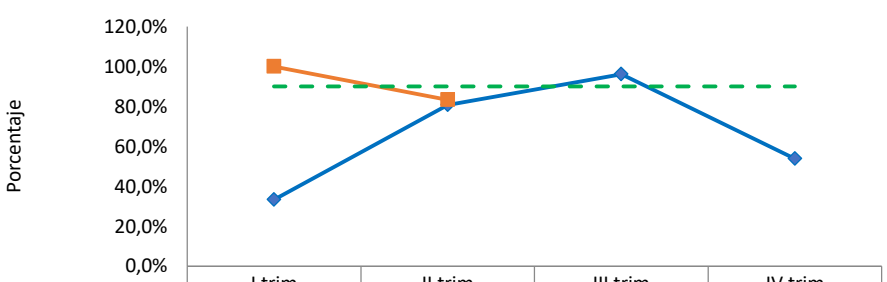
| Descripción | AÑO 2024 | | | | AÑO 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM | I TRIM | II TRIM |
| Convenios vigentes con rotación activa | 18 | 18 | 18 | 23 | 23 | 23 |
| Convenios vigentes sin rotación de estudiantes | 9 | 8 | 10 | 6 | 6 | 6 |
| Convenio internacional ( U. Valencia España) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Convenio internacional ( U. Continental de Perú) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Universidad de la Rioja (Logroño - la Rioja España) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| **Total convenios** | **30** | **29** | **31** | **32** | **32** | **32** |

**Fuente**: Archivo Educación médica – Plataforma Saberes

De los convenios vigentes y que no presentaron estudiantes para rotación por ninguna de las sedes del Hospital Universitario de la Samaritana se encuentran los convenios suscritos con las Universidades Uninavarra, UDCA, Humanarte (Unidad Funcional De Zipaquirá), Escuela De Salud San Pedro Claver, Instituto Politécnico De La Sabana, U continental de Perú, Universidad de la Rioja. Se revisó y ajusto el contrato con la UDCA para internado de medicina en Hospital Regional de Zipaquirá por la especialidad de neurología. Con la Uninavarra se acordó un anexo técnico para rotación en la especialidad de medicina Interna e Internado para el primer semestre del año 2025.

## Comités Docencia servicio

El desarrollo de los comités docencia servicio es realizado conforme a los establecido en la Resolución 296 del 2015, "en el cual se establece la estructura y funciones que deben cumplir los comités docencia servicio que conforme a la E.S.S. Hospital Universitario de la Samaritana con los instituciones de Educación Superior en virtud de los convenios docencia servicio", para lo cual se establece con cronograma de realización de los comités para el año 2025 los cuales conforme a los compromisos con las instituciones educativas son realizados de manera virtual y/o presencial con la participación activa de los miembros del comité y/o representantes de los integran, adelantándose para el trimestre 20 comités de 24 propuestos con un cumplimiento del 83,3%, superior al 80,7% alcanzado para el segundo trimestre del año 2024.




| | I trim | II trim | III trim | IV trim |
|---|---|---|---|---|
| Año 2024 | 33,3% | 80,8% | 96,2% | 53,8% |
| Año 2025 | 100% | 83,3% | | |
| Meta | 90% | 90% | 90% | 90% |

**Fuente**: Archivo Educación médica

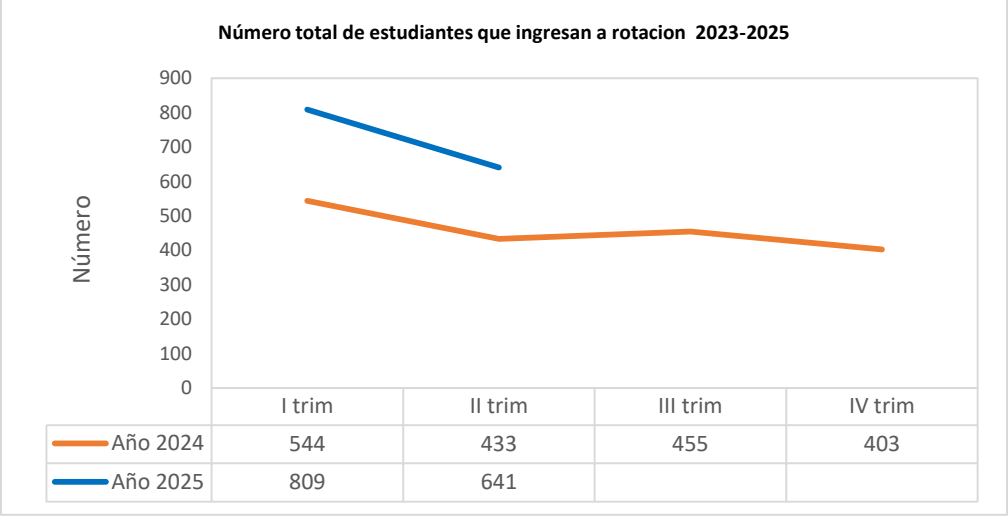
Quedaron pendientes los comités de la UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA (UNAD) - ECI SALUD, ESAE, USESALUD (UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA) y UNIVERSIDAD SAN bBUENAVENTURA que serán programados para el mes de julio.

De acuerdo con el desarrollo de los comités se resalta de parte de los estudiantes de pregrado y posgrado en las diferentes especialidades el reconocimiento del Hospital Universitario de la Samaritana como excelente centro de práctica y los programas de bienestar estudiantil como alimentación, suministro de locker, habitaciones descanso, respeto a los descansos pre turnos y pos turnos con cumplimiento de las 66 horas semanales y apoyo de los docentes con retroalimentación de su proceso formativo. Es de aclarar que de igual forma han manifestado dificultades en las comunicaciones por la red Wifi, accesibilidad a la historia clínica por falta de equipos de cómputo y espacio físico en algunos servicios como fisioterapia.

De otra parte, en el seguimiento a los convenios docencia servicio se ha incluido dentro de dichos comités una parte administrativa y financiera a fin de revisar periódicamente el estado y vigencias de las pólizas y el estado de cartera por contraprestaciones de acuerdo con lo definido en cada convenio y los informes contables del hospital, logrando conciliar cartera de años 2022 y 2023 según lo contemplado en plan de mejoramiento suscrito con la contraloría Departamental.

## Estudiantes que ingresan a rotación 2024--2025

EL Hospital Universitario de la Samaritana, cuenta con la rotación de estudiantes pertenecientes a los 22 convenios docencia servicios con Instituciones Educación Superior, para los programas de, dentro de los cuales se encuentran Medicina ( estudiantes e Internos), Enfermería, Fisioterapia, Nutrición, bacteriología y microbiología ,Odontología, Instrumentación Quirúrgica, Psicología, Farmacia, Fonoaudiología y Programas técnicos y tecnológicos como técnicos de Rayos X, Auxiliares de Servicios Administrativos, Auxiliares de Enfermería, Citohistotecnólogo. Se inició en este trimestre la rotación de técnicos de rayos X de la UNAD en el Hospital Regional de Zipaquirá. Dentro de los programas de postgrado (Residentes), se encuentran Medicina Interna, Cirugía general, Ginecobstetricia, ortopedia, Pediatría, reumatología, Neurocirugía, Cirugía Plástica, Oftalmología, Cuidado Critico, Cirugía de mano, Cirugía maxilofacial, Cuidado paliativo, dermatología, neurología, geriatría, psiquiatría, reumatología y maestría de enfermería en cuidado crítico).




| | I trim | II trim | III trim | IV trim |
|---|---|---|---|---|
| Año 2024 | 544 | 433 | 455 | 403 |
| Año 2025 | 809 | 641 | | |

**Fuente**: Sistema de Información ALMERA

Durante el segundo trimestre del año 2025, ingresaron 641 estudiantes, de los cuales 120 corresponden a programas de postgrado (residentes), 521 estudiantes de pregrado, correspondiente a 12 programas diferentes de medicina, enfermería, fisioterapia, farmacia, administrativos en salud, atención prehospitalaria, auxiliares de enfermería y al programa Internado Rotatorio de Medicina.

En el grupo de postgrado, se registraron principalmente estudiantes de postgrados en Medicina, incluyendo Medicina Interna, cirugía general, ginecoobstetricia, ortopedia y traumatología, Neurología, Dermatología, Anestesia, , Neurocirugía, oftalmología, entre otros, según los convenios suscritos con la universidad de la sabana (n=59/120), Pontificia universidad javeriana (32/120), Universidad Nacional de Colombia (n=11/120), Universidad el bosque (n=5/120), Universidad nuestra señora del rosario (n=3/120),Fundación Universitaria Sanitas (n=7/120) y fundación universitaria ciencias de la Salud (n=2/120).

| PROGRAMA /ESPECIALIDAD | Fundación Universidad Juan N Corpas | Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud | Fundación Universitaria Sanitas | Pontificia Universidad Javeriana | Universidad de la Sabana | Universidad El Bosque | Universidad Nacional de Colombia | Universidad Nuestra Señora Del Rosario | Total general | Distrib % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Medicina Interna | | | | 4 | 29 | | | | 33 | 27,50% |
| Dermatología | | 2 | 6 | 3 | 6 | | 1 | | 18 | 15,00% |
| Ginecoobstetricia | | | | 13 | | 1 | | | 14 | 11,67% |
| Neurología | | | | | 2 | | 9 | | 11 | 9,17% |
| Ortopedia y Traumatología | | | | 8 | | | | | 8 | 6,67% |
| Anestesiología | | | | | 8 | | | | 8 | 6,67% |
| Cirugía General | | | 1 | 3 | 1 | | | | 5 | 4,17% |
| Pediatría | | | | | 4 | | | | 4 | 3,33% |
| Radiología e Imágenes Diagnosticas | | | | | 4 | | | | 4 | 3,33% |
| Neurocirugía | | | | | | | | 3 | 3 | 2,50% |
| Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos | | | | | 2 | | | | 2 | 1,67% |
| Reumatología | | | | | 2 | | | | 2 | 1,67% |
| Psiquiatría | | | | | | 2 | | | 2 | 1,67% |
| Infectología | | | | | | 2 | | | 2 | 1,67% |
| Hematología | | | | | | | 1 | | 1 | 0,83% |
| Microbiología Médica | | | | 1 | | | | | 1 | 0,83% |
| Oftalmología | | | | | 1 | | | | 1 | 0,83% |
| Medicina Interna UCI | 1 | | | | | | | | 1 | 0,83% |
| **Total general** | **1** | **2** | **7** | **32** | **59** | **5** | **11** | **3** | **120** | **100%** |
| **Distrib %** | **0,83%** | **1,67%** | **5,83%** | **26,67%** | **49,17%** | **4,17%** | **9,17%** | **2,50%** | **100%** | |

**Fuente**: Archivo Educación médica – Plataforma Saberes

En relación con el programa de Internado Rotatorio en medicina, en el programa base participan 9 Universidades, de las cuales 3 (U La Sabana, U Javeriana y U los Andes) tienen programa de 6 meses mientras las otras; U Juan N Corpas, U El Bosque, U. Militar, Unisanitas, tienen un programa de un año. El número de internos nuevos para el segundo trimestre fue 141; de la Universidad de la Sabana con 73 internos y le sigue la U Juan N Corpas con 18 Internos, Bosque 12, Javeriana 11, Rosario 10, Militar 7, Universidad nacional de Colombia 5 y Sanitas 3

Para los diferentes programas de pregrado, se identifican durante el segundo trimestre 2025, 141 médicos internos y 456 estudiantes de pregrado de diferentes disciplinas rotando por las tres unidades de la Red Samaritana con, prin-

cipalmente de las Universidad de la Sabana, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad del Rosario, Universidad Nacional de Colombia y la Fundación Universitaria Juan N. Corpas entre otros, según se relaciona a continuación:

| INSTITUCION EDUCACIÓN | INTERNADO ROTATORIO MEDICINA | PREGRADO | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | BOGOTA DC | HRZ | UFZ | |
| Pontificia Universidad Javeriana | 11 | 53 | 5 | 7 | 76 |
| Universidad de la Sabana | 73 | 51 | 53 | 37 | 214 |
| Universidad Nacional de Colombia | 5 | 28 | | | 33 |
| Universidad ECCI | | 27 | | | 27 |
| Fundación Universidad Juan N Corpas | 18 | 19 | | 32 | 69 |
| Escuela ESAE | | 18 | | | 18 |
| Universidad Nacional Abierta y a Distancia | | 16 | 5 | 2 | 23 |
| Universidad Nuestra Señora Del Rosario | 10 | 13 | | 15 | 38 |
| Fundación Universitaria del Área Andina | | 9 | | | 9 |
| Universidad Salesiana | | 4 | | | 4 |
| Escuela Colombiana de Rehabilitación (ECR) | | 4 | | | 4 |
| Instituto Colombiano de Aprendizaje INCAP | | 3 | | | 3 |
| SENA Regional Cundinamarca | | | | 18 | 18 |
| Universidad Militar Nueva Granada | 7 | | | 4 | 11 |
| USESALUD | | | | 25 | 25 |
| Universidad de los Andes | 2 | | | 8 | 10 |
| Universidad El Bosque | 12 | | | | 12 |
| Fundación Universitaria Sanitas | 3 | | | | 3 |
| **Total general** | **141** | **245** | **63** | **148** | **597** |

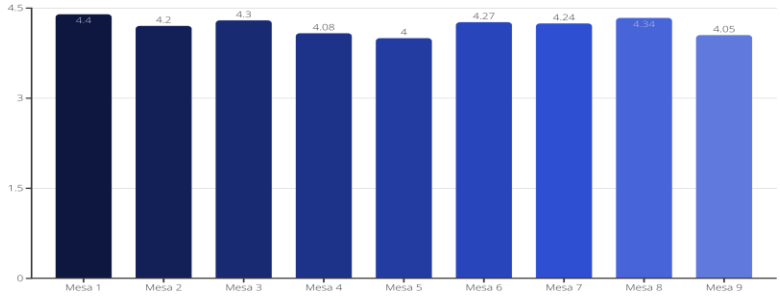
**Fuente**: Plataforma Saberes Educación médica

## Proceso Autoevaluación Hospital Universitario

El hospital universitario de la Samaritana, realizó el pasado 18 de junio la autoevaluación institucional con el fin de respaldar su certificación como hospital universitario ante el Ministerio de Salud y Protección social en cumplimiento de la ley 2333 de 2023, Por medio de la cual se modifica el artículo 100 de la ley 1438 de 2011 y bajo la metodología de un World Café con nueve mesas de trabajo para garantizar una cobertura integral de la Resolución 3409 del 23 de octubre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social "por la cual se define la documentación para efectos del reconocimiento de las Instituciones prestadoras de servicios de Salud como "Hospitales universitarios“ y el Acuerdo N° 00273 del 5 octubre de 2021 Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud – CITHS.

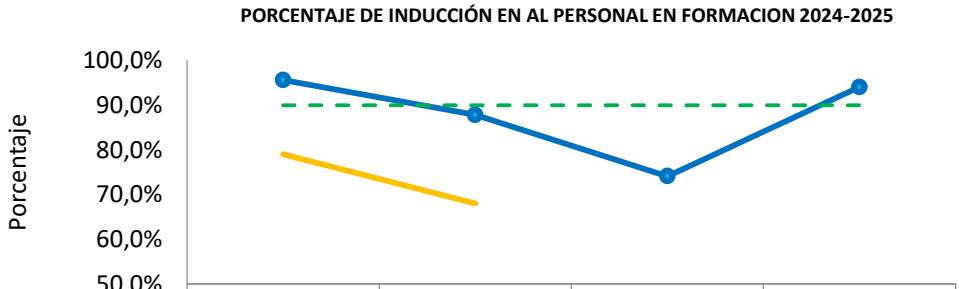
A partir de los resultados de nueve mesas de trabajo sobre la percepción institucional, donde se evaluaron aspectos como la plataforma estratégica, el sistema de garantía de calidad y la gestión administrativa, se logró un promedio global de 4.2 sobre 5 en 332 respuestas. Los principales hallazgos destacaron la valoración del personal docente y los procesos de docencia-servicio, pero también identificaron brechas en la formación continua, la suficiencia de docentes, la adecuación de equipos de TI y la socialización de información y programas de bienestar. Se discutieron oportunidades de mejora como la integración temprana de estudiantes en investigación, la optimización de la comunicación clínica académica, y la mejora en la difusión de programas de bienestar.

## Resultado de la autoevaluación por mesa de trabajo




**Fuente**: Informe Autoevaluación Hospital universitario 2025

## Inducción realizada al personal en formación




| | I trim | II trim | III trim | IV trim |
|---|---|---|---|---|
| Año 2024 | 95,6% | 87,8% | 74,07% | 94,04% |
| Año 2025 | 79,0% | 68,0% | | |
| Meta | 90% | 90% | 90% | 90% |

**Fuente**: Sistema de información ALMERA – Id 15

Para el segundo trimestre del año se contó con el ingreso de 641 estudiantes en el HUS sede Bogotá y las dos sedes de Zipaquirá, de los cuales participaron en la inducción institucional el 68% (435), que corresponde a con una disminución respecto al período anterior de -11% y al mismo periodo del año 2024 que se alcanzó el -19% en el que resultado fue del 87,8% de inducción. Se ha buscado fortalecer este proceso de inducción con la inclusión de temas relevantes para el Hospital Universitario de la Samaritana y sus centros de formación, observándose dificultades de comunicación y autorización de las universidades para la asistencia de los estudiantes por la diversidad de fechas de ingreso en el período, lo cual se viene fortaleciendo en los comités Docencia servicio.

De otra parte, de igual forma se han identificado estudiantes de pregrado internado rotatorio y postgrado que ya habían recibido la inducción dentro del año inmediatamente anterior. En los comités de docencia servicios se han generado acuerdos con las universidades para mejorar la calidad de la información de la plataforma Saberes y de esta manera mejorar la cobertura.

## Apoyo Educativo Colaboradores

Los apoyos educativos a funcionarios, colaboradores y beneficiarios están sustentados en lo dispuesto por el procedimiento establecido y concertados con cada Universidad según lo suscrito en cada Convenio de Docencia y Servicio vigente en referencia a las contraprestaciones.

En apoyo tanto en el Primer Trimestre como en el Segundo Trimestre de 2025. En la vigencia de 2025 con corte a Junio 30 de 2025, bajo la modalidad de Contraprestación en Especie se ha cruzado la suma de **$181.715.950** en virtud de los Convenios Docencia Servicio con las diferentes universidades con las cuales se ha solicitado el apoyo. Entre en los que se puede mencionar; Doctorado 2, Maestría 10, Especialización 5 y diplomados.

Estos apoyos están sujetos a verificación de Talento Humano por la vinculación de los colaboradores quienes solicitan los programas de posgrado de forma semestral acorde a los períodos de estudio, y a los diplomados que son programas de educación continua que no tienen un período fijo.

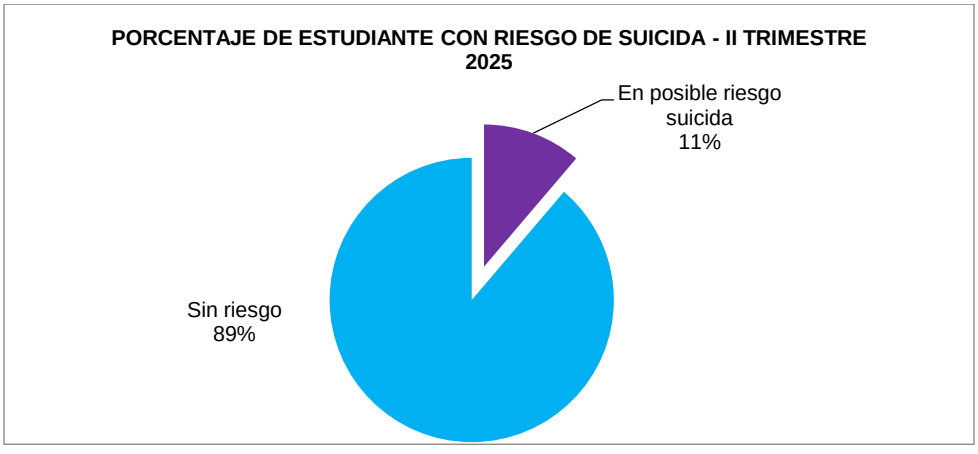
## PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LOS ESTUDIANTES

La salud mental de los estudiantes de medicina y otras áreas de la salud es un tema de creciente preocupación dado que diversos estudios han revelado tasas alarmantes de burnout, síntomas ansiosos, depresivos y conductas suicidas en esta población. Los médicos y profesionales de otras áreas de la salud son un grupo vulnerable para presentar problemas de salud mental debido a que están en constante exposición a la enfermedad, el sufrimiento humano y la muerte.

Además, este grupo poblacional suele tener cargas laborales excesivas y horarios laborales de mucha exigencia, que afectan su bienestar emocional y psicológico. Sumado a esto, se ha observado que los médicos y profesionales de otras áreas de la salud que están en formación tienen tasas más altas de depresión y pensamientos suicidas, debido a los estresores únicos durante esta etapa, como las presiones por la excelencia académica, la inseguridad laboral y las presiones financieras.

En este contexto y por estas razones, el E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana creó un Programa de Prevención del Suicidio y Promoción de la Salud Mental para los estudiantes. Para que este programa sea eficaz y se ajuste a las necesidades particulares de los estudiantes es fundamental realizar un proceso de caracterización, tamizaje de riesgo suicida y evaluación de factores de riesgo para la salud mental de la población estudiantil.

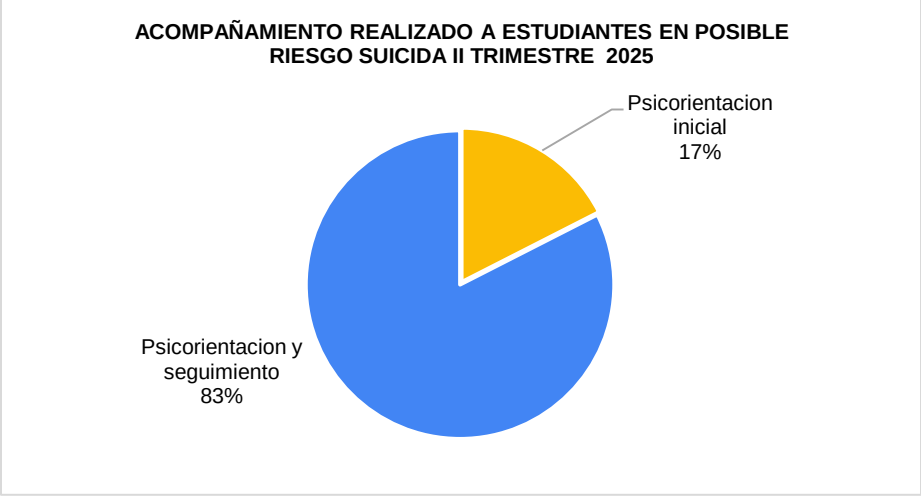
En el II trimestre del 2025 participaron 365 estudiantes de pregrado y posgrado de medicina y otras áreas de la salud en el tamizaje de riesgo suicida, con la siguiente participación: de la Universidad de la Sabana (28,7%), la Pontificia Universidad Javeriana (18%) y la Fundación Universitaria Juan N Corpas (10,7%). Una vez interpretadas las respuestas, se identificó que 40 (11,2%) estudiantes que participaron en el tamizaje están en posible riesgo suicida.




**Fuente**: Informe del programa de prevención del suicidio y promoción de la salud mental de los estudiantes

De esos 40 estudiantes en posible riesgo suicida la mayoría pertenecen al programa de medicina (72,5%) y enfermería (20,0%). También hay estudiantes en posible riesgo suicida en los programas de radiología (2,5%), farmacia (2,5%) y odontología (2,5%).

Estos resultados se socializaron con los respectivos jefes de los servicios e Instituciones Educativas con el fin de realizar esfuerzos conjuntos y darles un apoyo integral y oportuno a estos estudiantes. Se contactó a los 40 estudiantes identificados en posible riesgo suicida para hablar sobre los resultados de su tamizaje, indagar si cuentan con un acompañamiento psicológico o psiquiátrico y darles psico - orientación para promover la adherencia a tratamientos y fomentar estilos de vida saludables. De esos 40 estudiantes 33 (82,5%) aceptaron un seguimiento por parte de la psicóloga de Educación Médica, mientras los otros 7 (17,5%) solo aceptaron tener el espacio de psico - orientación inicial.




**Fuente**: Informe del programa de prevención del suicidio y promoción de la salud mental de los estudiantes

Complementariamente, durante el 2° trimestre se realizó en todas las inducciones charlas de sensibilización a los estudiantes sobre temas de acoso, maltrato y suicidio.

Por otro lado, se realizó una encuesta a 191 estudiantes de medicina de pregrado, internos y posgrado para que evaluaran el Hospital como escenario de práctica, teniendo en cuenta aspectos como la supervisión docente, espacios académicos y temas de horarios. De esa encuesta, se obtuvieron los siguientes resultados:

| MEDICINA | Pregrado | | Internos | | Residente | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Aspecto a calificar | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| Recibí inducción particular sobre el servicio | 89,0% | 11,0% | 90,0% | 10,0% | 100,0% | 0,0% |
| Recibí la orientación y retroalimentación oportuna de mi supervisión durante mi proceso formativo | 91,0% | 9,0% | 86,0% | 14,0% | 94,0% | 6,0% |
| La delegación de funciones fue la esperada y se hizo de manera gradual | 89,0% | 11,0% | 90,0% | 10,0% | 94,0% | 6,0% |
| Se realizaron periodicamente espacios académicos | 94,0% | 6,0% | 88,0% | 12,0% | 94,0% | 6,0% |
| El ambiente de aprendizaje fue respetuoso | 98,0% | 2% | 94,0% | 6,0% | 94,0% | 6,0% |
| Mis turnos cumplían con la cantidad horaria establecida | 94,0% | 6,0% | 86,0% | 14,0% | 94,0% | 6,0% |

**Fuente**: Informe del programa de prevención del suicidio y promoción de la salud mental de los estudiantes

## GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El Hospital Universitario de La Samaritana avala 18 grupos de investigación (GII), los cuales de acuerdo al Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MinCiencias) están categorizados como: 1 en categoría B, 11 en categoría C, 2 en categoría reconocido y 4 no reconocidos, medición que será modificada de acuerdo a los resultados de la convocatoria N°957 de 2024.

| N° | Grupo De Investigación | Año Creación | Área | categoría MinCiencias convocatoria N°894 de 2021 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | GINIC-HUS (**) | 2006 | Ingeniería Clínica y Biomédica | B |
| 2 | RICAVTA | 2006 | Medicina Interna | C |
| 3 | Enfermería-HUS | 2006 | Enfermería | C |
| 4 | GINECOHUS | 2011 | Ginecología Y Obstetricia | C |
| 5 | CIEN | 2012 | Neurocirugía | C |
| 6 | OrthoHUS | 2012 | Ortopedia y Traumatología | C |
| 7 | RADIOLOGÍA & NEUROCIENCIAS HUS | 2007 | Radiología y Neurología | C |
| 8 | Der+ | 2015 | Dermatología | C |
| 9 | ECCRIT | 2008 | Cuidado Intensivo | C |
| 10 | INFARMA-HUS | 2014 | Farmacia | C |
| 11 | GASTROSUR | 1993 | Gastroenterología | C |
| 12 | UROHUS | 2007 | Urología | C |
| 13 | Paideia | 2019 | HRZ (Medicina Interna, Pediatría) | Reconocido |
| 14 | SENSES-HUS | 2000 | Otorrinolaringología, Oftlmología, Cirugía Maxilofacial | Reconocido |
| 15 | CIRHUS | 2014 | Cirugía General | No reconocido |
| 16 | PLASTICOHUS | 2015 | Cirugía Plástica | No reconocido |
| 17 | CARDHEA | 2015 | Neonatología, Laboratorio Clínico, Psiquiatría, Terapia | No reconocido |

**Fuente:** MinCiencias resultado de la convocatoria N°894 de 2021

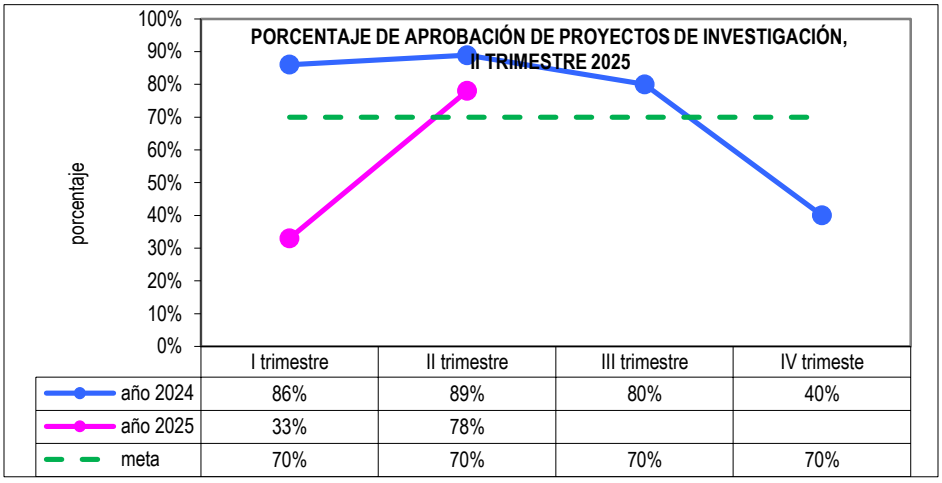
**Grupos de Investigación Institucional (GII).** Descripción de los GII con el año de creación, las áreas en las que se desempeñan y la categoría dada por MinCiencias resultado de la convocatoria N°894 de 2021. (**) El grupo de investigación es liderado desde la Universidad ECCI en donde el 92% de los investigadores son de la universidad.

El Centro de Investigación del Hospital Universitario de La Samaritana (CIHUS), encargado de fomentar la investigación intra e interinstitucional mediante la regulación, asesoría y acompañamiento a los proyectos de investigación de los grupos de investigación institucional (GII), durante el primer trimestre 2025 realizó las siguientes acciones:

## Comité de Ética en Investigación, CEIHUS

El Comité de Ética en Investigación del HUS (CEIHUS) realizó las tres (3) sesiones mensuales programadas en el trimestre y una (1) sesión extraordinaria. El Comité sesionó un total de 9 proyectos de investigación de los cuales aprobó 7 representado en un 78% de aprobación de proyectos y evidenciando un aumento de 45% en comparación con el primer trimestre de 2025 en el que la aprobación fue de 33%. En particular, los trabajos no aprobados en el I trimestre están asociados o derivan en trabajos de grado con asesoría metodológica de las Instituciones de Educación Superior (IES), lo cual ha generado que el CIHUS solicité una carta de presentación del trabajo firmado por el asesor metodológico con el propósito incentivar que el documento sea leído previo a la entrega al Centro de Investigación.

Porcentaje de proyectos de investigación aprobados por el CEIHUS

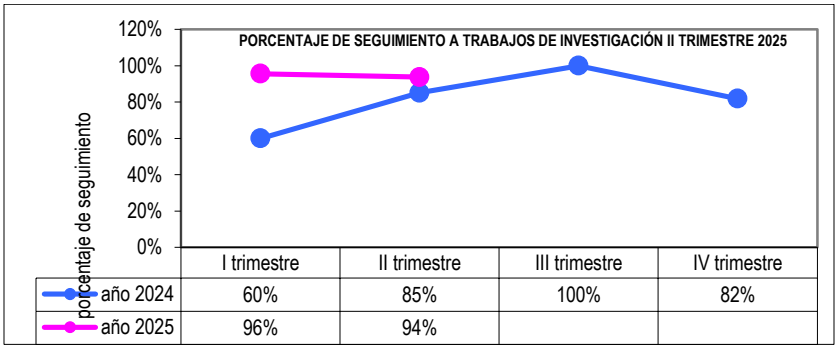



**Fuente**: SGI Almera, indicador 2085.

**Porcentaje de proyectos de investigación aprobados por el CEIHUS**. En el primer trimestre de 2025 se presentaron ante el CEIHUS 9 proyectos de investigación de los cuales fue aprobado 7, para un porcentaje de aprobación del 78%, evidenciando un aumento de 45% en comparación con el primer trimestre de 2025 en el que la aprobación fue de 33%. En particular, los trabajos no aprobados en el II trimestre están asociados o derivan en trabajos de grado con asesoría metodológica de las Instituciones de Educación Superior (IES), lo cual ha generado que el CIHUS solicité una carta de presentación del trabajo firmado por el asesor metodológico con el propósito incentivar que el documento sea leído previo a la entrega al Centro de Investigación.

El CIHUS en el acompañamiento a los investigadores HUS realizó seguimiento a 60 (94%) trabajos de investigación de los 64 seguimientos programados para el segundo trimestre del año 2025 (Gráfica 2).

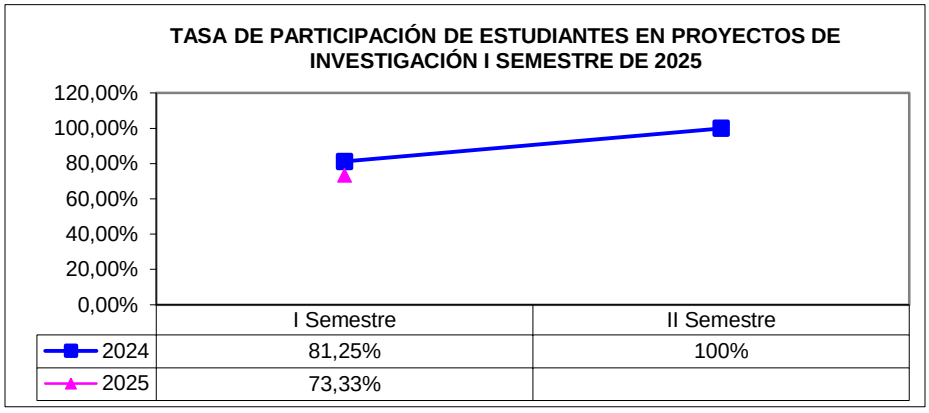
Porcentaje seguimiento a trabajos de investigación




**Fuente**: SGI Almera, indicador 2087.

Porcentaje de seguimiento a trabajos de investigación. El porcentaje de seguimientos a los proyectos de investigación en el segundo trimestre del año 2025 fue de 94% correspondiente a 60 trabajos de investigación activos y evidenciando una disminución del 2% con respecto al trimestre anterior del año 2025.

Porcentaje de Proyectos de Investigación con participación de estudiantes




**Fuente**: SGI Almera, indicador 2223.

Porcentaje de Proyectos de Investigación con participación estudiantes. El porcentaje de Proyectos de Investigación con participación de estudiantes en el primer semestre del año 2025 fue de 69% que corresponde a los 11 proyectos de investigación presentados al CEIHUS en el que participan estudiantes del total de los 16 proyectos de investigación presentados durante el semestre. Los investigadores continúan motivando a los estudiantes a participar, así como el CIHUS informa las opciones de participación en las jornadas de inducción programadas por la Subdirección de Educación Médica e Investigación.

- **Comité de Investigación.** El Comité de Investigación realizó las tres (3) sesiones mensuales programadas en el trimestre, iniciando así sus labores con la regularidad descrita en la Resolución N°079 de 2025 e inició la elaboración de los documentos (formatos y guía de operación) y así dar inicio a la recepción de proyectos de investigación debidamente aprobados por el CEIHUS.

- **Convocatorias Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación.** El CIHUS comunicó a los investigadores la oportunidad de participar en la convocatoria N°966 "*Colombia Inteligente: Ciencia y Tecnologías Cuánticas e Inteligencia Artificial para los Territorios*", teniendo presente que el Hospital participaría en el rol de Empresa Nacional. No obstante el Hospital no participó en la convocatoria porque ningún investigador hizo manifiesto la intención.

- **Universidad ECCI.** El CIHUS atendió la invitación de la Universidad ECCI con el fin de conocer las instalaciones para realizar investigación y establecer los escenarios inmediatos para la formulación de propuestas de investigación.

## CAPITULO III DIRECCION FINANCIERA

### 3.1 PRESUPUESTOS

### 3.1.1 PRESUPUESTO E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

**PRESUPUESTO DE INGRESOS CONSOLIDADO**

**Cifras en Millones de Pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH**

| CONCEPTO | I TRIM 2024 | | I TRIM 2025 | | II TRIM 2024 | | II TRIM 2025 | | Variación I TRIM | | Variación II TRIM | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Reconocimiento | Recaudo | Reconocimiento | Recaudo | Reconocimiento | Recaudo | Reconocimiento | Recaudo | Reconocimiento | Recaudo | Reconocimiento | Recaudo |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DISPONIBILIDAD INICIAL** | **7.138** | **7.138** | **14.099** | **14.099** | **7.138** | **7.138** | **22.183** | **22.183** | **98%** | **98%** | **211%** | **211%** |
| **INGRESOS CORRIENTES** | **126.715** | **63.882** | **145.988** | **79.798** | **259.373** | **146.601** | **284.821** | **153.093** | **15%** | **25%** | **10%** | **4%** |
| Ventas de establecimientos de mercado | 68.254 | 5.421 | 80.622 | 14.432 | 152.174 | 39.402 | 186.580 | 54.852 | 18% | 166% | 23% | 39% |
| Cuentas por Cobrar | 54.140 | 54.140 | 56.276 | 56.276 | 83.676 | 83.676 | 75.463 | 75.463 | 4% | 4% | -10% | -10% |
| Venta de otros bienes y servicios | 218 | 218 | 962 | 962 | 721 | 721 | 3007 | 3007 | 341% | 341% | 317% | 317% |
| Transferencias corrientes | 4.102 | 4.102 | 8.127 | 8.127 | 22.802 | 22.802 | 19.770 | 19.770 | 98% | 98% | -13% | -13% |
| **RECURSOS DE CAPITAL** | **202** | **202** | **204** | **204** | **1.312** | **1.312** | **549** | **549** | **1%** | **1%** | **-58%** | **-58%** |
| **TOTAL INGRESOS** | **134.055** | **71.222** | **160.291** | **94.101** | **267.822** | **155.051** | **307.553** | **175.824** | **20%** | **32%** | **15%** | **13%** |
| | | | | | | | | | | | | |

| CONCEPTO | I TRIM 2024 | | II TRIM 2025 | | II TRIM 2024 | | II TRIM 2025 | | Variación I TRIM | | Variación II TRIM | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Reconocimiento | Recaudo | Reconocimiento | Recaudo | Reconocimiento | Recaudo | Reconocimiento | Recaudo | Reconocimiento | Recaudo | Reconocimiento | Recaudo |
| **TOTAL INGRESOS BOGOTA** | 70.822 | 37.190 | 88.777 | 52.091 | 148.513 | 85.276 | 175.091 | 100.906 | 25% | 40% | 18% | 18% |
| **TOTAL INGRESOS REGIONAL** | 46.470 | 24.243 | 49.118 | 26.201 | 88.340 | 51.294 | 97.260 | 52.552 | 6% | 8% | 10% | 2% |
| **TOTAL INGRESOS UFZ** | 16.762 | 9.789 | 22.396 | 15.808 | 30.970 | 18.480 | 35.202 | 22.366 | 34% | 61% | 14% | 21% |

El presupuesto de ingresos aprobado al primer trimestre en la vigencia 2025 fue de $368.588 que con respecto al 2024 de $351.063 millones presenta un incremento del 5% razón de mayor aprobación de las cuentas cobrar menores a 2 años por el crecimiento de las mismas al cierre de la vigencia 2024 así mismo de la disponibilidad inicial que aumenta en un 30% con respecto a 2024 teniendo en cuenta que se adiciono recursos del saldo por ejecutar de convenios celebrados con la Secretaria de Salud de Cundinamarca Numero 1245 y 1273 de 2024 por valor de $8.783 millones de pesos. Para el II Trimestre del 2025 vs 2024 crece en un 11% ya que el valor aprobado para el 2024 fue $352.801 millones y vigencia 2024 de $391.680 millones, motivos por el cual a este corte ya se tiene contemplado el cierre de la vigencia anterior, aumentando el valor aprobado de las ventas de servicios de salud.

En cuanto a los reconocimientos y recaudos se evidencia para cada trimestre se presenta una variación positiva en la disponibilidad inicial por mayores recursos al cierre de cada vigencia, para el segundo trimestre los reconocimientos presentan una variación positiva del 15% gran porcentaje en la venta de servicios de salud y la disponibilidad inicial, en transferencias corrientes es menor al año pasado donde el hospital recibió convenio apalancamiento de $18.000 millones a pesar de haber recibido en el 2025 recursos del ministerio de salud para fortalecimiento institucional (compra insumos) por $10.000 millones y a la fecha no se ha recibido apalancamiento financiero por parte de la secretaria de salud. En recaudo se presenta incremento por recuperación de la venta de servicios de salud vigencia 2025, el valor de recaudo de la vigencia y anteriores (cuentas por cobrar) en el 2024 fue de $123.078 millones de pesos y en la vigencia 2025 son $130.315 millones con un aumento del 6%.

## PRESUPUESTO DE GASTOS

**Cifras en Millones de Pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH**

| CONCEPTOS | I TRIM 2024 | | | I TRIM 2025 | | | II TRIM 2024 | | | II TRIM 2025 | | | Variación I TRIM | | Variación II TRIM | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Compromisos | Obligaciones | Pagos | Compromisos | Obligaciones | Pagos | Compromisos | Obligaciones | Pagos | Compromisos | Obligaciones | Pagos | Compromisos | Obligaciones | Compromisos | Obligaciones |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **GASTOS DE FUNCIONA-MIENTO** | **14.021** | **10.030** | **7.741** | **16.211** | **8.819** | **8.326** | **22.823** | **18.268** | **16.688** | **26.612** | **17.938** | **17.032** | **16%** | **-12%** | **-6%** | **-3%** |
| Gastos de personal | 2.292 | 2.292 | 2.292 | 1.545 | 1.545 | 1.545 | 4.555 | 4.555 | 4.551 | 3.470 | 3.470 | 3.470 | -33% | -33% | 2% | 2% |
| Adquisición de bienes y servicios | 10.995 | 7.004 | 5.105 | 14.144 | 6.752 | 6.269 | 17.014 | 12.459 | 10.883 | 22.242 | 13.568 | 12.688 | 29% | -4% | -8% | -5% |
| Activos Fijos | 494 | 152 | 152 | 0 | 0 | 0 | 494 | 494 | 152 | 187 | 0 | 0 | -100% | -100% | -68% | -100% |
| Materiales y suministros | 407 | 91 | 54 | 713 | 81 | 5 | 732 | 422 | 55 | 1.225 | 723 | 351 | 75% | -11% | 2% | 56% |
| Adquisición de servicios | 10.093 | 6.761 | 4.900 | 13.431 | 6.671 | 6.264 | 15.788 | 11.543 | 10.675 | 20.829 | 12.845 | 12.337 | 33% | -1% | -7% | -4% |
| Transferencias corrientes | 348 | 348 | 343 | 231 | 231 | 221 | 456 | 456 | 456 | 294 | 294 | 268 | -34% | -34% | 22% | 22% |
| Gastos por tributos, multas, sanciones e intereses de mora | 387 | 387 | 1 | 291 | 291 | 291 | 799 | 799 | 799 | 606 | 606 | 606 | -25% | -25% | 18% | 18% |
| **INVERSIÓN** | **3.909** | **0** | **0** | **40** | **40** | **0** | **4.681** | **850** | **772** | **15.168** | **8.981** | **8.840** | **-99%** | **0%** | **21%** | **59%** |
| **GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL** | **93.111** | **46.907** | **23.283** | **120.042** | **61.643** | **42.073** | **149.731** | **106.576** | **70.205** | **199.530** | **134.279** | **89.955** | **29%** | **31%** | **53%** | **69%** |
| Gastos de personal | 3.646 | 3.646 | 3.646 | 3.032 | 3.032 | 3.032 | 7.124 | 7.124 | 7.124 | 6.478 | 6.478 | 6.478 | -17% | -17% | 15% | 15% |
| **Gastos de comercialización y producción** | **89.466** | **43.261** | **19.637** | **117.010** | **58.611** | **39.041** | **142.607** | **99.452** | **63.081** | **193.051** | **127.801** | **83.477** | **31%** | **35%** | **55%** | **73%** |
| Materiales y suministros (bienes) | 15.847 | 6.811 | 293 | 23.017 | 12.233 | 1.815 | 28.952 | 19.709 | 2.592 | 43.377 | 30.815 | 5.360 | 45% | 80% | 56% | 155% |
| Adquisición de servicios | 73.619 | 36.451 | 19.344 | 93.993 | 46.378 | 37.226 | 113.655 | 79.743 | 60.489 | 149.674 | 96.986 | 78.117 | 28% | 27% | 54% | 57% |
| **CUENTAS POR PAGAR** | **51.353** | **44.626** | **27.746** | **29.035** | **22.164** | **16.369** | **64.063** | **59.176** | **52.441** | **39.711** | **32.795** | **24.304** | **-43%** | **-50%** | **-23%** | **-30%** |
| **TOTAL GASTOS** | **162.394** | **101.563** | **58.770** | **165.328** | **92.667** | **66.768** | **241.299** | **184.870** | **140.107** | **281.021** | **193.994** | **140.131** | **2%** | **-9%** | **26%** | **29%** |

| **CONCEPTOS** | **I TRIM 2024** | | | **I TRIM 2025** | | | **II TRIM 2024** | | | **II TRIM 2025** | | | **Variación I TRIM** | | **Variación II TRIM** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Com-promisos** | **Ob-ligacio nes** | **Pagos** | **Com-promi-sos** | **Ob-ligacio nes** | **Pagos** | **Com-promi-sos** | **Ob-ligacio nes** | **Pagos** | **Com-promi-sos** | **Ob-ligacio nes** | **Pagos** | **Com-promi-sos** | **Ob-ligaciones** | **Com-promisos** | **Ob-ligacio nes** |
| TOTAL GASTOS BOGOTA | 80.754 | 53.847 | 31.087 | 80.573 | 49.386 | 35.006 | 125.869 | 100.287 | 77.085 | 143.861 | 104.786 | 78.154 | 0% | -8% | 14% | 4% |
| TOTAL GASTOS REGIONAL | 59.679 | 37.222 | 20.417 | 61.249 | 33.816 | 23.290 | 84.112 | 64.327 | 46.340 | 96.783 | 68.076 | 43.931 | 3% | -9% | 15% | 6% |
| TOTAL GASTOS UF ZIPA | 21.961 | 10.494 | 7.266 | 23.506 | 9.465 | 8.472 | 31.318 | 20.256 | 16.682 | 40.377 | 21.132 | 18.046 | 7% | -10% | 29% | 4% |

De un presupuesto aprobado al II trimestre del 2024 por $352.801 millones se comprometió $241.299 millones presentando un 68% de ejecución, con corte II trimestre del 2025 de un presupuesto aprobado de $391.681 millones se han comprometido la suma de $281.021 millones alcanzando un 72% . El presupuesto para las tres sedes en la vigencia 2024 vs 2025 se incrementó en un 11%, el cual está representado principalmente por el crecimiento de los gastos de inversión donde se incorporaron recursos en este rubro para ejecución del convenio 1245 y 1273 de 2024 celebrados con la secretaria de salud de Cundinamarca y el valor presupuestado por estampillas prohospitales universitarios en la vigencia 2025 que en esta vigencia fueron superiores a los de la vigencia 2024 a este corte.

En cuanto a los compromisos y obligaciones estos aumentaron en un 16% y 5% con respecto al segundo trimestre 2024 con 2025, dentro de este crecimiento se encuentran los gastos de operación comercial por mayor ejecución en

las apropiaciones de gastos correspondientes a la adquisición de insumos (conceptos materiales y suministros-bienes) y la contratación de servicios asistenciales que en promedio cubren a septiembre de 2025.

## 3.2 MERCADEO Y CONTRATACIÓN

### 3.2.1 COMPORTAMIENTO VALORES CONTRATADOS

Cifras en Millones de pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH

| Sede | I Trimestre 2024 | I Trimestre 2025 | Variación en $ I Trimestre 2025-2024 | % Participa-ción por Sede I Semestre 2024 | II Trimestre 2024 | II Trimestre 2025 | Variación en $ II Trimestre 2025-2024 | % Participa-ción por Sede I Semestre 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bogotá** | 26.622 | 34.077 | 7.455 | 47% | 38.263 | 50.415 | 12.152 | 50% |
| **Hospital Regional de Zipaquirá** | 23.364 | 26.416 | 3.052 | 37% | 26.300 | 40.156 | 13.856 | 40% |
| **Unidad Funcional de Zipaquirá** | 8.818 | 11.830 | 3.012 | 16% | 6.145 | 11.058 | 4.913 | 11% |
| **Total** | 58.804 | 72.323 | **13.519** | **100%** | 70.708 | 101.629 | **30.921** | **100%** |

Dentro del Proceso de inteligencia de Mercados se avanza en el seguimiento a las diferentes Empresas Responsables de Pago, con el objetivo principal de fortalecer la prestación de servicios de salud y aumentar la referencia de pacientes. En este sentido se ha llevado a cabo mesas de trabajo con diferentes EPS, lo que nos ha permitido actualizar nuestro portafolio de servicios e incluso incorporar nuevas sedes. Como resultado de estas gestiones, la tendencia general muestra un crecimiento sólido y acelerado entre 2024 y 2025 en ambos trimestres. El segundo Trimestre de 2025, en particular, se proyecta con un desempeño especialmente fuerte en todas las sedes. La variación trimestral (comparando 2025 vs. 2024) es positiva, indicando un incremento significativo en los valores. Específicamente para el II Trimestre del 2025, se observa un aumento del 44% equivalente a $ 30.921 millones pasando de $ 70.708millones en II trimestre del 2024 a $ 101.629 en II trimestre del 2025.

## 3.3 FACTURACIÓN

### 3.3.1 FACTURACIÓN COMPARATIVA POR SEDES

Cifras en Millones de pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH

| Centro de Atención HUS | I Trimestre 2024 | I Trimestre 2025 | Variación en $ I Trimestre | % Var I Trimestre 2024 – 2025 | % de Partici-pación por sede I Trimestre 2025 | II Trimes-tre 2024 | II Trimes-tre 2025 | Variación en $ II Trimes-tre | Variación% II Trimestre 2024 – 2025 | % de Partici-pación por sede II Trimestre 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hospital Universi-tario de La Samaritana | 34.706 | 44.821 | 10.115 | 29% | 56% | 79.369 | 99.455 | 20.086 | 25% | 58% |
| HUS - Nuevo Hospital Regional de Zipaquirá | 25.360 | 27.371 | 2.011 | 8% | 34% | 54.998 | 67.711 | 12.713 | 23% | 37% |
| HUS - Unidad Funcional de Zipaquirá | 8.020 | 8.431 | 411 | 5% | 10% | 17.807 | 19.414 | 1.607 | 9% | 5% |
| **Total General** | **68.086** | **80.623** | **12.537** | **18%** | **100%** | **152.174** | **186.580** | **34.406** | **23%** | **100%** |

Los datos anteriores muestran el comportamiento de la facturación por venta de servicios de salud con un incremento del 18% para el I Trimestre del 2025 vs I trimestre del 2024, equivalente a $ 12.537 Millones.

**Sede Bogotá:** Presenta incremento en $10.115 millones en el primer trimestre de 2025, representado por el régimen subsidiado con una participación del 59% de las EPS Famisanar, Coosalud, Asmet salud y Nueva Eps

**Sede HR Zipaquirá:** La facturación por venta de servicios muestra un leve incremento de $2.011 millones en relación a la vigencia anterior, representada en el régimen contributivo con un 45%, en los pagadores EPS Famisanar, Nueva Eps, Compensar y Saludtotal. Para el segundo trimestre se evidencia una variación significativa de los 23% representados en $12.713 millones existiendo un 47% de participación en el Régimen contributivo.

**Sede UF Zipaquirá:** Presenta un leve incremento del 9% en $411 millones representado en el régimen contributivo con un 48%, principalmente en Famisanar, Nueva Eps y Saludtotal. La facturación por cápita para el 2025 fue de $825 millones y 72 millones por PIC.

Para el II trimestre del 2025 vs 2024, la mayor variación porcentual se presenta en HUS Bogotá del 25% representado en $20.086 millones, seguido por el Hospital Regional del 23% y Unida Funcional del 9%. De manera general muestra un incremento del 23% en la facturación por venta de servicios, representados en $34.406 millones.

**Sede Bogotá:** Presenta incremento en $20.086 millones representado principalmente por el régimen subsidiado con una participación del 56% en especial con la EPS Famisanar, Coosalud, Asmet salud y Nueva EPS.

**Sede HR Zipaquirá:** La facturación por venta de servicios muestra un leve incremento de $12.713 millones en relación a la vigencia anterior, representada en el régimen contributivo con un 47%, en los pagadores NUEVA EPS, Eps Famisnar, Saludtotal y Compensar

**Sede UF Zipaquirá:** Presenta un leve incremento en $1.607 representado en el régimen contributivo con un 48%, principalmente en Famisanar, Nueva Eps y Saludtotal. La facturación por cápita para el 2025 fue de $825 millones y 72 millones por PIC.

**Comparativo Radicación Consolidada Facturación**
**E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana**

Cifras en millones de pesos

| I Trimestre 2024 | | | I Trimestre 2025 | | | II Trimestre 2024 | | | II Trimestre 2025 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor Facturado | Valor Rad. | % Rad. | Valor Facturado | Valor Rad. | % Rad. | Valor Facturado | Valor Rad. | % Rad. | Valor Facturado | Valor Rad. | % Rad. |
| 67.934 | 58.148 | **85,60%** | 82,676 | 67.396 | **82%** | 150.218. | 142.888 | **95%** | 175.303 | 142.012 | **81%** |

Fuente: Sistema de Información – Modulo Contable – Software Dinámica Gerencial

La radicación consolidada de enero a marzo 2025 para la facturación generada de diciembre a febrero del año vigente, alcanzó el 82%.

El I trimestre muestra un incremento de radicación de $9.248, comparado con el I trimestre del 2024, producto del incremento en ventas con mayor impacto para el régimen subsidiado.

El valor de la radicación de este I trimestre no incluye la facturación del mes de marzo, la cual se encontraba en proceso de radicación.

Para el II trimestre la facturación generada a mayo 2025 alcanzó un 81% y no incluye la facturación del mes de junio, la cual se encontraba en proceso de radicación.

### 3.3.3 FACTURACIÓN POR RÉGIMEN E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA - BOGOTÁ

**Cifras en Millones de pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH**

| RÉGIMEN | I Trimestre 2024 | I Trimestre 2025 | Variación % I Trimestre | % de Participación por régimen I Trimestre 2024 | II Trimestre 2024 | II Trimestre 2025 | Variación % II Trimestre | % de Participación por régimen II Trimestre 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Subsidiado | 21.271 | 19.865 | -7% | 44% | 44.412 | 46.383 | 4% | 47% |
| Contributivo | 9.489 | 17.488 | 46% | 39% | 24.433 | 38.128 | 36% | 38% |
| Vinculados | 1.199 | 1.076 | -11% | 2% | 2.334 | 1.917 | -22% | 2% |
| Aseguradoras Soat | 2.074 | 1.532 | -35% | 3% | 4.832 | 2.863 | -69% | 3% |
| Demás Pagadores | 932 | 4858 | 81% | 11% | 3.458 | 10.161 | 66% | 10% |
| **Total General** | **34.965** | **44.820** | **22%** | **100%** | **79.469** | **99.454** | **20%** | **100%** |

El I trimestre del 2025 muestra un incremento del 22% con respecto al año 2024 y para el II trimestre del 20%, siendo el régimen contributivo el de mayor variación.

**Régimen Subsidiado**, es el principal pagador con el 44% y el 47% de participación para I y II trimestres respectivamente, sin embargo, para la vigencia 2025 hubo una leve disminución de $1.405 con relación al 2024, debido al incremento de ingresos abiertos a raíz de la aplicación de la nueva Resolución de RIPS 2275 del 2023 por parte del Ministerio (aplicativo JSON), donde la ESE acogió dicha medida a partir del 1 de febrero del 2025.

**Régimen Contributivo** con el 39% y el 38% de participación en la facturación para I y II trimestres respectivamente. En la vigencia 2025 presenta un incremento en $8.000 con relación al 2024, siendo FAMISANAR y NUEVA EPS las entidades con mayor participación y ventas.

**Vinculados,** presenta una tendencia a la disminución como consecuencia a la ampliación de cobertura en el aseguramiento en salud, con una participación del 2% en las ventas su variación es negativa con respecto al 2024.

**Aseguradoras y SOAT**, representa un 3% con una variación igualmente negativa presentando una disminución de $ 542 con referencia al 2024.

**Demás pagadores** en el presente trimestre se evidencia un aumento en $3.926 representando el 11% de las ventas, influyendo en gran medida las entidades del régimen especial, como lo es FIDEICOMISOS PATRIMONIOS AUTONOMOS FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.- FOMAG.

### 3.3.5 FACTURACIÓN POR RÉGIMEN E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA – HOSPITAL REGIONAL ZIPAQUIRÁ

**Cifras en Millones de pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH**

| RÉGIMEN | I Trimestre 2024 | I Trimestre 2025 | Variación % I Trimestre | % de participación por régimen I Trimestre 2024-2025 | II Trimestre 2024 | II Trimestre 2025 | Variación % II Trimestre | % de participación por régimen II Trimestre 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Contributivo | 12.915 | 12.210 | -5% | 45% | 27.986 | 31.588 | 13% | 47% |
| Subsidiado | 9.447 | 10.978 | 16% | 40% | 20.074 | 25.980 | 29% | 38% |
| Vinculados | 395 | 253 | -36% | 1% | 757 | 684 | -10% | 1% |
| Aseguradoras Soat | 1.699 | 1.948 | 15% | 7% | 3.404 | 4.243 | 25% | 6% |
| Demás Pagadores | 904 | 1.983 | 119% | 7% | 2.777 | 5.216 | 88% | 8% |
| **Total General** | **25.360** | **27.372** | **8%** | **100%** | **54.998** | **67.711** | **23%** | **100%** |

En el I Trimestre del 2025, la facturación por venta de servicios fue de $27.372. Para el segundo trimestre se incrementó en 23% respecto al II trimestre de 2024, con un significativo incremento de $12.713 sobre el 2024. Los mercados que tuvieron variación para este II Trimestre fueron los siguientes mostrando las siguientes variaciones porcentuales por ERP:

**Régimen contributivo**: Principal régimen con una participación en la facturación por ventas de servicios del 47% para este II Trimestre de 2025. Presenta una variación positiva del 13% respecto al mismo periodo en la vigencia 2024. Las principales Eps del régimen contributivo son: Nueva EPS con una participación del 19% sobre el total de las Ventas y un 41% de participación en este mercado. Famisanar con una participación del 12% sobre el total de las ventas y 26% en el mercado contributivo. Saludtotal 10% y Compensar 9%. Para el segundo trimestre la participación de este régimen se mantiene y la variación que se presten es positiva con $31.588 al finalizar el mes de junio de 2025. %. Los aumentos en este régimen y en especial los porcentajes de participación de las EPS Nueva EPS y Salud Total están dados por las liquidaciones y/o intervenciones de otras EPS y sus usuarios son trasladados a estas dos EPS principalmente.

**Régimen subsidiado**: En este segundo trimestre de 2025 participó con un 29% sobre el total de la facturación por venta de servicios de salud. Las principales EPS del régimen subsidiado son: Nueva Eps con una participación del 48%, Famisanar con una participación del 22%, Coosalud y Salud Total con una participación del 8%. Los aumentos en este régimen y en especial los porcentajes de participación de las EPS Nueva EPS y Salud Total está dado por las liquidaciones y/o intervenciones de otras EPS y sus usuarios son trasladados a estas dos EPS principalmente.

**Vinculados:** Tiene una participación del 1% y una facturación por venta de servicios de $684. Presenta tendencia a la disminución como consecuencia a la ampliación de cobertura en el aseguramiento en salud, de ahí que presenta una variación negativa.

**Las Aseguradoras SOAT**: tiene una participación del 6% y una facturación por venta de servicios de $4.243, para el segundo trimestre de 2025 con un incremento en $839 millones.

### 3.3.8 FACTURACIÓN POR RÉGIMEN E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

### UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ

**Cifras en Millones de pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH**

| RÉGIMEN | I Trimestre 2024 | II Trimestre 2025 | Variación % I Trimestre | % de participación por régimen I Trimestre 2024-2025 | II Trimestre 2024 | II Trimestre 2025 | Variación % II Trimestre | % de participación por régimen II Trimestre 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Contributivo | 3.762 | 3.973 | 6% | 47% | 8.654 | 9.359 | 8% | 48% |
| Subsidiado | 3.208 | 3.934 | 23% | 47% | 7.066 | 8.700 | 23% | 45% |
| Vinculados | 141 | 180,00 | 28% | 2% | 392 | 439,00 | 12% | 2% |
| Aseguradoras | 158 | 117,00 | -26% | 1% | 310 | 263,00 | -15% | 1% |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Soat | | | | | | | | |
| Demás Pagadores | 751 | 227,00 | -70% | 3% | 1385 | 653,00 | -53% | 3% |
| **Total General** | **8.020** | **8.431** | **5,12%** | **100,00%** | **17.807** | **19.414** | **9%** | **100%** |

Para el I trimestre 2025, en el HUS Unidad Funcional Zipaquirá, el total de la facturación por venta de servicios fue de $8.431. En el II trimestre 2025, el total de la facturación fue de $19.414. Se discrimina de la siguiente manera:

**Régimen contributivo**: Es el principal régimen, con una participación en la facturación por ventas de servicios del 48%. Las principales Eps del régimen contributivo son: Famisanar con una participación del 30% sobre el total del mercado contributivo y un 15% sobre el total de las ventas en este II Trimestre 2025. Nueva Eps 28% sobre el total facturado de este mercado y 14% sobre el total facturado. Saludtotal 13% y Suramericana con una participación del 9%. Los aumentos en este régimen y en especial los porcentajes de participación de las EPS Nueva EPS y Salud Total están dados por las liquidaciones y/o intervenciones de otras EPS y sus usuarios son trasladados a estas dos EPS principalmente.

**Régimen subsidiado**: Tiene una participación en la facturación por ventas de servicios del 45%. En el primer trimestre presenta una variación del 23% representado en $726. Para el segundo trimestre 2025 se evidenció una igual variación de 23%. Las principales EPS del régimen subsidiado son: Nueva Eps con una participación del 43% en este mercado. Famisanar con una participación del 20%, Coosalud con una participación del 15%. Los aumentos en este régimen y en especial los porcentajes de participación de las EPS Nueva EPS y Salud Total están dados por las liquidaciones y/o intervenciones de otras EPS y sus usuarios son trasladados a estas dos EPS principalmente.

**Departamento de Cundinamarca**: Para el II Trimestre de 2025, las ventas del Departamento de Cundinamarca se acumularon en $435 millones con una participación del 2% sobre el total de las ventas.

**Las Aseguradoras SOAT**: tiene una del 1% y una facturación por venta de servicios de $263, respecto de la vigencia anterior que estuvieron por encima de los $300 millones, es decir, hubo una leve disminución del -15%.

## 3.4 CARTERA

### 3.4.1 Total Cartera comparativa I y II 2025 vs I y II trimestre 2024

**Cifras en Millones de pesos -**

| Concepto | I trimestre 2024 | I trimestre 2025 | Variación $ I trimestre 2025-2024 | Variación % I trimestre 2025-2024 | % de participación I trimestre 2025 por concepto | II Trimestre 2024 | II Trimestre 2025 | Variación $ II trimestre 2025-2024 | Variación % II trimestre 2025-2024 | % de participación II Trimestre 2025 por concepto |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cartera corriente y no corriente | 169.958 | 209.975 | 40.017 | 24% | 52% | 186.013 | 258.432 | 72.419 | 39% | 59% |
| Cartera entidades en liquidación, Convida, Ecoopsos | 169.008 | 130.470 | -38.538 | -23% | 32% | 170.083 | 125.910 | -44.173 | -26% | 29% |
| más facturación pendiente de radicar | 39.727 | 50.156 | 10.428 | 26% | 12% | 41.463 | 73.946 | 32.483 | 78% | 17% |
| Cartera en trámite de castigo | 9.251 | 9.251 | 0! | 0% | 2% | 9.252 | 9.252 | - | 0% | 2% |
| Menos giros | -5.374 | -8.266 | -2.893 | 54% | -2% | -5.768 | -31.342 | -25-574 | 443% | -7% |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| por legalizar | | | | | | | | | | |
| otros deudores | 1.103 | 11.903 | 10.801 | 980% | 3% | 2.840 | 14 | -2.826 | -99% | 0% |
| Universidades y copagos | 3.238 | 2.460 | -777 | -24% | 1% | 1.172 | 1.446 | 274 | 23% | 0% |
| **Total cartera** | **386.910** | **405.948** | **69.234** | **5%** | **100%** | **405.055** | **437.659** | **32.604** | **8%** | **100%** |

**Fuente: Dinámica Gerencial DGH- Cifras expresadas en millones de pesos**

La cartera con corte al I trimestre del 2025 comparada con el I trimestre del 2024, presenta un incremento del 5% y con respecto al II trimestre del 8% dado al incremento en ventas que se ha presentado en vigencia 2025, por las tarifas actualizadas con las Eps.

La cartera de las entidades en liquidación a corte II trimestre del 2025 vs II trimestre 2024 ha disminuido producto del castigo de algunas EPS que se han declarado en desequilibrio financiero, donde a diciembre del 2024 se realizó un castigo por $ 20.685 millones y a marzo del 2025 de $ 21.714 millones. En el mes de marzo del 2025 Ecoospos en liquidación se declaró en desequilibrio financiero por tanto el valor reconocido de $ 19.900 millones se encuentra pendiente de castigo.

Con respecto a Secretaria de salud de Cundinamarca se suscribió acta de conciliación No.042-2025 donde nos reconocieron la suma de $ 13.347 millones y $ 1607 millones en glosa, cartera correspondiente a migrantes; con respecto a las EPS que se encuentran en intervención como son Famisanar, Nueva EPS, Coosalud, Capresoca ha sido dispendioso el tema en obtener una depuración de cartera con Coosalud, falencias en la legalización con Coosalud y Nueva eps, además el tema de conciliación de glosa es dispendioso con Nueva EPs, con respecto a la cartera adeudada antes de la intervención de las EPS mencionadas ninguna ha efectuado abono a la cartera, con Eps Capresoca se tenía acuerdo de pago y desde que entro en proceso de intervención(octubre 2024) no ha vuelto a realizar giros.

Con respecto al valor adeudado por Universidades desde el área contable se encuentran realizando los respectivos cruces para determinar el saldo a favor de la ESE y las contraprestaciones pendientes de ajustar.

### 3.4.2 ENTIDADES PRINCIPALES, ENTIDADES EN LIQUIDACIÓN Y OTRAS, COMPORTAMIENTO CARTERA MAYOR Y MENOR A UN AÑO, PENDIENTE DE RADICAR I Y II TRIMESTRE 2025

**Cifras en Millones de pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH**

| EPS | Menor a 360 días | Mayor a 360 días | pendiente de radicar | menos giros por legalizar por las EPS | Total cartera radicada pendiente de radicar y ordenes de servicios | % de participación | Menor a 360 días | Mayor a 360 días | pendiente de radicar | menos giros por legalizar por las EPS | Total cartera radicada pendiente de radicar y ordenes de servicios | % de participación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FAMISANAR | 22.142 | 11.479 | 11.999 | -268 | 45.353 | 11% | 20.502 | 11.708 | 28.220 | 427 | 60.002 | 14% |
| NUEVA EPS | 38.166 | 10.099 | 6.051 | -1.514 | 52.802 | 13% | 62.223 | 13.438 | 8.186 | 14.755 | 69.091 | 16% |
| COOSALUD | 16.446 | 4.192 | 5.646 | -3.874 | 22.409 | 6% | 28.079 | 6.178 | 6.065 | 15.760 | 24.562 | 6% |
| SECRETARIA DE SALUD DE CUND | 5.916 | 9.610 | 4.727 | -122 | 20.132 | 5% | 5.826 | 11.406 | 478 | 78 | 17.631 | 4% |
| CAPRESOCA | 3.329 | 5.613 | 37 | -2 | 8.977 | 2% | 3.642 | 5.352 | 91 | 0 | 9.085 | 2% |
| ASMET SALUD | 2.494 | 2.365 | 93 | -6 | 4.946 | 1% | 1.405 | 3.869 | 135 | 0 | 5.409 | 1% |
| ADRES | 5.379 | 15.651 | 5.791 | #¡VALOR! | 26.820 | 7% | 6.048 | 12.192 | 6.034 | 16 | 24.258 | 6% |
| COMPENSAR | 3.065 | 312 | 2.879 | -21 | 6.235 | 2% | 3.409 | 336 | 4.977 | 36 | 8.687 | 2% |
| SALUDTOTAL | 4.836 | 1.970 | 3.093 | -488 | 9.411 | 2% | 4.354 | 1.451 | 5.917 | 61 | 11.660 | 3% |
| EPS SANITAS | 5.801 | 884 | 1.038 | -203 | 7.520 | 2% | 5.796 | 1.746 | 2.452 | 0 | 9.994 | 2% |
| CAJACOPI | 2.534 | 2.300 | 315 | -11 | 5.138 | 1% | 2.511 | 2.816 | 235 | 0 | 5.561 | 1% |
| EPS SURA | 2.510 | 970 | 1.403 | -37 | 4.845 | 1% | 2.389 | 1.234 | 2.452 | 0 | 6.075 | 1% |
| Otras ERP | 25.936 | 23.075 | 1.981 | -1.722 | 47.289 | 12% | 20.332 | 20.190 | 8.704 | 207 | 49.019 | 11% |
| **SUBTOTAL** | **138.555** | **88.519** | **45.052** | **-8.266** | **261.878** | **65%** | **166.515** | **91.916** | **73.946** | **31.342** | **301.036** | **69%** |
| ENTIDADES EN LIQUIDACION (Convida, Ecoopsos, Saludcoop, Comfamiliar Huila, Comfamiliar Guajira, Comfacor, etc) | 0 | 130.470 | 0 | 0 | 130.470 | 32% | 53 | 125.857 | 0 | 0 | 125.910 | 29% |
| ENTIDADES CONSORCIO SAYP Y FOSYGA ( vigencias 2013 hacia atrás y Sayp 2017) | 0 | 9.251 | 0 | 0 | 9.251 | 2% | 0 | 9.252 | 0 | 0 | 9.252 | 2% |
| Universidades y otros | 1.538 | 922 | 0 | 0 | 2.460 | 1% | 674 | 772 | 0 | 0 | 1.446 | 0% |
| OTROS DEUDORES DIFERENTES A VENTA DE SERVICIOS DE SALUD | 1.889 | 0 | 0 | 0 | 1.889 | 0% | 14 | 0 | 0 | 0 | 14 | 0% |
| **GRAN TOTAL** | **141.981** | **229.162** | **45.052** | **-8.266** | **405.948** | **100%** | **167.257** | **227.798** | **73.946** | **31.342** | **437.659** | **100%** |

**Fuente: Dinámica Gerencial DGH- Cifras expresadas en millones de pesos**

De la cartera con corte 30 de junio del 2025 el **29%** corresponde a entidades en proceso liquidatorio o liquidadas, las cuales se encuentran 100% deterioradas por valor de **$125.857 Millones de pesos m/cte**, Convida reconoció el 42% del valor reclamado que equivale a $45.266.380.716, el 2% corresponde a cartera pendiente de castigo de Consorcio Sayp y Fosyga de las vigencias 2017 hacia atrás, el **55%** corresponde a cartera corriente, dentro de dicho rubro existe un monto de facturación pendiente de radicar $73.946 Millones de pesos que incluye los servicios de salud prestados en el mes de junio del 2025, saldo por radicar de los servicios prestados en los meses de la vigencia 2025, y algunos servicios prestados en vigencia 2024 de EPS como Ser Mutual, Famisanar, Coosalud y Adres entre otras, principalmente de la Sede Bogotá; por órdenes de servicios de las tres sedes presentamos la suma de $4.922 millones de pesos incluida dentro de este monto.

Del 69% del total de la cartera, el 43% de la cartera radicada cobrable lo conforman 12 EPS tales como Famisanar Nueva EPS, Coosalud, Secretaria de salud de Cundinamarca, Capresoca, Adres, Compensar, Salud total, etc. el 9% otras ERP y el 17% el total de la cartera pendiente de radicar.

### 3.4.3. ACUERDOS DE PAGO

Cifras expresadas en millones

| Entidad | Fecha acuerdo | Valor acuerdo | Valor cancelado a 31 marzo de 2025 | Saldo por cancelar a corte 30 de Junio de 2025 | Observaciones Forma de pago | Observaciones Cartera |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Capresoca | Acta de conciliación extrajudicial no. 10156 suscrita ante Superintendencia Nacional de salud de fecha febrero 24. 2020 | 6.311 | 4.752 | 1.559 | 5 cuotas iguales por valor de $1.262.250.895 pagaderos cada diciembre a partir del 2021, saldo cuota de diciembre 2024 y cuota diciembre 2025 | No cumplieron acuerdo anual |
| Cajacopi | Acta de conciliación extrajudicial no. 13038 suscrita ante Superintendencia Nacional de salud | 672 | 470 | 86 | 20 cuotas iguales a partir de febrero del 2024 hasta sept 2025 por valor de $33.584.552 | Ok esta cumpliendo acuerdo de pago |
| Capresoca | Acuerdo de Pago suscrito el 16 de Abril de 2024 | 4.368 | 2.689 | 1.679 | 10 Cuotas a partir de mayo de 2024 hasta febrero de 2025, con incumplimiento | No cumplieron acuerdo mensual para marzo 2025 |
| **TOTAL** | | **11.351** | **7.911** | **3.324** | | |

**Fuente: Dinámica Gerencial DGH- Cifras expresadas en millones de pesos**

## 3.4 OBJECIONES Y GLOSAS

## GLOSAS ACEPTADAS VS. FACTURACIÓN I TRIMESTRE VIGENCIAS 2024 Y 2025

Los informes por las vigencias evaluadas determinan, que con respecto a lo facturado en el I Semestre de la vigencia 2024 el 2,1% corresponde a glosa aceptada, comparando las vigencias 2024 y 2025, el % de glosa aceptada tuvo un aumento del 0,6%, esto debido al aumento en la facturación del 23%. La glosa aceptada del I Semestre de la vigencia 2025 corresponde a $5.127 equivalente al 2,7% de la facturación del mismo periodo.

| VR FACTURADO VS ACEPTADO I SEMESTRE 2024-2025 | | | |
|---|---|---|---|
| **TRIMESTRE** | **FACTURACIÓN** | **GLOSA ACEPTADA** | **META INSTITUCIONAL** |
| 2024_1 | 68,087 | 1,093 | 1.6% |
| 2024_2 | 84,087 | 2,107 | 2.5% |
| 2025_1 | 80,622 | 870 | 1.1% |
| 2025_2 | 105,958 | 4,257 | 4.0% |

## GLOSA ACEPTADA POR SEDE Y RÉGIMEN I Y II 2024 VS 2025

Cifras en Millones de pesos

| GLOSA ACEPTADA POR SEDE Y RÉGIMEN I TRIMESTRE 2024 VS 2025 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RÉGIMEN** | **I TRIMESTRE 2024** | | | | **I TRIMESTRE 2025** | | | |
| | **BOGOTA** | **REGIONAL** | **FUNCIONAL** | **TOTAL** | **BOGOTA** | **REGIONAL** | **FUNCIONAL** | **TOTAL** |
| REGIMEN SUBSIDIADO | 391 | 221 | 88 | 700 | 164 | 377 | 46 | 587 |
| REGIMEN CONTRIBUTIVO | 6 | 2 | 0 | 8 | 106 | 4 | 0,6 | 111 |
| OTROS PAGADORES | 361 | 22 | 1 | 384 | 108 | 54 | 10 | 172 |
| **TOTAL** | **758** | **245** | **90** | **1.093** | **378** | **435** | **57** | **870** |

Fuente: Sistema de Información – Modulo Cartera y Contable – Software Dinámica Gerencial

Cifras en Millones de pesos

| GLOSA ACEPTADA POR SEDE Y RÉGIMEN II TRIMESTRE 2024 VS 2025 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RÉGIMEN | II TRIMESTRE 2024 | | | | II TRIMESTRE 2025 | | | |
| | BOGOTA | REGIONAL | FUNCIONAL | TOTAL | BOGOTA | REGIONAL | FUNCIONAL | TOTAL |
| REGIMEN SUBSIDIADO | 1,196 | 243 | 192 | 1.63 | 999 | 391 | 48 | **1,438** |
| REGIMEN CONTRIBUTIVO | 3 | 1 | 0 | 4 | 1,690 | 276 | 82 | **2,049** |
| OTROS PAGADORES | 379 | 82 | 11 | 472 | 636 | 126 | 8 | **770** |
| **TOTAL** | **1.578** | **326** | **203** | **2.107** | **3,325** | **793** | **138** | **4,257** |

Fuente: Sistema de Información – Modulo Cartera y Contable – Software Dinámica Gerencial

De acuerdo a la tabla anterior se evidencia que la mayor aceptación de glosa en el II Trimestre de la vigencia 2024 se da en la sede de Bogotá con un 75% lo mismo ocurre en el II Trimestre de la vigencia 2025 con un porcentaje de aceptación del 78%, esto se debe a la parametrización de tarifas en el sistema Dinámica, falta de soportes que justifican y soportan la atención del paciente, entre otros.

Los principales motivos por valores objetados para el I Semestre de la vigencia 2025 fueron:

Cifras en Millones de pesos

| TIPIFICACION | BOGOTA | REGIONAL | FUNCIONAL | TOTAL OBJECIONES | % PARTICIPACION GLOSA Y DEVOLU-CIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| | VR OBJETADO | VR OBJETADO | VR OBJETADO | | |
| TARIFAS | 4,324 | 1,447 | 477 | 6,249 | 28% |
| SOPORTES | 2,908 | 1,265 | 182 | 4,357 | 20% |
| COBERTURA | 2,463 | 793 | 150 | 3,407 | 15% |
| FACTURACION | 2,227 | 477 | 44 | 2,749 | 12% |
| DEVOLUCIONES | 1,581 | 625 | 86 | 2,293 | 10% |
| CALIDAD | 1,494 | 546 | 70 | 2,111 | 9% |
| AUTORIZACIONES | 552 | 526 | 80 | 1,159 | 5% |
| **Total general** | **15,556** | **5,683** | **1,092** | **22,333** | **100%** |

Fuente: Sistema de Información – Modulo Cartera y Contable – Software Dinámica Gerencial

Se evidencia que el mayor porcentaje de glosas recibidas en el I Semestre de la vigencia 2025 corresponde al concepto de tarifas con un 28%, soportes con un 20%, cobertura con un 15%, facturación 12%, calidad con un 9%, y autorizaciones con un 5%.

Los principales motivos de devolución para el I Semestre 2025 fueron:

Cifras en Millones de pesos

| TIPIFICACION | BOGOTA | REGIONAL | FUNCIONAL | Total general | % PARTICIPA-CION |
|---|---|---|---|---|---|
| DEVOLUCIONES RESUMEN DE EGRESO O EPICRISIS, HOJA DE ATENCIÓN DE URGENCIAS U ODONTOGRAMA | 290 | 250 | 30 | 570 | 25% |
| DEVOLUCIONES USUARIO O SERVICIO CORRESPONDE A OTRO PLAN O RESPONSABLE | 450 | 83 | 8 | 541 | 24% |
| DEVOLUCIONES FACTURA NO CUMPLE REQUISITOS LEGALES | 280 | 50 | 16 | 346 | 15% |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| EXISTE AUSENCIA TOTAL, PARCIAL O INCONSISTENCIA EN LOS SOPORTES DE COBRO QUE EVIDENCIAN LA REALIZACIÓN DE LA CONSULTA INTER-CONSULTA O ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA | 230 | 7 | 0,7 | 237 | 10% |
| LA FACTURA CORRESPONDE A UNA PERSONA QUE PERTENECLA A OTRO RESPONSABLE DE PAGO EN EL MOMENTO DE LA ATENCIÓN | 120 | 0,9 | 0,6 | 120 | 5% |
| OTROS | 211 | 235 | 32 | 479 | 21% |
| **TOTAL** | **1.581** | **625** | **86** | **2.293** | **100%** |

Fuente: Sistema de Información – Modulo Cartera y Contable – Software Dinámica Gerencial

Las devoluciones ocupan un 10% del total de las objeciones recibidas y sus principales motivos corresponden a resumen de egreso o epicrisis con un 25%, usuario o servicio corresponde a otro plan o responsable con un 24%, factura no cumple requisitos legales con un 15%, existe ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes con un 10%, otro responsable de pago con un 5% y otros conceptos con un 21%.

## GLOSA RECEPCIONADA, TRAMITADA, ACEPTADA Y PENDIENTE DE RESPUESTA I Y II TRIMESTRE 2024 Y 2025

Cifras en millones de pesos

| SEDE | Saldo a Dic 2023 | I TRIMESTRE 2024 | | | | Saldo a Dic 2024 | I TRIMESTRE 2025 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pendiente de respuesta | Recepcionado | Tramitado | Aceptado | Pendiente de respuesta | Pendiente de respuesta | Recepcionado | Tramitado | Aceptado | Pendiente de respuesta |
| BOGOTÁ | 7.615 | 9.338 | 8.146 | 758 | 10.961 | 5.382 | 6.594 | 8.679 | 375 | 3.265 |
| REGIONAL | 2.33 | 5.56 | 5.13 | 245 | 3.569 | 3.748 | 2.537 | 5.252 | 436 | 1.054 |
| UNIDAD FUNCIONAL | 1.026 | 1.444 | 1.189 | 90 | 813 | 1401 | 438 | 1.211 | 58 | 638 |
| **TOTAL** | **10.971** | **16.342** | **14.465** | **1.093** | **15.343** | **10.531** | **9.57** | **15.144** | **870** | **4.958** |

Fuente: Sistema de Información – Modulo Cartera y Contable – Software Dinámica Gerencial

Cifras en millones de pesos

| SEDE | II TRIMESTRE 2024 | | | | SEDE | II TRIMESTRE 2025 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Recepcionado | Tramitado | Aceptado | Pendiente de respuesta | | Recepcionado | Tramitado | Aceptado | Pendiente de respuesta |
| BOGOTÁ | 13.251 | 9.669 | 758 | 14.622 | BOGOTÁ | 8,963 | 9,452 | 3,326 | 2,808 |
| REGIONAL | 7.271 | 4.535 | 245 | 8.513 | REGIONAL | 3,146 | 3,586 | 793 | 592 |
| UNIDAD FUNCIONAL | 2.722 | 1.675 | 90 | 2.027 | UNIDAD FUNCIONAL | 653 | 835 | 138 | 446 |
| **TOTAL** | **23.244** | **15.879** | **1.093** | **25.162** | **TOTAL** | **12,762** | **13,873** | **4,257** | **3,846** |

Fuente: Sistema de Información – Modulo Cartera y Contable – Software Dinámica Gerencial

Se evidencia una variación entre el I Semestre de la vigencia 2024 y I Semestre de la vigencia 2025 con una disminución del 44% en la glosa recepcionada, esto teniendo en cuenta los cambios en la normatividad que entro en vigencia en el I Trimestre del año 2025 lo que genero un cambio en las plataformas de las diferentes ERP y un retraso tanto en la radicación de cuentas como en la notificación de objeción por parte de ellas.

Con relación a la aceptación del I Semestre de la vigencia 2025 se evidencia un aumento en comparación al I

Semestre del año 2024 lo cual obedece al aumento en la facturación del año 2025 quedando así un porcentaje global del 2,75% no superando la meta institucional del 5% como un porcentaje máximo de aceptación.

Se evidencia una disminución del 75% en las objeciones pendientes por tramitar del I Semestre del año 2025 en comparación al I Semestre de la vigencia 2024 lo que se atribuye una gestión realizada de trámite y radicación ante las ERP tanto de vigencia actual como de vigencias anteriores por parte del grupo de objeciones quedando en un valor pendiente de tramitar de $3.846, se continúa con seguimiento de la glosa y devoluciones pendientes para dar trámite ante las entidades.

## 3.5 COSTOS Y GASTOS

### 3.5.1 COMPARATIVO PRIMER SEMESTRE E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA – CONSOLIDADO

**Cifras en Millones de pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH**

| ELEMENTOS DEL COSTO | Enero- Junio 2024 | Enero- Junio 2025 | PORCENTAJE DE VARIACION | VARIACION 2024-2025 | % PARTICIPACION POR ELEMENTO DE COSTO 2025 |
|---|---|---|---|---|---|
| MANO DE OBRA | 70.756 | 96.917 | 37% | 26.160 | 60% |
| INSUMOS | 20.580 | 27.014 | 31% | 6.434 | 17% |
| DEPRECIACION | 3.335 | 4.431 | 33% | 1.096 | 2% |
| COSTOS GENERALES | 37.846 | 17.976 | -53% | -19.869 | 10% |
| **TOTAL COSTO DIRECTO** | **132.517** | **146.338** | **10%** | **13.821** | **89%** |
| GASTOS ADMON | 9.220 | 15.235 | 65% | 6.015 | 8% |
| **TOTAL COSTOS** | **141.737** | **161.573** | **14%** | **15.361** | **100%** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VENTAS** | **152.174** | **186.580** | **23%** | **34.406** | **23%** |

**Tabla No 1 Consolidado.**

Para el primer semestre del 2025 los costos aumentaron en comparación con el primer semestre del 2024 en un 14%, discriminado así : 37% en mano de obra dado a la nueva metodología de costos que se implementó, lo cual incidió que la mano de obra de apoyo logístico ya no se distribuyera a los costos indirectos si no directamente al elemento de mano de obra, este concepto no se encontraba especificado en la anterior metodología, 31% en insumos producto del aumento de una mayor atención de pacientes y por consiguiente un aumento en la facturación, con respecto a los costos generales se presenta una disminución en la actual vigencia del -53%, dado a la metodología implementada en vigencia 2024.

Con respecto a los gastos administrativos presentamos un incremento del 65% frente al I semestre del 2024, dado que los gastos anteriormente se distribuían al costo; sin embargo, con el nuevo esquema, se registran directamente en la cuenta 51 “Gastos” por centro de costos, no obstante, se ha observado un incremento en determinados gastos, tales como mantenimiento, adecuaciones, comunicación y transporte, honorarios, distribución de la nómina administrativa de la sede Bogotá para todas las sedes, contribuciones, seguros, este incremento corresponde a los ajustes realizados con la implementación del nuevo módulo de costos y, por otro, a la nueva ponderación de los gastos según los diferentes inductores de distribución. Entre dichos inductores se incluyen el metraje de cada área parametrizada en el módulo, la producción de cada servicio, la asignación adecuada de insumos de almacén en los despachos y la incorporación de las compras de caja menor, las cuales se reparten de acuerdo con el centro de costos, entre otros factores. Todo ello ha contribuido a un mayor nivel de detalle en la contabilización y a una distribución más precisa de los costos.

El incremento de la depreciación corresponde a la adquisición de nuevos activos con la empresa Unión temporal biomédicos por $ 5.267.864.220 entre los cuales están el de 130 camas para sedes de Bogotá y Regional entre otros, compra de licencias y también un aumento por los mantenimientos y repuestos que se le ha realizado a equipos los cuales aumentan la vida útil, entre los cuales está el Resonador.

Costo directo: Incremento del 10%, de la variación del costo total del 2024 vs 2025 lo cual nos da un valor de $13.821(tabla 1) impulsado principalmente por:

- Mano de obra: Variación del 37% ($26.160).
- Insumos: Incremento del 31% ($6.434).
- Depreciación: Aumento del 33% ($1.096).
- Costos Generales: disminuyo un -53% (-$19.869)

### 3.5.2.1 COMPARATIVO E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA - SEDE BOGOTÁ

**Cifras en Millones de pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH**

| ELEMENTOS DEL COSTO | Enero- Junio 2024 | Enero- Junio 2025 | PORCENTAJE DE VARIACION | VARIACION 2024-2025 | % PARTICIPACION POR ELEMENTO DE COSTO 2025 |
|---|---|---|---|---|---|
| MANO DE OBRA | 31.169 | 43.426 | 39% | 12.257 | 53% |
| INSUMOS | 14.256 | 18.097 | 27% | 3.842 | 22% |
| DEPRECIACION | 2.291 | 2.797 | 22% | 506 | 3% |
| COSTOS GENERALES | 24.136 | 9.658 | -60% | -14.477 | 12% |
| **TOTAL COSTO DIRECTO** | **71.852** | **73.979** | **3%** | **2.127** | **91%** |
| GASTOS ADMON | 4.499 | 7.655 | 70% | 3.155 | 9% |
| **TOTAL COSTOS** | **76.351** | **81.633** | **7%** | **15.361** | **100%** |
| **VENTAS** | **79.369** | **99.455** | **25%** | **20.085** | **25%** |

**Tabla No 2 Sede Bogotá.**

### 3.5.2.2 COMPARATIVO E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

### SEDE HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRÁ

**Cifras en Millones de pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH**

| ELEMENTOS DEL COSTO | Enero- Junio 2024 | Enero- Junio 2025 | PORCENTAJE DE VARIACION | VARIACION 2024-2025 | % PARTICIPACION POR ELEMENTO DE COSTO 2025 |
|---|---|---|---|---|---|
| MANO DE OBRA | 28.668 | 40.368 | 41% | 11.700 | 67% |
| INSUMOS | 5.530 | 7.706 | 39% | 2.176 | 13% |
| DEPRECIACION | 809 | 1.452 | 80% | 644 | 2% |
| COSTOS GENERALES | 10.641 | 6.067 | -43% | -4.573 | 10% |
| **TOTAL COSTO DIRECTO** | **45.648** | **55.594** | **22%** | **9.946** | **92%** |
| GASTOS ADMON | 3.149 | 5.024 | 60% | 1.875 | 8% |
| **TOTAL COSTOS** | **48.797** | **60.618** | **24%** | **15.361** | **100%** |
| **VENTAS** | **54.998** | **67.711** | **23%** | **12.713** | **23%** |

**Tabla No 3 Sede Regional.**

### 3.5.2.3 COMPARATIVO E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA – SEDE UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ

**Cifras en Millones de pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH**

| ELEMENTOS DEL COSTO | Enero- Junio 2024 | Enero- Junio 2025 | PORCENTAJE DE VARIACION | VARIACION 2024-2025 | % PARTICIPACION POR ELEMENTO DE COSTO 2025 |
|---|---|---|---|---|---|
| MANO DE OBRA | 10.919 | 13.123 | 20% | 2.204 | 68% |
| INSUMOS | 794 | 1.210 | 53% | 417 | 6% |
| DEPRECIACION | 236 | 182 | -23% | -54 | 1% |
| GASTOS GENERALES | 3.069 | 2.251 | -27% | -819 | 12% |
| **TOTAL COSTO DIRECTO** | **15.017** | **16.765** | **12%** | **1.748** | **87%** |
| GASTOS ADMON | 1.572 | 2.556 | 63% | 985 | 13% |
| **TOTAL COSTOS** | **16.589** | **19.322** | **16%** | **15.361** | **100%** |
| **VENTAS** | **17.807** | **19.414** | **9%** | **1.608** | **9%** |

**Tabla No 4 Sede Funcional.**

Al revisar la tabla No 1 consolidada, se observa que los ingresos totales durante el I semestre del 2025 aumentaron en $34.406. Por su parte, los costos pasan de $132.517 a $146.338 millones, producto de una mayor atención de pacientes y a servicios como Hemodinamia en la sede regional y a programas que como ACV y Hepatobiliar los cuales se están trabajando para certificarse como programas de excelencia, también a una mayor producción en los servicios de laboratorio, imágenes, cirugías entre otras, al igual eleva la necesidad de mano de obra, recursos e insumos. La utilidad durante el I semestre, pasa de $10.916 en el 2024 a $25.007 en 2025.

En conclusión, aunque la utilidad para el primer semestre del año 2025 fue de un 27%, una parte sustancial de esta mejora proviene del cierre de ingresos por parte del área de facturación y distribuir los costos y gastos adecuadamente.

Realizando el análisis del porcentaje de los costos sobre la venta de servicios para el primer semestre del 2024 fue de 93%, para el primer semestre del 2025 el porcentaje de costos sobre la venta fue de 87%, por lo tanto se observa un reducción del 6% del costo entre los dos periodos analizados.

## 3.6 CONTABILIDAD

### 3.6.1 ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA CONSOLIDADO COMPARATIVO

**Cifras en Millones de pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH**

### I – II TRIMESTRE 2024 - 2025

**Cifras en Millones de pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH**

| BALANC. CONSOLI-DADO | I Trimes-tre 2024 | I Trimes-tre 2025 | Análisis vertical | | Análisis horizontal I trimestre (24-25) | | II Trimes-tre 2024 | II Trimes-tre 2025 | Análisis vertical | | Análisis horizontal II Trimestre (24-25) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2024 | 2025 | Variación en $ | Variación % | | | 2024 | 2025 | Variación en $ | Variación % |
| **ACTIVO** | | | | | | | | | | | | |
| **CORRIENTE** | **185.361** | **239.105** | **45** | **56** | **53.744** | **29** | **195.939** | **261.118** | **48** | **57** | **65.179** | **33** |
| EFECTIVO Y EQUIVA-LENTES A EFEC | 13.791 | 36.449 | 3 | 8 | 22.658 | 164 | 15.772 | 36.068 | 4 | 8 | 20.296 | 129 |
| CUENTAS POR CO-BRAR | 158.818 | 186.959 | 38 | 44 | 28.141 | 18 | 162.899 | 208.026 | 40 | 46 | 45.127 | 28 |
| INVENTARIOS | 10.039 | 14.872 | 2 | 3 | 4.833 | 48 | 9.558 | 15.585 | 2 | 3 | 6.027 | 63 |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| OTROS ACTIVOS | 2.713 | 824 | 1 | 0 | -1.889 | -70 | 7.710 | 1.438 | 2 | 0 | -6.272 | -81 |
| **NO CORRIENTE** | **227.441** | **190.160** | **55** | **44** | **-37.281** | **-16** | **213.837** | **195.318** | **52** | **43** | **-18.519** | **-9** |
| INVERSIONES E INSTRU. DERIVADOS | 270 | 303 | 0,1 | 0,1 | 33 | 12 | 270 | 303 | 0 | 0 | 33 | 12 |
| CUENTAS POR CO-BRAR | 87.987 | 51.633 | 21 | 12 | -36.354 | -41 | 80.326 | 51.387 | 20 | 11 | -28.939 | -36 |
| Cuentas por Cobrar | 228.091 | 218.988 | 55 | 51 | -9.103 | -4 | 242.156 | 229.632 | 59 | 50 | -12.524 | -5 |
| (-)menos: Deterioro de la Cartera | -140.104 | -167.355 | -34 | -39 | -27.251 | 19 | -161.830 | -178.245 | -39 | -39 | -16.415 | 10 |
| PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO | 128.449 | 126.165 | 31 | 29 | -2.284 | -2 | 127.811 | 132.301 | 31 | 29 | 4.490 | 4 |
| OTROS ACTIVOS NO CTES | 10.735 | 12.059 | 3 | 3 | 1.324 | 12 | 5.430 | 11.327 | 1 | 2 | 5.897 | 109 |
| **TOTAL ACTIVO** | **412.802** | **429.265** | **100** | **100** | **16.463** | **4** | **409.776** | **456.436** | **100** | **100** | **46.660** | **11** |
| **PASIVO** | | | | | | | | | | | | |
| **CORRIENTE** | **68.747** | **73.218** | **92** | **91** | **4.471** | 7 | **58.141** | **81.995** | **92** | **89** | **23.854** | 41 |
| **NO CORRIENTE** | **5.734** | **7.562** | **8** | **9** | **1.828** | 32 | **5.238** | **9.783** | **8** | **11** | **4.545** | 87 |
| **TOTAL PASIVO** | **74.481** | **80.780** | **100** | **100** | **6.299** | **8** | **63.379** | **91.778** | **100** | **100** | **28.399** | **45** |
| **PATRIMONIO** | | | | | | | | | | | | |
| PATRIMONIO DE LAS EMPRESAS | 338.321 | 348.484 | 100 | 100 | 10.163 | 3 | 346.397 | 364.658 | 100 | 100 | 18.261 | 5 |
| **TOTAL PATRIMONIO** | **338.321** | **348.484** | **100** | **100** | **10.163** | **3** | **346.397** | **364.658** | **100** | **100** | **18.261** | **5** |
| **TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO** | **412.802** | **429.265** | **100** | **100** | **16.463** | **4** | **409.776** | **456.436** | **100** | **100** | **46.660** | **11** |

**Activo:** En el I trimestre del 2025 se presenta un aumento del 4% y en el II trimestre de la presente vigencia es del 11% comparado con la vigencia 2024, dado principalmente al incremento de las **Cuentas por cobrar** que a junio ascienden a la suma de $437.658 millones y representan el 57% del activo total, estas cuentas incluyen la cartera catalogada de difícil recaudo por valor de $128.774. Se tiene reconocido de deterioro de la cartera un valor de $178.245 millones, valor que ha ido aumentando por las entidades que han entrado en proceso liquidatorio, como es el caso de Convida en liquidación en septiembre de 2022, Ecoopsos en abril del 2023, EPS Famisanar que entra en medida especial, seguida de Nueva EPS en septiembre del 2023, Sanitas abril del 2024, Capresoca en octubre 2024 y Coosalud en diciembre del 2024 entre las más representativas.

La segunda cuenta más representativa del activo se concentra en la **Propiedad Planta y Equipo** que representa el 29% de participación a marzo 31 del 2025 con una variación del -2%, a Junio 30 del 2025 aumentan en un 4%. En tercer lugar tenemos el **Efectivo y equivalente al efectivo** que a Marzo del 2025 representa el 8% y asciende a la suma de $36.449 millones, de los cuales por recursos propios corresponde la suma de $17.066 millones y recursos con destinación específica $19.383 millones; a Junio del 2025 asciende a la suma de $36.068 millones, representando el 8% del total del activo, para el primer y segundo trimestre, la cuenta presenta una leve disminución.

**Pasivo:** Para el I primer trimestre presenta un incremento del 8%, discriminados así: -a. **Cuentas por pagar** $ 36.797 millones de los cuales por * Adquisición de bienes y servicios $ 32.755 millones de cuentas corrientes, * **Otras cuentas por pagar** $4.042 millones, **b. Beneficios a empleados** $3.763 millones de los cuales $1.027 millones corresponde a deuda a la empresa temporal, por cesantías retroactivas $1.112 millones y prestaciones sociales $1.624 millones, **c. Provisiones** $ 10.975 millones de los cuales por litigios y demandas $10.688 millones que corresponde a provisiones de los procesos catalogados con probabilidad alta de pérdida y por provisiones diversas $287 millones(contratistas y temporal) **d.- Otros pasivos** $29.245 millones de los cuales por anticipos por prestación de servicios $699 millones y por ingresos diferidos por subvenciones o transferencias condicionadas $28.546 millones que corresponden a recursos recibidos de entidades de gobierno así: del Ministerio de salud

para apoyo al sector resolución 1981 $10.000 millones, y recursos otorgados por la Secretaria de salud de Cundinamarca resolución 1220 equipos básicos por $4.149, convenio 857 para la central de urgencias de Unidad Funcional por $3.594, convenio 1234 historia clínica por $2.000, convenio 1245 infraestructura tecnológica $3.030, convenio 1273 de mobiliario por $5.754, y saldo convenio 1426 del programa médico en tu territorio $5 millones, y convenio1083 SGP por 15 millones.

En el II trimestre presenta un incremento del 45%, discriminadas de las siguiente manera: a. **Cuentas por pagar $56.476, por la Adquisición de bienes y servicios** $50.820 millones correspondientes a cuentas corrientes y **Otras cuentas por pagar** incluidos impuestos de $5.656, b. **Beneficios a empleados** ascienden a la suma de $4.345 millones, que incluye cesantías retroactivas de $2.623 millones, y prestaciones sociales $1721, c. **Provisiones** $12.399 millones de los cuales litigios y demandas por $11.392 millones que corresponde a provisiones de los procesos catalogados con probabilidad alta de pérdida, provisiones diversas $466, d. **Otros pasivos $18.558** millones de los cuales anticipos $724 millones e **ingresos diferidos por subvenciones o transferencias $17.834** millones, que corresponden a recursos recibidos de entidades de gobierno así: del Ministerio de salud para apoyo al sector resolución 1981 $10.000 millones, y recursos otorgados por la Secretaria de salud de Cundinamarca resolución 1220 equipos básicos por $3.109, convenio 857 para la central de urgencias de Unidad Funcional por $3.594, convenio 1234 historia clínica por $1.018, convenio 1245 infraestructura tecnológica $30 millones, convenio 1273 de mobiliario por $57 millones, y saldo convenio 1426 del programa médico en tu territorio $11 millones, y convenio 1083 SGP por 15 millones.

