

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

INFORME DE GESTION 3o. TRIMESTRE AÑO 2025

BOGOTÁ, OCTUBRE 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 Imagenología
- 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 Imagenología**
- 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 Imagenología**
- 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 tercer 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 tercer trimestre del año 2025, acompañados de sus respectivos análisis cualitativos y cuantitativos.

1.1 ATENCIÓN DEL PACIENTE EN URGENCIAS

GESTIÓN DEL PROCESO INFORME MENSUAL COMPARATIVO 2025

INFORME COMPARATIVO DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE DATOS E INDICADORES MENSUALES, TRIMESTRALES Y SEMESTRALES.	JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE	
	2024	2025	2024	2025	2024	2025
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA	4	4	3	8	3	4
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	31	38	41	44	31	56
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 - URGENCIAS	1161	1269	1084	1199	1150	1364
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 - PRIORITARIO	71	312	49	244	65	326
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	2	53	8	32	2	45
TOTAL PTES CON TRIAGE	1269	1676	1185	1523	1251	1802
TOTAL CONSULTAS	1495	1539	1500	1570	1509	1694
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	1400	1403	1390	1447	1426	1563
Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA G.O.	95	136	110	123	83	131
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	15	19	21	20	27	22
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	80	41	95	86	83	37
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA DEMANDA ESPONTANEA	78	77	87	115	82	95
Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS	30	27	25	29	8	22
Nº DE REINGRESOS ENTRE 24 Y 72 HORAS DESPUÉS DEL EGRESO	0	0	0	0	0	0
TOTAL PTES ATEND. POR DEMANDA ESPONTANEA	1129	1249	1076	1159	1105	1400

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

GESTIÓN DEL PROCESO INFORME TRIMESTRAL COMPARATIVO

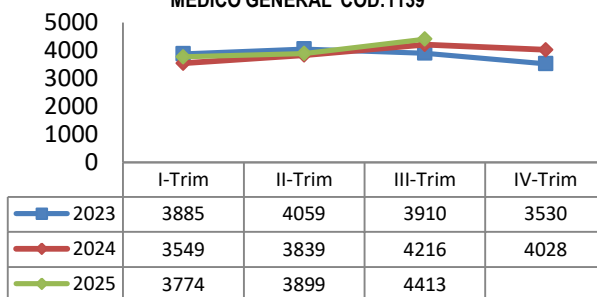
INFORME COMPARATIVO DEL SERVICIO	TERCER TRIMESTRE

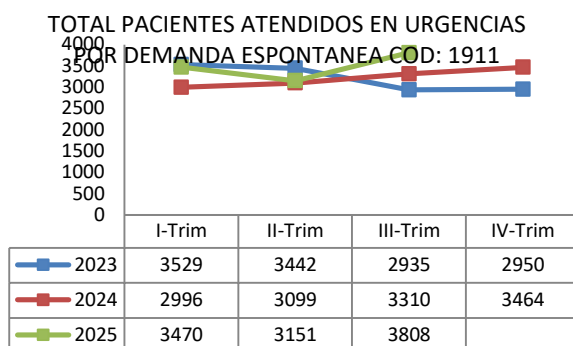
DE URGENCIAS DE DATOS E INDICADORES MENSUALES, TRIMESTRALES Y SEMESTRALES.	2024	2025
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 1 - EMERGENCIA	10	16
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 2 - URGENCIAS VITAL	103	138
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 3 – URGENCIAS	3395	3832
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 4 – PRIORITARIO	185	882
Nº PACIENTES CLASIFICADOS COMO TRIAGE 5 - NO URGENCIA	12	130
TOTAL PTES CON TRIAGES	3705	5001
TOTAL CONSULTAS	4504	4803
Nº CONSULTA MEDICINA GENERAL	4216	4413
Nº CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA GINECOLOGIA	288	390
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE II	21	20
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS ATENCIÓN TRIAGE III	86	55
OPORTUNIDAD TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA EN MINUTOS PARA CONSULTA DEMANDA ESPONTÁNEA	82	96
Nº TRANSFUSIONES POR URGENCIAS		
Nº DE REINGRESOS ENTRE 24 Y 72 HORAS DESPUÉS DEL EGRESO	0	0
TOTAL PTES ATEND. POR DEMANDA ESPONTÁNEA	3310	3808

Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD Y OPORTUNIDAD URGENCIAS

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





Fuente: Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

ANÁLISIS:

Durante el tercer trimestre de 2025, el servicio de urgencias del Hospital Universitario La Samaritana **atendió 4.413 consultas**, manteniendo una estabilidad respecto al mismo periodo del año anterior, y **evidenciando un incremento del 12 % (514 consultas)** frente al segundo trimestre del mismo año. Este comportamiento sugiere una tendencia sostenida en la demanda, con picos estacionales que podrían asociarse a variaciones epidemiológicas o a la disponibilidad de servicios ambulatorios.