**Patrimonio:** Para el I trimestre el patrimonio se incrementó en un 3% para el II trimestre se incrementó en un 5% dado principalmente por el incremento de los activos y los resultados positivos del ejercicio

## 3.6.2 ESTADO DE RESULTADO INTEGRAL CONSOLIDADO

### I – II TRIMESTRE 2024 - 2025

Cifras en Millones de pesos

| ESTADO DE RESULTADOS CONSOLIDADO | I Trimestre 2024 | I Trimestre 2025 | Variación en$ I Trimestre (2025-2024) | Variación% I Trimestre (2025-2024) | II Trimestre 2024 | II Trimestre 2025 | Variación en$ II Trimestre (2025-2024) | Variación% II Trimestre (2025-2024) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGRESOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS | 68.087 | 80.622 | 12.535 | 18 | 152.174 | 186.580 | 34.406 | 23 |
| COSTO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS | 64.148 | 69.174 | 5.026 | 8 | 132.517 | 146.337 | 13.820 | 10 |
| **UTILIDAD O PÉRDIDA BRUTA** | **3.939** | **11.448** | **7.509** | **191** | **19.657** | **40.242** | **20.585** | **105** |
| **GASTOS OPERACIONALES** | **5.647** | **12.736** | **7.089** | **126** | **32.385** | **35.451** | **3.066** | **9** |
| GASTOS DE ADMINISTRACIÓN | 4.283 | 7.533 | 3.250 | 76 | 8.741 | 15.235 | 6.494 | 74 |
| **GASTO DETERIORO, DEPRECIACIONES Y AMORT.** | 1.364 | 5.203 | 3.839 | 281 | 23.644 | 19.420 | -4.224 | -18 |
| Deterioro Cartera | 0 | 1.232 | 1.232 | 0 | 22.091 | 12.575 | -9.516 | -43 |
| Depreciación, provisiones y amortización | 1.364 | 3.971 | 2.607 | 191 | 1.553 | 6.845 | 5.292 | 341 |
| GASTO - SUBVENCIONES Y/O TRANSFERENCIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 796 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **RESULTADO OPERACIONAL (+/-)** | **-1.708** | **-1.290** | **418** | **-24** | **-12.728** | **4.791** | **17.519** | **-138** |
| SUBVENCIONES Y/O TRANSFERENCIAS | 4.112 | 3.973 | -139 | -3 | 23.086 | 16.328 | -6.758 | -29 |
| OTROS INGRESOS | 1.928 | 2.606 | 678 | 35 | 4.443 | 5.655 | 1.212 | 27 |
| OTROS GASTOS | 1.410 | 1.307 | -103 | -7 | 3.800 | 5.231 | 1.431 | 38 |
| **UTILIDAD DEL PERIODO** | **2.922** | **3.982** | **1.060** | **36** | **11.001** | **21.543** | **10.542** | **96** |

**- Fuente: Dinámica Gerencial DGH**

Con respecto al I trimestre del 2025 vs 2024, **los Ingresos acumulados por ventas de servicios de salud** aumentaron en un 18% y para el segundo trimestre aumentaron en un 23% como incidencia de la mayor facturación realizada en el periodo. A marzo del 2025 los costos se incrementan en un 8% y en junio en un 10%, valor menor en relación a las ventas, esto debido a la distribución de costos que se ha venido realizando por la implementación del módulo de costo desde octubre del 2024. A corte 30 de Junio del 2025 del total de las ventas la participación por sede se discrimina así: **Sede Bogotá** ingresos por $99.455 millones con un incremento del 25% en relación al periodo anterior, **Sede Hospital Regional de Zipaquirá** ingresos de $67.711 con un incremento del 25%, y **Sede Unidad Funcional de Zipaquirá** $19.414 con un incremento del 9%, El incremento en cada una de las sedes se presenta principalmente, como incidencia de la mayor facturación a entidades como EPS Famisanar, Nueva EPS y Coosalud, producto de las intervenciones a las entidades responsables de pago, que están generando mayores atenciones en las IPS Públicas.

Los **Gastos de Administración y Operación** presentan un aumento considerable tanto para el primer como para el segundo trimestre del 2025, dado principalmente la redistribución del gasto administrativo en el Hospital Regional por la parametrización del módulo de costos, y por el aumento de la depreciación administrativa recalculada en las tres sedes.

En relación a la cuenta de **Deterioro de cartera**, se observa un mayor impacto en los periodos de junio de 2024 y junio de 2025 como consecuencia de las entidades que entraron en proceso liquidatorio, como es el caso de Convida en liquidación, Ecoopsos, EPS Famisanar, Nueva EPS, Sanitas, Capresoca, Coosalud.

**Gastos de subvenciones y transferencias** por $796 registrados en el segundo trimestre de 2025, corresponden a los gastos ejecutados de la Resolución 1220 equipos básicos del Ministerio de Salud y Protección Social, que son reconocidos también como ingreso, generando un efecto cero en los costos de la ESE.

**Subvenciones y transferencias**, Para el I primer trimestre por este concepto se tenía reconocido un valor de $3.973, correspondientes a estampillas pro-hospitales de $3.769, y registro del convenio Médico en tu territorio # 1426 por valor de 204 millones, Para el II primer trimestre el valor registrado asciende $16.328, que incluye a estampillas pro-hospitales de $5.139 millones, **Resolución 1220** equipos básicos por $1.040, **Convenio 1234** historia clínica por $982, **Convenio 1245** infraestructura tecnológica $3,000 millones**, convenio 1273** de mobiliario por $5.696 millones, y **Convenio 1426** del programa médico en tu territorio $471 millones.

**Los otros ingresos** tanto para el primer como para el segundo trimestre de 2025, presentaron in incremento significativo del 35% y 27% respectivamente, dado principalmente en la cuenta de arrendamientos que se incrementa de marzo de 2025 de $1.595 a junio de 2025 a $2.696, debido a las nuevas negociaciones realizadas por la Dirección Administrativa con estos terceros, sobretodo en la sede del Hospital Regional de Zipaquirá. También incide en este aumento los ingresos recibidos por la recuperación de la glosa en productividad media de $260 millones, bonificación de proveedores $307millones y la recuperación de perdida por deterioro $69 millones.

**Los Otros Gastos** para el primer trimestre disminuyen en un -7% y para el segundo trimestre aumentaron en un 38% dado principalmente aceptación de glosas de la vigencia reportada por las entidades responsables de pago, de las cuales Sede Bogotá $2.967 millones, Regional Zipaquirá $1.108 millones y Unidad Funcional de Zipaquirá $-176 millones, el restante corresponde a gastos financieros por $102 millones, y devoluciones en ventas por $180 millones.

Por los motivos expuestos anteriormente se presenta un Resultado positivo del ejercicio a junio de 2025 de $21.542 millones así: Sede Bogotá $18.616 millones, Regional Zipaquirá $5.404 millones y Unidad Funcional una pérdida de Zipaquirá $-2.479 millones por el mayor deterioro realizado de las entidades en proceso de liquidación, que impacta en cada una de las sedes.

### 3.6.3 INDICADORES FINANCIEROS – CONSOLIDADOS

**I – II TRIMESTRE 2024 – 2025**

**Fuente: Dinámica Gerencial DGH**

| INDICADOR | I Trimestre 2024 | I Trimestre 2025 | DETALLE | II Trimestre 2024 | II Trimestre 2025 | DETALLE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **LIQUIDEZ** | | | | | | |
| CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente) | 116.614 | 165.886 | La ESE a marzo de 2025 cuenta con un Capital de trabajo de $165,614 millones, para desarrollar su objeto social. | 137.798 | 179.122 | La ESE a Junio de 2025 cuenta con un Capital de trabajo de $179.122 millones, para desarrollar su objeto social. |
| RAZÓN CORRIENTE /RAZON DE LIQUIDEZ (Activo corriente/Pasivo corriente) | 2,7 | 3,27 | El Hospital cuenta con disponibilidad para responder con sus las obligaciones a corto plazo, pues tiene 3,27 veces más de activos que de pasivos como respaldo. | 3,37 | 3,18 | El Hospital cuenta con disponibilidad para responder con sus las obligaciones a corto plazo, pues tiene 3,18 veces más de activos que de pasivos como respaldo. |
| ENDEUDAMIENTO TOTAL (Pasivo total/Activo total) | 0,18 | 0,19 | La ESE presenta un nivel de endeudamiento a marzo de 2025 del 19%, aumenta un punto porcentual, debido a los pasivos diferidos originados por los convenios interadministrativos para la ejecución. | 0,15 | 0,20 | La ESE presenta un nivel de endeudamiento a junio de 2025 del 20%, debido al aumento de las cuentas por pagar de bienes y servicios, y a los pasivos diferidos originados por los convenios interadministrativos para la ejecución. |
| **ACTIVIDAD** | | | | | | |
| VENTAS PROMEDIO DIARIAS (Ventas/días) | 756 | 895 | A marzo de 2025 las ventas diarias de la ESE han aumentado en un 18% 18%. | 845 | 1036 | A junio de 2025 las ventas diarias de la ESE han aumentado en un 23%. |
| ROTACIÓN DE CARTERA DÍAS (Total cartera * días) / Total ventas | 282 | 227 | Con corte a marzo 2025 la rotación de la Cartera a sitúo en 227 debido a la mayor recuperación de cartera, y al castigo efectuado de entidades en liquidación. | 273 | 293 | Con corte a Junio 2025 la rotación de la Cartera a sitúo en 293, se incrementa por el envejecimiento de la cartera adeudada por los deudores mayor a 360 días y de entidades intervenidas. |
| **EBITDA** | | | | | | |
| (=) EBITDA -Ganancias antes de impuestos, depreciaciones y amortizaciones. | 4.285 | 9.187 | El resultado de este indicador es positivo y mejora en relación al periodo anterior, significa las ganancias de la entidad serían mayores si no tuviese que hacerse deteriores, provisiones, depreciaciones y amortizaciones. | 34.643 | 40.963 | El resultado de este indicador es positivo y mejora en relación al periodo anterior, significa las ganancias de la entidad serían mayores si no tuviese que hacerse deterioros, provisiones, depreciaciones y amortizaciones. |
| (=) EBITDA -Ganancias antes de impuestos, depreciaciones y amortizaciones. - **Subvenciones** | 173 | 5.214 | El resultado de este indicador sigue siendo positivo aun restando las subvenciones | 11.559 | 24.635 | El resultado de este indicador sigue siendo positivo aun restando las subvenciones |

## 3.7 ESTADO DE TESORERÍA

El comportamiento del efectivo y sus equivalentes durante el I trimestre del 2025 vs 2024, presentó un incremento de 164 %, dado que para el I trimestre del 2025 se contaba con 14 convenios con saldo de $19.382 millones Vs $ 5.500 millones que se tenían para el I trimestre 2024. En el comparativo del II Trimestre 2025 - 2024 cierra para las vigencias respectivamente en 2025 se con saldo de $18.812 millones y para la vigencia 2024 para el segundo trimestre cerro con 7 convenios con un saldo de $ 4.900 millones de los cuales se evidencia que 1 convenios continúa pendiente de ejecución, logrando así un incremento de 128%.

**Cifras en Millones de pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH**

| CONCEPTO | I Trimestre 2024 | I Trimestre 2025 | Incremento disminución $ I Trimestre (2025-2024) | II Trimestre 2024 | II Trimestre 2025 | Incremento disminución $ II Trimestre (25-2024) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CAJA GENERAL | $92 | $51 | -45% | $89 | $61 | -31% |
| CUENTAS CORRIENTES | $121 | $5.326 | 4302% | $296 | $4.042 | 1266% |
| CUENTAS DE AHORROS RP | $8.100 | $11.689 | 44% | $10.500 | $13.153 | 25% |
| CUENTAS DE AHORROS CONVENIO | $5.500 | $19.383 | 252% | $4.900 | $18.812 | 284% |
| **TOTAL** | **$13.813** | **$36.449** | **164%** | **$15.785** | **$36.068** | **128%** |

El recaudo de la ESE corresponde a recuperación de cartera por prestación de servicios de salud, pago de incapacidades, contraprestaciones de universidades, Estampilla Pro Hospitales, transferencias por Convenios Interadministrativos suscritos entre el Hospital y la Secretaria de Salud de Cundinamarca dotación hospitalaria y tecnológica, infraestructura, médico en tu territorio, como recursos asignados por parte del Ministerio de Salud entre los más representativos se encuentran “Resolución 1981/2024” para el fortalecimiento de los servicios por valor de $ 10.000 millones, “Resolución 1220/2024”Equipos básicos por 4.149 millones entre otros.

Analizando la tabla anterior, se observa que las cuentas de ahorros por convenios de la ESE en el I y II trimestre del 2025 cierran con un aumento del 252% y 284% respectivamente debido al aumento de entrada de recursos por concepto de convenios interadministrativos y asignación de recursos por el ministerio, los cuales a la fecha se están ejecutando.

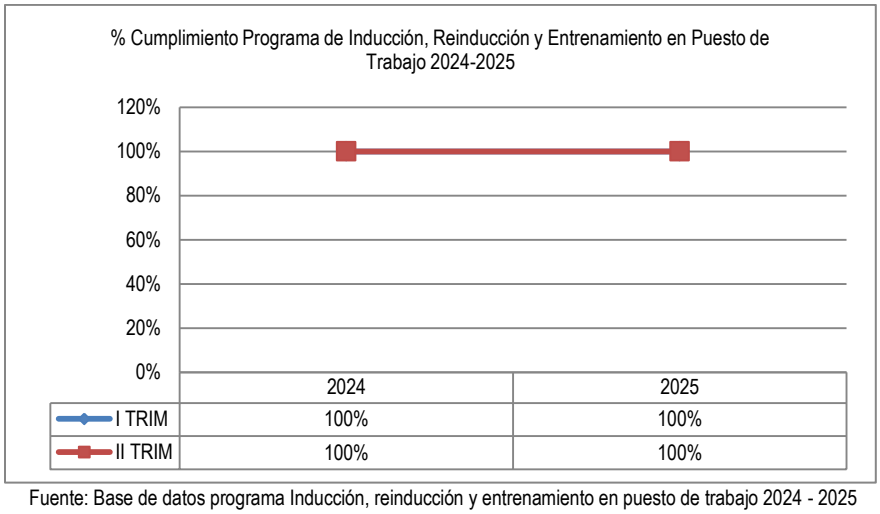
A corte 30 de junio del 2025 se encuentran saldos en bancos pendientes por ejecutar del **Convenio 857-2022** Infraestructura Servicios de Urgencias ($4.001 millones); “**Resolución 1981/2024**” por $10.000 millones, “**Resolución 1220/2024**” por $3.134 millones, y adicionalmente saldos por reintegrar del convenio 1245 del 2024 por valor de $324 millones, Convenio 1234 de 2024 por valor de $1.086 millones- Historia clínica entre otros.

Finalmente, para el II trimestre del 2025 se tiene una disponibilidad total de recursos por valor de $36.068 millones, de los cuales $18.812 millones corresponde a saldos de convenios equivalente al 52% y $17.256 equivalente a un 48% a recursos propios para ejercer el objeto social y para atender las cuentas por pagar e impuestos.

# CAPITULO IV DIRECCION ADMINISTRATIVA

## 4.1 GESTION DEL PROCESO DE TALENTO HUMANO – SUBDIRECCION DE DESARROLLO HUMANO

### 4.1.1 INDUCCIÓN, REINDUCCIÓN Y ENTREMANIMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO

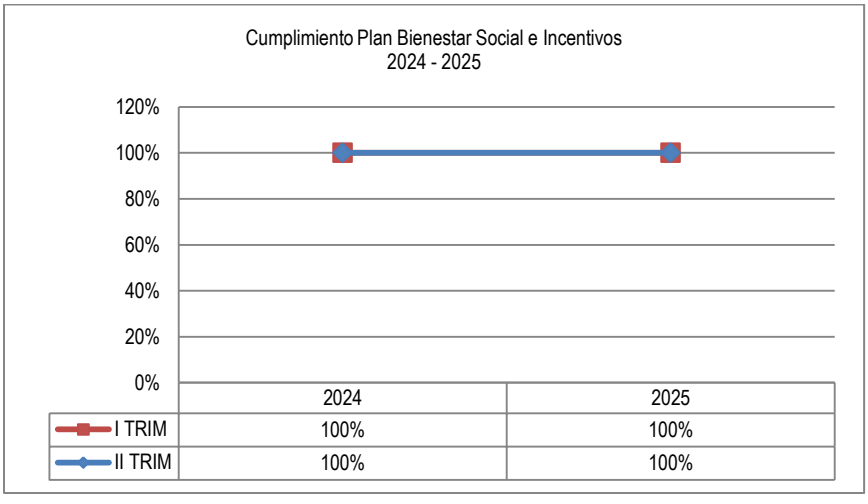



| | 2024 | 2025 |
|---|---|---|
| I TRIM | 100% | 100% |
| II TRIM | 100% | 100% |

Fuente: Base de datos programa Inducción, reinducción y entrenamiento en puesto de trabajo 2024 - 2025

Para el II Trimestre de 2025, se proyectaron 5 actividades que fueron ejecutadas en su totalidad al 100% de lo programado donde se contó con la participación de 118 colaboradores de los diferentes tipos de contratación, adicionalmente, participaron 443 estudiantes, logrando cumplir la evaluación Pre-test y una evaluación Post-test obteniendo un resultado satisfactorio por cada uno de los participantes, durante la vigencia 2024 se cumplió el 100% de 4 actividades ejecutadas. En cuanto al entrenamiento en puesto de trabajo se realizó el seguimiento de la realización del mismo a través de los líderes de proceso contando para el II trimestre con un total de 68 entrenamientos obteniendo un porcentaje de cumplimiento de 89%, teniendo en cuenta que solo se aplica al personal de Planta y empresas temporales.

### 4.1.2 GESTION DEL PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS

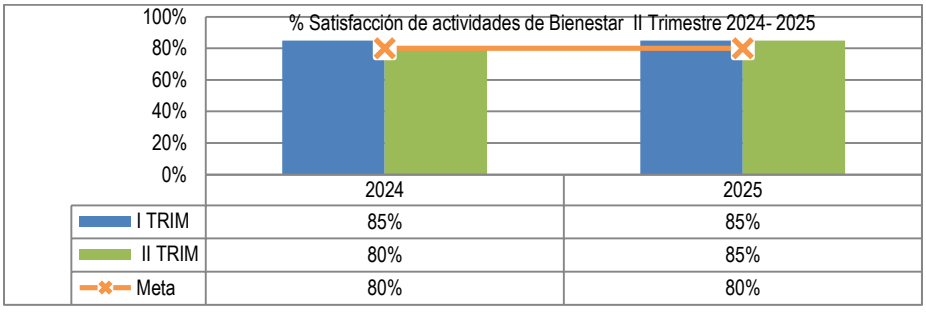



| | 2024 | 2025 |
|---|---|---|
| I TRIM | 100% | 100% |
| II TRIM | 100% | 100% |

Fuente: Plan de Bienestar social e incentivos 2024 - 2025

Se definió el cronograma con un total de 49 actividades para el año 2025 a través de las siguientes líneas estratégicas: Deportiva, recreativa y Familiar, Artística y Cultural, Promoción y Prevención de la Salud, Arte y Manualidades, Mejoramiento Clima Laboral e Incentivos al Desempeño. Para el II trimestre del año 2025 se proyectaron 11 actividades como fueron: fechas especiales como día del médico Intensivista, día del Neurocirujano, día del Cardiólogo, día de la Secretaria, día del Bacteriólogo, Día de Seguridad y Salud en el Trabajo, día del Urólogo, día de la Madre, día de la Enfermería, día del docente, día del Infectólogo, día del Gineco-obstetra, día del Padre, día del Abogado, día del Otorrinolaringólogo, día del Servidor Público, mensajes de condolencia, un taller de vida saludable, se realizaron pausas activas logrando un cumplimiento del 100% al cronograma proyectado para el periodo evaluado, en comparación con el año 2024 se evidencia que se cumplió el 100% con 14 actividades realizadas y se responde al compromiso del mejoramiento continuo al logro de los objetivos institucionales desde la Subdirección de Desarrollo Humano.

### 4.1.2.1 PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN ACTIVIDADES DE BIENESTAR

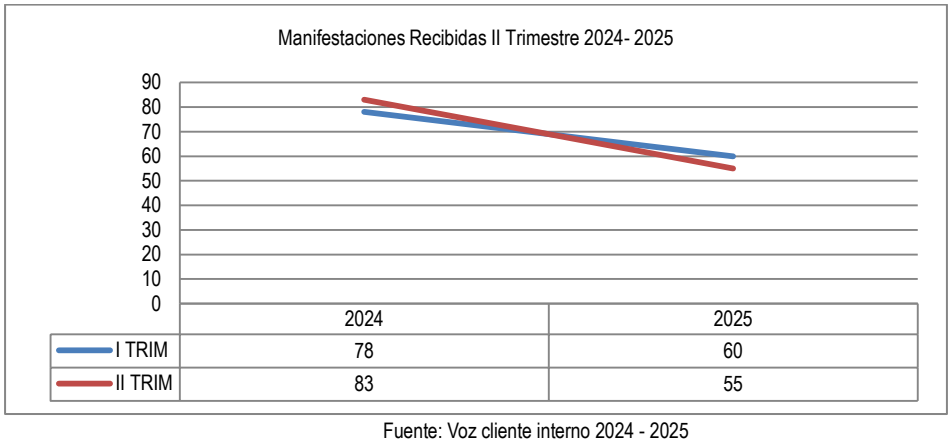



| | 2024 | 2025 |
|---|---|---|
| I TRIM | 85% | 85% |
| II TRIM | 80% | 85% |
| Meta | 80% | 80% |

Fuente: Plan de Bienestar social e incentivos 2024 - 2025

Para el II trimestre de 2025, el cumplimiento de la percepción de los colaboradores con relación a las actividades de Bienestar califican el 85% debido a los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción, los colaboradores manifiestan estar satisfechos con las actividades realizadas para finalizar se evidencia que se obtuvo un aumento significativo y se superó la meta establecida en los periodos evaluados de acuerdo al indicador de medición.

### 4.1.3 GESTIÓN VOZ CLIENTE INTERNO



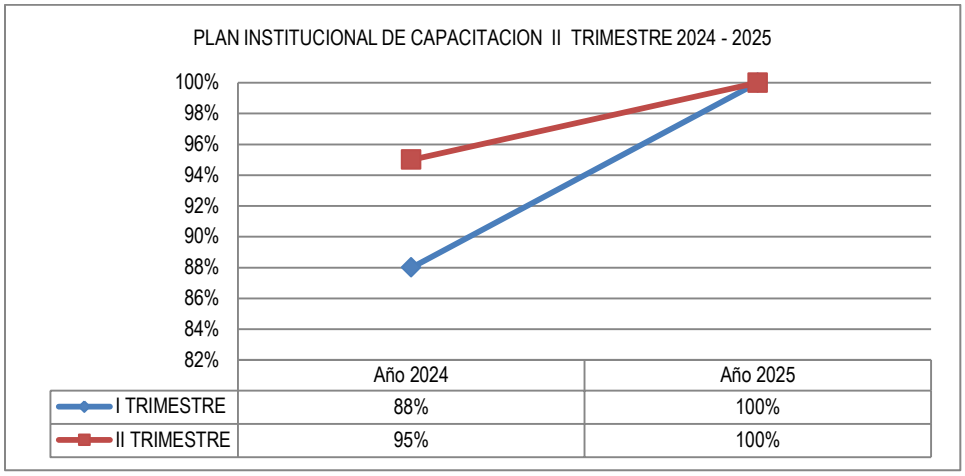

| | 2024 | 2025 |
|---|---|---|
| I TRIM | 78 | 60 |
| II TRIM | 83 | 55 |

Fuente: Voz cliente interno 2024 - 2025

Durante el II trimestre del año 2025 se recibieron un total de 55 manifestaciones, donde fueron informadas a los servicios competentes para su debida intervención, se evidenciaron diversos temas relacionados a solicitudes de información y traslados por competencia a las unidades funcionales de Zipaquirá las cuales fueron tramitadas al 100%, se identificaron 4 planes de mejora gestionados por el área competente. Para la vigencia del 2024 se

recibieron 83 manifestaciones donde se puede evidenciar una disminución debido a los planes de mejora implementados durante el año y el trimestre en mención.

### 4.1.3 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION



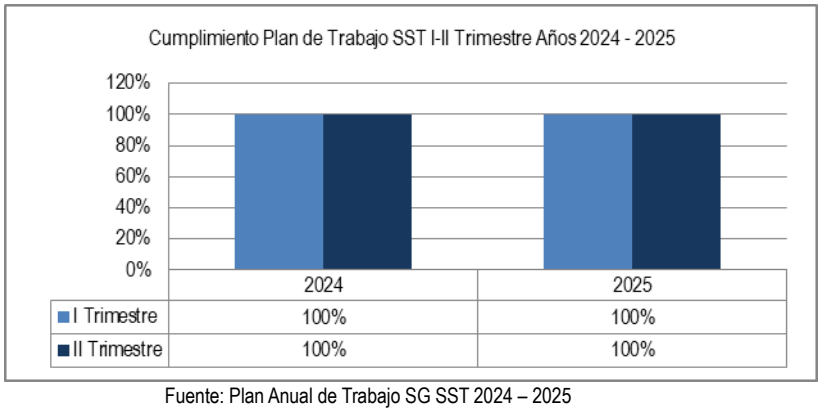

| | Año 2024 | Año 2025 |
|---|---|---|
| I TRIMESTRE | 88% | 100% |
| II TRIMESTRE | 95% | 100% |

Fuente: Plan Institucional de capacitación 2024 - 2025

Para el II Trimestre de 2025 se realizaron 58 capacitaciones de 58 programadas para un cumplimiento del 100%, comparando el mismo periodo del año anterior, se observa un aumento del 5%, evidenciándose una mejora en la planeación y ejecución de las acciones de fortalecimiento de competencias, en cuanto al acumulado para la vigencia 2025, se lleva un 47% de cumplimiento.

### 4.1.5 SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

#### 4.1.5.1 CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2024 – 2025



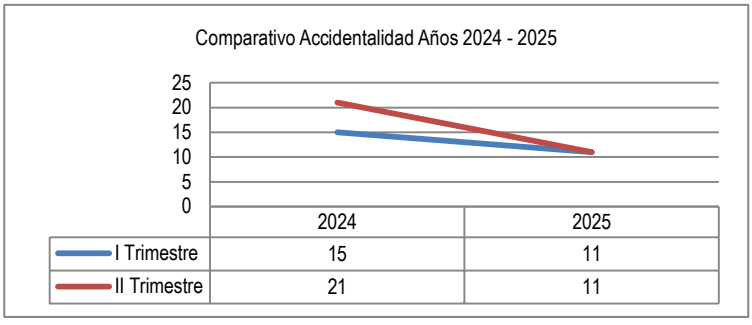

| | 2024 | 2025 |
|---|---|---|
| I Trimestre | 100% | 100% |
| II Trimestre | 100% | 100% |

Fuente: Plan Anual de Trabajo SG SST 2024 – 2025

Para la vigencia del II Trimestre del año 2024 se programaron 24 actividades de las cuales se cumplió con el 100% de las actividades programadas en el plan anual de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo, para la vigencia 2025 se programaron 27 actividades dando cumplimiento al 100% de las actividades las cuales se describen a continuación: Realizar inspecciones planeadas, Actualizar documentación del SG-SST, Actualizar la matriz de requisitos legales, Relizar induccion SG-SST a los integrantes del Comité COPASST, Capacitar a los integrantes del

COPASST en funciones y normatividad, Realizar inducción SG-SST a los integrantes del Comité Convivencia Laboral, Capacitar a los integrantes del comité de Convivencia Laboral en Funciones, Identificación y Prevención del Acoso Laboral y Estrategias de Mediación y Consiliación, Socializar Tips de Emergencia, Realizar valoraciones medico Ocupacionales,Verificar recomendaciones medico ocupacionales, Pausas Activas, Capacitación Trabajo en Equipo, Taller estilos de vida saludable y educación nutricional, Taller de Autocuidado, Capacitación en manejo de sustancias quimicas, Socializacion Matriz compatibilidad sustancias quimicas, Relizar jornada de vacunacion contra influenza, jornada de vacunación Hepatitis B, Capacitación manejo seguro de Cortopunsantes, Capacitacion Radiciones Ionizantes Anexo 5, Socilizacion Tips Seguridad Vial, Hacer seguimiento periódico del cumplimiento de los requisitos de seguridad Proveedores y contratista y Campaña orden y aseo.

### 4.1.5.2 ACCIDENTALIDAD II TRIMESTRE AÑOS 2024 – 2025.

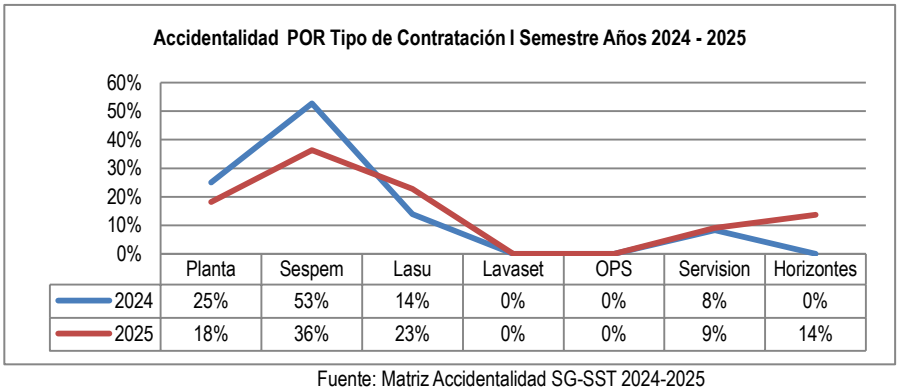



| | 2024 | 2025 |
|---|---|---|
| I Trimestre | 15 | 11 |
| II Trimestre | 21 | 11 |

Fuente: Matriz Enfermedad Laboral SG SST 2024-2025

Para el II Trimestre del año 2025 se materializaron un total de 11 accidentes de trabajo, de los cuales 6 fueron por factor de Riesgo Locativo, 2 Biológicos, 2 Químicos y 1 Mecánico, en comparación con el año 2024 se observa una disminución de 10 accidentes en los colaboradores del Hospital Universitario de la Samaritana, debido a las actividades de promoción y prevención realizadas y la socialización de las lecciones aprendidas.

Se concluye que para el I semestre se evidencia una disminución en accidentalidad entre los años 2024 y 2025 con una diferencia de 14 accidentes. Para la presente vigencia se materializaron 8 accidentes por factor de Riesgo Locativo por caídas a nivel, tropiezos y/o contusiones, 7 por Biológico debido a pinchazos con elementos corto punzantes, 3 por riesgo químico por salpicaduras, 2 por factor de Riesgo público por agresión de pacientes a los colaboradores, 1 accidente por factor de riesgo Biomecánico por sobre esfuerzo, 1 accidente por Riesgo Mecánico por heridas con máquinas y/o herramientas de trabajo.



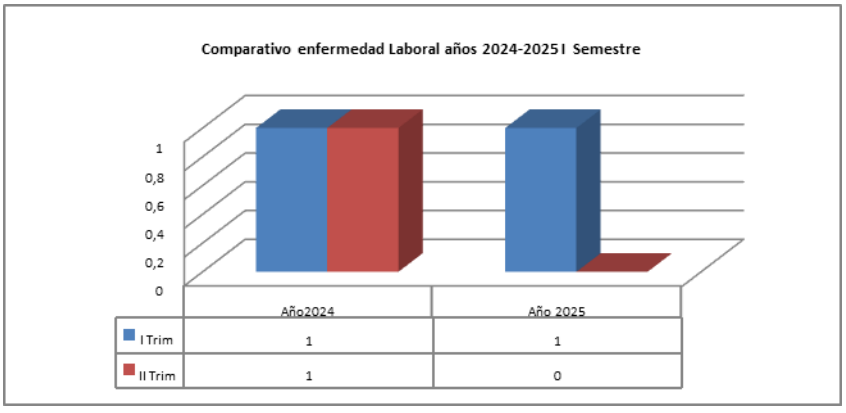

| | Planta | Sespem | Lasu | Lavaset | OPS | Servision | Horizontes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024 | 25% | 53% | 14% | 0% | 0% | 8% | 0% |
| 2025 | 18% | 36% | 23% | 0% | 0% | 9% | 14% |

Fuente: Matriz Accidentalidad SG-SST 2024-2025

En el comparativo de accidentalidad de los años 2024 y 2025 se puede evidenciar que la empresa Sespem con un

total de 27 accidentes materializados es la empresa con mayor accidentalidad, estos derivados por riesgo biológico, locativo y biomecánico, en el personal de planta disminuyó la accidentalidad para el periodo 2025 donde se reportó 4 accidentes y en el 2024 se materializaron 9, la empresa Lasu reportó un total de 10 accidentes de trabajo por factores de riesgo Químico y Locativo, Servisión reporto 5 accidentes para el periodo evaluado, la temporal Horizontes reportó 3 accidentes y los demás tipos de contratación no se materializaron accidentes de trabajo para la vigencia.

#### 4.1.5.3 ENFERMEDAD LABORAL AÑOS 2024 – 2025



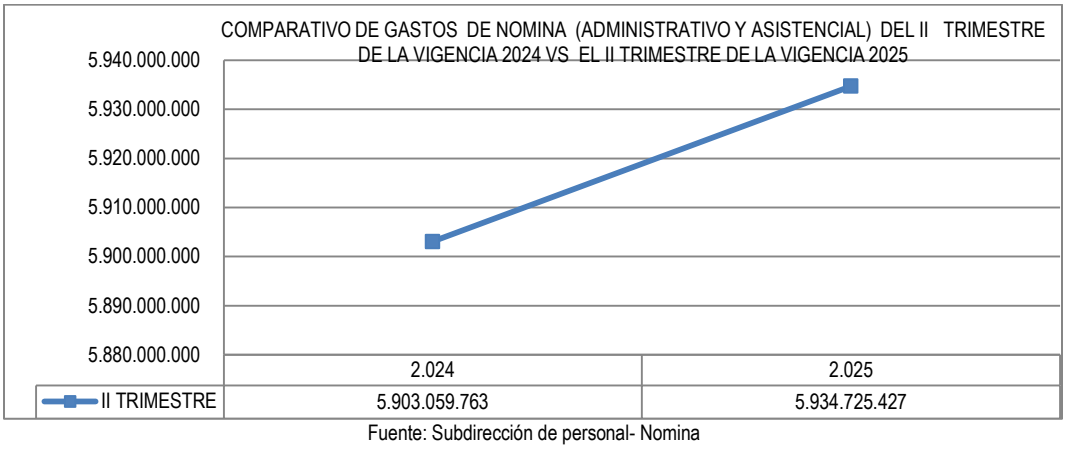

Fuente: Matriz Enfermedad Laboral SG SST 2024-2025

Durante los dos primeros Trimestres del año 2024 se reportaron dos presuntas enfermedades laborales en el aplicativo de la ARL, por factor de riesgo osteomuscular (síndrome del túnel carpiano, sinovitis y Teno sinovitis), para el año 2025 en el I trimestre y de acuerdo al seguimiento realizado por Seguridad y Salud en el Trabajo con al ARL Positiva se presento un reporte de una presunta enfermedad laboral en el aplicativo, por factor de riesgo osteomuscular (sindrome de manguito rotador derecho).

## INFORME DE GESTIÓN SUBDIRECCIÓN DE PERSONAL VIGENCIA 2025 II TRIMESTRE

## PLANTA DE PERSONAL

A continuación, se relacionan los gastos de nómina de planta correspondiente al II trimestre de la vigencia 2025 comparado con el II trimestre de la vigencia 2024, así:




Fuente: Subdirección de personal- Nomina

Del análisis comparativo del segundo trimestre entre las vigencias 2025 y 2024, se observa que hay un incremento para la vigencia del año 2025 por TREINTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE. ($31.665.664) correspondiente a un incremento aproximado del 0,54%. Es de aclarar que con corte a junio de la vigencia 2025, no se ha realizado el incremento de las asignaciones básicas salariales para los funcionarios públicos de la planta de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana.

A continuación, en el siguiente cuadro se presenta el análisis de los valores que se incrementaron en el II trimestre de la vigencia 2025 comparado con el II trimestre de la vigencia 2024, el valor pagado y el porcentaje del incremento en la vigencia del 2025:

| VALORES PAGADOS EN LAS NOMINAS DEL II TRIMESTRE DE LA VIGENCIA 2024 VS 2025. | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CONCEPTO | II TRIMESTRE 2024 | II TRIMESTRE 2025 | DIFERENCIA | PORCENTAJE |
| C001_SUELDO | $ 2.502.634.528 | $ 2.602.121.824 | $ 99.487.296 | 3,98 |
| C002_AUXILIO DE TRANSPORTE | $ 2.941.920 | $ 3.153.334 | $ 211.414 | 7,19 |
| C003_SUBSIDIO DE TRANSPORTE | $ 25.963.200 | $ 72.546.671 | $ 46.583.471 | 179,42 |
| C005_PRIMA TECNICA | $ 19.970.257 | $ 22.063.326 | $ 2.093.069 | 10,48 |
| C017_BONIFICACION POR SERVICIOS | $ 62.720.254 | $ 81.447.939 | $ 18.727.685 | 29,86 |
| C027_AUXILIO DE RECREACION | $ 12.745.843 | $ 14.887.353 | $ 2.141.510 | 16,80 |
| C030_SUELDO RETRIBUCION VACACIONES | $ 128.809.662 | $ 130.772.396 | $ 1.962.734 | 1,52 |
| C040_PRIMA DE SERVICIOS | $ 496.736.561 | $ 536.462.099 | $ 39.725.538 | 8,00 |

Fuente- Subdirección de personal – Nomina

Por otro lado, a continuación se presenta el análisis de los valores que disminuyeron en el II trimestre de la vigencia 2025 comparado con el II trimestre de la vigencia 2024, el valor pagado y el porcentaje de disminución en la vigencia del 2025:

| **VALORES PAGADOS EN NOMINA DEL II TRIMESTRE DE LA VIGENCIA 2024 VS 2025.** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CONCEPTO** | **II TRIMESTRE 2024** | **II TRIMESTRE 2025** | **DIFERENCIA** | **PORCENTA-JE** |
| | | | | |
| C007_RECARGO NOCTURNO | $ 66.752.770 | $ 57.999.915 | -$ 8.752.855 | -13,11 |
| C010_DOMINICALES 300% | $ 16.362.875 | $ 11.886.806 | -$ 4.476.069 | -27,36 |
| CRE002_PRIMA DE SERVICIOS | $ 29.701.646 | $ 5.717.009 | -$ 23.984.637 | -80,75 |

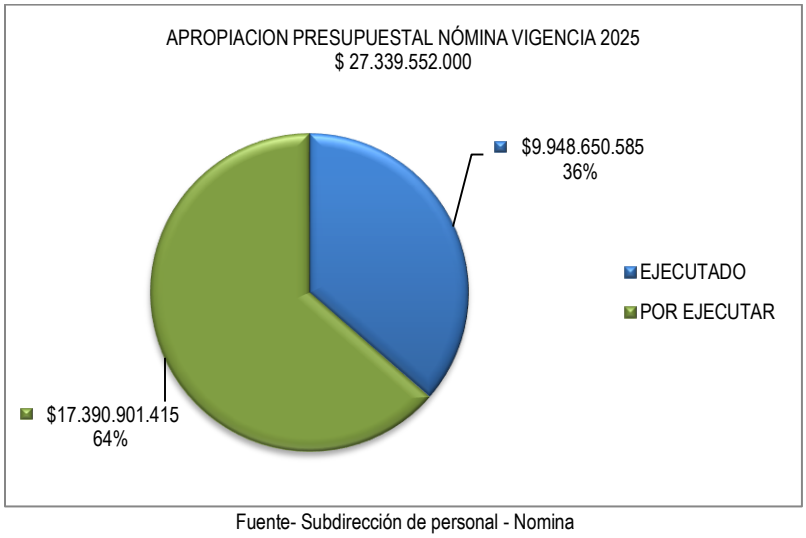
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CRE003_PRIMA DE NAVIDAD | $ | 23.944.659 | $ | 6.251.708 | -$ | 17.692.951 | -73,89 |
| CRE004_CESANTIAS | $ | 26.951.120 | $ | 5.232.703 | -$ | 21.718.417 | -80,58 |
| CRE005_INTERESES A LAS CESANTIAS | $ | 935.187 | $ | 198.470 | -$ | 736.717 | -78,78 |
| CRE006_COMPENSACION DE VACACIONES | $ | 59.307.565 | $ | 5.804.741 | -$ | 53.502.824 | -90,21 |
| CRE007_AUXILIO DE RECREACION | $ | 8.870.682 | $ | 514.014 | -$ | 8.356.668 | -94,21 |
| CRE008_PRIMA DE VACACIONES | $ | 122.072.539 | $ | 4.632.135 | -$ | 117.440.404 | -96,21 |
| CRE012_BONIFICACION POR SERVICIOS | $ | 16.538.110 | $ | 2.698.575 | -$ | 13.839.535 | -83,68 |

Fuente- Subdirección de personal – Nomina

De igual manera, en la administración del Doctor Jorge Andrés López Quintero desde el mes de abril de 2024 se mantienen las medidas de austeridad en el gasto de la nómina de planta en los siguientes cargos:

| AHORRO DEL HUS POR 6 FUNCIONARIO EN EL II TRIMESTRE DE LA VIGENCIA 2025 | | |
|---|---|---|
| NOMBRE_EMPLEADO | CARGO | VALOR |
| FLOREZ CRUZ NELSY DEL PILAR | DIRECTOR OPERATIVO | $ 47.859.776 |
| CASTRO MELO JAIRO ENRIQUE | SUBDIRECTOR OPERATIVO | $ 87.872.133 |
| LIÑEIRO COLMENARES MIGUEL ANGEL | SUBDIRECTOR OPERATIVO | $ 45.742.988 |
| GARAVITO BEJARANO MARISOL | SUBDIRECTOR OPERATIVO | $ 45.742.988 |
| RODRIGUEZ BENAVIDES EDGAR HUMBERTO | LIDER DE PROYECTO | $ 46.166.136 |
| TOTAL GENERAL | | $ 273.384.021 |

Fuente- Subdirección de personal – Nomina




Fuente- Subdirección de personal - Nomina

TABLA No. _____ ESTADO PLANTA GLOBAL DE PERSONAL II TRIMESTRE 2025.

En la siguiente tabla se evidencia la distribución del personal de planta de la E.S. E Hospital Universitario de la Samaritana:

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA | | | |
|---|---|---|---|
| SUBDIRECCION DE PERSONAL | | | |
| PLANTA GLOBAL DE PERSONAL DEL 01 ENERO AL 30 JUNIO DE 2025 | | | |
| NATURALEZA DEL EMPLEO | ACTIVOS | VACANTES | CARGOS |
| PERIODO FIJO DIRECTIVO | 1 | 0 | 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN DIRECTIVO | 27 | 6 | 33 |
| LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN ASESOR | 2 | 0 | 2 |
| LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN PROFESIONAL | 3 | 1 | 4 |
| INSCRITO EN CARRERA ADMINISTRATIVA | 130 | 45 | 175 |
| PROVISIONALIDAD | 20 | 4 | 24 |
| COMISIÓN DE SERVICIOS | 1 | 0 | 1 |
| ENCARGO | 7 | 0 | 7 |
| PERIODO FIJO S.S.O | 8 | 0 | 8 |
| VACANTE EMPLEADOS PÚBLICOS | | 121 | 121 |
| **SUBTOTAL EMPLEADOS PÚBLICOS** | 199 | 177 | 376 |
| TRABAJADOR OFICIAL | 29 | | 29 |
| VACANTE TRABAJADORES OFICIALES | | 20 | 20 |
| SUBTOTAL TRABAJADORES OFICIALES | 29 | 20 | 49 |
| TOTAL PLANTA DE PERSONAL | 228 | 197 | 425 |

| REGIMEN DE CESANTIAS | |
|---|---|
| REGIMEN DE CESANTIAS RETROACTIVAS | 37 |
| REGIMEN DE CESANTIAS ANUALIZADAS | 191 |
| TOTAL DE SERVIDORES ACTIVOS | 228 |

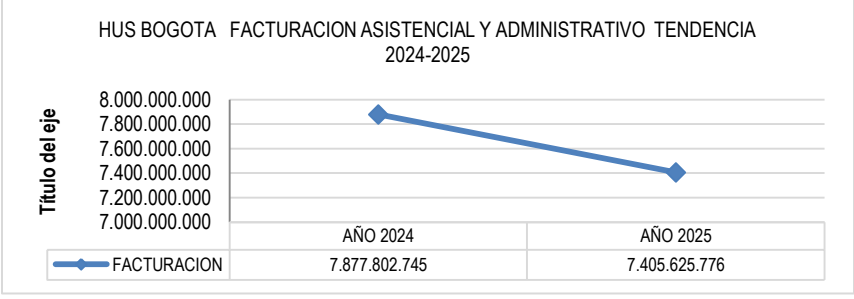
| ADMINISTRATIVO O ASISTENCIAL | |
|---|---|
| ADMINISTRATIVOS | 72 |
| ASISTENCIALES | 156 |
| TOTAL DE SERVIDORES ACTIVOS | 228 |

| DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO | |
|---|---|
| HOMBRES | 70 |
| MUJERES | 158 |
| TOTAL DE SERVIDORES ACTIVOS | 228 |

Fuente- Subdirección de personal - Nomina

## CONTRATACIÓN EMPRESA SERVICIOS TEMPORALES

GRAFICO No. 1 HUS ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO TEMPORALES FACTURACION 2024 -2025

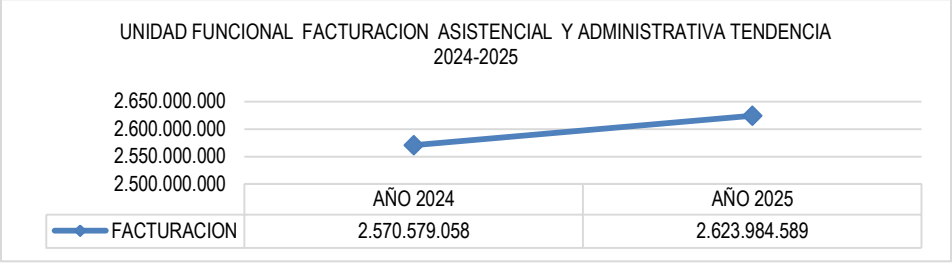



| | | |
|---|---|---|
| VARIACION | N/A | -6,4% |
| VIGENCIA | AÑO 2024 | AÑO 2025 |
| FACTURACION | 7.877.802.745 | 7.405.625.776 |

Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

Durante el Segundo Trimestre del año 2025, el valor facturado por servicios temporales fue de $7.405.625.776 millones de pesos, con un promedio mensual de trabajadores de 731. Esta cifra representa una disminución del -6,4% frente al mismo periodo del 2024, cuando la facturación alcanzó $7.877.802.745 millones de pesos. La reducción corresponde a las medidas de austeridad en el gasto que fueron implementadas a partir del 01 de mayo de 2024 reflejándose en los meses siguientes entre las principales acciones adoptadas se encuentran: reducción de cargos en el área administrativa y cambio de tipo de contratación como el servicio de Terapias, Biomédica y los Profesionales Especializados administrativos.

GRAFICA No. 2 UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO TEMPORAL FACTURACION 2024-2025

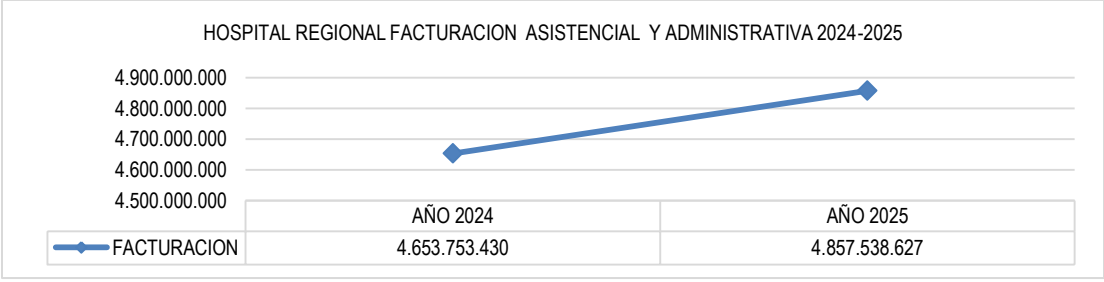



| | | |
|---|---|---|
| VARIACION | N/A | 2,0% |
| VIGENCIA | AÑO 2024 | AÑO 2025 |
| FACTURACION | 2.570.579.058 | 2.623.984.589 |

Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

En el Segundo Trimestre 2025 la Unidad Funcional de Zipaquirá presento un valor facturado de $2.623.984.589 millones de pesos, con un promedio de 253 trabajadores, en comparación con el mismo periodo de 2024 donde el valor facturado fue de $2.570.579.058 millones de pesos. Se puede observar un incremento del 2%. Este aumento se debe principalmente al incremento salarial realizado a partir de febrero del 2025.

GRAFICA No. 3 HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA TEMPORALES ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO 2024-2025




| | | |
|---|---|---|
| VARIACION | N/A | 4,2% |
| VIGENCIA | AÑO 2024 | AÑO 2025 |
| FACTURACION | 4.653.753.430 | 4.857.538.627 |

Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

La facturación del Hospital Regional durante el Segundo Trimestre 2025 fue de $4.857.538.627 millones de pesos, con un promedio de trabajadores de 434, representando un incremento del 4,2% con relación al mismo trimestre del 2024, en que se facturo $4.653.753.430 millones de pesos. El incremento corresponde al aumento salarial el cual se efecto a partir del mes de febrero del 2025.

## RELACIÓN Y PROPORCIÓN DE PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO A MARZO 2025

HUS Bogotá, Unidad Funcional Zipaquirá y Hospital Regional Zipaquirá

A continuación se relaciona el consolidado de colaboradores por los diferentes tipos de vinculación y/o contratación al 30 de junio de 2025:

Tabla No. Consolidado de colaboradores II trimestre 2025

| PERSONAL | ASISTENCIAL | ADMINISTRATIVO | TOTAL |
|---|---|---|---|
| HUS –BOGOTÁ | | | |
| No. colaboradores | 1193 | 345 | 1538 |
| UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ | | | |
| No. colaboradores | 702 | 72 | 774 |
| HOSPITAL REGIONAL ZIPAQUIRÁ | | | |
| No. colaboradores | 848 | 102 | 950 |
| TOTAL PERSONAL | 2.743 | 519 | 3.262 |

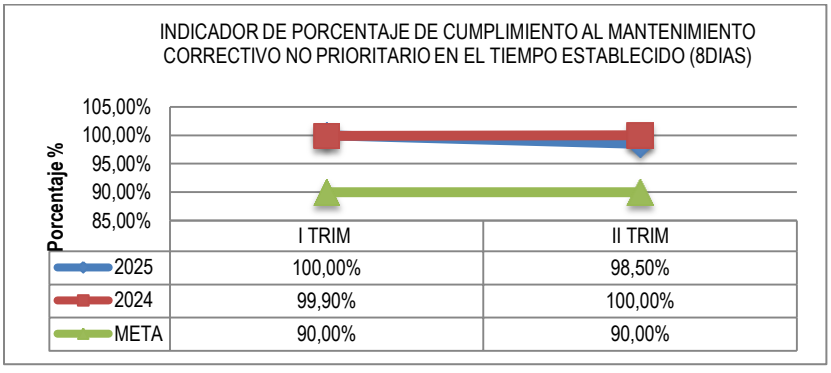
Fuente: Subdirección de Personal

Gráfica No. _____ No. Colaboradores Administrativo – Asistencial

### 4.2 INFRAESTRUCTURA

**1.** Indicadores Gestión del Proceso Ingeniería Hospitalaria – Bogotá

**1.1.** INDICADOR DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL MANTENIMIENTO CORRECTIVO NO PRIORITARIO EN EL TIEMPO ESTABLECIDO (8DIAS)

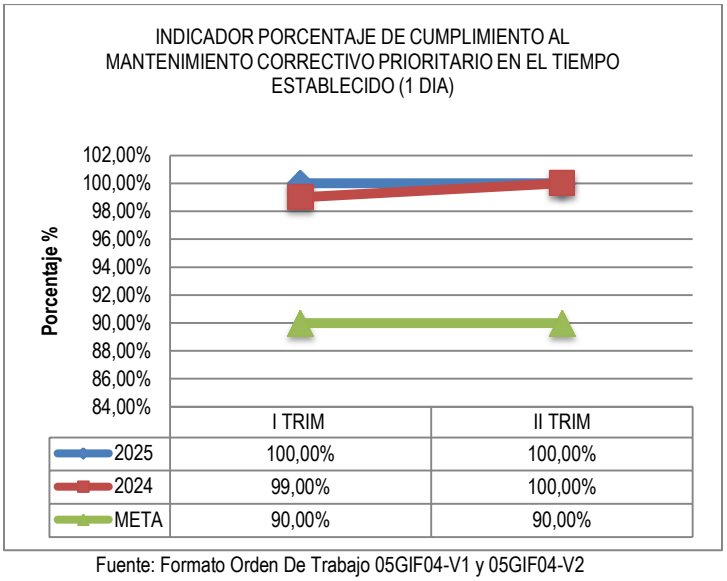



Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04-V1 y 05GIF04-V2.

Durante el segundo trimestre de 2025 se logró un cumplimiento del 98,5%, consolidando un desempeño sólido y consistente que supera ampliamente la meta institucional del 90%. Este resultado refleja una gestión eficiente,

basada en la priorización efectiva de órdenes y la optimización continua de procesos técnicos. El fortalecimiento del equipo y la correcta articulación con la mesa de ayuda han sido claves para garantizar tiempos de respuesta oportunos y la calidad en la atención. Así, se reafirma el compromiso institucional con la excelencia operativa y la mejora continua en el mantenimiento hospitalario.

## 1. INDICADOR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL MANTENIMIENTO CORRECTIVO PRIORITARIO EN EL TIEMPO ESTABLECIDO (1 DIA)

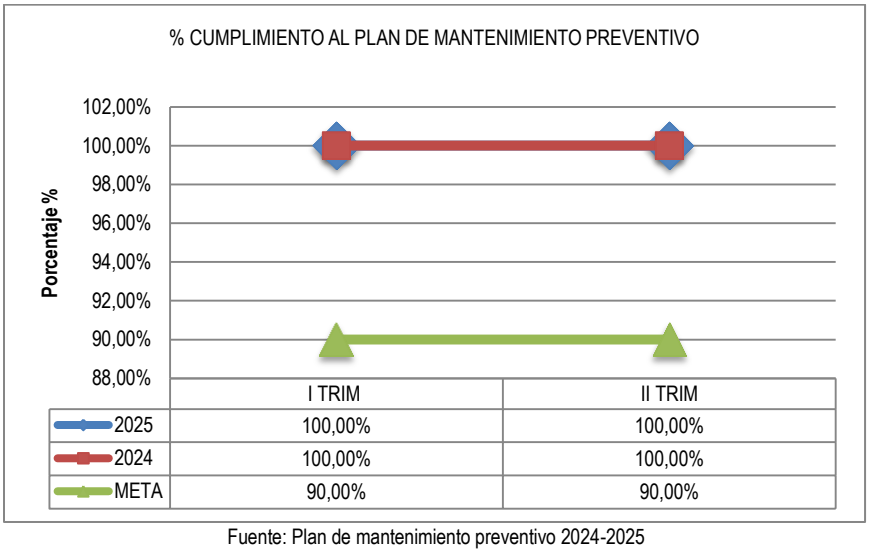



| | I TRIM | II TRIM |
|---|---|---|
| 2025 | 100,00% | 100,00% |
| 2024 | 99,00% | 100,00% |
| META | 90,00% | 90,00% |

Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04-V1 y 05GIF04-V2

Durante el segundo trimestre de 2025 se alcanzó un cumplimiento absoluto del 100%, consolidando un estándar de excelencia operativa sostenido desde 2024 y superando la meta institucional establecida. Este desempeño es el resultado de una gestión articulada y estratégica, que integra protocolos de respuesta inmediata, despliegue eficiente de recursos especializados y monitoreo riguroso de indicadores clave. La capacidad de reacción ágil ante eventos críticos garantiza la continuidad de los procesos asistenciales esenciales, reafirmando el compromiso institucional con la calidad, confiabilidad y resiliencia operativa.

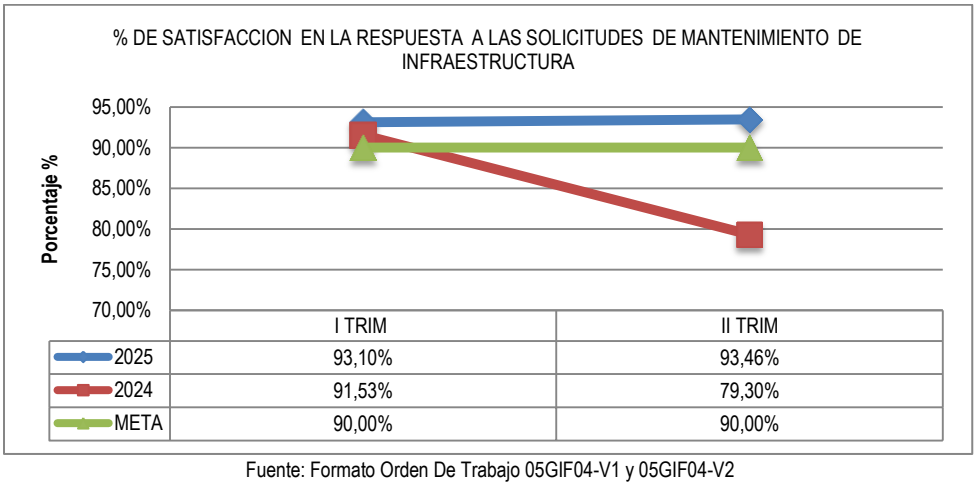
## 3. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO




Fuente: Plan de mantenimiento preventivo 2024-2025

El cumplimiento del 100% del plan de mantenimiento preventivo de infraestructura durante el primer y segundo trimestre de 2025 refleja una gestión eficaz sustentada en una planificación precisa, ejecución oportuna y monitoreo riguroso. Esta disciplina operativa ha garantizado la disponibilidad continua y la seguridad funcional de las instalaciones hospitalarias. El desempeño alcanzado evidencia un sólido compromiso institucional con la sostenibilidad operativa y la mejora continua, asegurando un entorno seguro y confiable para la prestación de servicios.

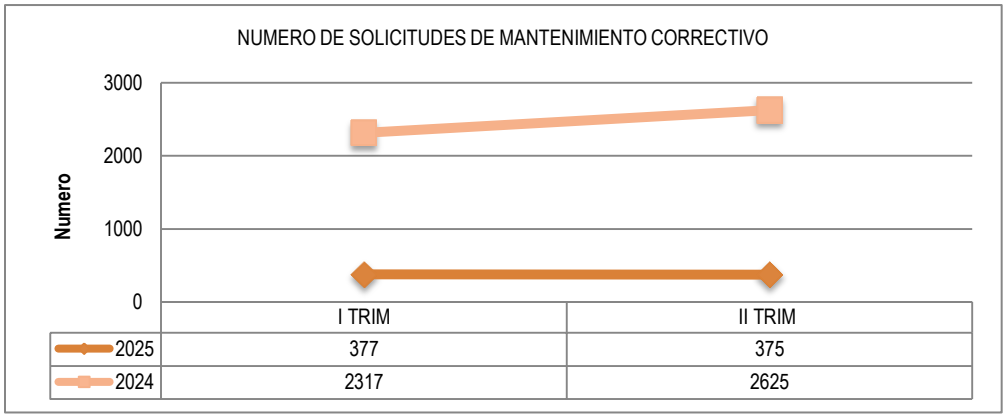
## 4. INDICADOR PORCENTAJE DE SATISFACCION EN LA RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA




Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04-V1 y 05GIF04-V2

Durante el segundo trimestre de 2025 se alcanzó un nivel de satisfacción del 93,46% en la atención de solicitudes de mantenimiento de infraestructura, superando la meta establecida y mejorando sustancialmente frente al 79,30% registrado en el mismo periodo de 2024. Este resultado evidencia el impacto positivo de la implementación de brigadas de mantenimiento, la optimización de la mesa de ayuda y el fortalecimiento del seguimiento a las órdenes de trabajo. La mejora sostenida en los dos trimestres del año consolida una percepción favorable del usuario interno y demuestra una gestión ágil, oportuna y orientada a la calidad del servicio

## 5. NUMERO DE SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO




Fuente: orden de trabajo

Durante el primer semestre de 2025 se evidenció una reducción superior al 85% en el número de solicitudes de mantenimiento de infraestructura respecto al mismo periodo de 2024 (de 4.942 a 752 casos), reflejando el impacto directo de estrategias preventivas y operativas implementadas. La consolidación de brigadas de mantenimiento, el fortalecimiento del plan preventivo y una gestión más eficiente de la demanda permitieron disminuir la recurrencia de fallas y optimizar los tiempos de respuesta. Esta reducción representa un avance significativo hacia una operación más sostenible, menos reactiva y alineada con la eficiencia institucional.

## 1. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD CON LOS SERVICIOS

| Nombre del proyecto | No. Contrato | Sede | Porcentaje | Estado |
|---|---|---|---|---|
| Construcción De Una Infraestructura Para La Prestación De Servicios De Urgencias En La Unidad Funcional De Zipaquirá Operada Por La E.S.E. Hospital Universitario De La Samaritana - Convenio Interadministrativo SS – CDCVI-857-2023 Celebrado Entre El Departamento De Cundinamarca – Secretaria De Salud Identificada, El Municipio De Zipaquirá Y El Hospital Universitario De La Samaritana | CTO 928-2023 | FUNCIONAL | 1,02% | En suspensión |
| Interventoría Técnica, Administrativa, Financiera, Legal Y Ambiental Para La Construcción De Una Infraestructura Para La Prestación De Servicios De Urgencias En La Unidad Funcional De Zipaquirá Operada Por La E.S.E. Hospital Universitario De La Samaritana Convenio Interadministrativo SS – CDCVI-857-2023 Celebrado Entre El Departamento De Cundinamarca – Secretaria De Salud Identificada, El Municipio De Zipaquirá Y El Hospital Universitario De La Samaritana | CTO 930-2023 | FUNCIONAL | 1,02% | En suspensión |
| Contratar La Consultoría Para La "Elaboración De Estudios, Diseños Técnicos Y Estudios Previos De La Obra Para La Construcción De Un Área Para Depósito De Insumos Hospitalarios En La E.S.E. Hospital Universitario De La Samaritana De Bogotá". | CTO 374 - 2024 | BOGOTÁ | 76,69% | En suspensión |
| Servicio De Adecuaciones Eléctricas Necesarias Para La Implementación De La Interconexión Desde La Nueva Subestación Eléctrica De 1000 KVA A Las Instalaciones Existentes En La E.S.E. Hospital Universitario De La Samaritana, Sede Bogotá, De Acuerdo Con La Actualización Del Sistema Eléctrico Según Normatividad RETIE Y NTC2050 | CTO 1064 - 2024 | BOGOTÁ | 80% | En suspensión |
| Adecuaciones Correctivas De Los Ductos De Ventilación Mecánica De Las Salas De Cirugía Y La Unidad De Cuidados Intensivos (Uci) Del Segundo Piso, E Implementación De Un Sistema De Respaldo Para Autoclaves, Incluyendo La Instalación De Un Tablero Eléctrico Para Compresores En La E.S.E. Hospital Universitario De La Samaritana, Sede Bogotá. | CTO 688 - 2025 | BOGOTÁ | 95% | En Ejecución |

Fuente: Gestión Del proceso Ingeniería Hospitalaria –Bogotá

## REGISTRO FOTOGRAFICO

Pintura y embellecimiento general

58 espacios intervenidos entre cubículos y habitaciones de hospitalización

## CONCLUSIONES

El involucramiento de los líderes de proceso es fundamental para el éxito en la gestión del mantenimiento, dado que su participación activa asegura una articulación efectiva entre las necesidades operativas del servicio asistencial y la capacidad técnica instalada para atender dichas necesidades.

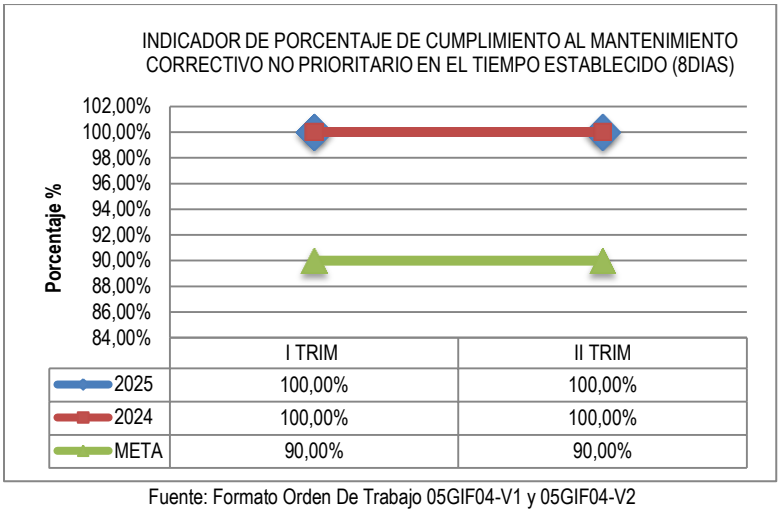
La satisfacción de los usuarios internos se ve directamente influenciada por la eficiencia y eficacia del área de mantenimiento, por lo cual es clave alinear sus actividades con los principios de humanización del servicio y con los compromisos adquiridos en el Plan Bienal de Inversiones en Salud.

## RECOMENDACIONES

Reforzar la planta de con tres (2) auxiliares de mantenimiento, con el objetivo de dar cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo, al no cumplir con esto afecta directamente a los indicadores que cuentan el proceso de ingeniería hospitalaria.

## GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA II TRIMESTRE DE 2025 - UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ

### I. INDICADOR DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL MANTENIMIENTO CORRECTIVO NO PRIORITARIO EN EL TIEMPO ESTABLECIDO (8DIAS)

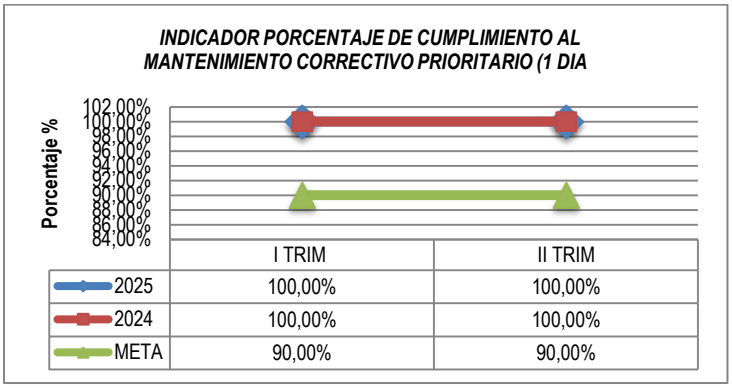



| | I TRIM | II TRIM |
|---|---|---|
| 2025 | 100,00% | 100,00% |
| 2024 | 100,00% | 100,00% |
| META | 90,00% | 90,00% |

Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04-V1 y 05GIF04-V2

En total para el segundo trimestre de lo que va del año 2025 fue recibido las solicitudes relacionadas con el mantenimiento correctivo no prioritario las cuales pudieron ser atendidas dentro de los 8 días superando la meta del 90%. En comparación con la vigencia 2024 para el mismo trimestre se mantuvo el indicador y no hubo variables.

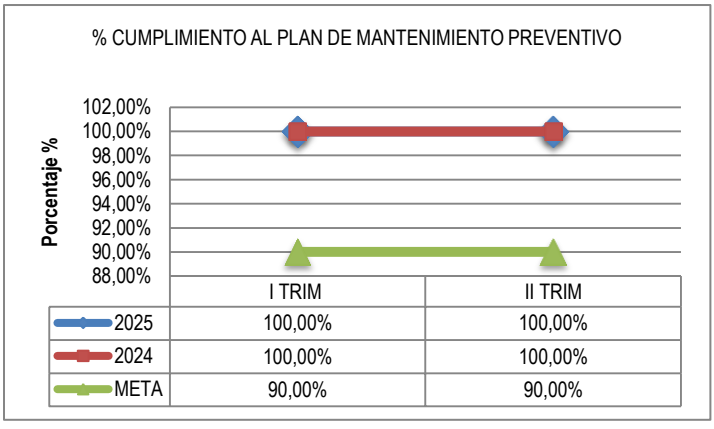
### I. INDICADOR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL MANTENIMIENTO CORRECTIVO PRIORITARIO EN EL TIEMPO ESTABLECIDO (1 DIA)




Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04-V1 y 05GIF04-V2

En este indicador de porcentaje de cumplimiento al mantenimiento correctivo prioritario en el tiempo establecido (1 día), se reciben 308 órdenes ejecutándolas en el tiempo estipulado. En este indicador de porcentaje se muestra que se tiene un 100% para lo que va del II trimestre 2025, se cumple la meta y comparado con la vigencia 2024 del mismo periodo el cual también supero la meta, sin embargo, cabe destacar que la priorización del mantenimiento ayuda en la respuesta a los servicios. Se contaba con el material de ferretería especial para esas órdenes se procedieron a realizar.

## II. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

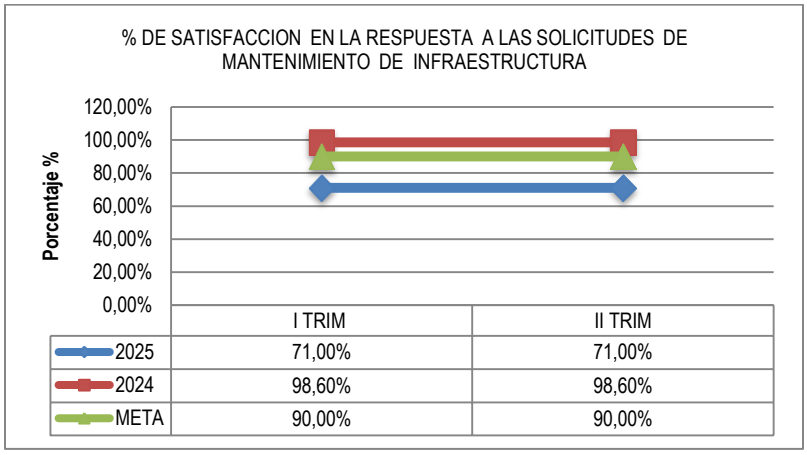



Fuente: Plan de mantenimiento preventivo 2025

Se cumple el 100% en el segundo trimestre 2025 los cuales se han realizado de acuerdo a lo programado con la circular 029, los mantenimientos se han realizado en los tiempos y en las condiciones adecuadas para procurar el mejor funcionamiento. La meta se mantiene en el 100%

.

## II. PORCENTAJE DE SATISFACCCION EN LA RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA




Fuente: Plan de mantenimiento preventivo 2025

Para el II trimestre se recibieron 414 órdenes de trabajo de las cuales en 192 se obtuvo una puntuación menor de 4. Según los criterios evaluados por el cliente interno, el de oportunidad fue el de menor puntuación, debido a que nuestro personal unió esfuerzos para intervenir fachada del hospital. Se debe promover el uso de formato en las áreas del hospital y así tener mayor adherencia y criterio a la hora de calificar a nuestro personal durante la ejecución de los trabajos solicitados.

## CONCLUSIONES

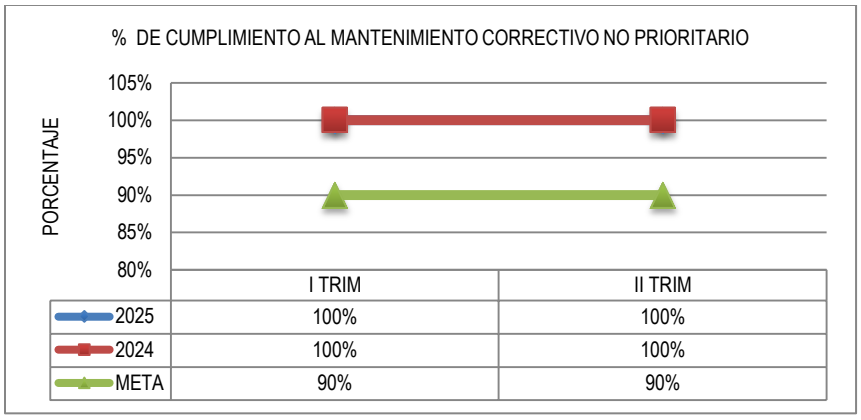
- Se cumple con el mantenimiento Programado del Plan de Mantenimiento Hospitalario los cuales se han realizado de acuerdo a lo programado con la circular 029, los mantenimientos se han realizado en los tiempos y en las condiciones adecuadas para procurar el mejor funcionamiento. Pero ha de anotar que hubo una disminución considerable en la oportunidad de atención a las órdenes de trabajo, debido que no contábamos con el suficiente personal en la institución, toda vez que se estaban realizando trabajos y adecuaciones para la mejora de fachada del hospital, el cual fue un logro para este trimestre de la vigencia 2025.

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | No. del contrato/ Conve-nio | Objeto del contrato / convenio | Fecha de inicio | Valor del contrato / convenio | Adición | Valor final del Contrato | Fecha de termina-ción | Plazo prorro-gado | Fecha de Terminación + prorroga Contra-to/Convenio | Estado actual del Contra-to/Convenio | Fecha de liquidación si aplica |
| 1 | SS-CDCVI-857-2023 | CONSTRUCCIÓN DE UNA INFRAES-TRUCTURA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS EN LA UNIDAD FUNCIO-NAL DE ZIPAQUIRÁ OPERADA POR LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA | 12/07/2023 | $3.593.622.489,00 | N/A | $ 3.593.622.489,00 | 11/05/2024 | N/A | 31/10/2025 | SUSPENDI-DO | N/A |

Fuente: Cuadro de control y seguimiento de contratos y convenios 2025

## I. INDICADOR DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL MANTENIMIENTO CORRECTIVO NO PRIORITARIO EN EL TIEMPO ESTABLECIDO (8 DIAS)

Porcentaje de cumplimiento al mantenimiento correctivo no prioritario en el tiempo establecido (8dias) segundo trimestre del 2025



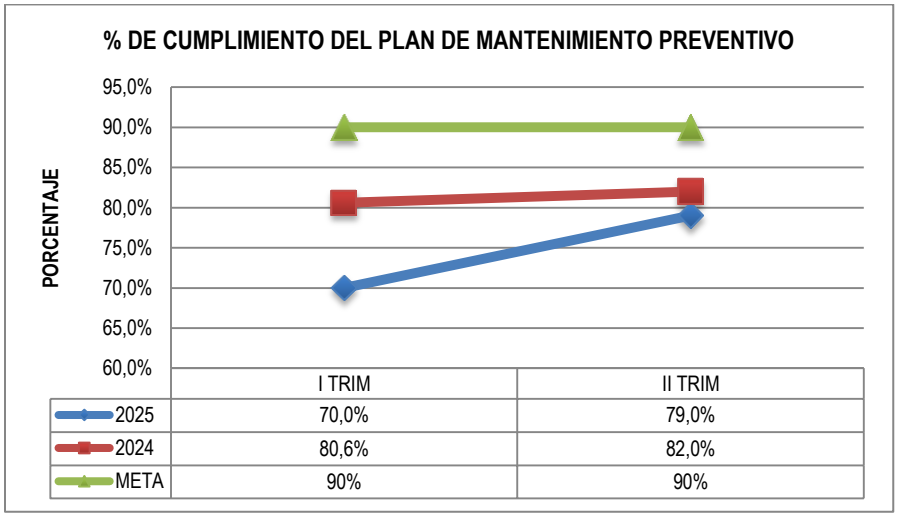

| | I TRIM | II TRIM |
|---|---|---|
| 2025 | 100% | 100% |
| 2024 | 100% | 100% |
| META | 90% | 90% |

Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04 y 05IHO04-V3

En el segundo trimestre 2024 las ordenes de trabajo recibidas correspondientes al mantenimiento correctivo no prioritario son de 325 solicitudes, para el primer trimestre de la vigencia del 2025 se recibieron 210 y el segundo trimestre de las misma vigencia fueron clasificadas como no prioritarias 163 órdenes. El indicador presenta una disminución significativa en la cantidad de órdenes recibidas de una vigencia a otra, y entre trimestres del 2025, lo cual indica que se ha tenido mayor criterio en la clasificación de los trabajos a realizar. No se presentan órdenes no prioritarias que superen el tiempo de respuesta de 8 días, dando como resultado el cumplimiento al 100% del indicador para el segundo trimestre de 2025.

## II. INDICADOR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL MANTENIMIENTO CORRECTIVO PRIORITARIO EN EL TIEMPO ESTABLECIDO (1 DIA)

Porcentaje de cumplimiento al mantenimiento correctivo prioritario en el tiempo establecido (1dia) segundo trimestre 2025




| | I TRIM | II TRIM |
|---|---|---|
| 2025 | 70,0% | 79,0% |
| 2024 | 80,6% | 82,0% |
| META | 90% | 90% |

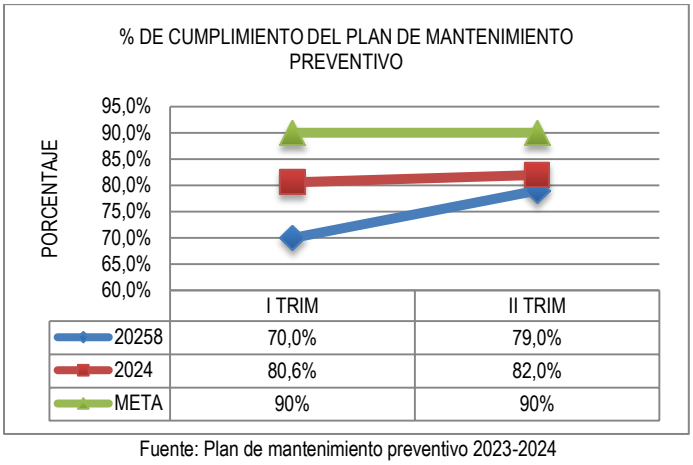
Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04 y 05IHO04-V3

Para el segundo trimestre 2024 de 508 órdenes de servicio recibidas se clasificaron 183 y para la vigencia 2025 del primer trimestre 354 se clasificaron 144. Para el segundo trimestre vigencia 2025 de 314 se clasificaron 151 como prioritarias en las especialidades de (redes eléctricas, iluminación, fugas de agua, gases medicinales, oxigeno) estas

fueron ejecutadas antes de un (1) día y corresponden a 100% del total de ordenes priorizadas. La oportunidad en la atención es positiva debido a que la priorización de las actividades ayudo a identificar de manera oportuna la ejecución.

## III. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Porcentaje de cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo segundo trimestre 2025



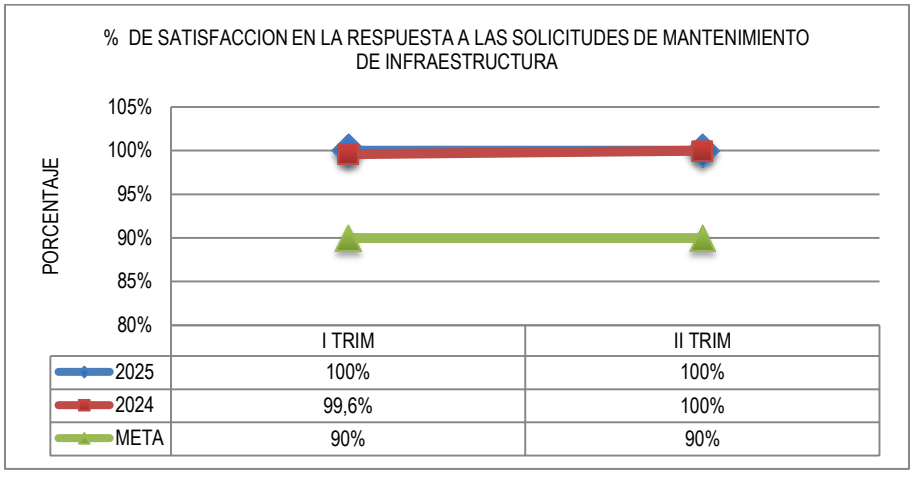

| | I TRIM | II TRIM |
|---|---|---|
| 20258 | 70,0% | 79,0% |
| 2024 | 80,6% | 82,0% |
| META | 90% | 90% |

Fuente: Plan de mantenimiento preventivo 2023-2024

Las intervenciones que se registran en el indicador están directamente relacionadas con el PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LAS INSTALACIONES FISICAS, el comportamiento del indicador para la vigencia del II trimestre del 2024 registra cumplimiento al 82% con lo programado. En el primer trimestre vigencia 2025 el cumplimiento fue del 70% y para el segundo trimestre de la misma vigencia, se tiene un aumento no considerable al cumplimiento debido a un enfoque de jornadas unificadas por servicio para satisfacer las necesidades de la entidad, dando como resultado del 79% de cumplimiento. La falta de personal que se tuvo en este trimestre, género que las actividades proyectadas no se cumplieran con respecto a lo programado y ejecutando más solicitudes de mantenimiento correctivo prioritario y no prioritario.

## III. PORCENTAJE DE SATISFACCCION EN LA RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA

Porcentaje de satisfaccion en la respuesta a las solicitudes de mantenimiento de infraestructura vigencia segundo trimestre del 2025




| | I TRIM | II TRIM |
|---|---|---|
| 2025 | 100% | 100% |
| 2024 | 99,6% | 100% |
| META | 90% | 90% |

Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04 y 05IHO04-V3

El segundo trimestre 2024 la calificación fue de 4.42 sobre 5, para la vigencia 2025 del primer trimestre fue de 4,54 sobre 5 y para el segundo trimestre de la misma vigencia es de 4.60. La prestación del servicio calificada por el cliente interno en las órdenes de servicio bajo los criterios de uso de elementos de bioseguridad, disposición y/o amabilidad, oportunidad, habilidad, satisfacción y presentación personal descritas en las órdenes de servicio ejecutadas, fueron con mayor adherencia con una toma de conciencia por el cliente al momento de calificar, siendo el criterio de Oportunidad con más baja puntuación, sin embargo no se obtuvo una calificación menor a 4 sobre 5 al momento de realizar los trabajos solicitados dando un cumplimiento al indicar del 100%.

## CONCLUSIONES

El proceso de ingeniería hospitalaria para este segundo trimestre presento dificultades para realizar el cumplimiento al programa de mantenimiento preventivo, plan padrino y pintura programada preventiva permanente, debido a la falta de personal, generando unas brechas en el momento de realizar esas actividades estipuladas. Pese a ello se conservó las instalaciones del HRZ de manera adecuada manteniendo un ambiente físico agradable y seguro para los pacientes, visitantes, familias y sus trabajadores.

Se continúa fortaleciendo al cliente interno desde el proceso de ingeniería hospitalaria con la socialización del Formato Orden De Trabajo 05IHO04-V3 para que sea descargado desde el aplicativo Almera.

## RECOMENDACIONES

Reforzar la planta de con tres (3) auxiliares de mantenimiento y un (1) técnico de mantenimiento, con el objetivo de dar cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo, al no cumplir con esto afecta directamente a los indicadores que cuentan el proceso de ingeniería hospitalaria.

## 4.3. COMPRAS BIENES Y SERVICIOS

Durante lo corrido de la vigencia 2025 se han llevado a cabo procesos de Contratación a través de la modalidad de Convocatoria Pública y Contratación Directa, presentando la siguiente información:

Se elaboran 1014 solicitudes - SUM distribuidos de la siguiente manera: i) para elaboración de contratos 509 (384 por productividad), 125 de bienes y servicios, 2 órdenes de servicio y 13 órdenes de compra que son elaboradas en la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros Nota: i) Adicionalmente en el segundo trimestre se publicaron 6

Convocatorias Públicas No. 06, No. 07, No. 08, No. 09, No. 10, No. 11 y No. 12 de 2025, de las cuales todas ya se encuentran adjudicados y formalizados los contratos correspondientes. ii) Actas de Adición y prorroga 384, de las cuales 60 corresponden a la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros, y 324 corresponden a contratos por productividad, iii) modificación de contratos 24 de las cuales 22 corresponden a la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros y 2 a la oficina de Productividad, iv) Adiciones 62 de las cuales 54 corresponden a la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros y 8 a la oficina de Productividad, v) reversión 0, vi) suspensiones 0, vii) aclaratorias 0, viii) prorroga 56 las cuales corresponden en su totalidad a la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros, ix) reinicio 0; x) Prorroga a suspensiones 4 correspondientes a la subdirección de Bienes, Compras y Suministros, xi) terminación anticipada 0; de lo antes transcrito haciendo referencia a la elaboración de contratos, estos son producto de la recepción de los estudios previos que fueron radicados por las diferentes áreas en solicitud a sus necesidades y desarrollados por la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros.

Cuadro No. 1

| DESCRIPCION | 2022 II TRIMESTRE | 2023 II TRIMESTRE | 2024 II TRIMESTRE | 2025 II TRIMESTRE |
|---|---|---|---|---|
| CONVOCATORIAS PÚBLICAS | 2 | 4 | 2 | 7 |
| CONTRATOS | 183 | 285 | 231 | 509 |
| ORDENES DE COMPRA O DE SERVICIO | 14 | 30 | 13 | 15 |
| ADICIÓN, PRORROGA | 546 | 340 | 722 | 494 |
| MODIFICACIÓN | 16 | 42 | 18 | 24 |
| SUSPENSIONES | 3 | 4 | 2 | 0 |
| PRORROGA A SUSPENSIONES | 0 | 0 | 0 | 4 |
| REINICIO | 0 | 4 | 0 | 0 |
| REVERSIONES | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ACLARATORIOS | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TERMINACION ANTICIPADA | 0 | 0 | 6 | 0 |

Fuente: Subdirección De Bienes Compras Y Suministros- Drive- Compartido Conmigo- Informe De Gestión- Informe De Gestión 2025- 2do Trimestre 2025- Informe de Gestión.

De estas actividades y en relación con la ejecución del presupuesto vigencia 2025 ejecutado en este trimestre, se presenta a continuación correlación de los valores ejecutados y cantidad de procesos desarrollados para este periodo (actividades cuyo trámite fue realizado y finalizado en este trimestre de acuerdo a las necesidades recepcionadas en esta subdirección):

Cuadro No. 2

| MODALIDAD CONTRATACIÓN Y ADICIONES CONTRATOS VIGENCIA 2024 - 2025 | | VALOR | PORCENTAJE OCUPADO RESPECTO AL VALOR TOTAL CONTRATADO | CANTIDAD DE PROCESOS DESARROLLADOS | PORCENTAJE OCUPADO RESPECTO A CANTIDAD DE PROCESOS DESARROLADOS |
|---|---|---|---|---|---|
| CONVOCATORIAS PÚBLICAS | | $10.170.792.904 | 9% | 7 | 0,80% |
| CONTRATACIÓN DIRECTA | PRODUCTIVIDAD | $210.000.000 | 0% | 324 | 36,94% |
| | BIENES Y SERVICIOS | $36.953.028.425 | 34% | 60 | 6,84% |
| ADICIONES CONTRATOS 2024 | | $981.115.905 | 1% | 19 | 2,17% |
| ADICIONES CONTRATOS 2025 | | $60.513.652.432 | 56% | 467 | 53,25% |
| VALOR TOTAL CONTRATADO 2024 | | $108.828.589.666 | | 877 | |

Fuente: Subdirección De Bienes Compras Y Suministros- Drive- Compartido Conmigo- Informe De Gestión- Informe De Gestión 2025- 2do Trimestre 2025- Informe de Gestión- Resumen Contratación I Trimestre 2025.

Referente a los procesos de contratación por modalidad de Convocatoria Pública, para este trimestre se publican las Convocatorias Públicas No. 06, No. 07, No. 08, No. 09, No. 10, No. 11 y No. 12, procesos que se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 3

| N° | OBJETO | FECHA PUBLICACION / ADJUDICACIÓN O DECLARATORIA DESIERTA | PRESUPUESTO OFICIAL | PRESUPUESTO ADJUDICADO |
|---|---|---|---|---|
| 6 | CONTRATAR EL SERVICIO ESPECIALIZADO EN REVISORÍA FISCAL PARA LA | 01/04/2025 – | $129.538.500 | $0 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA. | 09/05/2025 | | |
| 7 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASEO Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS HOSPITALARIAS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ, INCLUYENDO ALISTAMIENTO, PREPARACION Y DISTRIBUCION DE ALIMENTOS | 10/04/2025 - 26/05/2025 | $2.740.575.964 | $2.740.572.156 |
| 8 | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASEO Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS HOSPITALARIAS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ CON SUS RESPECTIVOS PUESTOS DE SALUD COGUA Y SAN CAYETANO Y EL HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRÁ | 22/04/2025 - 22/05/2025 | $1.638.978.545 | $1.638.978.437 |
| 9 | PRESTACION DE SERVICIO INTEGRAL DE PROVISIÓN (ROPA DE PROPIEDAD DEL CONTRATISTA) CON RECOLECCIÓN, LAVADO, DESINFECCIÓN, PLANCHADO Y DISTRIBUCIÓN DE ROPA HOSPITALARIA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ, UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA CON SUS RESPECTIVOS PUESTOS DE SALUD Y EL HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA | 22/04/2025 - 28/05/2025 | $2.097.362.820 | $2.097.347.700 |
| 10 | Servicio de MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO PARA LOS EQUIPOS INDUSTRIALES de uso Hospitalario como lo son: sistema de ventilación mecánica y aire acondicionado, electrobombas, enfriadores de agua, compresores de diversas aplicaciones y calderas de la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA BOGOTÁ, LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ CON SUS RESPECTIVOS PUESTOS DE SALUD, COGUA Y SAN CAYETANO Y EL HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA | 02/05/2025 - 20/05/2025 | $937.889.730 | $0 |
| 11 | ADQUISICIÓN DE DOTACIÓN BIOMÉDICA CON EL FIN DE FORTALECER LA BASE INSTALADA DE TECNOLOGÍA EN EL MARCO NORMATIVO REGLAMENTARIO VIGENTE, PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA | 09/05/2025 - 09/06/2025 | $2.515.414.345 | $2.510.768.000 |
| 12 | CONTRATAR EL SERVICIO ESPECIALIZADO EN REVISORÍA FISCAL PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA | 12/05/2025 - 01/07/2025 | $111.033.000 | $105.924.000 |

INDICADOR DE GESTIÓN

No. 2172- Oportunidad de trámite en las soluciones de necesidades (desde la radicación de la necesidad hasta la solicitud de la elaboración del contrato a l oficina jurídica-contratos a través del SUM).

Para este trimestre se obtuvo un resultado de 8,6 días promedio para la atención de las diferentes solicitudes recibidas por las diferentes áreas, demostrando efectividad en cuanto a que este resultado se encuentra entre el intervalo del límite inferior y la meta (10 – 15) y que es un indicador de carácter decreciente.

## ALMACÉN GENERAL

Durante las vigencias 2024 y 2025, para el segundo trimestre se proyectaron estudios previos para las necesidades orientadas a la adquisición de insumos como materiales de apoyo clínico, productos de desinfección, elementos de esterilización, artículos de aseo y papelería. Estos elementos son distribuidos por el Almacén General a las diferentes áreas hospitalarias, asistenciales y administrativas del HUS y sus sedes de Zipaquirá.

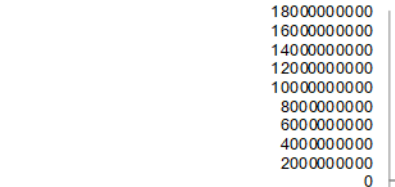
A continuación, se presenta un comparativo de la ejecución presupuestal de los contratos formalizados durante los segundos trimestres de las vigencias 2024 y 2025, conforme al presupuesto aprobado para el área de Almacén General

| SEGUNDO TRIMESTRE | | | | |
|---|---|---|---|---|
| AÑO | APOYO CLINICO Y OTROS | | LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE | |
| | CONTRATOS | VALOR | CONTRATOS | VALOR |
| 2024 | 10 | $ 1.385.070.406 | 4 | $ 1.455.842.043 |
| 2025 | 18 | $ 1.786.808.491 | 10 | $ 2.238.454.992 |

Fuente de Datos: propios Almacén General HUS Bogotá

Los contratos formalizados de Apoyo clínico y otros representa un incremento del 80% para el 2025, Laboratorio y Banco de Sangre el valor contratado se incrementó en un 53%, para el 2025, lo que obedece al incremento en el gasto por la constante sobreocupación en el trimestre, aumento en la actividad asistencial y ampliación de servicios.

EJECUCION PRESUPUESTAL II TRIM 2024 VS 2025




| | 22% | 25% |
|---|---|---|
| AÑO | 2024 | 2025 |
| PRESUPUESTO EJECUTADO | $2.840.912.449 | $4.025.263.483 |
| TOTAL PRESUPUESTO APROBADO | $12.672.471.628 | $16.411.275.000 |

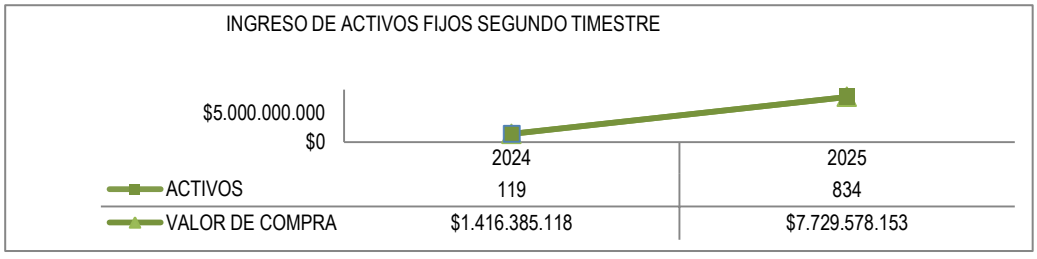
Fuente de Datos propios Almacén General HUS Bogotá

La grafica representa el comparativo de ejecución del presupuesto del trimestre comparado frente al total aprobado para las vigencias.

El comportamiento de ejecución muestra una diferencia del 3%, un porcentaje mínimo, considerando que a pesar del incremento de pacientes hemos optimizado el presupuesto ajustándonos a compras estrictamente necesarias para cubrir la demanda a los servicios, alineado con los principios de austeridad del gasto y gestión administrativa.

**ACTIVOS FIJOS**:

La grafica indica los ingresos de bienes al HUS y sus Sedes de Zipaquirá durante el segundo trimestre de los años 2024 y el 2025.

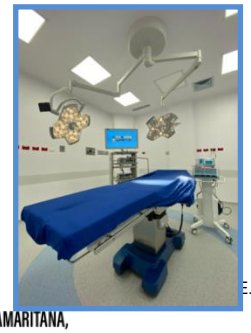
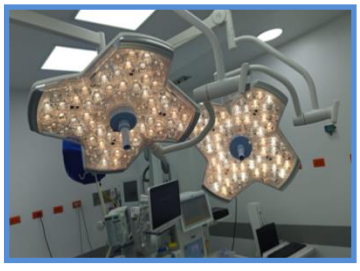



Fuente de Datos propios Almacén General HUS Bogotá

El incremento obedece en su mayoría al ingreso de 140 bienes objeto del Contrato 497 suscrito con UT Biomédicos en cumplimiento del Convenio SS-CDCVI-1273-2024, celebrado entre el Departamento de Cundinamarca – Secretaría de Salud y el Hospital Universitario de La Samaritana, por un valor de $5.696.489.124.

Ingreso de 233 bienes del Contrato No.542 Suscrito con Soluciones de Tecnología e Ingeniería en cumplimiento del convenio SS-CDCVI-1245-2024 por valor de $2.773.834.335.420 bienes en cumplimiento de Convenio con el Ministerio Resolución 1220/2024.

41 bienes en cumplimiento del marco normativo por valor de $261.775.010, en total 834 bienes clasificados como activos del HUS.

En el mes de mayo, se llevó a cabo renovación de tecnología en tránsito para el área de esterilización con ocasión de la ejecución del Contrato 525/2025 suscrito con ASP Advance Sterilization Products Colombia SAS, para la sede de HUS Bogotá Equipo Nuevo Sterrad 100NX ALL Clear, con el cual se va a minimizar los ciclos cancelados, detecta problemas en la carga como exceso de humedad y es más inteligente con el acondicionamiento de la carga.

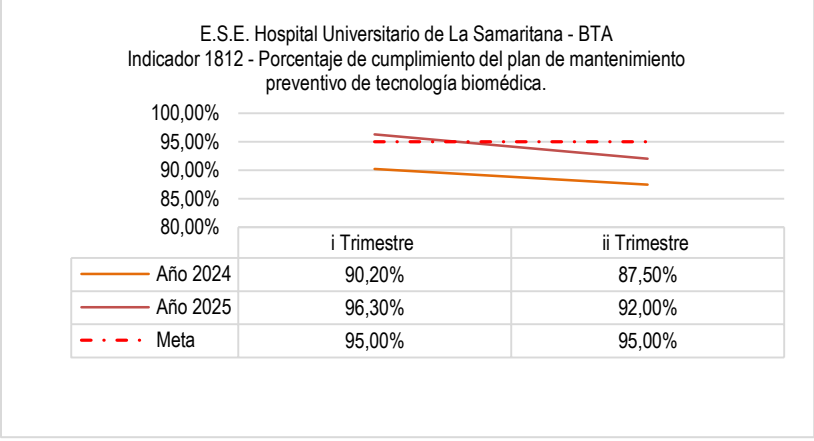
En el HRZ se instaló el equipo de 100 Lts que estaba en Bogotá, previo mantenimiento correctivo tenían uno de 32 Lts, lo que permite ahorro en cantidad de ciclos, ahorro del 30% en insumos vs la versión anterior.

## 4.4 TECNOLOGIA BIOMEDICA II TRIMESTRE – GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

**– Fuente: ALMERA y Tablero de control TB -**

I. INDICADORES

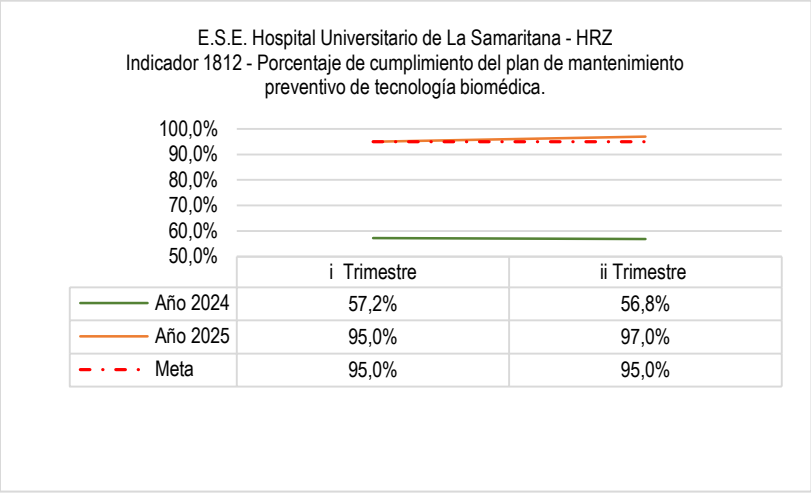
1. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE TECNOLOGIA BIOMEDICA




| | i Trimestre | ii Trimestre |
|---|---|---|
| Año 2024 | 90,20% | 87,50% |
| Año 2025 | 96,30% | 92,00% |
| Meta | 95,00% | 95,00% |

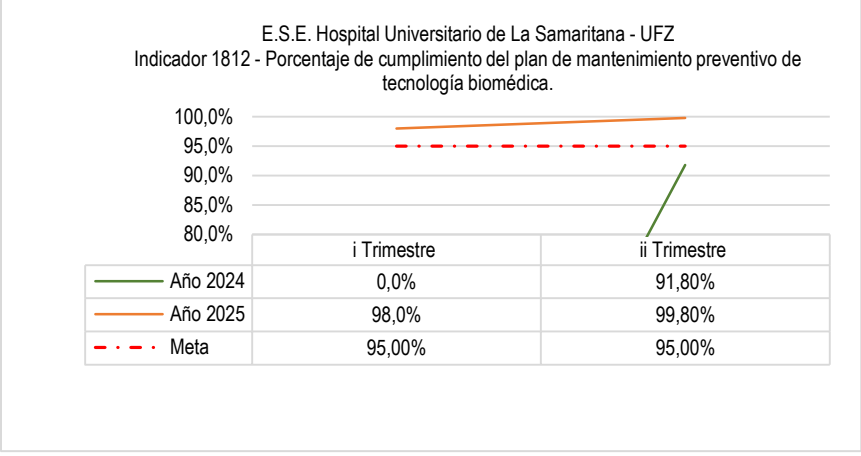
Gráfica 1 – Bogotá

En el II trimestre estaban programadas 727 actividades mantenimiento preventivo de los cuales se realizaron 669 con una diferencia de 58 equipos más otros 21 equipos extraviados del servicio que no se tuvieron en cuenta en el indicador y equipos no operativos pendientes por repuestos.




Gráfica 1 –HRZ

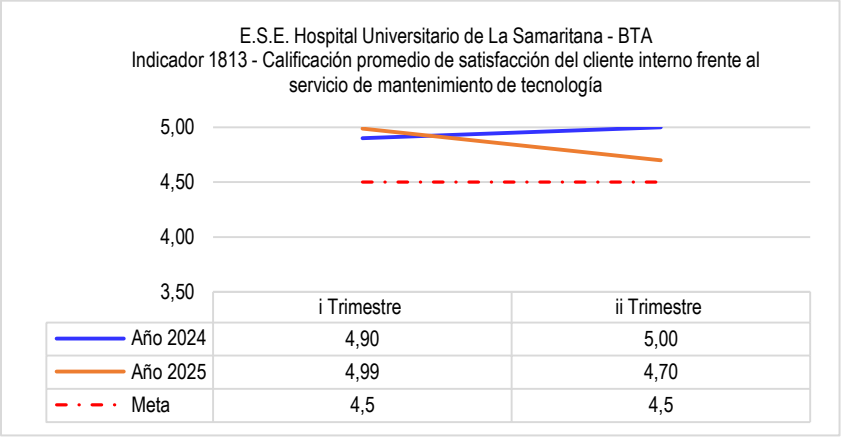
Durante el II trimestre de 2025 se programaron 710 actividades de mantenimiento preventivo con recurso propio, de las cuales se ejecutaron 687. Las 23 actividades no ejecutadas se debieron a causas de fuerza mayor ajenas al proceso, lo que representa un cumplimiento del 97%. Este resultado supera la meta establecida del 95%, evidenciando un avance significativo en la gestión del mantenimiento. En comparación, durante el mismo periodo del año 2024 se registró un cumplimiento del 56.8%, lo que resalta la mejora sustancial en la planificación y ejecución de estas actividades.




Gráfica 1 –UFZ

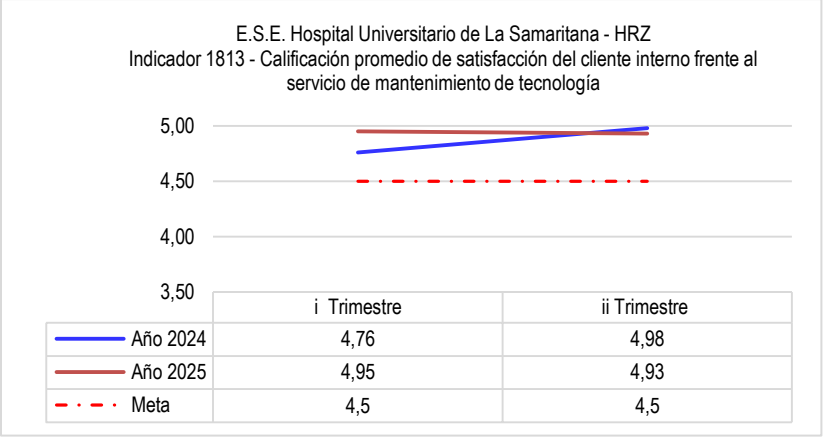
Durante el II trimestre de 2025 se programaron 544 actividades de mantenimiento preventivo con recurso propio, de las cuales se ejecutaron 543. La actividad no ejecutada se debió a causa de fuerza mayor ajena al proceso, lo que representa un cumplimiento del 99.8%. Este resultado supera la meta establecida del 95%, evidenciando un avance significativo en la gestión del mantenimiento. En comparación, durante el mismo periodo del año 2024 se registró un cumplimiento del 91.8%, lo que resalta la mejora sustancial en la planificación y ejecución de estas actividades.

## 2. CALIFICACION PROMEDIO DE SATISFACCION DEL CLIENTE INTERNO FRENTE AL SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE TECNOLOGIA BIOMEDICA



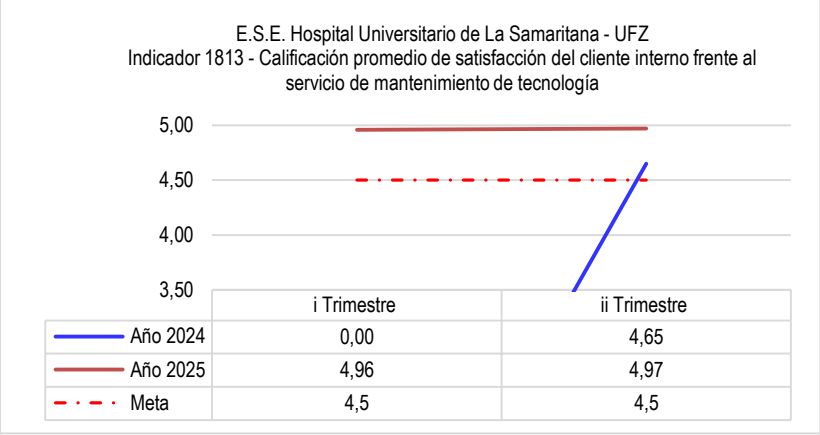

Gráfica 2 –Bogotá

Durante el II trimestre los aspectos que se evaluaron para la prestación del servicio fueron: oportunidad, presentación personal, actitud del funcionario, demostración de conocimiento y pulcritud.




Gráfica 2 –HRZ

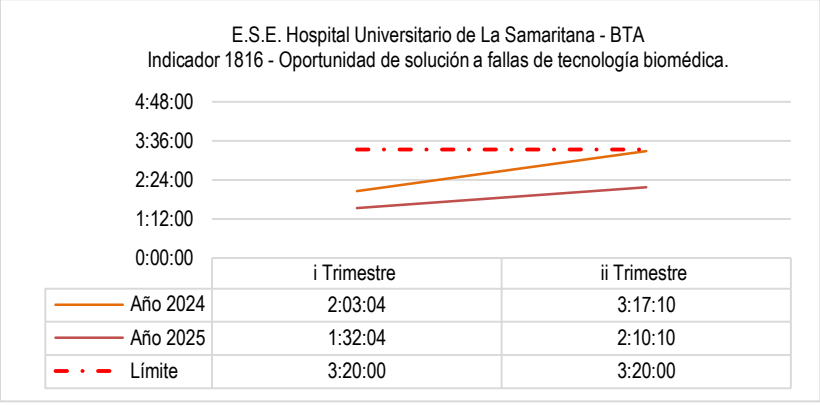
Durante el segundo trimestre de 2025 se atendieron un total de 1,008 solicitudes de mantenimiento, tanto preventivo como correctivo, alcanzando un promedio de calificación de 4.93. Esta valoración muestra una mínima variación de apenas 0.05 puntos en comparación con el mismo periodo de 2024, lo que evidencia la consistencia en la calidad del servicio prestado. Además, este resultado supera la meta propuesta de 4.5, destacando la oportuna respuesta y efectiva solución brindada ante cada solicitud.




Gráfica 2 –UFZ

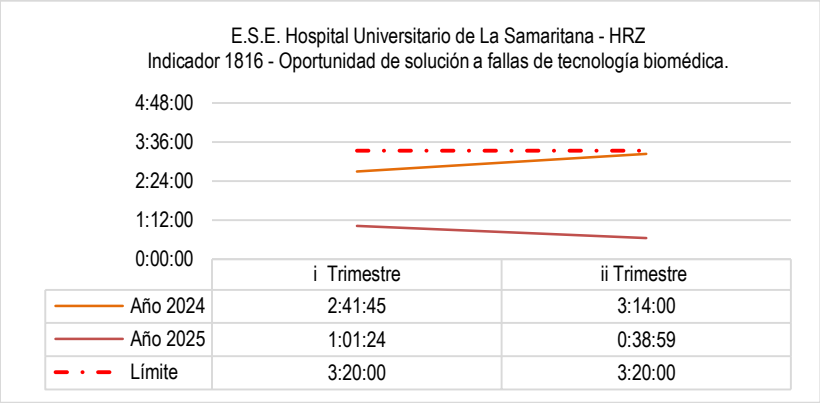
Durante el segundo trimestre de 2025 se atendieron un total de 656 solicitudes de mantenimiento, tanto preventivo como correctivo, alcanzando un promedio de calificación de 4.97. Esta valoración muestra una variación de 0.32 puntos superando el mismo periodo de 2024, lo que evidencia la consistencia en la calidad del servicio prestado. Además, este resultado supera la meta propuesta de 4.5, destacando la oportuna respuesta y efectiva solución brindada ante cada solicitud.

## 3- OPORTUNIDAD DE SOLUCION A FALLAS EN TECNOLOGÍA BIOMÉDICA



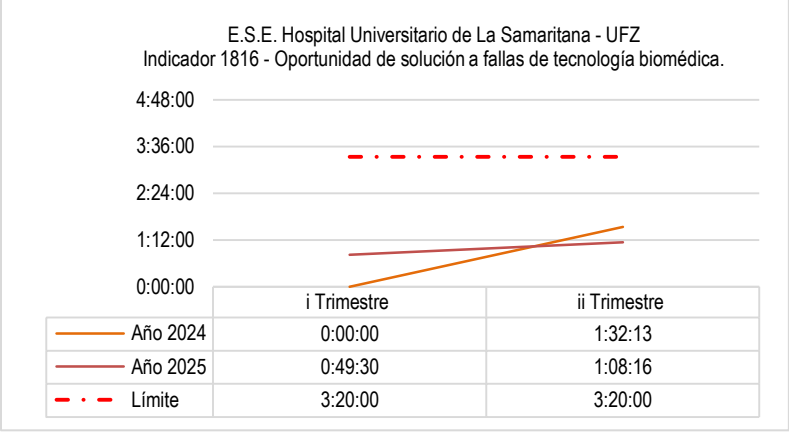

Gráfica 3 – Bogotá

Durante el II trimestre se obtuvo un promedio de oportunidad de tiempo de solución de 2:10:10, Se atendieron 3 actividades con requerimiento y solución el mismo día, otras 3 fueron cerradas dentro del periodo pero no el mismo día, y 59 no se resolvieron debido a la espera de repuestos o respuesta por parte de proveedores externos.




Grafica 3 –HRZ

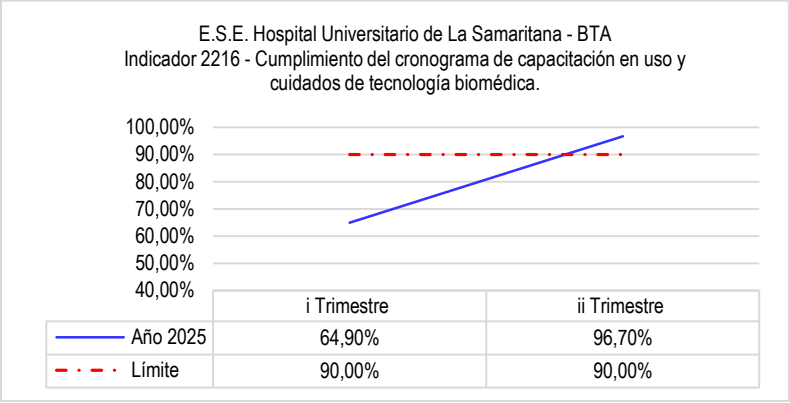
Durante el Segundo trimestre de 2025 de 2025, el tiempo promedio de solución fue de 38 minutos con 59 minutos. Este valor representa una mejora significativa en comparación con el Segundo trimestre de 2024, donde el tiempo promedio fue de 3 horas con 14 minutos. Esta reducción en los tiempos de respuesta se atribuye a la implementación de estrategias orientadas a mejorar la eficiencia operativa, entre las que destacan la incorporación de códigos QR en cada equipo vinculados a un aplicativo suministrado por el contratista, para facilitar el reporte de fallas y la habilitación de una línea celular disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.




Gráfica 3 – UFZ

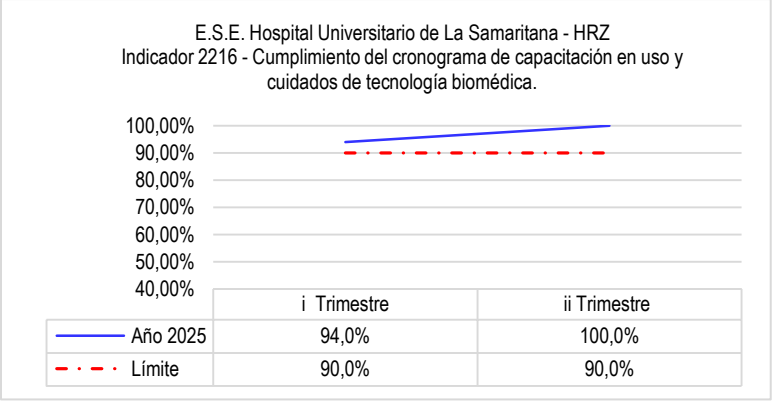
Durante el segundo trimestre de 2025, el tiempo promedio de solución fue de 1 hora con 8 minutos y 16 segundos. Este valor representa una mejora en comparación con el segundo trimestre de 2024, donde el tiempo promedio fue de 1 hora con 32 minutos y 13 segundos. Esta reducción en los tiempos de respuesta se atribuye a la implementación de estrategias orientadas a mejorar la eficiencia operativa, entre las que destacan la incorporación de códigos QR en cada equipo vinculados a un aplicativo suministrado por el contratista, para facilitar el reporte de fallas y la habilitación de una línea celular disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

## 4. CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE CAPACITACION EN USO Y CUIDADOS DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA



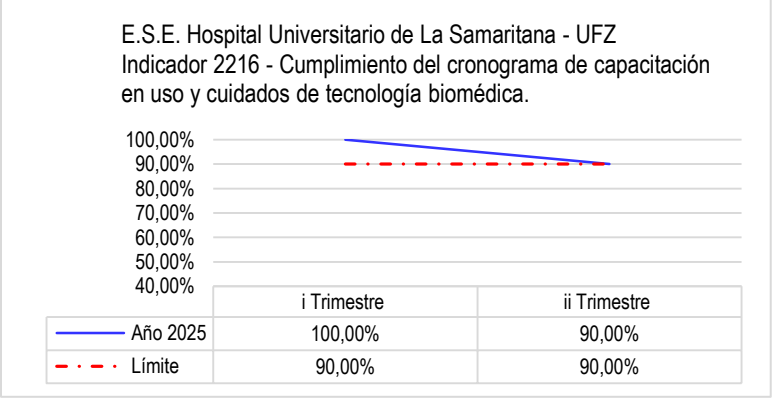

Gráfica 4 – Bogotá

De las 90 capacitaciones por tecnología programadas en el trimestre se realizaron 87 capacitaciones, 3 equipos no se pudieron capacitar los cuales son de tecnología especializada y 2 equipos que están operativos pero inactivos.




Gráfica 4 – HRZ

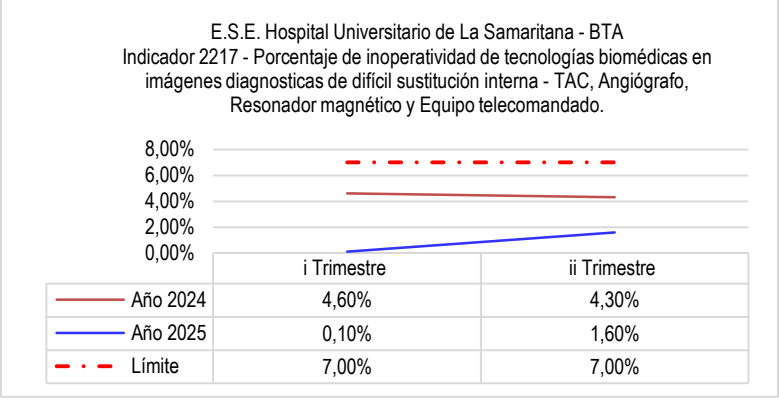
Durante el segundo trimestre se ejecutaron 32 capacitaciones en el uso de tecnología biomédica, alcanzando el 100% de las actividades programadas para el periodo. Este cumplimiento refleja un aumento en la cobertura respecto a trimestres anteriores, resultado de la implementación de estrategias innovadoras como la grabación de videos instructivos. Dichos materiales incluyen información detallada sobre los riesgos y puntos de control, partes del equipo, funcionamiento, limpieza, desinfección y el procedimiento para el reporte de fallas mediante códigos QR. Estos recursos fueron compartidos con todo el personal, lo que permitió ampliar el acceso a la capacitación, especialmente para los colaboradores del turno noche.



Gráfica 4 – UFZ

Durante el segundo trimestre se ejecutaron 35 capacitaciones en el uso de tecnología biomédica de las 39 programadas, alcanzando el 90% de las actividades programadas para el periodo. Las que no fueron ejecutadas se debió a causa de fuerza mayor ajena al proceso. Este cumplimiento refleja que esta sobre la meta establecida para el trimestre, resultado de la implementación de estrategias innovadoras como la grabación de videos instructivos. Dichos materiales incluyen información detallada sobre los riesgos y puntos de control, partes del equipo, funcionamiento, limpieza, desinfección y el procedimiento para el reporte de fallas mediante códigos QR. Estos recursos fueron compartidos con todo el personal, lo que permitió ampliar el acceso a la capacitación, especialmente para los colaboradores del turno noche.

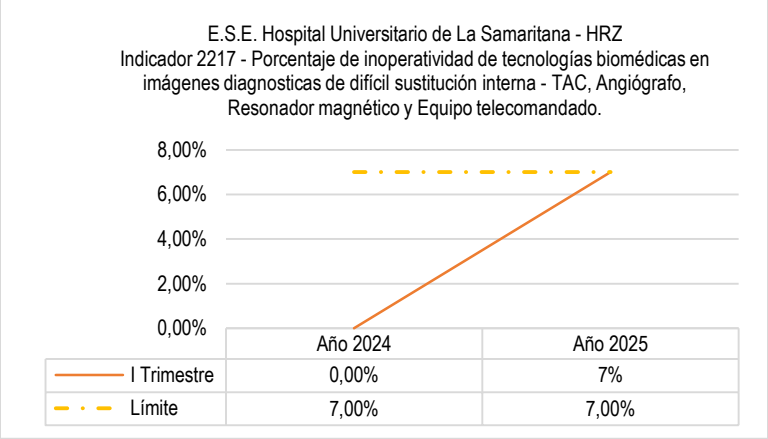
## 5. PORCENTAJE DE INOPERATIVIDAD DE TECNOLOGÍAS BIOMEDICAS EN IMÁGENES DIAGNOSTICAS DE DIFÍCIL SUSTITUCIÓN INTERNA - TAC, ANGIOGRAFO, RESONADOR MAGNÉTICO, MAMOGRAFO Y EQUIPO TELECOMANDO.




| | i Trimestre | ii Trimestre |
|---|---|---|
| Año 2024 | 4,60% | 4,30% |
| Año 2025 | 0,10% | 1,60% |
| Límite | 7,00% | 7,00% |

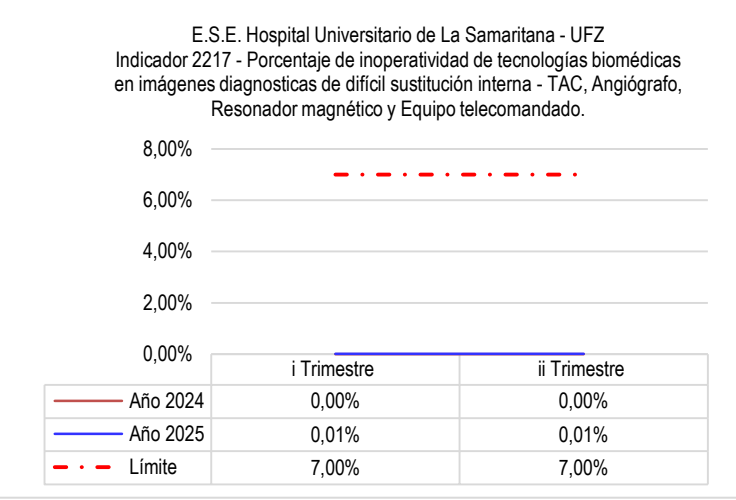
Gráfica 5 – Bogotá

Este indicador muestra de manera agrupada, es decir; la sumatoria de los tiempos en que los equipos señalados estuvieron inoperativos por falla y mantenimientos preventivos. El resultado del promedio en el trimestre señala: Resonador presento error de comunicación de magneto 168 horas en el mes de abril, Tac estuvo fuera de servicio por mantenimiento preventivo 0,16% lo que equivale 6 horas de 3742 horas del mes de abril y Fluoroscopio presento error de disco de imagen 21% lo que equivale 5 horas del Trimestre.




Gráfica 5 – HRZ

Durante el segundo trimestre se registró una inoperatividad del 1%, valor significativamente inferior al límite establecido del 10%. Esta inoperatividad se debió principalmente a actividades de mantenimiento correctivo con tiempos máximos de 5 horas en el caso del telecomando, y a un mantenimiento preventivo de 4 horas con 53 minutos en el resonador. Este porcentaje representa un valor mínimo si se compara con las 1080 horas de uso acumuladas por los equipos durante el trimestre.



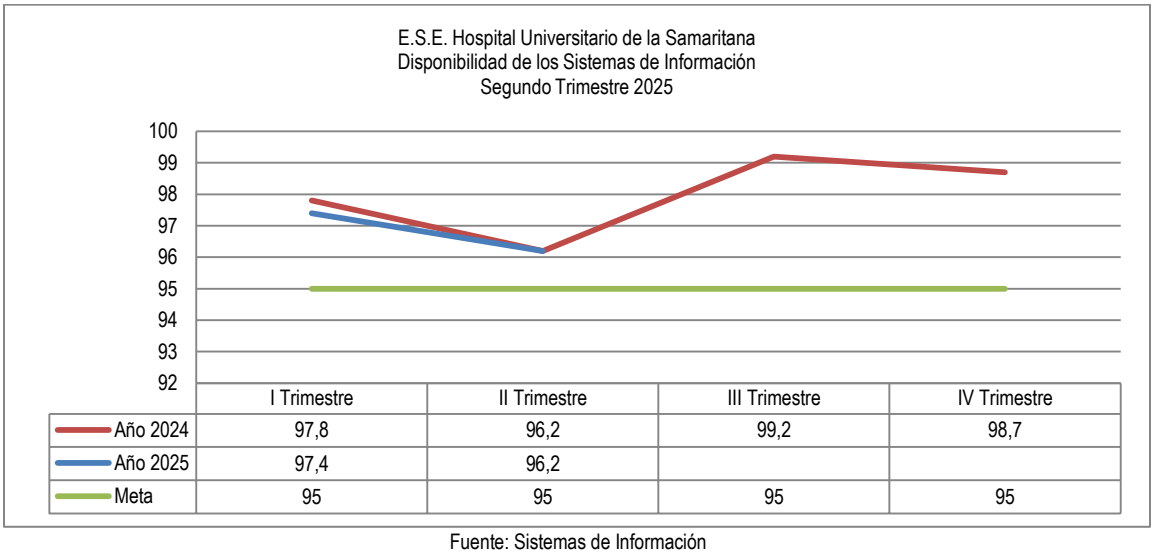

Gráfica 5 – UFZ

Durante el segundo trimestre se registró una inoperatividad del 0.01%, valor significativamente inferior al límite establecido del 10%. Esta inoperatividad se debió a una actividad de mantenimiento correctivo con un tiempo de 3 horas del mamógrafo. Este porcentaje representa un valor mínimo si se compara con las 2160 horas de uso acumuladas por los equipos durante el trimestre.

## 4.5 SISTEMAS

INDICADORES

Disponibilidad de los sistemas de información.

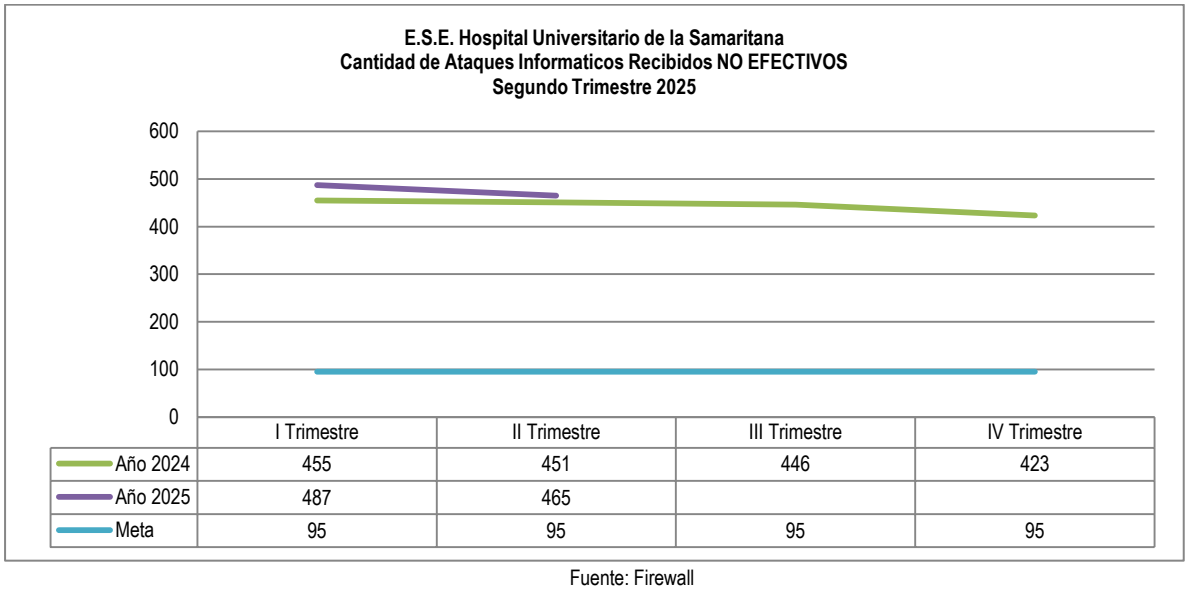



| | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre |
|---|---|---|---|---|
| Año 2024 | 97,8 | 96,2 | 99,2 | 98,7 |
| Año 2025 | 97,4 | 96,2 | | |
| Meta | 95 | 95 | 95 | 95 |

Fuente: Sistemas de Información

Durante el segundo trimestre de la vigencia del 2025 debido a los cambios normativos los cuales se ven directamente relacionados a los desarrollos realizados por el proveedor tecnológico con el fin de ser ajustado el sistema de información a esta nueva normatividad, el cual ha generado inconvenientes a nivel de disponibilidad ya que se generan bloqueos o lentitud del aplicativo.

## NÚMERO DE ATAQUES IDENTIFICADOS NO EFECTIVOS

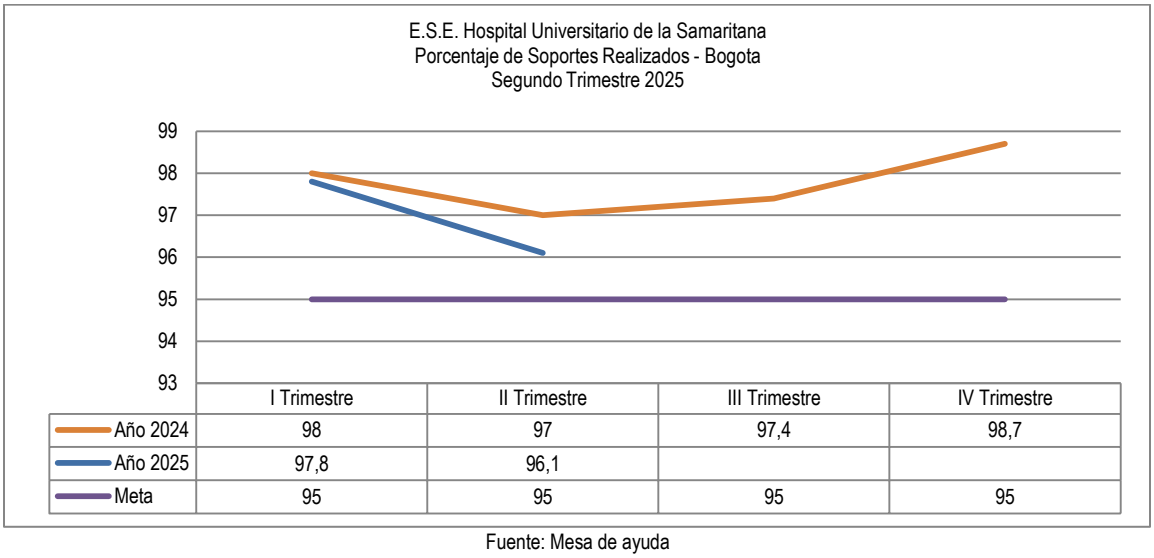



| | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre |
|---|---|---|---|---|
| Año 2024 | 455 | 451 | 446 | 423 |
| Año 2025 | 487 | 465 | | |
| Meta | 95 | 95 | 95 | 95 |

Fuente: Firewall

No se presenta ninguna afectación de seguridad informática a la infraestructura que haya generado perdida de información o fallas en los aplicativos por motivo de un ataque informático. Pero se han realizado campañas mediante los fondos de pantalla recordando a los funcionarios las diferentes modalidades utilizadas por los delincuentes informáticos para el robo y secuestro de información.

Porcentaje de Soporte Realizados HUS Bogotá




| | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre |
|---|---|---|---|---|
| Año 2024 | 98 | 97 | 97,4 | 98,7 |
| Año 2025 | 97,8 | 96,1 | | |
| Meta | 95 | 95 | 95 | 95 |

Fuente: Mesa de ayuda

Dentro de las solicitudes de soporte técnico realizadas ya que en la mayoría de los casos pendientes se encuentran actividades de desarrollos propios y las demoras en el sistemas presentadas posterior a la implementación del proceso de envió de información al Ministerio de Salud dando cumplimiento al mecanismo único de validación o ajustes que se deben realizar directamente por el proveedor tecnológico (Syac) los cuales serán solucionados al momento de realizar el proceso de actualización de la herramienta.

## ACTIVIDADES (LOGROS)

Renovación Tecnológica
Apalancamiento proyectos tecnología

- CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CDCVI-1245-2024, cuyo objeto es: “Aunar esfuerzos técnicos y financieros entre la Gobernación de Cundinamarca – Secretaría de Salud y la ESE Estado Hospital Universitario de la Samaritana, con el objetivo de adquirir y modernizar infraestructura tecnológica que garantice el óptimo funcionamiento de los sistemas informáticos y de comunicaciones de la institución. Para asegurar la calidad y continuidad de los servicios de salud ofrecidos a la población cundinamarquesa”. El valor estimado del convenio se establece en la suma de TRES MIL OCHOCIENTOS SEIS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS ($3.806.576.832).
  Se realizó configuración e instalación de enlaces fibra óptica desde todos los cuartos de comunicaciones del hospital a el Datcenter, instalación de 70 puntos de red correspondientes a (30 Bogotá, 20 Unidad Funcional Zipaquirá y 20 Hospital Regional).
  Adicionalmente la recepción y configuración de 162 equipos adquiridos mediante el convenio, distribuidos de la siguiente manera

| EQUIPO | CANTIDAD |
|---|---|
| SWITCH CORE | 1 |
| SWITCH DISTRIBUCION | 10 |
| SWITCH DE ACCESO | 31 |
| ACCESS POINT | 120 |

Fuente: Mesa de ayuda

MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA INFORMÁTICA:

Implementación en Producción Resolución 2275 de 2023: La cual reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), como soporte de la Factura Electrónica de Venta - FEV en salud, a través de la cual, entre otros aspectos, unificó y actualizó las disposiciones relativas al proceso de generación del RIPS como soporte de la FEV en salud, permitiendo la integración de los campos de datos de dicho registro con los campos de datos adicionales del sector salud que se deberán contemplar en la generación de la factura electrónica de venta en salud (FEV), los cuales deben ser validados por este Ministerio.

Debido a que la entidad se encontraba dentro del grupo 1 para el inicio en producción, este envió fue activado desde el 1 de Febrero de 2025. Dentro del proceso de puesta en producción se han realizado las siguientes actividades:

- Docker de producción con certificado SSL funcionando.
- Servicios IPS parametrizados con el servicio según la tabla SISPRO
- Servicios homologados al 100% con los códigos CUPS.
- Medicamentos parametrizados con unidades de medida al 100%
- Planes de beneficio con modalidad de pago.
- Activar parámetros en empresa de producción.

Se debe tener en cuenta que actualmente el Hospital genera aproximadamente 1.000 facturas diarias un día hábil, las cuales deben ser radicadas una a una ante el ministerio lo cual genera unos retos tecnológicos y operativos.

Desarrollo de Nuevas Tecnologías o Implementación de nuevos procesos - Desarrollos SOI (Versión Web)
Implementación Firma Digital: Se realizó el desarrollo de una opción que permitía la captura de la firma digital para ser almacenada en las facturas y no tener que ser impresas con el fin de evitar el consumo de papel y adicionalmente evitar el proceso operativo por parte del facturador teniendo que escanear estos documentos.
Dicho proceso se inició con su fase de pruebas en el proceso de consulta externa de la sede de Bogotá.

Desarrollo de aplicativo armado cuentas: Debido a la impmentacion del proceso Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) ante el ministerio de salud en donde se deben radicadar todos los documentos soporte de cuentas medicas de manera digital ante las EAPB Se realizó el desarrollo de una opción que permitía la organización de la información con el fin de minimizar las labores operativas por parte del área de Facturación y radicación de cuentas.
Presentación ACH

Se realizó presentación en el VIII FORO NACIONAL DE SOLUCIONES EXITOSAS E INNOVACIÓN EN SALUD, con el proyecto desarrollado en acompañamiento con la Secretaria de Salud de Cundinamarca de la experiencia exitosa "Implementación de la Interoperabilidad de la IHCE en el Departamento de Cundinamarca SIUS (Sistema Información Unificado Salud SIUS 2.0) – Resolución 866 -2021" desarrollado en la ciudad de Medellín donde se presentaron estrategias y herramientas de vanguardia implementadas por las IPS más destacadas de Colombia, que han logrado fortalecer su gestión administrativa y clínica con resultados tangibles para sus instituciones e impactos positivos en la atención de los pacientes.

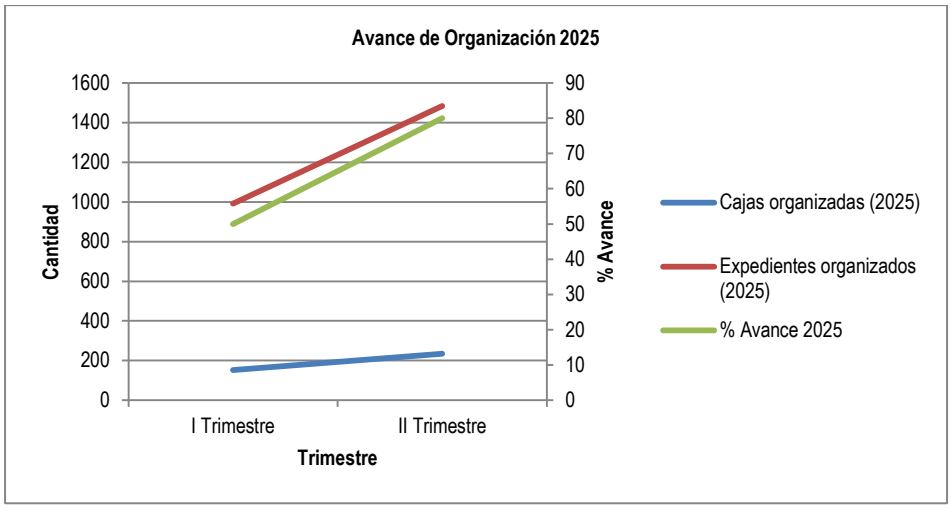
## 4.6 GESTION DOCUMENTAL

1. ORGANIZACIÓN DEL ACERVO DOCUMENTAL

| | Vigencia | Cajas organizadas (2025) | Expedientes organizados (2025) | % Avance 2025 |
|---|---|---|---|---|
| I Trimestre | 2023 | 152 cajas | 992 | 50% |
| II Trimestre | 2023 | 234 cajas | 1484 | 80% |

Fuente: Gestión Documental

- En 2024, se completaron los procesos de organización para las vigencias 2021 y 2022.
- En 2025 se inició la organización de la vigencia 2023 y contamos con un avance del 80%, equivalente a 1484 expedientes, estimando la finalización de esta vigencia para el 31 de julio del presente año.




Fuente: Gestión Documental

TRANSFERENCIA DOCUMENTAL

- 2024: Se cumplió completamente el cronograma de transferencias documentales.
- 2025: Se mantiene el cumplimiento y se plantea el cronograma para el segundo semestre, se mantiene cronograma vigencia anterior, teniendo en cuanta que debido al cumplimiento del año anterior son muy pocas las dependencias que deben dar cumplimiento al mismo.

## 2. SOPORTE TÉCNICO (MESA DE AYUDA)

- 2024: Implementación inicial del sistema DATADOC.
- 2025: Soporte concentrado en un único punto, con reducción de incidencias y de creación de usuarios nuevos.

## 3. RADICACIÓN DE CORRESPONDENCIA

Mejora significativa en la eficiencia del proceso de radicación, sin embargo la radicación de correspondencia ha disminuido un 50% debido a que se han llevado muchos procesos electrónicos.

## 4. INSTRUMENTOS ARCHIVÍSTICOS

- 2024: Se actualizaron PINAR, PGD y Hoja de Control. Las TRD y CCD se mantienen con versión 2021.

- 2025: Se está trabajando en actualizar el Sistema Integrado de Conservación (SIC), sin embargo debido a los espacios destinados para archivo no se da un cumplimento de acuerdo al SIC

- Se realizó la actualización de los formatos correspondientes al proceso de gestión documental, se actualizo la política de gestión documental.
- Persiste el reto de actualizar el organigrama para continuar con la actualización de TRD.

5. PROYECTO DE DIGITALIZACIÓN

- 2024: Suspendido por temas presupuestales.
- 2025: Se planea reactivación. Se habían digitalizado 620 cajas (vigencias 2019–2021), equivalentes a 10.55%.

Se está realizando el cargue de los contratos digitalizados en DATADOC por parte de la oficina de gestión documental, sin embargo esto no certifica una digitalización con todos los criterios que se amerita según la norma

6. PRODUCCIÓN DOCUMENTAL

Se mantiene el mismo equipo operativo (2 personas + apoyo rotativo). Las funciones y ritmo de trabajo se conservan entre los dos trimestres.

7. LOGROS 2024

- Adquisición de estanterías adicionales.
- Implementación del sistema DATADOC.
- Digitalización de contratos de 2019–2021.

8. RETOS 2025

- Construcción del nuevo archivo central.
- Actualización de TRD e instrumentos archivísticos.
- Optimización del acceso a la información digital.

## 4.7 COMUNICACIONES

INFORME TRIMESTRAL DE GESTIÓN DEL PROCESO COMUNICACIONES ABRIL, MAYO Y JUNIO 2025
OFICINA DE COMUNICACIONES

A continuación relacionamos los logros y las actividades más relevantes del II Trimestre de la vigencia 2025:

### 1. PARRILLAS DE CONTENIDO DE ABRIL, MAYO Y JUNIO.

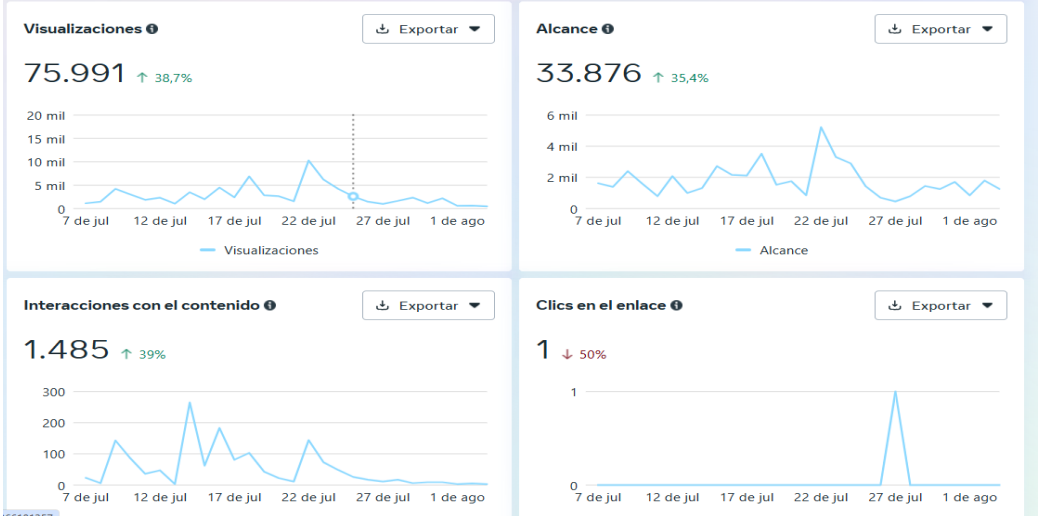
- Campaña Semana Santa: Se realizó una campaña para Semana Santa, sobre la prevención con las vacunas, medicamentos y la comida debido al alto flujo de viajes durante la época.
- Nota medios comunicación: Se realizó una nota en Noticias Caracol donde destacó el trabajo del Laboratorio de Neurocirugía del Hospital Universitario de la Samaritana, un espacio que fortalece la atención especializada en el departamento.

- Artículos Revista El Congreso: En la edición 276 de la revista El Congreso, se realizó una entrevista y un artículo con el gerente para el especial en Salud de la edición, donde también se participó en el primer encuentro nacional para la salud en Colombia
- Cobertura eventos**:** La oficina de comunicaciones cubrió 17 eventos dentro y fuera de la Red Samaritana con el fin de publicar en redes sociales lo avances que se hacen en la institución
- Creación contenido audiovisual: Se está enfocando en crear contenido educativo con el fin de entregar contenido de calidad a la comunidad. Se está trabajando en la promoción y prevención a nivel Red Samaritana.
- Días Especiales: Se continua trabajando y reforzando los días especiales, tanto en el sector salud, como a nivel general, esto con el fin de visibilizar el trabajo de cada uno de nuestro personal asistencial y administrativo
- Diseño Stand: Se estuvo trabajando en diferentes diseños de Stand para eventos en los que es invitado el HUS como referente en salud.
- Diseño eventos Educación Médica: Se trabaja en colaboración con Educación Médica para diseñar los diferentes suvenir, stand, piezas y reconocimientos para los simposios que se tienen desde en el mes.

## 2 .REDES SOCIALES

- Las redes sociales que se manejan en la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana son Facebook e Instagram. De acuerdo a la programación de la parrilla de contenido se realiza la publicación de información en las diferentes redes sociales manteniendo una estrategia de contenidos y horarios para la publicación. Con esto se busca el crecimiento de seguidores y alcance en estas redes sociales. A continuación damos a conocer el crecimiento del II trimestre de la vigencia 2025.

### FACEBOOK




Fuente: Plataforma Oficial Meta Business 2025

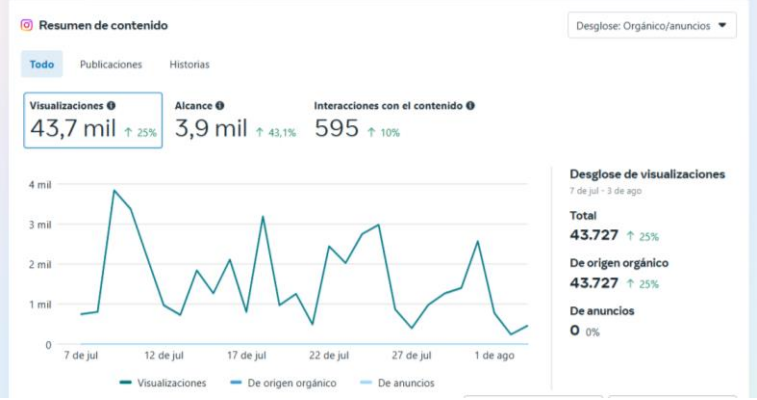
## ESTADÍSTICAS ACUMULADAS DE FACEBOOK

- Teniendo en cuenta el grafico que arroja la plataforma oficial de Meta, la cual el que genera las métricas de las redes sociales, se puede evidenciar el aumento del 38,7% en visualizaciones, esto nos afirma que el

contenido que se está publicando es de calidad y la gente está empezando a conectar con las publicaciones y los diferentes tipos de contenidos.

- En cuanto a las interacciones de contenido se ha incrementado 39%, ya que la estrategia a la que se proyecta es fidelizar al público que se tiene, esto con el fin de crear una comunidad para que mediante los algoritmos de Facebook se pueda atraer nuestro público objetivo.

## INSTAGRAM




Fuente: Plataforma Oficial Meta Business 2025

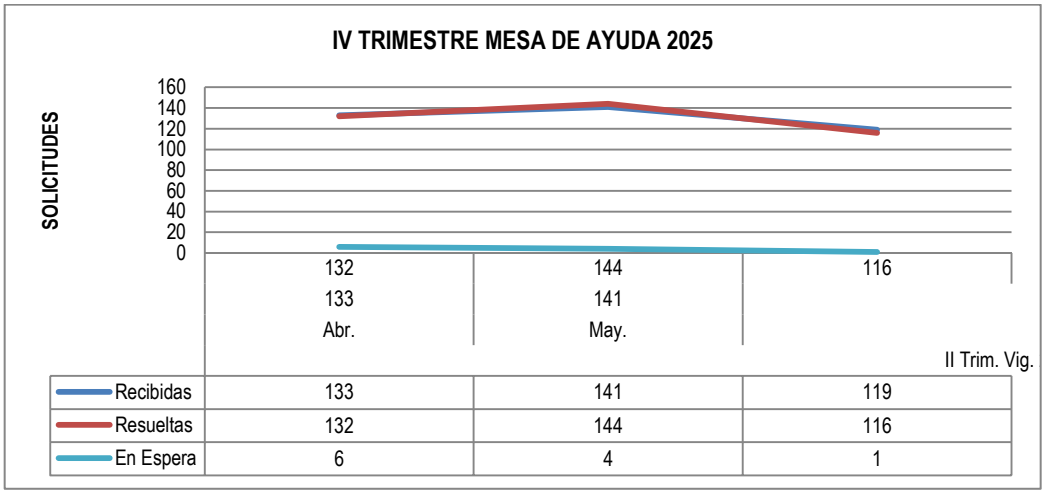
## ESTADÍSTICAS ACUMULADAS DE INSTAGRAM

La red social Instagram ha tenido un aumento elevado debido a que se está trabajando en la fidelización del público ACTUAL, las interacciones han subido en un 10%, se ha evidenciado que la respuesta de los seguidores es positiva en cuanto a la interacción que se maneja en la red. Acá cabe aclarar y destacar, que los comentarios, mensajes y publicaciones que se hacen son de manera directa, por lo que el trato se maneja de una manera Informal, pero ligado al respeto de cada persona.

Adicional a esto, el contenido organizo ha incrementado en un 25% lo que nos arroja unas métricas buenas debido al tipo de información que se publica. Debemos de tener en cuenta las actividades mencionadas anteriormente, a partir de esto, se evidencia que a nuestro público objetivo le gusta ver las actividades internas que se realizan en el Hospital.

## 3. MESA DE AYUDA

La oficina de Comunicaciones cuenta con una mesa de ayuda, donde las diferentes áreas pueden ingresar y realizar una solicitud de acuerdo a su necesidad de información. Estas solicitudes se clasifican en bajas, medias y altas y de acuerdo a su prioridad se le da respuesta. A continuación mostramos un gráfico del número de solicitudes que se recibieron este II Trimestre del 2025.




Fuente: Oficina de Comunicaciones

## CAPITULO V OFICINA DE CONTROL INTERNO

### 5.1.- Rol No 1 Liderazgo estratégico.

### 5.1.2 Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

Se recuerda al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno sobre la necesidad de elaborar planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas y la gestión de riesgos materializados informados desde las primeras y segundas líneas de defensa. Los líderes de procesos, en sus autoevaluaciones, han reportado riesgos materializados que deben ser abordados con planes de mejora.

**Reuniones del Comité Institucional de Control Interno**

- **Primera reunión**: Enero de 2025. Resumen de cumplimiento del plan de auditorías 2024, revisión de los 5 roles de la oficina de control interno, y aprobación del plan de auditorías para la vigencia 2025.

**5.1.3 Plan de seguimientos.** En la actualidad la oficina de Control Interno hace seguimiento a los siguientes temas:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Entrenamiento en el puesto de trabajo | 9. Uso del recaudo de la estampilla | 17. SARLAFT | 25. Comité institucional de gestión MIPG | 33. Seguimiento a indicadores |
| 2. Capacitación al personal de la cocina | 10. Análisis de centros de costos 2024 | 18. Facturación electrónica | 26. Monitoreo a inventarios y equipo | 34. Sanciones a la E.S.E vigencia |
| 3. Convenios docencia servicio | 11. Supervisión de contratos vigencia | 19. Nómina electrónica | 27. Insumos faltantes | 35. Modelo de seguridad y privacidad TIC |
| 4. Acuerdos de gestión | 12. Declaración de renta y conflicto de intereses | 20. Hospital de Zipaquirá – Punto de equilibrio | 28. Seguridad y salud en el trabajo | 36. Norma NTC5854 – Accesibilidad web |
| 5. Cobro de cartera vigencia | 13. Información litigiosa | 21. Cumplimiento manual de funciones | 29. Plan anual de vacantes | 37. Norma NTC 6047 – Infraestructura |
| 6. Cartera mayor a 360 días | 14. Circular externa SECOP II | 22. Austeridad del gasto | 30. Alertas de corrupción | 38. Cultura organizacional |
| 7. Aplicación Decreto 2365 de 2019 | 15. Acciones de repetición | 23. Meritocracia circular externa | 31. Planes PGIRHS / archivístico / de gestión | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8. Auditoría concurrente | 16. Entrega de cargos vigencia | 24. FURAG y plan de mejoramiento MIPG | 32. Alertas SACI | |

La oficina de control interno solicitó toda la información requerida para hacer el análisis de la información, a la fecha estamos validando quienes dieron respuesta.

Los 38 temas a los cuales se les hace monitoreo, se analizarán en la auditoría No 7 del plan de auditorías 2025 y los responsables deben elaborar los respectivos planes de mejoramiento. La oficina de control interno, hace seguimientos a los asuntos enunciados producto de requerimientos del orden nacional establecidos mediante circulares, normativa, guías de implementación de MIPG y demás sustento normativo que se relaciona en el plan de auditorías.

### 5.1.4 Alertas tempranas vigencia.

Producto de las recomendaciones realizadas en las 10 auditorías que se han realizado en el primer semestre de 2025, se hacen las siguientes alertas tempranas:

**Vigencia 2025.**

**Informes de la contraloría -2029-2024**

| Categoría | Alerta Temprana |
|---|---|
| Ejecución Presupuestal | Existe un riesgo recurrente de desequilibrio fiscal institucional debido al sobrecompromiso presupuestal frente al recaudo real, lo cual compromete la sostenibilidad financiera del hospital. |
| Supervisión Contractual | Se presenta riesgo de opacidad contractual derivado de supervisiones incompletas que carecen de trazabilidad técnica y financiera, debilitando el control de la ejecución contractual. |
| Publicación en SECOP II | Persisten debilidades en la publicación oportuna y completa en el SECOP II, lo que genera riesgos de sanción, baja transparencia institucional y pérdida de credibilidad en la gestión pública. |
| Cuentas por Pagar | El registro irregular y contradictorio de cuentas por pagar evidencia falta de control sobre compromisos adquiridos, con riesgos de pagos indebidos y alteración del cierre fiscal. |
| Cartera Vencida >360 días | El crecimiento sostenido de cartera vencida superior a 360 días refleja una gestión débil de cobro y pone en riesgo el flujo financiero y la recuperación de ingresos institucionales. |
| Conciliaciones Bancarias | Las conciliaciones bancarias fuera de tiempo y con partidas sin depurar representan un riesgo contable, afectando la razonabilidad de la información financiera oficial. |
| Cuentas por Cobrar Institucionales | La ausencia de seguimiento a entidades deudoras como EPS y universidades compromete la recuperación de recursos y refleja debilidad en la gestión financiera activa del hospital. |
| Gestión Documental | La inconsistencia documental en expedientes contractuales dificulta el control jurídico y técnico de los procesos, exponiendo a la entidad a riesgos legales y de pérdida de trazabilidad. |
| Estudios Previos Contratación | Se evidencia un riesgo técnico y jurídico por estudios previos deficientes, con justificaciones débiles y errores normativos que afectan la solidez de la planeación contractual. |
| Liquidación de Contratos | La omisión sistemática del proceso de liquidación dentro del plazo legal afecta el cierre jurídico de los contratos, impidiendo el seguimiento de responsabilidades y saldos pendientes. |
| Facturación Pendiente | La facturación no radicada oportunamente limita el recaudo, comprometiendo el ingreso institucional y el cumplimiento de metas financieras y asistenciales. |
| Sistema de Costos / Contabilidad | Fallas en la integración entre contabilidad y el sistema de costos conllevan riesgos de reporte inconsistente, dificultan el análisis financiero y afectan la planeación por servicios. |
| Control Información Financiera | Las inconsistencias recurrentes en el PAC y en los registros financieros reflejan debilidad en los mecanismos de validación contable, comprometiendo la precisión de la planeación presupuestal. |

## Meci.

| # | Componente Evaluado | Alerta Temprana Institucional |
|---|---|---|
| 1 | Ambiente de Control | Posible debilitamiento del sistema de control interno por alta rotación de personal y falta de indicadores robustos, lo que puede afectar la trazabilidad y gestión eficaz. |
| 2 | Evaluación del Riesgo | Riesgo de gestión reactiva frente a amenazas institucionales, debido a seguimiento fragmentado, controles manuales y liderazgo poco empoderado. |
| 3 | Actividades de Control | Riesgo de desarticulación operativa por ausencia de indicadores financieros en procesos y pérdida de conocimiento por rotación, afectando sostenibilidad y calidad. |
| 4 | Información y Comunicación | Riesgo de debilitamiento del relacionamiento ciudadano por falta de diagnóstico comunicacional y escasa consolidación informativa institucional. |
| 5 | Actividades de Monitoreo | Posible estancamiento en la mejora continua por debilidad en indicadores estratégicos, falta de acciones correctivas efectivas y cultura preventiva institucional frágil. |

| # | Componente Evaluado | Fortalezas Clave Identificadas |
|---|---|---|
| 1 | Ambiente de Control | Procesos documentados con riesgos y controles; marco normativo vigente; compromiso con el MECI; cultura ética y de capacitación continua; mecanismos efectivos de rendición de cuentas. |
| 2 | Evaluación del Riesgo | Programa formal de gestión del riesgo; seguimiento periódico por Control Interno; acciones de mejora vinculadas al riesgo; gestión del riesgo de corrupción y TIC; enfoque participativo. |
| 3 | Actividades de Control | Cultura de autoevaluación fomentada por la acreditación; consolidación documental de riesgos; divulgación del Plan Anticorrupción que refuerza la transparencia. |
| 4 | Información y Comunicación | Estructura operativa de comunicaciones y sistemas; plan de comunicación definido; protocolos de seguridad informativa; uso de TIC y clara identificación de información crítica. |
| 5 | Actividades de Monitoreo | Ejecución completa del plan de auditorías; seguimiento activo a riesgos y planes de mejora; comunicación efectiva con gerencia; aplicación de acciones correctivas; promoción de autoevaluación. |

## Auditoría seguimiento a recomendaciones de los informes de control interno

Reiteración de hallazgos por parte de los entes de control por la no elaboración de planes de mejora producto de las auditorías internas. Incumplimiento del PROCEDIMIENTO 02GIC03-V10 Y PROCEDIMIENTO 02AC01-V1- ACTIVIDAD 2.1

## Auditoría de evaluación por dependencias

| N.º | Tema | Síntesis de la Recomendación |
|---|---|---|
| 1 | Publicación del POA | Garantizar que el Plan Operativo Anual de 2024 sea calificado y publicado antes del 31 de enero de 2025 para evitar atrasos en la planeación y evaluación institucional. |
| 2 | Acuerdos e Informe de Gestión | Publicar oportunamente los acuerdos de gestión 2024 con el informe del año anterior antes del 31 de enero de 2025 para fortalecer la planeación y la evaluación del desempeño. |
| 3 | Integración de Objetivos Estratégicos | Incluir los indicadores de los nuevos objetivos estratégicos en el sistema ALMERA y actualizar la documentación relacionada para garantizar la articulación del MECI y MIPG. |
| 4 | Riesgo por falta de información | Incorporar en la matriz de riesgos institucional el riesgo asociado a la no disponibilidad oportuna de la información clave para evaluaciones. |
| 5 | Valoración de sugerencias de mejora | Sistematizar y revisar las expectativas y recomendaciones por procesos para que sean integradas adecuadamente en la gestión 2025. |
| 7 | Comunicación en Atención al Usuario | Mejorar las competencias en comunicación efectiva y escucha activa para fomentar la colaboración y el desempeño del equipo. |
| 8 | Comunicación en Oficina de Planeación | Clarificar requisitos informativos y fortalecer la planificación de entregas para evitar retrasos y mejorar la comprensión entre áreas. |

## Auditoría Control interno contable

| Nº | Tema Principal | Síntesis de la Recomendación |
|---|---|---|
| 1 | Acceso al Manual de Políticas Contables | Integrar y publicar el Manual de Políticas Contables en ALMERA para asegurar su consulta institucional, reducir errores y centralizar la gestión documental normativa. |
| 2 | Revaloración de Riesgos Financieros | Realizar una nueva valoración de riesgos en el proceso financiero y diseñar controles más eficaces que respondan al contexto actual para evitar incidentes operativos. |
| 3 | Actualización de Indicadores en ALMERA | Actualizar periódicamente los indicadores del Proceso de Gestión Financiera en ALMERA para garantizar análisis confiables y decisiones estratégicas informadas. |
| 4 | Calidad de la Información Contable | Implementar políticas claras y controles internos robustos para mejorar la calidad contable, incluyendo automatización en el registro de hechos económicos. |
| 5 | Capacitación y Retención de Talento Humano | Desarrollar programas de formación continua, protocolos de transferencia de conocimientos y estrategias de retención para fortalecer la gestión operativa. |
| 6 | Modernización de Sistemas Contables | Actualizar y fortalecer los sistemas tecnológicos contables para mejorar la eficiencia, garantizar seguridad en la información y optimizar reportes financieros. |
| N.º | Tema Evaluado | Síntesis de la Recomendación Principal |
| 7 | Revisión de recomendaciones previas | Implementar un sistema estructurado para revisar y aplicar las recomendaciones de la auditoría 2.1, garantizando su incorporación durante la vigencia 2025 para optimizar la gestión. |
| 8 | Actualización de procedimientos | Actualizar los procedimientos institucionales conforme a normativas vigentes, verificando claridad en las actividades, responsabilidades y cumplimiento legal para mayor eficiencia. |
| 9 | Gestión financiera y capacitación | Fortalecer los procesos contables y financieros mediante controles normativos, herramientas tecnológicas y formación continua del personal para mejorar la eficiencia operativa. |
| 10 | Sostenibilidad financiera | Optimizar costos administrativos, recuperar cartera vencida y diversificar ingresos para enfrentar los riesgos de liquidez y garantizar una operación sostenible en el largo plazo. |
| 11 | Rotación de cartera y liquidez | Implementar estrategias de recuperación para mejorar el índice de rotación de cartera y reducir los días promedio de cobro, asegurando un flujo de caja saludable y continuo. |
| N.º | Tema Evaluado | Síntesis de la Recomendación Principal |
| 12 | Deterioro de cartera por entidades en liquidación | Implementar estrategias de recuperación y seguimiento de pagos ante entidades en liquidación, fortaleciendo la planificación financiera para mitigar riesgos de liquidez y solvencia. |
| 13 | Inconsistencias en reportes de cartera | Realizar análisis detallado de la información financiera entre módulos y áreas responsables para garantizar coherencia, integridad contable y confiabilidad en la toma de decisiones. |
| 15 | Conciliaciones bancarias fuera de plazo | Asegurar que las conciliaciones se realicen conforme a lo establecido en los procedimientos internos, fortaleciendo el control de tiempos y la precisión de los registros contables institucionales. |

## Auditoría para Rendir Informe del Estado de Implementación del MECI

| N.º | Tema Evaluado | Recomendación Central |
|---|---|---|
| 1 | Aplicación de MECI, MIPG y Acreditación | Fortalecer la capacitación del personal y supervisión de procedimientos para garantizar comprensión y aplicación eficaz de modelos institucionales. |
| 2 | Caracterizaciones de procesos institucionales | Actualizar sistemáticamente las caracterizaciones de los 21 procesos alineándolos con los objetivos estratégicos y corrigiendo errores en ALMERA. |
| 3 | Encuesta de presaberes en sistemas de gestión | Abordar debilidades detectadas mediante planes de mejora y formación continua, asegurando cumplimiento normativo y eficiencia institucional. |
| 4 | Indicadores del MIPG y Acreditación en ALMERA | Cargar y mantener disponibles los indicadores en ALMERA para garantizar transparencia, seguimiento organizacional y consulta por los interesados. |
| 5 | Evaluación de riesgos en implementación de modelos | Incluir riesgos específicos en ALMERA asociados a MECI, MIPG y Acreditación para mejorar la gestión preventiva y fortalecer el control institucional. |
| 6 | Certificación MIPG en responsables de procesos | Garantizar que todos los responsables de los procesos cuenten con certificación en el Modelo MIPG para asegurar una gestión eficiente, alineada y transparente. |
| 7 | Alineación de Políticas Institucionales | Reestructurar y alinear las Políticas Institucionales con las evaluadas por el DAFP, estableciendo indicadores en ALMERA para facilitar el seguimiento y coherencia. |
| 8 | Publicación de Políticas en la web institucional | Divulgar en la página web las Políticas de Seguridad Digital y Gestión Documental para fortalecer transparencia, accesibilidad y cumplimiento normativo. |
| 9 | Indicadores estratégicos en ALMERA | Incluir indicadores de misión, visión y objetivos estratégicos en ALMERA para garantizar la medición y |

| N.º | Tema Evaluado | Recomendación Central |
|---|---|---|
| | | seguimiento del desempeño organizacional. |
| 10 | Ejecución de acciones del Plan de Mejoramiento | Acelerar la implementación y seguimiento de acciones del Plan de Mejoramiento ID3181 para mejorar calificaciones institucionales en áreas clave antes de los plazos fijados. |
| 11 | Actualización de indicador de Acreditación | Mantener actualizado anualmente el indicador de calidad relacionado con la Acreditación institucional, asegurando información precisa para la toma de decisiones. |

## Auditoría de derechos de autor

| N.º | Área Evaluada | Recomendación Central |
|---|---|---|
| 1 | Política de Gestión de la Información | Actualizar la política vigente que venció en 2022 y establecer un mecanismo formal de revisión periódica para evitar desalineación normativa y asegurar eficacia institucional. |
| 2 | Indicadores TIC en ALMERA | Garantizar la actualización y análisis de indicadores TIC en ALMERA para permitir evaluaciones precisas y facilitar la toma de decisiones tecnológicas efectivas. |
| 3 | Baja de Activos y licencias | Registrar el procedimiento de baja de activos en ALMERA y evaluar la reutilización de licencias para evitar costos innecesarios y mejorar la eficiencia tecnológica. |
| 4 | Renovación de licencias de software | Implementar una planificación anticipada y detallada para renovar licencias críticas, asegurando continuidad operativa y optimización presupuestal. |
| 5 | Nivel de conocimiento en procesos clave | Fortalecer la formación en procesos estratégicos para alcanzar un liderazgo técnico óptimo, mejorar la orientación del equipo y elevar los resultados institucionales. |
| 6 | Competencias del equipo técnico | Desarrollar programas específicos de capacitación para abordar debilidades detectadas en presaberes y mejorar el desempeño técnico y los resultados organizacionales. |
| 7 | Mantenimiento de equipos críticos | Evaluar y ajustar la frecuencia del mantenimiento preventivo de equipos institucionales para asegurar su confiabilidad y evitar interrupciones operativas en procesos clave. |

## Auditoría riesgos y controles de corrupción.

| N.º | Tema Evaluado | Recomendación Sintetizada |
|---|---|---|
| 1 | Matriz Institucional de Riesgos 2025 | Publicar en la página web institucional la matriz de riesgos 2025 de forma clara y diferenciada, garantizando transparencia y acceso externo oportuno. |
| 2 | Planes de Mejoramiento 2022 y 2023 | Actualizar y divulgar en la web los planes de mejora correspondientes a 2022 y 2023, para asegurar trazabilidad, control y rendición de cuentas frente a auditorías. |
| 3 | Ejecución de Planes de Acción en Almera | Activar y registrar el avance de riesgos con progreso nulo en la plataforma Almera, fortaleciendo la respuesta institucional y el control frente a riesgos críticos. |
| 4 | Controles en Servicios Complementarios | Reformular controles institucionales que presentan deficiencias técnicas, asegurando claridad en responsabilidades y alineación con criterios DAFP. |
| 5 | Control en Proceso de Bienes y Servicios | Ajustar aspectos técnicos del control nº 4 para mejorar trazabilidad y frecuencia de aplicación conforme a lineamientos normativos y funcionales establecidos. |
| 6 | Gestión de riesgos de corrupción | Fortalecer mecanismos institucionales de monitoreo, alerta y seguimiento de riesgos de corrupción en procesos sensibles, aplicando medidas preventivas eficaces. |
| 7 | Identificación de riesgos de corrupción | Reforzar la comprensión del análisis institucional de riesgos SICOF mediante infografías, boletines y capacitaciones que fortalezcan el enfoque preventivo del personal. |
| 8 | Controles en contratación de personal | Promover una visión integral sobre los controles internos en vinculación de talento humano a través de capacitación práctica que destaque su interacción y efecto preventivo. |
| 9 | Evaluación de formación en ética y transparencia | Socializar los criterios que miden el impacto de las capacitaciones, especialmente la disminución de incidentes éticos, incorporándolos en inducciones y refuerzos formativos. |
| 10 | Actualización del enfoque institucional en transparencia | Difundir activamente el Código de Integridad y fortalecer campañas internas sobre transparencia, especialmente en torno a informes de gestión y cambios normativos clave. |

## Auditoría de procesos disciplinarios

| N.º | Aspecto Evaluado | Resumen de Recomendación |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Trazabilidad en procesos disciplinarios | Implementar un sistema estructurado y transparente de registro documental que permita seguimiento preciso y confiable para fortalecer la supervisión gerencial. |
| 2 | Plazos en Indagaciones Previas | Garantizar el cumplimiento estricto de los tiempos legales para evitar acumulación de casos, mejorar la eficiencia investigativa y proteger la celeridad procesal. |
| 3 | Coordinación interáreas | Establecer notificación formal y fortalecer la articulación entre áreas involucradas para asegurar trazabilidad y alineación disciplinaria con la gestión administrativa. |
| 4 | Integración de hallazgos de control externo | Incorporar auditorías externas como insumo disciplinario, vinculándolas con planes de mejora institucional para fortalecer la prevención y la respuesta a conductas irregulares. |
| 5 | Aplicación del juicio verbal | Dotar a la Oficina de Control Disciplinario de tecnología y capacitación, junto con protocolos claros que definan cuándo aplicar el juicio verbal de forma ágil y normativa. |
| 6 | Deficiencias en el control disciplinario | Fortalecer la gestión disciplinaria con capacitación continua, protocolos claros para recolección de pruebas, personal especializado y promoción de cultura preventiva. |
| 7 | Desarticulación normativa MIPG–políticas internas | Integrar de forma sistemática las políticas internas con el modelo MIPG, mediante alineación normativa, procesos de socialización y mecanismos de coordinación operativa. |
| 8 | Ausencia de indicadores de gestión | Diseñar e implementar indicadores específicos para evaluar el desempeño del proceso disciplinario, asegurando seguimiento, mejora continua y cumplimiento normativo. |

## Auditoría austeridad del gasto

| N.º | Aspecto Evaluado | Síntesis de la Recomendación |
|---|---|---|
| 1 | Indicadores financieros desactualizados | Actualizar los indicadores clave de gasto y flujo de caja para garantizar decisiones informadas, eficientes y alineadas con metas estratégicas y normativas vigentes. |
| 2 | Rentabilidad negativa en servicios críticos | Implementar medidas de eficiencia operativa y revisión tarifaria en servicios como el Banco de Sangre y UCI para evitar pérdidas y asegurar su sostenibilidad financiera. |
| 3 | Áreas con aumento significativo de costos | Realizar análisis detallado de los servicios que presentan altos costos (quirófanos, hospitalización general, ambulatorios especializados) y diseñar estrategias de optimización. |
| 4 | Incremento en el Plan Anual de Adquisiciones (PAA) 2024 | Verificar si el aumento presupuestal corresponde a ajustes estructurales o eventos puntuales, para mejorar la proyección de recursos y evitar desviaciones en 2025. |
| 5 | Austeridad en el gasto | Incluir medidas explícitas de austeridad en el Plan Anual de Adquisiciones 2025 para evitar gastos innecesarios y asegurar sostenibilidad financiera institucional. |
| 6 | Cobro del giro directo | Optimizar la gestión del giro directo mediante mecanismos de seguimiento efectivo que garanticen pagos oportunos y eviten afectaciones a la liquidez institucional. |
| 7 | Radicación de facturación oportuna | Implementar un cronograma eficaz para la radicación de facturas que garantice flujos de ingreso estables y permita cumplir con compromisos operativos y financieros. |
| 8 | Reducción de costos en servicios | Implementar estrategias que reduzcan al menos $8.128 millones en costos operativos, mejorando negociaciones con proveedores y optimizando análisis de gastos. |
| 9 | Incremento del activo corriente para el PAA | Fortalecer la planificación financiera aumentando el activo corriente en $57.940 millones, garantizando liquidez para cumplir obligaciones de corto plazo. |

| N.º | Tema Evaluado | Síntesis de Recomendación |
|---|---|---|
| 1 | Ejecución presupuestal y codificación contable | Capacitar al personal en el uso actualizado de códigos contables y establecer controles de verificación para garantizar consistencia y precisión en los reportes financieros. |
| 2 | Registro oportuno de gastos en caja menor | Implementar un procedimiento contable que registre mensualmente los gastos de caja menor para mejorar trazabilidad y cumplimiento de políticas de austeridad. |
| 3 | Política de compras y contratación pública - MIPG | Revisión de la política de compras y contratación pública - MIPG, fortaleciendo el control del gasto y la planificación institucional. |
| 4 | Indicador de gasto por UVR producida | Realizar seguimiento por sede y ajustar gastos comprometidos, alineando los rubros de mayor crecimiento con ingresos proyectados para mejorar eficiencia operativa. |
| 5 | Indicador de flujo de caja en SGI Almera | Corregir el desfase visual y actualizar datos mensuales del indicador para garantizar coherencia informativa y soporte efectivo en la toma de decisiones financieras. |
| 6 | Plan de Austeridad del Gasto | Socializar formalmente la versión actualizada del Plan y establecer mecanismos de monitoreo periódico que aseguren su implementación efectiva y apropiación institucional. |
| 7 | Incrementos en servicios básicos y | Realizar análisis técnico del aumento en rubros como energía, gas y outsourcing, aplicando medidas de contención |

| | | |
|---|---|---|
| | outsourcing | como auditorías, digitalización y optimización de contratos. |
| 8 | Inconsistencias entre fuentes contables | Fortalecer los controles de verificación y autocontrol en la Dirección Administrativa para garantizar coherencia y confiabilidad entre sistemas contables y reportes oficiales. |
| 9 | Desconocimiento de indicadores de austeridad | Promover la apropiación institucional de los indicadores de gasto en Almera (códigos 2003 y 2406) mediante formación interna, difusión técnica y herramientas de consulta accesibles. |

## Vigencia 2024.

Análisis de Información del Área de Facturación (información suministrada cn oficio 130 de17 de abril de 2024, suscrito por la Directora Financiera)

### 1. Glosa Relacionada con Mipres

- **Problema**: Errores no detectados o subsanables, pese a capacitaciones, debido a los residentes.
- **Impacto**: Afecta la precisión en el registro de información médica y financiera.

### 2. Dificultades en la Implementación de la Facturación Electrónica

- **Problema**: Devoluciones de facturas por ausencia de archivos XML, especialmente con EPS Famisanar.
- **Impacto**: Retrasos en la facturación y problemas con la capacidad de recepción del correo de la EPS.

### 3. Facturación Física

- **Problema**: No todas las EPS disponen de plataformas de radicación electrónica, obligando a radicar soportes físicamente.
- **Impacto**: Incrementa el tiempo y costos asociados al procesamiento manual de facturaciones.

### 4. Anulaciones en la Facturación

- **Datos**: En 2023 se realizaron 12.802 anulaciones; de enero a marzo de 2024 se realizaron 2.822.
- **Causas**: Subfacturación, cambios en contratos, tarifas, régimen, errores del sistema, ausencia de XML, inasistencias y cambios en asignación de citas.
- **Impacto**: Genera ineficiencias y posibles pérdidas económicas.

### 5. Carga de Informes en ALMERA

- **Problema**: Oficina de Planeación no ha cargado soportes de informes del 2024 en ALMERA.
- **Impacto**: Falta de evidencia en el cumplimiento de obligaciones administrativas, afectando la transparencia y responsabilidad.

### 6. No Actualización de la Matriz de Informes a Entes Externos

- **Problema**: Oficina Jurídica y de Planeación no han actualizado la matriz de informes solicitada desde diciembre de 2024.
- **Impacto**: Ineficiencia en la gestión, retrasando la entrega de informes cruciales.

**Auditoría Austeridad del Gasto IV Trimestre 2024**

**7. Incremento en el Plan Anual de Adquisiciones (PAA)**

- **Dato**: Incremento de $43.671.435.870 en el PAA de 2024.
- **Revisión**: Determinar si es un incremento permanente o específico a proyectos únicos.
- **Impacto**: Evaluar sostenibilidad financiera futura.

**8. Acciones de Austeridad del Gasto para 2025**

- **Recomendación**: Clarificar las acciones de austeridad en el PAA 2025.
- **Impacto**: Asegura un gasto controlado y eficiente.

**9. Cobro del Giro Directo**

- **Acción**: Cumplimiento del giro directo.
- **Impacto**: Asegura recursos financieros necesarios para operaciones.

**10. Radicación Oportuna de Facturación**

- **Recomendación**: Mejorar los plazos de radicación.
- **Impacto**: Mejora el flujo de caja y la eficiencia operativa.

**11. Disminución de Costos en la Venta de Servicios**

- **Objetivo**: Reducir costos en $8.128.559.733.
- **Impacto**: Mejora la rentabilidad del hospital.

**12. Incremento del Activo Corriente**

- **Necesidad**: Incrementar el activo corriente en $57.940.280.094.
- **Impacto**: Garantiza el pago de las obligaciones adquiridas en el PAA.

| Área de Inconveniente | Problema | Impacto | Acción Requerida |
|---|---|---|---|
| **Glosa Relacionada con Mipres** | Errores no detectados o subsanables por parte de residentes | Afecta la precisión en registros médicos y financieros | Reforzar capacitaciones y supervisión |
| **Implementación de Facturación Electrónica** | Devoluciones por ausencia de archivos XML | Retrasos en facturación y problemas de capacidad de recepción de la EPS | Mejorar la implementación del sistema de facturación electrónica |
| **Facturación Física** | No todas las EPS disponen de plataformas de radicación electrónica | Incrementa tiempo y costos de procesamiento manual | Promover adopción de plataformas electrónicas entre las EPS |
| **Anulaciones en la Facturación** | Alta cantidad de anulaciones causadas por múltiples factores (subfacturación, cambios de contratos, etc.) | Ineficiencia y posibles pérdidas económicas | Establecer controles para reducir anulaciones e implementar medidas correctivas |
| **Carga de Informes en ALMERA** | Falta de carga de soportes de informes del 2024 en ALMERA | Falta de evidencia en el cumplimiento de obligaciones administrativas | Actualizar y cumplir con la carga de informes en ALMERA |
| **Actualización de Matriz de Informes** | No se ha actualizado la matriz de informes a entes externos solicitada desde diciembre de 2024 | Ineficiencia en la gestión y retrasos en entrega de informes cruciales | Actualizar y enviar la matriz de informes a entes externos |
| **Incremento en el PAA** | Incremento de $43.671.435.870 en el Plan Anual de Adquisiciones 2024 | Evaluar sostenibilidad financiera futura | Determinar si incremento es permanente o específico a proyectos |

| Área de Inconveniente | Problema | Impacto | Acción Requerida |
|---|---|---|---|
| | | | únicos |
| **Acciones de Austeridad del Gasto 2025** | Necesidad de clarificar acciones de austeridad del gasto | Asegura un gasto controlado y eficiente | Definir y comunicar claramente las acciones de austeridad en el PAA 2025 |
| **Cobro del Giro Directo** | Cumplimiento del giro directo | Asegura recursos financieros necesarios para operaciones | Hacer seguimiento y cumplimiento del giro directo |
| **Radicación Oportuna de Facturación** | Mejorar los plazos de radicación | Mejora el flujo de caja y eficiencia operativa | Establecer y monitorear KPI's de radicación oportuna |
| **Disminución de Costos en Venta de Servicios** | Necesidad de reducir costos en $8.128.559.733 – Según estados financieros octubre 2024 | Mejora la rentabilidad del hospital | Implementar estrategias de ahorro y eficiencia |
| **Incremento del Activo Corriente** | Incrementar el activo corriente en $57.940.280.094- Según estados financieros octubre 2024 | Garantiza el pago de obligaciones adquiridas en el PAA | Aumentar el activo corriente mediante estrategias financieras adecuadas |

## 5.2 Rol de enfoque hacia la prevención.

La Oficina de Control Interno ha promovido ejercicios de autoevaluación para que los servidores públicos examinen y evalúen la efectividad de los controles en cada proceso. Además, lleva a cabo actividades para proteger los recursos de la organización.

Entre las actividades destacadas se incluyen:

- **Autoevaluación de implementación del MECI**, diligenciada por todos los líderes de los procesos.
- **Autoevaluación de control interno contable**, socializada mediante el informe de control interno contable.
- **Encuestas de pre saberes** en cada auditoría para reforzar los conocimientos normativos de los líderes y prevenir incumplimientos.
- **Auditorías de austeridad del gasto**, con seguimiento mensual al cumplimiento de la norma.
- **Auditoría de Evaluación por Dependencias,** con el fin de contribuir a la planeación estratégica de cada vigencia, a la fijación de acuerdos de gestión, compromisos laborales y comportamentales , planes de capacitación y demás actividades que permitan el logro de los objetivos de la entidad.

## 5.3 Rol de relación con entes externos.

La Oficina de Control Interno ha radicado oportunamente los avances de los planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría Departamental vigencia 2023.

De igual manera, se ha monitoreado la actualización de la matriz de informes a entes externos, de la cual se ha pedido actualización a los responsables, esta matriz es cargada en AIMERA, sistema que les arroja una alerta cuando el informe está próximo a vencerse. Es de aclarar que una vez al año la oficina de Control Interno audita el cargue de los soportes de envío en el aplicativo. Es importante que los responsables respondan a la solicitud de actualización de la matriz de informes externos solicitada por control interno.

Según la auditoría realizada para revisar el envío de informes a entes externos vigencia 2024, se evidencio que la oficina de planeación no ha cargado en el sistema de información ALMERA el soporte del envío de los informes a entes externos a su cargo correspondiente a la vigencia 2024. Así mismo se observó que la Oficina asesora Jurídica y la oficina de planeación no han enviado la actualización de la matriz de informes a entes externos la cual se solicitó desde el 2 de diciembre de 2024. La auditoría de cargue de informes a

entes externos vigencia 2025, se realizará en el segundo semestre de 2025.

Por último, se hace seguimiento frecuente a los reportes que se deben hacer correspondientes a SIA Contraloría y SIHO SuperSalud.

### 5.3.1. Hallazgos vigencia 2019-2024

A continuación se relacionan los temas por los cuales la Contraloría Departamental de Cundinamarca ha dejado hallazgos en las últimas 6 vigencias, con el fin de tener presente los mismos y propender por la no repetición.

**Hallazgos vigencia 2019:**

1. **Opinión con salvedades** de los estados financieros emitida por los auditores de la Contraloría.
2. **Control interno contable**. Cumplimiento Resolución 193 2016 régimen de contabilidad pública.
3. Ejecución presupuestal no razonable. Decreto 111 y 115 de 1996 normas de elaboración de presupuestos.
4. **Informes de supervisión.**
Falta de soportes de supervisión - formato general de ejecución.
5. **Extemporaneidad en la publicación del SECOP.**
6. SIA OBSERVA. No se subía todo lo que estaba en la matriz de legalidad y por ello se actualizó la matriz.
7. **Evaluación del sistema de control interno. Control Débil.** Evaluación de los controles. 67 calificación débil, por ello se debe hacer permanente monitoreo a las matrices de riesgos por parte de los líderes.
8. **Planes de mejoramiento.** Seguimiento a planes de mejoramiento, por los líderes y cada tres meses por control interno y planeación.

**Hallazgos vigencia 2020:**

1. No realización de conciliación entre Contabilidad y Control Disciplinario Interno para depurar la cuenta de orden relacionado con procesos archivados y la cuenta reclamación a Aseguradora por Faltantes de activos fijos.
2. Debilidades en el software DGH en los procesos de conciliación (El sistema no hace cortes mensuales de información financiera como tampoco de cierre de vigencia o de año, no permite generar Estado de situación financiera para cada unidad funcional, algunos módulos generan un mismo reporte desde diferentes fuentes y estos presentan diferencias).
3. Seguimiento al Cumplimiento de acuerdo de pago COOMEVA EPS.
4. Incremento de otras cuentas por cobrar (incremento del 4.14% comparado con vigencia 2019).
5. Gestión ineficaz de cobro a la cartera mayor de 360 días.
6. La entidad no constituye las cuentas por pagar mediante acto Administrativo.
7. No se permite evidenciar la notificación de la designación como supervisor.
8. Falla en los controles y procedimientos de la gestión contractual, presupuestal y archivística (no reposa en el expediente contractual la liberación de recursos que se dejaron de ejecutar).
9. Liquidación de contratos en términos para realizarlas (no se adelantan las actuaciones

administrativas pertinentes para la liquidación de cada uno de los procesos contractuales dentro de los términos establecidos en las normas).
10. Deficiente gestión de recaudo de cartera (La meta del POA 'Recuperar el 100%).
11. Inadecuada gestión de cumplimiento en la actualización de las TRD y TVD tablas de valoración documental.
12. Diferencias en lo evidenciado y en el formato F05A-AGR de la cuenta 202013.

**Hallazgos vigencia 2021:**

1. Deterioro acumulado de inversiones.
2. Subvenciones por cobrar
3. Otras cuentas por cobrar.
4. Cartera por edades.
5. Cuentas por pagar formato F11
6. Contratos sin liquidar vigencias anteriores.
7. Contratos pendientes por liquidar del régimen subsidiado años 2018 y 2019 suscritos con la E.P.S convida en liquidación.
8. Cartera por edades a septiembre de 2022.

**Hallazgos vigencia 2022:**

1. Conciliaciones bancarias extemporáneas, superiores a 3 meses.
2. Riesgo de recuperación de cuentas por cobrar.
3. Conciliación de cuentas por cobrar, realizadas cada 3 meses, contraviniendo el régimen de contabilidad pública – deben hacerse mensual.
4. Sobre ejecución de contratos para la venta y comercialización de servicios de salud.
5. Implementación del sistema de costos.
6. Cuentas por pagar de la vigencia 2021, que superan 510 de antigüedad.
7. Debilidades en la identificación de riesgos y controles.

**Hallazgos vigencia 2023:**

1. Módulo de costos
2. Diferencia y/o faltante en caja principal
3. Efectivo y equivalentes al efectivo – falta de seguimiento a los recursos depositados en cuentas bancarias.
4. Demoras en la ejecución de contrato de obra por no contar con licencia de construcción.
5. Devolución pendiente de recursos a la secretaría de Salud de Cundinamarca por convenio de apalancamiento.
6. Falta de ejecución de recursos del convenio 857- de 28 de junio de 2023 – suspensión de contratos por diseños y licencias.
7. Cobro de gravamen por concepto de retención en la fuente – pérdida de recursos por este concepto.
8. Recuperación de inversiones
9. Falta de facturas requeridas dentro del proceso ordinario en contra de CAJACOPI
10. Cartera por edades – aumento de la cartera mayor a 360 días
11. Facturación pendiente por radicar
12. Recobro de incapacidades
13. Giros pendientes por identificar de abonos a facturas de EPS

14. Cuentas por cobrar a universidades – recuperación de cartera con universidades
15. Cuentas por cobrar a pacientes mayor a 360 días
16. Otras cuentas por cobrar – prestamos interinstitucionales entre hospitales y otros
17. Fallas en el funcionamiento del vehículo – unidad móvil de banco de sangre
18. Certificación procesos judiciales calificados en provisión contable
19. Comité de saneamiento contable – 150 predios a nombre de la E.S.E HUS
20. Diferencias entre el presupuesto de ingresos, venta de servicios y recaudo
21. Falta de acciones para propender el resarcimiento de recursos por concepto de sentencias, conciliaciones y sanciones.
22. Demandas en contra del HUS por contrato realidad
23. Debilidades en la argumentación y/o justificación de: la necesidad de contratar, la oportunidad, conveniencia técnica, jurídica y financiera del contrato a celebrar.
24. Ausencia del acta de reunión del comité de compras en el expediente contractual
25. Irregularidades por parte de algunos supervisores en cuanto a la justificación del acta de recibo a satisfacción de los bienes y servicios adquiridos por la entidad. De igual manera en algunos expedientes contractuales no se evidencias las modificaciones adiciones y prorrogas, también se evidenciaron errores en las fechas registradas en el aplicativo SIA en cuanto pues se registró la fecha de suscripción del contrato y no la fecha del acta de inicio por parte del supervisor.
26. Falta de publicación de documentos en el SECOP II como: Acta de inicio, CDP y pólizas y adicionalmente se publican luego de los 3 días que establece la norma.
27. Los informes de supervisión son muy superficiales ejemplo contrato de prestación de servicios 2023 -229, no reposaba en el expediente el seguimiento a actividades y la ejecución financiera de manera cronológica. Se evidencia órdenes de pago publicadas en el SIA y en el SECOOP pero no en el expediente siendo responsabilidad del supervisor.
28. Ausencia de acta de aprobación de pólizas por parte de la oficina asesora jurídica como lo establece el manual de contratación.
29. Falta de aplicación de la ley de archivo en los expedientes contractuales ( desorden cronológico, ausencia en el expediente de documentos como: adición, prorroga , CDP entre otros)

**Hallazgos vigencia 2024 – informe preliminar.**

1. **Conciliaciones bancarias.** Cuentas bancarias con partidas pendientes por depurar.
2. **Demoras en la ejecución del convenio por no contar con la licencia** o permisos por parte de Planeación Municipal y Ministerio de Cultura.
3. **Facturación de prestación de servicios de salud, pendiente por radicar.**
4. **Otras cuentas por cobrar.** Cobros pendientes de Préstamos de medicamentos y otros elementos a otras institucionales.
5. **Cartera mayor a 360 días** de vencida por $229.005.132.765, ocupa el mayor porcentaje (61%) dentro del total de esta cartera de E.S.E Hospital y de este monto $148.863.334.594.
6. **Giros por identificar - abono de facturación**: Se registraron giros no conciliados por $6.729.566.625. El 67% proviene del régimen contributivo, lo que refleja falta de control sobre la identificación de los abonos en la cartera por edades.
7. **Beneficio a empleados – pasivo no corriente**: El saldo contable a 31-12-2024 ($1.364 millones) no coincide con el valor reportado por talento humano ($2.330 millones). La diferencia de $965 millones evidencia inconsistencias entre lo registrado contablemente y los datos administrativos sobre cesantías retroactivas.
8. **Déficit presupuestal:** Al cierre de 2024, la entidad tenía un déficit de $18.447.237.283, al comprometer recursos superiores al recaudo ($358 mil millones frente a $340 mil millones). Esto implica un riesgo fiscal y debilidad en la planeación presupuestal.
9. **Modificaciones al presupuesto:** No se incluyeron actos administrativos esenciales (Acuerdo 008 y Resolución 009). Se identificaron errores en los valores registrados, lo que revela debilidades en los procesos de validación y control presupuestal.

10. **Constitución cuentas por pagar 2023 para pago en 2024**: Resolución inicial por $47.002 millones fue reemplazada por otra por $65.277 millones, sin revocatoria ni justificación técnica. Se detectaron inconsistencias por $1.828 millones y la inclusión de compromisos fuera de la vigencia (violando el principio de anualidad)
11. **Omisión de obligaciones pendientes:** La constitución de cuentas por pagar omitió contratos por $736.091.051, generando diferencia frente al valor registrado en la resolución, y afectando la veracidad de las cuentas por pagar reportadas.
12. **Integridad de la información reportada**: Diferencia de $134.307.000 entre el PAC rendido y el PAC del período. Además, se registraron créditos y contracréditos como adiciones/reducciones, contraviniendo las guías de los entes de control.
13. **Evaluación gestión de la inversión y del gasto**: Los estudios previos y documentos de contratación presentan errores en la formulación de necesidad, referencia de acuerdos vencidos, y párrafos incompletos, evidenciando estructuración débil.
14. **Aplicación del Manual de Contratación – supervisión**: Faltan actas de reinicio tras suspensiones contractuales. Los supervisores no presentan informes periódicos, dificultando el seguimiento real del cumplimiento de obligaciones por parte de contratistas.
15. **Ejecución presupuestal de contratos fuera de vigencia:** Ejemplo del contrato 006-2024 muestra pagos ejecutados en 2025, afectando el presupuesto de la vigencia anterior. Esto incumple el manual de contratación y debilita la planeación financiera.

## Análisis:

## Hallazgos y patrones Recurrentes entre 2019-2024:

| Categoría | Años Repetidos | Patrón Recurrente | Descripción del Hallazgo | Solución Propuesta | Indicador de Seguimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| Ejecución Presupuestal | 2019, 2023, 2024 | Déficit presupuestal y ejecución no razonable | Compromisos superan recaudo, afectando equilibrio fiscal. | Seguimiento mensual entre compromisos vs. Recaudo, con alertas de sobre ejecución. | % de ejecución presupuestal vs. presupuesto aprobado |
| Supervisión Contractual | 2019, 2020, 2023, 2024 | Informes de los supervisores de los contratos incompletos y poco trazables | Falta de cronología, soporte técnico y seguimiento financiero en la supervisión de los contratos. | Formato único estandarizado + calendario obligatorio de informes periódicos. | % de informes entregados vs. total contratos activos |
| Publicación en SECOP II | 2019, 2023 | Publicación en el SECOP II fuera de plazo o incompleta | Omisión o demora en publicar CDP, pólizas, actas dentro de los 3 días requeridos. | Checklist digital con alertas internas y control por jurídico. | % de documentos publicados dentro del plazo legal |
| Cuentas por Pagar | 2020, 2021, 2022, 2024 | Irregularidades en registros de cuentas por pagar | Omisión de resoluciones, duplicados y compromisos fuera de vigencia. | Validación técnica-jurídica previa y resolución administrativa obligatoria. | % de cuentas con resolución válida vs. total registradas |
| Cartera Vencida >360 días | 2020–2024 | Gestión deficiente de cobro de cartera mayor a 360 días | Cartera vencida crece sin estrategia de recuperación efectiva. | Plan de recuperación por tramos + revisión con EPS y universidades. | % de cartera vencida recuperada vs. total cartera mayor a 360 días |
| Conciliaciones Bancarias | 2020, 2022, 2024 | Conciliaciones Extemporáneas o sin depurar | Partidas sin conciliar entre bancos y contabilidad. | Conciliaciones mensuales obligatorias + tablero institucional de depuración. | % de conciliaciones realizadas en plazo vs. total cuentas |
| Cuentas por Cobrar Institucionales | 2020, 2023, 2024 | Falta de seguimiento o recuperación de cuentas por cobrar | EPS, universidades y hospitales con saldos pendientes no gestionados. | Acuerdos de pago interinstitucionales + validación jurídica-financiera. | % de recuperación efectiva vs. total cuentas por cobrar institucionales |
| Gestión Documental | 2020, 2023 | Expedientes contractuales incompletos y desorden | Ausencia de CDP, adiciones, prórrogas y cronología documental irregular, en los expedientes contractuales. | Checklist archivístico obligatorio en cada etapa contractual. | % de expedientes con cumplimiento archivístico total |
| Estudios Previos Contratación | 2023, 2024 | Justificación técnica/jurídica débil, en los estudios previos | Falta de claridad en la necesidad descrita en los estudios previos, errores | Validación cruzada (jurídica, técnica y financiera) antes de aprobación. | % de estudios previos validados vs. total procesos iniciados |

| Categoría | Años Repetidos | Patrón Recurrente | Descripción del Hallazgo | Solución Propuesta | Indicador de Seguimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | normativos y uso de normas derogadas. | | |
| Liquidación de Contratos | 2020, 2021 | Omisión del proceso de liquidación | Contratos vigentes sin liquidación dentro del plazo legal. | Agenda de vencimientos con alertas y validación prejurídica. | % de contratos liquidados en plazo vs. total vencidos |
| Facturación Pendiente | 2020, 2023, 2024 | Servicios no facturados o facturados fuera de tiempo | Prestaciones de salud no radicadas oportunamente, afectando el recaudo. | Automatización de flujo de facturación por tipo de servicio. | % de facturas radicadas vs. servicios prestados |
| Sistema de Costos / Contabilidad | 2022, 2023 | Fallas técnicas y falta de integración contable, con el sistema de costos | Módulo de costos con implementación en proceso, reportes inconsistentes, ausencia de cortes contables. | Activar e integrar módulos por unidad funcional + capacitación técnica. | % de unidades con módulo de costos operando vs. total unidades funcionales |
| Control Información Financiera | 2020, 2024 | Inconsistencias en PAC, registros y modificaciones | Diferencias entre PAC reportado y ejecutado, omisión de actos administrativos. | Validación cruzada contable-presupuestal antes de cargar datos a entes de control. | % de registros validados vs. total enviados a entes de control |

## Patrones de hallazgos identificados de las vigencias 2019 a 2024

| Hallazgo | Año | Descripción |
|---|---|---|
| **MECI** | 2019 | Evaluación del sistema de control interno (control débil). |
| | 2020 | Falla en los controles y procedimientos. |
| | 2022 | Debilidades en la identificación de riesgos y controles. |
| | 2023 | Incumplimiento de normativas en el SIA y falta de documentación en expedientes contractuales. |
| **Cuentas por Cobrar** | 2020 | Incremento de otras cuentas por cobrar, gestión ineficaz de cobro. |
| | 2021 | Cartera por edades, otras cuentas por cobrar. |
| | 2022 | Riesgo de recuperación de cuentas por cobrar. |
| | 2023 | Cartera por edades, cuentas por cobrar a universidades y pacientes. |
| **Liquidación de Contratos** | 2020 | Inadecuada gestión para la liquidación de contratos. |
| | 2021 | Contratos sin liquidar de vigencias anteriores. |
| | 2023 | Demoras en la liquidación de contratos y cumplimiento de normativas. |
| **Gestión de Registro Financiero** | 2019 | Opinión con salvedades de estados financieros. |
| | 2020 | Debilidades en el software DGH y problemas de conciliación. |
| | 2022 | Conciliaciones bancarias extemporáneas. |
| | 2023 | Diferencias y faltantes en caja principal y seguimiento de recursos bancarios. |
| **Gestión Documental y Publicación** | 2019 | Extemporaneidad en la publicación del SECOP. |
| | 2020 | Inadecuada gestión documental y actualización de TRD y TVD. |
| | 2023 | Falta de aplicación de ley de archivo y desorden documental en expedientes contractuales. |
| **Seguimiento y Monitoreo** | 2019 | Seguimiento a planes de mejoramiento. |
| | 2020 | Seguimiento al cumplimiento de acuerdo de pago. |
| | 2023 | Falencias en seguimiento a actividades contractuales y justificaciones superficiales. |
| **Gestión de Activos y Recursos** | 2020 | No constitución de cuentas por pagar mediante actos administrativos. |
| | 2021 | Deterioro acumulado de inversiones y gestión de cuentas por pagar. |
| | 2022 | Sobre ejecución de contratos y debilidades en implementación de sistema de costos. |
| | 2023 | Déficit de seguimiento al módulo de costos y recuperación de inversiones. |

Estas áreas muestran patrones recurrentes de debilidades y fallas que han sido señaladas por la Contraloría Departamental de Cundinamarca en las diferentes vigencias. Abordar estos problemas de manera integral podría ayudar a mejorar la gestión y eficiencia de la entidad.

### 5.3.2 Cumplimiento planes de mejoramiento de suscritos con la Contraloría Departamental de Cundinamarca.

| DESCRIPCION | HALLAZGOS AUDITORIA | HALLAZGOS AUDITORIA | HALLAZGOS AUDITORIA | HALLAZGOS AUDITORIA |
|---|---|---|---|---|
| | **Vigencia 2023** | **Vigencia 2022** | **Vigencia 2021** | **Vigencia 2020** |
| Concepto sobre La Gestión | Favorable | Favorable | Con observaciones | |
| Opinión sobre los Estados contables | Con Salvedades | Limpia o Sin Salvedades | Limpia o Sin Salvedades | Limpia o sin Salvedades |
| Opinión Presupuestal | Sin Salvedades | Limpia o Sin Salvedades | Limpia o Sin Salvedades | Limpia o sin Salvedades |
| Concepto gestión y gasto | Favorable | Favorable | | Con Observaciones |
| Concepto de la rendición de cuenta | Favorable 80,3% | favorable | Favorable – Calificación 96.6 | Favorable |
| Concepto Calidad Control Fiscal Interno | Con deficiencias | Efectivo | Efectivo - Calificación 1 | Efectivo |
| Fenecimiento | Se fenece | Se fenece | Se fenece | Se fenece |
| Primer informe de cumplimiento | 55,77% | 52,5% | | |
| Segundo informe de cumplimiento y cumplimiento final | **85,71** | **82,14%** | **80,79%** | **TOTAL 87.56** |
| | TOTAL DE HALLAZGOS: 29 | TOTAL DE HALLAZGOS: 7 | TOTAL DE 8HALLAZGOS: 8 | TOTAL DE HALLAZGOS: 12 |
| Nivel de cumplimiento | **Plan cumplido** | **Plan cumplido** | **Plan cumplido** | **Plan cumplido** |

### 5.4 Rol de evaluación de la gestión del riesgo.

Las auditorías internas se están adelantando con enfoque a la prevención del riesgo y utilizando la metodología de las cuatro C (Condición, criterio, causa y consecuencia)

Se realizó la evaluación de los riesgos y sus controles de la matriz de riesgos de corrupción vigencia 2025, en el que se mide según la metodología del DAFP la pertinencia y efectividad de los controles. La Evaluación de la matriz institucional de riesgos institucionales 2025, se realizará en el segundo semestre.

En la auditoría radicada el 23 de diciembre de 2024, en la que se revisaron los riesgos y controles de la matriz institucional de riesgos vigencia 2024, se observó lo siguiente:

Se identificó la materialización de 9 riesgos, que ya estaban identificados en la matriz de riesgos 2024 y que según los hallazgos de la contraloría y de la Supersalud se concluye su materialización. Adicionalmente se observa que la SuperSalud en sus hallazgos identificó 9 riesgos materializados y la contraloría 8; por lo tanto estos puntos de riesgos que fueron identificados por la Supersalud y por la Contraloría y que no están incluidos en la matriz de riesgos deberán ser incluidos para su manejo en la matriz de riesgos de la vigencia 2025.

De otra parte se le ha solicitado a la oficina de planeación que incluya como riesgo la materialización reiterada de riesgos identificados por las distintas fuentes de auditoría y de los mismos líderes de los procesos a causa de la no elaboración de planes de mejoramiento producto de las auditorías de control interno, toda vez que desafortunadamente se tiene la falsa creencia de que elaborarlos conlleva a una incriminación siendo la inacción la causa de que repitan las recomendaciones, por parte de control interno y de entes de control como la contraloría y la Supersalud.