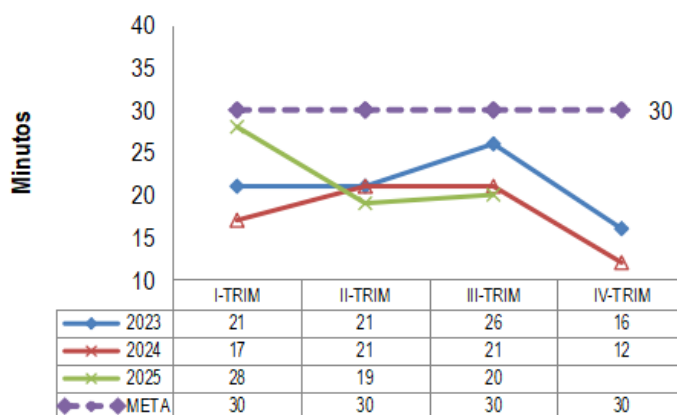
Las **consultas por demanda espontánea** mostraron un **aumento del 14 % (498 consultas)** en comparación con el tercer trimestre de 2024, aunque se observó una disminución del 18 % (657 consultas) respecto al trimestre inmediatamente anterior, lo que podría indicar un ajuste temporal del flujo de pacientes tras un periodo previo de alta congestión. El tiempo promedio de atención fue de 96 minutos, indicador que se mantiene dentro de parámetros aceptables, aunque evidencia oportunidades de mejora en la eficiencia operativa y la gestión del flujo de usuarios.

En cuanto a la afiliación al sistema de salud, **la mayor proporción de pacientes** correspondió a usuarios de **Famisanar (47 %)**, **seguida de Coosalud (24 %)**, mientras que Sanitas, Compensar y Capital Salud representaron cada una el 9 % del total. Esta concentración sugiere una dependencia significativa de ciertos aseguradores, lo cual puede impactar la capacidad del hospital para equilibrar la carga asistencial y gestionar la facturación de manera eficiente.

Finalmente, es importante destacar que **la alta utilización del servicio de urgencias** se relaciona directamente con la limitada oferta de servicios ambulatorios de las EPS, lo que convierte a urgencias en la principal vía de acceso a la atención médica para muchos usuarios. Este patrón de uso presiona la capacidad instalada del hospital y plantea retos en la gestión del flujo de pacientes, la optimización de recursos y la reducción de tiempos de espera, aspectos clave para garantizar la calidad y continuidad de la atención.

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**



Fuente: Base de datos - Dinámica Gerencial Hospitalaria

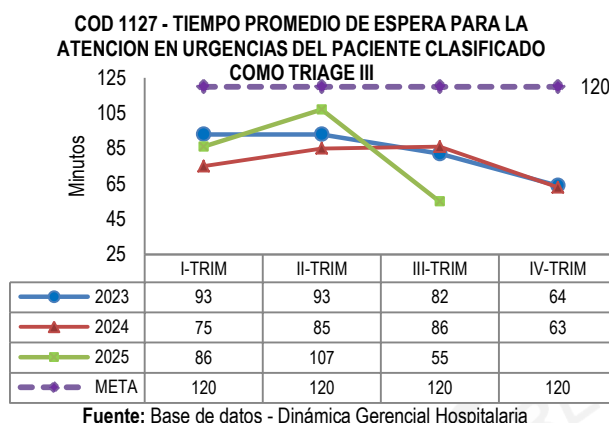
ANÁLISIS:

Durante el **tercer trimestre de 2025**, el tiempo promedio de atención para pacientes **TRIAGE II** fue de **20 minutos**, manteniéndose **por debajo de la meta institucional (< 30 minutos)** y reflejando una tendencia estable respecto al mismo periodo de 2024. Este resultado evidencia la consistencia en la respuesta oportuna a pacientes con condiciones críticas o de alta complejidad, tales como enfermedades graves, politraumatismos y emergencias que requieren intervención inmediata, donde cualquier retraso podría comprometer la evolución clínica del paciente.

El mantenimiento del cumplimiento de la meta responde a la implementación sostenida de estrategias de gestión efectivas en el servicio de urgencias, entre las que se destacan la monitorización diaria del indicador en la revista administrativa, la socialización mensual de resultados con el equipo asistencial, el análisis sistemático de desviaciones para la identificación y corrección oportuna de fallas, y los mecanismos de control y seguimiento liderados por el equipo primario del servicio. Estas acciones han permitido consolidar una cultura de mejora continua orientada a la eficiencia y a la seguridad del paciente.