### 5.4.1 Riesgos materializados – Matriz de riesgos 2023 y 2024

### Una vez se realice la auditoría a la matriz de riesgos 2025 se actualizará la siguiente información:

| No | VIGENCIA 2023 | No | VIGENCIA 2024 |
|---|---|---|---|
| | Diez (10) RIESGOS MATERIALIZADOS:<br>En el informe de auditoría se relaciona el número del riesgo y el proceso al cual pertenece, en la descripción de cada uno de ellos se justifica porque se considera que se materializó. Los riesgos materializados deben tener un seguimiento especial y elaborar un plan de mejoramiento. | | Se identificó la materialización de 9 riesgos, que ya estaban identificados en la matriz de riesgos 2024 y que según los hallazgos de la contraloría y de la Supersalud se concluye su materialización. Adicionalmente se observa que la SuperSalud en sus hallazgos identificó 9 riesgos materializados y la contraloría 8; por lo tanto estos puntos de riesgos que fueron identificados por la Supepersalud y por la Contraloría y que no están incluidos en la matriz de riesgos deberán ser incluidos para su manejo en la matriz de riesgos de la vigencia 2025.<br>En el informe de auditoría se relaciona el número del riesgo y el proceso al cual pertenece, en la descripción de cada uno de ellos se justifica porque se considera que se materializó. Los riesgos materializados deben tener un seguimiento especial y elaborar un plan de mejoramiento. |
| 1 | RIESGO 8 (DE22035) – PROCESO GESTIÓN ESTRATÉGICA;<br>"Posibilidad de que el HUS y/o sus sedes reciban sanciones y/o afectaciones a la imagen institucional, por el incumplimiento de las metas institucionales".<br><br>Observación: El hospital no recibe sanciones por este tipo, recibe sanciones por los indicadores que se reportan a los entes externos, este riesgo debe ser replanteado, también recibe sanciones por fallas en la prestación de los servicios de salud, no pago oportuno de impuestos etc, de antemano se deja constancia que este riesgo se ha materializado planteándolo de esta manera, el hospital ha recibido sanciones de la secretaría de salud y de la Dian. Lo anterior tal y como se lo informamos a la contraloría en el requerimiento No 5 de la auditoría fiscal y financiera vigencia 2023 que nos están realizando. | 1 | **Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento. DO22056.**<br>Posibilidad de afectación reputacional y económica por no contar con el recurso humano encargado de realizar la docencia Institucional, debido a desequilibrio en el cálculo de la capacidad instalada Vs los estudiantes en formación y fallas en la comunicación entre la oferta de servicios del hospital y el número de estudiantes adecuado a esa oferta. |
| 2 | RIESGO 25 (GF22030) – PROCESO GESTIÓN FINANCIERA; "Posibilidad de pago inoportuno de las obligaciones a proveedores de bienes o servicios por falta de requisitos contractuales para realizar el giro". Observación: Este riesgo ya se materializó, la contraloría lo mencionó en cuentas por pagar que superan los 360 días, la entidad tiene fallas en pagar en el orden estricto de llegada. | 2 | **Gestión Financiera. GF22012.**<br>Posibilidad de recibir dinero o beneficio a nombre propio o de terceros por inadecuado manejo (jineteo) en las cajas menores o caja principal, cuentas de anticipos (cuotas moderadoras y/o copagos). |
| 3 | RIESGO 29 (GIF22058) – PROCESO GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA;<br>"Posibilidad que las obras de modernización del HUS y sus sedes aumenten en tiempo y costo debido a la falta o insuficiente control de estos factores".<br>Observación: Es de señalar que este riesgo se ha materializado en la entidad. | 3 | **Gestión Financiera. GF22029.**<br>Posibilidad de afectación de imagen o reputacional debido al registro de información en lo concerniente a las etapas de (Identificación, Clasificación, Medición y Registro) de los hechos económicos fuera de los requerimientos normativos por parte de las áreas que producen hechos económicos, por Falta de cruces de información con las áreas que producen hechos económicos y desconocimiento de las políticas, procedimientos. |
| 4 | RIESGO 31 (GIS22034) – PROCESO GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN TIC; "Posibilidad de pérdida de información del HUS y sus sedes, debido al inadecuado manejo de los sistemas de información e inconsistencia en la ejecución de los procedimientos para el manejo de la documentación".<br>Observación: Este año se materializó el riesgo, ejemplo: correo masivo enviado en el mes de agosto en donde se envió un mensaje obsceno | 4 | **Gestión Financiera. GF22030.**<br>Posibilidad de afectación de imagen o reputacional por pago inoportuno de las obligaciones a los proveedores de bienes o servicios, debido a falta de seguimiento de los supervisores de los contratos de los requisitos contractuales e insuficiencia de recursos por el bajo recaudo obtenido de las entidades. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | afectando a varios funcionarios del hospital, perdida de información. Se observó que se presentó inconvenientes con la base de datos de inventarios de Zipaquirá por pare de Alfonso Angarita, motivo por el cual se tuvo que realizar nuevamente el inventario. | | |
| 5 | RIESGO 34 (HH22005) – PROCESO GESTIÓN DE HOTELERÍA HOSPITALARIA;<br>"Posibilidad de Hurtos, pérdidas o daños de bienes en la institución de elementos, bienes muebles, equipos, insumos, medicamentos, objetos personales etc."<br>Observación: Considero que se debe agregar la posibilidad de hurto de los objetos personales de los pacientes. Se tiene conocimiento que este riesgo se ha materializado; ejemplo: en este año en la sede de Bogotá por lo mes dos veces, una con captura, y la otra con despido de una enfermera en el mes de noviembre por hurtar unidosis, también se conoció de manera informal que se perdía la loza de la cocina. | 5 | **Gestión Financiera. GF22074.**<br>Probabilidad de afectación económica por perdida de recursos económicos; debido a entrega incompleta de soportes de facturación por la atención servicios de salud prestados al usuario y falta de adherencia a procesos y procedimientos. |
| 6 | RIESGO 38 (ID22045) – PROCESO GESTIÓN APOYO DIAGNÓSTICO;<br>"Posibilidad que en la atención de Imágenes Diagnosticas, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios".<br>Observación: Se tiene conocimiento de la materialización de este riesgo pues en lo que va corrido del año se ha dañado el tac y el resonador, también se presentó desabastecimiento de insumos y se tienen dificultades en la asignación de citas ejemplo chat bot. | 6 | **Gestión Financiera. GF22078.**<br>Posibilidad de efecto dañoso sobre recursos públicos, por perdida de cartera debido a errores en la parametrización de (Códigos Únicos de Procedimientos en salud CUPS, medicamentos e insumos) del sistema Dinámica Gerencial, factura sin cumplimiento de requisitos legales, inadecuada depuración de cartera de acuerdo a los archivos enviados, soportes y/o respuesta inadecuados desde objeciones y falta de adherencia a los procesos y procedimientos institucionales. |
| 7 | RIESGO 39 (IM23066) – PROCESO INTELIGENCIA DE MERCADOS;<br>"Probabilidad de no contar con un portafolio actualizado frente a la normatividad vigente".<br>Observación: Este riesgo se ha materializado en la página web del hospital se encuentra el portafolio de servicios de laboratorio clínico desactualizado.<br>A esto le podemos añadir que seguimos en la implementación de los costos del hospital. | 7 | **Ingenieria Hospitalaria.**<br>**GIF22058.**<br>Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por aumento en tiempo y costo de las obras de modernización del HUS y sus sedes, debido a inadecuado cálculo de presupuesto y/o tiempo de ejecución de la obra, e inadecuado apoyo a la supervisión de la obra. |
| 8 | RIESGO 40 (PA22020) – PROCESO GESTIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS;<br>"Posibilidad que en la atención de Consulta Externa, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios".<br>Observación: este riesgo se ha materializado, las barreras de comunicación para la asignación de citas son muchas, empezando por la atención telefónica que es muy regular y la atención del chat bot que no está enlazado con las agendas y no termina por ser una herramienta útil para el usuario; de igual manera el hospital ha sido investigado por los órganos de vigilancia quienes comprobaron que en el 2022 y 2023 se presentaron desabastecimientos de insumos. | 8 | **Gestión Servicios Hospitalarios.**<br>**PH22054**.<br>Posibilidad que durante la atención de HOSPITALIZACION se presenten complicaciones al paciente por fallas administrativas, debido a inadecuada comunicación, fallas en el diligenciamiento de la historia clínica y falta de adherencia a guías y protocolos. |
| 9 | RIESGO 54 (TH22039) – PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO;<br>"Posibilidad perdidas económicas y/o sanciones por realizar pagos en nómina no justificados, valores a los cuales no se tiene derecho u omisión de pagos, producto de deficientes e insuficientes controles".<br>Observación: en la actualidad la entidad atiende un proceso jurídico iniciado por algunos trabajadores, por la parametrización de la cantidad de las horas que trabajan las auxiliares y otros perfiles del personal de salud, a mi juicio este riesgo se materializó y debe ser gestionado con plan de mejoramiento. | 9 | **Gestión Servicio de Urgencias.**<br>**GU22038.**<br>Posibilidad de afectación económica y reputacional (Riesgo Clínico) por fallas en la atención integral del paciente en el servicio de urgencias debido a inoportunidad durante la admisión administrativa, inadecuada Clasificación de triage, Inoportunidad en la atención de consulta de urgencias, falta de adherencia a guías, procedimientos y protocolos institucionales. |
| 10 | RIESGO 55 (TH22040) – PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO; "Posibilidad Que el Hospital responda solidariamente ante condenas y /o sanciones por Intermediación Laboral, por inadecuada Supervisión de los contratos suscritos con las empresas ocasionado por Novedades en la estructura estudios y documentos previos de la etapa precontractual".<br>Observación: No realizar la supervisión completa de acuerdo al objeto contractual. Este riesgo se ha materializado / Empresa Temporal Coltempora – que ha incumplido en el pago oportuno de salarios y prestaciones sociales. | | |
| | | | **Riesgos que la Oficina de control interno recomienda incluir en la vigencia 2025** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 10-11 | Compras que no cumplan con los criterios de austeridad del gasto establecidos en el comité de compras, en el manual de contratación y procedimientos de contratación.<br>Materialización reiterada de riesgos ya identificados por las distintas fuentes de auditoría y por los líderes de los procesos por la no elaboración de planes de mejoramiento. |
| | **Riesgos materializados vigencia 2023 que no se encuentran en la matriz de riesgos institucionales y que deben incluirse.** | | **Riesgos que la oficina de control interno considera materializados en la vigencia 2024, que no se encuentran en la matriz de riesgos institucionales y que deben incluirse.** |
| 11 | Observación general al Proceso de Inteligencia de Mercados: sobre ejecución de los mismos (ya se materializó) así como también se debe incluir el incumplimiento de las<br>E.P.S del giro directo mensual. | 12-13 | Acoso sexual ( debe validarse con las PQRSD Dirección de atención al Usuario y con la Sub Dirección de Educación médica) |
| 12 | En el Proceso de Gestión Servicios Hospitalarios y Gestión Servicios Quirúrgicos: se debe incluir como riesgo que se ha materializado la falta de insumos | | No registro de Activos fijos en DGH y/o falta de control por parte de almacén ( ejemplo inventarios de insumos biomédicos Acta de julio 25 de 2024 suscrita entre la oficina de Control Interno y la Líder de Almacén) |
| 13 | La entidad debe elaborar la Matriz de Riesgos Fiscales, el Procedimiento de Control Fiscal Interno y de reporte de alertas de Riesgo Fiscal. | 14-22 | 9 Riesgos que la SuperSalud identificó mediante hallazgos:<br>1.Incumplimiento de estándares de infraestructura<br>2.Acceso Discapacidad<br>3. Vencimiento de medicamento<br>4. Eventos Adversos<br>5.Seguridad del Paciente<br>6. Manual de políticas contables desactualizados<br>7. Apropiaciones que superaron la expectativa real de recaudo<br>8. Estados Financieros Componentes que presentan desigualdad significativa<br>9. Contratación de Temporales |
| 14 | Observación general al Proceso Gestión Servicios Hospitalarios: en los comités de conciliaciones de han presentado casos en donde se observa la materialización de riesgos por fallas en la atención, es importante dejar registro de la Materialización del RIESGO e incluirlo en el mapa de riesgos institucional para gestionarlo de manera permanente. Para lo anterior se debe consultar la información del comité de conciliaciones, en donde están los registros de los casos presentados. | 23-30 | 8 Riesgos que la Contraloría identificó mediante hallazgos:<br>1. Costos<br>2. Diferencia y/o faltante en caja principal<br>3. Incapacidades<br>4. Procesos ordinarios laborales<br>5. Retrasos en la ejecución de obras<br>6.Ejecución de Ingresos / Venta de Servicios de Salud<br>7. Recuperación de recursos por pago de sentencias<br>8. Estudios Previos de contratación y garantías<br>9. Supervisión y ejecución contractual |
| 15 | El proceso de Inteligencia de Mercados y los supervisores de los contratos deben incluir como riesgo el no traslado de la glosa y su correspondiente descuento a los contratistas. | | |
| 16 | Se debe incluir el riesgo de no elaboración de planes de mejoramiento producto de las auditorías internas, lo cual se ha materializado, causando que los hallazgos de los entes de control se repitan, la gestión de este riesgo debe acompañarse con el acompañamiento de la segunda línea de defensa en la elaboración de los planes para que se incluyan actividades efectivas. Es de resaltar que todos los años la Contraloría Departamental pode esos planes de mejora derivados de las auditorías internas y siempre nos vemos en aprietos. | | |
| | Total : 16 riesgos materializados, 10 de ellos identificados en la matriz institucional de riesgos | | Total : 30 riesgos materializados, 9 de ellos identificados en la matriz de riesgos |
| | | | En resumen, se evidenció que en todos los controles de los procesos revisados falta detallar la sección de documentación. Esto resulta clave, ya que especificar dónde se documenta cada control facilita su verificación y seguimiento. Se recomienda actualizar esta sección o evaluar si efectivamente todos los controles requieren documentación.<br>Incongruencia entre los riesgos publicados en Almera y en la matriz institucional de riesgos publicados en la página web por actualización inoportuna. |

## Análisis:

Patrones de Riesgos Materializados vigencia 2023 – 2024

| Categoría de Riesgo | Descripción del Patrón |
|---|---|

| Categoría de Riesgo | Descripción del Patrón |
|---|---|
| **Financieros** | - Jineteo en cajas, pérdida de recursos económicos, pago inoportuno a proveedores, pérdida de cartera debido a errores de parametrización. |
| **Administrativos** | - Fallas en la gestión administrativa, falta de seguimiento en trámites contractuales, inadecuado seguimiento de la documentación y supervisión de obras. |
| **Tecnología y Información** | - Perdida de información por mala gestión de sistemas, problemas en control de bases de datos e infraestructuras de Tecnologías de la Información (TIC). |
| **Infraestructura** | - Incremento en tiempo y costo de obras de modernización, incumplimiento de estándares de infraestructura y dificultades en accesibilidad para personas con discapacidades. |
| **Salud y Seguridad del Paciente** | - Fallas en la atención integral de pacientes, desabastecimiento de insumos, incumplimiento de protocolos y normativas en atención hospitalaria y urgencias. |
| **Reputacionales** | - Afectación económica y reputacional por desequilibrio en la capacidad instalada, registro incorrecto de hechos económicos, fallas en guías y comunicación. |
| **Jurídicos** | - Procesos jurídicos por pagos no justificados, incumplimientos contractuales y sanciones por inadecuada supervisión de relaciones laborales. |

## 5.5 Rol de evaluación y seguimiento

Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

Primera reunión: Enero de 2025, en donde se realizó un resumen del cumplimiento del plan de auditorías 2024 de los 5 roles de la oficina de control interno y se presentó para aprobación el plan de auditorías vigencia 2025.

**Plan de auditorías 2025. El plan de auditorías tiene un porcentaje de avance del 58,82%**

El plan de auditorías contiene 17 auditorías a realizar, de las cuales se realizaron 10 en el primer semestre. Como aspecto a resaltar se ha continuado con la encuesta de satisfacción del servicio de auditoría con el fin de mejorar la calidad del mismo.

Seguimiento a recomendaciones.

De manera periódica se revisan las actividades realizadas por los responsables para atender las recomendaciones de los informes de auditorías internas.

### 5.5.1 Plan de auditorías vigencia 2025. Avance 58,82%. 10 auditorías de 17.

| PROCESO | OBJETIVO ESTRATÉGICO DE LA ENTIDAD | NÚMERO | AUDITORÍA | PERIODICIDAD | FECHA | NORMATIVIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TODOS LOS PROCESOS | Cumplimiento de los nueve (9) Objetivos Estratégicos de la entidad, Misión y Visión. | 1 | **INFORME SEMESTRAL DEL MECI** (Anteriormente llamado Pormenorizado) | 2 AL AÑO | ENERO Y JULIO DE CADA AÑO | LEY 1474 DE 2011, DECRETO 1499 DE 2017, DECRETO 989 DE 2020 |
| TODOS LOS PROCESOS | Cumplimiento de los nueve (9) Objetivos Estratégicos de la entidad, Misión y Visión. | 2 | **SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORÍA CONTROL INTERNO** (Recomendaciones) | 2 AL AÑO | ENERO Y JULIO DE CADA AÑO | CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991, LEY 87 DE 1993, LEY 1474 DE 2011, DECRETO 734 DE 2002 - LEY 1952 DE 2019, DECRETO 1537 DE 2001, DECRETO 1599 DE 2005, DECRETO 943 DE 2014, DECRETO 1083 DE 2015, RESOLUCIÓN D.C. 0049 FEBRERO 20 DE 2017 - CONTRALORÍA DE CUNDINAMARCA, RESOLUCIÓN D.C. 0330 AGOSTO 04 DE 2017 - CONTRALORÍA DE CUNDINAMARCA, RESOLUCIÓN D.C. 0031 |

| PROCESO | OBJETIVO ESTRATÉGICO DE LA ENTIDAD | NÚMERO | AUDITORÍA | PERIODICIDAD | FECHA | NORMATIVIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | DE ENERO 30 DE 2019; "POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA EL ARTÍCULO 7° DE LA RESOLUCIÓN 0049 DE FEFRERO 20 DE 2017" - CONTRALORÍA DE CUNDINAMARCA |
| TODOS LOS PROCESOS | Cumplimiento de los nueve (9) Objetivos Estratégicos de la entidad, Misión y Visión. | 3 | **AUDITORÍA PARA PRESENTAR LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS** | 1 AL AÑO | ENERO | DECRETO 1083 DE 2015 ART. 2.2.8.1.3, ACUERDO 2018000006176 DE 2018 |
| TODOS LOS PROCESOS | Según el Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se evalúa al objetivo estratégico No.4 "Lograr un incremento del 20% en el valor EBITDA de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para el año 2028, mediante la implementación de un sistema de costos y una gestión financiera integral, la automatización de procesos de facturación y cobro, asegurando la sostenibilidad financiera y la eficiencia en los procesos administrativos a largo plazo". | 4 | **AUDITORÍA PARA RENDIR INFORME DE CONTROL INTERNO CONTABLE** (Inventarios Farmacia, Almacén, Activos Fijos, Subvenciones, Mercadeo, Docencia) | 1 AL AÑO | FEBRERO | CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 - ART.209, 269 y 354, LEY 87 NOVIEMBRE 29 DE 1993, ARTÍCULO 3°, LEY 298 DE 1996, ARTÍCULO 4°, LEY 734 DE 2002, ART.34 Y ART.48 NUMERAL 52, DECRETO 2145 DE 1999, ART.4°, DECRETO 1599 DE 2005, RESOLUCIÓN 248 JULIO 6 DE 2007, RESOLUCIÓN 356 SEPTIEMBRE DE 2007 Y RESOLUCIÓN 357 DE 2008 – CGN, RESOLUCIÓN 414 DE 2014, RESOLUCIÓN 193 DE 2016. |
| TODOS LOS PROCESOS | Cumplimiento de los nueve (9) Objetivos Estratégicos de la entidad, Misión y Visión. | 5 | **AUDITORÍA PARA RENDIR INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MECI** (Encuesta) | 1 AL AÑO | FEBRERO | CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 - ART.209 Y 269, Ley 87 de 1993, Art.5°, DECRETO 1599 DE 2005, DECRETO 943 DE 2014, DECRETO 1083 DE 2015 - ARTÍCULO 2.2.21.5.3, CAPITULO 6° MODELO ESTÁNDAR CONTROL INTERNO (MECI). ARTÍCULO 2.2.21.6.1, DIRECTIVA PRESIDENCIAL 01 DE FEBRERO DE 1999, DIRECTIVA PRESIDENCIAL 02 DE FEBRERO DE 2002. |
| GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN TIC DOCENCIA, INNOVACIÓN Y GESTION DEL CONOCIMIENTO | Según el Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se evalúa al objetivo estratégico No.7 "Fortalecer el Sistema de Gestión Integrado de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana a través del mejoramiento de los estándares de calidad, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos, logrando un aumento igual o superior a 3,7 en la calificación externa del SUA para el año 2028" | 6 | **AUDITORÍA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR** | 1 AL AÑO | MARZO | CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991, DIRECTIVA PRESIDENCIAL DE FEBRERO 02 DE 2002, CIRCULAR 04 DICIEMBRE DE 2006 – UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL, DIRECCIÓN NACIONAL DE DERECHOS DE AUTOR, CIRCULAR 12 FEBRERO DE 2007 - UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL, DIRECCIÓN NACIONAL DE DERECHOS DE AUTOR, CIRCULAR 017 JUNIO DE 2011 - UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL, DIRECCIÓN NACIONAL DE DERECHOS DE AUTOR. |

| PROCESO | OBJETIVO ESTRATÉGICO DE LA ENTIDAD | NÚMERO | AUDITORÍA | PERIODICIDAD | FECHA | NORMATIVIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| GESTIÓN ESTRATÉGICA | Según el Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se evalúa al objetivo estratégico No.1 "Fortalecer la responsabilidad social en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana a través de la implementación 10 proyectos, relacionados con la eficiencia energética, optimización de recursos hídricos, salud preventiva, educación, convenios de cooperación para el año 2028, que impacte a los diferentes grupos de interés con un 80% de satisfacción de las evaluaciones de impacto social y comunitario, promoviendo el bienestar colectivo y alineados con los valores éticos institucionales", el objetivo estratégico No.3 "Aumentar en un 20% el número de pacientes atendidos en servicios de alta complejidad durante el año 2028, a través de la implementación de estrategias que permita ampliar la cobertura en la prestación del servicio y reducir los tiempos de espera, sin comprometer la calidad de atención", el objetivo estratégico No.5 " Fortalecer el desempeño de la gestión clínica en el Hospital Universitario de la Samaritana, con énfasis en la atención a grupos vulnerables, a través de la certificación de los servicios de salud en habilitación y demás certificaciones que fortalezcan la implementación de las rutas integrales de atención para el año 2028", el objetivo estratégico No. 6"Incrementar la generación de conocimiento e innovación como hospital universitario a través de la participación del 10% de las publicaciones científicas indexadas en bases de datos nacionales e internacionales, congresos internacionales y convenios docencia servicio, mejorando la calificación de | 7 | **INFORME DE AUDITORÍA PLAN DE SEGUIMIENTOS A PROCESOS INSTITUCIONALES Y RIESGOS ASOCIADOS**<br>(Oficios)<br>**TEMAS:**<br>1. Entrenamiento en el puesto de trabajo<br>2. Capacitación al personal de la cocina<br>3. Seguimiento convenios docencia servicio<br>4. Seguimiento a la elaboración y evaluación de acuerdos de gestión<br>5. Cobro de cartera vigencia<br>6. Seguimiento a Cartera mayor a 360 días<br>7. Aplicación de Decreto 2365 de 2019<br>8. Seguimiento Resultados de auditoría concurrente<br>9. Uso del recaudo de la estampilla<br>10. Análisis de centros de costos 2024 - Resolución 157 de 2024<br>11. Seguimiento - Soportes de la supervisión de contratos vigencia<br>12. Declaración de renta de los gerentes públicos y registro de conflicto de intereses<br>13. Seguimiento del envío de la información litigiosa<br>14. Circular externa 01 de 2024 SECOP II - Agencia Nacional de Contratación Pública<br>15. Acciones de repetición<br>16. Monitoreo a entrega de cargos vigencia<br>17. SARLAFT<br>18. Avances en la implementación de la facturación electrónica<br>19. Implementación de la nómina electrónica<br>20. Seguimiento Hospital Regional de Zipaquirá - Punto de equilibrio<br>21. Cumplimiento de Manual de funciones<br>22. Austeridad del gasto - mensual y trimestral<br>23. Meritocracia circular externa No 100-003-2024<br>24. FURAG - Plan de Mejoramiento - Implementación de MIPG<br>25. Comité institucional de gestión y desempeño MIPG<br>26. Monitoreo a inventarios, propiedades, planta y equipo<br>27. Insumos faltantes<br>28. Seguridad y salud en el trabajo<br>29. Plan anual de vacantes, plan de previsión de recursos humanos<br>30. Alertas de corrupción<br>31. Seguimiento a Planes, programas y proyectos, Plan de | 1 AL AÑO | AGOSTO | CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 - ART.209 y 269. DECRETO 1083 DE 2015, LEY 87 DE 1993, ARTÍCULO 27 al 29 LEY 152 DE 1994 - LEY ORGÁNICA DEL PLAN DE DESARROLLO, LEY 872 DE 2003, LEY 1955 DE 2019 DECRETO 1537 DE 2001, DECRETO 1599 DE 2005, DECRETO 943 DE 2014, DECRETO 1499 DE 2017, DECRETO 612 DE 2018, CIRCULAR 01 DE 2018 - CONSEJO ASESOR PARA GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL, CIRCULAR REGLAMENTARIA 01 DE FEBRERO DE 2014, LEY 489 DE 1998, LEY 1474 DE 2011 ART. 7° NUM. 4° Y ART. 73° y 76°, DECRETO 734 DE 2002 - LEY 1952 DE 2019, DECRETO 2623 DE 2009, DECRETO 4485 DE 2009, DECRETO 2482 DE 2012, DECRETO 1753 DE 2015, LEY 1252 DE 2008, DECRETO 2763 DE 2001 "Por el cual se modifica el Decreto 2676 de 2000", DECRETO 1713 DE 2002. El Decreto Ley 2811 de 1974 y la Ley 99 de 1993 en relación con la Gestión Integral de Residuos Sólidos, DECRETO 1609 DE 2002, DECRETO 1669 DE 2002 "Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2676 de 2000", DECRETO 4126 DE 2005 "Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2676 de 2000, modificado por el Decreto 2763 de 2001 y el Decreto 1669 de 2002, sobre la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y similares, DECRETO 4741 DE 2005, DECRETO 351 DE 2014, RESOLUCIÓN 482 DE 2009, LEY 1121 DE 2006. LEY 1438 DE 2011, LEY 1751 DE 2015, DECRETO 1122 DE 2007, DECRETO 2462 DE NOVIEMBRE DE 2013, DECRETO UNICO 1068 DE MAYO DE 2015, CIRCULAR EXTERNA 009 ABRIL DE 2016, CIRCULAR EXTERNA 004 DE JUNIO DE 2018, CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 2021 – SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, CONVENIO INTER-ADMINISTRATIVO 109 DE OCTUBRE, 2014, LEY 1952 DE 2019, DECRETO 2145 DE 1999, DECRETO 4110 DE 2005, DECRETO 041 DE 2021 DE ENENRO 20 DE 2021, DECRETO 109 DE ENENRO 29 DE 2021, RESOLUCIÓN 197 DE FEBRERO 22 DE 2021, RESOLUCIÓN 430 DE MARZO 31 DE 2021, NUMERAL 2.5 |

| PROCESO | OBJETIVO ESTRATÉGICO DE LA ENTIDAD | NÚMERO | AUDITORÍA | PERIODICIDAD | FECHA | NORMATIVIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | los grupos de investigación en la convocatoria del Ministerio de Ciencias, Tecnología e Innovación (MinCiencias) y el reconocimiento de los grupos no reconocidos para el 2027, y el objetivo estratégico No.8 "Aumentar en un 20% la participación de los profesionales asistenciales y administrativos en programas de formación continua y diplomados en nuevas tecnologías médicas y administrativas para el 2028, a través de un plan de incentivos y asignación de tiempos específicos durante el horario laboral para cursos acreditados que contribuyen a la mejora de la atención y la formación del personal" | | mejoramiento archivístico, Planes y programas PGIRHS<br>32. Alertas SACI<br>33. Seguimiento a indicadores, procedimiento 02GIC11-V3<br>34. Seguimiento a Sanciones a la E.S.E vigencia<br>35. Seguimiento a la implementación del Modelo de seguridad y privacidad de la información<br>36. Seguimiento a la implementación de la Norma NTC5854 auditorías de accesibilidad web<br>37. Seguimiento a la implementación de la Norma NTC 6047 de infraestructura<br>38. Seguimiento a los resultados de medición de cultura organizacional | | | |
| TODOS LOS PROCESOS | Según el Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se evalúa al objetivo estratégico No.7 "Fortalecer el Sistema de Gestión Integrado de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana a través del mejoramiento de los estándares de calidad, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos, logrando un aumento igual o superior a 3,7 en la calificación externa del SUA para el año 2028" | 8 | **SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS A RIESGOS Y CONTROLES DE CORRUPCIÓN**<br>Evaluación de la Política y Programa de Administración de Riesgos, atendiendo la metodología adoptada por la entidad. | 1 AL AÑO | SEPTIEMBRE | CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991, LEY 87 DE 1993, LEY 1474 DE 2011, DECRETO 1876 DE AGOSTO DE 1994, DECRETO 1537 DE 2001, DECRETO 1599 DE 2005, DECRETO 943 DE 2014, DECRETO 612 DE 2018. |
| TODOS LOS PROCESOS | Según el Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se da cumplimiento al objetivo estratégico No.7 "Fortalecer el Sistema de Gestión Integrado de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana a través del mejoramiento de los estándares de calidad, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos, logrando un aumento igual o superior a 3,7 en la calificación externa del SUA para el año 2028". | 9 | **AUDITORÍA GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE LOS PROCESOS. (SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES ESTABLECIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONALES)**<br>Evaluación de la Política y Programa de Administración de Riesgos, atendiendo la metodología adoptada por la entidad.<br>(Encuesta) | 1 AL AÑO | NOVIEMBRE | CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991, LEY 23 DE 1981 CÓDIGO DE ETICA, LEY 87 DE 1993, LEY 1474 DE 2011, DECRETO 1876 DE AGOSTO DE 1994, DECRETO 1537 DE 2001, DECRETO 1599 DE 2005, DECRETO 943 DE 2014, DECRETO 1083 DE 2015, DECRETO 612 DE 2018 |

| PROCESO | OBJETIVO ESTRATÉGICO DE LA ENTIDAD | NÚMERO | AUDITORÍA | PERIODICIDAD | FECHA | NORMATIVIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| GESTIÓN ESTRATÉGICA | Cumplimiento de los nueve (9) Objetivos Estratégicos de la entidad, Misión y Visión. | 10 | **AUDITORÍA A PROCESOS DISCIPLINARIOS** | 1 AL AÑO | PRIMER SEMESTRE | CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991, LEY 100 DE 1993, LEY 1437 DE 2011, LEY 1474 DE 2011, LEY 164 DE 2012, LEY 1755 DE 2015, DECRETO 2591 DE 1991, DECRETO 2240 DE 1996, DECRETO 734 DE 2002 - LEY 1952 DE 2019, DECRETO 1499 DE 2017, RESOLUCIÓN 5185 DE 2013, RESOLUCIÓN 479 DE DICIEMBRE DE 2017, ACUERDO 08 DE 2014, ACUERDO 016 DE OCTUBRE DE 2017, NTC ISO 9001:2015 4.4 5.1.2; 7.4; 7.5; 9.1; 10.2; 10.3 |
| GESTIÓN JURÍDICA | Según el Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se evalúa al objetivo estratégico No.9 "Actualizar y renovar en un 25% la infraestructura física y tecnológica del Hospital Universitario de la Samaritana para el año 2028, fomentado de manera eficiente el registro de información clínica mediante el sistema de gestión hospitalaria electrónica con el objetivo de mejorar la eficiencia administrativa y la calidad de la atención al paciente" | 11 | **AUDITORÍA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA Y SECOP** (Seguimiento a la ejecución de contratos de Prestación de Servicio de Salud y seguimiento a la ejecución de los contratos con Empresas Temporales) | 1 AL AÑO | PRIMER SEMESTRE | LEY 1150 DE 2007, ARTÍCULO 20, LEY 2195 DE 2022 - ARTÍCULO 53, DECRETO LEY 4170 DE NOVIEMBRE 3 DE 2011- COLOMBIA COMPRA EFICIENTE, DECRETO 1082 DE 2015, ARTÍCULO 2.2.1.1.1.2.1., RESOLUCIONES ORGÁNICAS No.007 Y 008 de 2015 DE LA AUDITORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA, RESOLUCIÓN ORGÁNICA No.003 de 2016 - AUDITORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA, RESOLUCIÓN No.097 de 2016, CONTRALORÍA DE CUNDINAMARCA, RESOLUCIÓN No.049 de 2017 CONTRALORÍA DE CUNDINAMARCA, RESOLUCIÓN No.031 DE ENERO DE 2019 CONTRALORÍA DE CUNDINAMARCA, CIRCULAR No.12 DE DICIEMBRE DE 2015 CONTRALORÍA DE CUNDINAMARCA, CIRCULAR EXTERNA 023 DE MARZO 16 DE 2017, CIERCULAR C.A.17 DE JULIO 06 DE 2017 - CONTRALORÍA DE CUNDINAMARCA, CIRCULAR 017 DE JULIO DE 2018 - CONTRALORÍA DE CUNDINAMARCA, CIRCULAR CD 028 DE NOVIEMBRE 16 DE 2018 - CONTRALORÍA DE CUNDINAMARCA, CIRCULAR C.A.04 DE MAYO DE 2021 - CONTRALORÍA DE CUNDINAMARCA, CIRCULAR EXTERNA ÚNICA AGENCIA NACIONAL DE CONTRATACIÓN PÚBLICA – COLOMBIA COMPRA EFICIENTE JULIO DE 2022. |
| TODOS LOS PROCESOS | Según el Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se evalúa al objetivo estratégico No.4 "Lograr un incremento del 20% en el valor EBITDA de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para el año 2028, mediante la implementación de un sistema de costos y una gestión financiera integral, la automatización de procesos de facturación y cobro, asegurando la sostenibilidad financiera y la eficiencia en los procesos administrativos a largo plazo". | 12 | **AUDITORÍA DE AUSTERIDAD DEL GASTO** (DECRETO 1068 de 2015, Artículo 2.8.4.8.2) | TRIMESTRAL (4) | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DE LOS AUDITORES | CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 - ART.209, LEY 1474 DE 2011, LEY 1753 DE JUNIO DE 2015, LEY 1815 DE DICIEMBRE 7 DE 2016, ART. 104, DECRETO 26 DE 1998, DECRETO 1737 DE 1998, DECRETO 1738 DE 1998, DECRETO 2209 DE 1998, DECRETO 2445 DE 2000, DECRETO 2465 DE 2000, DECRETO 2672 DE 2001 "Por el cual se modifica el ART.9º del Decreto 1737 de 1998", DECRETO 3667 DE 2006, DECRETO 1598 DE 2011 "Por el cual se modifica el ART.15 del Decreto 1737 de 1998", DECRETO 984 DE 2012. "Por el cual Modifica ART. 22 del Decreto 1737 de 1998."; el cual indica: "ART. 22, DECRETO 4326 DE 2011, DECRETO 984 DE 2012, DECRETO 1083 DE 2015, DECRETO 1499 DE 2017, DIRECTIVA PRESIDENCIAL 010 DE 2002, DIRECTIVA PRESIDENCIAL 004 DE 2012, DIRECTIVA PRESIDENCIAL 001 DE 2016, CIRCULAR 002 DE 2008 – Austeridad del Gasto e Imparten instrucciones sobre las medidas de Austeridad previstas en el Decreto Nacional 1737 de 1998, CIRCULAR 021 DE 2011 - CONTRALORÍA GENERAL DE LA |

| PROCESO | OBJETIVO ESTRATÉGICO DE LA ENTIDAD | NÚMERO | AUDITORÍA | PERIODICIDAD | FECHA | NORMATIVIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | REPÚBLICA. |
| TODOS LOS PROCESOS | Según el Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se evalúa al objetivo estratégico No.7 "Fortalecer el Sistema de Gestión Integrado de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana a través del mejoramiento de los estándares de calidad, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos, logrando un aumento igual o superior a 3,7 en la calificación externa del SUA para el año 2028". | 13 | **POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN E IRREGULARIDADES QUE HAYA ENCONTRADO EN EJERCICIO DE LAS FUNCIONES SOBRE ACTOS DE CORRUPCIÓN** (Seguimiento a las funciones de advertencia en Comité Coordinador de Control Interno) | 1 AL AÑO | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DE LOS AUDITORES | DIRECTIVA PRESIDENCIAL 01 DE 2015 |
| ATENCION AL USUARIO, FAMILIA Y COMUNIDAD GESTION DEL TALENTO HUMANO | Según el Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se evalúa al objetivo estratégico No.2 "Incrementar el índice de satisfacción del cliente en un 6% para el año 2028, mediante la implementación de un programa de atención centrado en la persona y una nueva escala de calificación de la experiencia del paciente". | 14 | **AUDITORÍA GESTIÓN DE PQRSD** | 1 AL AÑO | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DE LOS AUDITORES | CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 - ART. 23, LEY 190 DE 1995 - ART. 55, LEY 1437 DE 2011, LEY 1474 DE 2011 - ART. 7°, NUM. 4° Y ART. 73° y 76°, LEY 1712 DE 2014, LEY 1755 DE 2015, LEY 1757 DE 2015, DECRETO 1151 DE 2008, DECRETO 0103 DE 2015, CORTE CONSTITUCIONAL - SENTENCIA T-171 y T-523 DE 2010, CIRCULAR 001 DE 2011 - CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO, DOCUMENTO CONPES 3292 DE 2004, DIRECTRIZ 002 DE JULIO DE 2015. |
| GESTIÓN FINANCIERA | Según el Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se evalúa al objetivo estratégico No.3 "Aumentar en un 20% el número de pacientes atendidos en servicios de alta complejidad durante el año 2028, a través de la implementación de estrategias que permita ampliar la cobertura en la prestación del servicio y reducir los tiempos de espera, sin comprometer la | 15 | **AUDITORÍA CARTERA, FACTURACIÓN E INGRESOS ABIERTOS** | 1 AL AÑO | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DE LOS AUDITORES | CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 - ART.209, 339 y 346, LEY 87 DE 1993, ART. 2°, NUM. 2°, LEY 100 DE 1993, LEY 1122 DE 2007, LEY 1438 DE 2011, LEY 1797 DE 2016, DECRETO 2357 DE 1995, DECRETO 2423 DE 1996, DECRETO 954 DE 2002, DECRETO 2193 DE 2004 - ART. 1°, DECRETO 4747 DE 2007, DECRETO 1083 DE 2015, DECRETO 780 DE 2016, RESOLUCIÓN 5261 DE 1994, RESOLUCIÓN 3374 DE 2000, RESOLUCIÓN 416 DE 2009, RESOLUCIÓN 1352 DE 2016, RESOLUCIÓN 3804 DE 2016, RESOLUCIÓN 3951 DE 2016, RESOLUCIÓN 6048 DE 2016, RESOLUCIÓN 3015 DE 2017, RESOLUCIÓN 3056 DE 2017, RESOLUCIÓN 5171 DE 2017, RESOLUCIÓN 5269 DE 2017, |

| PROCESO | OBJETIVO ESTRATÉGICO DE LA ENTIDAD | NÚMERO | AUDITORÍA | PERIODICIDAD | FECHA | NORMATIVIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | calidad de atención", | | | | | ACUERDO 32 DE 2012 |
| TODOS LOS PROCESOS | Según el Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se evalúa al objetivo estratégico No.7 "Fortalecer el Sistema de Gestión Integrado de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana a través del mejoramiento de los estándares de calidad, asegurando el cumplimiento de los requisitos normativos, logrando un aumento igual o superior a 3,7 en la calificación externa del SUA para el año 2028". | 16 | **AUDITORÍA RENDICIÓN DE INFORMES A ENTES EXTERNOS** | 1 AL AÑO | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DE LOS AUDITORES | CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 - ART.209, LEY 87 DE 1993, DECRETO 1083 DE 2015 |
| GESTIÓN FINANCIERA | Según el Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana se evalúa al objetivo estratégico No.4 "Lograr un incremento del 20% en el valor EBITDA de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para el año 2028, mediante la implementación de un sistema de costos y una gestión financiera integral, la automatización de procesos de facturación y cobro, asegurando la sostenibilidad financiera y la eficiencia en los procesos administrativos a largo plazo". | 17 | **ARQUEOS DE DINEROS PÚBLICOS** | 1 AL AÑO | SEGUNDO SEMESTRE | CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991, LEY 610 DE 2000 – DAÑO PATRIMONIAL, DECRETO 1876 DE AGOSTO DE 1994, DECRETO 1599 DE 2005, DECRETO 943 DE 2014. |

**ENERO 2025**

## 5.5.2 Auditorías realizadas Vigencia 2025.

### Auditorías realizadas en el primer semestre.

1. Informe Semestral del Meci.
2. Auditoría Seguimiento a las Acciones de Mejoramiento de Fuente de Auditoría Control Interno II Semestre 2024

3. Informe Final Evaluación por Dependencias 2024
4. Auditoría para rendir el informe de control interno contable. Se rindió el informe en el CHIP y se socializó con el equipo Directivo.
5. Auditoría para Rendir Informe del Estado de Implementación del MECI
6. Informe Auditoria Verificación de cumplimiento y Normas en materia de Derechos de Autor sobre Software 2024
8. Auditoría de evaluación de riesgos y controles de corrupción.
10. Informe Final Auditoria Procesos Disciplinarios – 2025
12. Informe Final IV Trimestre austeridad del gasto
12.1 Informe Final Auditoria Austeridad Del Gasto Primer Trimestre 2025 (BOGOTÁ Y ZIPAQUIRÁ)
13. Posibles actos de corrupción e irregularidades que haya encontrado en ejercicio de las funciones sobre actos de corrupción.

**Auditorías en desarrollo:**

Auditoría gestión de PQRSD
Auditoría verificación al SIA observa y SECOP

**Vigencia 2025.**

| INFORMES DE AUDITORIA I SEMESTRE 2025 | | N. de Recomendaciones año 2025 | N. de Recomendaciones 2024 y años anteriores |
|---|---|---|---|
| 1 | INFORME SEMESTRAL DEL MECI | 0 | 0 |
| 2 | SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORIA CONTROL INTERNO- DEL 01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2024 | 1 | 3 |
| 3 | AUDITORIA PARA PRESENTAR LA EVALUACION POR DEPENDENCIAS | 7 | 14 |
| 4 | AUDITORÍA PARA RENDIR EL INFORME DE CONTROL INTERNO CONTABLE. SE RINDIÓ EL INFORME EN EL CHIP Y SE SOCIALIZÓ CON EL EQUIPO DIRECTIVO. | 15 | 19 |
| 5 | AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DEL ESTADO DE IMPLEMENTACION DEL MECI | 11 | 3 |
| 6 | AUDITORIA PARA RENDIR INFORME DE DERECHOS DE AUTOR | 7 | 4 |
| 7 | INFORME DE AUDITORÍA PLAN DE SEGUIMIENTOS A PROCESOS INSTITUCIONALES Y RIESGOS ASOCIADOS | En desarrollo | |
| 8 | SEGUIMIENTO Y ANALISIS A RIESGOS Y CONTROLES DE CORRUPCION | 13 | 11 |
| 9 | AUDITORÍA GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE LOS PROCESOS. (SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES ESTABLECIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONALES) | P | |
| 10 | INFORME FINAL AUDITORIA PROCESOS DISCIPLINARIOS – 2025 | 8 | |
| 11 | AUDITORÍA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA Y SECOP | En desarrollo | |
| 12 | AUDITORIA DE AUSTERIDAD DEL GASTO | 9 | |
| 12.1 | INFORME FINAL AUDITORIA AUSTERIDAD DEL GASTO PRIMER TRIMESTRE 2025 (BOGOTÁ Y ZIPAQUIRÁ) | 9 | 23 |
| 13 | POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN E IRREGULARIDADES QUE HAYA ENCONTRADO EN EJERCICIO DE LAS FUNCIONES SOBRE ACTOS DE CORRUPCIÓN | 0 | |
| 14 | AUDITORÍA GESTIÓN DE PQRSD | En desarrollo | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 15 | AUDITORÍA CARTERA, FACTURACIÓN E INGRESOS ABIERTOS | | |
| 16 | AUDITORÍA RENDICIÓN DE INFORMES A ENTES EXTERNOS | | |
| 17 | ARQUEOS DE DINEROS PÚBLICOS | | |
| | | **80** | **77** |

## Vigencia 2024.

| No. | Auditoria | # Recomendaciones 2024 | | No de auditorías Realizadas |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Informe Semestral del MECI 1er Semestre | 0 | | 2 |
| | Informe Semestral del MECI 2do. Semestre | | | |
| 2 | Auditoria para presentar la evaluación por dependencias | 14 | | 1 |
| 3 | Auditoria para rendir informe de control interno contable | 8 | | 1 |
| 4 | Auditoria para rendir informe del estado de implementación del MECI (encuesta) | 1 | | 1 |
| 5 | Auditoria para rendir informe de derechos de autor | 4 | | 1 |
| 6 | INFORME DE AUDITORÍA AUSTERIDAD DEL GASTO 4° TRIMESTRE 2023 | 1 | Para un total de 15 | 4 |
| | INFORME DE AUDITORÍA AUSTERIDAD DEL GASTO 1er. TRIMESTRE 2024 | 4 | | |
| | INFORME DE AUDITORÍA AUSTERIDAD DEL GASTO 2do. TRIMESTRE 2024 | 8 | | |
| | INFORME DE AUDITORÍA AUSTERIDAD DEL GASTO 3er. TRIMESTRE 2024 | 1 | | |
| 7 | Posibles Actos de corrupción e irregularidades que haya encontrado en ejercicio de las funciones sobre actos de corrupción | 0 | | 1 |
| 8 | Auditoria verificación al SIA OBSERVA Y SECOP | 13 | | 1 |
| 9 | Informe de auditoría de seguimientos a procesos institucionales y riesgos asociados | 32 | | 1 |
| 10 | Seguimiento y análisis a riesgos y controles de corrupción | 2 | | 1 |
| 11 | INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORÍA CONTROL INTERNO – DE JULIO 01 A DICIEMBRE 31 DE 2023. | 1 recomendación de 2024 y recomendaciones no atendidas 68 de vigencias anteriores | | 2 |
| | INFORME DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORÍA CONTROL INTERNO – DE ENERO 01 A JUNIO 30 DE 2024. | 3 recomendación de 2024 y 133 recomendaciones no atendidas de vigencias anteriores | | |
| 12 | Auditoria gestión de los riesgos de los procesos | 14 | | 1 |
| 13 | Arqueos de recursos públicos | 9 | | 1 |
| 14 | Auditoria gestión de PQRSD | 9 | | 1 |
| 15 | Auditoria cartera, facturación e ingresos abiertos | 5 | | 1 |
| 16 | Auditoria rendición entes externos | 4 | | 1 |
| | **TOTAL DE RECOMENDACIONES DE LA VIGENCIA 2024** | **134** | | 21 |

Con oficio 0227 de marzo 13 de 2025, se remitió al operador disciplinario de la entidad la auditoría de seguimiento a las recomendaciones realizadas en las 16 auditorías de la vigencia 2024 (incumplimiento del procedimiento 02GIC03-V10 – Elaboración de planes de mejoramiento). Lo anterior debido a que no se

informó por parte de los procesos auditados la elaboración de planes de mejora para atender las recomendaciones de las auditorías de la vigencia 2024.

**Plan de auditorías 2023.**

**AUDITORÍAS REALIZADAS EN EL 2023**

| No. | NOMBRE DE LA AUDITORÍA | NUMERO DE RECOMENDACIONES AUDITORÍAS | RECOMENDACIONES GESTIONADAS | % | RECOMENDACIONES CON PLANES DE MEJORA | % | RECOMENDACIONES NO ATENDIDAS | % | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Informe Semestral del MECI (Decreto 2106 de 2019) | 3 | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 100% | 1er. SEMESTRE 2023 |
| 2 | Informe de Auditoría Evaluación por Dependencias 2022 | 8 | 6 | 75% | 0 | 0% | 2 | 25% | |
| 3 | Informe de Auditoría Autoevaluación MECI vig 2023 | 2 | 1 | 50% | 0 | 0% | 1 | 50% | |
| 4 | Inf. de seguimiento a las acciones de mejoramiento de fuente aud. Cintero realizadas desde 1 julio hasta 31 dic. 2022 | 46 | 11 | 24% | 0 | 0% | 35 | 76% | |
| 5 | Informe Auditoria verificación de cumplimiento y normas en materia de Derechos de Autor sobre Software 2022 | 5 | 5 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | |
| 6 | Informe de Auditoría seguimiento Procedimiento Trámite de Procesos Disciplinarios Código 02DE03-V1 a febrero 2023 | 1 | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 100% | |
| **7** | **Informe de Auditoría de Gestión PQRSDF a Marzo de 2023** | **2** | **2** | **100%** | **2** | **100%** | **0** | **0%** | |
| 8 | Auditoria Austeridad del Gasto I 2023 | 4 | 4 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | |
| 9 | Informe de Auditoría seguimiento a Procesos Institucionales y los Riesgos Asociados 2023 | 17 | 13 | 76% | 0 | 0% | 4 | 24% | |
| 10 | Informe Control Interno Contable 2022 | 11 | 9 | 82% | 0 | 0% | 2 | 18% | |
| | **SUBTOTAL 1er. Semestre** | **99** | **51** | **52%** | **2** | **2%** | **48** | **48%** | |

| # | NOMBRE DE LA AUDITORÍA | # RECOMENDACIONES | # RECOMENDACIONES GESTIONADAS | % | # RECOMENDACIONES CON PLANES DE MEJORA | % | RECOMENDACIONES NO ATENDIDAS | % | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 | Auditoría Ingresos Abiertos a Abril 30 de 2023 | 3 | 3 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | |
| 12 | Auditoría verifi- cación al SIA OB- | 5 | 0 | 0% | 0 | 0% | 5 | 100% | |
| 13 | Informe Semestral del M | 3 | 0 | 0% | 0 | 0% | 3 | 100% | |
| **14** | **Auditoría Austeridad del Gasto II 2023** | **4** | **3** | **75%** | **2** | **50%** | **1** | **25%** | **2°. SEMEST RE 20 23** |
| **15** | **Informe seguimiento a acciones de mejora de fuente Auditorías de Control Interno desde Enero 1 a** | **49** | **10** | **20%** | **1** | **2%** | **39** | **80%** | |
| 16 | Auditoría seguimiento ren- dición de Informes a Entes de Control en ALMERA - Septiembre de 2023 | 4 | 2 | 50% | 0 | 0% | 2 | 50% | |
| **17** | **Informe de Auditoría se- guimiento Ries- gos y Controles** | **16** | **7** | **44%** | **3** | **19%** | **9** | **56%** | |
| **18** | **Auditoría Austeridad del Gasto III 2023** | **9** | **4** | **44%** | **1** | **11%** | **5** | **56%** | |
| 19 | Informe de Auditoría de Gestión de Riesgos de Procesos 2023 | 5 | 2 | 40% | 0 | 0% | 3 | 60% | |
| 20 | Informe Auditoría Arqueos Dineros Públicos en caja 2023 | 6 | 5 | 83% | 0 | 0% | 1 | 17% | |
| | SUBTOTAL 2° Semestre | 104 | 36 | 35% | 7 | 7% | 68 | 65% | |
| | **TOTAL** | **203** | **87** | **43%** | **9** | **4%** | **116** | **57%** | |

| **2023** | | **2024** | | **2025** | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No de recomendaciones** derivadas de los informes de auditoría de control interno **vigencia 2023** | 203 | **No de recomendaciones** derivadas de los informes de auditoría de control interno **vigencia 2024** | 134 | **No de recomendaciones** derivadas de los informes de auditoría de control interno **vigencia 2025** | **80** |
| No de **recomendaciones atendidas con plan de mejoramiento** vigencia **2023** | 9 | No de **recomendaciones atendidas con plan de mejoramiento vigencia 2024** | 9 planes que incluyen recomendaciones de vigencias anteriores. | No de **recomendaciones atendidas con plan de mejoramiento vigencia 2025** | |
| No de auditorías realizadas vigencia 2023 | 20 | No de auditorías realizadas vigencia 2024 | 21 | No de auditorías realizadas **vigencia 2025** | 10 |

En el 2023, se atendieron con plan de mejoramiento 9 recomendaciones de 203, Con 4 planes de mejora.

PQRSD : ID 2641, 2678
Austeridad del gasto: ID 2984
Fuente control interno y riesgos de corrupción ID 3023.

Por lo anterior, se dio traslado a la oficina de control disciplinario con oficio 162 del 22 de abril de 2024, para lo de su competencia, por incumplimiento del procedimiento 02GIC03-V10 – Elaboración de planes de mejoramiento.

En el 2024, se atendieron con plan de mejoramiento 9 recomendaciones de 134, Con 9 planes de mejora.
Por lo anterior, se dio traslado a la oficina de control disciplinario, para lo de su competencia, por incumplimiento del procedimiento 02GIC03-V10 – Elaboración de planes de mejoramiento.

**En el 2025,** se realizarán como es costumbre 2 seguimientos a la elaboración de planes de mejoramiento producto de las auditorías realizadas por la oficina de control interno uno finalizado el primer semestre y el otro finalizado el segundo semestre.

### 5.5.3 Comparativo del cumplimiento del plan de auditorías vigencias anteriores.

| VIGENCIA | PROGRAMADAS | REALIZADAS | TOTAL | CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|---|
| 2014 | 8 | 7 | 7 | 87.5% |
| 2015 | 17 | 17 | 17 | 100% |
| 2016 | 5 | 9 | 9 | 100% |
| 2017 | 13 | 13 | 13 | 100% |
| 2018 | 20 | 17 | 17 | 85% |
| 2019 | 21 | 19 | 22 | 90.47% |
| 2020 | 23 | 25 | 25 | 100% |
| 2021 | 25 | 25 | 31 | 100% |
| 2022 | 21 | 21 | 24 | 100% |
| 2023 | 17 | 17 | 20 | 100% |
| 2024 | 16 | 16 | 21 | 100% |
| 2025 | 17 | 11 | 22 | 58,82 |

### 5.5.4 Histórico de calificaciones de control interno contable.

| **Año** | **Calificación** | **Rango** |
|---|---|---|
| 2018 | 4.31 | Eficiente |
| 2019 | 4.27 | Eficiente |

| | | |
|---|---|---|
| 2020 | 4.59 | Eficiente |
| 2021 | 4.61 | Eficiente |
| 2022 | 4.60 | Eficiente |
| 2023 | 4.60 | Eficiente |
| 2024 | 4,74 | Eficiente |

### 5.5.5 Informe del furag.

El 20 de marzo de 2025, se rindió el informe del FURAG 2024, en lo que corresponde al rol de control Interno.

| 2022 | | | | 2023 | | | | 2024 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Resultados generales MIPG | Quintil | Resultados generales MECI | Quintil | Resultados generales MIPG | Quintil | Resultados generales MECI | Quintil | Resultados generales MIPG | Quintil | Resultados generales MECI | Quintil |
| **70%** | 4 | 80 | 4 | **70,9** | 3 | 83,3 | 4 | **75,4%** | 4 | 85% | 4 |

| | DIMENSIÓN MIPG | | PUNTAJE OBTENIDO |
|---|---|---|---|
| 1 | 6 | Gestión del conocimiento | 64,6 |
| 2 | 5 | Información y comunicación | 67,4 |
| 3 | 3 | Gestión con valores para el resultado | 74,1 |
| 4 | 1 | Talento Humano | 79,2 |
| 5 | 4 | Evaluación de resultados | 83,1 |
| 6 | 7 | Control Interno | 85 |
| 7 | 2 | Direccionamiento estratégico y planeación | 89,7 |

| | POLÍTICAS | | PUNTAJE OBTENIDO |
|---|---|---|---|
| 1 | 16 | Índice de gestión documental | 25 |
| 2 | 11 | Índice de servicio a la ciudadanía | 63,1 |
| 3 | 12 | Índice de racionalización de trámites | 64,3 |
| 4 | 4 | Mejora normativa | NA |
| 5 | 18 | Índice de gestión del conocimiento | 64,3 |
| 6 | 13 | Índice de participación ciudadana en la gestión pública | 66,2 |
| 7 | 5 | Índice de compras y contratación pública | 73.1 |
| 8 | 2 | Índice de integridad | 76,4 |
| 9 | 7 | Índice de gobierno digital | 76,4 |
| 10 | 9 | Defensa jurídica | NA |
| 11 | 10 | Gestión de la información estadística | NA |
| 12 | 15 | Índice de transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción | 79 |
| 13 | 8 | Índice de seguridad digital | 80,4 |
| 14 | 1 | Índice de gestión estratégica del talento humano | 80,9 |
| 15 | 14 | Índice de seguimiento y evaluación del desempeño institucional | 83,1 |
| 16 | 19 | Índice de control interno | 85 |
| 17 | 6 | Índice de fortalecimiento organizacional y | 88,3 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | simplificación de procesos | |
| 18 | 17 | Gestión Presupuestal y eficiencia del gasto público | NA |
| 19 | 3 | Índice de planeación institucional | 92,1 |

| | COMPONENTES MECI | | PUNTAJE OBTENIDO |
|---|---|---|---|
| 1 | C5 | Información y comunicación relevante y oportuna para el control | 58,0 |
| 2 | C1 | Ambiente propicio para el ejercicio del control | 79 |
| 3 | C3 | Actividades de control efectivas | 85 |
| 4 | C4 | Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora | 86,2 |
| 5 | C2 | Evaluación estratégica del riesgo | 86,6 |

**Recomendación General:** Se deben revisar todas las políticas del hospital y alinearlas en todos sus atributos con los lineamientos de MIPG. Así mismo, estas políticas deben tener indicadores en Almera que faciliten su seguimiento.

Se deben atender las auditorías de la oficina de control interno, en las cuales se revisan entre otros aspectos, las políticas asociadas, los riesgos, los indicadores, los planes de mejora, la alineación con los objetivos estratégicos, con las dimensiones de MIPG y de acreditación. La segunda línea de defensa debe propender por la realización de esos planes de mejoramiento asesorando y monitoreando el cumplimiento de esta actividad por parte de los líderes. De no realizarse la elaboración de planes de mejoramiento el avance de la entidad en cuanto a la implementación de MECI y MIPG no será sistemático y como ahora se repetirán muchas de las recomendaciones encontradas no solo en la calificación del DAFP, si no también por parte de la auditoría interna y órganos de control. Lo anterior repercute en la consecución de objetivos estratégicos, los cuales en la anterior administración no se lograron.

La entidad muestra un desarrollo positivo al mejorar su calificación general en MIPG y MECI. Sin embargo, es crucial abordar las áreas con calificaciones más bajas mediante planes de mejora estructurados y estrategias eficaces. Esto asegurará que la entidad continúe avanzando y promoviendo una gestión institucional efectiva y sostenible.

**Análisis y recomendaciones para mejorar la calificación de MECI Y MIPG en la vigencia 2025.**

**<u>DIMENSIONES MIPG</u>**

Dimensión 6: Gestión del Conocimiento – Puntaje 64

**Diagnóstico:**

- El puntaje sugiere que hay avances, pero aún falta consolidar mecanismos para capturar, sistematizar, compartir y reutilizar el conocimiento institucional.
- En informes anteriores del HUS se evidencia que gran parte de las actividades están en ejecución, pero no todas están formalizadas ni evaluadas.

**Acciones de mejoras específicas para el HUS:**

1. **Automatizable:**

- Implementar un **repositorio digital institucional** (tipo biblioteca virtual o intranet) donde se almacenen protocolos, buenas prácticas, informes técnicos, investigaciones y lecciones aprendidas por área.
- Integrar este repositorio con el sistema de gestión documental (ALMERA) para facilitar búsquedas y trazabilidad.

2. **No automatizable:**
   - Reunirse trimestralmente en comité institucional de gestión y desempeño, para identificar saberes críticos, validar contenidos y promover su uso en la toma de decisiones.
3. **Soporte de cumplimiento:**
   - Acta de creación del comité + evidencia de sesiones realizadas.
   - Captura del repositorio digital con registros de acceso y uso por parte de colaboradores.
4. **Indicador de cumplimiento:**
   - % de áreas que han cargado al menos un documento de conocimiento validado en el repositorio.
5. **Indicador de efectividad:**
   - % de decisiones institucionales que se sustentan en documentos del repositorio (trazabilidad en actas o informes).

Dimensión 5: Información y Comunicación – Puntaje 67,4

## Diagnóstico:

- El HUS tiene múltiples canales de atención: página web, correos institucionales, WhatsApp, líneas telefónicas y formularios PQRSDF3.
- Sin embargo, el puntaje indica que aún hay oportunidades para mejorar la calidad, oportunidad y accesibilidad de la información.

## Acciones de mejora específicas para el HUS:

1. **Automatizable:**
   - Activar un **tablero de control de comunicaciones institucionales** que mida en tiempo real el número de solicitudes recibidas, atendidas, tiempos de respuesta y canales utilizados.
   - Integrar formularios web con el sistema de gestión de PQRSDF para trazabilidad automática.
2. **No automatizable:**
   - Realizar **encuestas semestrales de percepción ciudadana** sobre la claridad, utilidad y oportunidad de la información publicada en medios institucionales.
3. **Soporte de cumplimiento:**
   - Captura del tablero de control + informe de resultados de encuestas con análisis de mejora.
4. **Indicador de cumplimiento:**
   - % de solicitudes atendidas dentro del tiempo estándar definido por la entidad.
5. **Indicador de efectividad:**
   - % de usuarios que califican la información institucional como clara y útil (según encuesta).

## POLÍTICAS

Política 16: Índice de Gestión Documental – Puntaje 25 (Muy bajo)

**Diagnóstico:** El puntaje indica debilidad crítica en la organización, conservación, acceso y trazabilidad de documentos institucionales.

### Acciones de mejora:

- **Automatizable:** Integrar el sistema DATADOC (ya disponible en el HUS) con la TRD actualizada y activar alertas para vencimientos de conservación documental.
- **No automatizable:** Capacitar a todos los líderes de proceso en la de archivo y en el uso correcto de la TRD/TVD.
- **Soporte:** Captura del sistema con TRD cargada + actas de capacitación.
- **Indicador de cumplimiento:** % de procesos con expedientes organizados según TRD.
- **Indicador de efectividad:** % de solicitudes de información atendidas sin reprocesos por pérdida o desorden documental.

Política 11: Índice de Servicio a la Ciudadanía – Puntaje 63,1

**Diagnóstico:** El hospital tiene múltiples canales (WhatsApp, página web, PQRSDF, atención telefónica), pero falta articulación y medición de experiencia del usuario.

### Acciones de mejora:

- **Automatizable:** Activar tablero de control de PQRSDF con tiempos de respuesta, tipo de solicitud y nivel de satisfacción.
- **No automatizable:** Realizar encuestas semestrales de percepción ciudadana sobre atención recibida.
- **Soporte:** Captura del tablero + informe de encuesta.
- **Indicador de cumplimiento:** % de PQRSDF respondidas en tiempo estándar.
- **Indicador de efectividad:** % de usuarios que califican el servicio como “satisfactorio” o superior.

Nota: Todo lo anterior se tiene, no se entiende por qué el puntaje salió bajito.

**Política 12: Índice de Racionalización de Trámites – Puntaje 64,3**

**Diagnóstico:** Aunque el HUS tiene formularios web y canales digitales, aún hay trámites presenciales que podrían simplificarse.

### Acciones de mejora:

- **Automatizable:** Digitalizar trámites como solicitud de historia clínica, citas médicas y referenciación comparativa, con trazabilidad en línea.
- **No automatizable:** Revisar anualmente el inventario de trámites con participación de usuarios y eliminar requisitos innecesarios.
- **Soporte:** Registro de trámites digitalizados + acta de revisión del inventario.
- **Indicador de cumplimiento:** % de trámites disponibles en línea vs. total institucional.

- **Indicador de efectividad:** % de reducción en tiempos promedio de atención por trámite.

Política 18: Índice de Gestión del Conocimiento – Puntaje 64,3

**Diagnóstico:** El hospital genera conocimiento técnico y académico, pero no lo sistematiza ni lo reutiliza institucionalmente.

### Acciones de mejora:

- **Automatizable:** Crear repositorio digital institucional con protocolos, investigaciones, informes y buenas prácticas por área.
- **No automatizable:** Activar Comité de Gestión del Conocimiento para validar y promover el uso de saberes críticos.
- **Soporte:** Captura del repositorio + acta del comité.
- **Indicador de cumplimiento:** % de áreas que han cargado contenidos validados.
- **Indicador de efectividad:** % de decisiones institucionales sustentadas en documentos del repositorio.

Política 13: Índice de Participación Ciudadana – Puntaje 66,2

**Diagnóstico:** El HUS tiene Asociación de Usuarios, veedurías y participa en COPACOs, pero falta trazabilidad y retroalimentación efectiva.

### Acciones de mejora:

- **Automatizable:** Activar módulo de seguimiento a propuestas ciudadanas con estado de respuesta y responsables.
- **No automatizable:** Realizar mesas de diálogo semestrales con usuarios y veedores para evaluar impacto de su participación.
- **Soporte:** Registro digital de propuestas + acta de mesa de diálogo.
- **Indicador de cumplimiento:** % de propuestas ciudadanas respondidas con trazabilidad.
- **Indicador de efectividad:** % de acciones institucionales que incorporan aportes ciudadanos.

## MECI

### Diagnóstico del Componente C5

Este componente evalúa si la entidad:

- Genera información confiable, clara y útil para el control interno.
- La comunica oportunamente a los responsables de la toma de decisiones.
- Tiene canales formales para retroalimentación y trazabilidad.

Un puntaje de 58 indica que hay avances, pero aún existen debilidades en la sistematización, oportunidad y uso estratégico de la información para el control.

| Acción | Descripción | Soporte | Indicador |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Activar tablero de control institucional** | Integrar en el sistema de gestión (ALMERA Y DATADOC) un tablero que consolide indicadores clave por proceso (PQRSDF, cartera, contratación, facturación, etc.) con alertas automáticas. | Captura del tablero + evidencia de uso por líderes de proceso. | % de procesos con indicadores actualizados mensualmente. |
| **Configurar alertas de vencimiento y desviación** | En módulos como contratación, facturación y cuentas por pagar, activar alertas que adviertan sobre vencimientos, omisiones o desviaciones frente a metas. | Registro de alertas activas + trazabilidad de correcciones. | % de alertas atendidas vs. generadas por el sistema. |
| **Integrar informes de supervisión y auditoría al sistema documental** | Digitalizar y vincular los informes de supervisión, auditoría interna y control fiscal al expediente electrónico por proceso, en ALMERA. | Expedientes con informes cargados + validación por control interno. | % de procesos con trazabilidad documental completa. |

*2. No Automatizables (gestión organizacional)*

| Acción | Descripción | Soporte | Indicador |
|---|---|---|---|
| **Capacitar a líderes en uso estratégico de la información** | Talleres sobre cómo interpretar indicadores, usar reportes y tomar decisiones basadas en datos. | Lista de asistencia + material pedagógico. | % de líderes que aplican reportes en sus decisiones. |
| **Establecer protocolo de comunicación interna para el control** | Definir canales, periodicidad y responsables para comunicar hallazgos, alertas y decisiones. | Circular institucional + evidencia de aplicación. | % de decisiones comunicadas oportunamente a responsables. |

Indicadores de Efectividad

- **% de decisiones institucionales sustentadas en información del sistema.**
- **% de hallazgos recurrentes que disminuyen en el siguiente ciclo de evaluación.**
- **% de procesos que mejoran su calificación en auditorías internas.**

## 5.5.6 Seguimiento Programa de transparencia y ética pública.

| VIGENCIA | ACTIVIDADESA EJECUTAR | ACTIVIDADES EJECUTA-DASAL 100% | CUMPLIMIENTOY AVANCE |
|---|---|---|---|
| 2020 | 38 | 24 | Cumplimiento 63.15%<br>Avance 86% |
| 2021 | 39 | 24 | Cumplimiento 61,53%<br>Avance 83,2% |
| 2022 | 36. | 26 | cumplimiento 78%<br>Avance 95% |
| 2023 | 37 | 24 | Cumplimiento 64,86%<br>Avance74,51% |
| 2024 | 41 | 27 | Cumplimiento del 65,85<br>Avance 83,50% |
| 2025 | 62 | 10 | Cumplimiento: 16,12<br>Avance: 41,79 |

## 5.5.7 Pum del proceso de evaluación y control. 100%

Diseño e implementación de Encuesta de Satisfacción y Ficha Técnica para el Procedimiento de Auditoría Interna.

Modificación de la estructura del Informe de Auditoría Interna, ajustándolo a los parámetros de la Guía de Auditoría del Depto. Administrativo de la Función Pública "DAFP" Modelo de las 4C (Condición, criterio, causa y consecuencia).

Articulación de la Auditorías Internas con Estándares de Acreditación.

### 5.5.8 Recomendaciones al gerente.

| Área de Acción | Acción Propuesta | Análisis |
|---|---|---|
| **Nombramiento Jefe de oficina jurídica** | Nombramiento de Jefe de Oficina Jurídica | Cuando una misma persona ejerce por largo tiempo el rol de Jefe de Control Disciplinario y, simultáneamente, el de Jefe de la Oficina Jurídica en una entidad pública, se corre el riesgo de concentrar poder, debilitar la imparcialidad, afectar el debido proceso, vulnerar normas sobre separación de funciones, generar desconfianza institucional y tensiones internas, todo lo cual puede comprometer la transparencia, la legalidad y el buen clima organizacional. |
| **Capacitación Permanente** | Destinar recursos para la capacitación continua de los responsables en SIA OBSERVA, SIA CONTRALORÍA y SECOOP | Mejora la precisión y oportunidad de la información ingresada, reduciendo errores y aumentando la eficiencia operativa |
| **Monitoreo de Contratos** | Supervisores de contratos de servicios de salud y empresas temporales deben monitorear todas las obligaciones contractuales | Mayor responsabilidad y control para garantizar el cumplimiento y la detección temprana de desviaciones |
| **Plan de Austeridad del Gasto** | Aprobación y monitoreo del plan de austeridad del gasto en el comité de compras, incluyendo actividades, fechas, responsables e indicadores | Control del gasto ayuda a la sostenibilidad financiera, requiriendo ajustes regulares basados en el módulo de costos |
| **Socialización del Sistema de Costos** | La Dirección Financiera debe socializar avances en el sistema de costos en la Junta Directiva, Comité Directivo y con líderes | Transparencia y comunicación efectiva promueven la alineación estratégica y facilitan la toma de decisiones basadas en datos |
| **Proyección del Presupuesto** | Proyección del presupuesto ajustado según los gastos operacionales y los ingresos reales | Asegura que los recursos estén alineados con las necesidades operativas y financieras del hospital |
| **Actualización de Tarifas** | Actualizar tarifas de servicios de salud para mantener competitividad y someterlas a aprobación de la junta directiva | Mantenimiento de tarifas actualizadas asegura ingresos adecuados y competitividad en el mercado |
| **Estudios de Mercado** | Hacer estudios de mercado para exportación de servicios de salud | Explorar oportunidades de crecimiento y expansión internacional, posicionando la entidad en mercados globales |
| **Monitoreo de Medicamentos y Suministros** | Dar seguimiento al suministro oportuno de medicamentos y materiales médico-quirúrgicos; fortalecer el control de inventarios por parte de farmacia | Reducción de desabastecimientos y mejor control del inventario mejorarían la calidad del servicio y la seguridad del paciente |
| **Vigilancia del Equilibrio Financiero** | Vigilar el equilibrio financiero de HRZ y UFZ mediante actividades claras y medibles de austeridad del gasto y monitoreo de rentabilidad | Mantener la estabilidad financiera mediante un control estricto de gastos y evaluación continua de la rentabilidad |
| **Auditoría Concurrente** | Hacer seguimiento a los resultados de la Auditoría Concurrente y socializarlos en el comité de sostenibilidad contable | Identificar y solucionar problemas financieramente críticos, mejorando la contabilidad y sostenibilidad de la entidad |
| **Área de Facturación** | Modernizar y reforzar con talento capacitado el área de facturación para una gestión adecuada del cobro de cartera; radicación de derechos de petición ante entidades morosas | Mejora en la gestión de cobros y radicación de derechos de petición, impactando positivamente en la liquidez y operatividad |
| **Modernización de Facturación** | Modernizar y reforzar con talento capacitado el área de facturación para mejorar la radicación oportuna de la facturación | Ampliación de la capacidad operativa y eficiencia en la gestión de facturas |

### 5.5.9. Inconvenientes presentados para la ejecución de las actividades de la oficina de control interno.

La Oficina de Control Interno realiza un total de 22 auditorías al año, lo que representa un promedio mensual de 1,83 auditorías. Sin embargo, al descontar los dos meses correspondientes a las vacaciones de los auditores de planta, el

promedio operativo aumenta a 2,2 auditorías mensuales. Cada una de ellas incluye fases como la planeación, apertura, desarrollo, presentación del preinforme, reunión de cierre e informe final. El cumplimiento de estas etapas depende en gran medida de la entrega oportuna de la información por parte de las áreas auditadas y de la correcta actualización de sistemas como Almera, lo cual no ocurre de forma regular. Los retrasos en la entrega de datos obligan al auditor a emplear métodos más complejos para acceder a la información, lo que dificulta el desarrollo efectivo del proceso.

Por esta razón, se considera necesario continuar con la contratación del personal de apoyo proporcionado por la empresa temporal.

## CAPITULO VI OFICINA JURIDICA

## 6.1 DEFENSA JUDICIAL - PROCESOS JUDICIALES:

A corte de 30 de junio de 2025 existen doscientos cincuenta y cinco (268) procesos judiciales, cuya cuantía asciende a $91.356.249.293 discriminado por jurisdicción tenemos que en la Contencioso Administrativa se encuentran activos (230) procesos, lo que equivale a un 85,82%, con una pretensión de $89.309.416.139 así como en la jurisdicción ordinaria un total de 38 procesos, lo que equivale a un 14,17%, con una pretensión de $2.046.833.145.

En lo trascurrido del segundo trimestre de 2025, observamos que la Jurisdicción Contenciosa Administrativa presenta doce (12) proceso nuevos y la jurisdicción Ordinaria uno (1), encontrando 13 procesos nuevos.

## COMPARATIVO PROCESOS JUDICIALES 2DO TRIMESTRE VIGENCIAS ANTERIORES (ANÁLISIS GENERAL):

| NUMERO TOTAL DE PROCESOS A 2DO TRIMESTRE 2023 Y 2024 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Jurisdicción | A 2do trimestre 2024 | | A 2do trimestre 2025 | |
| | No | Cuantía. | No. | Cuantía |
| Contencioso administrativo | 165 | $81.851.561.264 | 230 | $89.309.416.139 |
| Ordinaria | 36 | $ 1.993.507.914 ,00 | 38 | $2.046.833.145 |
| TOTAL | 201 | $83.845.069.178 | 268 | $91.356.249.293 |

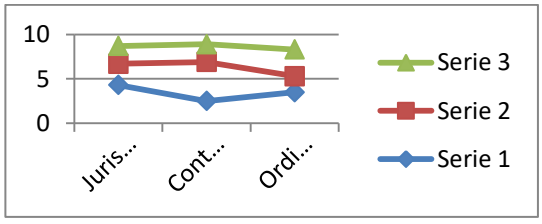



*Tabla: totalidad de demandas del HUS del segundo trimestre de las vigencias 2024 Y 2025.*

## 6.2 DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD:

### 6.2.1 DEMANDAS CONTRA LA ENTIDAD – JURISDICCION CONTECIOSA ADMINISTRATIVA

Los procesos en contra el HUS que se adelantan en la jurisdicción Contenciosa Administrativa II trimestre 2025, los cuales se encuentran discriminados así:

| CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO | 2do TRIMESTRE 2025 | | |
|---|---|---|---|
| | NO. | % | CUANTÍA |
| Reparaciiòn directa | 90 | 41,86 | $62.649.331.672 |
| Nulidad y restablecimiento del Derecho | 123 | 57,20 | $7.148.988.729 |
| Controversias contractuales | 1 | 0,46 | $150.000.000 |
| Ejecutivo | 1 | 0,46 | $393.431.577 |
| TOTAL PARCIAL | 215 | 100% | $70.341.751.978 |

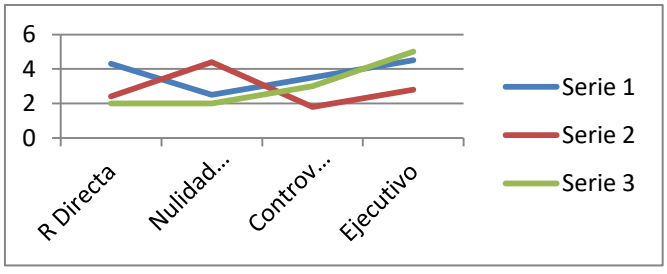



*Tabla: totalidad de demandas del HUS – jurisdicción contencioso administrativa del segundo trimestre del 2025.*

Siendo la causa más representativa dentro de los siguientes datos, los procesos de nulidad y restablecimiento del derecho por las reliquidaciones conforme a las liquidaciones de los recargos dominicales y festivos laborados, tomando como base 190 horas laboradas y no las 240 con las que se venían liquidando, así como también, se pretende la nulidad del acto administrativo que niega la relación laboral, y el consecuente pago de los emolumentos dejados de percibir, y adicionalmente el incremento de las reparaciones directas por falla médica.

### 6.2.2 PROCESOS EN QUE LA ENTIDAD ES DEMANDADA - JURISDICCIÓN ORDINARIA.

En cuanto a los procesos contra el HUS que se ventilan en la Jurisdicción Ordinaria se discriminan de la siguiente manera para la vigencia 2025:

| JURISDICCIÓN ORDINARIA | 2do TRIMESTRE 2025 | | |
|---|---|---|---|
| | NO. | % | CUANTÍA |
| Laboral | 38 | 100% | $2.046.833.154 |
| **TOTAL PARCIAL** | **38** | **100%** | $2.046.833.154 |

***Tabla: totalidad de demandas del HUS – jurisdicción ordinaria del primer segundo del 2025.***

#### 6.2.2.1 COMPARATIVO VIGENCIAS 2024 A 2025 JURISDICCIÓN ORDINARIA:

| Ordinario | A II Trimestre Año 20204 | | | A II Trimestre Año 2025 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | # | % | Cuantía | # | % | Cuantia |
| Laboral contrato realidad | 36 | 100% | $ 1.993.507.914 | 38 | 100% | $2.046.833.154 |
| **Total parcial** | **36** | **100%** | $ 1.993.507.914 | 38 | **100%** | $2.046.833.154 |

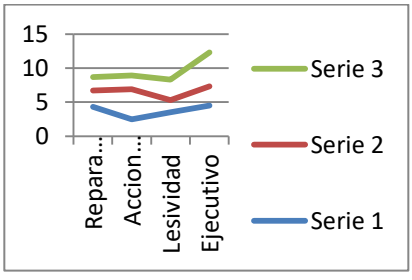
***Tabla: Demandas en que la Entidad es demandada – Jurisdicción Ordinaria de las vigencias 2024 a 2025.***

En lo transcurrido del segundo trimestre de 2025, se encuentran activos treinta y ocho (38) procesos en que se demanda a la Institución y que se tramitan ante la jurisdicción ordinaria es en el que se pretende se declare la existencia de contrato realidad con la empresa contratista y la responsabilidad solidaria del Hospital y un proceso de Acoso Laboral; se observa que la cantidad de procesos y el valor de la cuantía aumento con relación al II trimestre de 2024.

## 6.3 DEMANDAS EN QUE LA ENTIDAD ES DEMANDANTE:

Se presentan los procesos contenciosos administrativos en que el HUS es la parte actora en el segundo trimestre de 2025, así:

| CONTENCIOSA ADMINISTRATIVA | 2DO TRIMESTRE 2025 | | |
|---|---|---|---|
| | NO. | % | CUANTÍA |
| Reparación directa | 1 | 6,66% | $508.566.550 |
| Acción de Repetición | 7 | 46,66% | $2.432.421.899 |
| Controversias Contractuales | 3 | 20% | $14.479.537.748 |
| Lesividad | 1 | 6,66% | $424.819.651 |
| Ejecutivo | 2 | 13,33% | $1.052.909.958 |
| Nulidad y Restablecimiento del Derecho | 1 | 6,66% | $69.408.292 |
| **TOTAL GENERAL** | **15** | **100%** | **$18.967.664.098** |




### *6.3.1* COMPARATIVO DEMANDAS A FAVOR DE LA ENTIDAD VIGENCIAS, 2024 y 2025*:*

| Contenciosa Administrativa | Causas | A II Trimestre de 20204 | | A II Trimestre de 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | No. | Cuantía | No. | Cuantía |
| Reparación directa | Daño al angiografo Toshiba por cortes de fluido eléctrico | 1 | $508.566.550 | 1 | $508.566.550 |
| Reparación directa | Infracción normatividad de manejo de medicamentos | 1 | $82.811.600 | - | |
| Repetición | Condena en sentencia judicial por falla médica | 4 | $1.378.660.426 | 7 | $2.432.421.899 |
| Contractual | Incumplimiento contrato | 3 | $14.479.537.748 | 3 | $14.479.537.748 |
| Lesividad | Prima técnica | 1 | $424.819.651 | 1 | $424.819.651 |
| Ejecutivo | Incumplimiento contractual | 2 | $1.052.909.958 | 2 | $1.052.909.958 |
| Nulidad y Restablecimiento del Derecho | Nulidad Resolución Reliquidación Pensional | 1 | $69.408.292 | 1 | $69.408.292 |
| **Total parcial** | | **13** | **$17.996.714.225** | **15** | **$18.967.664.098.** |

***Tabla: Comparativo Demandas a Favor de la Entidad Vigencias Anteriores.***

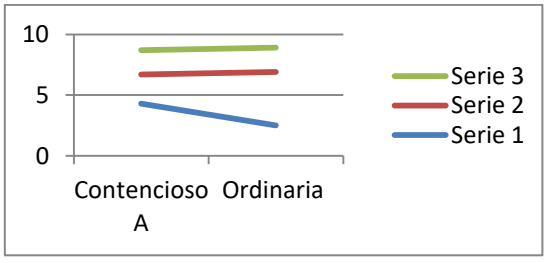
En lo transcurrido del segundo trimestre 2024 se registra un total de trece (13) procesos tramitados en la jurisdicción contenciosa administrativa con unas pretensiones que ascienden a **$17.996.714.225**, ahora bien para lo transcurrido del segundo trimestre 2025 se evidencia un aumento en dos acción de, lo que eleva la cuantía a $**$18.967.664.098** y la cantidad de procesos a quince (15).

Lo anterior evidencia una constante gestión de la Oficina Asesora Jurídica en la interposición de demandas que buscan la reclamación judicial de los derechos que el Hospital ante instancias judiciales.

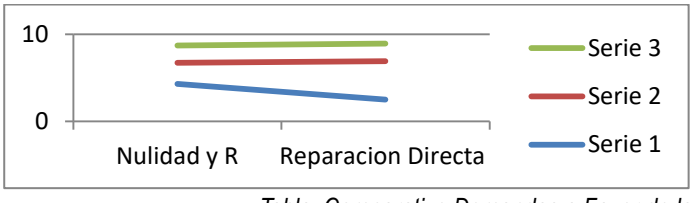
## 6.4 PROCESOS JUDICIALES EN PROVISIÓN CONTABLE Y CUENTAS DE ORDEN

Para el primer trimestre 2025 se relacionaron 253 procesos en contra de la entidad, correspondientes 215 procesos a la Jurisdicción Contenciosa Administrativa y 38 de ellos en Jurisdicción Ordinaria, al referirnos a los 205 procesos anteriormente enunciados encontramos que 139 de ellos se encuentran categorizados como cuentas de orden y los restantes 114 como provisión contable, en cuanto a los procesos a favor para el segundo trimestre de 2025, se encuentran 15 procesos correspondientes a la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

## CONTESTACIONES DE DEMANDA A 2DO TRIMESTRE DE 2025




| Jurisdicción | En 2do trimestre 2025 |
|---|---|
| Contencioso Administrativo | 10 |
| Ordinaria | 1 |
| **TOTAL** | **11** |




| JURISDICCIÓN CONTENCIOSO ADMINISTRATIVA | EN 2DO TRIMESTRE 2025 |
|---|---|
| Nulidad y Restablecimiento del Detecho | 9 |
| Reparación Directa | 1 |
| **TOTAL** | 10 |

*Tabla: Comparativo Demandas a Favor de la Entidad Vigencias Anteriores*

Para el segundo trimestre de 2025 se dio contestación a once (11) demandas: nueve (09) demanda ante la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, del medio de control de Nulidad y Restablecimiento del Derecho, y una (01) demandas ante Jurisdicción Contenciosa Administrativa, del medio de control Reparación Directa.

## 6.5 FALLOS A FAVOR Y EN CONTRA DEL HUS EN PRIMERA INSTANCIA A 2DO TRIMESTRE DE 2025

1. JUZGADO TREINTA Y CUATRO ADMINISTRATIVO CIRCUITO DE BOGOTÁ

Radicado: 11001333603420150026600
Demandante: JHON JAIRO CEDANO Y OTROS
Demandada: E. S. E Hospital Universitario de la Samaritana Global Life Ambulancias S.A.S. Clínica Partenón LTDA
Cuantía: $ 517.902.600
Fallo: EN CONTRA

2. JUZGADO TERCERO ADMINISTRATIVO DE GIRARDOT

Radicado: 25307-33-33-003-2017-00100-00
Demandante: MARIA EUGENIA CRUZ TABIO
Demandado: SEGUROS SURAMERICANA S.A Y OTROS
Cuantía: $ 200.000.000
Fallo: A FAVOR

3. JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE GIRARDOT

Radicado: 25307-33-33-001-2014-00052-00
Demandante: DIANA MARCELA COBOS ROJAS y OTROS
Demandado: CONVIDA EPSS EN LIQUIDACIÓN Y OTRO
Cuantía: $ 496.800.000
Fallo: A FAVOR

4. JUZGADO DIECIOCHO ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD

Radicado: 11001-33-35-018-2021-00179-00
Demandante: ANGÉLICA SANDINO LÓPEZ
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E
Cuantía: $ 20.829.721.
Fallo: A FAVOR

5. JUZGADO SESENTA (60) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO

Radicado: 11001-33-43-060-2022-00232-00
Demandante: MIGUEL ANGEL BENITEZ DIONICIO Y OTROS
Demandado: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA
Cuantía: $ 87.228.950.
Fallo: A FAVOR

6. JUZGADO TREINTA Y SIETE (37) ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD

Radicado: 11001 33 36 037 2016-00364-00
Demandante: SOFIA DEL PILAR ARZAYUS CASAS Y OTROS
Demandado: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA
Cuantía: $ 277.000.000

Fallo: A FAVOR

7. JUZGADO TREINTA Y SEIS ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ
Radicado: 11001-33-36-036-2018-00082-00
Demandante: Luis Ángel Amaya Villalba y otros
Demandado: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA
Cuantía: $ 234.458.600
Fallo: A FAVOR

### 6.5.1 FALLOS A FAVOR Y EN CONTRA DEL HUS EN SEGUNDA INSTANCIA A 2DO TRIMESTRE DE 2025.

1. TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA
Radicado: 253073333-001 2019 00342 02
Demandante: ESE Hospital Universitario de la Samaritana
Demandado: ESE Hospital de Girardot
Cuantía: $150.000.000
Fallo: EN CONTRA

### 6.6 DEFENSA JUDICIAL – INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS:

A 2do trimestre del año 2025 se encuentran activos setenta (**70)** procesos, de los cuales dos (**2)** que representan un **3%** se tramitan por incumplimientos normativos, sesenta y ocho (68) es decir el **97%** se tramitaron por irregularidades en la prestación del servicio médico.

**EN EL SEGUNDO TRIMESTRE 2025**: Se realizaron veinte seis (26) actuaciones dentro de los procesos administrativos sancionatorios consistente en aporte de documentos así: diecisiete (17) dentro de indagaciones preliminares, un (1) alegatos de conclusión, dos (2) pliego de cargos, seis (6) recursos de reposición en subsidio de apelación.

**DECISIONES FAVORABLES NOTIFICADAS A LA ENTIDAD:** En el segundo trimestre del 2025, se ha reportado seis (6) decisiones favorables donde se terminan investigación administrativa asi:

- Mediante oficio No 2025013264 notificado el 25 de abril, se concluyó que no existe mérito para continuar investigación administrativa sancionatoria, por ende, se archiva expediente 2024-I047.

- Mediante Auto no 1179 del 28 de abril de 2025, notificada el 16 de mayo de 2025 se concluyó ordenar el archivo de investigación preliminar No 4556042024

- Mediante Auto no 1769 del 22 de mayo de 2025, notificada el 27 de mayo de 2025, se profiere resolución de recurso de apelación se revoca resoluciones y se ordena el archivo del expediente no 2022 Q098.

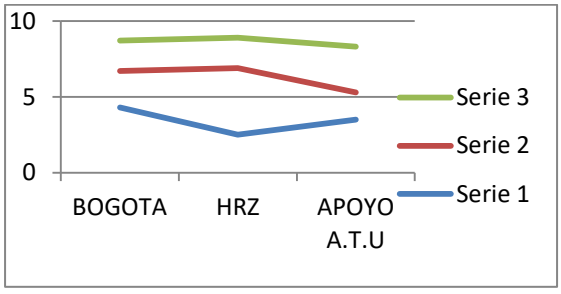
- Mediante auto No 1488 del 27 de mayo de 2025, notificada el el 05 de junio de 2025 se ordena el archivo de la investigación preliminar No 71952-2024.

- Mediante oficio NoGOB-S-CR-2025-0022358, notificado el 24 de junio de 2025 se concluyó que no existe merito para continuar proceso administrativo, por ende, se archiva proceso No 2024-I217

- Mediante oficio No GOB-S-CR-2025-0022347, notificado el 24 de junio de 2025 se concluyó que no existe merito para continuar proceso administrativo, por ende, se archiva proceso No 2024-I176

## 6.7 DEFENSA JUDICIAL-RESPUESTA A DERECHOS DE PETICIÓN

Respecto a funciones propias de la oficina asesora jurídica, se han respondido 33 derechos de petición, quejas o reclamos, relacionados de la siguiente manera:




| SEDE | A 1ER trimestre 2025 |
|---|---|
| BOGOTA | 30 |
| HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRÁ | 3 |
| **TOTAL** | **33** |
| APOYO BRINDADO AL ÁREA DE ATENCIÓN AL USUARIO | 15 |

## 6.8 OTRAS GESTIONES - DEFENSA JUDICIAL - ACCIONES DE TUTELA: (indicador de proceso):

A continuación, se relaciona la gestión de las acciones de tutela, se detalla el motivo específico de la presentación de la acción constitucional establecida para el amparo de los derechos fundamentales, se relaciona el número total a 2do trimestre de 2025.

| MOTIVO ESPECÍFICO | A 2do Trim 2025 | % |
|---|---|---|
| AUTORIZACIONES | 65 | 28% |
| ENTREGA MEDICAMENTOS | 34 | 15% |
| REMISION | 30 | 13% |
| SOLICITUD CITA | 23 | 10% |
| PROCEDIMIENTO QUIRURGICO | 22 | 9% |
| REINTEGRO LABORAL | 15 | 6% |
| PAGO INCAPACIDADES | 10 | 4% |
| TRATAMIENTO INTEGRAL | 9 | 4% |
| VIATICOS | 7 | 3% |
| DERECHOS DE PETICION | 4 | 2% |
| PERDIDA CAPACIDAD PABORAL | 3 | 1% |
| OTROS | 12 | 5% |
| **Total general** | **234** | **100%** |

*Tabla: Acciones de tutela a 2do trimestre de 2025.*

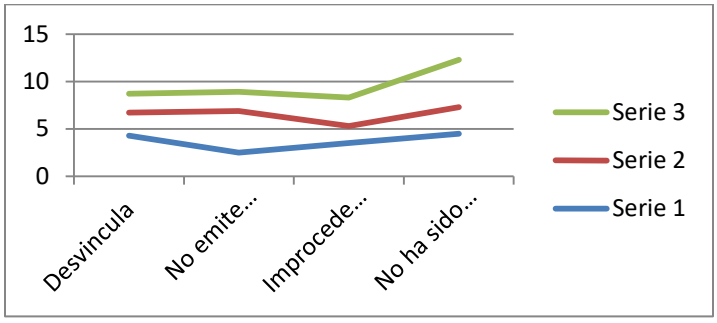
En el 2do trimestre de 2025 se tramitaron doscientas treinta y cuatro (234) acciones de tutela, siendo la mayor participación en autorizaciones con un 28%, seguido de entrega de medicamento con un 15%.

En lo que respecta a la decisión definitiva proferida por los despachos judiciales tenemos que:

| Decisión del fallo o incidente - a favor / en contra / no emite orden al HUS | A 2do trim 2025 | % |
|---|---|---|
| DESVINCULA | 97 | 42% |
| NO EMITEN ORDEN AL HUS | 66 | 28% |

| | | |
|---|---|---|
| IMPROCEDENCIA-HECHO SUPERADO | 22 | 9% |
| NO HA SIDO NOTIFICADO | 46 | 20% |
| ORDENA | 1 | 0.4% |
| DESISTIMIENTO | 2 | 0.6% |
| **TOTAL** | **234** | **100%** |

*Tabla Decisión- Acciones de Tutela a 2DO trimestre de 2025:*




En el 2do trimestre de 2025 las decisiones más representativas son aquellas en las que desvinculan a la entidad con un 42% subsiguiente los fallos que no emite orden al HUS con un 28%.

Para este segundo trimestre se evidencio 1 fallo contra el HUS.

Es importante resaltar que en este periodo fuimos vinculados en 194 acciones constitucionales y accionados en 40; generalmente somos vinculados por el objeto social de la entidad (prestador del servicio de salud).

## COMPARATIVO VIGENCIAS 2023, 2024, 2025 SEGUNDO TRIMESTRE

| DECISIÓN DEL FALLO O INCIDENTE - A FAVOR / EN CONTRA / NO EMITE ÓRDEN AL HUS | A 2DO Trim 2023 | % | A 2DO trim 2024 | % | A 2DO trim 2025 | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DESVINCULA | 38 | 32% | 106 | 71% | 97 | 42% |
| NIEGA | 18 | 15% | 8 | 5% | 0 | 0% |
| NO EMITE ORDEN A HUS | 48 | 40% | 21 | 14% | 66 | 28% |
| ORDENA | **11** | **9%** | **3** | **2%** | **1** | **0.4%** |
| IMPROCEDENCIA-HECHO SUPERADO | 0 | 0% | 0 | 0% | 22 | 9% |
| FALLO NO HA SIDO NOTIFICADO | 5 | 4% | 10 | 7% | 46 | 20% |
| DESISTIMIENTO | 0 | 0% | 0 | 0% | 2 | 0.6% |
| **TOTAL GENERAL** | **120** | **100%** | **148** | **100%** | **234** | **100%** |

Conforme a la información reportada en el segundo informe de gestión de la Oficina Asesora Jurídica, a 2do trimestre del año 2023 se profirieron once (11) órdenes para entidad, para el 2do trimestre de 2024 se profirieron tres (3) órdenes, y para el 2do trimestre de 2025 se profirieron una (1).

**6.8.1 DECISIONES NO FAVORABLES NOTIFICADAS A LA ENTIDAD:** En el segundo trimestre de 2025 no se reportaron dos (2) decisiones desfavorables contra el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

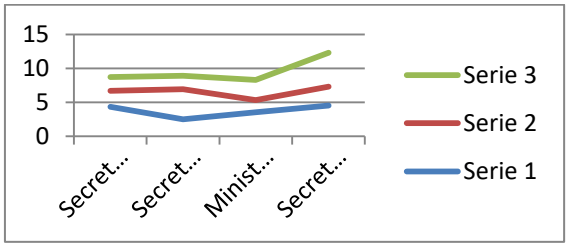
**-Resolución No 1766 del 22 de mayo de 2025:** "*(…) Primero: Reponer y, por ende, modificar la Resolución No. 082 del 7 de mayo de 2024 y la Resolución No. 315 del 20 de noviembre de 2024, mediante las cuales la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud de Cundinamarca sancionó con multa a la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana y confirmó dicha sanción.*

*Segundo: Imponer al prestador de servicios de salud, Hospital Universitario de la Samaritana, representado legalmente por el doctor Jorge Andrés López Quintero, una multa equivalente a quince (15) salarios mínimos legales diarios vigentes, esto es, la suma de setecientos once mil setecientos cincuenta pesos ($711.750) moneda corriente, por las razones expuestas en la parte motiva del presente acto administrativo. (…)"*

-**Resolución No 2252 del 19 de junio de 2025:** *"(…) Primero: Confirmar las Resoluciones No. 121 del 30 de mayo de 2024 y No. 314 del 29 de noviembre de 2024, mediante las cuales la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud sancionó con multa a la entidad prestadora de servicios de salud Empresa Social del Estado Hospital Universitario La Samaritana – Hospital Regional del municipio de Zipaquirá, Cundinamarca (…)."*

**Por Entidad que adelanta el proceso administrativo sancionatorio a segundo trimestre de 2025:**

| Entidad | A 2DO trim 2025 | % |
|---|---|---|
| Secretaria de Salud de Cundinamarca | 44 | 64% |
| Secretaria De Salud Distrital | 24 | 34% |
| Ministerio de Trabajo | 1 | 1% |
| Secretaria Distrital de Ambiente | 1 | 1% |
| TOTAL | 70 | 100% |



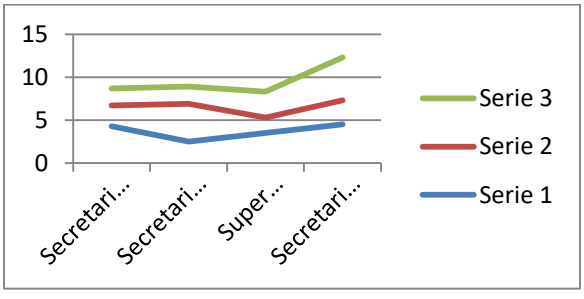

De acuerdo a la entidad que adelanta el proceso administrativo se observa que la secretaria de Salud de Cundinamarca tiene a su cargo la mayor cantidad de investigaciones en contra de la entidad con un 64%

## 6.8.2 COMPARATIVO VIGENCIAS ANTERIORES 2023, 2024, 2025 A 2DO TRIMESTRE

**Por Entidad que adelanta el proceso administrativo sancionatorio:**

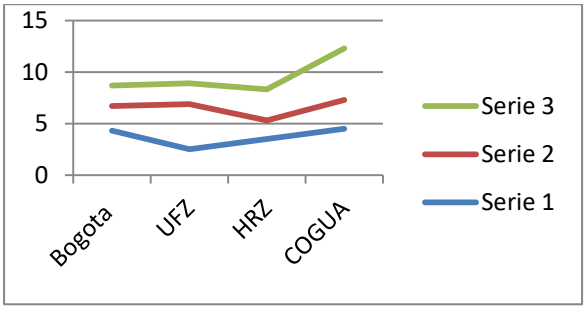
| Entidad | A 2do trim 2023 | % | A 2do trim 2024 | % | A 2do trim 2025 | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Secretaria de salud de Cundinamarca | **52** | 60% | 47 | 67% | 44 | 64% |
| Secretaria De Salud Distrital | 32 | 37% | 18 | 31% | 24 | 34% |
| Superintendencia Nacional De Salud | 2 | 2% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Secretaria Distrital de Ambiente | 0 | 0% | 1 | 2% | 1 | 1% |
| Ministerio del trabajo | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1% |
| TOTAL | 87 | 100% | 66 | 100% | 70 | 100% |

***Tabla: Comparativo por entidad que adelanta el proceso administrativo a 2do trimestre de 2025 con vigencias anteriores***




De acuerdo a la entidad que adelanta el proceso administrativo se observa que, a 2do trimestre de las vigencias

comparadas, la secretaria de Salud de Cundinamarca tiene a su cargo la mayor cantidad de investigaciones en contra de la entidad.

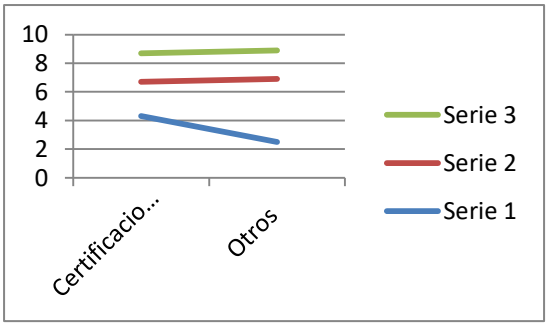



| SEDE | A 2DO trimestre 2025 | % |
|---|---|---|
| BOGOTA | 26 | 37% |
| UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ | 4 | 6% |
| HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRÁ | 39 | 55% |
| COGUA | 1 | 2% |
| **TOTAL** | **70** | **100%** |

*Tabla: Comparativo por sede a corte de 2do trimestre de 2025*

### 6.8.3 CONTRATACION - DERECHOS DE PETICIÓN: (indicador de proceso)

Respecto a funciones propias del proceso de gestión jurídica, no se relacionan los derechos de petición, queja o reclamo, a continuación se relacionan los derechos de petición en el área de contratación.



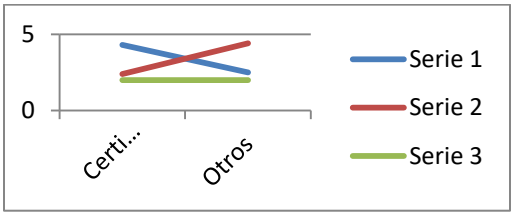

| TIPO | 2DO TRIMESTRE 2025 | % |
|---|---|---|
| CERTIFICACION DE CONTRATACION | 138 | 97,18% |
| OTROS | 4 | 2,82% |
| **Total general** | **142** | **100%** |

*Tabla: Tipo de Derechos de petición a 2do trimestre de 2025.*

A 2do trimestre de 2025, se dio la respectiva respuesta al 100% de estos derechos de petición dentro del término establecido como se puede observar de los derechos de petición dirigidos al área jurídica se refieren a solicitudes de certificación de contratos en un 97,18% y respecto a otras solicitudes un 2,82%

### 6.8.5 COMPARATIVO A 2DO SEMESTRE DE LAS VIGENCIAS 2022, 2023, 2024, 2025

| TIPO | 1er semestre de 2022 | 1er semestre de 2023 | 1er semestre de 2024 | 1er semestre de 2025 |
|---|---|---|---|---|
| | 341 | 364 | 294 | 311 |
| OTROS | 11 | 0 | 0 | 5 |
| **Total general** | **352** | **364** | **294** | **316** |




Podemos observar que la tendencia a los semestres comparados se mantiene siendo los tipos de derechos de petición más gestionados aquellos que solicita la certificación de contratos.

### 6.8.6 CONTRATACIÓN – OTRAS GESTIONES REALIZADAS EN EL 2DO TRIMESTRE DE 2025

| GESTIÓN | 2DO SEMESTRE DE 2025 | PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|
| Productividad - invitaciones a contratar | 335 | 14% |
| Evaluaciones Jurídicas | 448 | 19% |
| Contratos suscritos | 474 | 20% |
| Adiciones y prórrogas | 495 | 21% |
| Aprobación de pólizas | 484 | 20% |
| Liquidaciones vigencias 2023, 2024, 2025 | 168 | 7% |
| **TOTAL** | **2.404** | **100%** |

Durante el 2do trimestre del año 2025 se gestionaron 2.404 actividades, el mayor número corresponde a las adiciones y prorrogas con el 21%, seguido por la suscripción de contratos y aprobación de póliza 20%, evaluaciones jurídicas 19%, invitaciones a contratar 14%, y por último liquidaciones de contratación en un 7%.

Clasificando la anterior información tenemos:

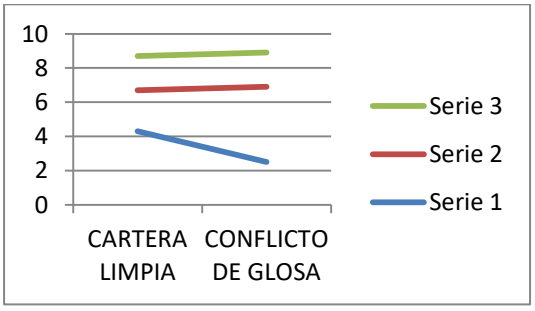
### 6.8.7 COMPARATIVO EN 2 DO TRIMESTRE DE LAS VIGENCIAS 2022, 2023, 2024, 2025

| GESTIÓN | 2DO TRIMESTRE DE 2022 | 2DO TRIMESTRE DE 2023 | 2DO TRIMESTRE DE 2024 | 2DO TRIMESTRE DE 2025 |
|---|---|---|---|---|
| Productividad - invitaciones a contratar | 25 | 65 | 127 | 335 |
| Evaluaciones Jurídicas | 166 | 374 | 191 | 448 |
| Contratos suscritos | 250 | 315 | 193 | 474 |
| Adiciones y prórrogas | 476 | 362 | 701 | 495 |
| Aprobación de pólizas | 626 | 541 | 688 | 484 |
| Liquidaciones | 240 | 299 | 157 | 168 |
| **TOTAL** | **1.783** | **1.956** | **2.057** | **2.404** |

Realizando el comparativo de las vigencias a 2do trimestre, se puede evidenciar que el total de las actividades realizadas para el 2do trimestre de 2025 se mantiene respecto a las vigencias anteriores.

### 6.8.8 COBRO JURÍDICO DE CARTERA DEL HOSPITAL – (indicador de proceso)

| CARTERA 2025 | % |
|---|---|
| II TRIMESTRE | |




| Tipo | Suma de Capital | No. Procesos | |
|---|---|---|---|
| Cartera Limpia | $ 3.456.106.652 | 79 | 97% |
| Conflicto de Glosas | $6.566.713.650 | 3 | 3% |
| **Total general** | **$10.022.820.302** | **82** | **100%** |

***Tabla cartera en cobro jurídico a 2do trimestre de 2025.***

Al discriminar por tipo de cartera encontramos que referente al valor la participación corresponde a 3% de conflicto de glosas y 97% de cartera limpia.

## 6.9 CLASIFICACIÓN DE PROCESOS POR JURISDICCIÓN ACTIVOS A 2DO TRIMESTRE DE 2025.

| Proceso en curso | Suma de Capital | N° | % |
|---|---|---|---|
| Jurisdicción Ordinaria | **$10.022.820.302** | 82 | 100% |
| **Total general** | $ 10.024.941.199 | **84** | **100%** |

*Tabla clasificación de cartera por jurisdicción a 2do trimestre de 2025*

En la actualidad hay ochenta y dos (82) procesos por un valor de $10.022.820.302,oo, correspondiente a la suma de capitales y todos los procesos se están tramitando ante la jurisdicción ordinaria.

### 6.9.5 EVALUACIÓN PORCENTUAL POR ENTIDAD:

Al discriminar la cartera en el Área Jurídica a Segundo Trimestre de 2025 por deudor, encontramos que el mayor valor lo representa CAJACOPI con un porcentaje del 22.85% y un valor de Setecientos Noventa y Dos Millones Quinientos Once Mil Setenta y Dos Pesos M/Cte ($ 792.511.072,oo).

## 6.10 FALLOS A FAVOR Y EN CONTRA DEL HUS

1. **Proceso Ejecutivo No. 11001400308620220060900**, Demandada Gina Sánchez, que cursa en el Juzgado Sesenta y Ocho de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Bogotá, mediante auto de fecha 23 de mayo de 2025, ordeno seguir adelante la ejecución en favor del Hospital y ordeno realizar la liquidación de crédito y costas.

2. **Proceso Ejecutivo No. 11001400306220220058700**, Demandados Brayan Sánchez y Marlen Beltrán, que cursa en el Juzgado Setenta de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Bogotá, mediante auto de fecha 16 de mayo de 2025, ordeno seguir adelante la ejecución en favor del Hospital y aprobó liquidación de costas en auto del 05 de junio de 2025.

### 6.10.5 CANCELACION DE OBLIGACIONES

**- PAGARÉ 17593, Deudor Edgar Gallardo:** Se canceló la totalidad de la obligación en junio de 2025, en cumplimiento a Acuerdo de Pago, en el cual el deudor se comprometió a realizar el pago de **UN MILLON DE PESOS ($ 1.000.000,00)**, suma que fue cancelada por el deudor el 13 de junio de 2025.

**- PAGARÉ 17666, Deudor Diana Poveda y Dora Poveda:** Se canceló la totalidad de la obligación en abril de 2025, en cumplimiento a Acuerdo de Pago, en el cual la deudora se comprometió a realizar el pago de **QUINIENTOS**

**CINCUENTA MIL PESOS ($ 550.000,00)**, suma que fue cancelada por la deudora Dora Poveda el 01 de abril de 2025.

## 6.11 ACUERDOS DE PAGO:

**- PAGARE No. 17537, Deudora Gina Paola Sánchez:** Se pactó acuerdo de pago, en el cual el deudor se obliga a cancelar la suma de $ 2.000.000, oo, en cuatro cuotas mensuales desde mayo a agosto de 2025.

### 6.11.5 ANÁLISIS COMPARATIVO A 2DO TRIMESTRE 2023 - 2024 y 2025

| Tipo de Cartera | A 2do trimestre 2023 | Valor deuda capital | A 2do trimestre 2024 | Valor deuda capital | A 2do trimestre 2025 | Valor deuda capital |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cartera Limpia | 68 | $ 13.220.812.218 | 57 | $ 12.636.260.010 | 79 | $ 3.456.106.652 |
| Glosas | 6 | $ 7.648.948.749 | 3 | $ 6.566.713.650 | 3 | $ 6.566.713.650 |
| **Total** | **74** | **$ 20.869.760.967** | **60** | **$ 19.202.973.660** | **82** | **$ 10.022.820.302** |

***Tabla: comportamiento de cartera vigencias anteriores***

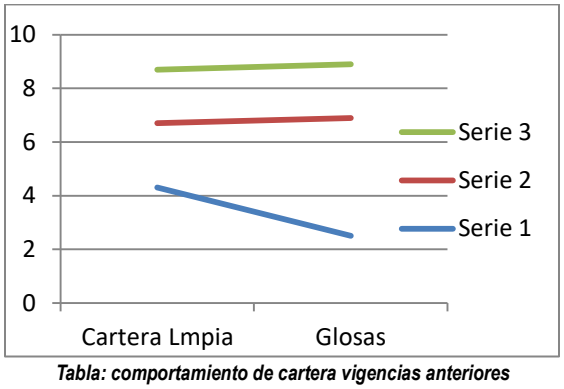



***Tabla: comportamiento de cartera vigencias anteriores***

Podemos observar que para la vigencia 2025 se presentó un aumento de Veintidós (22) procesos con respecto a la vigencia del 2024, lo que porcentualmente representa un aumento del 38.6% con respecto al número de procesos y una disminución del 72.6% frente al capital.

La disminución de capital se debe a que en el cuarto trimestre de 2024, se realizó una depuración de saldos con el área de cartera, estableciéndose que algunas facturas se encontraban canceladas, conforme a certificación de saldo expedida por el área de cartera, igualmente se realizó el archivo de los procesos en la Oficina Jurídica, correspondiente a las obligaciones Medimás y Coomeva, por encontrarse tas entidades en trámite de liquidación por la Superintendencia Nacional de Salud y conforme al Manual de Cartera del HUS, corresponde el seguimiento de este trámite al área de cartera, igualmente a la cancelación de las obligaciones durante el segundo trimestre de 2025.

### 6.11.6 AUDIENCIAS DE CONCILIACION ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD:

Durante el Segundo Trimestre de 2025, se asistió a 1 audiencia de conciliación ante la Superintendencia de Salud, con la siguiente entidad:

| | Cliente | Motivo |
|---|---|---|
| 1 | SEGUROS DEL ESTADO | En audiencia de conciliación virtual realizada el 29 de mayo 2025 se expidió constancia de no acuerdo. |

### 6.11.7 **ESTRATEGIA:**

**<u>META DE PRODUCTO ANUAL:</u>** Recuperar cartera de Vigencias Anteriores

**NOMBRE DE INDICADOR:** % de procesos gestionados en la oficina jurídica con cumplimiento de requisitos para el cobro de cartera

**DESCRIPCIÓN DE LA FÓRMULA:** Número de procesos de cartera con cumplimiento de requisitos gestionados por la oficina asesora jurídica / Número de procesos de cartera con cumplimiento de requisitos radicados en la oficina asesora por el área de cartera * 100

**DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES A CARGO DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA:** A) Realizar los trámites judiciales y jurisdiccionales correspondientes, frente a la documentación radicada por el área de Cartera que cumpla con la totalidad de los requisitos normativos

**REPORTE DE CUMPLIMIENTO:** Al respecto, se indica que, para el segundo trimestre de 2025, el área de Cartera no remitió expedientes a la Oficina Jurídica para el cobro de cartera, con el fin que se inicien los procesos ejecutivos respectivos ante la jurisdicción ordinaria.

**INDICADOR DE CUMPLIMIENTO:** Número de documentación para recuperación de cartera radicada con la totalidad de los requisitos a la Oficina Asesora Jurídica (0) / Número de trámites judiciales y jurisdiccionales adelantados por la Oficina Asesora Jurídica (0).

<u>Porcentaje de cumplimiento al Segundo trimestre de 2025 100%.</u>

**Avance Segundo Trimestre 2025:** 0/0= 100%.

## CAPITULO VII OFICINA DE PLANEACION Y CALIDAD

## GESTIÓN DEL RIESGO

| | No DE RIESGOS IDENTIFICADOS | CONTROLES PROPUESTOS | ACTIVIDADES EJECUTADAS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **RIESGOS DE PROCESOS DEFINIDOS** | 78 | 280 | 90% | La mayoría de las actividades registradas se cumplieron a satisfacción |
| **RIESGOS SARLAFT** | 1 | 3 | 100% | Se cumplió con la totalidad de las actividades registradas |
| **RIESGOS SICOF (Corrupción, Opacidad y Fraude)** | 14 | 40 | 100% | La mayoría de las actividades registradas se cumplieron a satisfacción |
| **RIESGOS FISCALES** | 5 | 14 | 95% | La mayoría de las actividades registradas se cumplieron a satisfacción |
| **RIESGOS CLÍNICOS** | 5 | 33 | 95% | La mayoría de las actividades registradas se cumplieron a satisfacción |
| **RIESGOS** | 57 | 212 | 80% | La mayoría de las |

| | No DE RIESGOS IDENTIFICADOS | CONTROLES PROPUESTOS | ACTIVIDADES EJECUTADAS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| **OPERACIONALES** | | | | actividades registradas se cumplieron a satisfacción |

**Fuente:** Eje de Gestión del Riesgo - Oficina de Planeación 2025

Como se ha venido informando, la dinámica de gestión de riesgos para la vigencia actual mantiene la misma estructura que la implementada en el año 2024. En este sentido, se han desarrollado sesiones de reunión individualizadas con los 21 líderes de proceso y otros actores que ellos consideren pertinentes, con el fin de verificar, actualizar y validar la información consignada en la matriz general de riesgos institucional.

Dicha matriz ha sido objeto de ajustes, actualizaciones y, en algunos casos, enriquecimiento con nuevos riesgos, en respuesta a las necesidades identificadas por cada proceso y a las solicitudes recibidas. Este ejercicio ha permitido una validación técnica y una socialización participativa, liderada por cada líder de proceso, quien actúa como gestor responsable de los riesgos bajo su ámbito de actuación.

Este proceso se desarrolla de manera concertada y sincrónica, garantizando la disponibilidad y trazabilidad en tiempo real a través del módulo de gestión de riesgos del sistema ALMERA. En concordancia con las fases de maduración del modelo de gestión de riesgos institucional, se continúan adelantando reuniones periódicas orientadas a validar aspectos clave de cada riesgo en gestión y seguimiento desde el primer trimestre del año.

Un elemento determinante en esta actividad ha sido el alto nivel de compromiso y participación activa de los líderes de proceso, quienes han aportado conocimiento técnico y propuestas de mejora orientadas a optimizar tanto la identificación como la gestión de riesgos a nivel de procesos e institucional.

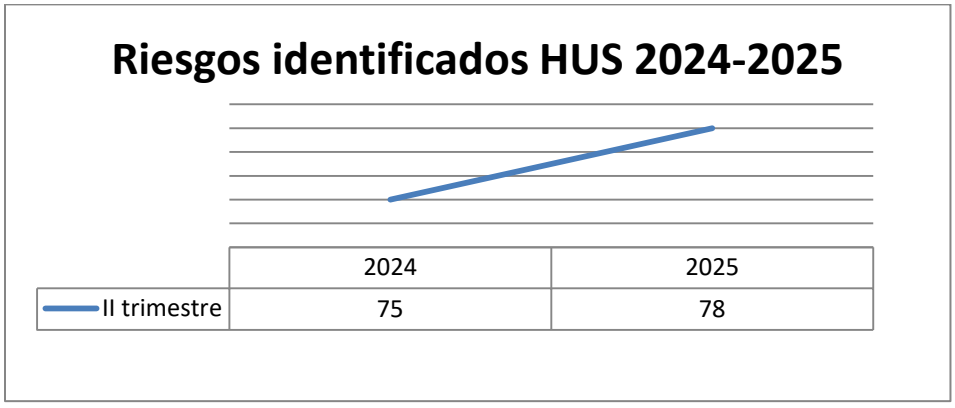
Finalmente, y en concordancia con la línea de trabajo articulada con las sedes de Zipaquirá, se ha avanzado en la formulación de planes de acción pertinentes para aquellos riesgos identificados como prioritarios. Este trabajo ha contribuido a la armonización de las acciones y al fortalecimiento continuo de la metodología de gestión de riesgos a nivel organizacional.

De igual manera los líderes desde el autocontrol han diligenciado el formato de monitoreo de riesgos. De acuerdo a la información recibida con corte a 30 de Junio 2025 desde la primera línea (Lideres de Proceso) de los (78) riesgos identificados y gestionados (1) se materializó para el I semestre 2025, este es:

*"Posibilidad de afectación reputacional y /o económica por perdida o fuga de usuarios durante su estadía, debido a falta de adherencia a procedimientos, fallas en la identificación de documentos de salida y demora en la reacción tras la activación del código amarillo."*

En lo que respecta a los Riesgos Clínicos y en línea con la Línea Estratégica de Riesgos en la Seguridad del Paciente, se continúa aplicando los controles a lo largo de todas las etapas de vigilancia, enmarcados en los paquetes instruccionales. Además, y de manera general, en la matriz de riesgos se han documentado y gestionado 20 riesgos dentro de la Clasificación de Seguridad del Paciente desde 2024. La mayoría de los procesos realizaron ajustes en la documentación de sus controles, alineándose con la guía de riesgos del DAFP V6, en cumplimiento con los compromisos y directrices adquiridas.

Desde 2023, la trazabilidad y gestión de estos riesgos se han fortalecido, y es importante destacar que los líderes han sido participantes activos en las diferentes sesiones de trabajo desarrolladas en concertación con ellos, lo que ha permitido fortalecer la gestión y que ellos sean realmente los actores principales dentro de la gestión del riesgo.




**Fuente:** Eje de Gestión del Riesgo - Oficina de Planeación 2025

De manera continua, se han desarrollado sesiones de asesoría y capacitación orientadas a fortalecer las capacidades institucionales para la identificación, análisis y gestión de riesgos, ajustándose a los requerimientos específicos de los procesos y a la evolución normativa y operativa de esta actividad.

Una de las principales fortalezas del Sistema de Gestión de Riesgos del HUS es la utilización del módulo especializado en riesgos dentro del sistema ALMERA, el cual permite mantener la trazabilidad completa de la información, realizar actualizaciones de forma sincrónica y facilitar la consulta, seguimiento y gestión eficiente de los riesgos sin generar demoras ni reprocesos.

En el marco de este fortalecimiento, el Hospital ha promovido el empoderamiento de los líderes de proceso en relación con las tipologías y subtipologías de riesgo definidas en la normativa vigente, específicamente según lo establecido en la circular de la Superintendencia Nacional de Salud y su aplicabilidad al contexto institucional del HUS.

| TIPOLOGIA | SUBTIPOLOGIA | | PROCESO RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| OPERACIONAL | Estratégico | | Gestión Estratégica |
| | Riesgo en Salud | Seguridad del paciente | Gestión integrada de la Calidad |
| | | Clínico | Gestión de servicios Hospitalarios |
| | | Poblacional | Gestión de Salud Publica |
| | Financieros | Riesgo Actuarial | Inteligencia de Mercados |
| | | Riesgo de Crédito | Dirección Financiera |
| | | Riesgo de Liquidez | |
| | Tecnológico | | Tecnología Biomédica |
| | Imagen o Reputacional | | Gestión Jurídica |
| | Seguridad y Salud en el trabajo | | Subdirección de Talento Humano |
| | Ambiental | | Gestión integrada de la Calidad |
| SICOF (Corrupción, Opacidad y Fraude ) | Corrupción | | Gestión integrada de la Calidad |
| | Opacidad | | |
| | Fraude | | |
| | Soborno | | |
| | Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva -SARLAFT (LA/FT/FPADM) | | |
| FISCAL | No aplica | | Gestión de Bienes y Servicios |

| | | |
|---|---|---|
| **SEGURIDAD DIGITAL** | Perdida de confidencialidad | Gestión de la Información TIC |
| | Perdida de integridad | |
| | Perdida de la disponibilidad de los activos de información | |

Fuente: Elaboración propia – Oficina asesora de Planeación y Calidad HUS

Para la vigencia 2025, el HUS continúa con la gestión y monitoreo de los catorce (14 riesgos clasificados en la categoría SICOF, los cuales fueron identificados desde el año 2024 y se encuentran registrados en el módulo de gestión del riesgo del sistema ALMERA. Estos riesgos fueron previamente aprobados por el Comité de Gestión Integral de Riesgos y publicados en la página web institucional en enero de 2025.

Posteriormente, y en atención a las recomendaciones emitidas por la Oficina de Control Interno, dichos riesgos fueron objeto de ajustes técnicos, lo cual dio lugar a su presentación nuevamente ante el Comité de Gestión Integral de Riesgos para su validación y posterior publicación en versión 2, disponible en el portal institucional.

Respecto a los riesgos por proceso para el año 2025, y como se ha informado en diferentes espacios de seguimiento y gestión, estos se encuentran en constante actualización. En el transcurso del presente trimestre se han creado tres (3) nuevos riesgos, en respuesta a la dinámica operativa y estratégica institucional. Lo anterior en coherencia con la naturaleza cíclica, flexible y continua del proceso de gestión de riesgos en la organización.

## 7.2 GESTIÓN AMBIENTAL

En aras de responder a las necesidades del desempeño ambiental de la institución y de acuerdo a la evaluación de riesgos y los impactos generados por la prestación de servicios de salud, se han venido desarrollando actividades que responden a la mitigación de los mismo y al control responsable de aquellos que continúan generando resultados que afectan los recursos naturales, en este sentido y de acuerdo a las necesidades de cada una de las sedes se establece un cronograma de gestión ambiental basado en el programa de gestión ambiental cuyas líneas estratégicas obedecen a los Objetivos de la Agenda Global a los cuales la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA se encuentra adscrito.

De3 acuerdo a lo anterior tenemos el siguiente avance a corte del primer trimestre de la vigencia 2025, al establecer todos los años actividades que buscan mejorar el desempeño ambiental, estas no son coincidentes de un año a otro por lo cual no permite la comparación.

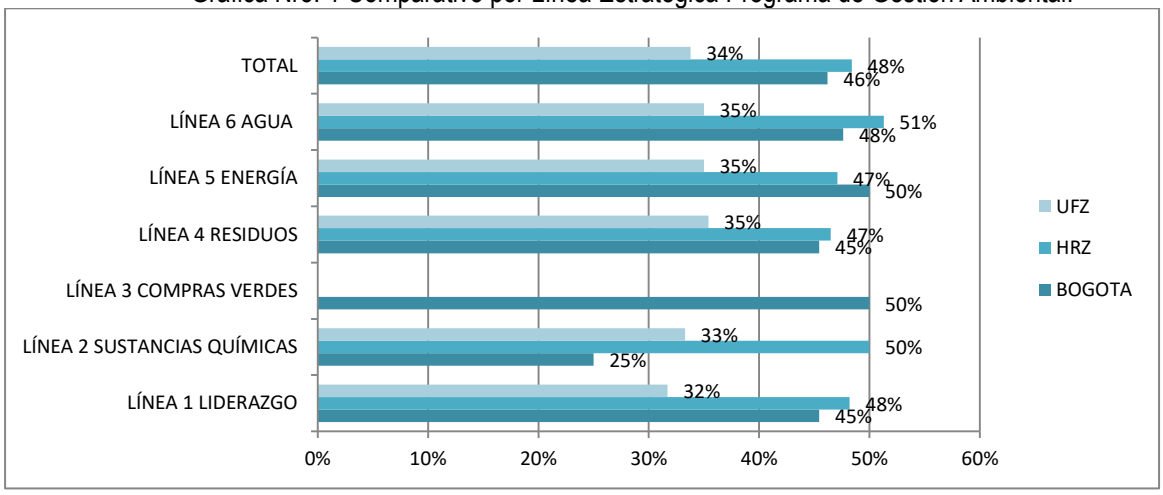
A continuación presentamos los avances de acuerdo a las actividades proyectadas en cada una de las sedes con valores de avance en cumplimiento a través de porcentaje de la siguiente manera:

Tabla Nro. 1 Análisis Comparativo Cumplimiento del Programa de Gestión Ambiental por SEDE.

| LÍNEAS ESTRATÉGICAS | BOGOTA | HRZ | UFZ |
|---|---|---|---|
| LÍNEA 1 LIDERAZGO | 45% | 48% | 32% |
| LÍNEA 2 SUSTANCIAS QUÍMICAS | 25% | 50% | 33% |
| LÍNEA 3 COMPRAS VERDES | 50% | 0% | 0% |
| LÍNEA 4 RESIDUOS | 45% | 47% | 35% |
| LÍNEA 5 ENERGÍA | 50% | 47% | 35% |
| LÍNEA 6 AGUA | 48% | 51% | 35% |
| **TOTAL** | 46% | 48% | 34% |

Fuente: Gestion Ambiental Hospitalaria – Sedes.

Grafica Nro. 1 Comparativo por Línea Estratégica Programa de Gestión Ambiental.




Fuente: Gestion Ambiental Hospitalaria – Sedes.

De acuerdo al cronograma planteado las sedes HRZ y UFZ no adelantan acciones de evasluación de compras verdes dado que esta actividad se realiza de manera paralela con la Subdireccion de Bienes Compras y Suministros en el proceso precontractual antes de la adjudicación de contratos que requieran adelantar compromisos ambientales en terminos de Responsabilidad Extendida del Productor con la ESE Hospital Universitario de la Samaritana.

## COMPRAS SOSTENIBLES.

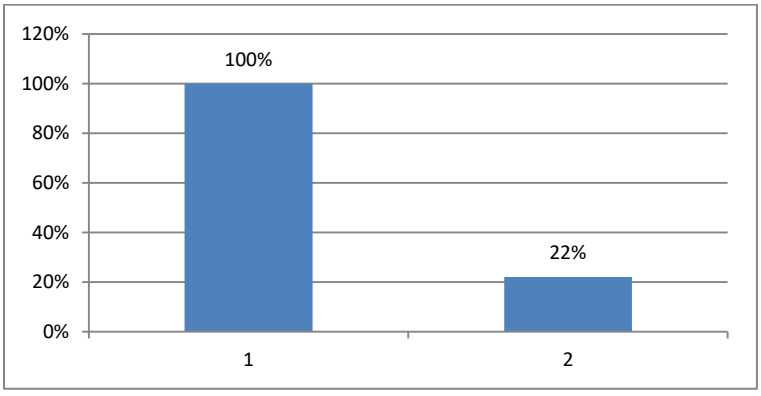
Como parte de un desarrollo sostenible y con la participación de las políticas Ambiental y de Responsabilidad social articuladas de manera estratégica bajo la triada (Social-Ambiental-Económica) se ha venido articulando las compras responsables donde los diferentes actores de nuestra cadena de suministros es regulado en el suministro de bienes y servicios bajo el principio de corresponsabilidad, partiendo desde los procesos precontractuales con un estudio de necesidades fortalecido en las exigencias ambientales

Tabla Nro. 2 Análisis Comparativo Compras sostenibles

| | PRESUPUESTO EJECU-TADO DEL PAA | PORCENTAJE DEL PRE-SUPUESTO | CANTIDAD DE PROCESOS | PORCENTAJE DELOS PROCESOS |
|---|---|---|---|---|
| COMPRAS SEM I | $ 83.813.654.127,00 | 100% | 230 | 100% |
| COMPRAS SOSTENIBLES | $ 18.492.861.536,00 | 22% | 39 | 17% |

Fuente: Gestion Ambiental Hospitalaria.

Grafica Nro. 2 Comparativo Evaluaciones Ambientales




Fuente: Gestion Ambiental Hospitalaria – Sedes.

Como resultado de la articulación de los procesos con criterios ambientales para el periodo evaluado se tiene un acumulado al semestre del 22% del presupuesto asignado a los procesos evaluados no tenemos comparación ya que este inicia a partir del tercer trimestre del año pasado.

## NUESTRO DESEMPEÑO AMBIENTAL

### ECONOMIA CIRCULAR

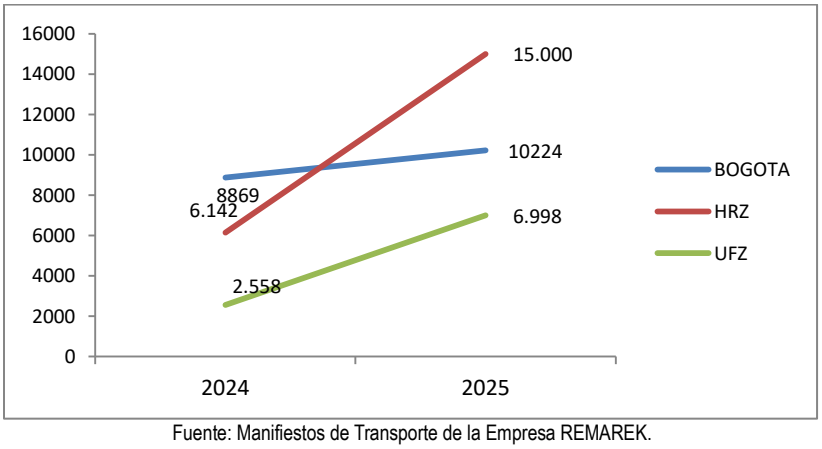
Como modelo económico busca minimizar los residuos y maximizar el uso de los recursos. En lugar de seguir el tradicional modelo lineal de "tomar, hacer, desechar", la economía circular promueve la reutilización, reciclaje, remanufactura y reparación de productos y materiales, con el objetivo de mantener los recursos en uso durante el mayor tiempo posible, es asi como a través de estas politicas gestionamos las siguientes corrientes de residuos complementando a los ya tradicionales como el reciclaje.

## GESTIÓN DE RESIDUOS APROVECHABLES.

### RECICLAJE

Comparte de nuestra responsabilidad social y dándole alcance a la dignificación de la labor de los recuperadores de oficio, la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA entrego de forma voluntaria 32.2 toneladas de material reciclable a la Organización REMAREK A través del Acuerdo de Corresponsabilidad 479 de 2025 que cobija alrededor de 100 socios cuyos ingresos dependen de nuestro compromiso ambiental.

Grafica Nro. 3 Cantidad de Residuos Reciclables Entregados




Fuente: Manifiestos de Transporte de la Empresa REMAREK.

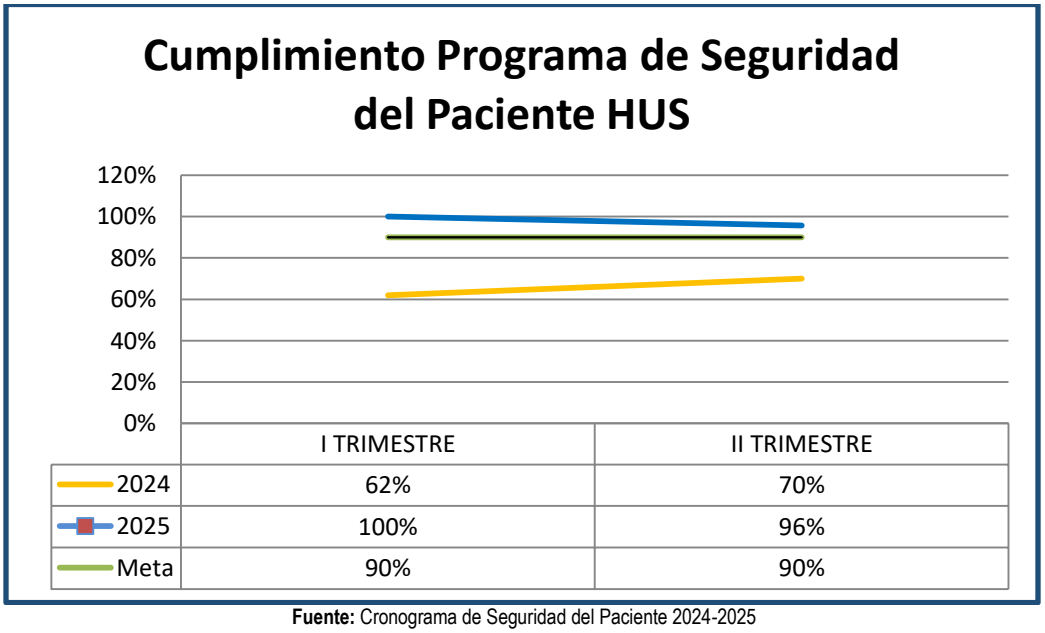
Se observa un incremento global del 45% lo cual obedece en a la entrega de archivo de manera masiva con el propósito de descongestionar las áreas de almacenamiento tanto para la Unidad Funcional como para el Hospital Regional.

**COGENERACION DE ENERGIA**

A partir de Agosto de 2024 se vienen entregando los residuos de riesgo biológico a la empresa ECOENTORNO con una destinación especial, que es la cogeneración de energía a través de la incineración de residuos.

## 7.3 SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Programa de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario de la Samaritana, se desarrolla a través de un Cronograma de Cumplimiento, con actividades programadas para ser realizadas mes a mes consolidadas trimestralmente. Durante el II Trimestre de 2025, se ejecutaron 43 actividades de las 45 programadas, para un porcentaje de ejecución del 96%, dando cumplimiento a la meta establecida de ≥ al 90%, se evidencia que durante el II trimestre del año 2025 se ha logrado dar cumplimiento del 98% de las actividades programadas en el II trimestre de 2024 de 70% y I trimestre de 2025 que se cumplió en un 100%, lo que evidencia continua planeación y ejecución de actividades desde el programa de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario de la Samaritana para el III Trimestre 2025 se planea ejecutar las actividades pendientes (recepción de adherencia a Guías de Práctica clínica en el III Trimestre 2025).




| | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE |
|---|---|---|
| 2024 | 62% | 70% |
| 2025 | 100% | 96% |
| Meta | 90% | 90% |

**Fuente:** Cronograma de Seguridad del Paciente 2024-2025

A continuación, se describe la ejecución de las actividades programadas para el II trimestre de 2025 dentro de las 6 líneas estratégicas del Programa de Seguridad del Paciente, lo que soporta el porcentaje de cumplimiento anteriormente mencionado:

1. **INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL**

- ✓ Medición y fortalecimiento de indicadores correspondientes a Seguridad del Paciente (definidos por el Programa y resolución 256/2016), se alimenta mensualmente la base de datos de indicadores de la resolución 256 de 2016 y al finalizar el II trimestre de 2025 se enviaron a estadística y mensualmente se cargan en Almera sin tener desviaciones en los indicadores medidos desde seguridad del paciente. Se realizaron los indicadores del programa con base a los datos que se encuentran en Almera relacionados con las novedades de seguridad del paciente reportadas, clasificadas, analizadas y cerradas y al proceso de capacitación alineado con el Programa Institucional de Capacitación (PIC), para el II Trimestre de 2025, se realizó solicitud de cargue en la plataforma Almera de los indicadores del programa los cuales ya se encuentran cargados con su respectivo análisis en Almera 2025.

- ✓ Se realizó seguimiento a la ejecución del plan de mejoramiento (PUMP) con fuente de Seguridad del paciente formulados y con 28 actividades ejecutadas durante el I trimestre de 2025 y garantizando cierre de actividades, en el II trimestre de 2025 se plantearon planes de mejoramiento para, administración de medicamentos, prevención de lesiones de piel y derivados de rondas de seguridad y propios de novedades de seguridad del paciente formulados bajo el ciclo PHVA y planes de acción derivados de la ocurrencia de eventos adversos e incidentes, con el fin de fortalecer la mejora continua institucional.

- ✓ Se realiza seguimiento al plan de acción del comité de Seguridad del Paciente, donde se evidencia cumplimiento a las actividades planteadas en el mismo.

## 2. GESTIÓN DEL RIESGO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el mes de Abril se realizó seguimiento a las cinco vigilancias instauradas en el Hospital Universitario de la Samaritana (Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Reactivovigilancia, Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, Hemovigilancia), evidenciándose cumplimiento del 90% en las actividades programadas para el I Trimestre de 2025 y dando cumplimiento a lo programado para está vigencia, es importante fortalecer el despliegue de los programas de vigilancia en toda la institución con el fin de dar a conocer su importancia entre todo el personal de la institución.

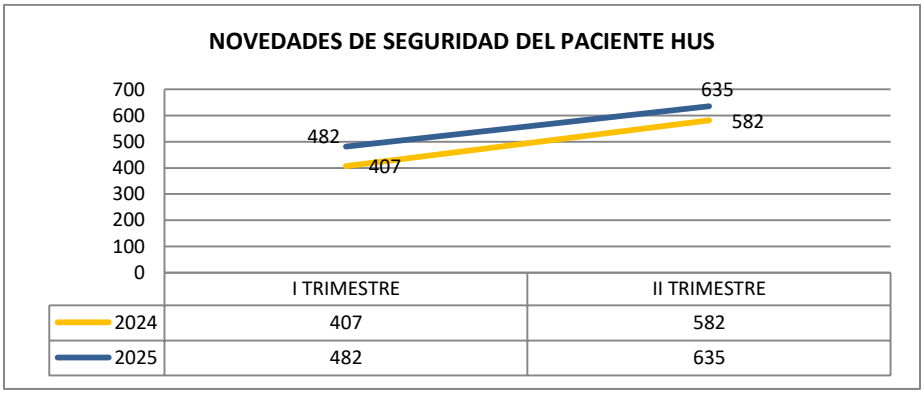
## 3. FORTALECIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TODOS LOS INDIVIDUOS INMERSOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD

- ✓ Se realiza seguimiento a los paquetes instruccionales establecidos en la institución en el mes de Abril 2025 evidenciando cumplimiento en la ejecución de sus actividades mayor al 93%, en estos seguimientos quedan compromisos para verificar en el próximo seguimiento que se realizará en el mes de Julio de 2025; dentro del seguimiento a paquetes instruccionales se verifica el cumplimiento de la medición de adherencia a listas de chequeo que realiza los líderes de los respectivos paquetes instruccionales y supervisoras de enfermería, se verifica capacitación y despliegue del paquete instruccional para evidenciar conocimiento del personal en los paquetes implementados en la institución.

- ✓ Se realiza búsqueda activa de manera diaria en los diferentes servicios del Hospital durante los meses de Abril, Mayo y Junio de 2025, las novedades encontradas son reportadas en Almera para realizar análisis y gestión de las mismas, de estas se evidencio un aumento considerable, se tiene cronograma en el que se plantea búsqueda activa en tres servicios por día con el fin de hacer mayor seguimiento a la adherencia que tiene el personal a los procedimientos institucionales y fortalecer la mejora continua desde Seguridad del Paciente y se realiza retroalimentación en planilla firmada al personal, con el fin de captar las acciones inseguras más frecuentes por servicio y llevar las mismas a acciones de mejoramiento, en los casos críticos.

## 4. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CONSISTENTE EN LA IDENTIFICACIÓN, CLASIFICACIÓN, ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS NOVEDADES DE SEGURIDAD QUE SE PRESENTEN E IDENTIFIQUEN EN LA INSTITUCIÓN.

Durante el II Trimestre de 2025, se reportaron e identificaron un total de 635 novedades de Seguridad del paciente en comparación con 482 novedades reportadas en el II trimestre de 2024 y 582 Novedades en el I trimestre 2025, se evidencia un aumento del 0.09% comparado con el I Trimestre De 2025, lo que indica que es importante promover la cultura del reporte institucional para este periodo del año y , esto nos motiva a continuar generando actividades desde el programa del paciente que contribuyan en la promoción de la cultura de reporte institucional, a continuación se muestran dichos datos:




**Fuente:** Almera de Seguridad del Paciente 2024-2025

- ✓ Se realizó diariamente el ingreso de novedades de seguridad del paciente encontradas durante la búsqueda activa o reportadas verbalmente y vía telefónica a la plataforma Almera, cabe resaltar el apoyo y trabajo en conjunto realizado con el Servicio de Atención al Usuario quienes contribuyen en el reporte de novedades de seguridad del paciente, inmediatamente son identificadas.
- ✓ Se realiza la revisión, priorización y transición de las novedades por el sistema de gestión integral almera, las cuales se envían a cada uno de los líderes de los paquetes instruccionales, vigilancias o líderes de proceso para su respectiva investigación y gestión. En el Segundo trimestre del 2025 se presentaron 635 novedades de seguridad del paciente. Diariamente se realizó búsqueda activa por toda la institución de las posibles fallas y novedades de seguridad del paciente, donde se retroalimentó en los servicios a los cuales se asistió y al personal involucrado, con el fin de realizar el respectivo ajuste de manera inmediata con el fin de involucrar al personal en la mejora continua y fomentar una cultura institucional de seguridad del paciente.
- ✓ Se realizó análisis ANCLA a los eventos adversos con los líderes de los Procesos, paquetes instruccionales y vigilancias, los cuales quedaron documentados en Almera.
- ✓ Durante los comités institucionales desarrollados en el II Trimestre de 2025 se socializo a los integrantes del mismo las novedades presentadas en el mes inmediatamente anterior, su clasificación y se analizaron casos puntuales de los cuales quedan compromisos a trabajar durante el mes del desarrollo de la reunión.

## 5. FORTALECIMIENTO DE LA FORMACIÓN CONTINUA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE ALINEADO AL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN

- ✓ Se brindó educación de autocuidado a 110 pacientes y familiares en temas relacionados como: uso de elementos de protección personal, prevención de caídas, úlceras por presión, uso adecuado de los elementos de la institución y correcta identificación.

- ✓ Se realiza inducción institucional programada con Grupo Empresarial Horizonte, y las empresas tercerizadas, para cada funcionario entrante sea de manera individual o colectiva, esta inducción se realiza de manera presencial específica para los temas relacionados con Seguridad del Paciente, Política de seguridad del paciente, taxonomía, metas internacionales..
- ✓ Se capacitaron 634 colaboradores, en política de seguridad del paciente, Taxonomía, Metas Internacionales, Paquetes Instruccionales, Vigilancias de seguridad del paciente, implementados en la Institución a través de metodologías didácticas, capacitaciones masivas y procesos de inducción. Cabe destacar que durante el mes de Abril de 2025 se realiza Jornada de Enfermería capacitando al personal en el Programa de Seguridad del paciente, Procedimiento de reacción inmediata y metas internacionales.

## 6. ARTICULACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON HOSPITAL UNIVERSITARIO

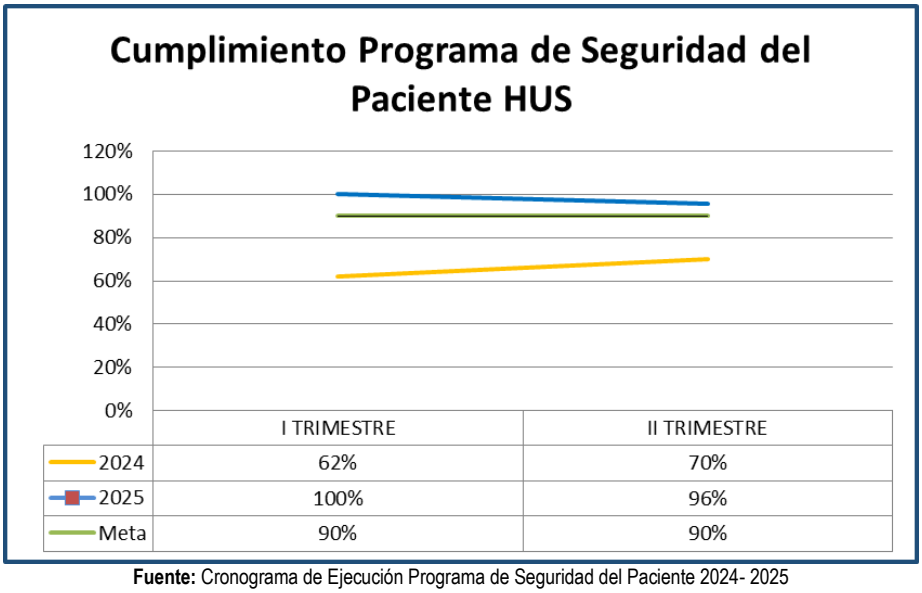
- ✓ En el II trimestre de 2025 se reportaron 15 novedades de seguridad en las que estuvieron involucrados estudiantes, las cuales fueron reportadas a educación médica y gestionadas con acompañamiento del programa de Seguridad del Paciente

## II .INDICADORES PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el Programa de Seguridad del Paciente para el II trimestre 2025, se midieron los indicadores trazadores que permiten evaluar su grado de desarrollo en el Hospital Universitario de la Samaritana de la siguiente manera:

### 1. Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente en 90%.

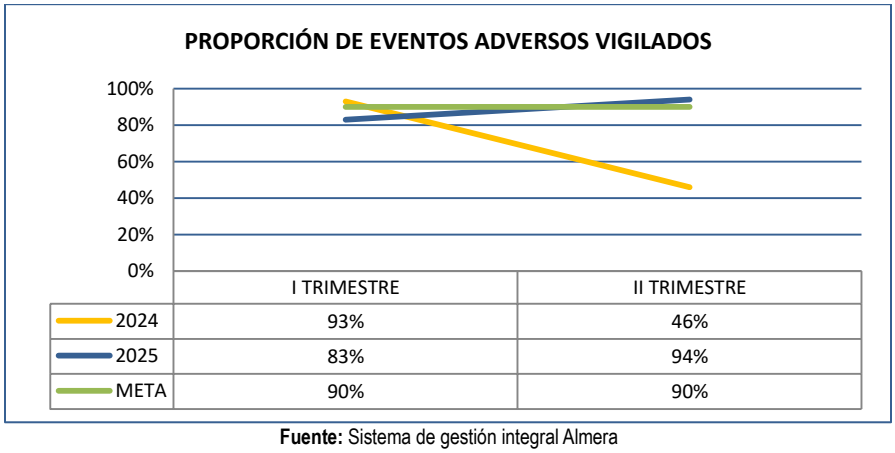
Durante el II Trimestre de 2025, se ejecutaron 43 actividades de las 45 programadas, para un porcentaje de ejecución del 96%, dando cumplimiento a la meta establecida de ≥ al 90%, se evidencia que durante el II trimestre del año 2025 se ha logrado dar cumplimiento del 98% de las actividades programadas en el II trimestre de 2024 de 70% y I trimestre de 2025 que se cumplió en un 100%, lo que evidencia continua planeación y ejecución de actividades desde el programa de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario de la Samaritana, para el III Trimestre 2025 se planea ejecutar las actividades pendientes (recepción de adherencia a Guías de Práctica clínica en el III Trimestre 2025).




**Fuente:** Cronograma de Ejecución Programa de Seguridad del Paciente 2024- 2025

## 2. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos.

Para el II trimestre de 2025 se detectaron 111 eventos adversos. Se dio cumplimiento del 94% en la gestión de eventos adversos durante el II trimestre de 2025, en el II trimestre del año 2024 46% de cumplimiento y 88.3 % en el I trimestre de 2025, se evidencia una mejora significativa en la gestión de eventos adversos y se supera la meta institucional del 90%. Se evidencia que en el II trimestre de 2025 se clasificaron 111 eventos adversos de los cuales se analizaron, gestionaron y cerraron 104, en el II trimestre de 2024 se clasificaron 73 eventos adversos, el aumento es proporcional a la cantidad de novedades reportadas. Cabe resaltar que durante este trimestre se realizó análisis ANCLA a los eventos adversos y las principales causas son, lesiones de piel, administración de medicamentos. A continuación, se muestra la gráfica correspondiente.

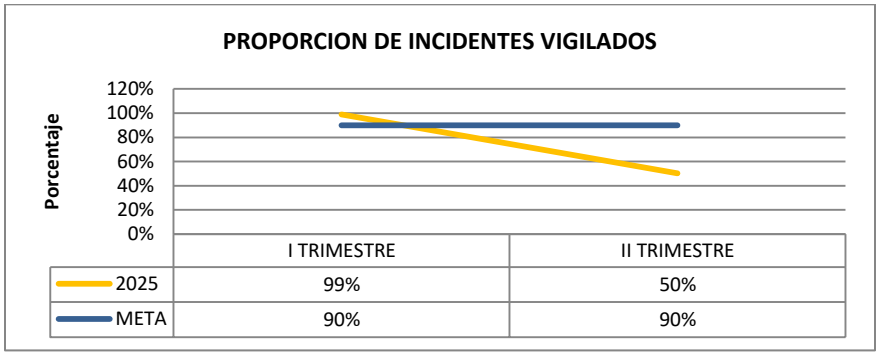



**Fuente:** Sistema de gestión integral Almera

## 3. Proporción de vigilancia de Incidentes.

Para el II trimestre de 2025 se detectaron 239 Incidentes de los cuales 136 fueron gestionados y analizados por cada uno de los referentes de los diferentes procesos. Se dio cumplimiento al 50.2% en la gestión de los incidentes

durante el II trimestre de 2025, en comparación al I trimestre del año 2025 donde se gestionó el 99% de los incidentes lo que nos lleva a continuar trabajando en cultura institucional para fomentar el análisis y cierre oportuno de novedades de seguridad del paciente entre los líderes y referentes de los servicios.




| | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE |
|---|---|---|
| 2025 | 99% | 50% |
| META | 90% | 90% |

**Fuente:** Sistema de información Almera

## Conclusión

- Durante el II trimestre del 2025 se evidenció aumento significativo en la cultura del reporte con respecto al II trimestre de 2024, lo que también lleva a aumentar la cantidad de eventos adversos detectados, siendo la principal causa de estos flebitis mecánica, flebitis química y fallas en administración de medicamentos y prevención de lesiones de piel con el fin de disminuir su ocurrencia se genera plan de mejoramiento y seguimiento farmacoterapéutico de manera recurrente.

- En el II Trimestre de 2025 se evidencia disminución en la gestión de Incidentes detectados por lo tanto se generan estrategias de unidades de análisis acompañadas por el Programa de Seguridad del Paciente con el fin de generar una clasificación y cierre oportuna de incidentes.

## Recomendaciones

- En el mes de Julio se da inicio a medición de listas de chequeo desde el Programa de Seguridad del paciente con el fin de fortalecer el seguimiento al cumplimiento de Prácticas seguras.

- En la vigencia 2025 se continúa fortaleciendo la implementación del programa de atención a segunda víctima y comunicación de eventos adversos al paciente y su familia con el fin de mostrar una gestión y trazabilidad más amplia de las novedades de seguridad del paciente.

## 7.4 HABILITACION

Para el II semestre del año 2025 se desarrolla en plan de auditorías de Habilitación, se realiza la verificación de condiciones de habilitación aplicando la herramienta de autoevaluación según la Resolución 3100 del 2019; encontrando los siguientes resultados en los servicios autoevaluados:

| HUS | E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA | SAM |
|---|---|---|
| | GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD | |
| | PLAN DE AUDITORIA DE CALIDAD | |
| | 05GIC33-V4 | 05GIC92-V1 |

| | |
|---|---|
| TIPO DE AUDITORIA | Autoevaluación de Habilitación año 2025 |
| RESPONSABLE DE LA AUDITORIA | Leonardo Duarte Díaz. |
| UNIDAD FUNCIONAL | E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana |
| PROCESO / PROGRAMA AUDITADO | Todos los servicios habilitados en la E.S.E Hospital de la Samaritana sede Bogotá y procesos transversales como: Gestión del Talento Humano, Docencia e investigación, Gestión de tecnología biomédica, gestión de la Infraestructura. |
| OBJETIVO | Verificar el cumplimiento de las condiciones de Habilitación, aplicando la herramienta de autoevaluación de habilitación según la Resolución 3100 del 2019 a todos los servicios Habilitados y procesos transversales como: Gestión del Talento Humano, Docencia e investigación, Gestión de tecnología biomédica, gestión de la Infraestructura. |
| ALCANCE: | Condiciones de capacidad tecnológica y científica- Estándares y criterios de Habilitación a todos los servicios habilitados y procesos transversales. |

| MÉTODOS DE AUDITORÍA | | |
|---|---|---|
| Grado de implicación entre el Auditor y el Auditado (observación, inspección, rastreo, entre otros para | Ubicación del Auditor | Consideraciones |

*Plan de auditoria: autoevaluación de habilitación*

Resultados preliminares de la autoevaluación de Habilitación para el segundo trimestre del 2025:

| Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica | Cumplimiento |
|---|---|
| Servicio farmacéutico | 88% |
| Servicio de imágenes diagnósticas | 97% |
| Servicio de toma de muestras de laboratorio clínico | 100% |
| Servicio de laboratorio clínico | 100% |
| Servicio de Vacunación | 97% |

Nota: Estos resultados pueden variar una vez se complete la autoevaluación de los estándares transversales a todos los servicios.

Resultados de autoevaluación de Habilitación del año 2024, presentada a la secretaria de salud de Cundinamarca:

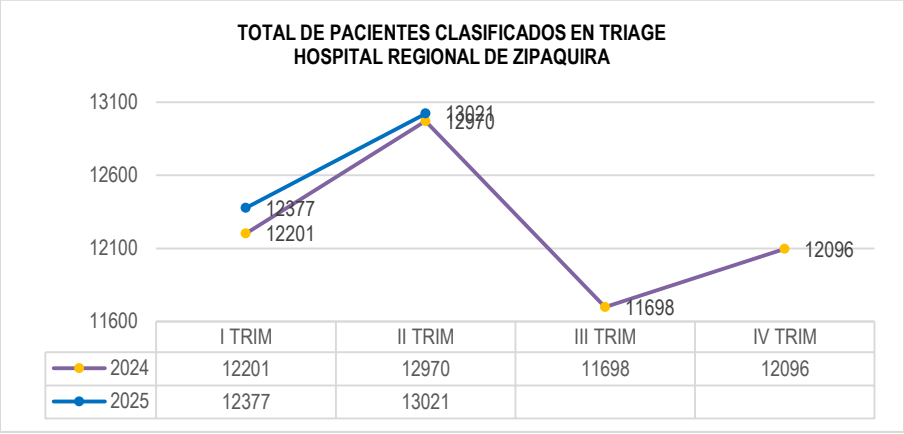
| Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica | Cumplimiento |
|---|---|
| Servicio farmacéutico | 89,47% |
| Servicio de imágenes diagnósticas | 96,64% |
| Servicio de toma de muestras de laboratorio clínico | 100,00% |
| Servicio de laboratorio clínico | 98,31% |
| Servicio de Vacunación | 96,49% |

Comparando los resultados obtenidos en el año anterior y los de este año 2025 en los servicios autoevaluados, se evidencia un aumento en el cumplimiento de las condiciones de habilitación a excepción del servicio farmacéutico, el cual disminuyo su porcentaje de cumplimiento. Esto se debe al NO cumplimiento de una de las condiciones de

habilitación: 14. Cuando el prestador de servicios de salud fabrique en su institución gases medicinales, cuenta con la certificación vigente de Buenas Prácticas de Manufactura expedida por el Invima o la entidad que haga sus veces. La cual fue subsanada una vez realizo la visita el Invima y se obtuvo la certificación de buenas practices.

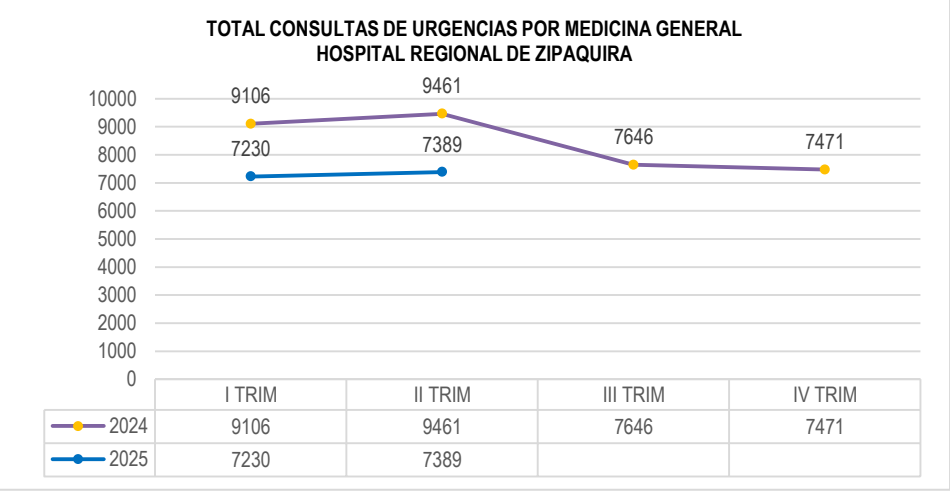
## CAPITULO VIII HOSPITAL REGIONAL ZIPAQUIRA

### 8.1 SERVICIO DE URGENCIAS




**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Para el segundo trimestre del año 2025 se registró un total de 13021 pacientes clasificados en Triage por Medicina General, lo que representa un aumento del 5,2 % con respecto al primer trimestre del año 2025 y un **SERVICIO DE URGENCIAS** aumento del 0,4% con respecto al segundo trimestre del año 2024, viendo entonces una tendencia al aumento del número de pacientes clasificados en Triage en el Hospital Regional de Zipaquirá.

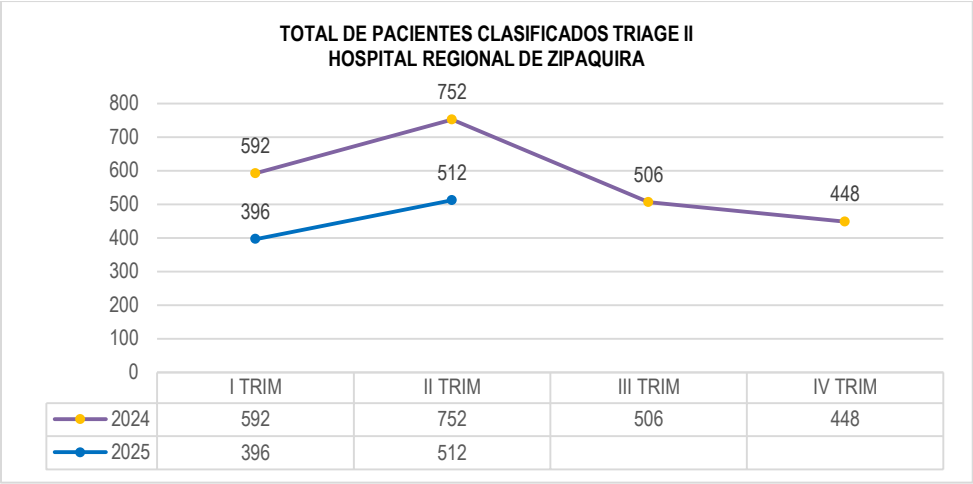



**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Para el segundo trimestre del año 2025 se registró un total de 7389 consultas de urgencias por Medicina General, lo que representa un aumento del 2,2% con respecto al primer trimestre del año 2025 y una disminución del 21,9% con respecto al segundo trimestre del año 2024, mostrando una mayor eficiencia en el proceso de clasificación de Triage respondiendo a la normatividad vigente expresada por la Resolución 5596 del 24 de diciembre del 2015 del

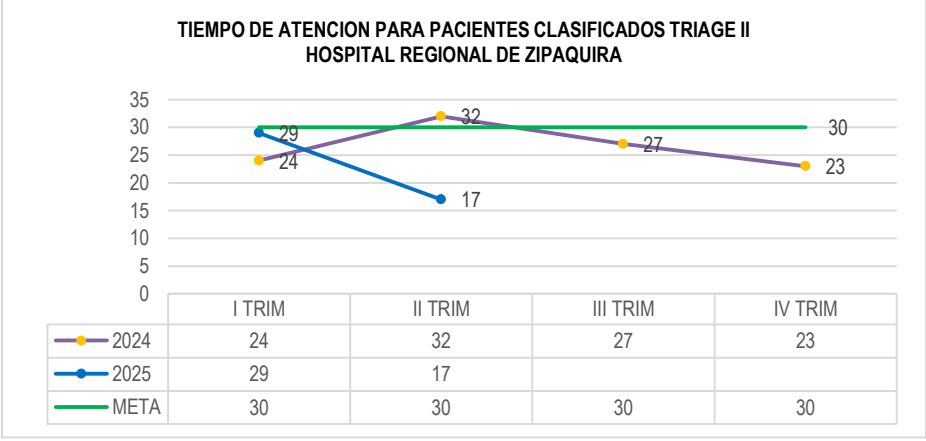
Ministerio de Salud y Protección Social, buscando el uso racional de los servicios de urgencias del departamento y teniendo en cuenta el nivel de complejidad alto del servicio de Urgencias del Hospital Regional de Zipaquirá.

## CLASIFICACIÓN DE TRIAGE




**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

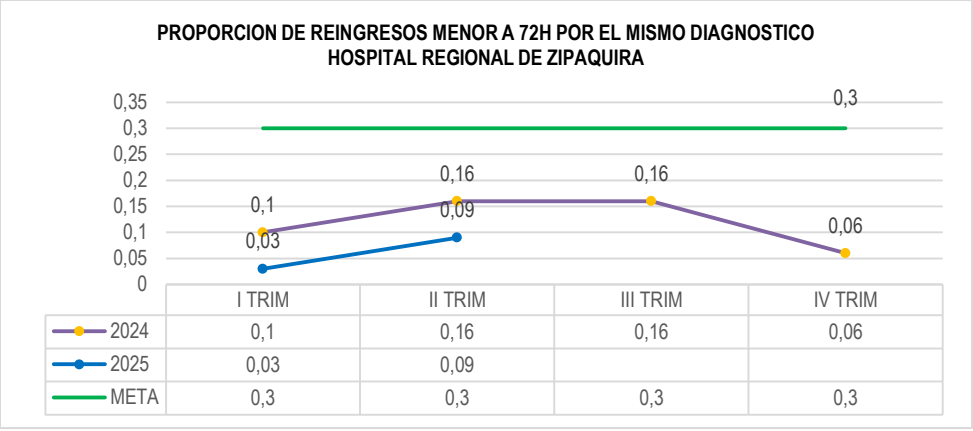
Para el segundo trimestre del año 2025 se registró un total de 512 pacientes clasificados como Triage II, lo que representa un aumento del 29,2 % con respecto al primer trimestre del año 2025 y una disminución del 31,9% con respecto al segundo trimestre del año 2024, evidenciándose una tendencia al aumento con respecto al trimestre anterior congruente con el aumento del número total de pacientes atendidos.




**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Para el segundo trimestre del año 2025 se registró un tiempo de espera promedio para inicio de atención de los pacientes clasificados como Triage II de 17 minutos continuando en metas, lo que representa una disminución del 41,3 % con respecto al primer trimestre del año 2025 y así mismo una disminución del 46,8% con respecto al segundo trimestre del año 2024, de esta forma continuando en metas estando el tiempo de atención por debajo de 30 minutos como lo recomienda la normatividad actual (Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social), estos resultados se han logrado mediante el abordaje del proceso de Triage e inicio de atención médica en el Servicio de Urgencias así como el proceso de Registro de la Historia Clínica, involucrando a todo el equipo de salud mediante estrategias de capacitación incluyendo talleres y simulacros y actividades de

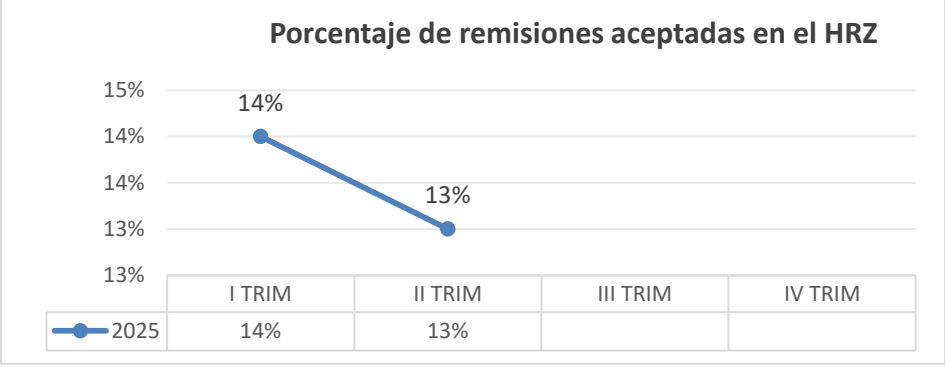
seguimiento continuo incluyendo acompañamiento, con el objetivo de lograr un mejor entrenamiento especifico y registro de la información pertinente en la Historia Clínica, garantizando de esta forma la disminución de los tiempos de inicio de atención de los pacientes clasificados como Triage II así como un correcto análisis de la información estadística que se obtiene de los registros de Historia Clínica.




**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Para el segundo trimestre del año 2025 encontramos una proporción de pacientes que reingresan al Servicio de Urgencias por el mismo diagnóstico en menos de 72 horas de 0.09 continuando en metas, lo que representa un aumento del 200% con respecto al primer trimestre del año 2025 y una disminución del 43,7% con respecto al segundo trimestre del año 2025. Esto representa un avance significativo en la definición de conductas dentro del Servicio de Urgencias basado en la adecuada definición de los pacientes que ingresan al mismo, mostrando una mayor articulación del diferente Talento Humano con el que contamos actualmente, así como una mayor disponibilidad de recursos incluyendo un mayor portafolio de servicios.

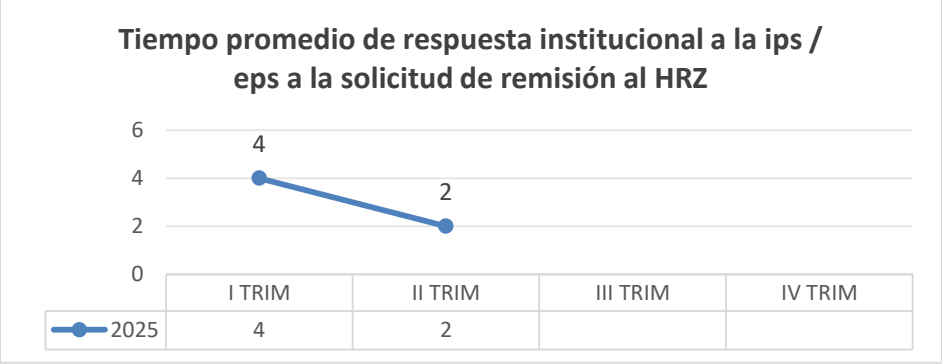
## 8.2 SERVICIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA




Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

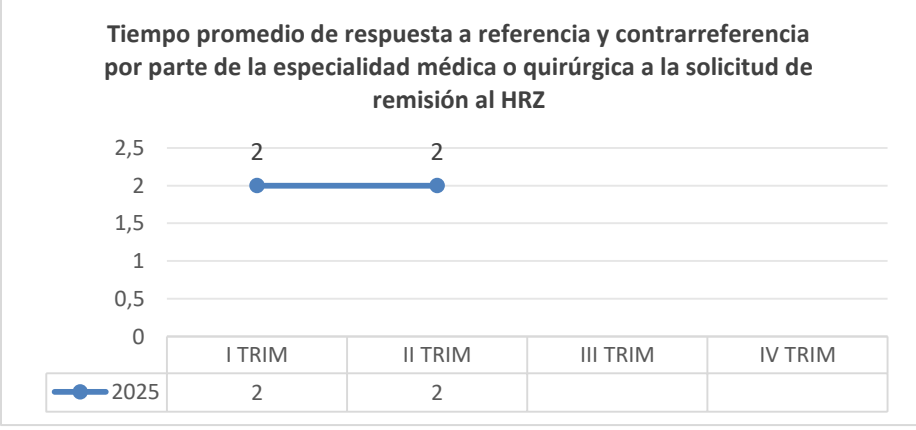
El indicador presenta resultados únicamente para 2025, con 14% en el primer trimestre y 13% en el segundo trimestre. Aunque la variación es mínima, se observa una ligera disminución, lo que podría sugerir ajustes en los criterios de aceptación de remisiones o una menor pertinencia en las solicitudes recibidas. Este indicador es clave

para evaluar la articulación del hospital con la red de referencia y contrarreferencia, ya que un porcentaje bajo podría indicar barreras en el acceso a servicios especializados, mientras que uno alto refleja mejor coordinación y capacidad resolutiva. Se recomienda complementar el análisis con información de la meta institucional y con el comportamiento histórico, para valorar si los niveles observados son adecuados o requieren estrategias de mejora en la comunicación y gestión de remisiones.



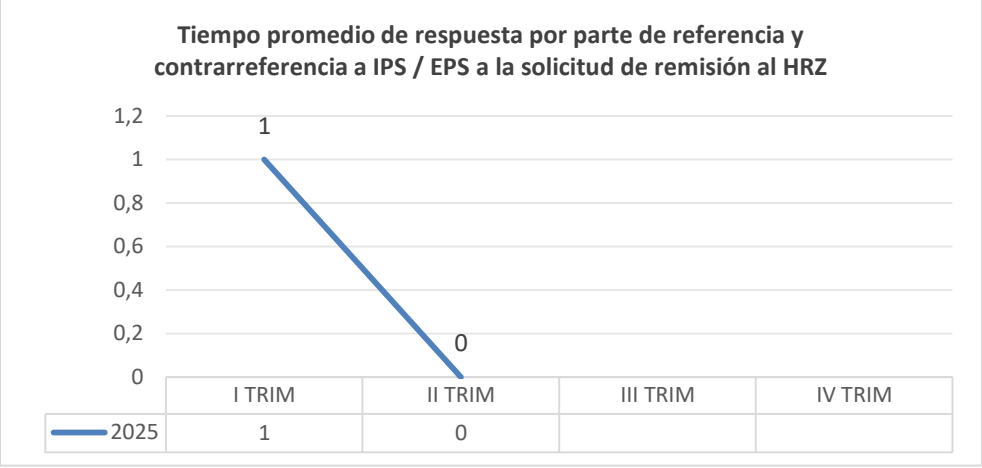

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El indicador refleja una mejoría en la oportunidad de respuesta durante 2025. En el primer trimestre el tiempo fue de 4 horas, mientras que en el segundo trimestre se redujo a 2 horas, mostrando un avance importante hacia una atención más ágil en la gestión de remisiones. Esta disminución del 50% en el tiempo de respuesta fortalece la eficiencia del sistema de referencia y contrarreferencia, favoreciendo la continuidad asistencial de los pacientes. No obstante, para consolidar esta tendencia es fundamental mantener mecanismos de seguimiento y monitoreo permanente, asegurando que la rapidez en la respuesta se acompañe de decisiones clínicas pertinentes y de una adecuada capacidad resolutiva del hospital.




Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El indicador muestra en 2025 un desempeño estable, con un tiempo de 2 horas tanto en el primer como en el segundo trimestre. Este resultado refleja una adecuada oportunidad en la comunicación y respuesta de las especialidades, favoreciendo la continuidad del proceso asistencial y la coordinación entre niveles de atención. Mantener este tiempo constante es positivo, ya que asegura que las solicitudes sean atendidas con agilidad; sin embargo, será importante vigilar la evolución en los siguientes trimestres para confirmar si esta tendencia se consolida y garantizar que la rapidez en la respuesta se traduzca en resolutividad clínica y no únicamente en trámites administrativos.




Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El indicador presenta en 2025 una reducción muy marcada: pasó de 1 hora en el primer trimestre a 0 horas en el segundo trimestre, lo que indica una atención prácticamente inmediata de las solicitudes. Este comportamiento refleja una mejora significativa en la oportunidad de respuesta y una alta eficiencia en la gestión de la red. Sin embargo, es necesario analizar con cautela estos resultados, ya que tiempos demasiado bajos pueden estar asociados a limitaciones en la forma de medición o al registro de la información. De confirmarse su validez, este desempeño representa un logro relevante para el hospital en términos de coordinación interinstitucional y garantía de acceso oportuno a la atención especializada.

### 8.3 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

Se presenta un informe comparativo de la gestión del servicio de Consulta Externa del II trimestre 2025 comparado con el mismo periodo del año 2024.

El portafolio actual del Hospital Regional de Zipaquirá se muestra a continuación:

| PORTAFOLIO CONSULTA EXTERNA. HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA. 2025 | | |
|---|---|---|
| 301 -ANESTESIA | 327 -MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | 342 -PEDIATRÍA |
| 302 -CARDIOLOGÍA | 329 -MEDICINA INTERNA | 344 -PSICOLOGÍA |
| 304 -CIRUGÍA GENERAL | 323-INFECTOLOGIA | 345 -PSIQUIATRÍA |
| 306 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA | 331 -NEUMOLOGÍA | 348 -REUMATOLOGÍA |
| 308 -DERMATOLOGÍA | 386- NEUMOLOGIA PEDIATRICA | 355 -UROLOGÍA |
| 309 -DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - NO ONCOLÓGICO | 332 -NEUROLOGÍA | 356-OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD (INFECTOLOGIA PEDIATRICA) |
| 312 -ENFERMERÍA | 333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | 369 -CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA |
| 316 -GASTROENTEROLOGÍA | 335 -OFTALMOLOGÍA | 372 -CIRUGÍA VASCULAR |
| 320 -GINECOBSTETRICIA | 337 -OPTOMETRÍA | 387 -NEUROCIRUGÍA |
| 361-CARDIOLOGIA PEDIATRICA | 339 -ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA | |
| 385-NEONATOLOGIA | 340 -OTORRINOLARINGOLOGÍA | |

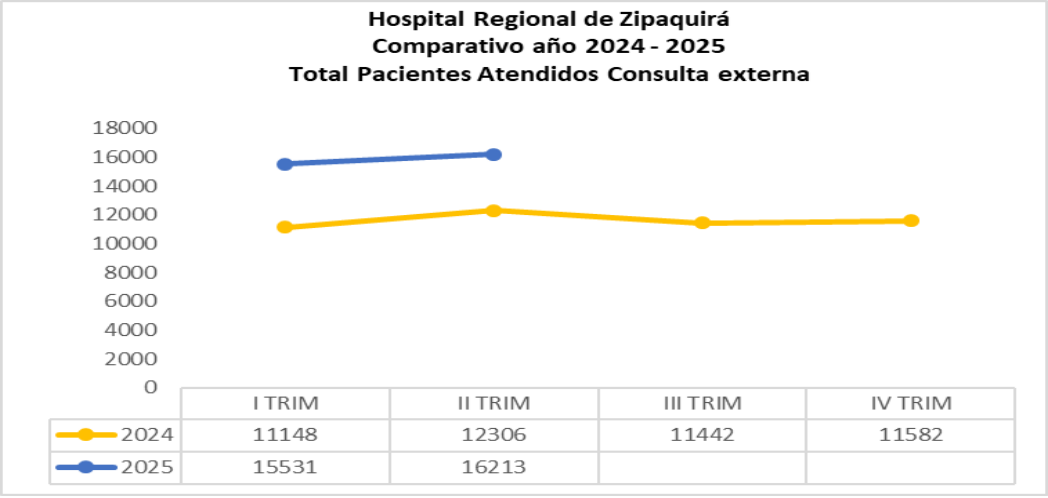
**Fuente**: Gestión asistencial 2025

Durante el segundo trimestre del 2025, el servicio de consulta externa de 31 especialidades habilitadas se registraron agendas para el 100%, la especialidad de Dolor y cuidados paliativos inicia reactivación del servicio a finales del mes de mayo del presente año; por el servicio de Cirugía Plástica se creó agenda para curaciones por dicha especialidad

En cifras reales la institución registró 16.213 atenciones en el II trimestre de 2025 presentado un aumento del 32 % con relación a el mismo periodo en el año 2024 de 12.306. Al realizar el análisis de la producción por tipo de aseguramiento, el régimen subsidiado representó el 50 % de las consultas realizadas, el régimen contributivo aportó 40 % de la producción, otros regímenes (ARL, SOAT, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD) el 9 % de la producción y extranjeros no asegurados el 1% del total de consultas realizada.

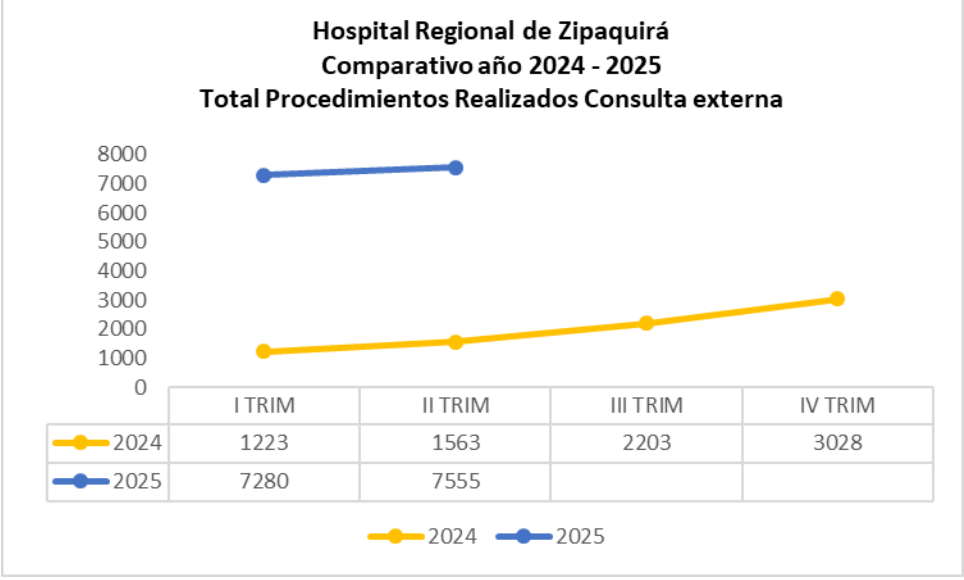
| Consulta Especializada | TRIM II 2024 | TRIM II 2025 | TRIM I 2025 |
|---|---|---|---|
| Horas médico-programadas consulta | 6843 | 7061 | 7092 |
| No de consultas asignadas | 14785 | 17289 | 16828 |
| No de consultas programadas | 14616 | 15135 | 14372 |
| No de consultas realizadas | 10743 | 8658 | 8251 |
| Total, de cancelaciones consultas | 71 | 118 | 165 |
| Total cancelaciones por el paciente consultas | 71 | 93 | 118 |
| Cantidad de inasistencias consultas | 1846 | 1196 | 1133 |
| % Cancelación por el paciente | 0,49% | 0,61% | 0,82% |
| % Cancelación institucional | 0,00% | 0,17% | 0,33% |
| % Uso capacidad de oferta | 74% | 57% | 57% |
| % de inasistencia | 12% | 7% | 7% |
| Rendimiento hora médico consulta | 1,57 | 1,23 | 1,16 |
| Rendimiento hora médico consulta esperada | 2,14 | 2,14 | 2,03 |

**Fuente:** Gestión asistencial 2025

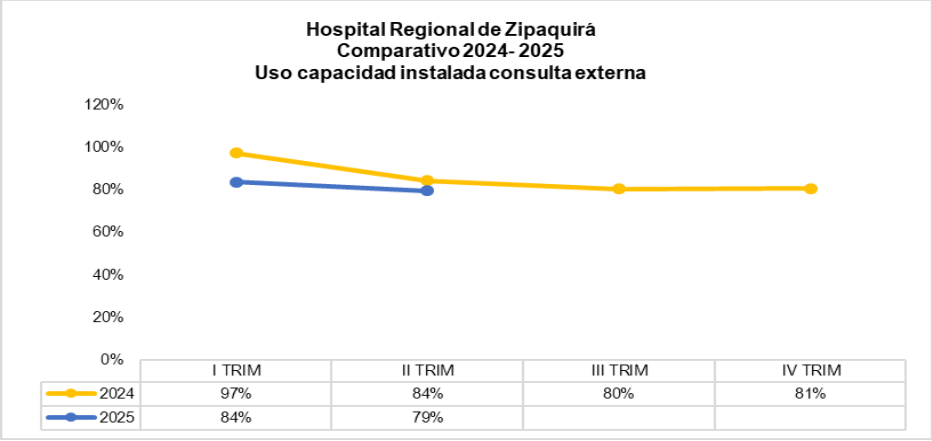



**Fuente:** Gestión asistencial 2025

En cifras reales la institución registró 16.213 atenciones en el II trimestre de 2025 presentado un aumento del 32 % con relación a el mismo periodo en el año 2024 de 12.306. comparando el total de pacientes atendidos en consulta externa durante el I y II trimestre del año 2025 se observa un aumento del 4 %, dado por aumento en agendas de recién nacido, Otorrinologia (a partir del mes de abril se aumenta 4 horas), reactivación de la especialidad de dolor y cuidados paliativos, Ginecología y obstetricia, Ginecología Alto riesgo, Oftalmología, ortopedia de rodilla (a partir del mes de mayo).




**Fuente:** Gestión asistencial 2025




**Fuente:** Gestión asistencial 2025

Para el II trimestre del 2025 se realizaron 8.658 Consultas y 7.555 procedimientos de las diferentes especialidades con relación al II trimestre del 2024 se realizaron 10.743 Consultas y 1.563 procedimientos, comparando el I trimestre (8251 consultas y 7280 procedimientos) y II trimestre del año 2025 (8.658 Consultas y 7.555 procedimientos) se registró un aumento del 5% en las consultas realizadas y un 4% en procedimientos realizados. Dado el aumento en la demanda de servicios tales como: procedimientos de Otorrinologia (Nasolaringoscopia), Cardiología (ecocardiograma transtorácico), cirugía plástica (curaciones), Dermatología (Biopsia, resección).

Por especialidad de manera consolidada, en el segundo trimestre del año 2025, Infectología pediátrica (1300%, Neumología pediátrica (400%), Infectología (240%), Neurología (203%), Cirugía pediátrica (75%), Cardiología Pediátrica (73%), Oftalmología (60%), Psicología (54%), presentaron variaciones positivas como resultado del aumento en la relación oferta demanda y mayor apertura de agendas. Las especialidades que presentaron variaciones negativas especialmente Optometría (-73) Cardiología (-63), Dolor y cuidados paliativos (-49), Neonatos (-41), Dermatología (-38), Ginecología (-26), Gastroenterología (-25), Recién nacido (-23), Nutrición (-22), Ortopedia (-21), Otorrinologia (-9), Cirugía vascular (-9), Neurocirugía (-4).

La oportunidad en general se mantiene dentro de límites aceptables y dentro de la norma, las especialidades con mayor tiempo de espera fueron Gastroenterología, Neurología, la cual se encuentra en el rango establecido no mayor a 30 días; las de menor oportunidad es Cardiología pediátrica, ortopedia de cadera y ortopedia de rodilla con oportunidad menor a un día.

En relación con el uso de la capacidad instalada el servicio de consulta externa cuenta con 23 consultorios para realizar la programación de consulta, durante el II trimestre del año 2025 ha presentado una variación del -6% comparando con el año inmediatamente anterior como se observa en el gráfico.

| Especialidad | Abril | Mayo | Junio |
|---|---|---|---|
| ANESTESIOLOGIA | 0,4 | 0,65 | 1,01 |
| CARDIOLOGIA | 0,24 | 0,29 | 0 |
| CARDIOLOGIA PEDIATRICA | 0,04 | 0,03 | 0,16 |
| CIRUGIA DE TORAX | N/A | N/A | N/A |
| CIRUGIA GENERAL | 0,11 | 0,57 | 3,67 |
| CIRUGIA PEDIATRICA | 0,04 | 0,27 | 11,85 |
| CIRUGIA PLASTICA | 0,32 | 0,48 | 1,68 |
| CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA | 7,54 | 7,72 | 16,41 |
| DERMATOLOGIA | 1,18 | 2,71 | 6,37 |
| DERMATOLOGIA PEDIATRICA | N/A | N/A | N/A |
| DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS | 0 | 0 | 0,33 |
| ENDOCRINOLOGIA | N/A | N/A | N/A |
| FISIATRIA | N/A | N/A | N/A |
| GASTROENTEROLOGIA | 20,24 | 19,83 | 22,56 |
| GINECOLOGIA PRENATAL ALTO RIESGO | 1,22 | 0,19 | 1,35 |
| GINECOLOGIA PISO PELVICO | N/A | N/A | N/A |
| GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | 0,77 | 1,04 | 0,53 |
| INFECTOLOGIA | 0 | 0 | 0 |
| INFECTOLOGIA PEDIATRICA | 0,67 | 0,25 | 0 |
| MAXILOFACIAL CIRUGIA PLASTICA | N/A | N/A | N/A |
| MEDICINA FISICA Y REHABILITACION | N/A | N/A | N/A |
| MEDICINA INTERNA | 0,09 | 1,82 | 8,53 |
| NEFROLOGIA | N/A | N/A | N/A |
| NEONATOLOGIA | N/A | N/A | N/A |
| NEUMOLOGIA | 0,64 | 1,94 | 10,8 |
| NEUMOLOGIA PEDIATRICA | 1,91 | 0,26 | 40,25 |
| NEUROCIRUGIA | 0,18 | 0,83 | 19,22 |
| NEUROLOGIA | 4,15 | 5,51 | 17,33 |
| NEUROLOGIA PEDIATRICA | N/A | N/A | N/A |
| NUTRICION | 0,16 | 5,5 | 1,43 |
| OFTALMOLOGIA | 0,96 | 1,59 | 4,58 |
| OPTOMETRIA | 0,13 | 7,69 | N/A |
| ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA | 0,52 | 1,63 | 5,72 |
| ORTOPEDIA DE CADERA | N/A | N/A | 0 |
| ORTOPEDIA DE RODILLA | N/A | 0,14 | 0,17 |
| OTORRINOLARINGOLOGIA | 1,6 | 2,49 | 4,18 |
| RECIEN NACIDOS | N/A | N/A | N/A |
| PSICOLOGIA | 0,05 | 2,74 | 18,42 |
| PSIQUIATRIA | 0,06 | 3,55 | 12,92 |
| REUMATOLOGIA | 0,14 | 0,42 | 5,14 |
| TERAPIA DEL LENGUAJE | 10,89 | 19,47 | 10,46 |
| TERAPIA OCUPACIONAL | 2,27 | 6,93 | 22,79 |
| UROLOGIA | 0,36 | 0,58 | 0,5 |
| **Total** | **4,19** | **3,84** | **6,45** |

Es relevante mencionar que se evidencia 0.79 % de cancelación de consulta y procedimientos en el II trimestre 2025, en la categoría de cancelación atribuible a la paciente dada por vencimiento de autorizaciones, circunstancias propias de los usuarios y llegada tarde; Se evidencia 0.25 % de cancelación institucional dada por fallo de asignación de citas. Por otra parte, el porcentaje de inasistencia mostró cifras del 9% durante el segundo trimestre del año 2025 mostrando una disminución del 5% con relación a el II trimestre del año anterior y una constante durante el I y II trimestre del año en curso.

| Consulta y Procedimiento Especializada | TRIM II 2024 | TRIM II 2025 | TRIM I 2025 |
|---|---|---|---|
| Horas médico-programadas consulta y procedimientos | 6843 | 8912 | 8485 |
| No de consultas y procedimientos asignadas | 14785 | 23060 | 21442 |
| No de consultas y procedimientos programadas | 14616 | 20396 | 18554 |
| No de consultas realizadas | 12306 | 16213 | 15531 |
| Total, de cancelaciones consultas y procedimientos | 83 | 212 | 275 |
| Total, cancelaciones por el paciente consultas y procedimientos | 83 | 161 | 217 |
| Cantidad de inasistencias consultas | 2075 | 2131 | 1829 |
| % Cancelación por el paciente | 0,57% | 0,79% | 1,17% |
| % Cancelación institucional | 0,00% | 0,25% | 0,31% |
| % Uso capacidad de oferta | 84% | 79% | 84% |
| % de inasistencia | 14% | 9% | 9% |
| Rendimiento hora médico consulta y procedimientos | 1,80 | 1,82 | 1,83 |
| Rendimiento hora médico consulta esperada | 2,14 | 2,29 | 2,19 |

**Fuente:** Gestión asistencial 2025

**Medicina Interna**. Indicador de gestión clínica de la Resolución 408 de 2018, evaluación anual del Gerente, meta son <15 días, pero para el HUS tenemos la meta en 10 días.

Oportunidad de 2.95 días en el trimestre, tanto para citas de 1er vez como para controles
Se atendieron 427 pacientes durante el II trimestre del año 2025. En relación con el II trimestre del año 2024 se atendieron 463 pacientes

**Cirugía General**, la oportunidad estuvo por debajo del máximo aceptable por norma que son 30 días, pero en el HUS tenemos la meta a 15 días.

Oportunidad a 1.39 días en el trimestre para citas de 1er vez y días para controles.

Se atendieron 446 pacientes durante el II trimestre del año 2025. En relación con el II trimestre del año 2024.se atendieron 367 pacientes.

**Ginecología**, la oportunidad estuvo por debajo del máximo aceptable por norma que son 8 días. Resultado en el trimestre, oportunidad a 0.85 días para citas de 1er vez y al día para controles.

Se atendieron 454 pacientes durante el II trimestre del año 2025. En relación con el II trimestre del año 2024 se atendieron 612 pacientes.

**Obstetricia**. Este es un indicador de gestión clínica de la **Resolución 408 de 2018**, evaluación anual del Gerente (consolidado con Ginecología), tiempo promedio de espera para la asignación de cita con meta <8 días, sin embargo, en el HUS tenemos la meta en <4 días.

Se obtuvo oportunidad a 0.82 días, para citas de 1er vez y al día para controles.

Se atendieron 461 pacientes durante el II trimestre del año 2025. En relación con el II trimestre del año 2024 se atendieron 258 pacientes.

### 8.3.1 COMPORTAMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO REALIZADOS EN CONSULTA EXTERNA

| PROCEDIMIENTOS | TOTAL TRIM II 2024 | TOTAL TRIM II 2025 |
|---|---|---|
| Horas médico-programadas procedimientos | 217 | 1851 |
| No de procedimientos asignadas | 1804 | 5771 |
| No de procedimientos programadas | 1675 | 5261 |
| No de procedimientos realizadas | 1563 | 7555 |
| Total de cancelaciones procedimientos | 12 | 94 |
| Total cancelaciones por el paciente procedimientos | 12 | 68 |
| Cantidad de inasistencias procedimientos | 229 | 935 |
| % Cancelación por el paciente | 0,72% | 1,29% |
| % Cancelación institucional | 0,00% | 0,49% |
| % Uso capacidad de oferta | 93% | 144% |
| % de inasistencia | 13% | 16% |
| Rendimiento hora médico procedimientos | 7,2 | 4,08 |
| Rendimiento hora médico procedimientos esperados | 7,72 | 2,84 |

**Fuente**: Gestión asistencial 2025

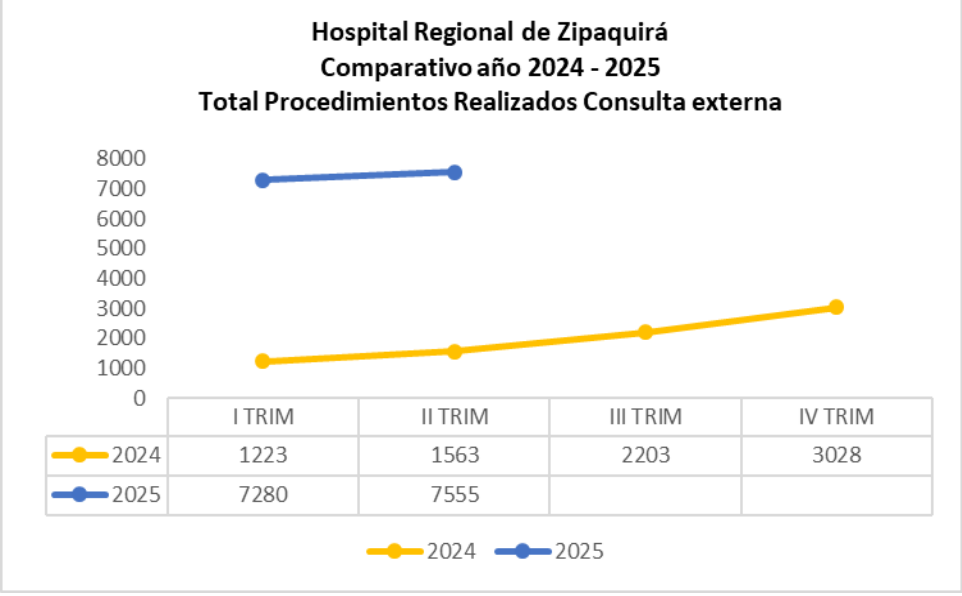
Para el II trimestre del año 2025 se realizaron 7555 procedimientos de las especialidades de:

Reumatología – biopsias de glándula salival
Oftalmología – interferometría, paquimetria y biometría, ECO, TAC, fotografía ocular
Neurología – poli sonograma
Neurología – telemetría, electroencefalogramas y bloqueos
Otorrinolaringología – Nasolaringoscopia, nasosinuscopia
Gastroenterología – colonoscopia y esofagogastroduodenoscopia
Dermatología - biopsia, cauterización
Dolor – bloqueos e infiltraciones
Cardiología – ECO, holter
Curaciones Clínica de heridas
Curaciones Plástica

| PROCEDIMIENTOS | Abril | Mayo | Junio | TOTAL TRIM II |
|---|---|---|---|---|
| Horas médico-programadas procedimientos | 610 | 636 | 605 | 1851 |
| No de procedimientos asignadas | 1978 | 2085 | 1708 | 5771 |
| No de procedimientos programadas | 1783 | 1855 | 1623 | 5261 |
| No de procedimientos realizadas | 2710 | 2956 | 1889 | 7555 |
| Total de cancelaciones procedimientos | 47 | 31 | 16 | 94 |
| Total cancelaciones por el paciente procedimientos | 28 | 25 | 15 | 68 |
| Cantidad de inasistencias procedimientos | 342 | 366 | 227 | 935 |
| % Cancelación por el paciente | 1,57% | 1,35% | 0,92% | 1,29% |
| % Cancelación institucional | 1,07% | 0,32% | 0,06% | 0,49% |
| % Uso capacidad de oferta | 152% | 159% | 116% | 144% |
| % de inasistencia | 17% | 18% | 13% | 16% |
| Rendimiento hora médico procedimientos | 4,44 | 4,65 | 3,12 | 4,08 |
| Rendimiento hora médico procedimientos esperados | 2,92 | 2,92 | 2,68 | 2,84 |

**Fuente:** Gestión asistencial 2025

En relación con el uso de la capacidad instalada el servicio de consulta externa con relación a procedimientos cuenta con 8 consultorios para realizar la programación de estos, durante el II trimestre del año 2025 ha presentado un uso 144%.

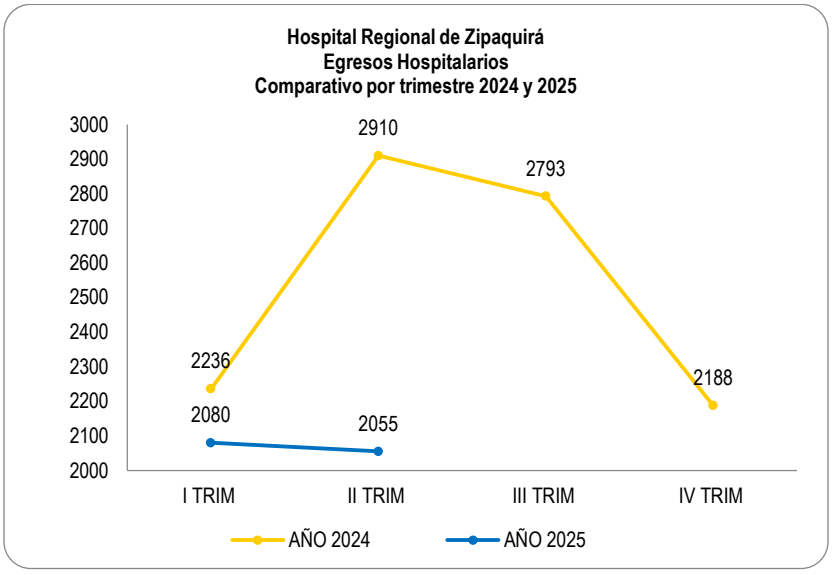



**Fuente**: Gestión asistencial 2025

La cancelación institucional por procedimientos presento un promedio 0.49 % durante el segundo trimestre del 2025 y una cancelación atribuible a el paciente de 1.29 % por vencimiento de autorizaciones, circunstancias propias de los usuarios como falta de recurso económico, falta de preparación; con relación a la cancelación institucional fue para el II trimestre de 0.49% dada por fallo en asignación; al realizar el análisis de la inasistencia se puede observar un 16%. Paciente enfermo, sin recurso.

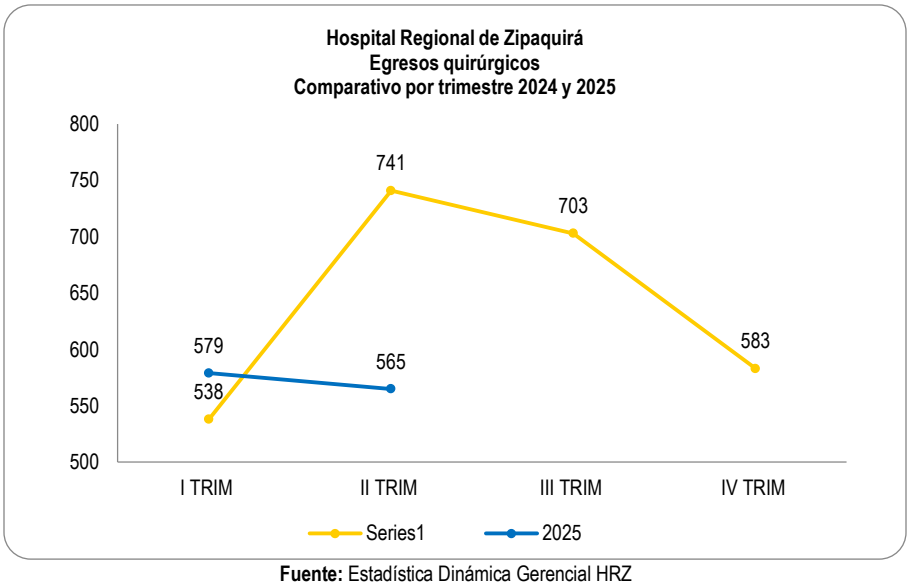
## 8.4 SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

En el Segundo trimestre de 2025 se registraron un total de 2,055 egresos hospitalarios, mientras que en el mismo período de 2024 fueron 2,910, lo que representa una variación negativa del 29%, y con respecto al primer trimestre 2025 la variación fue negativa del 1% Esta variación se debe al aumento de estancias prolongadas y al menor giro de camas en los servicios quirúrgicos



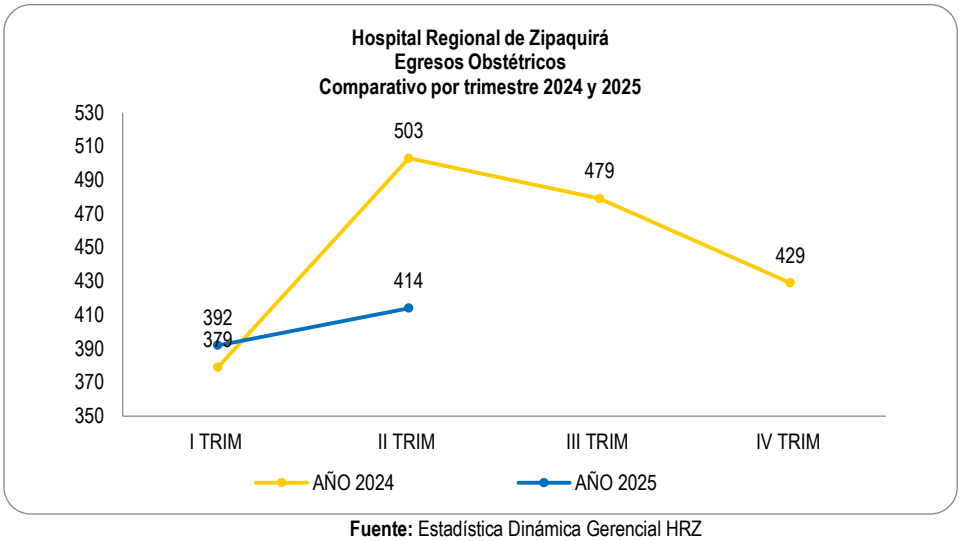

**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Los egresos quirúrgicos correspondientes al segundo trimestre de 2024 fueron 741, mientras que en el mismo periodo de 2025 fueron 565, lo que refleja una variación Negativa del 24% En términos generales esta disminución se debe al menor flujo de pacientes en el servicio de hospitalización quirúrgica con respecto al año 2024, y en relación con el segundo trimestre 2025 la variación fue negativa del 2%.



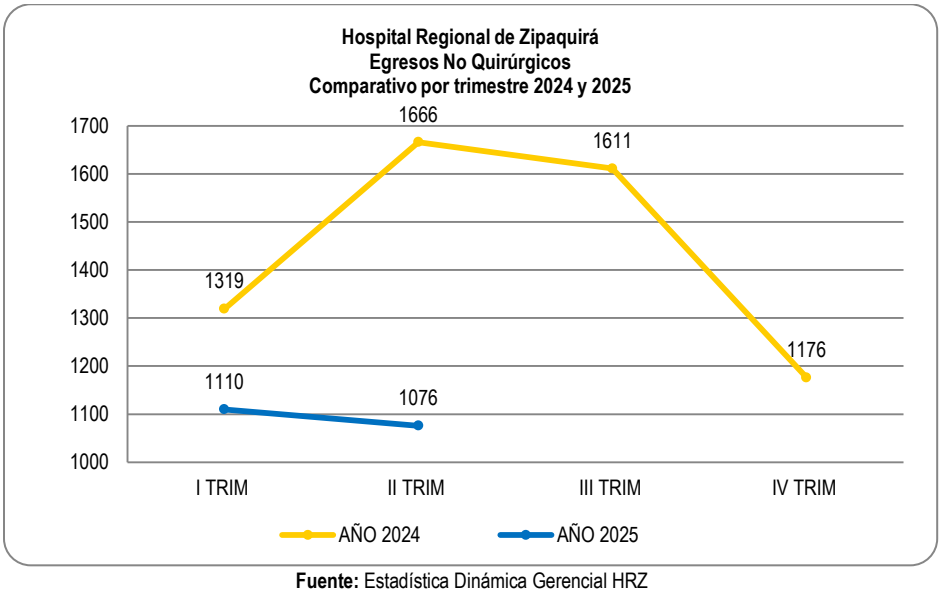

**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En cuanto a los egresos obstétricos, durante el segundo trimestre de 2024 se registraron 503, mientras que en el mismo periodo de 2025 fueron 414, lo que refleja una variación negativa del 18%. En relación del primer y segundo trimestre del 2025 los egresos obstétricos hubo una variación positiva del 6%, el incremento se debe a la continuidad de atención en las urgencias obstétricas, lo que ha aumentado la demanda espontánea de este servicio, así como a la mayor ocupación de camas




**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En cuanto a los egresos no quirúrgicos, durante el segundo trimestre de 2024 se registraron 1,666, mientras que en el mismo periodo de 2025 la cifra disminuyó a 1,076, lo que representa una variación negativa del 35%. Esta variación negativa se puede atribuir a la disminución del giro cama y el aumento de la estancia hospitalaria, en comparación del año 2025 la variación ha sido negativa em un 3%.




**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

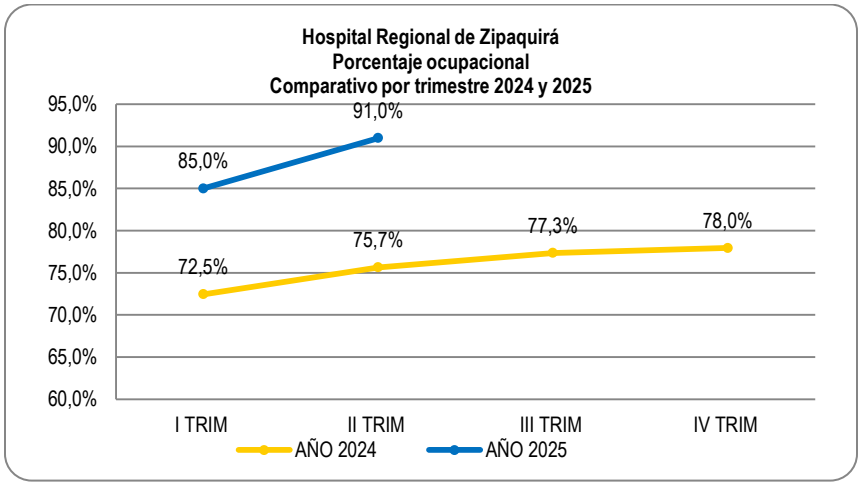
Al comparar el segundo trimestre de 2024 con el de 2025, en el número de camas es el mismo sin presentar variación con un total de 444 camas. El día cama disponible registró una variación negativa del 16% comparando segundo trimestres 2024 con el mismo periodo para el 2025, mientras que los días cama ocupados presento una

variación positiva del 13% lo que se puede explicar por las estancias prolongadas, el día estancia de los egresos presentó una negativa del 8%.

| HOSPITALIZACIÓN | TRIM I 2024 | TRIM II 2024 | TRIM III 2024 | TRIM IV 2024 | TRIM I 2025 | TRIM II 2025 | VAR TRIM II 2024 Y 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. CAMAS | 444 | 472 | 486 | 486 | 444 | 444 | -6% |
| DIA CAMA DISPONIBLE | 13468 | 14322 | 14904 | 14904 | 13320 | 13468 | -6% |
| NRO DIAS CAMA OCUPADA | 9758 | 10835 | 11528 | 11618 | 11324 | 12200 | 13% |
| NRO DIAS ESTANCIA EGRESOS | 11959 | 15028 | 13958 | 12716 | 13411 | 13814 | -8% |
| % OCUPACIONAL | 72,5% | 75,7% | 77,3% | 78,0% | 85,0% | 90,6% | 20% |
| PROMEDIO DIA ESTANCIA | 5,35 | 5,16 | 5,00 | 5,81 | 6,44 | 6,72 | 30% |
| GIRO CAMA | 5,04 | 6,17 | 5,75 | 4,50 | 4,69 | 4,63 | -25% |

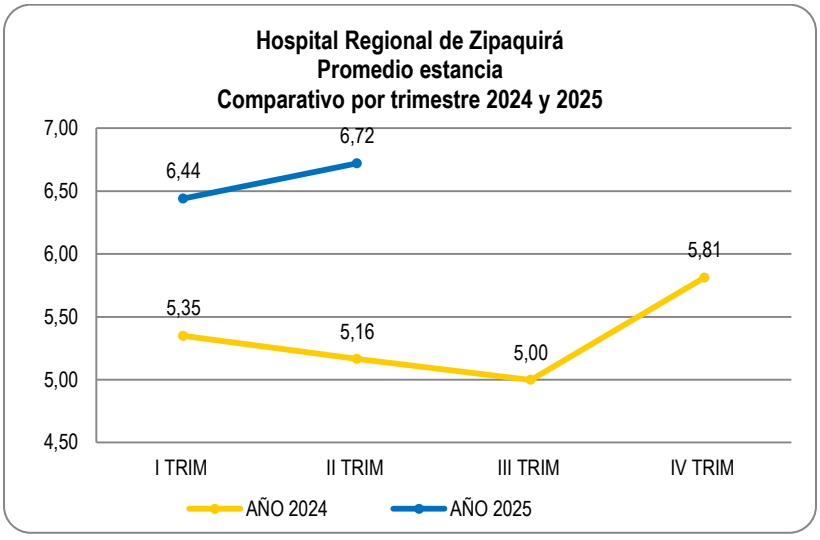
**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En el segundo trimestre de 2025, el porcentaje de ocupación fue del 91%, lo que representa una variación positiva del 7% en comparación con el periodo anterior de 2025, y en comparación al mismo periodo año 2024 la variación fue positiva del 20%.