Si bien los resultados son favorables, la Subdirección de Urgencias mantiene su compromiso con el fortalecimiento permanente de los procesos operativos y asistenciales, con el fin de mitigar riesgos y prevenir eventos adversos, asegurando que la atención oportuna se brinde con los más altos estándares de calidad, seguridad y humanización del cuidado.

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



ANÁLISIS:

Durante el segundo trimestre de la vigencia 2025, la **oportunidad de atención** para los pacientes clasificados como **TRIAGE III** fue de **55 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.

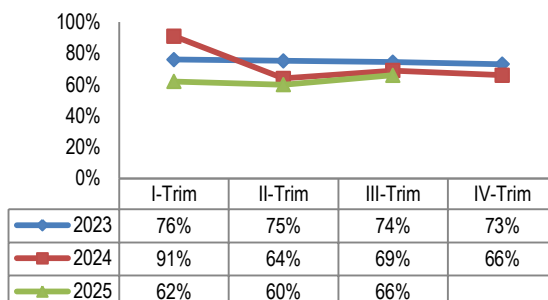
Asimismo, se identificó una **alta frecuencia de uso** del servicio de urgencias en la franja horaria comprendida entre las **11:00 a.m. y las 3:00 p.m.**, con una mayor concentración de atenciones los **lunes, martes y viernes**. Esta dinámica de demanda se ha presentado en un contexto de **ocupación del servicio del 170 %**, 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.

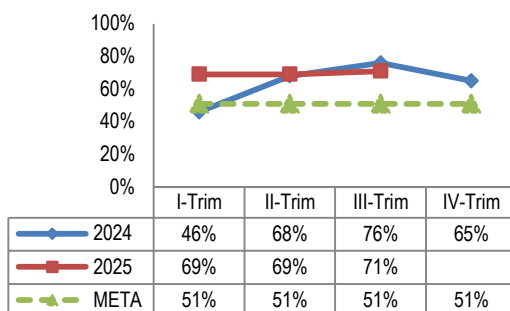
1.2 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

INDICADORES DE PRODUCCIÓN

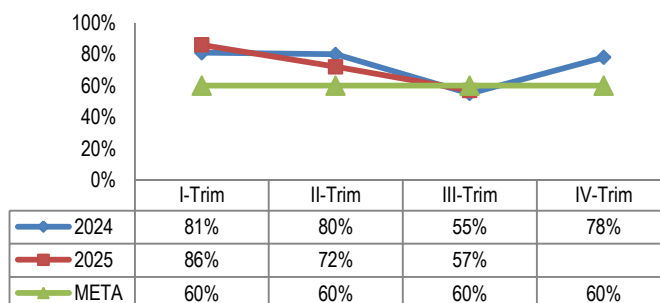
PORCENTAJE DE REMISIONES ACEPTADAS EN EL HUS



PORCENTAJE DE INGRESOS EFECTIVOS AL HUS DE PACIENTES ACEPTADOS POR REFERENCIA



PORCENTAJE DE PERTINENCIA DE REMISIONES ACEPTADAS POR REFERENCIA EN EL HUS



Durante el tercer trimestre de 2025, los indicadores de referencia y contrarreferencia del Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) reflejan un comportamiento mixto: se evidencia estabilidad en el ingreso efectivo de pacientes y una leve mejora en la aceptación de remisiones frente al trimestre anterior, aunque con disminución respecto al mismo periodo del año 2024, especialmente en la pertinencia de las remisiones.

Porcentaje de remisiones aceptadas en el HUS

En el III trimestre de 2025, el porcentaje de remisiones aceptadas fue del 66 %, frente al 69 % registrado en el mismo periodo de 2024, lo que representa una disminución de 3 puntos porcentuales.

Aunque el resultado mejora respecto al trimestre anterior (60 %), se mantiene por debajo de los valores históricos y de la meta institucional. Esta tendencia sugiere una menor capacidad de aceptación de remisiones o mayores rechazos por criterios de complejidad, cupo o pertinencia clínica, lo que indica la necesidad de fortalecer la comunicación con las instituciones remitentes y los mecanismos de priorización de pacientes.

En cuanto a la procedencia de los pacientes aceptados, el 87% correspondieron al departamento de Cundinamarca, destacándose los municipios de Zipaquirá (54%), Ubaté (16%) y Soacha (14%). En relación con la participación por EPS, Famisanar ocupó el primer lugar con un 42%, seguida de Coosalud con un 28%, Nueva Eps 23% y Salud Total con un 7%. Este comportamiento es atribuible al trabajo articulado entre la oficina de referencia y las especialidades médico-quirúrgicas de la institución.