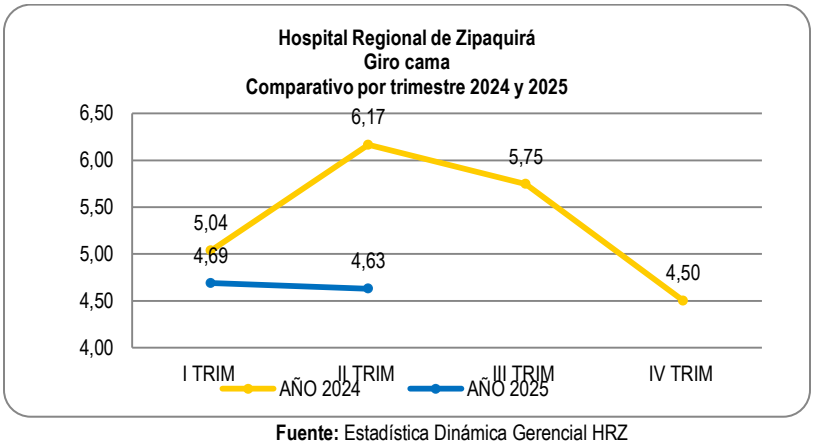

**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En el segundo trimestre de 2024, el promedio de estancia fue de 5.16 días, lo que representa una variación positiva del 30% en comparación con el mismo periodo de 2025, cuando el promedio de estancia fue de 6.72 días. En relación con el primer trimestre del 2025 la variación fue positiva del 4 % con un promedio de días estancia de 6.44 días.




**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En el segundo trimestre de 2024, el giro cama fue de 6.17 pacientes, mientras que en el mismo periodo de 2025 fue de 4.6 pacientes, lo que refleja una variación negativa del 25%. En relación con el primer trimestre del 2025 la variación fue negativa del 1%.

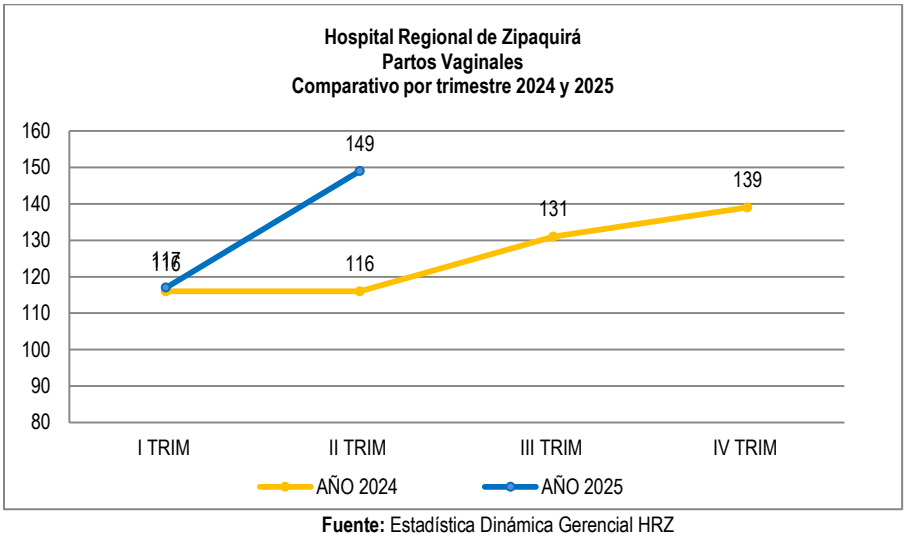



**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

## 8.5 SERVICIO DE SALA DE PARTOS

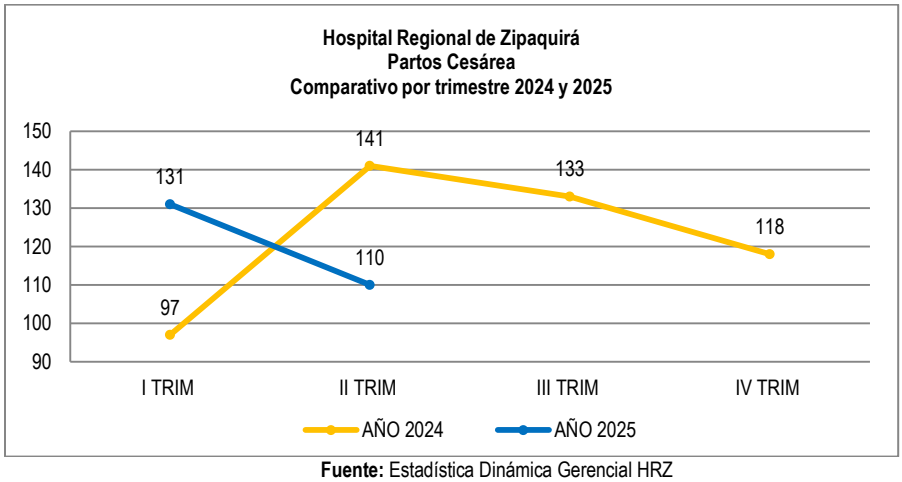
En el Segundo trimestre e de 2025, se registraron un total de 259 partos atendidos, mientras que en el mismo período de 2024 se atendieron 257 partos, lo que representa una variación positiva del 2% debido a que se mantuvo una demanda constante de urgencias obstétricas exclusivas. Se conservaron los niveles de atención tanto en mediana como en alta complejidad, así como el número de pacientes referidos a través del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. A pesar de las limitaciones, como la disponibilidad de solo 14 camas para el servicio, se mantuvo un aumento en la rotación de camas.

En relación con los partos vaginales, durante el Segundo trimestre de 2024 se atendieron 116 partos, mientras que en el mismo período de 2025 se registraron 149, lo que representa un incremento del 28%. Esta variación positiva se atribuye principalmente al mantenimiento de la demanda espontánea de partos de mediana y baja complejidad, en comparación con los partos vaginales atendidos en la institución durante el primer trimestre 2025, se mantuvo la variación positiva de un 27%



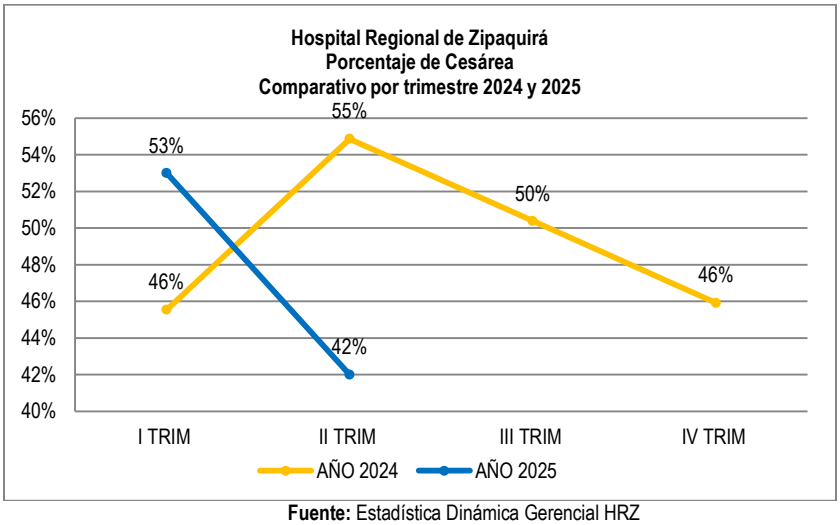

**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En cuanto a los partos por cesárea, en el segundo trimestre de 2024 se registraron 141 cesáreas atendidas, frente a 110 en el mismo período de 2025, lo que representa una variación negativa del 22% ya que la atención de partos vaginales fue mayor durante el segundo trimester,



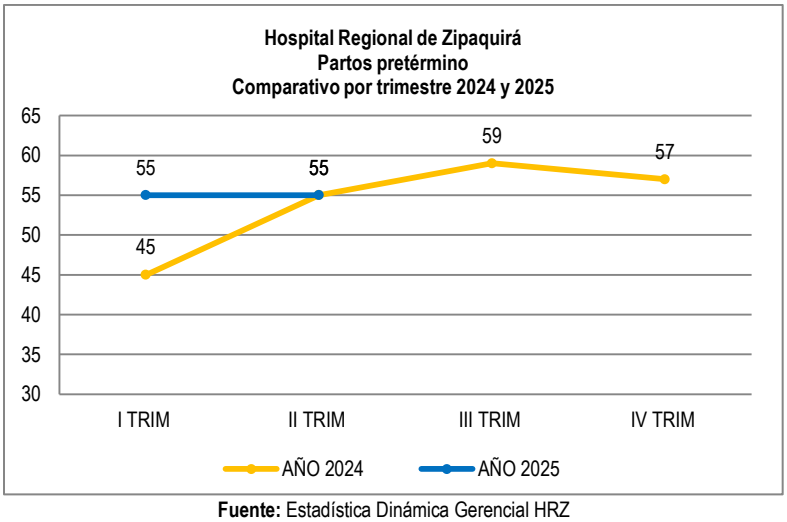

**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El porcentaje de cesáreas en el segundo trimestre de 2024 fue del 55%, mientras que en el mismo período de 2025 se redujo al 42%, lo que representa una variación negativa del 23% lo que corresponde a la atención de partos vaginales



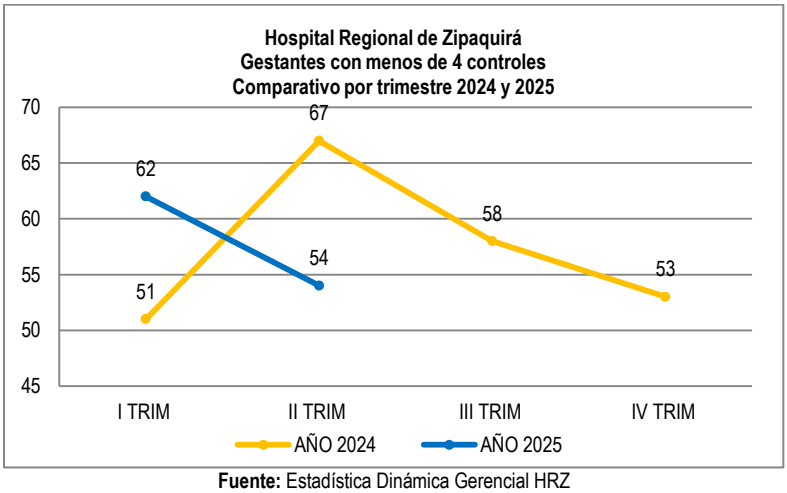

**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

La atención de partos pretérmino, en el segundo trimestre de 2024 se registraron 55 atenciones, al igual de en el segundo trimestre del 2025, sin variación.



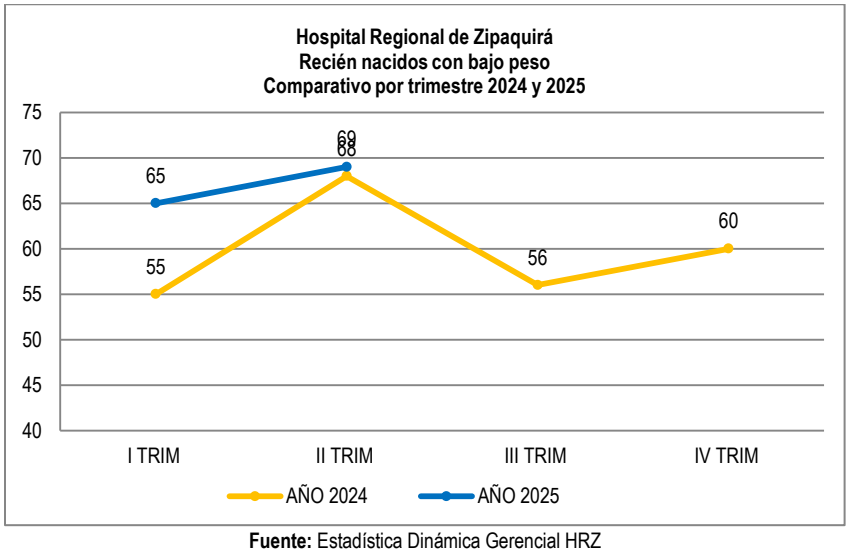

**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Las gestantes de alto riesgo que recibieron menos de cuatro controles prenatales, en el segundo trimestre de 2024 se registraron 67 atenciones, mientras que en el mismo período de 2025 se atendieron 54, lo que representa una variación Negativa del 19%. Lo que se puede atribuir a la actividad de canalización de pacientes oportuna de las EAPB




**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Los recién nacidos con bajo peso que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos al nacer, en el Segundo trimestre de 2024 se registraron 68 casos, mientras que en el mismo período de 2025 fueron 69, lo que representa una variación positiva del 1% lo cual se puede atribuir a la atención de alto riesgo brindada durante el primer trimestre del año en curso.

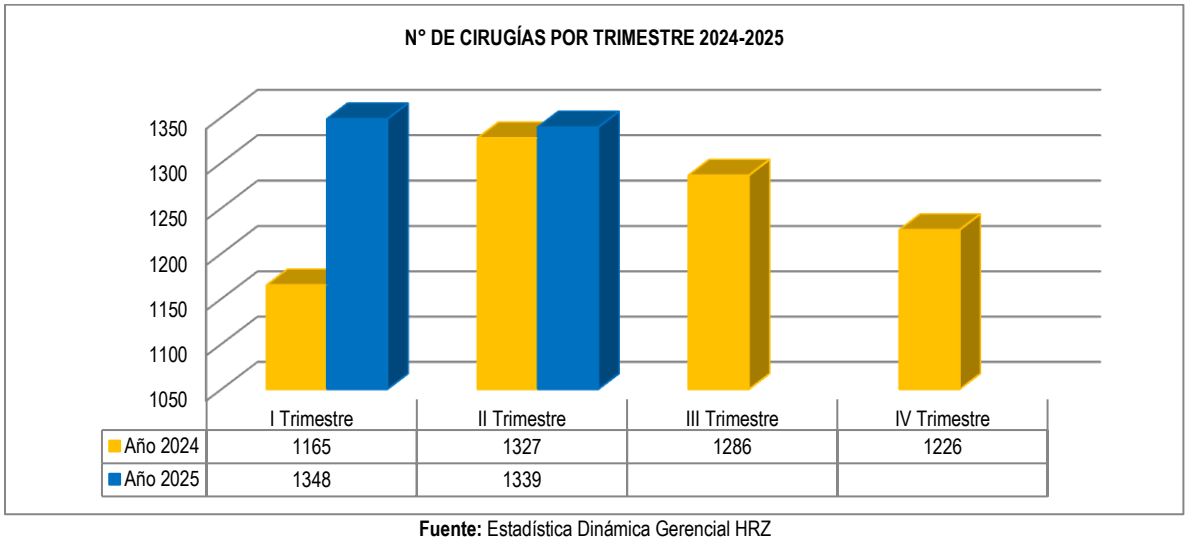



**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

## 8.6 SERVICIO DE SALAS DE CIRUGÍA

### 8.6.1 INDICADORES DE PRODUCCIÓN, OPORTUNIDAD

- **Producción de Cirugías por trimestre 2024-2025**




**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

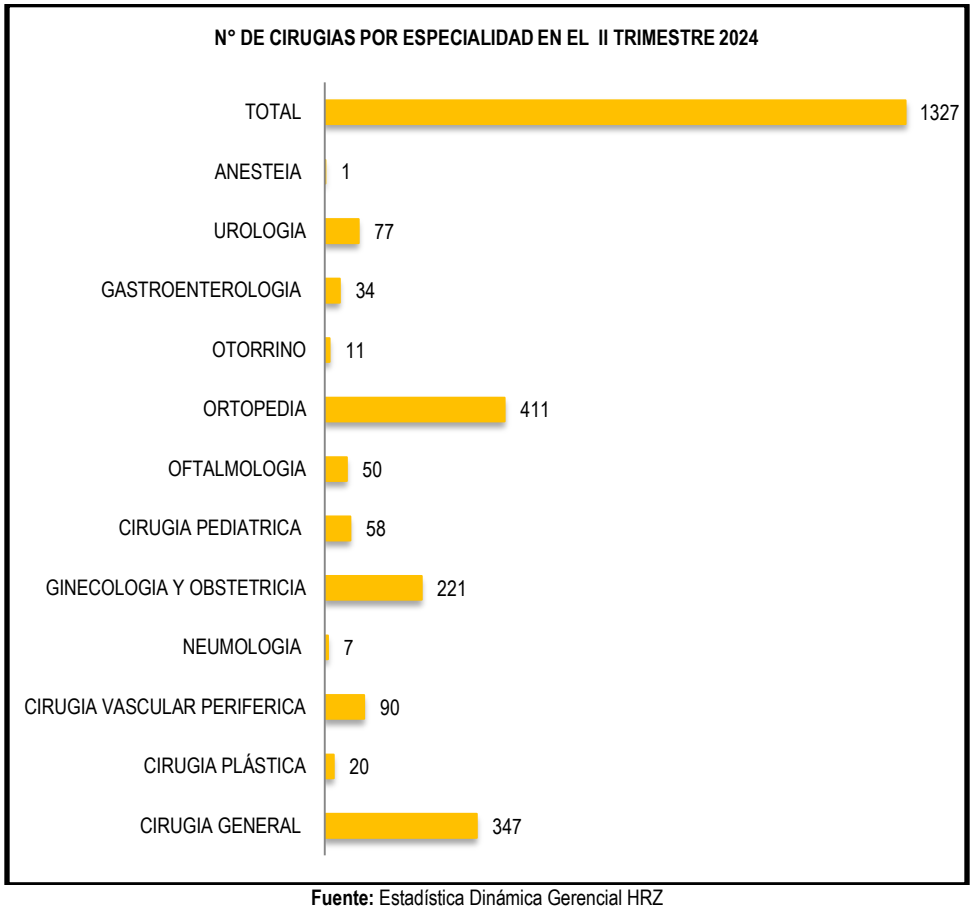
Durante el segundo trimestre de 2025 se realizaron 1.339 intervenciones quirúrgicas, lo que representa un incremento del 1 % en comparación con las 1.327 intervenciones efectuadas en el mismo período del año anterior. Este crecimiento, aunque moderado, refleja una tendencia sostenida de fortalecimiento en la capacidad resolutiva del área quirúrgica, tanto en volumen como en diversidad de procedimientos.

Este aumento obedece a múltiples factores. En primer lugar, se ha mantenido la realización continua de cirugías de diversa complejidad, desde procedimientos menores hasta intervenciones de alta especialización, todas ellas autorizadas por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). En segundo lugar, se ha observado un incremento en las remisiones realizadas por los especialistas quirúrgicos, así como una mayor demanda espontánea de pacientes que, tras ser valorados, fueron priorizados y programados de manera oportuna para cirugía.

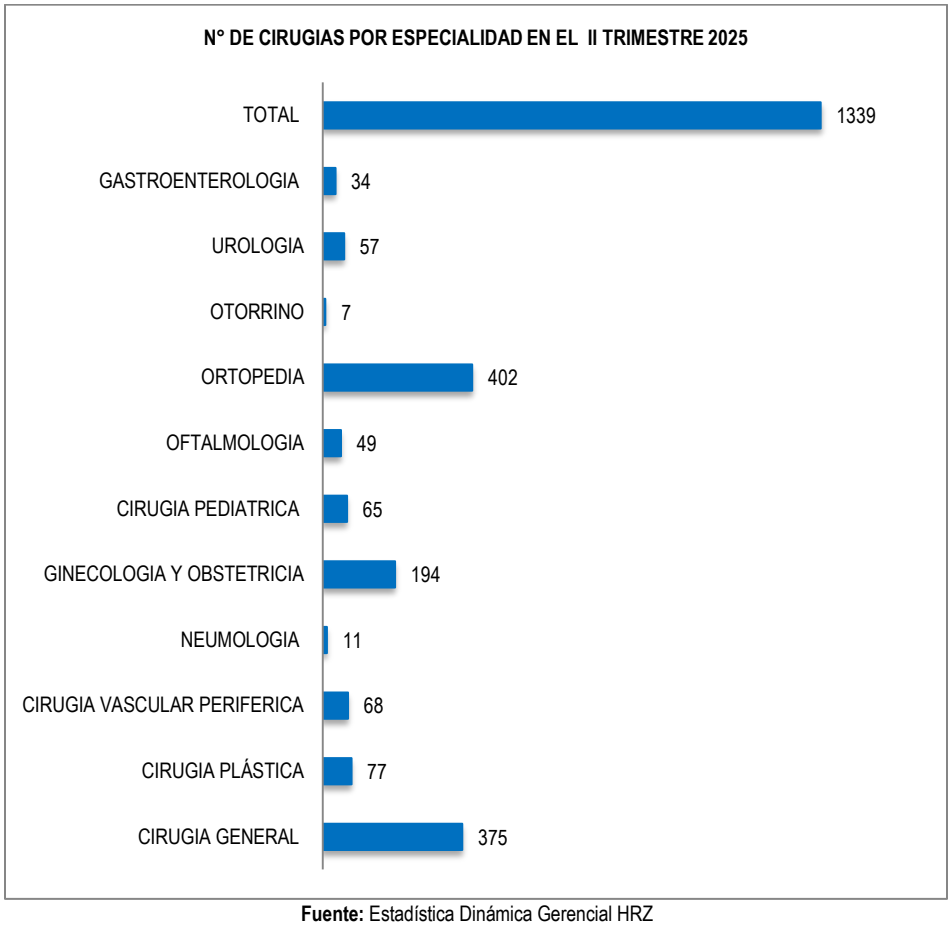
Estos resultados evidencian no solo la eficiencia en la gestión quirúrgica, sino también el compromiso de los equipos médicos y administrativos involucrados en el cuidado integral del paciente quirúrgico. La adecuada planificación, el cumplimiento riguroso de los protocolos establecidos y la coordinación efectiva entre los diferentes niveles de atención han sido fundamentales para alcanzar estos logros.

Asimismo, se ha fortalecido la comunicación clínica en todas las etapas del proceso quirúrgico desde la valoración inicial hasta el seguimiento postoperatorio, lo que ha permitido optimizar la recuperación de los pacientes, minimizar complicaciones y garantizar intervenciones más seguras y exitosas.

El aumento en el número de cirugías no solo refleja una mayor capacidad operativa y de resolución quirúrgica en algunas áreas quirúrgicas, sino también una mejora sustancial en la articulación de los procesos asistenciales, destacando la solidez de los equipos médicos, quirúrgicos y administrativos. Este crecimiento continuo reafirma el compromiso institucional con la calidad, la seguridad del paciente y la excelencia en la atención quirúrgica, posicionando a la institución como un referente regional en la prestación de servicios de cirugía.




**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ




**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El análisis de las intervenciones quirúrgicas realizadas durante el segundo trimestre de 2025, en comparación con el mismo período de 2024, revela cambios significativos en la distribución por especialidad. A continuación, se presenta el detalle:

**Distribución de cirugías por especialidad – 2° trimestre 2025:**

- Cirugía general: 375 intervenciones
- Ortopedia: 402 intervenciones
- Ginecología y obstetricia: 194 intervenciones
- Cirugía plástica: 77 intervenciones

**Distribución de cirugías por especialidad – 2° trimestre 2024:**

- Ortopedia: 411 intervenciones
- Cirugía general: 347 intervenciones
- Ginecología y obstetricia: 221 intervenciones
- Cirugía vascular: 90 intervenciones

Estos datos reflejan variaciones relevantes en la dinámica quirúrgica del Hospital Regional de Zipaquirá. El aumento significativo evidencia una mayor disponibilidad de talento humano especializado, recursos quirúrgicos y una mejora

sustancial en la capacidad resolutiva del servicio. Este cambio también puede atribuirse a una articulación con los servicios de consulta externa, diagnóstico oportuno y agilidad en los procesos de autorización por parte de las EAPB. En cuanto a cirugía plástica, que no se había reportado en 2024, su inclusión y aumento a 77 procedimientos en 2025 representa una ampliación en la oferta quirúrgica, posiblemente relacionada con la atención de pacientes con patologías reconstructivas o secuelas traumáticas y procesos oncológicos.

Cirugía general mostró un crecimiento moderado (de 347 a 375 intervenciones), lo que indica un sostenimiento de la demanda y una respuesta efectiva del equipo quirúrgico. Por otro lado, ginecología y obstetricia tuvo una leve disminución (de 221 a 194 procedimientos), posiblemente relacionada con una redistribución de casos hacia atención ambulatoria, o una menor incidencia de patologías quirúrgicas en este período.

### 8.6.2 COMPOSICIÓN DE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS – SEGUNDO TRIMESTRE 2025:

Durante este período se realizaron 1.339 cirugías, lo que representa un incremento del 1 % frente a las 1.327 intervenciones del segundo trimestre de 2024.

**Distribución por tipo de cirugía:**

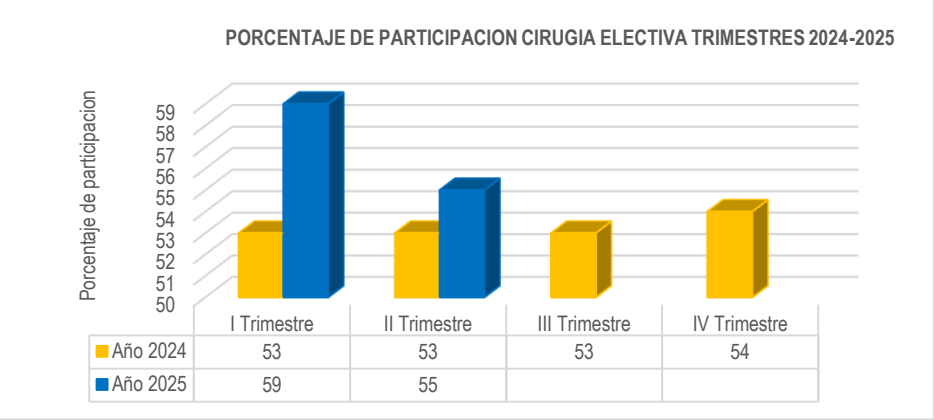
- Cirugías de urgencia: 605 procedimientos (45 %)
- Cirugías electivas: 734 procedimientos (55 %)

**Desglose de cirugías electivas:**

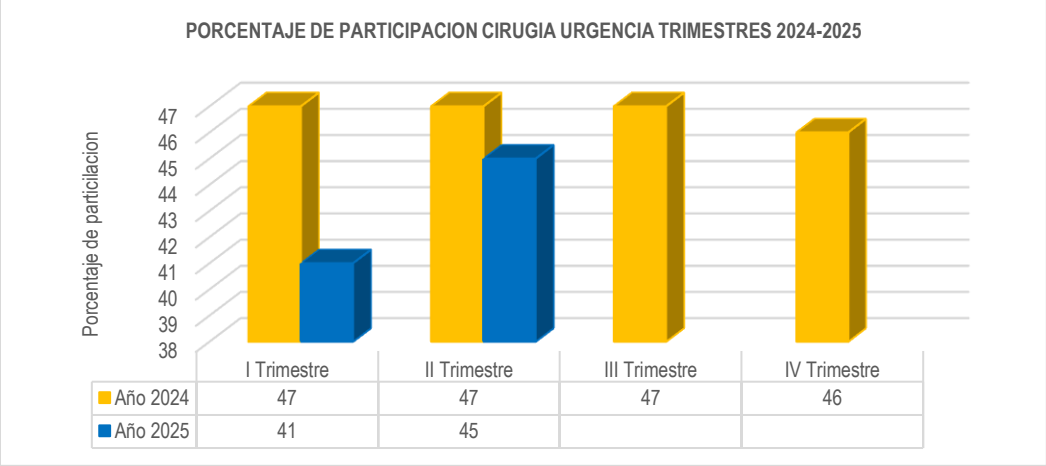
- Cirugías ambulatorias: 337 procedimientos (46 % del total electivo)
- Cirugías paciente hospitalización: 397 procedimientos (54 % del total electivo).

Este equilibrio entre urgencias y procedimientos programados refleja una adecuada gestión de los recursos quirúrgicos, permitiendo atender de manera oportuna tanto las situaciones clínicas que requieren intervención inmediata como aquellas que pueden planificarse. La proporción de cirugías ambulatorias también demuestra un uso eficiente de los recursos hospitalarios, promoviendo la recuperación en el entorno domiciliario cuando es clínicamente seguro.

El comportamiento observado durante el segundo trimestre de 2025 demuestra una expansión y diversificación sostenida en la actividad quirúrgica, con un marcado crecimiento en áreas como ortopedia y cirugía plástica. Esto sugiere no solo un aumento en la demanda, sino también una respuesta institucional oportuna y eficiente, en la que confluyen factores como la disponibilidad de personal capacitado, mejoras en la infraestructura, incorporación de nuevas especialidades y fortalecimiento en la relación con las EAPB.

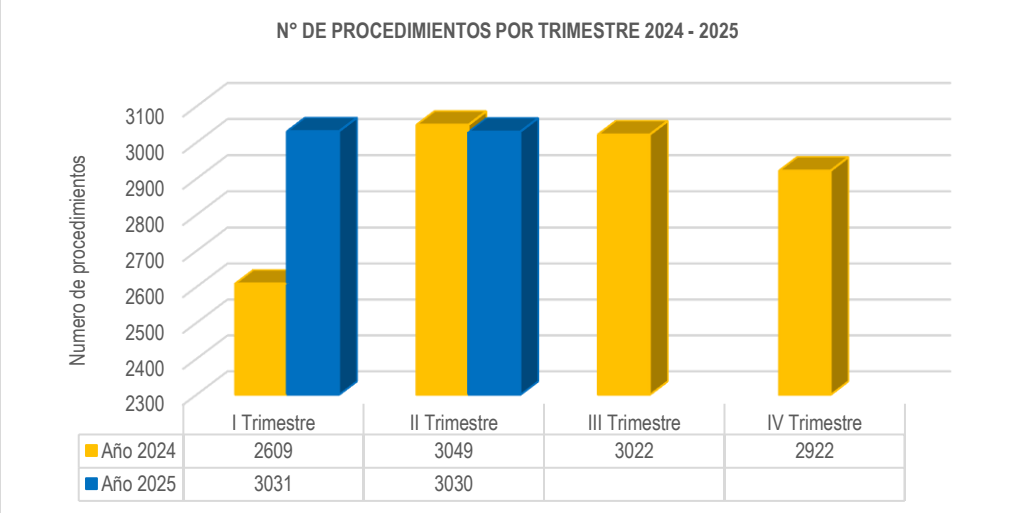



**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ




**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

## 8.6.3 N. º PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR TRIMESTRE 2024-2025




**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Durante el segundo trimestre de 2025 se realizaron un total de 3.030 procedimientos quirúrgicos, en comparación con los 3.049 procedimientos ejecutados en el mismo período del año 2024. Esta cifra representa una variación negativa del 1%, lo que refleja una leve disminución en la actividad quirúrgica institucional. Aunque el descenso es marginal en términos cuantitativos, resulta relevante al considerar su impacto acumulativo en los indicadores de producción y gestión hospitalaria.

**Factores que contribuyeron a esta disminución:**

- **Cancelación de servicios por parte de las EAPB**:
  La suspensión o no autorización de servicios quirúrgicos a pacientes con procesos ya iniciados por parte de algunas Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) generó interrupciones en la continuidad de la atención, afectando directamente la ejecución oportuna de procedimientos programados.

- **Limitaciones operativas internas:**
  Se evidenció una disminución en la disponibilidad de quirófanos, debido a trabajos de mantenimiento preventivo y correctivo. A ello se sumaron ajustes en la planificación de turnos y la rotación frecuente del personal especializado, lo cual generó una reducción temporal en la capacidad resolutiva del servicio quirúrgico.

- **Inestabilidad del talento humano en salud:**
  El incremento en la renuncia progresiva del personal asistencial ha generado dificultades en la continuidad operativa. Esta rotación constante implica iniciar repetidamente procesos de inducción y capacitación para nuevos colaboradores, afectando la eficiencia del equipo. A su vez, el sobrecargo del personal activo, al cubrir vacantes mientras se estabilizan los nuevos ingresos, ha generado fatiga laboral y desgaste profesional, impactando la productividad y calidad del servicio.

### 8.6.4 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR ESPECIALIDAD. II TRIMESTRE 2024 – 2025

| N° Procedimientos quirúrgicos por especialidad en el Trimestres 2024- 2025 | | | |
|---|---|---|---|
| ESPECIALIDAD | 2024 | 2025 | 2025 |
| | I Trim | I Trim | II Trim |
| CIRUGIA GENERAL | 404 | 573 | 639 |
| CIRUGIA PLASTICA | 31 | 261 | 231 |
| CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA | 352 | 360 | 200 |
| GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | 141 | 291 | 268 |
| NEUMOLOGIA | 28 | 76 | 35 |
| OFTALMOLOGIA | 71 | 94 | 76 |
| ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA | 1341 | 1125 | 1293 |
| OTORRINOLARINGOLOGIA | 11 | 9 | 15 |
| UROLOGIA | 69 | 80 | 63 |
| CIRUGÍA PEDIATRICA | 98 | 88 | 95 |
| CIRUGIA MAXILOFACIAL | 0 | 0 | 0 |
| GASTROENTEROLOGIA | 63 | 74 | 115 |
| GINECOLOGIA /CIRUGIA GENERAL | 0 | 0 | 0 |
| DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS | 0 | 0 | 0 |
| ANESTESIA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL** | **2609** | **3031** | **3030** |

**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Durante el segundo trimestre de 2025, las tres especialidades quirúrgicas con mayor volumen de procedimientos realizados fueron, en orden de participación: ortopedia, cirugía general y ginecología. A continuación, se detallan los porcentajes de participación y su variación respecto al mismo período del año anterior:

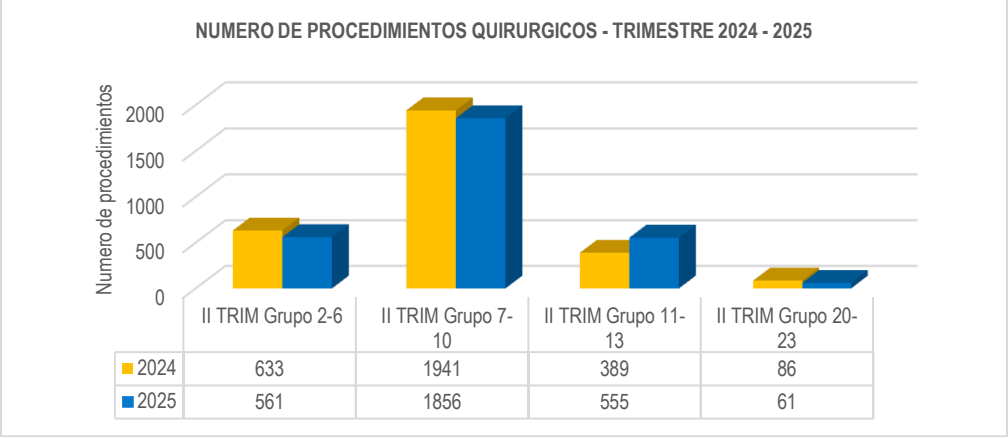
- **Ortopedia:** Registró una participación del 30% del total de procedimientos quirúrgicos, lo que representa una disminución de un punto porcentual frente al 31% alcanzado en el segundo trimestre de 2024. Esta reducción, aunque leve, podría estar relacionada con cambios en los patrones de referencia, disponibilidad de especialistas o reprogramaciones derivadas de limitaciones operativas debido a la disponibilidad de un ortopedista diario 12 horas para resolución de urgencias e intervenciones de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

- **Cirugía General:** Ocupó el segundo lugar con una participación del 28%, reflejando un incremento de 2 puntos porcentuales en comparación con el 26% registrado en el mismo trimestre del año anterior. Este crecimiento sugiere una mayor demanda o eficiencia en la programación de cirugías generales, posiblemente influida por una priorización institucional de procedimientos de alta resolución y disponibilidad y resolución de grupo de especialistas existentes.

- **Ginecología:** Se ubicó en el tercer lugar con una participación del 14%, evidenciando una disminución de 3 puntos porcentuales respecto al 17% reportado en el segundo trimestre de 2024. Esta baja podría estar relacionada con una menor demanda de procedimientos gineco-obstétricos quirúrgicos, variaciones en los esquemas de atención, o cambios en las políticas de remisión y cobertura de las EAPB.

Este comportamiento evidencia tanto retos operativos como potenciales áreas de crecimiento, que deben ser gestionadas estratégicamente para asegurar una atención quirúrgica equitativa, eficiente y centrada en las necesidades reales de la población.

### 8.6.5 NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS POR GRUPO QUIRÚRGICO –TRIMESTRE 2024 A 2025




| | II TRIM Grupo 2-6 | II TRIM Grupo 7-10 | II TRIM Grupo 11-13 | II TRIM Grupo 20-23 |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 633 | 1941 | 389 | 86 |
| 2025 | 561 | 1856 | 555 | 61 |

**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Durante el segundo trimestre de 2025, se realizaron un total de 561 procedimientos quirúrgicos correspondientes a los grupos 2 al 6, en comparación con los 633 procedimientos ejecutados en el mismo período del año 2024. Esta cifra representa una disminución del 11.4% en volumen absoluto y una participación del 19% sobre el total de procedimientos realizados en el trimestre, lo cual evidencia una reducción sostenida en la actividad quirúrgica de baja complejidad.

Entre los procedimientos realizados en este grupo se incluyen:

- Toracostomía cerrada para drenaje
- Sutura de matriz ungueal
- Biopsia de ganglio linfático superficial
- Reducción cerrada de luxación en hombro
- Reconstrucción primaria de tendón de Aquiles vía abierta
- Resección de tumor benigno o maligno de piel o tejido celular subcutáneo de área especial, entre tres a cinco centímetros

La disminución en la actividad quirúrgica de baja complejidad. Es posible que se haya registrado una menor demanda de estos procedimientos por parte de la población, ya sea por cambios en el comportamiento de búsqueda de atención, resolución en niveles previos o menor captación de pacientes para cirugías electivas de menor urgencia.

Durante el segundo trimestre de 2025, se realizaron un total de 1.853 procedimientos quirúrgicos clasificados en los grupos 7 a 10, en comparación con los 1.941 procedimientos realizados en el mismo período del año 2024. Esta cifra representa una disminución del 4.5% en el volumen de intervenciones, y una participación del 61% sobre el total de procedimientos quirúrgicos ejecutados en el trimestre, lo que consolida a este grupo como el de mayor peso relativo dentro de la actividad quirúrgica institucional.

Entre los procedimientos realizados en este grupo se incluyen:

- Resección de pterigión simple (nasal o temporal) con injerto
- Desbridamiento lavado y limpieza de articulación de codo vía abierta
- Salpingo-ooforectomía unilateral por laparotomía
- Laparotomía exploratoria
- Colecistectomía por laparoscopia
- Enterorrafia vía laparoscópica
- Reducción abierta fractura fijación interna (dispositivos fijación u osteosíntesis) clavícula
- Apendicetomía por laparoscopia

Durante el segundo trimestre de 2025, se realizaron un total de 555 procedimientos quirúrgicos correspondientes a los grupos 11 a 13, frente a los 389 procedimientos registrados en el mismo período del año 2024. Esta cifra representa un aumento absoluto de 166 intervenciones, equivalente a un incremento del 42.7%. Estos procedimientos representaron aproximadamente el 18% del total de la actividad quirúrgica institucional en el trimestre, lo que señala una tendencia creciente en la atención de cirugías de alta complejidad.

Entre los procedimientos realizados en este grupo se incluyen:

- Reducción abierta de fractura en diáfisis de fémur con fijación interna (dispositivos de fijación u osteosíntesis)
- Colgajo local de piel compuesto de vecindad entre cinco a diez centímetros cuadrados
- Adenomectomía o prostatectomía transvesical
- traqueostomía vía percutánea
- Reducción abierta de fractura en fémur (cuello, intertrocanterica, supracondílea) con fijación interna (dispositivos de fijación u osteosíntesis)
- Pericardiotomía vía abierta
- Ligadura y escisión de safena interna

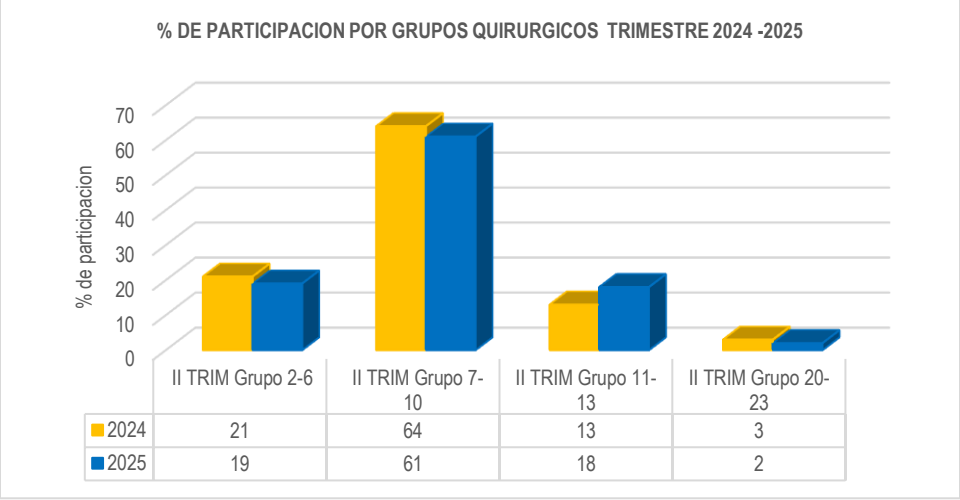
Este aumento sugiere una mayor disponibilidad y capacidad dentro de estas especialidades quirúrgicas, lo que podría traducirse en un mayor número de pacientes atendidos y un acceso mejorado a estos procedimientos.
Durante el segundo trimestre de 2025, se realizaron un total de 61 procedimientos quirúrgicos correspondientes a los grupos 20 a 23, en comparación con los 86 procedimientos realizados en el mismo período de 2024. Esto representa una disminución del 29% en volumen y una participación del 2% sobre el total de procedimientos quirúrgicos institucionales durante el trimestre.

Aunque su volumen absoluto es menor en relación con otros grupos, estos procedimientos se caracterizan por su alta complejidad técnica, requerimientos de infraestructura especializada y elevado impacto clínico.

Entre los procedimientos realizados en este grupo se incluyen:

- Anastomosis de nervio facial
- Reemplazo protésico total primario simple de cadera
- Revisión reemplazo total de cadera
- Reconstrucción de ligamento cruzado anterior con injerto autólogo o con aloinjerto por artroscopia

### 8.6.6 ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR GRUPOS (2024-2025)




**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El análisis de la actividad quirúrgica correspondiente al segundo trimestre de 2025 ofrece una visión integral del desempeño operativo del hospital, permitiendo identificar tendencias clave en la distribución de procedimientos según su nivel de complejidad. En términos generales, se evidencia una tendencia hacia la concentración progresiva de la producción quirúrgica en los grupos de mayor complejidad, lo cual está en línea con los objetivos institucionales de fortalecimiento de la capacidad resolutiva especializada, particularmente en los grupos 11 a 13 y 20 a 23.

1. **Grupos Quirúrgicos 2 al 6 – Baja Complejidad**

- Segundo trimestre de 2024: 633 procedimientos (21% del total)
- Segundo trimestre de 2025: 561 procedimientos (19% del total)
- Variación interanual: ↓ 11.4% (reducción de 72 procedimientos)

Este descenso en la participación y volumen de procedimientos de baja complejidad puede estar relacionado con varios factores:

- Priorización institucional de procedimientos de mayor complejidad, en función del uso eficiente del recurso quirúrgico disponible.
- Reducción en la demanda asistencial para cirugías menores, posiblemente por resolución en el primer nivel de atención, cambios en las coberturas o postergación voluntaria de intervenciones electivas por parte de los pacientes.
- Demoras en procesos administrativos y autorizaciones por parte de las EAPB, que afectan con mayor frecuencia a procedimientos ambulatorios y de bajo costo.
- Limitaciones operativas puntuales que obligan a reprogramar o cancelar cirugías menos urgentes frente a la presión asistencial o escasez de talento humano.

**2. Grupo Quirúrgico 7–10 – Mediana Complejidad**

- Segundo trimestre de 2024: 1.941 procedimientos (64% del total)
- Segundo trimestre de 2025: 1.853 procedimientos (61% del total)
- Variación interanual: ↓ 4.5% (reducción de 88 procedimientos)

La disminución en el número absoluto de intervenciones y en el porcentaje de participación de los grupos de mediana complejidad representa un cambio relevante, dado que este grupo históricamente concentra la mayor proporción de la actividad quirúrgica institucional.

La priorización institucional de procedimientos de mayor complejidad (grupos 11 a 13) podría haber limitado el tiempo quirúrgico disponible para intervenciones de mediana complejidad, como apendicectomías, cesáreas o eventrorráfias, además la rotación y renuncias del personal asistencial, cambios en los equipos quirúrgicos, o mantenimiento de quirófanos puede haber restringido temporalmente la capacidad operativa para cirugías de este grupo.

Otro factor que pudo afectar en esta disminución es; algunos procedimientos que tradicionalmente estaban en el grupo 7–10 podrían haber sido reclasificados o sustituidos por técnicas más complejas, trasladando parte de la carga quirúrgica a los grupos de alta complejidad.

A pesar de esta disminución los procedimientos de mediana complejidad constituyen el núcleo operativo de la actividad quirúrgica general y aunque la reducción del 4.5% en el grupo 7–10 no representa un descenso crítico, dado que este grupo continúa representando más del 60% del total de procedimientos, su comportamiento es clave para la sostenibilidad y eficiencia del modelo quirúrgico institucional.

**3. Grupo Quirúrgico 11–13 – Procedimientos de Alta Complejidad**

- Segundo trimestre de 2024: 389 procedimientos (13% del total).
- Segundo trimestre de 2025: 555 procedimientos (18% del total).
- Variación interanual: ↑ 42.7% (incremento de 166 procedimientos).

Durante el segundo trimestre de 2025, se registró un aumento significativo en los procedimientos quirúrgicos correspondientes a los grupos 11 a 13, que agrupan intervenciones de alta complejidad técnica, mayor tiempo quirúrgico y necesidad de tecnología especializada.

Este crecimiento del 42.7% en volumen, acompañado de un aumento del 5% en participación relativa, refleja varios

aspectos positivos del desempeño institucional como son; el liderazgo sostenido del hospital como centro de referencia responde al fortalecimiento del rol institucional como cabeza de red, con capacidad para resolver patologías complejas remitidas desde otros niveles de atención.

Parte de este aumento puede estar vinculado a la resolución de procedimientos aplazados en periodos anteriores, especialmente durante fases de limitación operativa o priorización de urgencias, además la institución ha orientado sus esfuerzos hacia la optimización del uso de quirófanos para procedimientos de mayor impacto clínico, promoviendo la atención integral y especializada de pacientes con requerimientos complejos.

Estos grupos quirúrgicos representan un segmento crucial en el perfil quirúrgico del hospital, no solo por el nivel técnico requerido, sino también por su relevancia en el posicionamiento institucional, la eficiencia clínica y el cumplimiento de metas de alta complejidad. Además, contribuye al desarrollo profesional del talento humano y a la consolidación del hospital como centro de formación y referencia quirúrgica.

Este resultado ratifica el papel del hospital como un actor clave en la red de servicios de alta complejidad, con capacidad resolutiva, técnica y humana para responder a las necesidades más exigentes del sistema de salud.

**4. Grupo Quirúrgico 20–23 – Procedimientos de Muy Alta Complejidad**

- Segundo trimestre de 2024: 86 procedimientos realizados (3% del total).
- Segundo trimestre de 2025: 61 procedimientos realizados (2% del total).
- Variación interanual: ↓ 29.1% (reducción de 25 procedimientos).

Durante el segundo trimestre de 2025, se evidenció una disminución significativa en el número de procedimientos quirúrgicos correspondientes al Grupo 20–23, el cual agrupa intervenciones de muy alta complejidad, con requerimientos técnicos, logísticos y humanos altamente especializados.

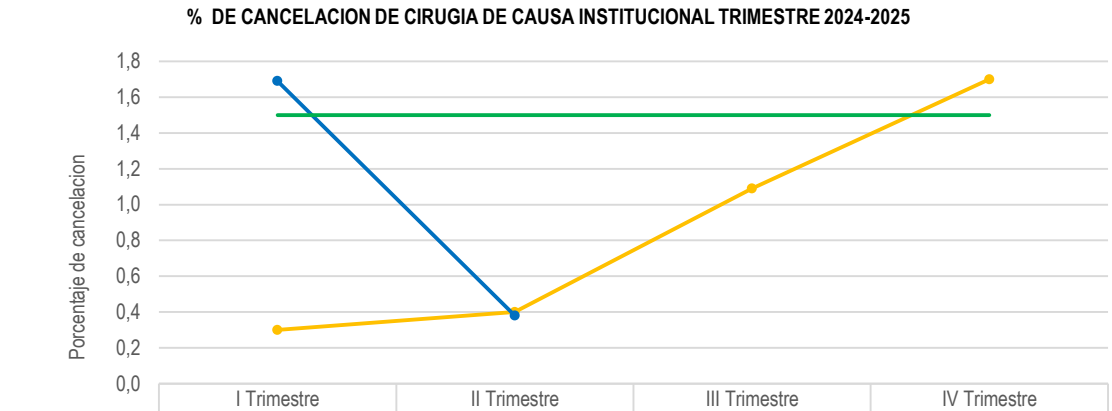
Este descenso en volumen y participación relativa puede deberse a una combinación de factores estructurales y operativos, entre los que se destacan:

Procedimientos como reemplazos articulares, revisiones protésicas o reconstrucciones complejas dependen de la disponibilidad de implantes, instrumental específico y dispositivos de alto costo, presentaron dificultad en el presupuesto para su abastecimiento, además esta reducción también estuvo asociada a procesos más estrictos de autorización y contratación por parte de EAPB, especialmente para procedimientos de alto costo, lo cual afecta la oportunidad y ejecución de estas intervenciones.

A pesar de su bajo volumen, este grupo tiene un alto valor clínico y estratégico ya que no solo mejoran la calidad de vida de los pacientes, sino que reflejan el nivel de sofisticación técnica del hospital y su capacidad para resolver casos clínicos de máxima complejidad, sino que representa una oportunidad para fortalecer capacidades logísticas, financieras y clínicas, y consolidar al hospital como un referente en cirugía de máxima especialización en la región.

### 8.6.7 CANCELACIÓN DE CIRUGÍA ELECTIVA

#### 8.6.7.1 Cancelación de cirugía de causa institucional. Trimestre 2024 a 2025




| | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre |
|---|---|---|---|---|
| Año 2024 | 0,3 | 0,4 | 1,1 | 1,7 |
| Año 2025 | 1,7 | 0,4 | | |
| Meta 2025 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 |

**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Durante el segundo trimestre de 2025, se registraron 3 cancelaciones de procedimientos quirúrgicos atribuibles a causas institucionales, lo que representa un 0,4 % del total de cirugías programadas. Aunque esta cifra es numéricamente baja, mantiene el mismo porcentaje observado en el segundo trimestre de 2024, lo que indica una tendencia estable, pero con espacio de mejora en la gestión operativa quirúrgica.

Principales causas de cancelación reportadas:

- **Prolongación de tiempos quirúrgicos en intervenciones previas:**

La extensión inesperada en la duración de procedimientos programados afectó la disponibilidad de salas quirúrgicas para las siguientes cirugías, generando reprogramaciones forzadas.

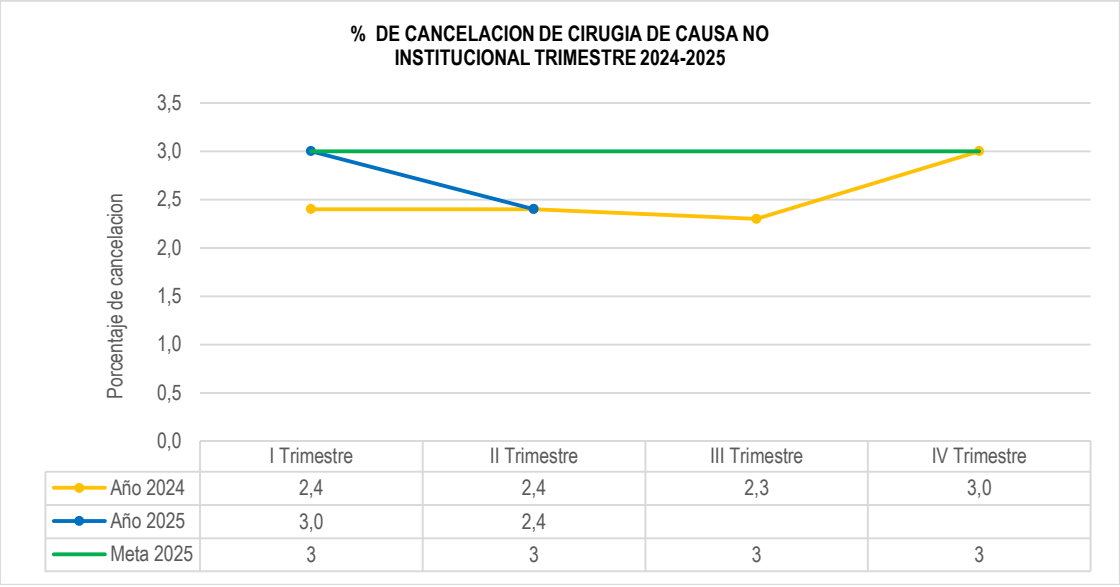
- **No disponibilidad oportuna de plaquetas para transfusión:**

En al menos un caso, la cirugía fue cancelada por falta de componentes hemoterapéuticos esenciales, lo que pone en evidencia la necesidad de fortalecer la coordinación con el banco de sangre, especialmente en procedimientos con alto riesgo hemorrágico.

- **Insumos incompletos para el uso del manipulador uterino:**

La ausencia de un componente específico impidió la ejecución de la técnica quirúrgica planeada, reflejando deficiencias en la verificación de kits e insumos críticos antes del inicio de la jornada ya que estos dispositivos vienen de HUS samaritana.

### 8.6.7.2 Cancelación de cirugía de causa No institucional. Trimestre 2024 a 2025




**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Durante el segundo trimestre de 2025, se registró un porcentaje de cancelación no atribuible a la institución del 2,4 %, correspondiente a 19 procedimientos quirúrgicos cancelados. Esta cifra se mantiene igual al porcentaje registrado en el mismo período de 2024, lo que indica una tendencia constante, aunque persistente, de factores externos que impactan la ejecución de cirugías programadas.

Principales causas de cancelación identificadas

- **Ausencia del paciente el día de la intervención:**

Continúa siendo una de las principales causas de cancelación. Esta situación puede reflejar barreras de acceso (como transporte o factores sociales).

- **Condiciones clínicas no controladas al momento del procedimiento:**

Se reportaron casos con inestabilidad cardiovascular (como eventos coronarios, hipertensión no controlada), síntomas respiratorios, o descompensaciones metabólicas, que obligaron a posponer la cirugía por razones de seguridad del paciente.

- **Eventos accidentales imprevistos (accidente de tránsito del paciente):**

Aunque son situaciones fortuitas, este tipo de casos resalta la importancia de tener protocolos de reacción rápida que permitan reprogramar eficientemente y reasignar el tiempo quirúrgico disponible.
Inactivación del paciente por parte de la EAPB el mismo día del procedimiento:
Esta causa evidencia desarticulación entre las entidades aseguradoras y el prestador, afectando directamente la continuidad del proceso asistencial. Estas decisiones tardías tienen un alto costo operativo para la institución.

### 8.6.8 OTROS INDICADORES DEL PROCESO QUIRÚRGICO DE RELEVANCIA

**Indicadores de cirugía Trimestre 2024-2025**

| Indicador | UNIDAD DE MEDIDA | META | 2024 | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | II TRIM | I TRIM | II TRIM |
| Oportunidad Cirugía de Catarata | Dias | **15 a 20** | 5 | 12 | 17 |
| Oportunidad Cirugía de Reemplazo de Cadera | Dias | **15 a 20** | 10 | 7 | 11 |
| Oportunidad en la realización Cx Programada | Dias | **15 a 20** | 9 | 6 | 13 |
| Pocentaje de Complicaciones inmediatas (24 horas) | Porcentaje | **3,8%** | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Porcentaje de Mortalidad Intraoperatoria | Porcentaje | **0,5%** | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Porporcion de quejas y reclamos radicados en la institución del proceso de atención al paciente quirúrgico | Porcentaje | **5,0%** | 0,4 | 1 | 1 |
| Porcentaje cancelación cirugía electiva | Porcentaje | **4,5%** | 0,4 | 5 | 3 |
| Porcentaje de infección del sitio quirúrgico (Consolidado según tipo de ISO) | Porcentaje | **4,0%** | 0,5 | 0,0 | 0 |
| Cumplimiento del protocolo de pacientes con profilaxis antibiotica | Porcentaje | **95%** | 91 | 100% | 100% |
| Tasa de eventos adversos en proceso de atención a paciente quirúrgico | Tasa por mil | **1** | 0 | 0,0 | 0,0 |
| Porcentaje de complicaciones anestesicas | Porcentaje | **0,50%** | 0,0 | 0% | 0,0 |
| Proporción cancelación cirugía electiva por causas atribuibles a la institución | Porcentaje | **1,5%** | 0,4 | 2% | 0% |
| Porcentaje Cancelación cirugía electiva por causas no atribuibles a la institución | Porcentaje | **3%** | 2,4 | 3% | 2% |

**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

- **Oportunidad Cirugía de Catarata:**

Durante el segundo trimestre de 2025, el tiempo promedio de espera para la cirugía de catarata fue de 17 días, en comparación con los 5 días registrados en el mismo período del año 2024. Aunque este resultado refleja un aumento en el tiempo de espera, el indicador se mantiene dentro del umbral aceptable, ya que no supera la meta institucional establecida de 20 días. A pesar del incremento frente al año anterior, los 17 días promedio evidencian una gestión eficiente de la agenda quirúrgica, manteniendo la oportunidad en la atención de esta patología oftalmológica de alta prevalencia, además el resultado actual se alinea con los criterios de oportunidad definidos por la institución, contribuyendo a la continuidad asistencial y evitando la progresión de la discapacidad visual en pacientes afectados por catarata.

El incremento de 12 días en la espera (de 5 a 17) podría estar relacionado con una mayor demanda de procedimientos de dicha especialidad.

- **Oportunidad Cirugía de Reemplazo de Cadera**

Durante el segundo trimestre de 2025, el tiempo promedio de espera para las cirugías de reemplazo articular fue de 11 días, en comparación con los 10 días reportados en el mismo período de 2024. Este resultado representa un ligero incremento de un día, que, si bien es mínimo, no compromete el cumplimiento de los estándares institucionales de oportunidad quirúrgica.

El comportamiento casi constante del indicador en ambos años demuestra una adecuada capacidad de respuesta quirúrgica, especialmente en un tipo de cirugía de alta complejidad, demanda creciente y con requerimientos logísticos y clínicos exigentes.

Este resultado se mantiene por debajo de los 15 días, umbral considerado óptimo por muchas instituciones hospitalarias de referencia para cirugías programadas de este tipo. Esto habla de una buena articulación entre el área asistencial, quirúrgica y administrativa.

El leve incremento de un día puede deberse a factores operativos, como mayor volumen de pacientes priorizados por condición funcional, mayor demanda por envejecimiento poblacional o procesos internos como mayor tiempo de espera para disponibilidad de prótesis o autorizaciones por parte de aseguradoras (EAPB).

### 8.6.9 PORCENTAJE OCUPACIONAL DE SALAS EN CIRUGÍA PROGRAMADA

Durante el segundo trimestre de 2025, la ocupación de la sala de cirugía programada alcanzó el 112%, en comparación con el 89% registrado en el mismo período de 2024. Este incremento del 23% refleja una sobrecarga positiva de la capacidad instalada, lo cual sugiere un aumento sostenido en la productividad quirúrgica del hospital, superando incluso los niveles óptimos de utilización.

El incremento significativo en la ocupación indica que la institución ha respondido a una mayor demanda de cirugías programadas, posiblemente asociada con:

Mayor captación de pacientes referenciados desde otros niveles de atención, reducción de barreras de acceso, especialmente en autorizaciones y programación, incremento en la resolución de casos diferidos en períodos anteriores.

Superar el 100% de ocupación es un reflejo de una gestión eficiente del recurso quirúrgico, donde posiblemente se han extendido jornadas, redistribuido turnos o utilizados bloques quirúrgicos adicionales para absorber la demanda sin afectar la calidad asistencial.

La ocupación del 112% en la sala de cirugía programada durante el segundo trimestre de 2025 evidencia un alto nivel de productividad y capacidad de respuesta del hospital ante el aumento de demanda quirúrgica. Sin embargo, este desempeño debe ser monitoreado cuidadosamente para evitar una sobreutilización sostenida que comprometa la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

### 8.6.10 PROPORCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS RADICADOS EN LA INSTITUCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO

Durante el segundo trimestre de 2025, se registró un porcentaje de quejas y reclamos del 1%, lo que representa un incremento respecto al 0.4% registrado en el mismo período de 2024.

El aumento del porcentaje de quejas y reclamos al 1% durante el segundo trimestre de 2025 refleja una mayor participación del usuario en los procesos de mejora continua y un sistema institucional que ha respondido de forma adecuada y oportuna. Este comportamiento representa una valiosa fuente de información para el fortalecimiento de la calidad del servicio quirúrgico, especialmente en un contexto de creciente demanda y presión operativa.

### 8.6.11 CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE PACIENTES CON PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Durante el segundo trimestre de 2025, se alcanzó un cumplimiento del 100% en la administración de la profilaxis antibiótica para la prevención de infecciones del sitio operatorio (ISO), en contraste con el 91% registrado en el mismo período del año 2024.

El cumplimiento del 100% en la administración de profilaxis antibiótica durante el segundo trimestre de 2025 representa un hito en la seguridad quirúrgica institucional. Este desempeño refleja el compromiso de todo el equipo con la prevención de infecciones postoperatorias y la mejora continua de la calidad en los procesos clínicos. Mantener esta tendencia será clave para consolidar una atención quirúrgica segura, eficiente y centrada en el paciente.

## 8.7 LABORATORIO CLÍNICO

El Laboratorio Clínico del Hospital Regional de Zipaquirá continúa desempeñando un papel esencial en el soporte diagnóstico para la atención integral de los pacientes, en el contexto de una institución de salud de alta complejidad y con carácter universitario. Su labor se articula con la misión institucional de ofrecer una atención segura, efectiva y humanizada, respondiendo de manera oportuna y confiable.

En este marco, el laboratorio mantiene un portafolio integral de servicios que abarca áreas como Hematología Especial, Inmunoquímica, Microbiología, Inmunología Especial y Autoinmunidad, Biología Molecular y pruebas de alta complejidad procesadas en la red Samaritana consolidando una atención centrada en el paciente y enfocada en la seguridad clínica.

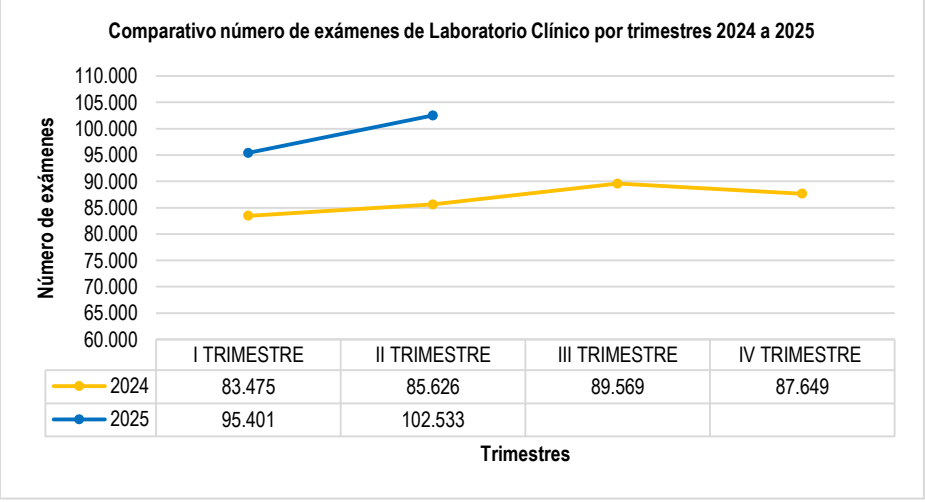
Este informe presenta los principales indicadores de gestión, los avances alcanzados en los programas institucionales, los resultados de las estrategias de mejora continua y su impacto en la oportunidad diagnóstica y la seguridad del paciente, ratificando el aporte estratégico del laboratorio en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico de las patologías atendidas en la institución.

| TALENTO HUMANO SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO | 2025 |
|---|---|
| | I TRIM |
| Coordinadora | 1 |
| Profesional en Bacteriología | 6 |
| Auxiliares de Enfermería (Auxiliar de laboratorio Clínico) | 11 |
| **TOTAL** | **17** |

**Fuente**: Gestión Talento Humano Hospital Regional Zipaquirá

### 8.7.1 INDICADORES DE PRODUCCIÓN

### Productividad de laboratorio clínico por trimestre




**Fuente**: Sistema de Gestión de la Información LABCORE

Durante el segundo trimestre del año 2025, se procesaron un total de 102.533 exámenes en el Laboratorio Clínico del Hospital Universitario de la Samaritana. Este valor representa un incremento de 7.132 exámenes respecto al primer trimestre del mismo año, cuando se realizaron 95.401 exámenes, lo que equivale a un aumento del 7,5 %.

Al comparar el segundo trimestre de 2025 con el mismo periodo del año anterior (2024), en el cual se reportaron

85.626 exámenes, se evidencia un crecimiento de 16.907 exámenes, correspondiente a un incremento del 19,7 %. Este comportamiento refleja una tendencia positiva en la demanda en el procesamiento de exámenes durante el periodo evaluado.

## Número De Exámenes Por Servicio Por Trimestre 2024-2025

| Servicio | DATOS CANTIDAD EXAMENES / PORCENTAJE | 2024 | | | | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TRIM I 2024 | TRIM II 2024 | TRIM III 2024 | TRIM IV 2024 | TRIM I 2025 | TRIM I 2025 |
| Urgencias | CANTIDAD | 46.648 | 46.261 | 45.907 | 44.391 | 53.441 | 53.123 |
| | PORCENTAJE | 55,9 | 54,0 | 51,3 | 50,6 | 56,0 | 51,8 |
| Hospitalización | CANTIDAD | 32.318 | 35.329 | 39.497 | 38.851 | 36.601 | 44.672 |
| | PORCENTAJE | 38,7 | 41,3 | 44,1 | 44,3 | 38,4 | 43,6 |
| Consulta Externa | CANTIDAD | 4.509 | 4.036 | 4.165 | 4.407 | 5.359 | 4.738 |
| | PORCENTAJE | 5,4 | 4,7 | 4,7 | 5,0 | 5,6 | 4,6 |
| **Total** | CANTIDAD | 83.475 | 85.626 | 89.569 | 87.649 | 95.401 | 102.533 |

**Fuente**: Sistema de Gestión de la Información LABCORE

Al analizar el comportamiento del volumen de exámenes por servicios en el primer trimestre de 2025, se evidencia un incremento generalizado en comparación con los trimestres anteriores.

- **Urgencias**: Durante el segundo trimestre de 2025, el servicio de Urgencias presentó una leve disminución en el número de exámenes frente al primer trimestre del mismo año, pasando de 53.441 a 53.123 pruebas, lo que representa una reducción del 0,6%. En cuanto a su participación porcentual sobre el total, se evidenció una disminución del 4,2%, al pasar del 56,0% al 51,8%. Sin embargo, al comparar 2025 con mismo periodo de 2024, se observa un incremento significativo en el número de exámenes, con un aumento de 7.180 pruebas (15,5%) y una variación positiva del 2% en su participación (de 54,0% a 56,0%).

- **Hospitalización**: En el segundo trimestre de 2025, el número de exámenes realizados en Hospitalización aumentó considerablemente respecto al primer trimestre del mismo año, pasando de 36.601 a 44.672, lo que equivale a un crecimiento del 22,1%. En términos porcentuales, este servicio también incrementó su participación sobre el total en un 5,2%, subiendo de 38,4% a 43,6%. Al comparar el segundo trimestre de 2025 con el segundo trimestre de 2024, se observa un leve incremento en cantidad (de 35.329 a 36.601 exámenes, equivalente al 3,6%), pero con una disminución del 2,9% en la proporción total (de 41,3% a 38,4%).

- **Consulta Externa**: En el segundo trimestre de 2025, Consulta Externa mostró una disminución tanto en la cantidad de pruebas como en su porcentaje de participación frente al primer trimestre. El número de exámenes pasó de 5.359 a 4.738, lo que representa una reducción del 11,6%, y su proporción bajó de 5,6% a 4,6%, lo que equivale a una disminución del 1,0%. No obstante, al comparar el segundo trimestre de 2025 con el segundo trimestre de 2024, se evidencia un importante aumento en la cantidad de exámenes, con un crecimiento del 32,8% (de 4.036 a 5.359), acompañado de una mejora en su participación porcentual, que subió del 4,7% al 5,6%.

En el segundo trimestre de 2025, Hospitalización fue el servicio con mayor crecimiento, mientras que Urgencias y Consulta Externa mostraron disminuciones frente al primer trimestre. En comparación con el segundo trimestre de 2024, se destaca el aumento en Urgencias y Consulta Externa, mientras que Hospitalización tuvo un crecimiento más moderado.

## Distribución de exámenes de Laboratorio Clínico por áreas II trimestre de 2025

| Área | TOTAL TRIM II | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| Inmunoquímica | 67287 | 70,5 |
| Hematología | 13153 | 13,8 |
| Coagulación | 5951 | 6,2 |
| Microbiología | 4543 | 4,8 |
| Especiales | 4229 | 4,4 |
| Uroanálisis | 2922 | 3,1 |
| Remisiones externas | 1392 | 1,5 |
| Inmunohematología | 552 | 0,6 |
| Parasitología | 198 | 0,2 |
| Inmunología | 7 | 0,01 |
| **Total** | **95401** | **105** |

**Fuente**: Sistema de Gestión de la Información LABCORE

La mayoría de los exámenes se concentran en las áreas de Inmunoquímica y Hematología, con una distribución variada en las demás áreas, destacando la diversidad de pruebas realizadas en el Laboratorio Clínico.

### 8.7.2 SATISFACCIÓN DEL USUARIO (PQRS) EN EL I TRIMESTRE DE 2025

| PROCESO O SERVICIO | NUMERO (consecutivo asignado) | QUEJA | RECLAMO | CAUSA | ID - PLAN DE MEJORAMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| LABORATORIO CLÍNICO | 202517888 | | *1* | | | EXAMEN QUE NO SE PUEDE INGRESAR NI PROCESAR POR CONVENIO. |
| **TOTAL** | | | | | ***100%*** | |

**Fuente**: Sistema de Gestión de la Información LABCORE

### 8.7.3. RIESGOS DEL PROCESO O SERVICIO 2024-2025

| PROCESO | RIESGOS PRIORIZADOS (según mapa riesgos - Almera) | MATERIALIZADO | EN CASO DE MATERIALIZARSE | |
|---|---|---|---|---|
| | | SI/NO | ACCIONES REALIZADAS | ID - PLAN DE MEJORA |
| **GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO (LABORATORIO CLÍNICO)** | Posibilidad que, en la atención del laboratorio clínico, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios. | **NO** | | |

**Fuente**: Sistema de Gestión de la Información LABCORE

### 8.7.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE I TRIMESTRE DE 2025

| No NOVEDADES ANALIZADAS | CLASIFICADAS | | | ID PLANE DE MEJORA |
|---|---|---|---|---|
| | EVENTOS ADVERSOS | INCIDENTES | COMPLICACIONES | |
| | 0 | | | No |

**Fuente**: Sistema de Gestión de la Información LABCORE

A partir de segundo semestre de 2025 se unificará con el modelo de reporte para tener seguimiento de las incidencias generadas a las muestras y se articulará con Seguridad del Paciente

### 8.7.5 DOCUMENTOS ACTUALIZADOS EN EL TRIMESTRE

| NOMBRE DEL DOCUMENTO | CODIGO | TIPO DE DOCUMENTO | FECHA DE ACTUALIZACION | PUBLICADO EN ALMERA (SI/NO) | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | NO SE REALIZO ACTUALIZACION DOCUMENTAL DURANTE EL II TRIMESTRE 2025 |

**Fuente**: Sistema de Gestión de la Información LABCORE

### 8.7.6 PERSONAL EN FORMACIÓN – ESTUDIANTES DE BACTERIOLOGÍA

| INSTITUCION EDUCATIVA | 2025 |
|---|---|
| | II trimestre |
| UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA (PREGRADO) | 2 |
| **Total** | 2 |

**Fuente**: Sistema de Gestión de la Información LABCORE

### 8.7.7 CONCLUSIONES

1. **Producción** El incremento del volumen de exámenes durante el segundo trimestre de 2025 refleja una tendencia positiva en la capacidad de respuesta del Laboratorio Clínico.
2. **Participación:** Integración activa en comités y la gestión de programas como Reactivovigilancia y el paquete instruccional de identificación correcta de muestras. Comité IASS, PROA, Comité directivo, Comité de seguridad de paciente, rondas de seguridad. De igual manera se realizan comités docencia con la UCMC. Se han mantenido las reuniones mensuales con las Coordinaciones de los Laboratorios de las sedes.
3. **Compromiso con la calidad**: El laboratorio ha mantenido la confianza en los reportes generados apalancados por el cumplimiento de las metas de calidad establecidas para los controles internos y externos, además del monitoreo de desempeño mediante reuniones de seguimiento y evaluación de control de calidad.
4. **Docencia:** Durante el segundo trimestre de 2025, se mantuvo la aceptación de prácticas formativas en el Laboratorio Clínico.
5. **Coordinación:** A partir del 28 mayo se dio cubrimiento al rol de Líder Laboratorio Clínico 2025.

## 8.8 SERVICIO DE PATOLOGÍA

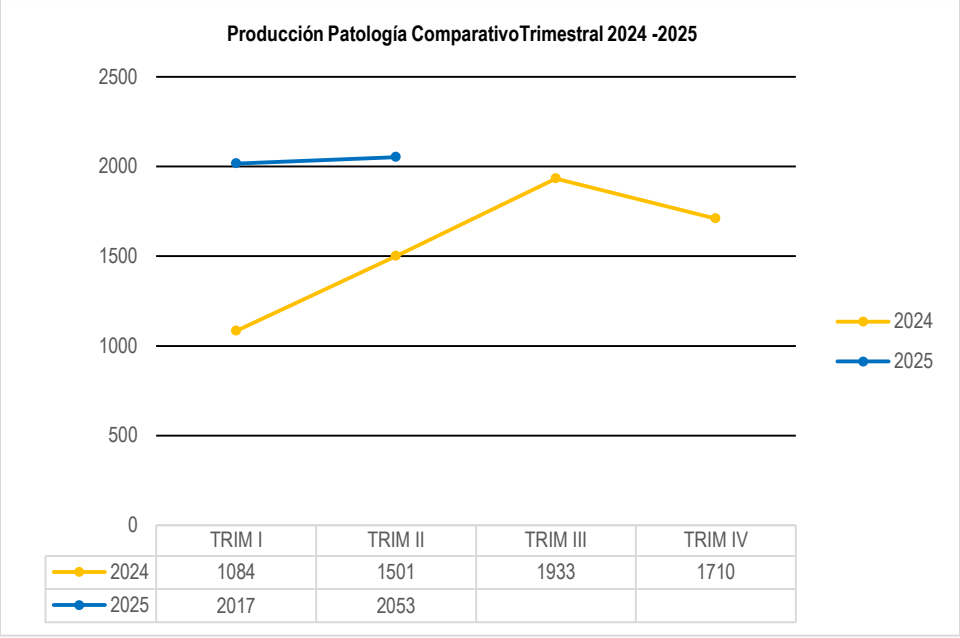
El Servicio de Patología del Hospital Regional de Zipaquirá, como parte de una institución de alta complejidad y referente en la atención especializada, ofrece un portafolio completo de servicios diagnósticos enfocados en el análisis de tejidos y muestras biológicas. Este servicio es esencial para el diagnóstico preciso de enfermedades, apoyando el manejo integral de los pacientes con los más altos estándares de calidad. En coherencia con la misión de la institución de brindar atención segura y efectiva, el servicio de patología se compromete a proporcionar resultados exactos y oportunos, utilizando tecnología avanzada y procedimientos especializados que aseguran la fiabilidad y rapidez en el diagnóstico, contribuyendo así a la toma de decisiones clínicas fundamentadas.

El laboratorio presta servicios de patología:

- Coloraciones básicas
- Coloraciones especiales histoquímicas,
- Inmunohistoquímicas
- Procedimientos de biopsias por congelación
- Necropsias clínicas

### 8.8.1 INDICADORES DE PRODUCCIÓN

- **PRODUCTIVIDAD PATOLOGIA COMPARATIVO TRIMESTRAL AÑO 2024 y 2025**

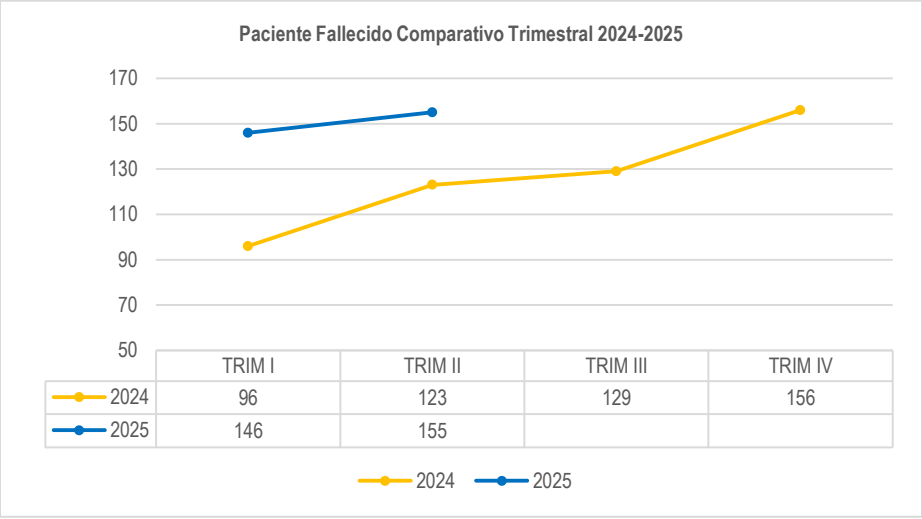



**Fuente:** Estadística dada por Sistema QHORTE y Dinámica Gerencial HRZ

A corte 30 de junio, durante el II trimestre de 2025 se realizaron 2053 exámenes con variación positiva del 37% en comparación al mismo período del año 2024 (1501 exámenes). Este comportamiento se debe al aumento de muestras tomadas en el hospital regional en los servicios de consulta externa con un aumento del 79% y en hospitalización con un aumento del 130% en comparación con el mismo trimestre de 2024.

Asimismo, durante el primer semestre de 2025, se observa un total de muestras procesadas por patología de 4070 en comparación con el mismo semestre de 2024 con 2926 con un aumento general del 39%, lo que indica una tendencia al incremento de la producción general del año 2025 con una mayor atención de pacientes en los servicios relacionados.

- **COMPARATIVO TRIMESTRAL PACIENTE FALLECIDO 2024-2025**




**Fuente:** Base datos pacientes fallecidos

A 30 de junio de 2025, durante el II trimestre se entregaron un total de 155 pacientes fallecidos con un aumento de 26% en comparación al mismo período del año 2024 (123 pacientes fallecidos). Siendo este un indicador del aumento de la prestación de servicios por parte del Hospital Regional de Zipaquirá, que al aumentar la cantidad de pacientes atendidos, evidentemente la mortalidad presente es mayor. De igual forma, durante el primer semestre de 2025, el total de pacientes fallecidos fue de 301 en comparación con el año inmediatamente anterior 242 con una variación positiva del 24%.

## CONCLUSIONES

Como conclusión, en general durante los dos primeros trimestres de 2025 se vio un aumento significativo en cuanto a la prestación de servicios por parte del laboratorio de patología tanto en el estudio de muestras quirúrgicas, biopsias, líquidos y citologías obtenidos en el Hospital regional, la unidad funcional y los centros de salud de San Cayetano y Cogua, como en el servicio ofrecido de tanatología para la respectiva entrega y acompañamiento de pacientes fallecidos. Los datos muestran una tendencia al aumento y se espera seguir contando con la capacidad tanto en infraestructura como humana para lograr prestar un servicio oportuno y de calidad.

Como aspecto por mejorar, se debe propender a disminuir los tiempos de entrega y alcanzar una oportunidad mayor que beneficie a los usuarios y a sus respectivos tratamientos.

## 8.9 UNIDAD TRANSFUNCIONAL

El Servicio de Gestión pretransfusional cuenta con una dotación robusta de tecnología para el procesamiento de las muestras aunado al talento humano idóneo, garantizan la calidad de los resultados obtenidos y a su vez contribuyen a la seguridad transfusional.

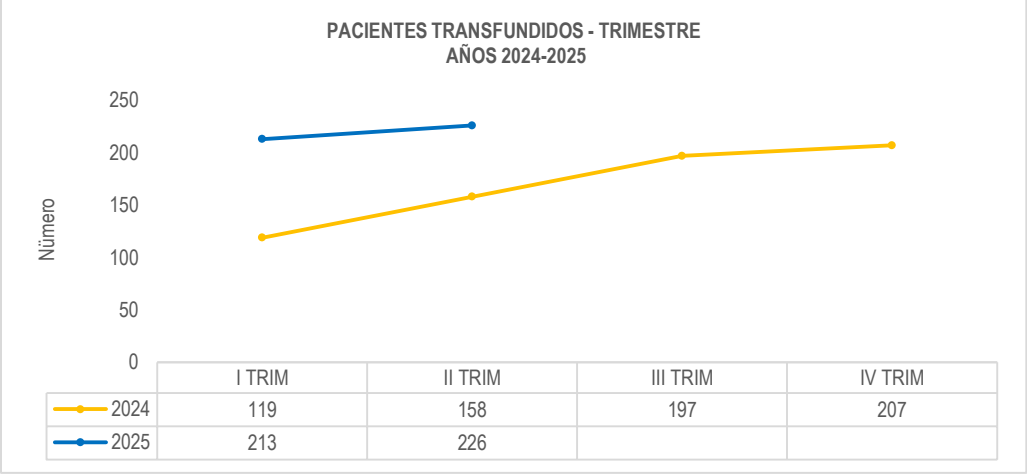
El servicio de gestión pretransfusional cuenta con las siguientes áreas: Despacho, inmunohematología, almacenamiento de componentes y reactivos.

**Talento Humano SGPT**

| CARGO | I TRIM | II TRIM |
|---|---|---|
| BACT. Inmunohemato | 4 | 4 |
| Auxiliar Día | 2 | 2 |
| **TOTAL** | **6** | **6** |

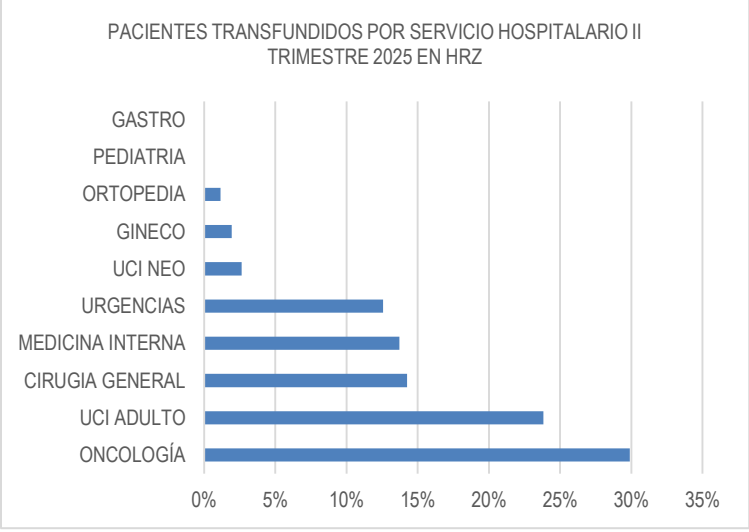
## 8.9.1. INDICADORES DE PRODUCCIÓN, OPORTUNIDAD

### Pacientes trasfundidos




**Fuente:** Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank y SIHEVI

Para el segundo trimestre del año 2025 se evidencia que el número de pacientes transfundidos aumento con respecto al trimestre anterior (I trimestre 2025) en 13 pacientes lo que corresponde al 6.1% más. En relación con el mismo periodo del año anterior, se transfundieron 68 pacientes más correspondiente a un incremento del 43%. Relacionado posiblemente con el i**ncremento en la atención de pacientes oncológicos.**




**Fuente:** Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank y SIHEVI

Durante el segundo trimestre de 2025, los tres primeros servicios que presentaron mayor número de transfusión de hemocomponentes fueron en su orden Oncología 30%, UCI adultos 24% y cirugía general (hospitalización y salas) 14%, el comportamiento fue similar comparado con el I trimestre del 2025.

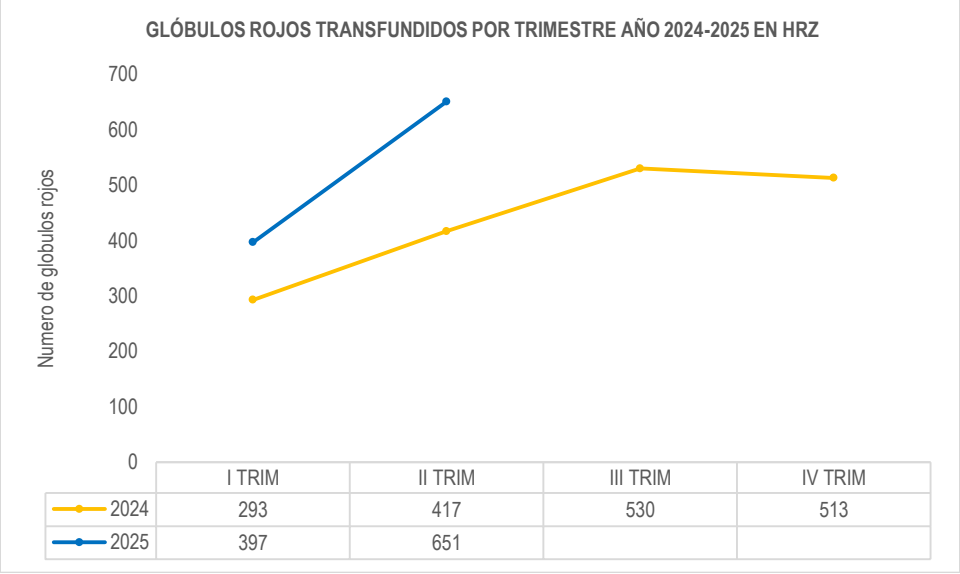
Este patrón es consistente con las características clínicas de dichos servicios, que suelen atender a pacientes con condiciones más graves o sometidos a procedimientos quirúrgicos complejos, lo que incrementa la demanda de transfusiones.

## 8.9.2. HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS POR TRIMESTRE DE LOS AÑOS 2024 - 2025

Durante el segundo trimestre del año 2025 se realizó la transfusión de 1137 hemocomponentes en los diferentes servicios hospitalarios, distribuidos en 651 unidades de glóbulos rojos, 317 componentes plaquetarios y 169 plasmáticos (plasma y crioprecipitado).

Se evidencia que frente al segundo trimestre hubo un incremento del 51% con respecto al trimestre anterior, lo que nos indica un aumento en la demanda o necesidad de componentes sanguíneos en el II periodo. Los hemocomponentes con crecimiento más alto fueron las unidades de glóbulos rojos filtrados representando un 85.7%. seguido de los glóbulos rojos pobres en leucocitos que tuvieron un aumento considerable del 59.3%. Las plaquetas también reflejan un dato importante con un 45.4% relacionado con los pacientes hematoncológicos.

## 8.9.3. TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS




**Fuente:** Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank y SIHEVI

Durante el segundo trimestre hubo un incremento del 64% en la cantidad de glóbulos rojos transfundidos correspondiente a 254 unidades más frente al trimestre anterior, esto se correlaciona con el aumento en el número de pacientes transfundidos.

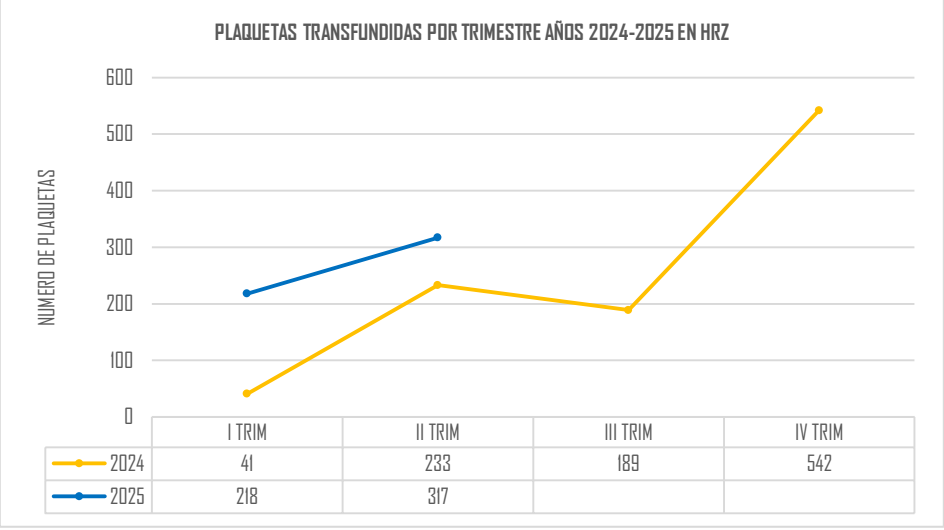
En cuanto al mismo periodo del año anterior, el requerimiento de glóbulos rojos aumento en 56.12% probablemente relacionado al incremento de pacientes más complejos como son los oncológicos.

| TRANSFUSIÓN GLÓBULOS POR SERVICIO II TRIMESTRE 2025 | | |
|---|---|---|
| **SERVICIO** | **NÚMERO** | **PORCENTAJE** |
| ONCOLOGÍA | 340 | 30% |
| UCI ADULTO | 271 | 24% |
| CIRUGIA GENERAL | 162 | 14% |
| MEDICINA INTERNA | 156 | 14% |
| URGENCIAS | 143 | 13% |
| UCI NEO | 30 | 3% |
| GINECO | 22 | 2% |
| ORTOPEDIA | 13 | 1% |
| PEDIATRIA | 0 | 0% |
| **TOTAL** | **1137** | **100** |

**Fuente:** Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank y SIHEVI

En cuanto a la distribución de transfusión de hemocomponentes por servicios hospitalarios se observó que oncología fue el servicio con mayor número de transfusiones 30% (340), seguido de UCI adultos con 24% (271), en tercer lugar, cirugía general 14% con 162 unidades, seguido de medicina interna con 14% (156). La tabla anterior muestra en detalle el uso de hemocomponentes por los diferentes servicios hospitalarios.

### 8.9.4. TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS POR TRIMESTRE

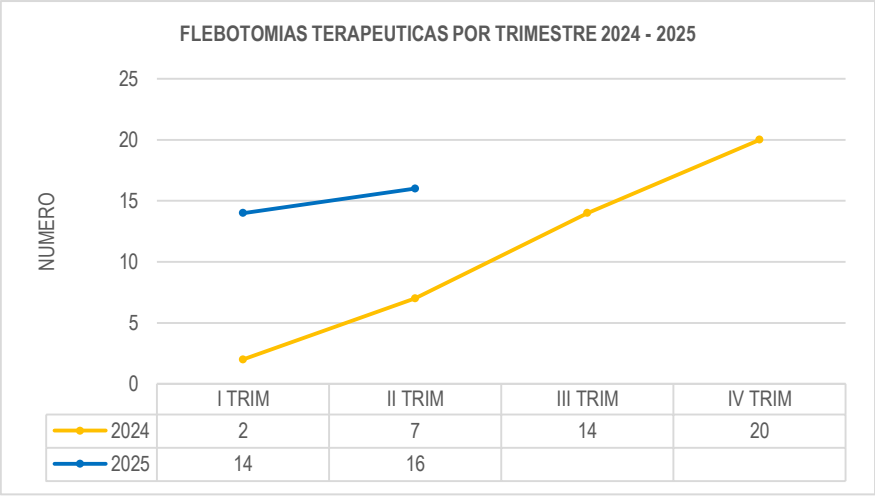



**Fuente:** Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank y SIHEVI

En el segundo trimestre del 2025 hubo un incremento del 45.4% (99 unidades) en la transfusión de plaquetas comparadas con el primer trimestre del año en curso lo cual representa una variación positiva. Esto está relacionado directamente con el aumento de pacientes con trombocitopenia especialmente en pacientes oncológicos. Durante este trimestre las tres patologías que implicaron mayor transfusión de plaquetas en su estancia hospitalaria fueron: trombocitopenia, pancitopenia y hemorragia de vías digestivas.

Con relación al mismo periodo del año anterior, se observa un incremento del 36.1% reflejando una mayor demanda transfusional en este hemocomponente por ingreso de perfil oncológico a la institución.

### 8.9.5. SERVICIO DE FLEBOTOMÍAS TERAPÉUTICAS, COMPARATIVO POR TRIMESTRE 2024 - 2025




**Fuente**: Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank

Se mantiene la prestación del servicio de Flebotomías terapéuticas ambulatorias y hospitalarias en el servicio de gestión Pretransfusional con apoyo médico del servicio de urgencias, a libre demanda.

Durante el segundo trimestre hubo una variación del 14% en comparación con el trimestre anterior indicando que se ha mantenido la captación a pacientes crónicos ya que la variación absoluta fue de 2 procedimientos.
Se observa un aumento significativo del 128.6% con respecto al mismo periodo del año anterior, lo cual podría deberse a mayor detección de pacientes dentro de la gestión clínica, que requieren este procedimiento.

## 8.10 SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA

En Imágenes Diagnósticas se prestan servicios ambulatorios, de urgencias y Hospitalización de baja, mediana y alta complejidad, los cuales son prestados a través de equipos generadores de radiación ionizante donde encontramos las modalidades de Radiología convencional, Tomografía y soporte de Fluoroscopia en salas de cirugía; contamos con equipos no Ionizantes donde encontramos las modalidades de Ecografía y Resonancia Magnética.

Los equipos con los que cuenta el servicio de Imágenes son los siguientes:

| EQUIPOS | CANTIDAD |
|---|---|
| Resonador magnético - RM | 1 |
| Tomógrafo Axial Computarizado – TAC | 1 |
| RX Fijo | 1 |
| RX Portátil | 2 |
| Arco en C | 2 |
| Ecógrafos | 3 |
| **TOTAL** | **10** |

**Fuente:** Sistema de Informacion RIS Lumier

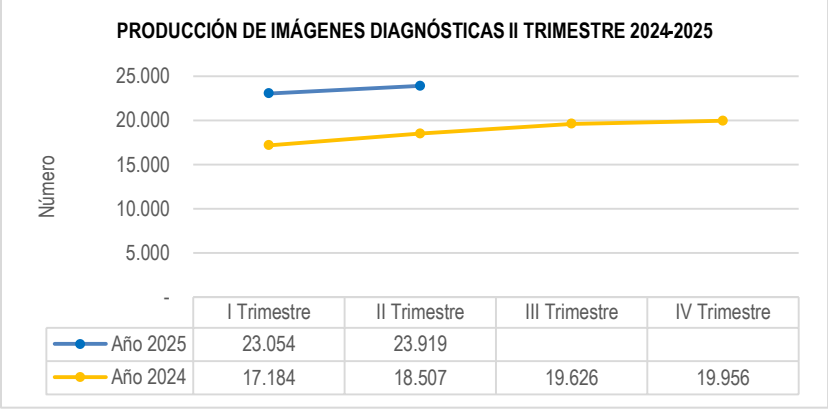
Se cuenta con el siguiente talento humano en el servicio:

| TALENTO HUMANO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS | |
|---|---|
| **PERFIL** | **CANTIDAD** |
| Especialista en radiología | 5 |
| Tecnólogos en Imágenes diagnósticas | 10 |
| Auxiliares de Enfermería | 2 |

| | |
|---|---|
| Transcriptoras | 2 |
| Auxiliar administrativos Entrega de Resultado | 1 |
| Auxiliar administrativo asignación de Citas | 1 |
| Coordinador | 1 |
| **TOTAL** | **22** |

**Fuente**: Sistema de Informacion RIS Lumier

## 8.10.1 INDICADORES DE PRODUCCIÓN:




**Fuente**: Sistema de Informacion RIS Lumier

En el comparativo de producción del II Trimestre 2025 se observa una producción total de 23.919 estudios reflejándose un aumento frente a la producción del mismo periodo 2024 en 5.412 estudios, lo que corresponde a un aumento de la producción de un 29%.

## 8.10.2 MODALIDADES CON MAYOR FRECUENCIA POR AREA:

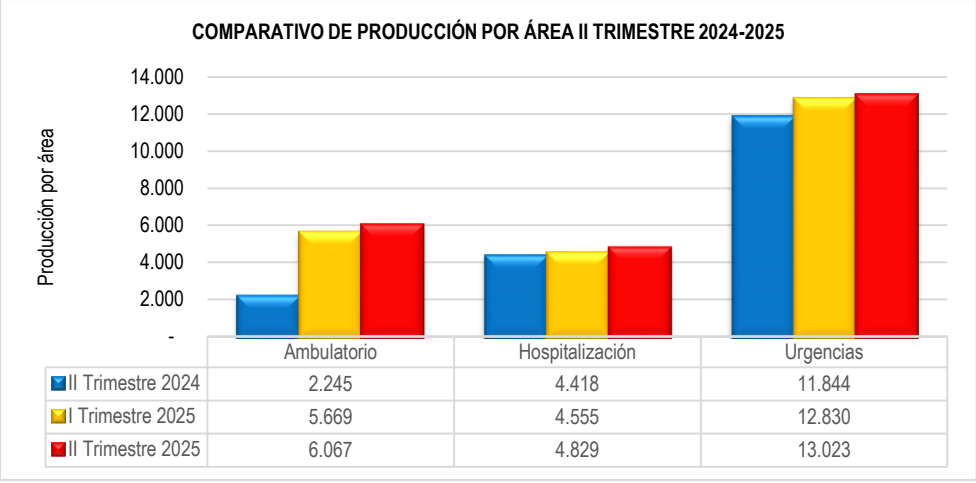
| PROCEDIMIENTOS | % | % | 2024 | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | II TRIM 2024 | I TRIM 2025 | II TRIM | I TRIM | II TRIM |
| **RADIOLOGIA CONVENCIONAL** | | | | | |
| Radiografías realizadas consulta externa | 131% | -19% | 515 | 1478 | 1191 |
| Radiografías realizadas hospitalizados | 2% | 11% | 2817 | 2598 | 2886 |
| Radiografías realizadas urgencias | 2% | -2% | 6485 | 6785 | 6633 |
| **TOTAL ESTUDIOS RX** | **9%** | **-1%** | 9817 | 10861 | 10710 |
| **ECOGRAFIA** | **II TRIM 2024** | **I TRIM 2025** | **II TRIM** | **I TRIM** | **II TRIM** |
| Ecografías realizadas consulta externa | 25% | -1% | 1373 | 1732 | 1716 |
| Ecografías realizadas hospitalización | -19% | -13% | 729 | 679 | 591 |
| Ecografías realizadas urgencias | 17% | 28% | 1920 | 1748 | 2246 |
| **TOTAL ESTUDIOS ECOGRAFIA** | **13%** | **9%** | 4022 | 4159 | 4553 |
| **TAC** | **II TRIM 2024** | **I TRIM 2025** | **II TRIM** | **I TRIM** | **II TRIM** |
| TAC realizadas consulta externa | 829% | 21% | 196 | 1511 | 1821 |
| TAC realizadas hospitalizados | 56% | -4% | 694 | 1126 | 1085 |
| TAC realizadas urgencias | 19% | -7% | 3006 | 3821 | 3566 |
| **TOTAL ESTUDIOS TAC** | **66%** | **0,2%** | 3896 | 6458 | 6472 |
| **RESONANCIA** | **II TRIM 2024** | **I TRIM 2025** | **II TRIM** | **I TRIM** | **II TRIM** |
| Resonancias realizadas consulta externa | 732% | 41% | 161 | 948 | 1339 |
| Resonancias realizadas hospitalizados | 50% | 76% | 178 | 152 | 267 |
| Resonancias realizadas urgencias | 33% | 21% | 433 | 476 | 578 |
| **TOTAL ESTUDIOS RESONANCIA** | **183%** | **39%** | 772 | 1576 | 2184 |
| **Total imágenes diagnósticas** | | | **18507** | **23054** | **23919** |

**Fuente:** Sistema de Información RIS Lumier

La modalidad que representó mayor crecimiento durante el trimestre corresponde a Resonancia Magnética con un aumento del 183% en su producción, seguido de TAC con un 66%, Ecografía con un 13%, finalizando con Radiología convencional con un 9%.

En el comparativo de producción frente al I Trimestre de 2025 se refleja un aumento en 865 estudios lo que representó un 0,4% en el aumento de la producción, el cual se encuentra demostrado en las modalidades de Resonancia con un aumento del 39%, Ecografía con un 9% y TAC con un 0,2%. En cuanto a la modalidad de Rayos X se obtuvo una disminución en la producción del -1%.

### 8.10.3 COMPARATIVO DE PRODUCCIÓN POR AREAS DE SERVICIO:




**Fuente:** Sistema de Informacion RIS Lumier

En el comparativo de participación por áreas el servicio de Urgencias es el que demanda mayor volumen el cual representa el 54% de la producción, seguido de Ambulatorios que representa el 25% y Hospitalización con el 20% de la producción.

Comparativamente con el II Trimestre 2024 se resalta el crecimiento de los servicios ambulatorios el cual fue del 170%, seguido del servicio de urgencias con un aumento del 10%, seguido de hospitalización con un 9%. Así como también se demuestra comparativamente con el I Trimestre de 2025, un aumento en los servicios ambulatorios en un 7%, seguido de hospitalización con un 6%, finalizando con urgencias en un 2%.

### *8.10.4* SATISFACCIÓN DEL USUARIO (PQRS) EN EL II TRIMESTRE

Dentro de las PQR dirigida al servicio de Imágenes diagnósticas encontramos que por tipo de variable la principal causa corresponde a la falta de oportunidad en la asignación de citas para Resonancia Magnética, con un total de 26 reclamos los cuales en su totalidad fueron gestionados de acuerdo con la necesidad de los usuarios.

| HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ABRIL-25** | **MAYO-25** | **JUNIO-25** | **ACUMULADO** |
| Número de solicitudes resueltas parcialmente en línea | 1616 | 1468 | 1270 | **4354** |
| Número de solicitudes resueltas de forma presencial | 564 | 728 | 433 | **1725** |
| Número total de solicitudes realizadas (En línea, parcialmente en línea y presenciales) | 2180 | 2196 | 1703 | **6079** |
| Número de PQRD recibidas | **8** | **12** | **6** | **26** |

**Fuente:** Sistema de Informacion RIS Lumier

### 8.10.5 RIESGOS DEL PROCESO O SERVICIO:

Posibilidad que en la atención de Imágenes Diagnósticas se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, para el trimestre no se materializa el riesgo.

### *8.10.6* CONCLUSIONES:

- En el comparativo de producción del II Trimestre 2025 se observa un aumento de la producción en un 29% lo que representó un aumento en 5.870 estudios, con respecto al mismo período del 2024.

- El crecimiento en general de la producción se relaciona a las estrategias institucionales implementadas como traslados internos entre sedes, contratos unificados para las tres sedes y nuevas contrataciones durante la vigencia.

- El servicio que mayor demanda presentó fue Resonancia Magnética, representado en un 183% con respecto al II Trimestre de 2024 con un aumento en 1.412 estudios, derivado de los convenios institucionales en el Hospital.

### *8.10.7* FORTALEZAS O LOGROS:

- Apoyo tecnológico adecuado
- Recurso humano calificado
- Portafolio de servicios ofertado de acuerdo con el nivel de complejidad.
- Refuerzo de personal administrativo para disminución de los tiempos de asignación de citas.
- Ampliación de horario en Resonancia Magnética para cumplir con la oportunidad en la atención.

### 8.10.8 RECOMENDACIONES O ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR LOS RESULTADOS DEL SERVICIO O PROCESO:

- Realizar ajustes y mejorar los tiempos de facturación de las Imágenes Diagnósticas en consulta externa, con el fin de evitar que el usuario llegue tarde a su cita y se extiendan los tiempos de atención del paciente, especialmente en Resonancia Magnética y TAC.

- Apertura de horario de resonancia magnética en las noches, para cubrir la demanda del servicio.

## 8.11 SERVICIO DE FARMACIA

El Hospital Regional de Zipaquirá es una institución de salud de referencia en la región, que se destaca por ofrecer una atención integral y especializada a sus pacientes. En este contexto, el hospital ha habilitado la prestación del servicio farmacéutico de alta complejidad, asegurando que los pacientes reciban los medicamentos adecuados de acuerdo con sus necesidades clínicas. Este servicio se encuentra distribuido en tres farmacias estratégicamente ubicadas dentro del hospital: la farmacia de **Hospitalización**, la de **Urgencias** y la de **Salas de Cirugía**, todas las cuales operan las 24 horas del día, garantizando así la disponibilidad de medicamentos en todo momento.

Adicional a estas farmacias, el hospital cuenta con una **bodega central** que complementa el servicio farmacéutico y

ofrece apoyo adicional en el suministro de medicamentos, con horario de atención de lunes a viernes de 7 a.m. a 5 p.m. Esta infraestructura permite una gestión eficiente y oportuna de los recursos farmacológicos, contribuyendo a la mejora en la atención médica de los pacientes.

### 8.11.1 EJECUCIÓN CONTRACTUAL

| DISPOSITIVOS MEDICOS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| AÑO | # DE CONTRATOS | VALOR TOTAL REGIONAL ZIPAQUIRÁ | VALOR EJECUTADO II TRIMESTRE | % DE EJECUCION |
| 2024 | 83 | $ 1.903.015.870 | $ 1.429.579.953 | 75% |
| 2025 | 72 | $ 4.886.206.741 | $ 3.433.435.995 | 70% |

**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En 2025, aunque el número de contratos disminuye a 72, en comparación a la misma vigencia del 2024, el valor total aumenta considerablemente a $4.886.206.741, con una ejecución de $3.433.435.995 en el segundo trimestre, lo que equivale a un 70% de ejecución. Este aumento en el valor de los contratos en 2025 se debe al proceso de compra conjunta, que permitió al hospital adquirir dispositivos médicos en mayor cantidad y a mejores precios. A pesar de la menor cantidad de contratos, la compra conjunta ha optimizado los recursos y aumentado la inversión en dispositivos médicos.

| MEDICAMENTOS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| AÑO | # DE CONTRATOS | VALOR TOTAL REGIONAL ZIPAQUIRÁ | VALOR EJECUTADO II TRIMESTRE | % DE EJECUCION |
| 2024 | 33 | $ 1.964.088.198 | $ 1.313.449.458 | 67% |
| 2025 | 50 | $ 2.989.204.635 | $ 1.902.236.865 | 64% |

**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ

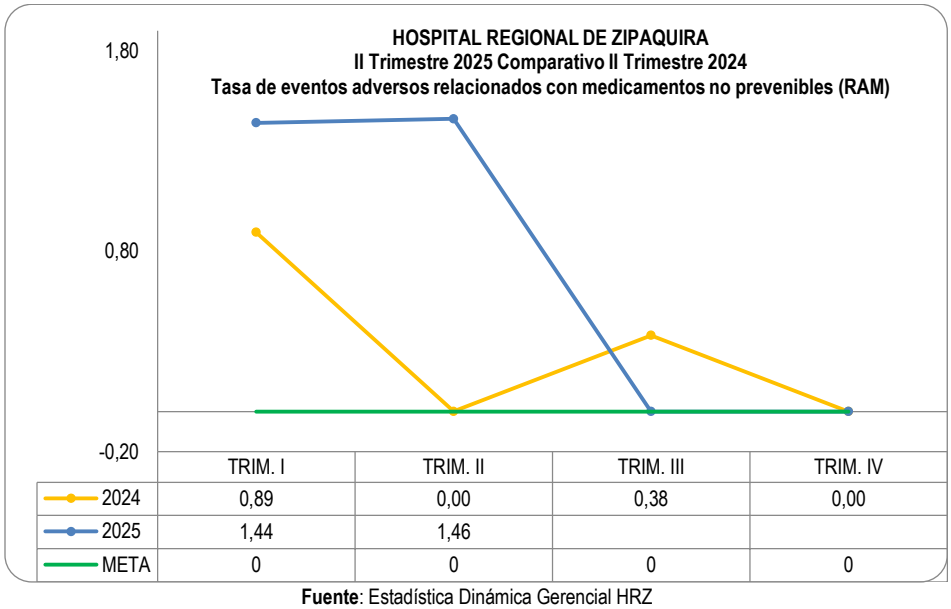
En cuanto a medicamentos, en el segundo trimestre de 2025, se ejecutaron **$1.902.236.865**, lo que corresponde al **64%** del valor total de los contratos, ligeramente inferior al **67%** de ejecución para la misma vigencia del 2024. Este aumento en el número de contratos refleja una mayor adquisición y distribución de medicamentos, lo cual está relacionado con un aumento en la demanda de medicamentos. A pesar del crecimiento en los contratos y el valor total, el porcentaje de ejecución disminuye, lo que podría indicar un ritmo de ejecución más lento y una distribución de los recursos más planificada a lo largo del año.

### 8.11.2 ANÁLISIS DE INDICADORES DE FARMACOVIGILANCIA

Para el II trimestre 2025 del **Programa de Farmacovigilancia** en el Hospital Regional de Zipaquirá, se manejaron los siguientes indicadores:

- Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos no prevenibles (RAM)
- Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles
- Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias
- Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización
- Porcentaje de complicaciones medicamentosas
- Tasa de flebitis química
- Tasa de flebitis mecánica

**A.** Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos no prevenibles (RAM)




**Fuente**: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

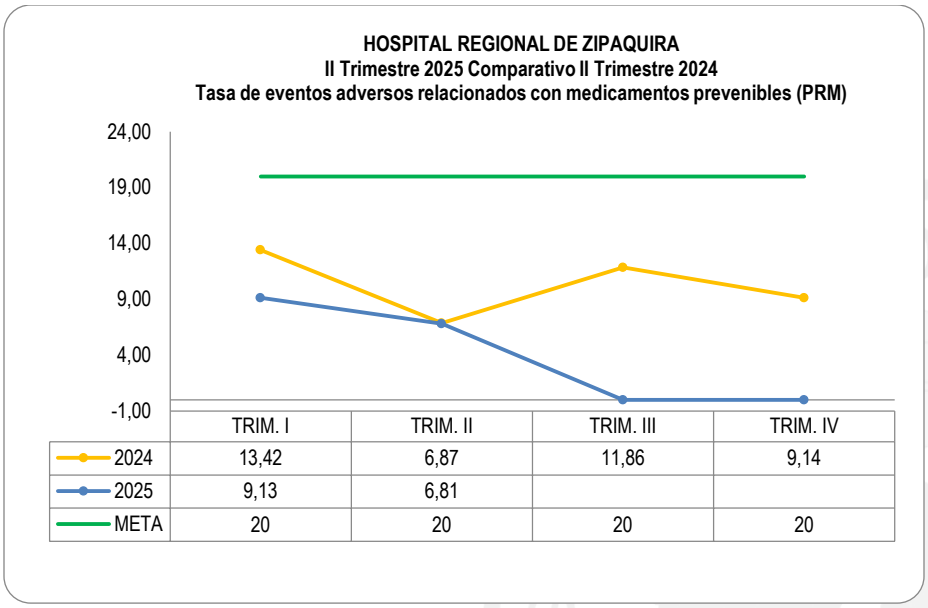
Durante el segundo trimestre de 2025 se registró una variación positiva del 61 % en la incidencia de RAM no prevenibles en comparación con el mismo período de 2024. La tasa pasó de 0,00 a 1,46 casos por cada 1.000 pacientes hospitalizados. Aunque este aumento representa un cambio estadísticamente significativo, la tasa absoluta observada permanece considerablemente por debajo de la meta institucional establecida (≤5 RAM por cada 1.000 pacientes), lo que indica que el nivel de seguridad se mantiene dentro de los estándares aceptables

Comparando el primer y segundo trimestre de 2025, se evidenció un aumento leve del 1% en la tasa de RAM no prevenibles, al pasar de 1,44 a 1,46 eventos por cada 1.000 pacientes hospitalizados.

Cabe señalar que todas las RAM notificadas fueron clasificadas como no prevenibles, es decir, ocurrieron a pesar de la administración correcta de los medicamentos, el cumplimiento de las guías terapéuticas y la adherencia a los protocolos clínicos establecidos. Estas reacciones suelen ser de naturaleza idiosincrática o impredecible, relacionadas con características individuales del paciente, lo que dificulta su prevención incluso en condiciones óptimas de manejo farmacológico.

En este sentido, la interpretación del indicador debe considerar no solo la variación numérica, sino también la calidad del sistema de reporte y la cultura de seguridad institucional. El fortalecimiento de la notificación de RAM constituye un avance positivo hacia la identificación temprana, la implementación de estrategias de mitigación y la consolidación de un entorno hospitalario más seguro para los pacientes.

**B.** Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles (PRM)




| | TRIM. I | TRIM. II | TRIM. III | TRIM. IV |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 13,42 | 6,87 | 11,86 | 9,14 |
| 2025 | 9,13 | 6,81 | | |
| META | 20 | 20 | 20 | 20 |

**Fuente**: Estadística Dinámica Gerencial HR

La tasa de eventos adversos prevenibles asociados al uso de medicamentos (PRM) es un indicador quecuantifica la frecuencia con la que se presentan problemas relacionados con medicamentos por cada 1.000 pacientes hospitalizados. Durante el segundo trimestre de 2025, en el Hospital Regional de Zipaquirá (HRZ), esta tasa se ubicó en 6,81 eventos por cada 1.000 pacientes, lo que refleja una variación negativa del 0,9 % frente al mismo periodo del año anterior (2024), cuando se reportaron 6,87 eventos por cada 1.000 pacientes.

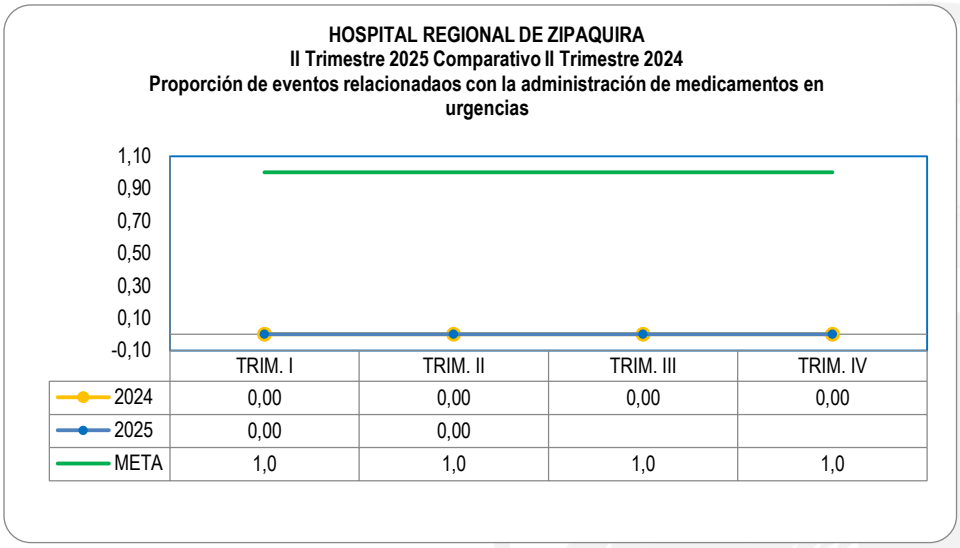
Asimismo, al analizar la evolución de este indicador en el Primer semestres del 2025, se evidencia una reducción significativa del 25 % en la tasa de reacciones adversas a medicamentos no prevenibles, al pasar de 9,13 en el primer trimestre a 6,81 en el segundo trimestre de 2025.

A pesar de la disminución observada, la tasa actual continúa mu por debajo del umbral institucional establecido (≤20 eventos por cada 1.000 pacientes hospitalizados), lo cual es positivo desde el punto de vista de la gestión del riesgo clínico. Sin embargo, no puede descartarse la posibilidad de subregistro, es decir, la omisión involuntaria o sistemática de eventos en el sistema de notificación, lo que podría estar afectando la precisión del indicador.

Conscientes de esta limitación, se han proyectado acciones de fortalecimiento de la farmacovigilancia institucional, entre las cuales se incluyen aumentara las rondas clínicas activas de farmacovigilancia, orientadas a la identificación directa de eventos en los servicios asistenciales, y la realización de procesos de capacitaciones dirigidos al personal de salud. Con el fin de promover y reforzar la cultura institucional de seguridad del paciente, incentivando el registro, sistemático y oportuno de cualquier evento adverso relacionado con medicamentos, tanto prevenible como no prevenible.

El fortalecimiento de estas estrategias permitirá no solo mejorar la calidad del dato, sino también identificar oportunidades de mejora en los procesos clínico-asistenciales, con el fin de reducir los riesgos asociados a la terapéutica farmacológica y optimizar los resultados en salud.

**C.** Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias

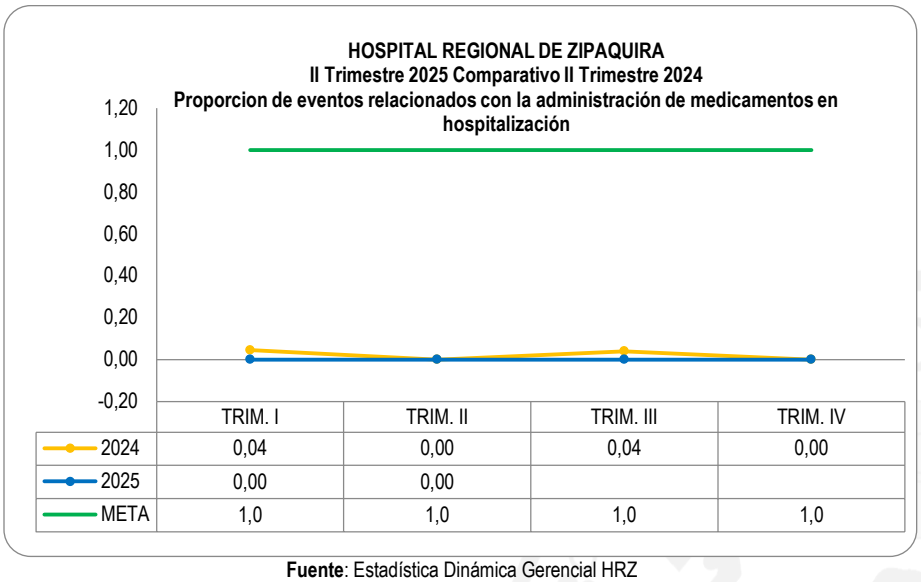



| | TRIM. I | TRIM. II | TRIM. III | TRIM. IV |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2025 | 0,00 | 0,00 | | |
| META | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |

**Fuente**: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Este indicador tiene como objetivo detectar oportunamente posibles desviaciones en los procesos de administración de medicamentos en el servicio de urgencias, con el fin de establecer barreras de seguridad efectivas que mitiguen riesgos y optimicen la calidad de la atención brindada; durante el segundo trimestre de 2025 no se evidenciaron variaciones en comparación con el mismo periodo del año 2024, comportamiento que también se reflejó en el primer semestre al mostrar resultados consistentes entre ambos trimestres, sin reportarse eventos adversos asociados y manteniéndose el indicador en 0.00%, cumpliendo con la meta institucional de minimizar estos eventos; sin embargo, es importante considerar la posibilidad de un subreporte, dado que la ausencia total de notificaciones podría estar vinculada a factores como desconocimiento del personal sobre qué situaciones deben reportarse, por lo que se considera reforzar la cultura de seguridad mediante auditorías internas, sensibilización y fortalecimiento de los sistemas de reporte para garantizar que el indicador refleje con mayor precisión la realidad de los procesos y contribuya efectivamente a la mejora continua de la atención.

**D.** Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización



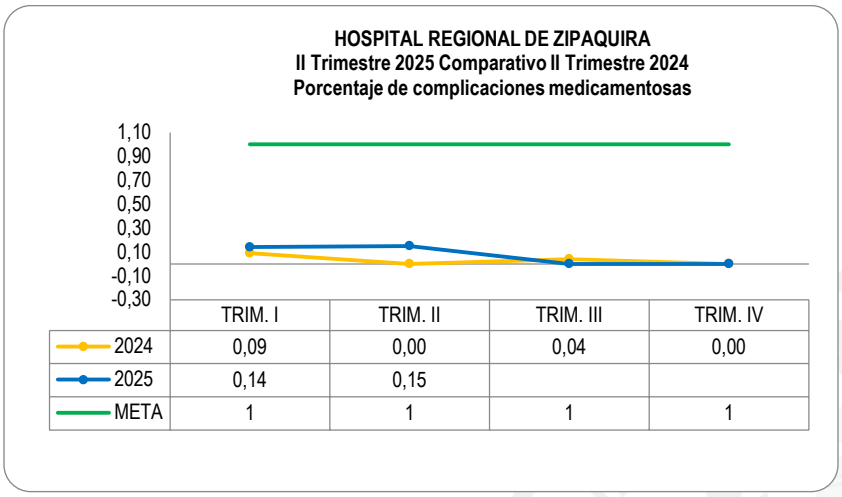

**Fuente**: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Este indicador tiene como finalidad detectar posibles desviaciones en los procesos de administración de medicamentos dentro del servicio de hospitalización, con el propósito de establecer barreras de seguridad efectivas que contribuyan a mitigar riesgos y optimizar la calidad en la atención prestada.

Durante el segundo trimestre de 2025, no se evidenciaron variaciones en comparación con el mismo periodo del año 2024. Comportamiento que también se ve reflejado en el primer semestre del año 2025 comparando los dos trimestres. Comportamiento que también se reflejó en el primer semestre al mostrar resultados consistentes entre ambos trimestres

No se reportaron eventos adversos asociados a la administración de medicamentos, lo que refleja una estabilidad sostenida del indicador en 0.00%, cumpliendo con el objetivo institucional de mantener al mínimo este tipo de eventos. No obstante, se reconoce la posibilidad de un subreporte en la notificación de casos, por lo que se hace necesario reforzar la vigilancia activa y el monitoreo continuo. Esto permitirá garantizar la precisión de los datos y fortalecer las buenas prácticas clínicas relacionadas con el manejo seguro de los medicamentos.

**E.** Porcentaje de complicaciones medicamentosas



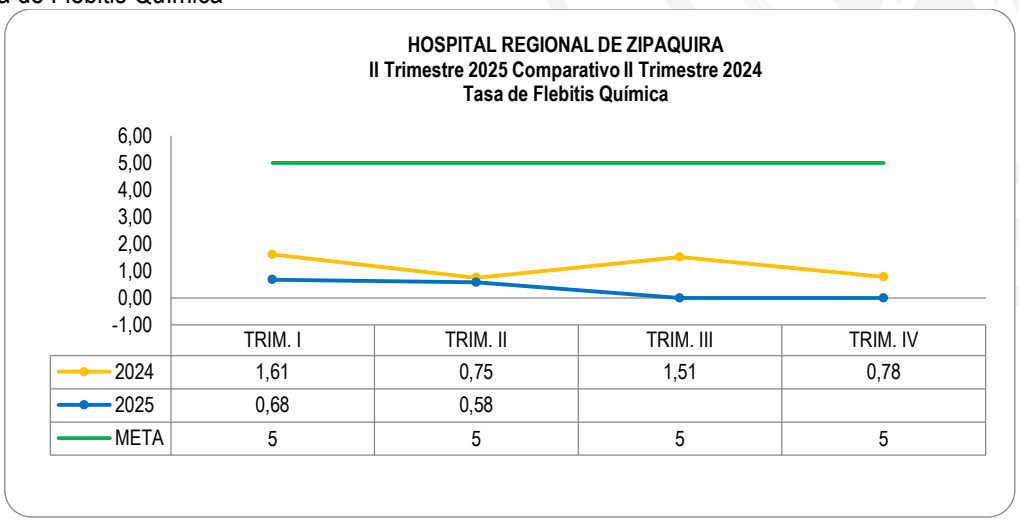

**Fuente**: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Durante el segundo trimestre de 2025, el porcentaje de complicaciones medicamentosas hospitalarias fue del 0,15%, frente al 0,00% registrado en el mismo período de 2024, lo que representa una variación positiva del 100%. En términos absolutos, se reportaron tres complicaciones en 2025, concentradas principalmente en abril (dos casos) y mayo (un caso).

Al comparar el primer y el segundo trimestre de 2025, se observa un incremento del 7% en el porcentaje de complicaciones, al pasar de 0,14% a 0,15%.

Si bien este comportamiento podría reflejar una mejor capacidad para detectar y reportar estos eventos, es fundamental reforzar los mecanismos de vigilancia activa, promover una cultura institucional de reporte oportuno y establecer controles más rigurosos con seguimiento continuo de la terapia farmacológica en pacientes hospitalizados.

**F.** Tasa de Flebitis Química

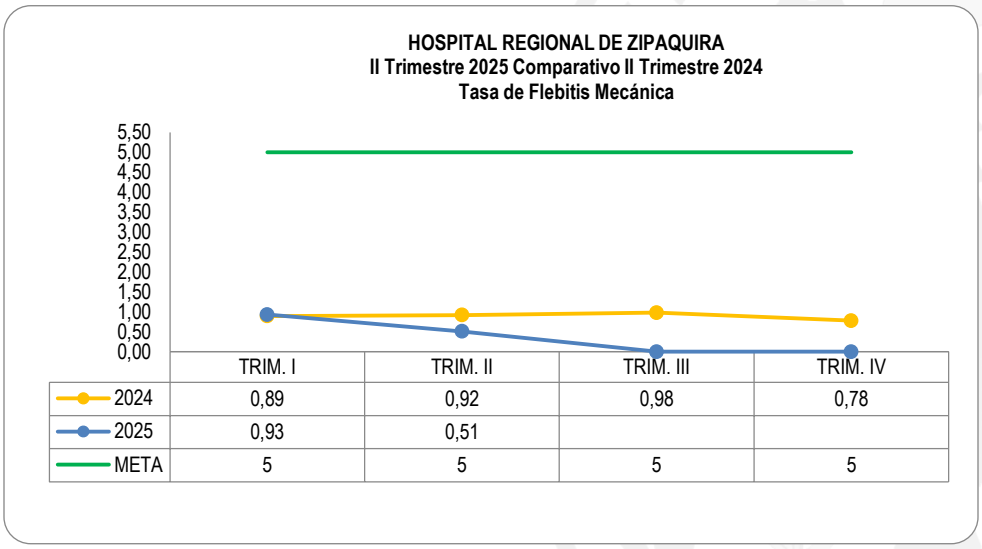



**Fuente**: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Durante el segundo trimestre de 2025, la tasa de flebitis química en pacientes hospitalizados del Hospital Regional de Zipaquirá (HRZ) fue de 0,58 eventos por cada 1.000 días de exposición a catéter periférico. Este valor representa una variación negativa del 23 % en comparación con el mismo período de 2024, cuando se registró una tasa de 0,68, lo que evidencia una mejora sustancial en la seguridad del paciente. Además, la tasa se mantiene ampliamente por debajo de la meta institucional establecida en 5 eventos por cada 1.000 días-catéter.
Al comparar el primer y el segundo trimestre de 2025, se observa igualmente una variación negativa del 15 % en el porcentaje de complicaciones, al pasar de 0,68 % a 0,58 %.

No obstante, se reconoce la posibilidad de subregistro en la notificación de casos. Por ello, se considera prioritario reforzar la vigilancia activa y el monitoreo continuo para garantizar la precisión de los datos y consolidar las buenas prácticas clínicas asociadas con el manejo seguro de medicamentos y dispositivos intravasculares.

**G.** Tasa de Flebitis Mecánica




| | TRIM. I | TRIM. II | TRIM. III | TRIM. IV |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 0,89 | 0,92 | 0,98 | 0,78 |
| 2025 | 0,93 | 0,51 | | |
| META | 5 | 5 | 5 | 5 |

**Fuente**: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En el análisis comparativo de la tasa de flebitis mecánica entre el segundo trimestre de 2025 y el mismo periodo de 2024, se observa una variación negativa del 44.6 %, lo que indica una disminución en la incidencia de eventos, al pasar de una tasa promedio de 0.92 en 2024 a 0.51 en 2025.

Asimismo, al comparar el primer y el segundo trimestre de 2025, se observa una reducción del 45.2 % en el porcentaje de complicaciones, al disminuir de 0.93 % a 0.51 %.

A pesar de esta disminución, ambas tasas se mantienen dentro del rango de seguridad establecido por la institución (meta ≤ 5 por cada 1.000 días de exposición a catéter periférico), lo cual indica que los resultados continúan siendo aceptables.

Sin embargo, se contempla la posibilidad de un subreporte, se continuará con el fortalecimiento de las estrategias de prevención, tales como: Capacitación continua al personal de enfermería sobre técnicas adecuadas de inserción y manejo de catéteres periféricos y evaluación periódica de los dispositivos utilizados, con el fin de asegurar que las prácticas clínicas sigan siendo eficaces y orientadas a minimizar el riesgo de flebitis mecánica.

## 8.11.3 INDICADORES SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO Y CONCILIACIÒN DE MEDICAMENTOS II TRIMESTRE 2025

Para el II trimestre 2025 del **Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico y conciliación de medicamentos** en el Hospital Regional de Zipaquirá, se manejaron los siguientes indicadores:

- **% Porcentaje de SFT en pacientes con Nivel de Riesgo 1:** (Número de pacientes con SFT realizado con nivel de riesgo 1) / (Total de pacientes estratificados) *100 - Meta 90%
- **% Porcentaje de prevención de Problemas relacionados con la medicación (PRM):** (Número de PRM prevenidos / (Total de pacientes estratificados) *100 - Meta 90%
- **% Porcentaje de conciliación de medicamentos realizadas**: (Número de pacientes con conciliación de medicamentos con nivel de riesgo 2a,2b,1) / (Total de pacientes estratificados) - Meta 90%
- **% Porcentaje de discrepancias No Justificadas**: (Total de discrepancias no justificadas) / (Número de pacientes con conciliación de medicamentos con nivel de riesgo 2a,2b,1) – **Meta: En estudio**

Estos indicadores miden la gestión de los QF´s a cargo del proceso, con el fin de evaluar la cobertura del programa en la institución. Conforme a lo anterior, para este trimestre se realiza seguimiento en tres servicios Medicina Interna, Pediatría y UCI Adultos:

Con respecto a lo anterior, para este II trimestre se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla 1.** Base de datos por criterio II Trimestre 2025 para cálculo de indicadores

| DATOS | UCI ADULTOS | MEDICINA INTERNA | PEDIATRIA |
|---|---|---|---|
| Número de pacientes con riesgo nivel 1 realizados | 34 | 15 | 2 |
| Número de pacientes con riesgo nivel 2 realizados | 17 | 21 | 5 |
| Número de pacientes con riesgo nivel 3 realizados | 14 | 8 | 99 |
| **Número total de pacientes con seguimiento farmacoterapéutico realizados** | **65** | **44** | **106** |
| Número de PRM prevenidos | 53 | 27 | 40 |
| Número de pacientes con conciliación de medicamentos con nivel de riesgo 2a,2b,1 | 39 | 44 | 8 |
| Total de discrepancias No justificadas | 36 | 34 | 4 |

**Fuente:** Fuente Estadística Dinámica gerencial HRZ

En este periodo se llevó a cabo una actualización integral tanto de los indicadores como del procedimiento institucional, implementando la transición metodológica del modelo DADER al modelo CMO (Capacidad, Motivación y Oportunidad). Este cambio respondió a la necesidad de optimizar el proceso de seguimiento farmacoterapéutico, con un enfoque más estructurado, personalizado y estratificado por riesgo clínico. La actualización incluyó además la revisión y ajuste de los parámetros de medición, con el objetivo de mejorar la trazabilidad, eficiencia y oportunidad en la detección y resolución de PRM.

Como resultado, el segundo trimestre representó una fase de transición y adaptación, tanto a nivel operativo como analítico. Es importante precisar que la ejecución formal del programa bajo el modelo CMO inició en abril de 2025, razón por la cual no se cuenta con datos comparativos del primer trimestre, concentrándose la implementación y los registros durante el segundo trimestre.

El modelo CMO permite un abordaje integral del paciente, considerando no solo los PRM, sino también su capacidad para gestionar el tratamiento, el grado de motivación para adherirse a la terapia y las condiciones del entorno clínico que permiten una intervención efectiva. A partir de esta evaluación, los pacientes se clasifican en niveles de riesgo, priorizando la atención farmacéutica en nivel 1, correspondiente a aquellos con mayor vulnerabilidad clínica y riesgo de eventos adversos.

Entre las principales actividades desarrolladas bajo el modelo CMO se encuentran:

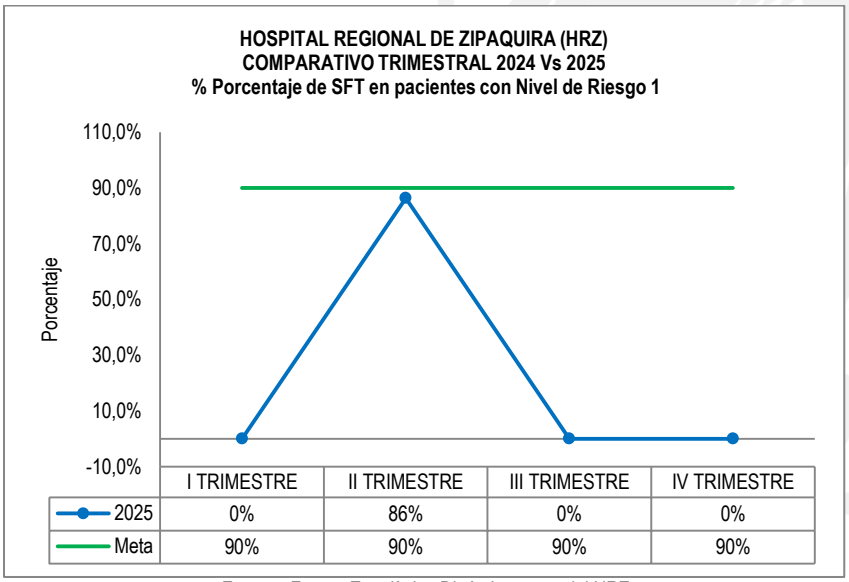
- Valoración clínica integral al ingreso,
- Revisión y conciliación de tratamientos durante la hospitalización,
- Identificación y prevención proactiva de PRM,
- Educación farmacoterapéutica personalizada,
- Participación del químico farmacéutico en los equipos interdisciplinarios para mejorar la seguridad del tratamiento farmacológico.

A diferencia del modelo DADER, orientado principalmente a la detección reactiva de PRM, el modelo CMO posibilita una intervención continua, estructurada y focalizada en pacientes de alto riesgo, optimizando el uso del recurso humano y generando mejores resultados clínicos. Mientras que DADER limita su alcance a casos con PRM identificados, CMO promueve un seguimiento diario de pacientes críticos, fortalece la conciliación en transiciones de cuidado y permite un control más eficiente de discrepancias terapéuticas. Estas características lo convierten en una herramienta más efectiva para lograr impacto clínico, especialmente en servicios con alta complejidad asistencial.

### 8.11.4 RESULTADOS POR INDICADOR

- **Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes de nivel de riesgo 1**

**Gráfico 1.** % Porcentaje de SFT en pacientes con Nivel de Riesgo 1 en el II trimestre del 2025



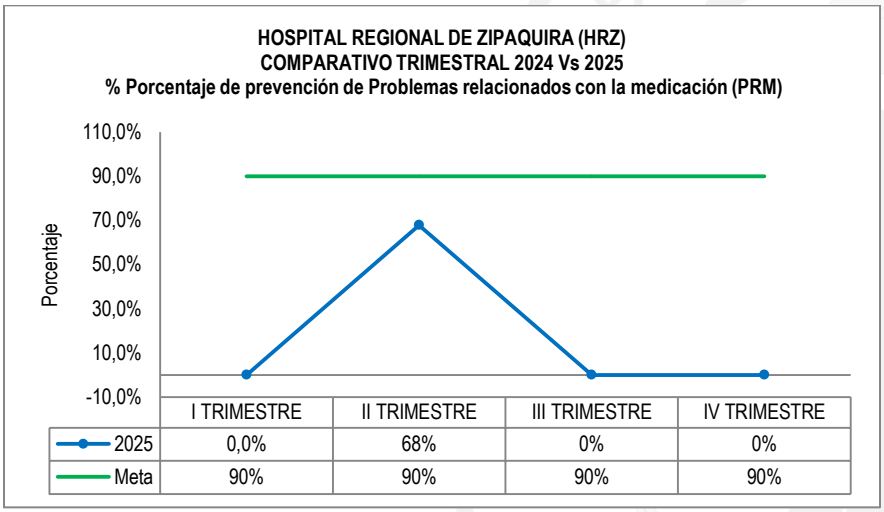

**Fuente:** Fuente Estadística Dinámica gerencial HRZ

Durante el segundo trimestre de 2025, se alcanzó un **86,4% de cobertura** en pacientes clasificados con nivel de riesgo 1, considerando los servicios de Medicina Interna y UCI. El servicio de Pediatría fue excluido del análisis institucional debido a que, tras la evaluación inicial, la mayoría de sus pacientes se clasificaron en nivel de riesgo 3, sin prioridad desde la perspectiva del impacto farmacoterapéutico.

No obstante, se destinaron recursos y tiempo asistencial a Pediatría durante este periodo, lo que limitó la capacidad operativa para profundizar el seguimiento en Medicina Interna y UCI, donde se concentra la mayor proporción de pacientes de riesgo 1. Esta dispersión de esfuerzos afectó la cobertura total en los servicios de mayor complejidad, por lo cual, para el tercer trimestre de 2025 se priorizará exclusivamente el seguimiento a pacientes adultos con nivel de riesgo 1, focalizando la intervención farmacéutica en escenarios de mayor criticidad clínica.

- **Prevención de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM)**

**Gráfico 2.** % Porcentaje de prevención de Problemas relacionados con la medicación (PRM) en el II trimestre del 2025




| | I TRIMESTRE | II TRIMESTRE | III TRIMESTRE | IV TRIMESTRE |
|---|---|---|---|---|
| 2025 | 0,0% | 68% | 0% | 0% |
| Meta | 90% | 90% | 90% | 90% |

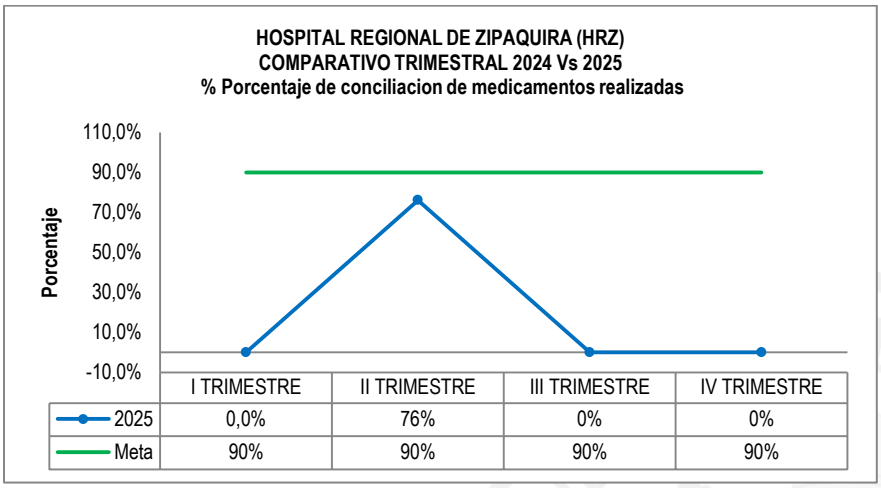
**Fuente:** Fuente Estadística Dinámica gerencial HRZ

El resultado global alcanzado fue de **67,9%**, valor que indica una brecha respecto a la meta institucional del 90%. La implementación del modelo CMO permitió orientar las acciones hacia los pacientes de mayor riesgo, logrando mejores resultados en la UCI, donde el seguimiento fue más focalizado. En Medicina Interna, el programa inició formalmente a finales de mayo, lo que redujo el tiempo disponible para generar intervenciones efectivas durante el trimestre.

Para los próximos ciclos se proyecta un incremento progresivo de este indicador, dado que se contará con cobertura completa del programa en ambos servicios prioritarios. Adicionalmente, se implementarán estrategias que fortalezcan la revisión farmacoterapéutica diaria, con enfoque preventivo.

- **Conciliación de medicamentos realizadas**

**Gráfico 3.** % Porcentaje de conciliación de medicamentos realizadas en el II trimestre del 2025



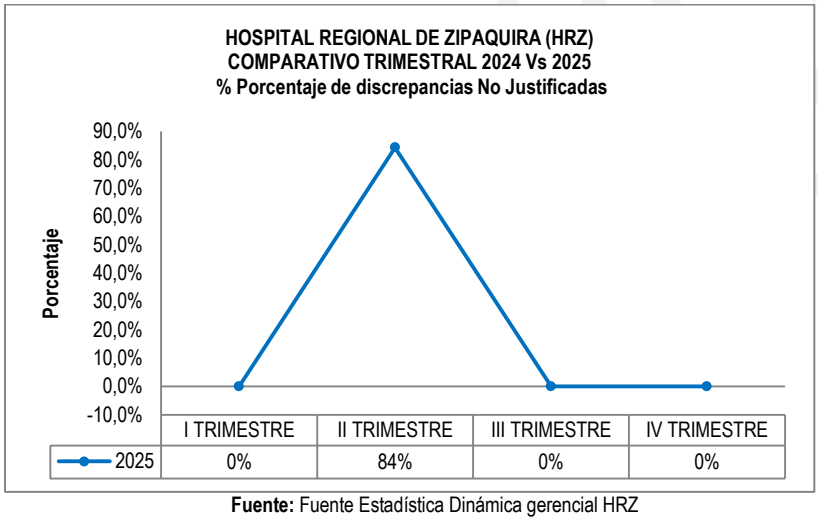

**Fuente:** Fuente Estadística Dinámica gerencial HRZ

El indicador de conciliación de medicamentos alcanzó un **76,1%**, ubicándose por debajo de la meta institucional del 90%. Durante el trimestre, Medicina Interna presentó un avance positivo tras el inicio del programa, y en UCI se realizaron intervenciones relevantes; sin embargo, la cobertura fue parcial debido al proceso de implementación.

Para mejorar este resultado, se enfocará la estrategia en pacientes clasificados en niveles de riesgo 1, 2A y 2B, reforzando la revisión proactiva de ingresos y la coordinación con el equipo clínico, estas medidas buscan fortalecer la conciliación en transiciones asistenciales, aumentar la cobertura efectiva y avanzar hacia el cumplimiento de la meta establecida.

- **Discrepancias no justificadas**

**Gráfico 4.** % Porcentaje de discrepancias No Justificadas en el II trimestre del 2025




**Fuente:** Fuente Estadística Dinámica gerencial HRZ

Durante el segundo trimestre, se alcanzó un resultado global del **84,3%** en el indicador de identificación y resolución de discrepancias no justificadas, cuyo objetivo es fortalecer la seguridad del paciente durante el proceso de atención.

Se evidenció una mayor concentración de discrepancias en servicios de alta complejidad, destacándose UCI (92,3%) y Medicina Interna (77,3%). Este comportamiento se relaciona con la etapa de implementación y la redistribución operativa de recursos. La meta cuantitativa del indicador se encuentra actualmente en proceso de revisión, con el propósito de definir un rango de seguridad más ajustado a la realidad institucional y al nivel de impacto esperado en la seguridad del paciente.

### 8.11.5 PLANTA DE AIRE MEDICINAL

Para el II trimestre 2025 la **Planta de Aire Medicinal** en el Hospital Regional de Zipaquirá, se manejaron los siguientes indicadores:

- Porcentaje de cumplimiento de actividades registradas en los cronogramas de gases medicinales
- Porcentaje de eventos adversos relacionados con gases medicinales

Durante el II trimestre 2025 se fabricaron 13 lotes de aire medicinal por compresor, siendo todos liberados dentro de las especificaciones de la USP cumpliendo con los procedimientos establecidos en la certificación.

- Las actividades programadas fueron, el mantenimiento preventivo de equipos de la planta de producción, así como la verificación de la calibración de los sensores de monóxido de carbono, y la producción de 13 lotes de aire medicinal. Todas estas actividades se realizaron al 100%. Cabe anotar que el mantenimiento y la calibración de los equipos e instrumentos de la planta se encuentran programados trimestralmente.
- El contrato de suministro de gases medicinales con el proveedor Messer se renovó mediante el contrato 386 de 2025 el cual vence el 31 de agosto de 2025.

**A.** Porcentaje de cumplimiento de actividades registradas en los cronogramas de gases medicinales

**HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA**
**II Trimestre 2025 Comparativo II Trimestre 2024**
**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES REGISTRADAS EN LOS CRONOGRAMAS DE GASES MEDICINALES**

| | TRIM. I | TRIM. II | TRIM. III | TRIM. IV |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |
| 2025 | 100,00 | 100,00 | | |
| Meta | 95 | 95 | 95 | 95 |

**Fuente:** Fuente Estadística Dinámica gerencial HRZ

Para el indicador porcentaje de cumplimiento de actividades registradas en los cronogramas de gases medicinales, durante el II trimestre del 2025, no se presentó ninguna variación en comparación al mismo periodo evaluado en el 2024, este comportamiento se mantiene también al comparar el primer y el segundo trimestre del año 2025, dado que se alcanzó un cumplimiento del 100 % en las actividades programadas.

**B.** Porcentaje de eventos adversos relacionados con gases medicinales

**HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA**
**II Trimestre 2025 Comparativo II Trimestre 2024**
**PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON GASES MEDICINALES**

| | TRIM. I | TRIM. II | TRIM. III | TRIM. IV |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2025 | 0,00 | 0,00 | | |
| Meta | 1 | 1 | 1 | 1 |

**Fuente:** Fuente Estadística Dinámica gerencial HRZ

Para el indicador porcentaje de eventos adversos relacionados con gases medicinales, para el II trimestre del 2025 no presentó ninguna variación en comparación al mismo periodo evaluado en el 2024, este comportamiento se mantiene también al comparar el primer y el segundo trimestre del año 2025, esto se debe a que no se presentaron novedades relacionadas con el uso de gases medicinales en la institución. Comportamiento que se mantuvo en 0% durante los trimestres evaluados.

## 8.12. SERVICIO DE REHABILITACION

## RELACIÓN COMPARATIVA DE PROCESOS DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIAS

El servicio de terapias del Hospital Regional de Zipaquirá está conformado por cuatro áreas de atención especializada: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología (con inclusión de evaluaciones auditivas) y terapia respiratoria. Cada una de estas disciplinas desarrolla actividades de valoración, diagnóstico, intervención y tratamiento clínico en los distintos niveles de atención del hospital, que incluyen urgencias, hospitalización, unidades de cuidados intensivos para adultos y neonatos, así como consulta externa.

En el área de terapia respiratoria se llevan a cabo múltiples procedimientos, tales como análisis de gases arteriales, nebulizaciones medicadas, manejo de traqueostomías, inhaloterapia, toma de muestras para paneles virales (adenovirus, virus sincitial respiratorio, influenza, parainfluenza), pruebas PCR y antígeno para COVID-19, además de cultivos de secreciones respiratorias. También se ofrece el servicio de espirometría, terapia respiratoria y oximetrías dentro de la consulta externa.

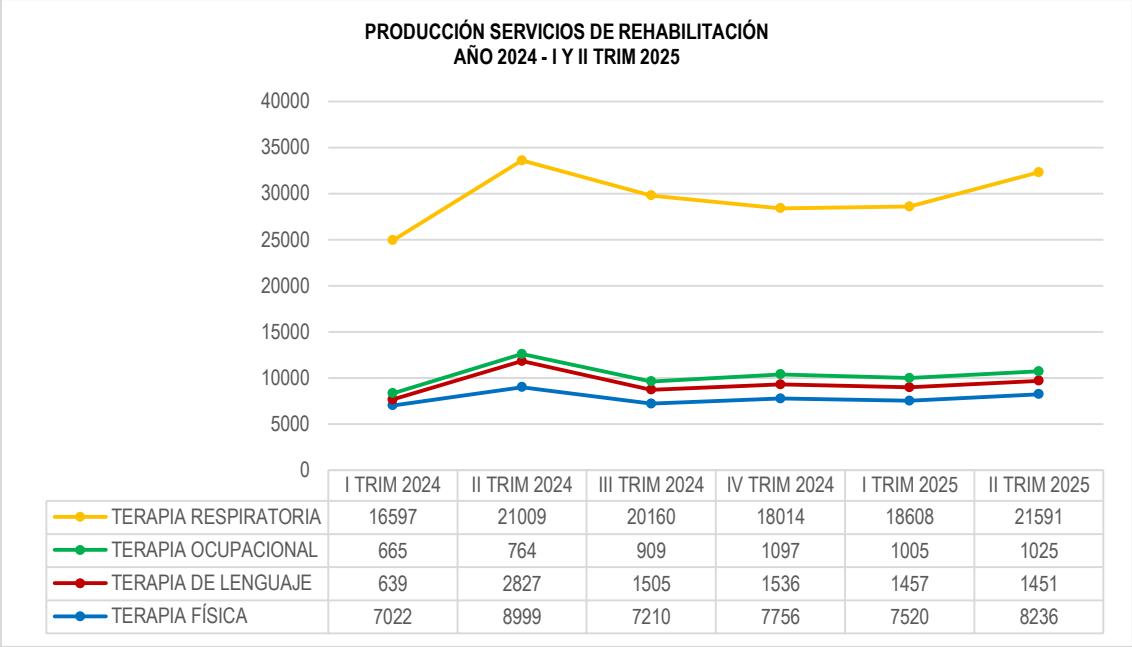
Por su parte, la terapia física proporciona atención fisioterapéutica en todas las unidades del hospital, incluyendo consulta externa, donde se dispone de profesionales con formación especializada. En cuanto a fonoaudiología, se realizan estudios como audiometría, logoaudiometría e impedanciometría, fortaleciendo así la evaluación y seguimiento de pacientes con alteraciones en la audición y el lenguaje.

| TALENTO HUMANO SERVICIO DE REHABILITACION | COMPARATIVO 2024-2025 | |
|---|---|---|
| | II TRIM 2024 | II TRIM 2025 |
| Líder del servicio | **1** | **1** |
| Apoyo administrativo y facturador | **0** | **0** |
| Fisioterapia (ucis, hospitalización, consulta externa y urgencias) | **35** | **31** |

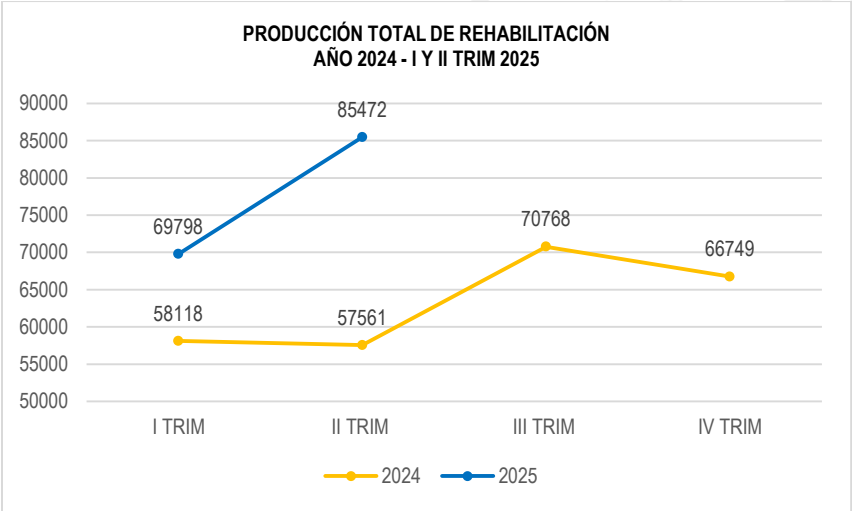
| | | |
|---|---|---|
| Fonoaudiología (consulta externa, hospitalización, ucis, urgencias) | **2** | **2** |
| Terapia Ocupacional (consulta externa, hospitalización, ucis, urgencias) | **1** | **1** |
| **TOTAL** | **39** | **35** |

**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ, 2025

### 8.12.1 PRODUCCION SERVICIOS DE REHABILITACION II TRIMESTRE 2024-2025




**Fuente:** Reporte cantidad de folios por especialidad-Dinámica Gerencial HRZ, 2025




**Fuente:** Reporte cantidad de folios por especialidad-Dinámica Gerencial HRZ, 2025

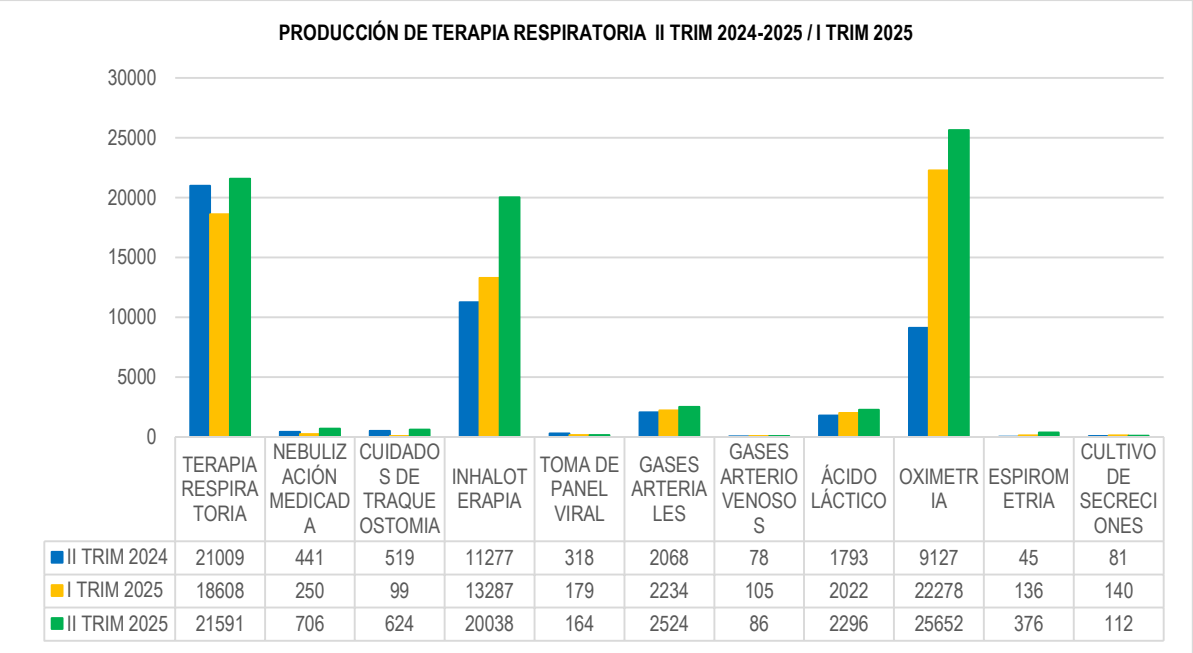
Durante el segundo trimestre de 2025, el servicio de terapias presentó un incremento del 48% en su actividad, registrando un total de 85.472 procedimientos, frente a los 57561 realizados en el mismo periodo del año 2024. Este aumento en la productividad se atribuye a la optimización de los procesos administrativos, al

incremento de interconsultas provenientes de servicios como medicina interna y pediatría, así como a una adecuada sistematización de los registros en la plataforma Dinámica Web. En comparación con el primer trimestre de 2025, hubo un aumento en la productividad del 22.4% en procedimientos como: terapia respiratoria, terapia física, exámenes audiológicos, inhaloterapia, entre otros.

Asimismo, se dio continuidad a las auditorías internas de historias clínicas en las áreas de terapia respiratoria, fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional, con el fin de fortalecer de manera continua la calidad del servicio, y llevar un seguimiento riguroso tanto de los procedimientos reportados diariamente en la estadística como de los ingresados en el sistema Dinámica Web.

Adicionalmente, se realizaron jornadas de actualización y reentrenamiento en cada una de las áreas, y se implementaron criterios de priorización de procedimientos, con el propósito de brindar una atención oportuna y eficaz a los usuarios y sus familias.

### 8.12.2 PRODUCCIÓN TERAPIA RESPIRATORIA




| | TERAPIA RESPIRATORIA | NEBULIZACIÓN MEDICADA | CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMIA | INHALOTERAPIA | TOMA DE PANEL VIRAL | GASES ARTERIALES | GASES ARTERIOVENOSOS | ÁCIDO LÁCTICO | OXIMETRIA | ESPIROMETRIA | CULTIVO DE SECRECIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| II TRIM 2024 | 21009 | 441 | 519 | 11277 | 318 | 2068 | 78 | 1793 | 9127 | 45 | 81 |
| I TRIM 2025 | 18608 | 250 | 99 | 13287 | 179 | 2234 | 105 | 2022 | 22278 | 136 | 140 |
| II TRIM 2025 | 21591 | 706 | 624 | 20038 | 164 | 2524 | 86 | 2296 | 25652 | 376 | 112 |

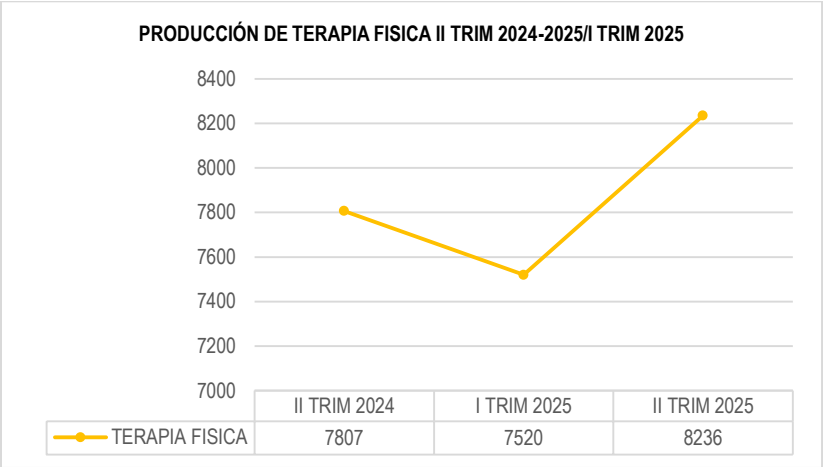
**Fuente:** Estadística Dinámica Gerencial HRZ, 2025

Para el servicio de terapia respiratoria hubo un aumento del 3% en atenciones de valoración e intervención, para el II trimestre en comparación 2024-2025, con un total de 21591 procedimientos, frente a las 20920 para el mismo periodo en el 2024. Respecto al primer trimestre de 2025, el servicio tuvo una variación positiva del 18%, esto debido al pico respiratorio que inicio a finales de marzo de 2025.

En cuanto a procedimientos hubo un aumento de interconsultas por necesidad de nebulización medicada, inhaloterapia, gases arteriales y ácido láctico, espirometrías en el servicio de consulta externa y cultivo de secreciones pasando de 27747 procedimientos en 2024 a 52758 en 2025; respecto al primer semestre de 2025 se tuvo un aumento del 40% en los procedimientos que abarcan la intervención de los profesionales de terapia respiratoria. La organización de agendas en consulta externa, junto con la priorización de la atención en áreas críticas como hospitalización, UCI y urgencias, han permitido una atención más oportuna y centrada en las necesidades del paciente.

En consulta externa por la reubicación de personal con certificación de toma de espirometrías, lo que ha permitido prestar el servicio de manera oportuna y continua con un agendamiento semanal, con un aumento de más del 100% en realización de dicho procedimiento.

### 8.12.3 PRODUCCIÓN TERAPIA FÍSICA



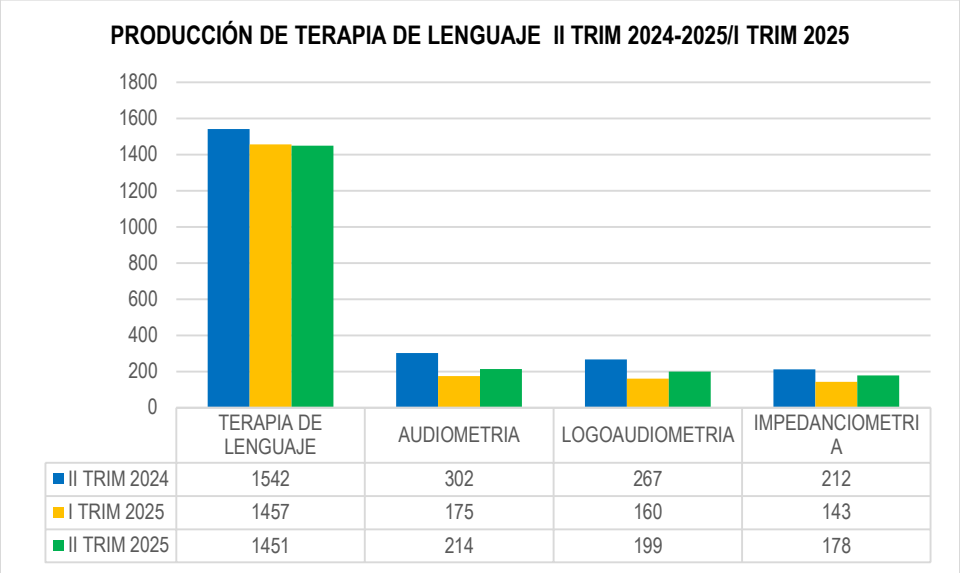

**Fuente:** Reporte cantidad de folios por especialidad-Dinámica Gerencial HRZ, 2025

El servicio de terapia física registró un aumento del 6% en las intervenciones realizadas durante el segundo trimestre, al comparar los años 2024 y 2025. En 2024 se llevaron a cabo 7807 procedimientos, mientras que en 2025 fueron 8236, a pesar de suspensión de convenio de EPS, lo que conllevo a una disminución de la asignación de citas en consulta externa. Sin embargo, en comparación al primer semestre de 2025 se tuvo un aumento en la productividad del 10%, ya que desde abril se cuenta con profesional de fisioterapia que se encuentra disponible en los servicios de consulta externa y hospitalización, en este último se ha podido aumentar el número de sesiones de terapia física.

Durante 2024, se llevó a cabo una reestructuración del servicio, asignando a una sola fisioterapeuta la atención de los pacientes en hospitalización y urgencias. Esta reorganización permitió priorizar la rehabilitación física, incluyendo la gestión de interconsultas y la sensibilización a los médicos tratantes sobre su importancia.

Además, se mantuvo la atención fisioterapéutica en las unidades de cuidados intensivos neonatales y de adultos, brindando continuidad al tratamiento cuando los pacientes son trasladados a hospitalización. En cuanto a la consulta externa, se habilitó una agenda completa para una fisioterapeuta y media jornada para otra, con el objetivo de responder a la demanda del servicio.

### 8.12.4 PRODUCCIÓN TERAPIA DE LENGUAJE

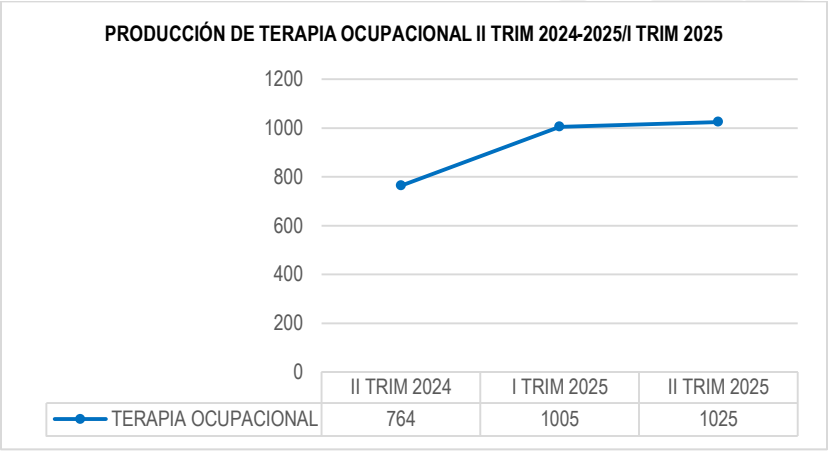



**Fuente:** Reporte cantidad de folios por especialidad-Dinámica Gerencial HRZ, 2025

Para el servicio de terapia de lenguaje, en el primer trimestre se identificó una variación negativa respecto al mismo periodo del año 2024, con un total de 1451 terapias de lenguaje en consulta externa y los servicios de hospitalización (urgencias, hospitalización, UCI y UCIN) 214 procedimientos de audiometría, 199 de logoaudiometría, 178 impedanciometría, para un total de 1935 procedimientos en comparación a los 1542 procedimientos realizados en 2024 para el mismo periodo. Respecto al primer semestre de 2025, se mantuvo la productividad con un aumento en los procedimientos de exámenes audiológicos en un 25%.

La terapeuta encargada en seguir proyectando al servicio de fonoaudiología como primordial para la rehabilitación integral del paciente del Hospital Regional de Zipaquirá, se ha comprometido con el aumento de las interconsultas en servicios como unidad de cuidados intensivos neonatal y unidad de cuidados intensivos adulto, además de la creación de protocolos con los que no se contaban en la institución para la atención de pacientes pediátricos y adultos en el servicio de consulta externa.

## 8.12.5 PRODUCCIÓN TERAPIA OCUPACIONAL




**Fuente:** Reporte cantidad de folios por especialidad-Dinámica Gerencial HRZ, 2025

El servicio de terapia ocupacional presentó un aumento del 34% en el segundo trimestre de 2025, con un total de 1.025 procedimientos, en comparación con los 764 realizados en el mismo periodo de 2024. Cabe destacar que esta cifra corresponde únicamente a la consulta externa, ya que actualmente no se cuenta con un profesional para brindar atención en hospitalización, urgencias, UCI y UCIN, debido a que esta contratación aún no ha sido autorizada. Respecto al primer trimestre de 2025, se mantuvo la atención con un leve aumento del 1%.

Se ha observado una alta demanda del servicio por parte de pacientes tanto pediátricos como adultos, lo que ha llevado a un agendamiento constante de citas de valoración y seguimiento, con el objetivo de atender adecuadamente a los usuarios remitidos por sus IPS a nuestra institución.

### 8.12.6 SATISFACCIÓN DEL USUARIO (PQRS) EN EL II TRIMESTRE 2025

| PROCESO O SERVICIO | NUMERO de PQRS | QUEJA | RECLAMO | CAUSA | ID - PLAN DE MEJORAMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TERAPIA OCUPACIONAL | 8 | 1 | 0 | Atención por parte de la terapeuta ocupacional. | Se dio respuesta a la queja por atención de la profesional, con retroalimentación verbal y formal sobre la situación. | La terapeuta entrego una carta como parte del seguimiento de la queja, además desde trabajo social asistió a charla de humanización. |
| TOTAL | | 1 | | | | |

Se relaciona para el II trimestre en el servicio de terapias un total de 6 felicitaciones, 1 quejas y 1 reclamos. La queja se presentó formalmente ante la profesional de terapia ocupacional, a la cual se realizó retroalimentación y seguimiento por parte de trabajo social asistido al taller “pacto por el trato amable”.

Se realiza verificación en oficina de atención al usuario para conocer la medida de satisfacción del servicio ante los demás servicios del hospital, pero no se cuenta con dicha información.

### 8.12.7 SEGURIDAD DEL PACIENTE

| No NOVEDADES ANALIZADAS | CLASIFICADAS | | | ID PLANE DE MEJORA |
|---|---|---|---|---|
| | EVENTOS ADVERSOS | INCIDENTES | COMPLICACIONES | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | |

### 8.12.8 DOCUMENTOS ACTUALIZADOS EN EL TRIMESTRE

Durante el primer trimestre de 2025, se llevó a cabo el proceso de autoevaluación y la elaboración del registro de procedimientos por servicio, como parte de los requerimientos para la habilitación institucional que el Hospital Regional de Zipaquirá busca alcanzar este año. En este marco, la líder del área de rehabilitación elaboró los documentos de terapia respiratoria para los servicios de urgencias, hospitalización, uci neonatal y uci adultos, pendientes de ser subidos al sistema Almera, con el fin de alinearlos a los procedimientos y actividades realizados en esta sede de la red samaritana.

| NOMBRE DEL DOCUMENTO | CODIGO | TIPO DE DOCUMENTO | FECHA DE ACTUALIZACION | PUBLICADO EN ALMERA (SI/NO) | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|
| ATENCIÓN INTEGRAL FISIOTERAPIA CONSULTA EXTERNA HRZ | PENDIENTE | PROCEDIMIENTO | 29/05/2025 | NO | |
| ATENCIÓN INTEGRAL FISIOTERAPIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O INTERMEDIOS NEONATAL HRZ | PENDIENTE | PROCEDIMIENTO | 29/05/2025 | NO | |
| ADMINISTRACIÓN DE SURFACTANTE PULMONAR EN UNIDAD | PENDIENTE | PROCEDIMIENTO | 29/05/2025 | NO | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DE CUIDADOS INT.NEONATAL | | | | | |
| PROCEDIMIENTO ATENCIÓN INTEGRAL FISIOTERAPIA HOSPITALIZACION HRZ | PENDIENTE | PROCEDIMIENTO | 29/05/2025 | NO | |
| PROCEDIMIENTO ATENCIÓN INTEGRAL FISIOTERAPIA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O INTERMEDIOS | PENDIENTE | PROCEDIMIENTO | 29/05/2025 | NO | |
| PROCEDIMIENTO ATENCIÓN INTEGRAL FISIOTERAPIA URGENCIAS | PENDIENTE | PROCEDIMIENTO | 29/05/2025 | NO | |

### 8.12.9 PERSONAL EN FORMACIÓN – QUE ROTO EN EL SERVICIO:

| INSTITUCION EDUCATIVA | 2025 | | | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| - | 0 | 0 | 0 | |
| **Total** | | | | |

### 8.12.10 CONCLUSIONES

En el segundo semestre de 2025, el servicio de rehabilitación del Hospital Regional de Zipaquirá registró un notable incremento en su productividad, evidenciado en el aumento de los procedimientos realizados respecto al mismo periodo del año anterior. Este crecimiento refleja el compromiso del equipo con la mejora continua y la eficiencia en la prestación de servicios.

Entre los factores que contribuyeron a este resultado se destacan la optimización de los procesos administrativos, el fortalecimiento del recurso humano y la implementación de mecanismos de control y seguimiento, como auditorías internas y la participación activa en los grupos primarios de rehabilitación.

El incremento en la demanda, particularmente en la atención de pacientes pediátricos y adultos en hospitalización, confirma el papel esencial del servicio de rehabilitación como componente clave en la atención integral en salud.

### 8.12.11 FORTALEZAS O LOGROS

Durante el segundo semestre de 2025, en el servicio de rehabilitación del hospital regional de Zipaquirá, se pudieron identificar las siguientes fortalezas y logros:

- Aumento de la presencia en servicios de urgencias, hospitalización, unidades de cuidado intensivo (adulto y neonatal) y consulta externa, garantizando continuidad en el proceso de rehabilitación, evidenciado en el aumento de interconsultas en los servicios ya mencionados.
- Implementación permanente de auditorías clínicas internas, protocolos actualizados y jornadas de capacitación al personal, como terapia manual en paciente hospitalizados por parte de la Universidad de La Sabana, orientadas al fortalecimiento de la calidad del servicio.
- Optimización de procesos administrativos, priorización de procedimientos según criterios clínicos y uso adecuado de la plataforma de registro institucional (Dinámica Web).
- Aumento significativo en el número de procedimientos realizados frente a periodos anteriores, reflejando una mayor capacidad de respuesta ante la demanda asistencial.
- Valoración positiva del servicio por aumento de felicitaciones, consolidándose como un componente fundamental dentro del modelo de atención hospitalario.

### 8.12.12 RECOMENDACIONES O ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR PARA MEJORAR LOS RESULTADOS DEL SERVICIO O PROCESO

Se requiere la creación de nuevo tipo de historia clínica para uso exclusivo de terapia física, con el fin de

optimizar procesos de facturación y evitar glosas.

## 8.13. SERVICIO DE NUTRICIÓN

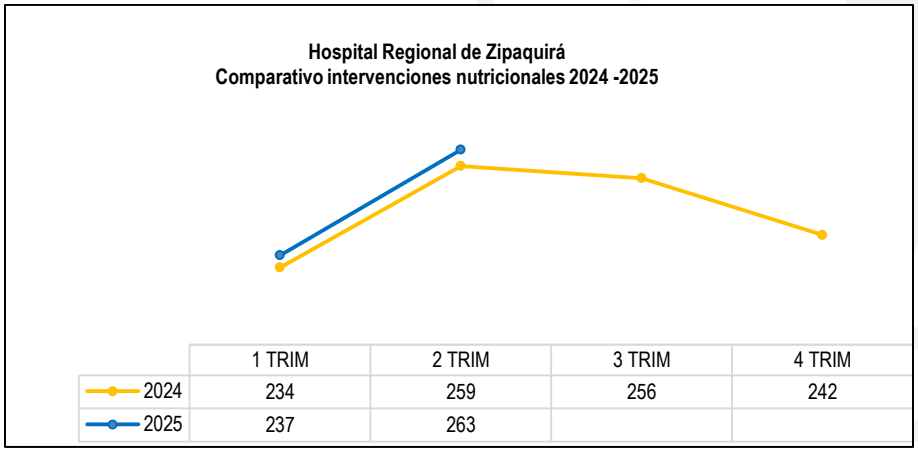
El servicio de Nutrición es un servicio transversal a todos los procesos del hospital, teniendo en cuenta que todos los pacientes hospitalizados requieren ser alimentados ya sea por vía oral, enteral o parenteral de acuerdo con su estado y/o patologías presentes.

Las Actividades asistenciales del Servicio de Nutrición incluyen prescripción de dietas para los pacientes con Vía oral, valoración nutricional a los pacientes interconsultados por otros servicios o que presenten riesgo o desnutrición al realizar tamización nutricional, calculo y formulación de soporte enteral y parenteral a los pacientes que lo requieran, cálculo de nutrición parenteral a los neonatos que así lo requieran de acuerdo a las ordenes medicas de los neonatólogos, consulta externa, actividades de capacitación a los pacientes y sus acudientes con el objetivo de optimizar el tratamiento nutricional y mantener adecuados hábitos de alimentación en casa que conlleven a mejorar el estado nutricional y disminuir la prevalencia de malnutrición, considerada como evento de Salud Pública, actividades de capacitación a funcionarios del Hospital, médicos internos y estudiantes que rotan por nuestra institución para dar alcance a las actividades en educación requeridas en las estrategias IAMI y MIDA.

### 8.13.1 COMPARATIVO AÑOS 2024-2025

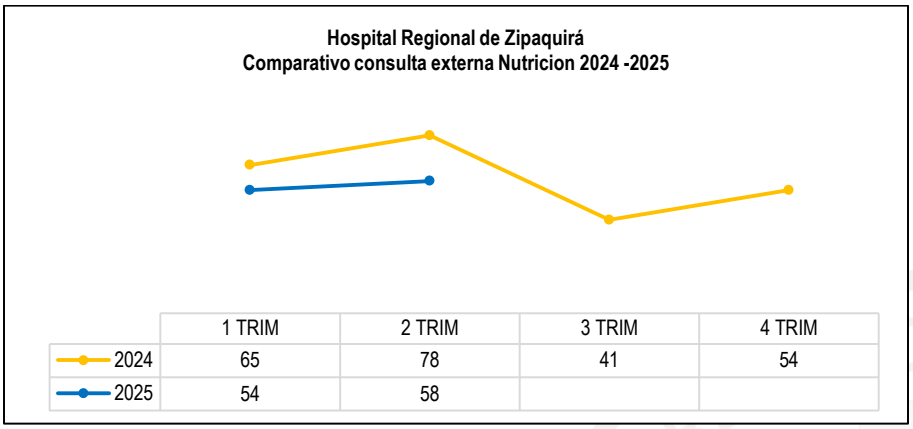
Dentro de las actividades del servicio de Nutrición realizadas dentro del HRZ las más representativas son:

- **Intervenciones nutricionales en hospitalización**




**Fuente:** Almera

- **Consulta Externa**




**Fuente:** Almera

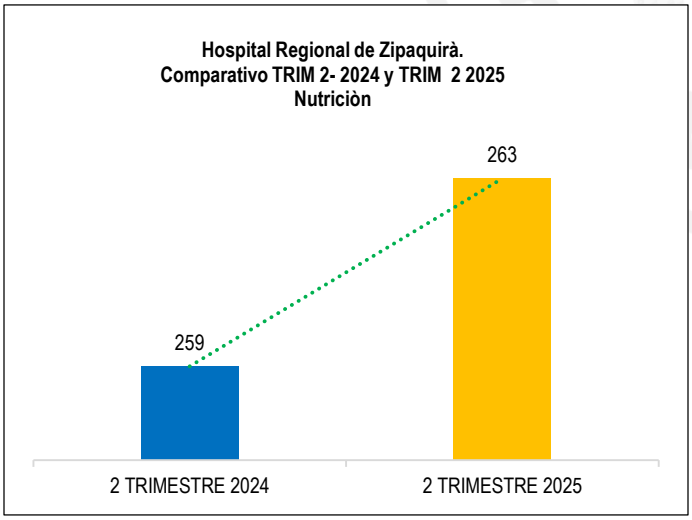
## 8.13.2 COMPARATIVO INTERVENCIONES NUTRICIONALES REALIZADAS SEGUNDO TRIMESTRE 2024-2025

En el segundo trimestre del año 2025 se realizaron 263 intervenciones nutricionales, en 2024 se realizaron 259 intervenciones, comparativamente en los dos años, esta cifra representa una variación positiva del 2 %. Y en el primer trimestre de 2025 se realizaron 237 intervenciones nutricionales.

**CUADRO COMPARATIVO 2 TRIMESTRE 2024 - 2 TRIMESTRE 2025 (Por servicio Interconsultantes)**

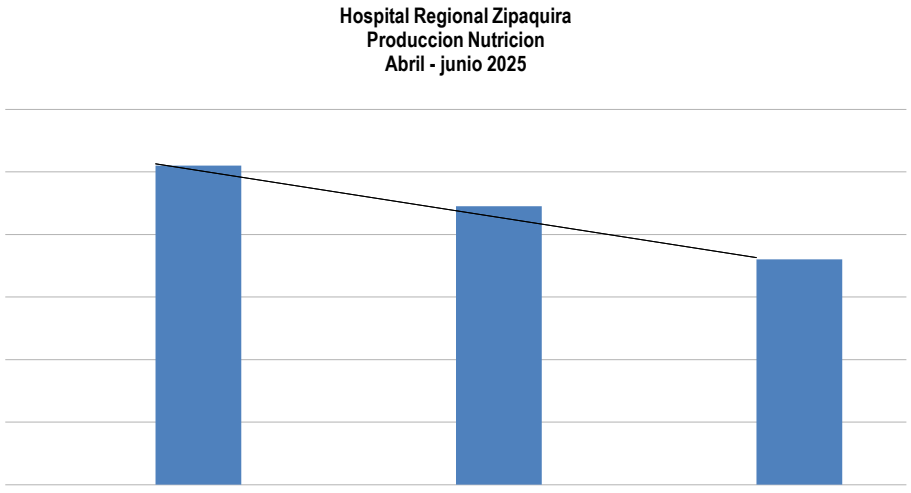
| Servicio | TRIM 2-2024 | TRIM 2-2025 | TRIM 1-2025 |
|---|---|---|---|
| Urgencias | 58 | 41 | 30 |
| Hospitalización | 64 | 90 | 94 |
| Pediatría | 37 | 40 | 32 |
| Ginecología | 30 | 34 | 18 |
| UCI | 48 | 39 | 44 |
| UCI Neonatal | 9 | 14 | 12 |
| Tamización nutricional | 13 | 5 | 7 |
| **Total** | 259 | 263 | 237 |

**Fuente:** Almera




**Fuente:** Almera

El mayor número de intervenciones se realizó en el mes de abril (102 intervenciones), el mayor número de pacientes interconsultados corresponden al servicio de hospitalización.




| | 01/04/2025 | 01/05/2025 | 01/06/2025 |
|---|---|---|---|
| Series1 | 0 | 0 | 0 |
| NUTRICIÒN | 102 | 89 | 72 |

**Fuente:** Almera

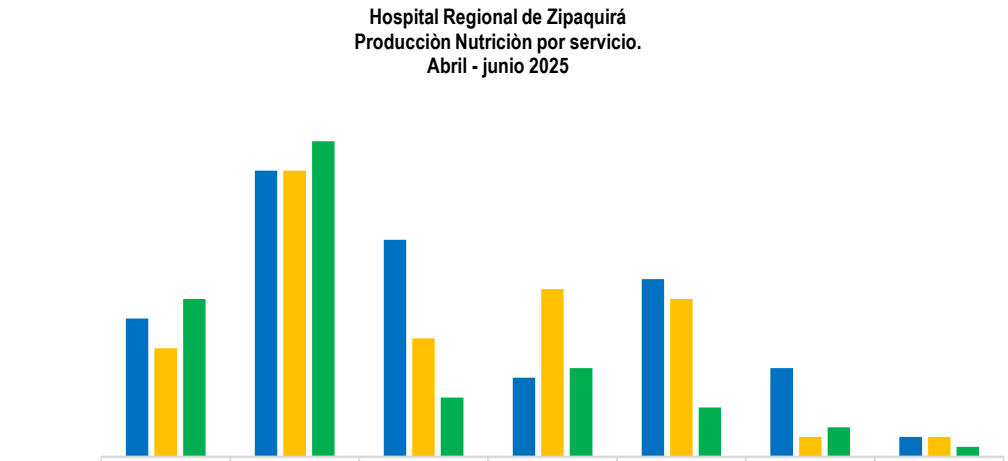
Al ser el servicio de Nutrición Interconsultante y transversal a todos los servicios del Hospital, atiende pacientes de los servicios de Urgencias, Hospitalización, Pediatría, Ginecología, UCI y UCI Neonatal.

- Para el segundo trimestre - 2025 el mayor número de atenciones se presentó a través de la respuesta de interconsultas del servicio de hospitalización (34,2 %) principalmente pacientes del servicio de Medicina Interna quienes han requerido complementación nutricional y/ adecuación de alimentación para el manejo de sus patologías y mejoramiento del estado nutricional, pacientes del servicio de cirugía que requieren tratamiento nutricional perioperatorio.

- En urgencias se realizaron el 15,6 % de las intervenciones nutricionales, con el objetivo de determinar el estado nutricional de los pacientes y el plan nutricional a seguir durante la hospitalización, indicando tipo de dieta y necesidad de complementación nutricional y en aquellas patologías que lo requieran entrega de recomendaciones nutricionales para el manejo en casa.

- En pediatría se realizaron el 15,2% de las intervenciones nutricionales, con el objetivo de determinar el estado nutricional de los niños que llegan a nuestra institución y así intervenir oportunamente a aquellos menores de 5 años que se encuentran en DNT aguda, dando cumplimiento al protocolo de Manejo Integral de la Desnutrición Aguda (MIDA)

- En todos los servicios del hospital se realizaron actividades de intervención nutricional.



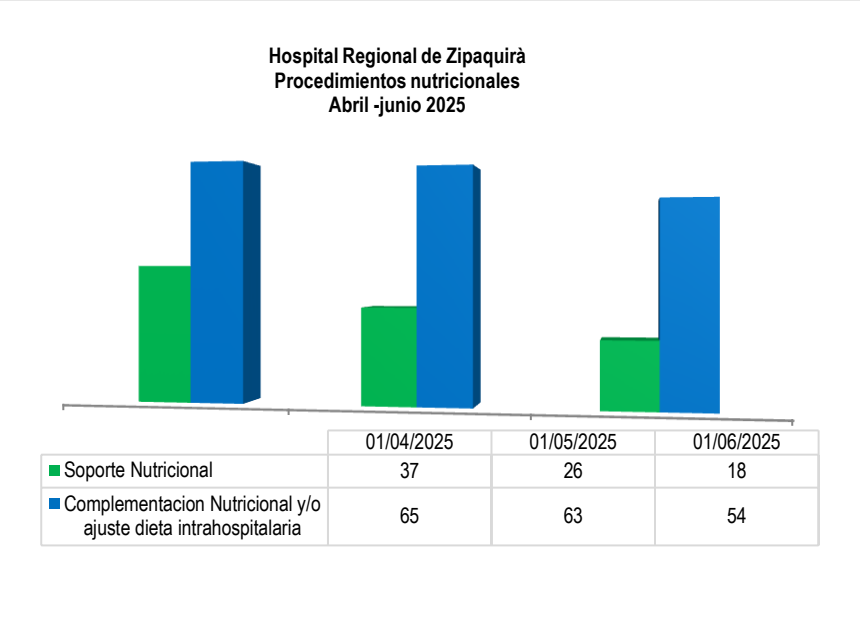

| | Urgencias | Hospitalización | Pediatria | Ginecologia | UCI | UCI Neonatal | Tamizaciòn nutricional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| abr.-25 | 14 | 29 | 22 | 8 | 18 | 9 | 2 |
| may.-25 | 11 | 29 | 12 | 17 | 16 | 2 | 2 |
| jun.-25 | 16 | 32 | 6 | 9 | 5 | 3 | 1 |

**Fuente:** Almera

### 8.13.3 PROCEDIMIENTOS NUTRICIONALES REALIZADOS

Las intervenciones en Nutrición se realizan con el objetivo de proveer una alimentación adecuada a los pacientes, teniendo en cuenta las diferentes vías que pueden ser utilizadas para este fin. Estas vías pueden ser: la Vía oral, el soporte nutricional tanto enteral como parenteral; y aquellos pacientes con vía oral funcionante y que por su estado nutricional lo requieran, se complementan nutricionalmente.

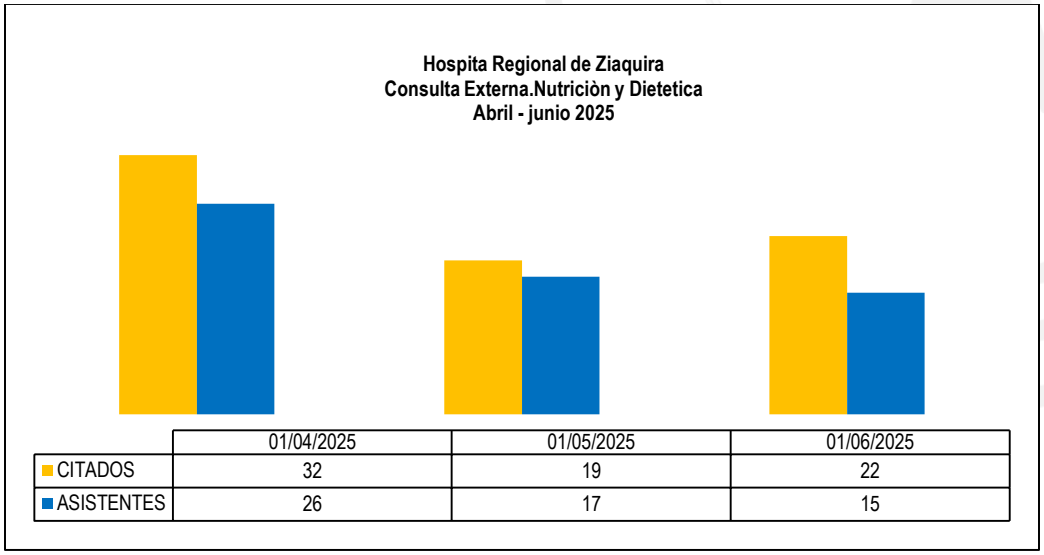
Durante el segundo trimestre - 2025, al 69,2% de pacientes intervenidos por el servicio de Nutrición, se les realizo complementación nutricional y/o ajuste de dieta intrahospitalaria y se les inicio Soporte nutricional Enteral y/o parenteral al 30,8 %.




**Fuente:** Almera

### 8.13.4 CONSULTA EXTERNA

Durante el segundo trimestre - 2025 fueron atendidos 58 pacientes en consulta Externa de Nutrición y Dietética, de un total de 73 pacientes que solicitaron cita, con un 79% de asistencia, en comparación con el segundo trimestre 2024 en donde fueron atendidos 78 pacientes con una variación negativa del 26%.

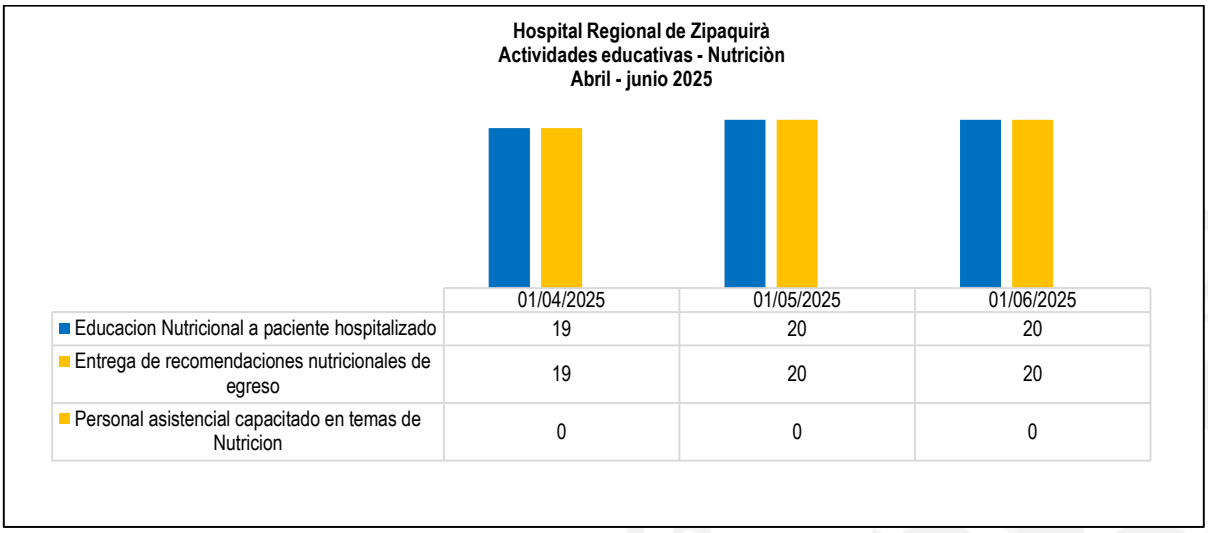



**Fuente:** Almera

### 8.13.5 ACTIVIDADES DE CAPACITACION

En el segundo trimestre 2025 las actividades de capacitación realizadas dentro de la institución dirigidas a los pacientes y sus acudientes y funcionarios del Hospital, médicos internos y estudiantes que rotan por nuestra

institución para dar alcance a las actividades en educación requeridas en las estrategias IAMI, MIDA, Seguridad del paciente fueron:




**Fuente:** Almera

## 8.13.6 PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN (SALUD PUBLICA)

### TALENTO HUMANO

Gestión de Salud Publica en el Hospital Regional de Zipaquirá presta las siguientes atenciones:

- Vacunación del recién nacido
- Sala de Lactancia Materna
- Programa Madre Canguro Intrahospitalario
- Salud Mental
- SIVIGILA
- Ruta Materno Perinatal

| TALENTO HUMANO GESTION DE LA SALUD PUBLICA | 2025 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM |
| Enfermera programa madre – padre canguro y Sala de Lactancia | 1 | 1 | | |
| Auxiliares Enfermería programa madre – padre canguro y Sala de Lactancia | 3 | 3 | | |
| Auxiliares Enfermería Vacunación | 2 | 2 | | |
| Psicólogos | 2 | 2 | | |
| Auxiliar Salud Publica Sivigila | 1 | 1 | | |
| Auxiliar Salud Publica | 1 | 1 | | |
| Líder de Salud Publica | 1 | 1 | | |
| **Total** | **11** | **11** | | |

## 8.13.7 PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- **COBERTURA DE EDUCACIÓN RUTA MATERNO PERINATAL – ESTRATEGIA IAMII, SEGUNDO TRIMESTRE 2025**

El objetivo de esta actividad es fortalecer las competencias en el cuidado de pacientes, familiares y cuidadores de mujeres durante el embarazo, el puerperio y en el cuidado del recién nacido, con un énfasis particular en la identificación de signos de alarma y complicaciones.
Del total de gestantes y puérperas captadas (590), se capacitó al 93% en el segundo trimestre, es decir, 548 pacientes, dejando a 42 sin cobertura. Al comparar estos datos con el primer trimestre del mismo año, se observa una un aumento del 8,4%, ya que, de las 625 pacientes captadas, se logró educar al 84,6%, lo que equivale a 96 pacientes quedaron sin cobertura.

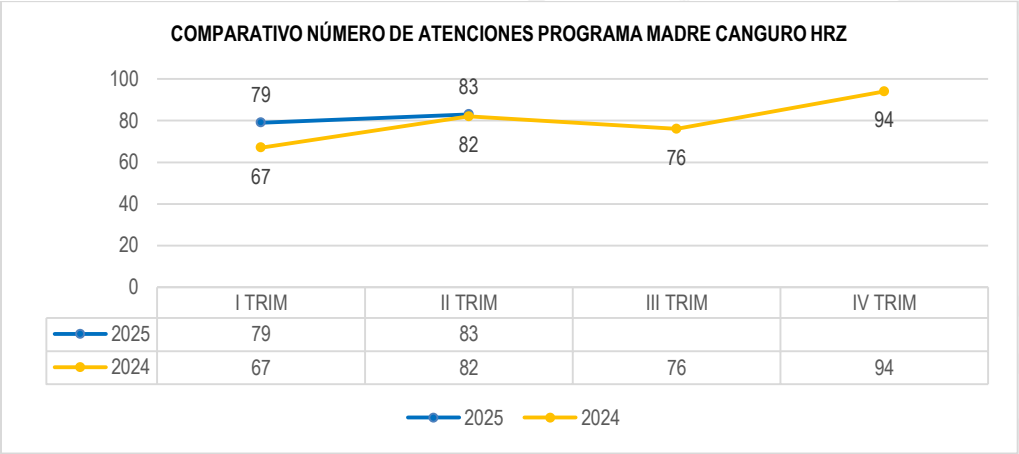
Al revisar estos datos se observa que como institución IAMII se logró mejorar la cobertura de educación a nuestras usuarias que asisten a atención de Alto Riesgo Obstétrico en consulta externa y a la atención del parto o cesárea en la institución.

El objetivo de esta actividad es fortalecer las competencias en el cuidado de pacientes, familiares y cuidadores de mujeres durante el embarazo, el puerperio y en el cuidado del recién nacido, con un énfasis particular en la identificación de signos de alarma y complicaciones.

En relación con el segundo trimestre de 2024, de un total de 502 pacientes, se logró educar al 89,2% que equivale a 448 gestantes y puérperas, lo que representa una disminución del 3,8%, es decir, 54 pacientes no recibieron la capacitación.

Este descenso se atribuye a factores como la reducción del personal, dificultades logísticas y la mayor complejidad en el seguimiento de gestantes y puérperas durante ese período, así como la dificultad para dar continuidad al proceso educativo en los servicios de hospitalización.

**Número de atenciones del Programa Madre - Padre Canguro PMC**




**Fuente:** Kardex PMC

Este programa está diseñado para ofrecer a las madres y padres de niños con bajo peso al nacer, es decir, aquellos que pesan menos de 2500 gramos o que nacen prematuramente, la oportunidad de recibir capacitación especializada en el cuidado de sus hijos, para promover el adecuado desarrollo de estos y mejorar su calidad de vida.

En el segundo trimestre del 2025, se brindó atención a 83 niños que forman parte del programa Madre Canguro Intrahospitalario. Al comparar con el segundo trimestre del año anterior, se observa un aumento de un paciente más atendido, al realizar la comparación con el primer trimestre del presente año hay una

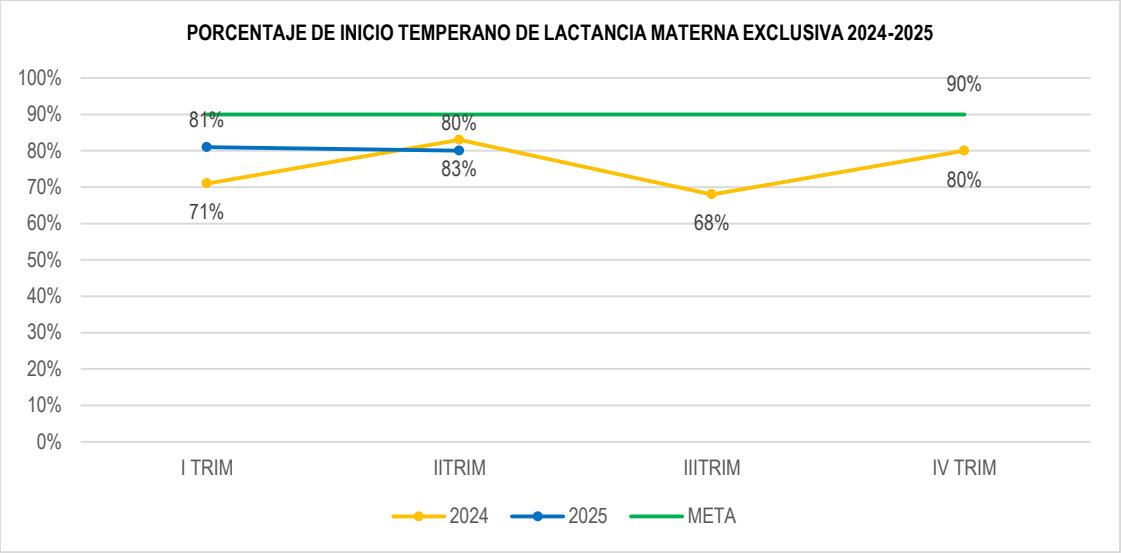
diferencia de 4 pacientes más atendidos con relación al trimestre anterior. Esta variación está influenciada por el mayor número de gestantes que se están atendiendo tanto en consulta externa de Alto riesgo obstétrico y en atención del parto en nuestra institución.

En el programa Madre Canguro se realiza seguimiento telefónico a las 48 horas, al mes y a los tres meses a los pacientes después del egreso hospitalario, con el fin de verificar el inicio del programa canguro ambulatorio y conocer el estado de estos menores durante su primer trimestre de vida, durante el trimestre se realizaron un total de 129 seguimientos telefónicos.

### 8.13.8 PORCENTAJE DE REGISTRO DE RECIÉN NACIDOS REGISTRADOS EN EL HUS

En el Hospital Regional no se cuenta hasta el momento con el registro civil de los recién nacidos estamos en el proceso a través de Hospital Samaritana y Gobernación de Cundinamarca para implementar esta actividad en la institución la cual permitirá a nuestros recién nacidos el reconocimiento legal como ciudadanos, permitiéndoles acceder a una serie de derechos esenciales para su desarrollo y bienestar.

- **PORCENTAJE DE INICIO TEMPRANO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA 2024 - 2025**




**Fuente:** matriz de estrategia IAMII

La lactancia materna en la primera hora de hospitalización es crucial para el bienestar tanto de la madre como del recién nacido. Esta práctica, conocida como "hora dorada", tiene beneficios inmediatos y a largo plazo que impactan directamente en la salud, el desarrollo y el vínculo madre-hijo.

Del total de 261 recién nacidos con alojamiento conjunto en el segundo trimestre del 2025, se logró el inicio temprano de la lactancia materna en 210, lo cual equivale al 80,4%, al comparar este resultado con el segundo trimestre del año 2024, de 258 niños que nacieron en el segundo trimestre del año 2024, 216 recibieron lactancia materna exclusiva, lo cual equivale 81,4%; al comparar el segundo trimestre con el primer trimestre del presente año hubo una disminución en 1% de inicio temprano de la lactancia materna en la primer hora de vida de los recién nacidos.

Es así como se evidencia que los niños que no recibieron lactancia materna exclusiva durante la primera hora

de vida se deben básicamente a prematuros extremos que por sus condiciones requieren el traslado inmediato a la Uci Neonatal.

A través de la Sala de lactancia materna en el primer trimestre se realizaron 935 atenciones donde se realiza capacitación y entrenamiento a la paciente en técnicas de extracción, conservación y administración de la leche materna.

Esta variación se encuentra relacionada a la dificultad para brindar acompañamiento permanente a las familias en lactancia durante la hospitalización por parte del grupo de Sala de lactancia materna de la estrategia IAMII, que aparte de dar educación realizan acompañamiento permanente en esta práctica, para apoyar al binomio a instaurar la lactancia.

En la Estrategia IAMII durante el trimestre de abril a junio del presente año se realizaron 259 atenciones entre partos y cesáreas de los cuales se atendieron 149 partos y 110 cesáreas y un total de 261 nacidos vivos

Los siguientes indicadores los cuales nos permiten medir la adherencia a la estrategia en los diferentes pasos.El acompañamiento durante el trabajo de parto, atención del parto y cesárea está en un 68,2% de cumplimiento, se continúan implementando estrategias para que las gestantes estén acompañadas durante su atención en la institución.

La aplicación de la analgesia endovenosa y peridural durante el trabajo de parto se empezó a medir a partir del mes de febrero con 61,3% de cumplimiento, se han realizado acercamientos con las áreas de anestesiología y ginecología para la implementación de esta atención.

En el Hospital Regional para el cumplimiento del paso 10 de la Estrategia IAMII se implementó la línea Amiga de la lactancia Materna (línea de WhatsApp) nos mantenemos en contacto con las familias gestantes que se atienden en la institución ya que reciben información y educación a través de videos como tipos de leche, banco de leche humana en casa, signos de alarma del recién nacido, alimentación complementaria, generalidades del método canguro y otros; además se reciben solicitudes de información sobre apoyo a la lactancia materna, cuidados del recién nacido en casa, signos de alarma del puerperio.

Durante el primer trimestre del presente año se recibieron 336 solicitudes a través de la Línea Amiga de la Lactancia las cuales el 100% recibieron respuestas y se resolvieron según la solicitud realizada.

Se continua con la capacitación al personal nuevo que ingresa a la institución, así como al personal que ya lleva tiempo motivándolos a entender que la Estrategia IAMII es transversal a cada uno de los servicios que presta la institución donde se realiza atenciones al personal materno infantil.

**8.13.9 INDICADORES NORMATIVOS DE NOTIFICACIÓN** (incluir los indicadores de notificación que no están incluidos en el primer punto de este informe como son los del Resolución 2193).

| INDICADOR | CODIGO DE ALMERA | UNIDAD MEDIDA | META | AÑO 2025 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | I TRIM | II TRM | III TRM | IV TRM |
| Número de niños menores con esquema de vacunación adecuado para la edad según normas del PAI / número total de niños menores objeto de esquema de vacunación | 1676 | Porcentaje | 100% | 100% | 100% | | |
| Padres de familia informados y capacitados en el programa PAI – dosis de vida / total de pacientes objetos del programa PAI | 1678 | Porcentaje | 100% | 100% | 100% | | |

### *8.13.10* SATISFACCIÓN DEL USUARIO (PQRS) EN EL II TRIMESTRE

| PROCESO O SERVICIO | NUMERO (consecutivo asignado) | QUEJA | RECLAMO | CAUSA | ID - PLAN DE MEJORAMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| GSP | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| TOTAL | | A | A | | | |

### 8.13.11 RIESGO DEL PROCESO O SERVICIO

| PROCESO | RIESGOS PRIORIZADOS (según mapa riesgos - ALMERA | MATERIALIZADO | EN CASO DE MATERIALIZARSE | |
|---|---|---|---|---|
| | | SI/NO | ACCIONES REALIZADAS | ID - PLAN DE MEJORA |
| GSP | Posibilidad de afectación económica y de reputación por mortalidad relacionada con la atención a la población materna, debido a falta de oportunidad en la identificación de signos de alarma y falta de adherencia a guías y protocolos. | No | NA | NA |
| | Posibilidad de afectación económica y de imagen por el incremento casos detectados de desnutrición en menores de 5 años, debido a los malos hábitos y estilos de vida, determinantes sociales y baja corresponsabilidad de los padres o cuidadores frente a la situación en salud. | No | NA | NA |

### 8.13.12 SEGURIDAD DEL PACIENTE

**N/A**

### 8.13.13 DOCUMENTOS ACTUALIZADOS EN EL TRIMESTRE

| NOMBRE DEL DOCUMENTO | CODIGO | TIPO DE DOCUMENTO | FECHA DE ACTUALIZACION | PUBLICADO EN ALMERA (SI/NO) | OBSERVACION |
|---|---|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | NA | NA | NA |

### *8.13.14* CONCLUSIONES

- El hospital Regional de Zipaquirá durante el segundo trimestre se continúa en la institución con la implementación y el mantenimiento de la Estrategia IAMII Instituciones Amigas de la mujer y la Infancia Integral.
- El hospital Regional de Zipaquirá durante el segundo trimestre se continúa en la institución con la implementación y el mantenimiento de la Estrategia MIDA Manejo Integral de la Desnutrición.

### *8.13.15* FORTALEZAS O LOGROS

- El Hospital Regional se encuentra certificado como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMII).
- El Hospital Regional se encuentra certificado como Institución Manejo Integral de la Desnutrición Aguda (MIDA).
- No materialización del riesgo del proceso (muerte materna – desnutrición en niños menores de 5 años).

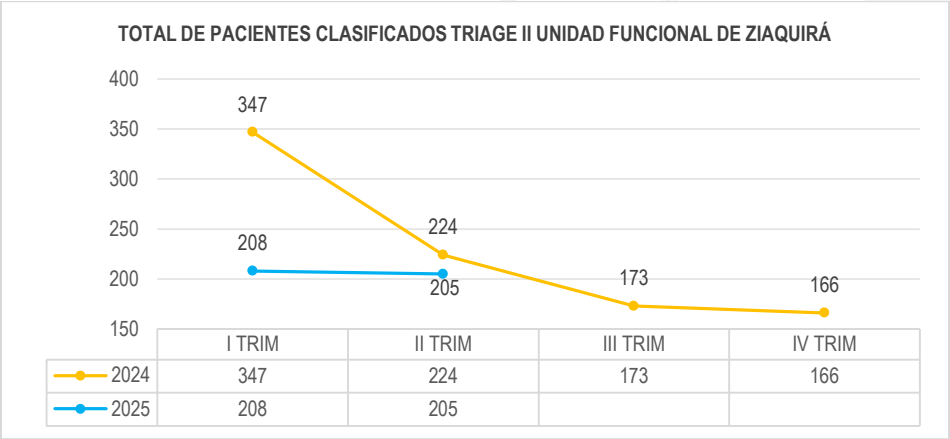
- Contar con el compromiso y apoyo del grupo de especialistas de ginecología, neonatología y pediatría para el mantenimiento de las certificaciones IAMII y MIDA
- Contar con el compromiso y apoyo del grupo de Enfermería, Nutrición, trabajo social para el mantenimiento de las certificaciones IAMII y MIDA
- Fortalecer el seguimiento y la implementación de la ruta materno-perinatal.
- Mantener la colaboración en red con el proceso de gestión de salud pública junto a la UFZ y HUS.

### 8.13.16 RECOMENDACIONES O ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTAR PARA MEJORAR LOS RESULTADOS DEL SERVICIO O PROCESO

- Fortalecer el procedimiento educativo como parte integral de las Estrategias IAMII y MIDA.
- Establecer estrategias para la implementación de la Ruta Materno perinatal.
- Mantener la certificación como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMII).
- Fortalecer la Línea Amiga de la Lactancia Materna)
- Fortalecer la consulta de consejería en lactancia materna por parte de ginecóloga especialista la lactancia.
- Fortalecer el traslado de leche materna para el banco de leche UFZ.
- Fortalecer la articulación del procedimiento de gestión de salud pública en la red Samaritana

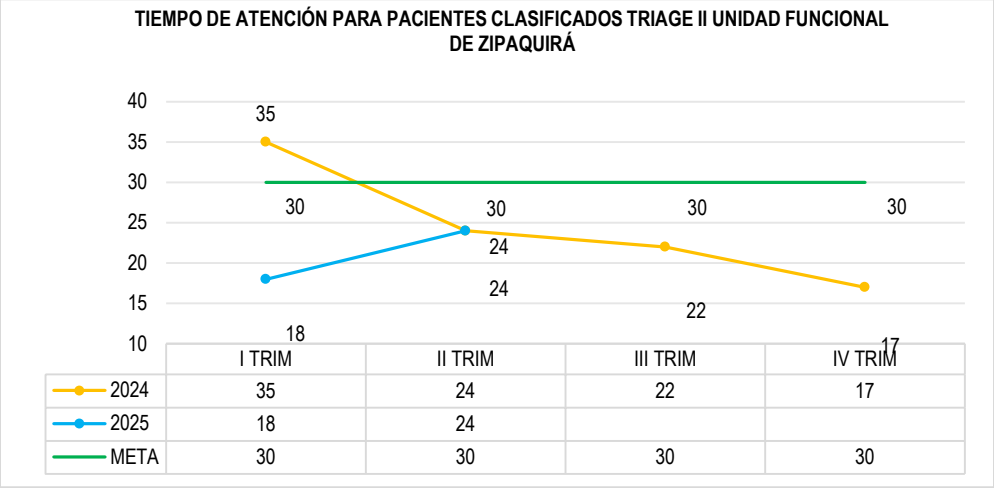
## CAPITULO XI UNIDAD FUNCIONAL

### 9.1 SERVICIOS DE URGENCIAS




Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

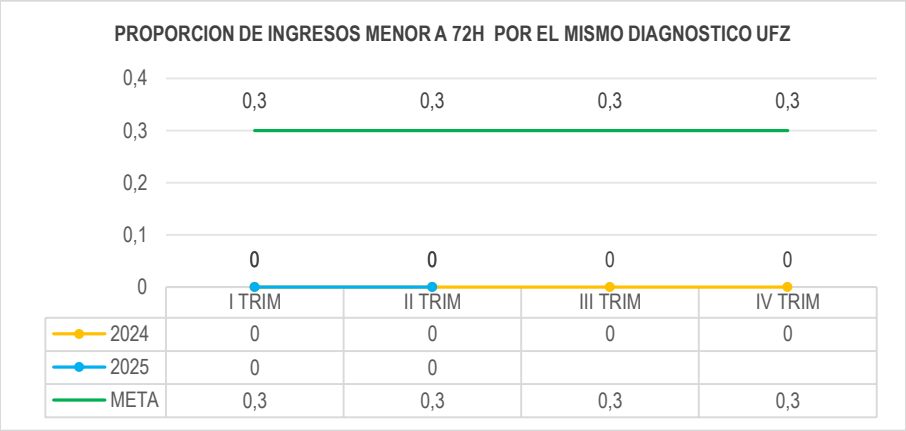
El gráfico muestra la tendencia de pacientes clasificados en triage II en la Unidad Funcional de Ziaquirá durante 2024 y lo que va de 2025. En 2024 se observa una disminución progresiva, pasando de 347 pacientes en el primer trimestre a 166 en el cuarto, lo que refleja una reducción sostenida en la demanda de casos de mediana urgencia. En comparación, en 2025 los valores son notablemente menores desde el inicio, con 208 pacientes en el primer trimestre y 205 en el segundo, lo que evidencia una estabilidad en el comportamiento, pero a un nivel significativamente más bajo que en el año anterior. Esto podría interpretarse como un efecto positivo de mejoras en la atención primaria o un menor número de consultas de esta categoría en la unidad.




| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 35 | 24 | 22 | 17 |
| 2025 | 18 | 24 | | |
| META | 30 | 30 | 30 | 30 |

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

El indicador muestra una evolución positiva en los periodos analizados. En el año 2024, se inició con un tiempo de atención de 35 minutos en el primer trimestre, superando la meta establecida de 30 minutos. Sin embargo, a partir del segundo trimestre se evidenció una mejora sostenida, alcanzando 24 minutos, luego 22 minutos en el tercer trimestre y finalmente 17 minutos en el cuarto trimestre, lo que refleja una optimización progresiva en la atención de estos pacientes. Para el año 2025, los dos primeros trimestres mantuvieron el buen desempeño, con tiempos de atención de 18 y 24 minutos respectivamente, ambos por debajo de la meta. Estos resultados indican que se han implementado acciones efectivas para agilizar la atención, garantizando una respuesta más oportuna para los pacientes en condición prioritaria. En general, el comportamiento del indicador demuestra un cumplimiento sostenido de la meta institucional desde el segundo trimestre de 2024, lo que refleja una mejora significativa en la eficiencia del servicio.




| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2025 | 0 | 0 | | |
| META | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

Este indicador muestra un resultado de 0% en todos los trimestres de 2024 y en el primer trimestre de 2025, manteniéndose consistentemente por debajo de la meta establecida (0,3%). Este comportamiento refleja un adecuado manejo clínico y continuidad en la atención de los pacientes, evitando reingresos tempranos por la misma causa. La estabilidad en los resultados evidencia un desempeño positivo del servicio, garantizando calidad y resolutividad en los procesos asistenciales.

## 9.2 CONSULTA EXTERNA

### ANÁLISIS COMPARATIVO DEL SEGUNDO TRIMESTRE VIGENCIA 2024 – 2025

El presente informe reúne el análisis del comportamiento de los servicios médicos y terapéuticos en el comportamiento presentado durante el segundo trimestre comparativo de las vigencias 2024 y 2025.

El objetivo es comparar los principales indicadores de gestión: oferta de citas, atención efectiva, inasistencia, oportunidad y nivel de ocupación, con el fin de valorar la eficiencia institucional y la respuesta frente a la demanda de usuarios.

El análisis busca interpretar las tendencias operativas y asistenciales, identificando fortalezas y oportunidades de mejora para fortalecer la calidad del servicio.

### OFERTA DE SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA

La Unidad Funcional Zipaquirá del Hospital Universitario de la Samaritana ofrece una amplia y sólida oferta de servicios de consulta externa que responde a las necesidades de salud de su zona de influencia, con cobertura que se extiende a los municipios de Cogua y San Cayetano, donde se cuenta con presencia mediante el Centro de Salud de Cogua y el Puesto de Salud de San Cayetano. Esta oferta parte de las especialidades de medicina general y odontología e incluye especialidades como anestesia, cirugía general, ginecobstetricia, medicina interna, pediatría, estomatología, psiquiatría, psicología, nutrición y dietética.

La E.S.E. Hospital Universitario La Samaritana, en su primer nivel de atención, mantiene un compromiso firme con la garantía de una atención integral, continua y oportuna para la población. Este compromiso se refuerza mediante servicios de apoyo como enfermería, vacunación y optometría, que contribuyen al fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención en salud, en concordancia con las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) establecidas en la Resolución 3280 de 2018. De esta manera, se consolida un modelo de atención que articula el enfoque del primer nivel con la oferta de especialidades médicas de mediana complejidad, permitiendo una atención más resolutiva, coordinada y centrada en las necesidades de la comunidad.

### ANÁLISIS COMPARATIVO POR ESPECIALIDAD – II TRIMESTRE 2024 VS 2025

A continuación, se presenta por especialidad un cuadro que presenta el comportamiento comparativo por especialidad ofertada en el servicio de consulta externa de unidad funcional de Zipaquirá para las vigencias 2024 y 2025 en el segundo trimestre, con base en los registros de oferta, programación, atención, inasistencia, cancelación institucional y ocupación. Posteriormente se expone un análisis cualitativo breve por especialidad.

**Tabla1. Comportamiento de la oferta disponible de principales consultas de especialidades médicas ofertadas II trimestre comparativo 2024-2025.**

| Especialidad | Vigencia | Ofertadas / Disponi-bles | Programadas | Atendidas / Realiza-das | Inasistencia | % Inasistencia | % Cancelación | % Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ginecología prenatal alto riesgo | 2024 | 810 | 769 | 357 | 412 | 54% | 0% | 44% |
| Ginecología y obstetricia | 2024 | 859 | 798 | 503 | 295 | 37% | 0% | 59% |
| Ginecología prenatal | 2025 | 1.383 | 1.383 | 1.134 | 249 | 18% | 0% | 82% |
| Medicina General | 2024 | 5.719 | 4.088 | 3.030 | 1.058 | 26% | 0% | 53% |
| | 2025 | 1.900 | 1.881 | 1.562 | 319 | 17% | 0% | 82% |
| Medicina Interna | 2024 | 108 | 107 | 99 | 8 | 7% | 0% | 92% |
| | 2025 | 470 | 470 | 411 | 59 | 13% | 0% | 87% |
| Odontología General | 2024 | 272 | 255 | 239 | 20 | 8% | 0% | 88% |
| | 2025 | 1.423 | 1.423 | 1.225 | 198 | 14% | 0% | 86% |
| Pediatría | 2024 | 648 | 519 | 462 | 57 | 11% | 0% | 71% |
| | 2025 | 500 | 500 | 404 | 96 | 19% | 0% | 81% |

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 1 Productividad e indicadores Consulta externa sede UFZ

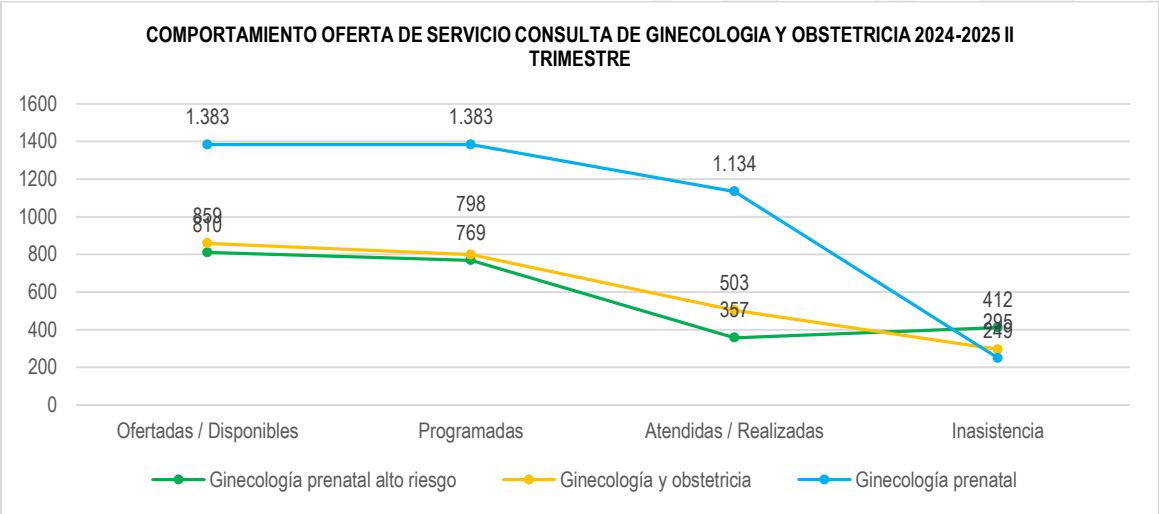
## MEDICINA GENERAL

En 2024 se ofertaron 5.719 citas, con una ocupación del 53% y una inasistencia del 26%. En 2025, la oferta fue de 1.900 citas, con una ocupación del 82% y una inasistencia del 17%. Esta mejora evidencia una optimización en la programación de agendas y mayor compromiso de los usuarios con la atención médica básica.

## ODONTOLOGÍA GENERAL

En 2024 la ocupación fue del 88% con baja inasistencia (8%). En 2025 se amplió la oferta (1.423 citas) manteniendo una buena respuesta de los usuarios, con un 86% de ocupación y 14% de inasistencia. El servicio mantiene estabilidad y aceptación sostenida por parte de la comunidad.

## GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA




Grafica1. Comportamiento oferta de la consulta de pediatría comparativo II trimestre 2024 vs 2025

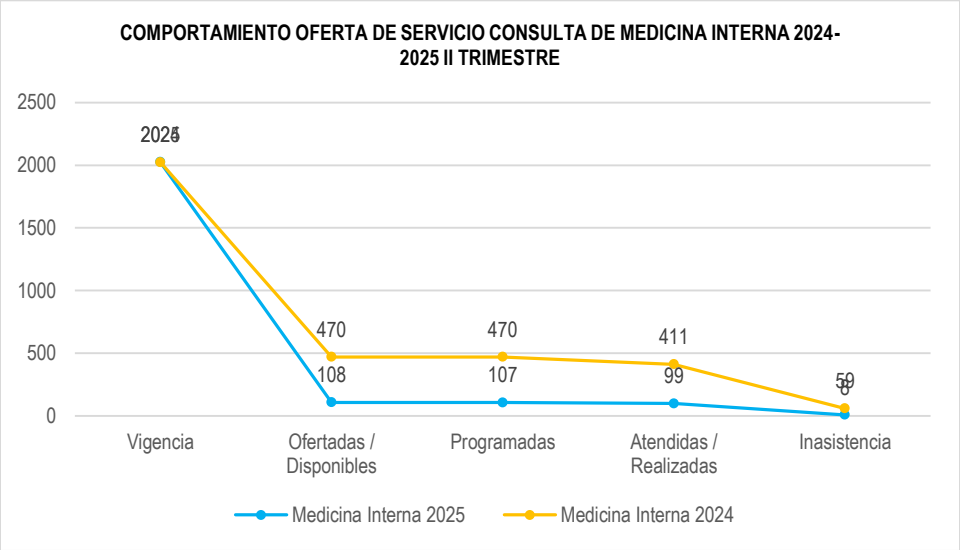
En 2024, ginecología prenatal alto riesgo mostró baja adherencia con 412 inasistencias, mientras que ginecología y obstetricia presentó mejor asistencia. En 2025, ginecología prenatal evidenció un avance notable, con mayor número de atenciones realizadas y una reducción significativa en la inasistencia, reflejando mejora en el seguimiento y aprovechamiento de la oferta.

| Servicio | Mes | Promedio Oportunidad 2024 | Promedio Oportunidad 2025 |
|---|---|---|---|
| Ginecología | Abril | 5,23 | 0,92 |
| | Mayo | 2,05 | 0,16 |
| | Junio | 1,2 | 0,45 |
| | **Promedio Trimestral** | **2,83** | **0,51** |
| Obstetricia | Abril | 1,63 | 1,19 |
| | Mayo | 3,61 | 1,23 |
| | Junio | 2,88 | 1,5 |
| | **Promedio Trimestral** | **2,83** | **0,51** |

**Tabla2. Comportamiento de la oportunidad consulta primera vez especialidad ginecología y obstetricia II trimestre comparativo 2024-2025.**

Durante el segundo trimestre de 2025, el comportamiento del indicador en el servicio de obstetricia presentó una disminución significativa en comparación con el mismo periodo de 2024. En abril pasó de 1,63 a 1,19 (-27,0%), en mayo de 3,61 a 1,23 (-65,9%) y en junio de 2,88 a 1,50 (-47,9%), mes en el que además se reportaron observaciones en la medición. El promedio trimestral evidencia una reducción notable al pasar de 2,83 en 2024 a 0,51 en 2025, equivalente a una variación del -82%. En general, el segundo trimestre de 2025 refleja una oportunidad para fortalecer los procesos de medición y consolidar estrategias de seguimiento y control que permitan mantener y mejorar el desempeño del servicio.

## MEDICINA INTERNA




**Grafica2. Comportamiento oferta de la consulta de medicina interna comparativo II trimestre 2024 vs 2025**

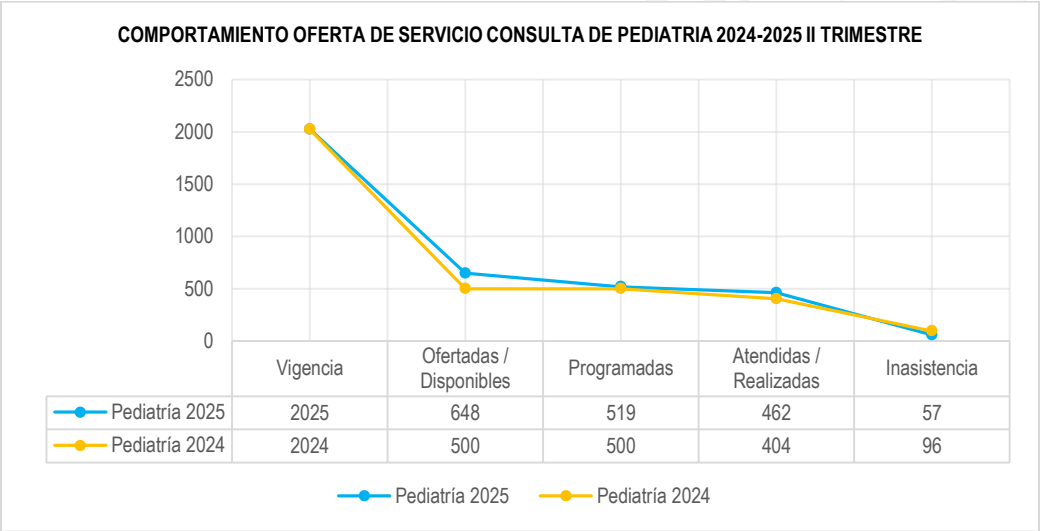
En medicina interna, durante 2024 se ofertaron 470 atenciones, todas programadas y con 411 realizadas, presentando 59 inasistencias. En 2025, aunque la oferta fue menor (108 citas), se mantuvo una alta efectividad con 99 atenciones realizadas y solo 8 inasistencias. Estos resultados reflejan una mejora en la adherencia de los usuarios y un adecuado aprovechamiento de la programación, evidenciando una gestión más eficiente de la agenda y seguimiento oportuno a los pacientes.

| Mes | Oportunidad 2024 (días) | Oportunidad 2025 (días) |
|---|---|---|
| ABRIL | 4,45 | 1,94 |
| MAYO | 5,14 | 1,6 |
| JUNIO | 5,25 | 1,39 |
| **Promedio Trimestral** | 4,95 | 4,95 |

**Tabla3. Comportamiento de la oportunidad consulta primera vez especialidad medicina interna II trimestre comparativo 2024-2025.**

Durante el segundo trimestre se evidencia una mejora sustancial en la oportunidad de atención, pasando de un promedio de 4,95 días en 2024 a 1,64 días en 2025. Esta reducción refleja una optimización en los procesos de agendamiento y atención, con respuesta más ágil a las solicitudes de cita. El resultado demuestra un avance en eficiencia y gestión oportuna de la demanda, garantizando un acceso más rápido a los servicios asistenciales y fortaleciendo la satisfacción del usuario.

## PEDIATRÍA




**Grafica3. Comportamiento de la oferta de servicio consulta programada de pediatría II trimestre 2024 vs 2025**

En pediatría, se evidencia una mejora notable entre 2024 y 2025. En 2024 se ofertaron 500 atenciones y se realizaron 404, con 96 inasistencias. Para 2025, la oferta aumentó a 648 citas, de las cuales se realizaron 462, reduciendo las inasistencias a 57. Estos resultados reflejan un fortalecimiento en la asistencia y aprovechamiento de la oferta, lo que sugiere una mejor gestión de la agenda y mayor adherencia de los usuarios a los controles pediátricos.

| MES | OPORTUNIDAD PROMEDIO 2024 (DÍAS) | OPORTUNIDAD PROMEDIO 2025 (DÍAS) |
|---|---|---|
| Abril | 1,94 | 0,51 |
| Mayo | 1,77 | 0,13 |
| Junio | 0,48 | 0,11 |
| **Promedio Trimestral** | **1,4** | **0,25** |

**Tabla4. Comportamiento de la oportunidad consulta primera vez especialidades de pediatría II trimestre comparativo 2024-2025.**

Durante el segundo trimestre de 2025 se evidenció una mejora significativa en los tiempos de oportunidad frente al mismo periodo de 2024, pasando de un promedio de 1,40 días a 0,25 días. Esta reducción del 82% refleja una mayor eficiencia en la gestión y atención de citas, con tiempos de respuesta cada vez más ágiles y controlados. El resultado demuestra un fortalecimiento en la planeación operativa y optimización de recursos, favoreciendo la oportunidad del servicio, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los indicadores institucionales.

## OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

| Especialidad | Vigencia | Ofertadas / Disponibles | Programadas | Atendidas / Realizadas | Inasistencia | % Inasistencia | % Cancelación | % Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anestesiología | 2024 | 180 | 100 | 75 | 25 | 25% | 0% | 42% |
| | 2025 | 122 | 122 | 106 | 16 | 13% | 0% | 87% |
| Cirugía General | 2024 | 547 | 189 | 167 | 22 | 12% | 0% | 31% |
| | 2025 | 298 | 282 | 236 | 46 | 16% | 0% | 79% |
| Nutrición | 2024 | 164 | 160 | 141 | 19 | 12% | 0% | 86% |
| | 2025 | 701 | 701 | 526 | 175 | 25% | 0% | 75% |
| Optometría | 2024 | 510 | 486 | 429 | 57 | 12% | 0% | 84% |
| | 2025 | 707 | 707 | 611 | 96 | 14% | 0% | 86% |
| Psicología | 2024 | 1.472 | 1.116 | 844 | 272 | 24% | 0% | 57% |
| | 2025 | 755 | 755 | 638 | 117 | 15% | 0% | 85% |
| Psiquiatría | 2024 | 358 | 300 | 239 | 61 | 20% | 0% | 67% |
| | 2025 | 533 | 550 | 487 | 46 | 8% | 0% | 91% |
| Curaciones | 2024 | 856 | 622 | 560 | 62 | 10% | 0% | 65% |
| | 2025 | 366 | 205 | 195 | 10 | 5% | 0% | 53% |

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 1 Productividad e indicadores Consulta externa sede UFZ

En el análisis por especialidad se evidencia una mejora significativa en los indicadores de atención y aprovechamiento de la oferta para la vigencia 2025, reflejando una gestión más eficiente y una mayor adherencia de los usuarios a los servicios.

### ANESTESIOLOGÍA:

Durante 2025, el servicio de anestesiología presentó una mejora significativa en sus indicadores frente a 2024. La ocupación aumentó del 42% al 87% y la inasistencia se redujo del 25% al 13%, evidenciando un mayor cumplimiento de las citas programadas y una mejor gestión en la planeación y aprovechamiento de la oferta.

### CIRUGÍA GENERAL:

El servicio mostró un crecimiento importante en la eficiencia de su ocupación, pasando del 31% en 2024 al 79% en 2025. Aunque se mantiene un porcentaje moderado de inasistencia (16%), la mejora refleja una mayor oportunidad de atención quirúrgica y un uso más adecuado de la capacidad instalada.

### NUTRICIÓN:

Para 2025, la oferta del servicio aumentó de manera considerable, pasando de 164 a 701 citas, manteniendo una ocupación favorable del 75%. Esto demuestra una mayor demanda de la atención nutricional y un fortalecimiento de las estrategias de promoción de estilos de vida saludables, pese al incremento en la inasistencia (25%).

### OPTOMETRÍA:

El servicio mantiene un desempeño positivo, con una ocupación estable entre 84% y 86% en las dos vigencias y una inasistencia controlada. Este comportamiento refleja la alta aceptación y continuidad en el acceso a los servicios de salud visual por parte de la población.

**PSICOLOGÍA:**

Se destaca un avance sobresaliente en la atención psicológica, con un aumento de la ocupación del 57% al 85% y una reducción de la inasistencia al 15%. Estos resultados evidencian el fortalecimiento de la atención en salud mental y la efectividad de las estrategias de sensibilización y acompañamiento psicológico.

**PSIQUIATRÍA:**

El servicio presentó uno de los mejores desempeños en 2025, al alcanzar una ocupación del 91% y reducir la inasistencia al 8%. Este avance demuestra una mayor adherencia de los usuarios y una respuesta efectiva a las necesidades de salud mental especializada.

**CURACIONES:**

Aunque en 2025 se redujo la oferta de atenciones, el servicio mantuvo un adecuado nivel de cumplimiento con una inasistencia de solo el 5%. Esto refleja un uso eficiente de los recursos y un compromiso de los usuarios con la continuidad del tratamiento y la atención de heridas.

**SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO**

**Tabla6. Comportamiento de la oferta disponible de servicios de apoyo terapéutico ofertadas II trimestre comparativo 2024-2025.**

| Especialidad | Vigencia | Ofertadas / Disponibles | Programadas | Atendidas / Realizadas | Inasistencia | % Inasistencia | % Cancelación | % Ocupación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Terapia del Lenguaje | 2024 | 622 | 622 | 559 | 63 | 10% | 0,0% | 90% |
| | 2025 | 717 | 712 | 685 | 27 | 4% | 0,0% | 96% |
| Terapia Física | 2024 | 1.378 | 685 | 603 | 82 | 12% | 0,0% | 44% |
| | 2025 | 1.339 | 798 | 759 | 39 | 5% | 0,0% | 57% |

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 1 Productividad e indicadores Consulta externa sede UFZ

En el componente de apoyo terapéutico se evidencia un desempeño positivo y una tendencia de mejora en los indicadores de atención para la vigencia 2025.

**TERAPIA DEL LENGUAJE**, la ocupación aumentó del 90% en 2024 al 96% en 2025, con una reducción significativa en la inasistencia del 10% al 4%. Estos resultados reflejan una alta adherencia de los usuarios y una gestión efectiva en la programación y seguimiento de las citas, consolidando este servicio como uno de los de mejor desempeño.

**TERAPIA FÍSICA** también presentó avances importantes: aunque la oferta se mantuvo estable, la ocupación pasó del 44% al 57% y la inasistencia disminuyó del 12% al 5%. Esto evidencia un mejor aprovechamiento de la capacidad instalada y un incremento en la continuidad de los procesos de rehabilitación.

En conjunto, ambos servicios muestran un fortalecimiento de la atención terapéutica, con mejoras en la asistencia y una mayor efectividad en la prestación de servicios de apoyo a la recuperación funcional de los usuarios.

**CONCLUSIONES**

| VARIABLE | II TRIM 2024 | II TRIM 2025 | VARIACIÓN | ANÁLISIS |
|---|---|---|---|---|
| Citas ofertadas/disponibles | 11.647 | 8.792 | ↓ -24.5% | Se observa una disminución en la oferta total de citas, posiblemente asociada al ajuste en la planeación de agendas o redistribución de recursos según demanda real. |
| Citas programadas | 8.887 | 8.774 | ≈ -1.3% | La programación se mantiene estable, lo que refleja un control adecuado de la asignación y un equilibrio con la capacidad instalada. |
| Citas atendidas/realizadas | 6.585 | 7.340 | ↑ +11.5% | Aumenta el número de citas efectivamente atendidas, lo que evidencia una mejora en la adherencia de los usuarios y la eficiencia asistencial. |
| Inasistencias absolutas | 2.306 | 1.417 | ↓ -38.6% | Disminución significativa de inasistencias, reflejo del fortalecimiento en estrategias de seguimiento, recordatorio y oportunidad en la atención. |
| % Inasistencia promedio | 26% | 16% | ↓ -10 p.p. | Reducción considerable en el porcentaje de inasistencia, lo que indica una mejor adherencia de los usuarios y aprovechamiento de la oferta. |
| % Ocupación (realizadas/disponibles) | 57% | 83% | ↑ +26 p.p. | Aumento notable de la eficiencia en el uso de la capacidad instalada y optimización de la agenda institucional. |
| Cancelación institucional | ND | 0% | ↓ | No se reportan cancelaciones institucionales en 2025, lo que refleja estabilidad operativa y adecuada gestión de la agenda. |
| Oportunidad (Res. 1552/13) | 5,1 | — | — | Se mantiene el cumplimiento en la oportunidad de atención en controles y primeras veces, sin evidencia de represamiento. |

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 1 Productividad e indicadores Consulta externa sede UFZ

Durante el segundo trimestre de 2025 se evidenció una mejora integral en los indicadores asistenciales frente a 2024. A pesar de la reducción en la oferta total de citas, la atención efectiva aumentó y la ocupación alcanzó niveles óptimos. La disminución de la inasistencia y la estabilidad operativa reflejan una gestión más eficiente, centrada en el usuario y orientada a resultados.

**RECOMENDACIONES**

- Mantener el monitoreo continuo de indicadores clave (cancelaciones, demanda insatisfecha, oportunidad).
- Consolidar las estrategias que redujeron la inasistencia, como confirmación activa y recordatorios de citas.
- Optimizar la programación de agendas ajustándola a la demanda real y priorizando pacientes de mayor riesgo.
- Implementar evaluaciones periódicas de satisfacción del usuario, integrando resultados cualitativos a los indicadores de gestión.

## 9.3 SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Actualmente, el Proceso de Gestión de Servicios Hospitalarios del Hospital Universitario de la Samaritana cuenta con una capacidad instalada de 81 camas, distribuidas según los diferentes servicios asistenciales.

| HOSPITALIZACION | SERVICIO | CAMAS / CUNAS / INCUBADORAS |
|---|---|---|
| ADULTOS | SEGUNDO PISO | 23 |
| | TERCER PISO | 25 |
| PEDIATRICOS | PEDIATRIA | 21 |
| UNIDAD BASICA NEONATAL | NEONATOS | 12 |
| **TOTAL** | | **81** |

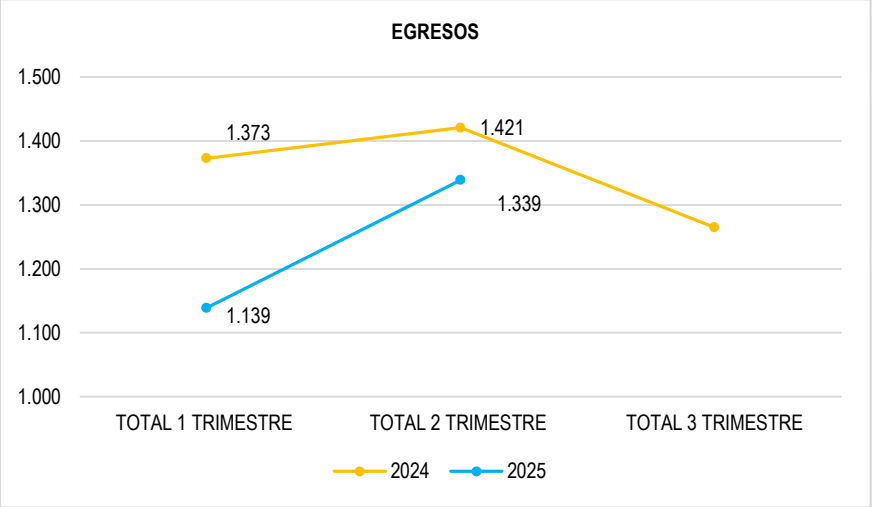
**COMPARATIVO EGRESOS HOSPITALARIOS**

| EGRESOS | TOTAL 1 TRIMESTRE | TOTAL 2 TRIMESTRE |
|---|---|---|
| 2024 | 1.373 | 1.421 |
| 2025 | 1.139 | 1.339 |

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

| SERVICIO | 2024 | | 2025 | |
|---|---|---|---|---|
| | TOTAL 1 TRIMESTRE | TOTAL 2 TRIMESTRE | TOTAL 1 TRIMESTRE | TOTAL 2 TRIMESTRE |
| GINECOLOGIA | 59 | 55 | 39 | 36 |
| OBSTETRICIA | 509 | 483 | 405 | 445 |
| M.INTERNA | 191 | 193 | 233 | 221 |
| PEDIATRIA | 295 | 399 | 233 | 365 |
| NEONATOS | 135 | 149 | 97 | 117 |
| CIRUGIA | 184 | 142 | 132 | 155 |
| **TOTAL** | **1.373** | **1.421** | **1.139** | **1.339** |

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ




Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

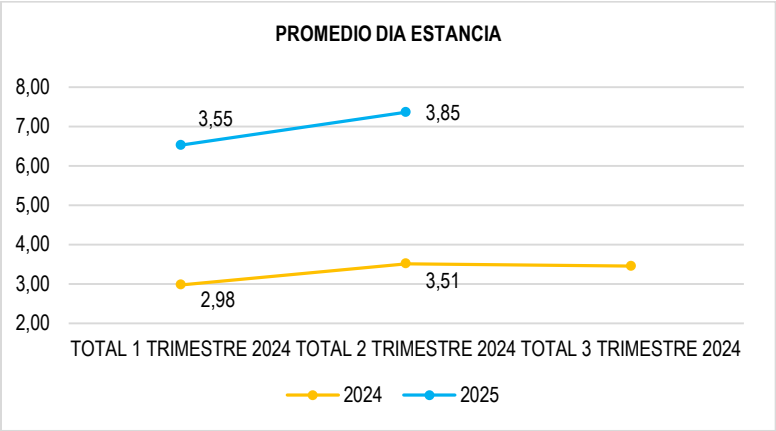
La actividad total del primer semestre de 2025 fue significativamente menor que la de 2024, con la mayor caída concentrada en el Primer Trimestre. En el Segundo Trimestre de 2025, la diferencia de egresos se reduce de -234 a -82, indicando una recuperación de la actividad que logra acercarse a los niveles de 2024.

Los servicios materno-infantiles (Obstetricia, Pediatría, Neonatos y Ginecología) son los responsables de la mayor parte de la caída de actividad. La pérdida combinada es de 347 servicios, y la demanda de Medicina Interna va en dirección contraria, creciendo significativamente, lo que podría indicar un aumento en la complejidad o cronicidad de los pacientes adultos.

## COMPARATIVO PROMEDIO DÍA ESTANCIA

| PROMEDIO DIA ESTANCIA | TOTAL 1 TRIMESTRE 2024 | TOTAL 2 TRIMESTRE 2024 |
|---|---|---|
| 2024 | 2,98 | 3,51 |
| 2025 | 3,55 | 3,85 |

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ




Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

El promedio general de días de estancia hospitalaria aumentó de 3 días en 2024 a 4 días en 2025 en ambos trimestres. Esto sugiere un cambio sistémico que resultó en hospitalizaciones más prolongadas en 2025.

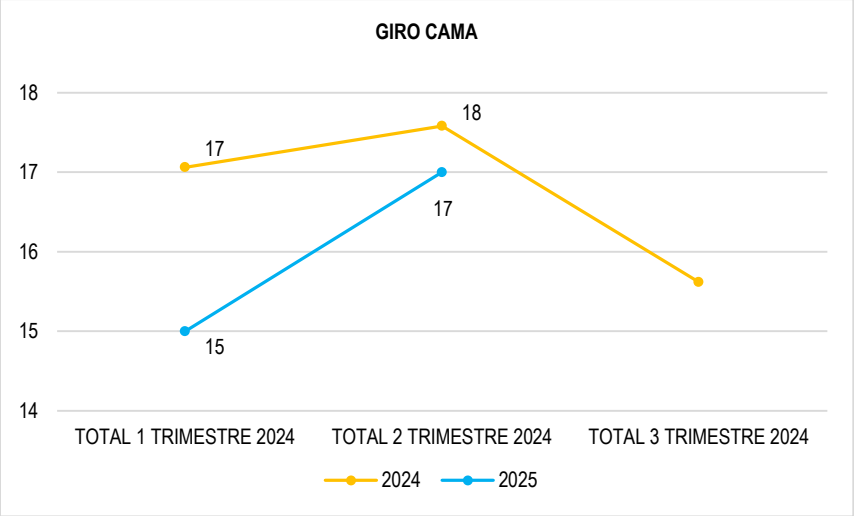
La especialidad MEDICINA NTERNA presentó el incremento más significativo y la estadía más prolongada, alcanzando un máximo de 7 días, lo que indica una creciente complejidad de los casos o cambios en los protocolos de tratamiento en 2025.

Especialidades como GINECOLOGÍA, NEONATOS y CIRUGÍA mantuvieron una estadía promedio consistente a lo largo de ambos años, lo que sugiere una gestión estable o una mezcla de casos en esos servicios.

## COMPARATIVO GIRO CAMA

| GIRO CAMA | TOTAL 1 TRIMESTRE 2024 | TOTAL 2 TRIMESTRE 2024 |
|---|---|---|
| 2024 | 17 | 18 |
| 2025 | 15 | 17 |

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ




Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

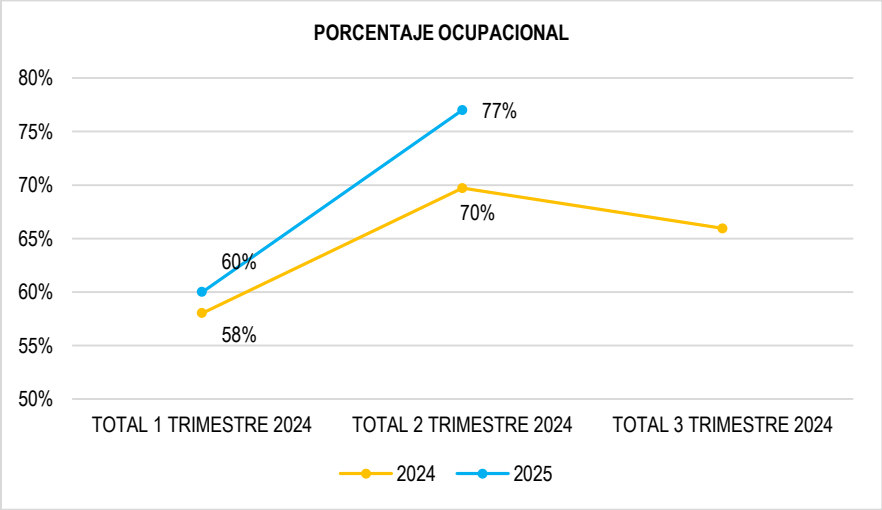
Para el segundo trimestre el giro cama disminuyó ligeramente de 18 en 2024 a 17 en 2025. Aunque la reducción es menor que en el trimestre 1, aún indica una ligera baja en la rotación de camas.

El indicador mejoró en el segundo trimestre (pasó de 15 a 17), mostrando una recuperación de la eficiencia después de un trimestre 1 débil.

**COMPARATIVO PORCENTAJE OCUPACIONAL**

| PORCENTAJE OCUPACIONAL | TOTAL 1 TRIMESTRE 2024 | TOTAL 2 TRIMESTRE 2024 |
|---|---|---|
| 2024 | 58% | 70% |
| 2025 | 60% | 77% |

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ




Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

La ocupación de 2025 fue mayor en ambos trimestres, y el segundo trimestre de 2025 alcanzó 77%, lo que evidencia que el hospital estaba operando cerca de su capacidad máxima durante el segundo trimestre de ese año.

En ambos años, el segundo trimestre fue el período con mayor ocupación, lo que confirma un aumento estacional o trimestral de la demanda. El aumento de la ocupación en 2025 probablemente esté relacionado con la mayor duración promedio de la estancia hospitalaria observada en otros datos, donde los pacientes ocupan camas durante más tiempo.

## 9.5 SERVICIO DE SALAS DE CIRUGIA

**CAPACIDAD OPERATIVA INFRAESTRUCTURA DE QUIRÓFANOS:**

El hospital cuenta con 2 salas de cirugía:
2 salas para cirugías programadas y urgencias.

**DISPONIBILIDAD DE TALENTO HUMANO:**

**Equipo quirúrgico:**

- **1 equipo activo** de lunes a Domingo durante el día y durante la noche.

Estas limitaciones restringen la flexibilidad operativa para atender la demanda creciente de procedimientos quirúrgicos. Ya que en diferentes ocasiones hemos tenido que realizar cirugías en las dos salas de manera simultánea, recordando que de acuerdo con el protocolo inconstitucional debe haber un equipo quirúrgico por cada sala.

**TALENTO HUMANO**

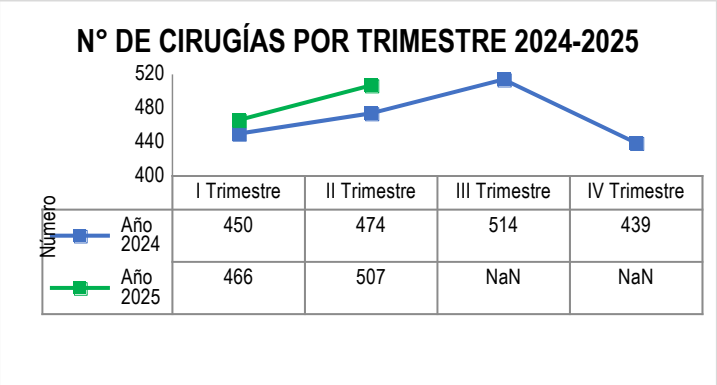
Las especialidades, disciplinas que se desempeñan en el área quirúrgica son:

| TALENTO HUMANO DE LA UNIDAD QUIRURGICA | 2024 | | | | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM | I TRIM | II TRIME |
| Líder del servicio (Profesional Especializado) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Técnico III apoyo administrativo unidad quirúrgica | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Anestesiólogos | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| Instrumentadoras quirúrgicas | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Enfermeros Profesionales | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Auxiliares de enfermería | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Total | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |

La líder del servicio es a su vez la jefe del área de salas de cirugía, Cumpliendo funciones administrativas y asistenciales de lunes a viernes.

**INDICADORES DE PRODUCCIÓN, OPORTUNIDAD**

**Producción de Cirugías por trimestre 2024-2025**




**Fuente:** Sistema de información Dinámica Gerencial

Durante los dos primeros trimestres del año 2025, se observa un aumento sostenido en el número de cirugías realizadas en comparación con el mismo período del año anterior.

En el **primer trimestre de 2025**, se registraron **466 cirugías**, lo que representa un incremento de **16 procedimientos** respecto al primer trimestre de 2024 **(450 cirugías),** lo cual equivale a un aumento del **3.6%.** Para el **segundo trimestre**, el crecimiento fue aún más notorio: se realizaron **507 cirugías** en 2025 frente a **474 en 2024**, con una diferencia de **33 procedimientos**, es decir, un incremento del **7%.**

Este comportamiento ascendente refleja una posible mejora en la capacidad operativa del servicio quirúrgico, ya sea por una mayor disponibilidad de recursos, optimización en la programación de procedimientos o incremento en la demanda asistencial. Es importante continuar monitoreando este crecimiento para asegurar que se mantenga la calidad y oportunidad en la atención quirúrgica.

## NUMERO DE CIRUGÍAS POR ESPECIALIDAD POR TRIMESTRE 2024-2025

| N° CIRUGÍAS POR ESPECIALIDAD EN EL 2024 - 2025 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ESPECIALIDAD | 2024 | | | | 2025 | |
| | I Trim | II Trim | III Trim | IV Trim | I Trim | II Trim |
| GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA | 299 | 339 | 365 | 299 | 302 | 350 |
| CIRUGIA GENERAL | 144 | 132 | 143 | 135 | 156 | 151 |
| ODONTOLOGIA | 7 | 3 | 6 | 5 | 8 | 6 |
| **TOTAL** | **450** | **474** | **514** | **439** | **466** | **507** |

**Fuente:** Sistema de información Dinámica Gerencial

## GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

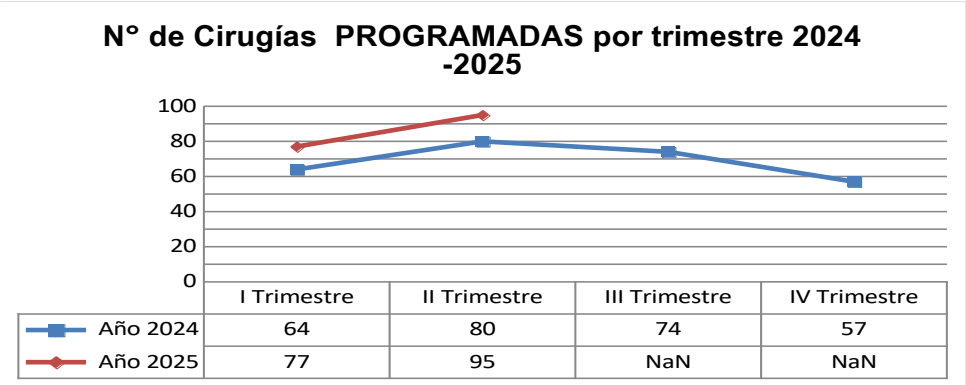
Esta especialidad se mantuvo como la de mayor volumen quirúrgico. En el primer trimestre de 2025 se registraron **302 procedimientos**, un leve aumento en comparación con los **299 del primer trimestre de 2024**. Para el segundo trimestre, el crecimiento fue más evidente, con **350 cirugías en 2025** frente a **339 en 2024**, lo que representa un incremento del **3.2%.** Esta tendencia refleja una posible estabilidad en la demanda de procedimientos obstétrico-ginecológicos.

## CIRUGÍA GENERAL

Se evidenció un crecimiento más marcado en cirugía general durante 2025. En el primer trimestre se realizaron **156 cirugías**, frente a **144 en el mismo periodo del año anterior**, lo que representa un incremento del **8.3%**. Sin embargo, en el segundo trimestre hubo una leve disminución respecto al primer trimestre de 2025 (151 cirugías), aunque sigue por encima del dato de 2024 (**132 cirugías**), reflejando un aumento interanual del **14.4%.**

## ODONTOLOGÍA

Si bien el volumen total de procedimientos en esta especialidad es menor, también se observa una ligera variación positiva. En el primer trimestre de 2025 se realizaron **8 cirugías odontológicas**, frente a **7 en el mismo periodo de 2024**. Para el segundo trimestre, se realizaron **6 procedimientos**, frente a **3 en 2024,** lo que significa un **aumento del 100%** en ese trimestre, aunque en términos absolutos la diferencia sea pequeña.



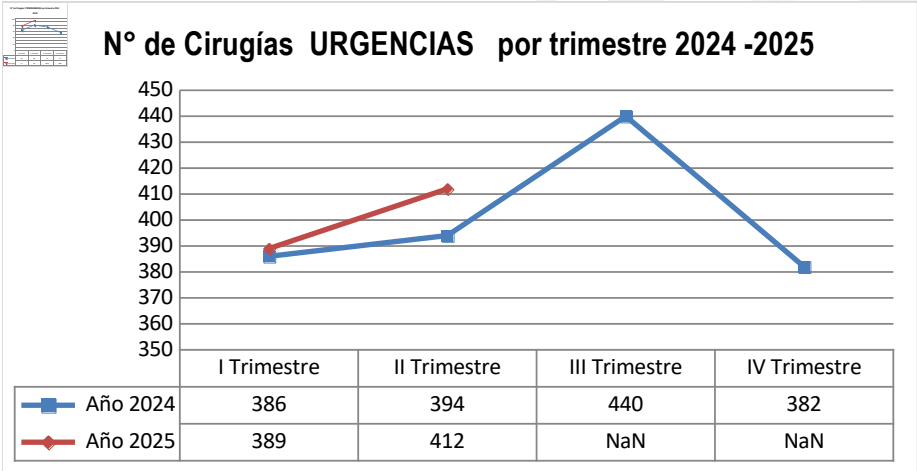

**Fuente:** Sistema de información Dinámica Gerencial

Durante el primer semestre de 2025, el número de cirugías programadas mostró un crecimiento sostenido en comparación con el mismo período del año 2024. Este aumento refleja una mejora en la planificación quirúrgica y posiblemente una mayor capacidad operativa del servicio.

En el **primer trimestre de 2025**, se programaron **77 cirugías**, frente a **64 en el mismo trimestre de 2024**, lo cual representa un incremento del **20.3%.**

Esta tendencia positiva continuó en el **segundo trimestre**, donde se programaron **95 cirugías en 2025**, frente a **80 en 2024**, con un aumento del **18.8%.**

Este comportamiento ascendente evidencia una mayor eficiencia en la agenda quirúrgica, probablemente producto de una mejor coordinación interdisciplinaria, optimización del uso de quirófanos o mayor respuesta a la demanda acumulada. La tendencia al alza en las cirugías programadas también sugiere una proyección favorable para el resto del año, siempre que se mantengan las condiciones de infraestructura, talento humano y disponibilidad de insumos.

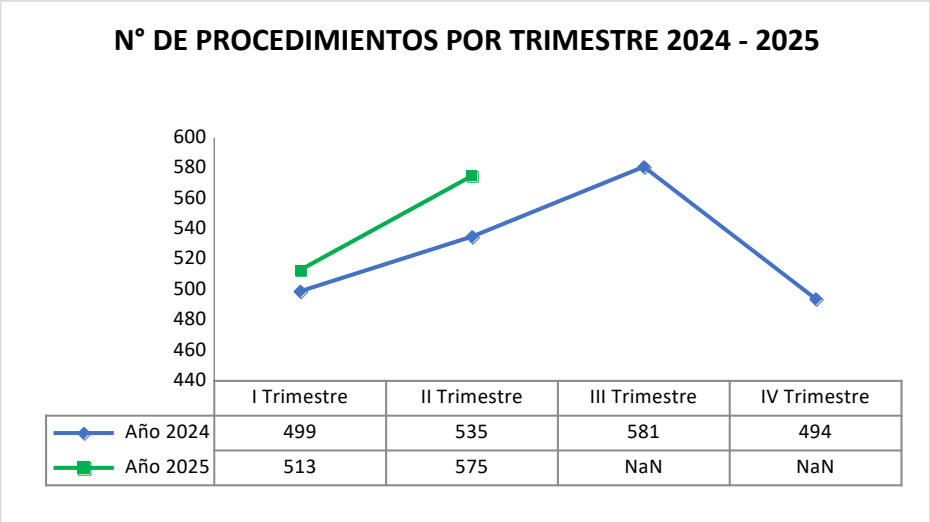



Durante el primer semestre del año 2025, el número de cirugías por urgencias mostró un incremento en comparación con el mismo período del año 2024.

En el **primer trimestre**, se realizaron **389 cirugías de urgencia**, ligeramente por encima de las **386 cirugías realizadas en 2024**, lo que representa un aumento del **0.8%.** En el **segundo trimestre**, el incremento fue más significativo: se registraron **412 cirugías en 2025**, frente a **394 en 2024**, lo que equivale a un crecimiento del **4.6%.**

Aunque el crecimiento en el primer trimestre fue leve, el comportamiento del segundo trimestre evidencia una mayor demanda de atención quirúrgica no programada, posiblemente asociada a una mayor incidencia de casos clínicos urgentes, accidentes o patologías descompensadas. Esto resalta la necesidad de mantener capacidad instalada y talento humano suficiente para responder eficientemente ante situaciones de urgencia.

**PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR TRIMESTRE 2024-2025**



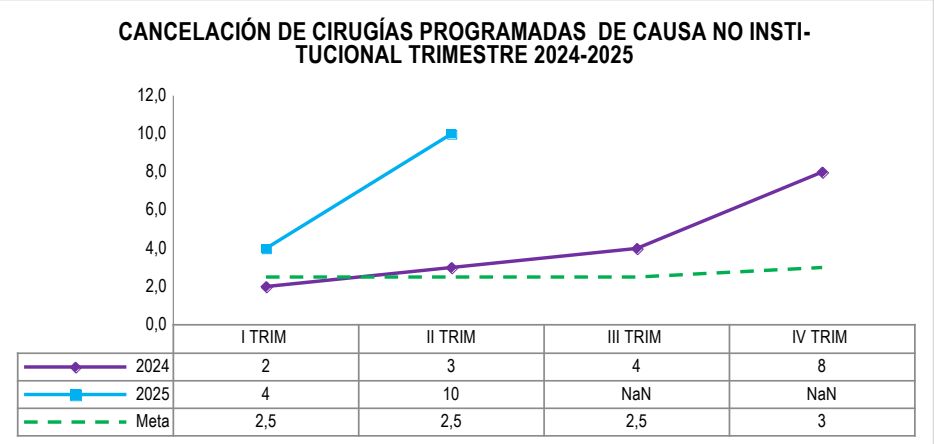

| | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre |
|---|---|---|---|---|
| Año 2024 | 499 | 535 | 581 | 494 |
| Año 2025 | 513 | 575 | NaN | NaN |

En **el primer trimestre de 2025**, se registraron **14 procedimientos más** que en el mismo trimestre de 2024, lo que indica un crecimiento moderado del **2.8%.**

- En el **segundo trimestre**, el incremento fue más marcado: se realizaron **575 procedimientos**, frente a **535 en 2024**, para una variación del **7.5%.**
- Este crecimiento sostenido entre ambos trimestres puede reflejar un aumento en la demanda, mejoras en la capacidad resolutiva del equipo quirúrgico, o una mayor eficiencia en la programación de actividades.

El **crecimiento entre el I y II trimestre de 2025** fue del **12.1%**, lo que confirma una **tendencia ascendente** en la actividad quirúrgica general, posiblemente por mayor cobertura o respuesta a demanda contenida.

**CANCELACIÓN DE CIRUGÍA ELECTIVA DE CAUSA NO INSTITUCIONAL POR TRIMESTRE 2024 - 2025**




| | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM |
|---|---|---|---|---|
| 2024 | 2 | 3 | 4 | 8 |
| 2025 | 4 | 10 | NaN | NaN |
| Meta | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 3 |

Fuente: Sistema de información Dinámica Gerencial

El comportamiento del indicador de **cancelación de cirugías programadas por causas no atribuibles a la institución** muestra una tendencia creciente durante los trimestres de 2024 y un repunte más pronunciado en 2025, superando en varios casos las metas institucionales establecidas.

**Año 2024**

- En **todos los trimestres** se **superó la meta de cancelaciones**.
- El **IV trimestre** presentó el porcentaje más alto de cancelación del año (**14.0%**), pese a tener la menor cantidad de cirugías programadas.
- El **incremento progresivo** de cancelaciones a lo largo del año evidencia problemas persistentes, principalmente atribuibles al estado de salud del paciente y su ausencia en la fecha programada.

Año 2025

- La **tendencia de cancelaciones aumentó significativamente** desde el primer trimestre.
- En el **II trimestre**, con 95 cirugías programadas, se presentaron **10 cancelaciones**, alcanzando un **10.5%,** lo cual **cuadruplica la meta establecida (2.5%).**
- Este comportamiento refleja una ruptura importante del control sobre los factores externos que impiden la ejecución de la cirugía programada.

**Principales causas:**

1. Patologías no controladas en los pacientes.
2. Ausentismo del paciente.

Estos incidentes representan aproximadamente el 10.5**%** del total de procedimientos programados, disminuyendo la eficiencia operativa y afectando la experiencia del paciente.

## 1. INDICADORES NORMATIVOS DE NOTIFICACIÓN

| INDICADOR | ID ALMERA | UNIDAD DE MEDIDA | META | 2024 | | | | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM | I TRIM | II TRIM |
| Cumplimiento del protocolo de pacientes con profilaxis antibiótica | 272 | Porcentaje | **90%** | | | 69 | 80 | 66 | 60 |

| INDICADOR | ID ALMERA | UNIDAD DE MEDIDA | META | 2024 | | | | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | I TRIM | II TRIM | III TRIM | IV TRIM | I TRIM | II TRIM |
| Participación de la Cirugía electiva en la programación quirúrgica | 2411 | Porcentaje | **75%** | 14,2 | 17 | 14 | 13 | 16,5 | 20,5 |
| Porcentaje Cancelación cirugía electiva por causas no atribuibles a la institución | 215 | Porcentaje | **3,0** | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Porcentaje de adherencia a las listas de chequeo de seguridad del paciente quirúrgico | 1749 | Porcentaje | **99%** | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Porcentaje Complicaciones quirúrgicas | 239 | Porcentaje | **1,5%** | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 |
| Porcentaje Ocupacional de Salas en Cirugía Programada | 204 | Porcentaje | **80%** | 5,8 | 7,3 | 7,9 | 8,2 | 7,0 | 8,7 |
| Porcentaje de Complicaciones inmediatas (24 horas) | 1610 | Porcentaje | **3,80%** | 0.3 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 0,0 |
| Proporción cancelación cirugía electiva por causas atribuibles a la institución | 214 | Porcentaje | **1,5%** | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Porcentaje de cancelación cirugía electiva | 212 | Porcentaje | **4,50%** | 3,1 | 3,8 | 5,4 | 14 | 5,2 | 10,5 |
| Porcentaje de infección del sitio quirúrgico (Consolidado según tipo de ISO) | 2308 | Porcentaje | **4,00%** | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 |
| Proporción de quejas y reclamos radicados en la institución del proceso de atención al paciente quirúrgico | 2309 | Porcentaje | **5,00%** | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Tasa de eventos adversos en proceso de atención a paciente quirúrgico | 2180 | Tasa por mil | **1** | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Porcentaje de complicaciones anestésicas | 245 | Porcentaje | **0,5%** | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Fuente: Sistema de información Dinámica Gerencial

**CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE PACIENTES CON PROFILAXIS ANTIBIÓTICA_:**

Durante el primer semestre de 2025, el cumplimiento del protocolo se mantuvo por debajo de la meta establecida. Se observa una disminución de 6 puntos porcentuales del I al II trimestre, lo que podría reflejar **fallas en la adherencia médica o en el proceso de documentación**. Se recomienda **reforzar los controles clínicos, la capacitación y el monitoreo continuo del protocolo.**

**PARTICIPACIÓN DE LA CIRUGÍA ELECTIVA EN LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA**

Ambos resultados se encuentran **muy por debajo de la meta**. Aunque se presenta una mejoría de 4 puntos en el segundo trimestre, los valores siguen indicando una **programación dominada por urgencias o baja eficiencia** en la organización de cirugía electiva. Es necesario **evaluar la disponibilidad de recursos quirúrgicos y optimizar la agenda**.

**PORCENTAJE CANCELACIÓN CIRUGÍA ELECTIVA POR CAUSAS NO ATRIBUIBLES A LA INSTITUCIÓN:**

El indicador se mantuvo en 0% durante ambos trimestres, reflejando una **excelente preparación preoperatoria del paciente** y una adecuada coordinación de los servicios asistenciales, sin cancelaciones por causas externas.

**PORCENTAJE DE ADHERENCIAS A LAS LISTAS DE CHEQUEO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO:**

Se evidencia una **adherencia total al protocolo de seguridad quirúrgica**, superando la meta establecida. Este comportamiento refleja **madurez institucional en la cultura de seguridad del paciente**.

**PORCENTAJE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS**

Los resultados indican un **excelente control de riesgos quirúrgicos**, con niveles muy por debajo de la meta. Esto denota **buenas prácticas clínicas y efectividad en el proceso quirúrgico.**

**PORCENTAJE OCUPACIONAL DE SALAS EN CIRUGÍA PROGRAMADAS:**

El porcentaje de ocupación está **muy por debajo del estándar,** lo que indica una **subutilización de los recursos quirúrgicos programados**. Aunque hay una leve mejoría, el nivel sigue siendo crítico. Se sugiere una revisión de la programación, priorización de procedimientos electivos y análisis de capacidad instalada.

**PORCENTAJES DE COMPLICACIONES INMEDIATAS (24 HORAS):**

**La ausencia total de complicaciones inmediatas refleja un posoperatorio controlado y seguro, evidenciando buena calidad del cuidado clínico inicial tras la intervención quirúrgica.**

**PROPORCIÓN CANCELACIÓN CIRUGÍA ELECTIVA POR CAUSAS ATRIBUIBLES A LA INSTITUCIÓN:**

No se registraron cancelaciones por errores o fallas internas, lo que demuestra **eficiencia en la gestión hospitalaria**, disponibilidad de recursos y cumplimiento adecuado de la programación quirúrgica.

**PORCENTAJE DE CANCELACIÓN CIRUGÍA ELECTIVA:**

Ambos trimestres superan la meta permitida, especialmente el segundo, donde el porcentaje **más que se duplicó**. Esta tendencia ascendente es preocupante y sugiere **fallas operativas o logísticas** que deben ser investigadas y corregidas de inmediato.

**PORCENTAJE DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO (CONSOLIDADO SEGÚN TIPO DE ISO)**

La tasa de infección quirúrgica se mantiene en **niveles mínimos y controlados**, reflejando el **buen cumplimiento de medidas de asepsia, antisepsia y profilaxis** dentro del quirófano.

**PROPORCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS RADICADOS EN LA INSTITUCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO:**

La ausencia total de reclamos sugiere **un alto nivel de satisfacción del usuario** en el proceso quirúrgico, lo que fortalece la percepción positiva del servicio institucional.

**TASA DE EVENTOS ADVERSOS EN PROCESO DE ATENCIÓN A PACIENTE QUIRÚRGICO:**

No se reportaron eventos adversos, lo cual destaca un entorno **clínico seguro y bien gestionado** durante todo el proceso quirúrgico.

**PORCENTAJE DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS**

La tasa se mantuvo en cero durante ambos trimestres, indicando **una excelente práctica anestésica**, adecuada selección de pacientes y monitoreo intraoperatorio eficaz.

**2. SATISFACCIÓN DEL USUARIO (PQRS) EN EL I TRIMESTRE Y II TRIMESTRE 2025**

| PROCESO O SERVICIO | NUMERO (consecutivo asignado) | QUEJA | RECLAMO | CAUSA | ID - PLAN DE MEJORAMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| GESTIÓN DE SERVICIOS QUIRURGICOS | | 0 | | No aplica | N/A | N/A |
| **TOTAL** | | **0** | | | | |

**Fuente:** Sistema de información Dinámica Gerencial

## SATISFACCIÓN DEL USUARIO (PQRS) AÑO 2024

| PROCESO O SERVICIO | NUMERO (consecutivo asignado) | QUEJA | RECLAMO | CAUSA | ID - PLAN DE MEJORAMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| GESTIÓN DE SERVICIOS QUIRURGICOS | | 0 | 0 | No aplica | N/A | N/A |
| **TOTAL** | | **0** | ***0*** | | | |

**Fuente:** Sistema de información Dinámica Gerencial

Durante el **año 2024** y los **primeros dos trimestres del 2025**, el servicio **de Gestión de Servicios Quirúrgicos** no recibió **ninguna queja ni reclamo** registrados en el sistema institucional PQRS. Esto representa un desempeño consistente en cuanto a **calidad percibida por el usuario**, sin inconformidades formales atribuibles al área quirúrgica.

## 3. RIESGOS DEL PROCESO O SERVICIO

| PROCESO | RIESGOS PRIORIZADOS (según mapa riesgos - Almera) | MATERIALIZADO | EN CASO DE MATERIALIZARSE | |
|---|---|---|---|---|
| | | SI/NO | ACCIONES REALIZADAS | ID - PLAN DE MEJORA |
| GESTIÓN DE SERVICIOS QUIRURGICOS | Posibilidad que no se cumplan las condiciones de esterilización de los dispositivos médicos (Instrumental y ropa) debido a fallas en la interacción con los procesos proveedores. | NO | N/A | N/A |
| | Posibilidad de la afectación económica y reputacional por fallas en la calidad, oportunidad y seguridad del proceso de esterilización, debido a desconocimiento y/o falta de adherencia a los procedimientos de esterilización, mal funcionamiento de equipos (mantenimientos preventivos y correctivos), e inexistencia de insumos para la limpieza, desinfección y esterilización de materiales. | NO | N/A | N/A |

**Fuente:** Sistema de información Dinámica Gerencial

## 4. CONCLUSIONES

Durante el primer semestre del 2025, la institución mostró un crecimiento significativo en la producción quirúrgica frente al mismo periodo del año 2024. Sin embargo, este avance en productividad estuvo acompañado de un incremento en el número de cancelaciones de cirugías programadas por causas no institucionales, lo que compromete la eficiencia general del proceso quirúrgico.

## FORTALEZAS IDENTIFICADAS

- **Incremento progresivo en la actividad quirúrgica total:**
- Las cirugías aumentaron un **3.6% en el I trimestre** (466 vs. 450) y un **7% en el II trimestre** (507 vs. 474).
- Los procedimientos quirúrgicos también crecieron: de **499 a 513** en el I trimestre y de **535 a 575** en el II trimestre.

## MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA EN CIRUGÍA PROGRAMADA:

- Las cirugías electivas aumentaron **de 64 a 77 (I trimestre)** y de **80 a 95 (II trimestre),** reflejando mejoras en la planeación quirúrgica.
- **Especialidades como Ginecología y Obstetricia** mostraron crecimiento continuo en ambos años, manteniéndose como uno de los servicios con mayor volumen.

**DEBILIDADES DETECTADAS**

- **Aumento preocupante en cancelaciones no institucionales**:
  Las cancelaciones por causas externas se **duplicaron en el I trimestre** (de 2 a 4) y se **triplicaron en el II trimestre** (de 3 a 10).
  Los porcentajes de cancelación pasaron de **3.75% en 2024 a 10.5% en 2025 (II trimestre),** muy por encima de la **meta institucional del 2.5%.**

- **Predominio de causas clínicas prevenibles**:
  El **33% de las cancelaciones** del segundo trimestre de 2025 fueron por **patologías no controladas**, señalando debilidades en la valoración prequirúrgica y seguimiento del paciente.

- **Desfase entre la programación y la preparación del paciente**:
  Aunque la oferta quirúrgica aumentó, no se fortalecieron de forma paralela los mecanismos de control de riesgos clínicos ni la adherencia del paciente.

**5. FORTALEZAS DEL PROCESO QUIRÚRGICO:**

- **Incremento sostenido en la producción quirúrgica anual**
  Durante el primer semestre de 2025, la institución evidenció un **incremento sostenido en la producción quirúrgica anual**, pasando de **924 cirugías realizadas en el primer semestre de 2024 a 973 en el mismo periodo de 2025**, lo que representa un crecimiento del **5.3%**. A nivel de procedimientos quirúrgicos, el aumento fue aún mayor, con un **12.1% más de procedimientos ejecutados**. Este comportamiento refleja una mejora continua en la capacidad operativa del equipo quirúrgico y un uso más eficiente de la infraestructura disponible.

- **Cumplimiento de metas en cancelaciones por causas institucionales**
  Durante el primer semestre de 2025, la institución mantuvo un **adecuado control sobre las cancelaciones atribuibles a causas institucionales,** evidenciando un cumplimiento de las metas establecidas en esta categoría.

- **Resiliencia operativa frente a limitaciones de infraestructura**
  Durante el primer semestre del 2025, la institución demostró una **resiliencia operativa significativa,** logrando mantener e incluso incrementar su productividad quirúrgica a pesar de las **limitaciones existentes en infraestructura física y capacidad instalada.**

  Aun en contextos con restricciones de salas quirúrgicas disponibles, tiempos limitados por turnos, o saturación en la agenda, se logró:

  - Un **incremento del 5.3% en cirugías realizadas** frente al mismo periodo del 2024.
  - Una **mayor eficiencia en la rotación de salas y tiempos quirúrgicos.**
  - El fortalecimiento de **cirugías ambulatorias (41% del total de electivas)**, lo cual permitió liberar camas de hospitalización y optimizar espacios.

- Un **control adecuado de las cancelaciones por causas institucionales**, reflejando capacidad de respuesta y prevención de fallas operativas internas.

- **Atención equilibrada entre urgencias y cirugías electivas**
  Durante el primer semestre del 2025, la institución logró mantener una **atención quirúrgica equilibrada** entre las **cirugías electivas programadas** y los procedimientos de **urgencia**, lo cual es clave para garantizar tanto la resolutividad inmediata como la planificación eficiente del recurso quirúrgico. **63% de las cirugías fueron electivas** (911 procedimientos).

- De estas, el **41% fueron ambulatorias** y el **59% requirieron hospitalización.**
- **37% correspondieron a cirugías de urgencia** (533 procedimientos).

Este balance permitió asegurar:
- La **respuesta oportuna a pacientes urgentes**, sin comprometer la continuidad de la agenda quirúrgica programada.
- Una adecuada **gestión del recurso humano y de los tiempos quirúrgicos**, evitando saturación de servicios y postergaciones innecesarias.
- La optimización del uso de quirófanos mediante una **agenda flexible y adaptable**, en función de la demanda clínica real.

- **Gestión eficiente del recurso humano en cirugía.**

Durante el periodo comprendido entre el primer trimestre de 2024 y el segundo trimestre de 2025, la Unidad Quirúrgica mantuvo una **estructura estable de talento humano**, conformada por un equipo multidisciplinario que garantizó la continuidad operativa del servicio, incluso ante aumentos sostenidos en la producción quirúrgica.

A pesar de las **variaciones en la demanda quirúrgica** especialmente el crecimiento observado en 2025, el equipo logró **sostener niveles de productividad elevados** sin cambios en la estructura del recurso humano

## 9.6 SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

El Laboratorio Clínico de la Unidad Funcional de Zipaquirá, perteneciente al segundo nivel de complejidad, cuenta con los recursos físicos y tecnológicos necesarios para ofrecer servicios diagnósticos de alta calidad. El presente análisis tiene como objetivo evaluar la variación en la demanda de exámenes de laboratorio clínico en la Unidad Funcional de Zipaquirá, correspondiente al segundo trimestre de los años 2024 y 2025. Se comparan los volúmenes de exámenes por servicio asistencial (hospitalización, urgencias y consulta externa) y por especialidad médica en el área de hospitalización. Este análisis permite identificar tendencias, variaciones significativas y posibles factores que explican dichos cambios, con el fin de generar estrategias orientadas a la planificación operativa, gestión de talento humano y provisión de insumos.

**COMPARATIVO DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ, SEGUNDO TRIMESTRE DE LAS VIGENCIAS 2024 AL 2025.**

| LABORATORIO CLÍNICO | 2024 | 2025 |
|---|---|---|
| Exámenes de laboratorio Hospitalización | 16324 | 19504 |
| Exámenes de laboratorio Externos | 11180 | 11300 |
| Exámenes de laboratorio Urgencias | 19542 | 14299 |
| **EXÁMENES DE LABORATORIO TOTALES** | **47046** | **45103** |
| **EXAMENES POR ESPECIALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN** | **6910** | **8507** |
| Medicina Interna | 3429 | 3604 |
| Cirugía General | 5 | 108 |
| Ginecología y Obstetricia | 1512 | 3818 |
| Pediatría | 452 | 508 |
| Recién Nacidos | 1512 | 469 |

FUENTE: Laboratorio clínico, software Dinámica Gerencial

Durante el segundo trimestre de 2025, la demanda total de exámenes de laboratorio presentó una disminución del 4.13%, influenciada principalmente por la falta de contrato con la Nueva EPS, lo que afectó significativamente los servicios de urgencias (–26.83%) y en menor medida la consulta externa (+1.07%). En contraste, hospitalización evidenció un incremento del 19.48%, posiblemente asociado a mayor ocupación, complejidad de casos y mejoras en el seguimiento clínico. Por especialidades, ginecología y obstetricia mostró un aumento notable (152.5%), mientras que cirugía general reflejó una reactivación progresiva y recién nacidos registró una caída crítica del 69%, que requiere verificación.

La oportunidad de respuesta en el segundo trimestre por servicio fue la siguiente: el servicio de Hospitalización presentó en 2025 una disminución en la oportunidad de entrega de resultados en los meses de abril y mayo en comparación con 2024, pero logró una recuperación importante en junio, superando incluso el desempeño del año anterior. En contraste, el servicio de Urgencias mostró en 2025 una mejora sostenida en los tres meses del trimestre frente al 2024, con un desempeño destacado en mayo.

En cuanto al desempeño por las áreas de laboratorio, durante el segundo trimestre, el desempeño fue el siguiente: el área de Química presentó la mayor demanda de exámenes, con una leve disminución en 2025 (27.244) frente a 2024 (28.304). Se evidenció un incremento en las solicitudes de exámenes en Hospitalización, Especiales y Uroanálisis. Por el contrario, se registró una reducción en las áreas de Consulta Externa, Urgencias, Hematología, Parasitología y Microbiología. Las áreas de Coagulación e Inmunología se mantuvieron estables. Este comportamiento refleja una variación moderada en la distribución de la demanda, con predominio de los exámenes de química y una tendencia creciente en servicios relacionados con la atención hospitalaria.

En el periodo comprendido entre abril y junio de 2025, para el puesto de salud de San Cayetano se observa un aumento en el número de exámenes realizados en San Cayetano en comparación con el mismo periodo del año 2024. En abril, el incremento fue notable, pasando de 271 exámenes en 2024 a 337 en 2025. En mayo, aunque el aumento fue menor, se mantuvo una tendencia positiva, con 240 exámenes en 2024 frente a 282 en 2025.

En junio, el comportamiento se mantuvo estable, con un leve incremento de 257 a 265 exámenes. Esta tendencia ascendente refleja una mejora en la demanda y cobertura de servicios diagnósticos en esta sede, lo cual podría estar asociado a un mayor acceso a servicios de salud, fortalecimiento del talento humano, oportuna toma de muestras y gestión eficiente de los recursos disponibles.

El análisis de los exámenes realizados en Cogua durante los meses de abril, mayo y junio muestra un incremento en el año 2025 con respecto al 2024. En abril se observa el mayor aumento (de 273 a 337 exámenes), mientras que en mayo y junio también se evidencian incrementos, aunque más leves (de 240 a

312 en mayo y de 237 a 285 en junio). En general, la tendencia es positiva, indicando una mayor demanda o cobertura de servicios de laboratorio en este periodo del año 2025.

## 9.7 SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA

En Imágenes Diagnósticas se prestan servicios ambulatorios, de urgencias y Hospitalización de baja y mediana complejidad, los cuales son prestados a través de equipos generadores de radiación **ionizante** donde encontramos las modalidades de Radiología convencional y Mamografía; contamos con equipos **no Ionizantes** donde encontramos las modalidades de Ecografía y Doppler.

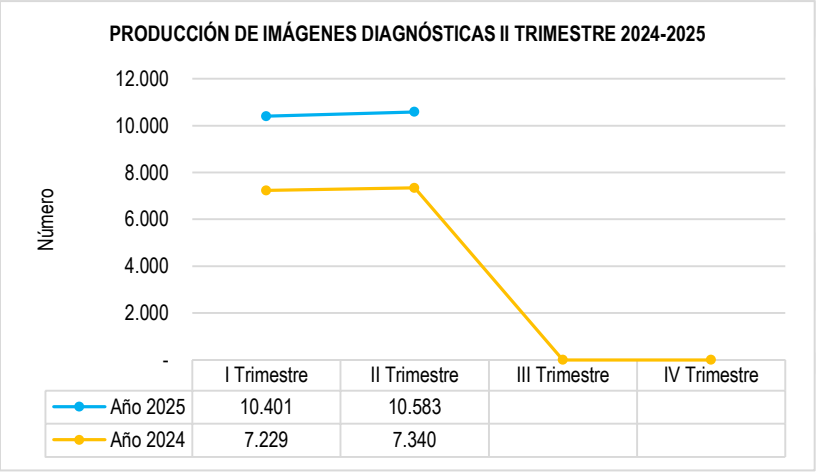
Los equipos con los que cuenta el servicio de Imágenes son los siguientes:

| EQUIPOS | CANTIDAD |
|---|---|
| RX Fijo | 1 |
| RX Portátil | 3 |
| Ecógrafos | 2 |
| **TOTAL** | **6** |

Se cuenta con el siguiente talento humano en el servicio:

| TALENTO HUMANO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS | |
|---|---|
| **PERFIL** | **CANTIDAD** |
| Especialista en radiología | 5 |
| Tecnólogos en Imágenes diagnósticas | 5 |
| Transcriptoras | 1 |
| Auxiliar administrativos Entrega de Resultado y asignación de Citas | 1 |
| Coordinador | 1 |
| **TOTAL** | **13** |

## INDICADORES DE PRODUCCIÓN:




Fuente: Sistema de Informacion RIS Lumier

En el comparativo de producción del II Trimestre 2025 se observa una producción total de 10.583 estudios reflejándose un aumento frente a la producción del mismo periodo 2024 en 7.340 estudios, lo que corresponde a un aumento de la producción de un 44%.

## MODALIDADES CON MAYOR FRECUENCIA POR AREA:

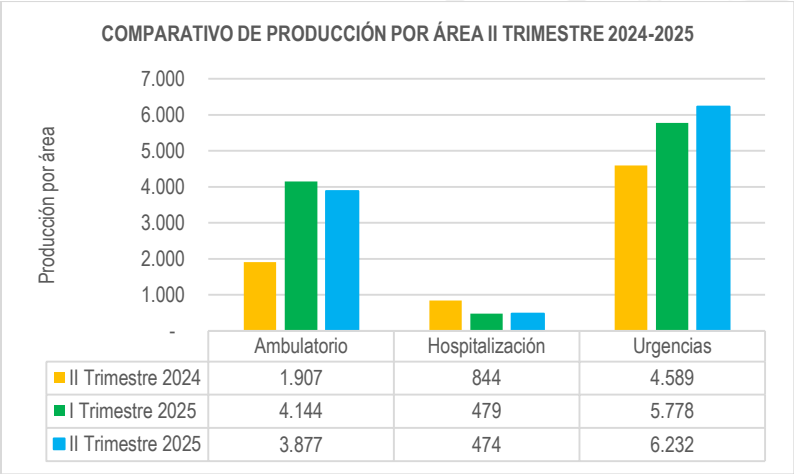
| PROCEDIMIENTOS | % | % | 2024 | 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | II TRIM 2024 | I TRIM 2025 | II TRIM | I TRIM | II TRIM |
| **RADIOLOGIA CONVENCIONAL** | | | | | |
| Radiografías realizadas consulta externa | 78% | -4% | 702 | 1304 | 1250 |
| Radiografías realizadas hospitalizados | 15% | 30% | 197 | 174 | 226 |
| Radiografías realizadas urgencias | -1% | 1% | 3037 | 2964 | 2992 |
| **TOTAL ESTUDIOS RX** | **14%** | **1%** | 3936 | 4442 | 4468 |
| **ECOGRAFIA** | **II TRIM 2024** | **I TRIM 2025** | **II TRIM** | **I TRIM** | **II TRIM** |
| Ecografías realizadas consulta externa | 52% | -18% | 1002 | 1858 | 1523 |
| Ecografías realizadas hospitalización | -68% | -17% | 606 | 236 | 195 |
| Ecografías realizadas urgencias | 104% | 17% | 1456 | 2540 | 2969 |
| **TOTAL ESTUDIOS ECOGRAFIA** | **53%** | **1%** | 3064 | 4634 | 4687 |
| **MAMOGRAFIA** | **II TRIM 2024** | **I TRIM 2025** | **II TRIM** | **I TRIM** | **II TRIM** |
| Mamografía realizadas consulta externa | 638% | 4% | 99 | 700 | 731 |
| Mamografías realizadas hospitalizados | | -100% | | 1 | |
| Mamografía realizadas urgencias | 100% | | 1 | | 2 |
| **TOTAL ESTUDIOS MAMOGRAFIA** | **633%** | **4,6%** | 100 | 701 | 733 |
| **DOPPLER** | **II TRIM 2024** | **I TRIM 2025** | **II TRIM** | **I TRIM** | **II TRIM** |
| Doppler realizadas consulta externa | 259% | 32% | 104 | 282 | 373 |
| Doppler realizadas hospitalizados | 29% | -22% | 41 | 68 | 53 |
| Doppler realizadas urgencias | 183% | -2% | 95 | 274 | 269 |
| **TOTAL ESTUDIOS DOPPLER** | **190%** | **11%** | 240 | 624 | 695 |
| **Total imágenes diagnósticas** | | | **7340** | **10401** | **10583** |

Fuente: Sistema de Información RIS Lumier

La modalidad que representó mayor crecimiento durante el II trimestre de 2025 con respecto al II trimestre 2024 corresponde a Mamografía con un aumento del 633% en su producción, seguido de Doppler con un 190%, Ecografía con un 53%, finalizando con Radiología convencional con un 14%.

En el comparativo de producción frente al I Trimestre de 2025 se refleja un aumento en 182 estudios lo que representó un 0,4% en el aumento de la producción.

**COMPARATIVO DE PRODUCCIÓN POR AREAS DE SERVICIO:**




Fuente: Sistema de Informacion RIS Lumier

Comparativamente con el II Trimestre 2024 se resalta el crecimiento de los servicios Ambulatorio el cual fue del 103%, seguido del servicio de Hospitalización con un aumento del 44%, y Urgencias del 36%.

Se resalta con el I Trimestre 2025 el crecimiento de los servicios Urgencias el cual fue del 8%, seguido del servicio de Hospitalización con un aumento del 1%, y una baja en Ambulatorio del -6% por daño en el equipo digitalizador.

**SATISFACCIÓN DEL USUARIO (PQRS) EN EL II TRIMESTRE:**

Dentro de las PQR dirigida al servicio de Imágenes diagnósticas encontramos que, por tipo de variable, con un total de 5 reclamos los cuales en su totalidad fueron gestionados de acuerdo con la necesidad de los usuarios.

| HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **DESCRIPCIÓN** | **ABRIL-25** | **MAYO-25** | **JUNIO-25** | **ACUMULADO** |
| Número de solicitudes resueltas parcialmente en línea | 623 | 832 | 515 | **1970** |
| Número de solicitudes resueltas de forma presencial | 381 | 760 | 467 | **1608** |
| Número total de solicitudes realizadas (En línea, parcialmente en línea y presenciales) | 1004 | 1592 | 982 | **3578** |
| Número de PQRD recibidas | **2** | **2** | **1** | **5** |

**RIESGOS DEL PROCESO O SERVICIO:**

Posibilidad que en la atención de Imágenes Diagnósticas se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, para el trimestre no se materializa el riesgo.

**CONCLUSIONES:**

En el comparativo de producción del II Trimestre 2025 se observa un aumento de la producción en un 30% lo que representó un aumento en 3.243 estudios, con respecto al mismo período del 2024.

El crecimiento en general de la producción se relaciona a las estrategias institucionales implementadas como traslados internos entre sedes, contratos unificados para las tres sedes y nuevas contrataciones durante la vigencia.

El servicio que mayor demanda presentó fue Mamografía, representado en un 633% con respecto al II Trimestre de 2024 con un aumento en 633 estudios, derivado de los convenios institucionales en el Hospital.

**FORTALEZAS O LOGROS:**

- Apoyo tecnológico adecuado
- Recurso humano calificado
- Portafolio de servicios ofertado de acuerdo con el nivel de complejidad.
- Personal administrativo para disminución de los tiempos de asignación de citas.
- Ampliación de horario en Mamografía para cumplir con la oportunidad en la atención.

**RECOMENDACIONES O ESTRATEGIAS QUE IMPLEMENTAR PARA MEJORAR LOS RESULTADOS DEL SERVICIO O PROCESO:**

Realizar ajustes y mejorar los tiempos de facturación de las Imágenes Diagnósticas en consulta externa, con el fin de evitar que el usuario llegue tarde a su cita y se extiendan los tiempos de atención del paciente..

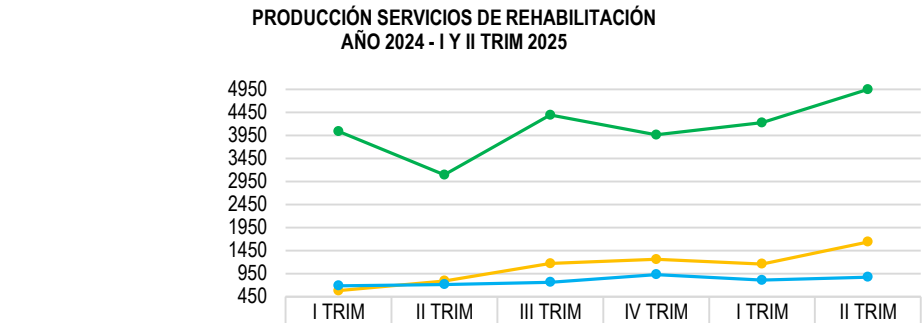
## SERVICIO DE TERAPIAS

## RELACIÓN COMPARATIVA DE PROCESOS DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIAS
**Informe Primer Trimestre Vigencias 2024 – 2025**

El servicio de terapias de la Unidad Funciona en Zipaquirá forma parte esencial de la gestión de servicios complementarios, con un enfoque centrado en la rehabilitación integral. Dentro de su oferta institucional, incluye diversas disciplinas terapéuticas como terapia física, fonoaudiología, audiología (incluyendo exámenes auditivos) y terapia respiratoria. Estas áreas abarcan procesos de valoración, diagnóstico, intervención y atención asistencial, tanto en urgencias como en hospitalización y consulta externa, según lo establecido por la institución**.**

| TALENTO HUMANO SERVICIO DE REHABILITACION | 2024-2025 | |
|---|---|---|
| | I TRIM 2024 | I TRIM 2025 |
| Líder del servicio | 0 | 1 |
| Terapia respiratoria y terapia física (consulta externa, hospitalización y urgencias) | 5 | 6 |
| Fonoaudiología (consulta externa, hospitalización, urgencias) | 2 | 2 |
| **TOTAL** | **7** | **9** |

## PRODUCCION SERVICIOS DE REHABILITACION II TRIMESTRE 2024-2025




| | I TRIM 2024 | II TRIM 2024 | III TRIM 2024 | IV TRIM 2024 | I TRIM 2025 | II TRIM 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TERAPIA FÍSICA | 579 | 791 | 1170 | 1261 | 1160 | 1639 |
| TERAPIA DE LENGUAJE | 688 | 716 | 763 | 929 | 809 | 874 |
| TERAPIA RESPIRATORIA | 4038 | 3092 | 4391 | 3962 | 4225 | 4946 |

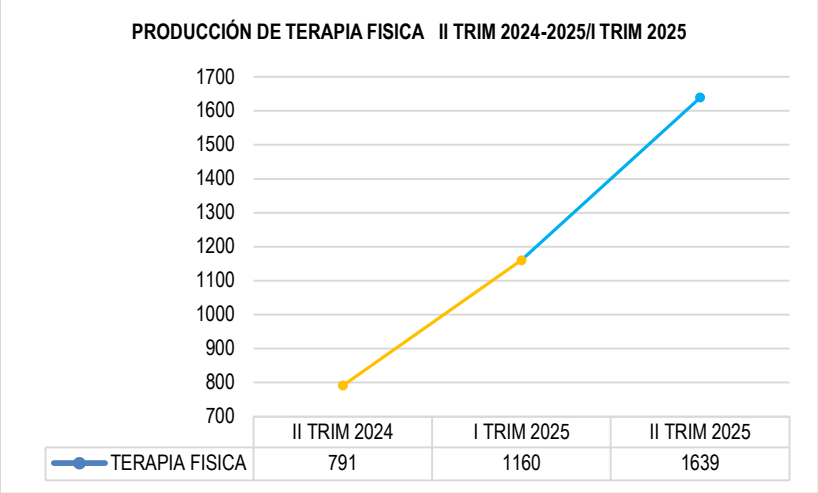
Fuente: Servicio de estadística UFZ, 2025

Durante el segundo trimestre de 2025, el servicio de terapias registró un total de 8.795 procedimientos, lo que representa un aumento del 57% en comparación con el mismo periodo de 2024, cuando se realizaron 5.522 intervenciones. Asimismo, en relación con el primer trimestre del presente año, se evidenció un incremento del 20%, pasando de 7.365 a 8.795 procedimientos. Este crecimiento se atribuye, en gran medida, al incremento en la demanda de atención por parte del área de terapia respiratoria, motivado por la aparición del primer pico respiratorio del año.

Además, se han logrado avances en la optimización de los procesos administrativos y en la precisión del registro de actividades a través de la plataforma Dinámica Web. Como parte del compromiso con la mejora continua, se mantuvo la ejecución de auditorías internas de historias clínicas en las áreas de terapia respiratoria, fisioterapia y terapia del lenguaje, con el objetivo de fortalecer la calidad del servicio y garantizar

un seguimiento riguroso tanto de los procedimientos registrados diariamente en la estadística como de aquellos ingresados en el sistema.

## 9.8 PRODUCCIÓN TERAPIA FÍSICA



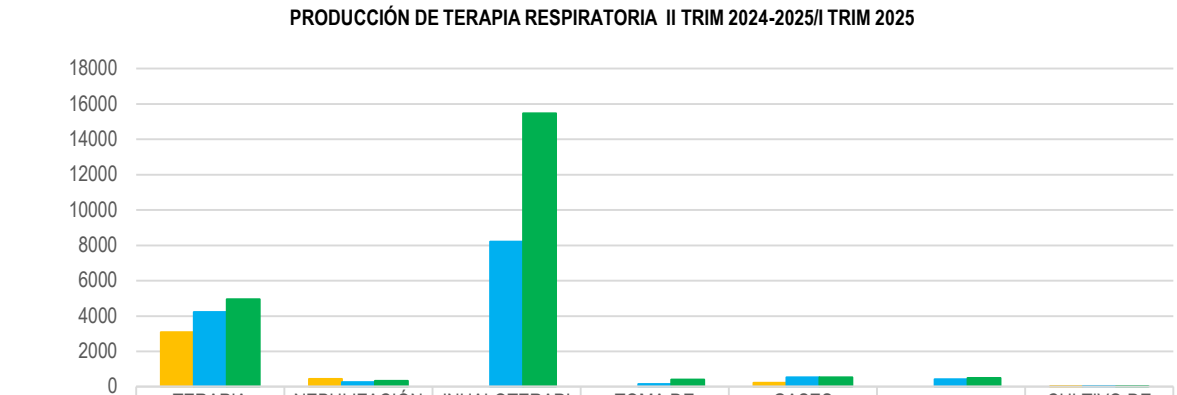

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ, 2025

Durante el segundo trimestre de 2025, el servicio de terapia física registró un incremento del 109% en el número de atenciones en comparación con el mismo periodo de 2024. Mientras que en el segundo trimestre de 2024 se realizaron 791 procedimientos, en el mismo periodo de 2025 se llevaron a cabo 1.639 intervenciones. Frente al primer trimestre de 2025, también se evidenció un crecimiento del 40%, especialmente en las sesiones realizadas en consulta externa y hospitalización.

Con el fin de optimizar la atención, durante este periodo se asignó una profesional exclusivamente para el manejo de pacientes en hospitalización y urgencias. Esta fisioterapeuta se enfocó en priorizar los procesos de rehabilitación física, gestionar de manera activa las interconsultas, y en sensibilizar a los médicos tratantes sobre la importancia de estas, especialmente para garantizar atención en el turno de la tarde.

En el ámbito de consulta externa, se habilitó la agenda completa de una fisioterapeuta para dar respuesta oportuna al aumento en la demanda del servicio. Adicionalmente, a partir del mes de abril y por solicitud del programa Plan Canguro, se cuenta con una profesional encargada de las actividades de promoción, prevención y estimulación temprana, beneficiando a los más de 400 bebes que actualmente asisten a dicho servicio.

## 9.9 PRODUCCIÓN TERAPIA RESPIRATORIA




| | TERAPIA RESPIRATORIA | NEBULIZACIÓN MEDICADA | INHALOTERAPIA | TOMA DE PANEL VIRAL | GASES ARTERIALES | ÁCIDO LÁCTICO | CULTIVO DE SECRECIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| II TRIM 2024 | 3092 | 452 | 0 | 0 | 227 | 0 | 18 |
| I TRIM 2025 | 4225 | 264 | 8206 | 156 | 530 | 426 | 50 |
| II TRIM 2025 | 4946 | 336 | 15466 | 398 | 533 | 499 | 33 |

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ, 2025

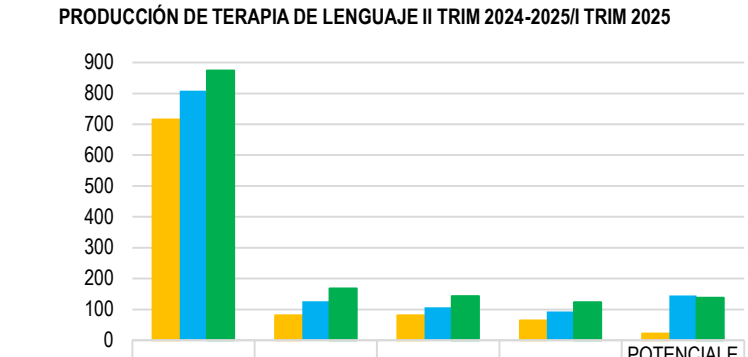
Para el servicio de terapia respiratoria hubo un aumento del 60% con un total de 4946 atenciones de intervenciones para el II trimestre de 2025 comparado con las 3092 atenciones en el mismo periodo del 2024. Respecto al primer semestre de 2025, hubo un aumento del 17% aumentando 721 atenciones para el segundo semestre.

Hay que tener en cuenta que lo plasmado del primer semestre del año 2024, son datos proporcionados por el servicio de estadística de UFZ, quienes llevaban los registros basados en el informe mensual proporcionado por los terapeutas, ya que no se contaba con coordinador del servicio de terapias, por lo cual no se llevaba una trazabilidad de los datos suministrados, dicha trazabilidad se inició en agosto de 2024, con seguimiento continuo de evoluciones en Dinámica Web.

Se ha evidenciado un aumento importante de interconsultas al servicio de terapia respiratoria alcanzando 831 interconsultas al servicio durante el primer semestre de 2025, respondiéndose de manera oportuna las interconsultas, a además de procedimientos como toma de gases arteriales, toma de hisopados, cultivo de secreciones, nebulización medicada e inhaloterapia, evidenciándose compromiso por parte de los profesionales en la atención integral del paciente y de la búsqueda continua de interconsultas de los servicios de medicina interna, pediatría y cirugía general, lo que evidencia la necesidad del apoyo de un terapeuta respiratoria que logre completar todos los procedimientos programados por turno.

Aunque no se cuenta con algunos datos de procedimientos específicos del servicio del segundo trimestre de 2024, respecto a nebulización medicada, toma de panel viral, toma de gases arteriales, se puede evidenciar un aumento de los procedimientos totales, esperando que para el tercer trimestre se pueda verificar el aumento total de los procedimientos que se empezaron a contabilizar a partir de este año.

## 9.10 PRODUCCIÓN TERAPIA DE LENGUAJE




| | TERAPIA DE LENGUAJE | AUDIOMETRIA | LOGOAUDIOMETRIA | IMPEDANCIOMETRIA | POTENCIALES EVOCADOS |
|---|---|---|---|---|---|
| II TRIM 2024 | 716 | 81 | 81 | 64 | 22 |
| I TRIM 2025 | 809 | 127 | 107 | 93 | 145 |
| II TRIM 2025 | 874 | 168 | 143 | 123 | 138 |

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ, 2025

Para el servicio de terapia de lenguaje, en el segundo trimestre de 2025 se identificó una variación positiva del 22% respecto al mismo periodo del año 2024, con un total de 874 procedimientos y 572 procedimientos en consulta externa de impedanciometría, logoaudiometría, audiometría y potenciales evocados; respecto al primer trimestre aumento en un 9% el número de sesiones de terapia de lenguaje y un 22% para exámenes audiológicos.

Procedimientos como potenciales evocados, impedanciometría, logoaudiometría, lavado de oídos y audiometría, aumentaron su productividad en 112% teniendo en cuenta que su realización se basa en las autorizaciones por EPS y asignación, para lo cual se cuenta con profesional en jornada continua dos días por semana. Se realiza una reorganización con el fin de que haya tiempos exclusivos durante las 2 primeras semanas del mes para realizar valoraciones de terapia de lenguaje y así poder completar los controles y/o hacer el seguimiento permanente de los pacientes que asisten por esta especialidad a la unidad funcional de Zipaquirá.

## SATISFACCIÓN DEL USUARIO (PQRS) EN EL II TRIMESTRE 2025

| PROCESO O SERVICIO | NUMERO de PQRS | QUEJA | RECLAMO | CAUSA | ID - PLAN DE MEJORAMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Terapia Respiratoria | 1 | 0 | 0 | | | |
| **TOTAL** | | **0** | | | | |

Para el segundo trimestre de 2025, se recibieron 1 pqrs, correspondiente al servicio de terapia respiratoria.

Se realiza verificación en oficina de atención al usuario para conocer la medida de satisfacción del servicio ante los demás servicios del hospital, pero no se cuenta con dicha información.