Porcentaje de ingresos efectivos al HUS de pacientes aceptados por referencia

El indicador de ingresos efectivos alcanzó un 71 % en el III trimestre de 2025, levemente inferior al 76 % obtenido en el mismo periodo de 2024, mostrando una variación negativa de 5 puntos porcentuales.

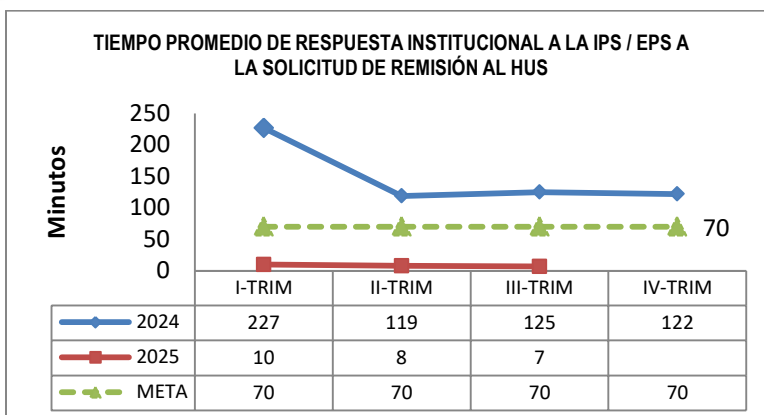
A pesar de esta disminución interanual, **el valor supera la meta institucional (51 %)** y mantiene estabilidad frente al segundo trimestre del año (69 %), lo que refleja eficiencia en la gestión de admisiones y una adecuada conversión de las aceptaciones en ingresos hospitalarios efectivos. Este comportamiento evidencia la consolidación del proceso operativo, aunque se requiere optimizar la trazabilidad y seguimiento de los casos aceptados para minimizar pérdidas en la cadena de ingreso.

Porcentaje de pertinencia de remisiones aceptadas por referencia

En el III trimestre de 2025, la pertinencia de las remisiones aceptadas se ubicó en 57 %, **por debajo tanto de la meta institucional (60 %)** como del resultado del mismo periodo de 2024 (55 %).

Si bien hay un ligero aumento de 2 puntos porcentuales respecto al año anterior, el indicador muestra una reducción de 15 puntos frente al segundo trimestre de 2025 (72 %), lo que **refleja inconsistencia en la calidad técnica de las remisiones**. Esta situación evidencia la necesidad de reforzar los criterios de pertinencia clínica, la formación de los equipos remitentes y la retroalimentación entre niveles de atención, con el fin de optimizar la utilización de los servicios de alta complejidad del HUS.

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



En el tercer trimestre de 2025, el tiempo promedio de respuesta institucional a las solicitudes de remisión hacia el Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) fue de **7 minutos**, evidenciando un **desempeño altamente favorable** frente a la meta institucional establecida en 70 minutos y mostrando una mejoría sustancial respecto al mismo periodo del año 2024, cuando el tiempo promedio fue de 125 minutos.

La **reducción de 118 minutos en el tiempo de respuesta** (equivalente a una mejora del 94 %) demuestra una optimización significativa de los procesos de gestión y comunicación interinstitucional, reflejando mayor eficiencia, oportunidad y capacidad de respuesta del equipo encargado de referencia y contrarreferencia.

El indicador muestra un avance sostenido a lo largo de 2025, con tiempos promedio de respuesta cada trimestre inferiores a 10 minutos, lo que evidencia la consolidación de un proceso ágil y estandarizado en la atención de solicitudes de remisión. Este resultado refleja fortalecimiento de la coordinación entre los niveles de atención, disponibilidad tecnológica y eficiencia operativa, contribuyendo directamente a la oportunidad en la atención de pacientes remitidos y a la mejora de la percepción de servicio por parte de las IPS y EPS remitentes.

1.3 PROCESO ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO

La **consulta realizada**, presentó tendencia al alta. Los motivos son atribuidos a temas de contratos y demanda, así:

Fiduprevisora para PPL – Población privada de la libertad, desde 2024 autorizan para otras IPS que prestan el servicio al interior de las penitenciarías; 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, restricción del 8 agosto al 1 septiembre 2025; Nueva Eps, restricción del 27 mayo al 16 junio 2025. En el III trim del 2025 presentó un aumento de 14% frente al año 2024. Por **modalidad telemedicina** 88 atenciones (2024 fue 265).

En promedio mes para el III trim **se atendieron 3.392 consultas** en 2025, en el 2024 = 2.971

Rendimiento, óptimo teniendo en cuenta la variedad de tiempos de acuerdo a la complejidad de la consulta.

COMPORTAMIENTO DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA	III TRIM	
	2024	2025
Horas programadas consulta especializada	3.717	4.271
Consultas asignadas = programadas	10.527	11.370
Consultas realizadas	8.912	10.177
% Inasistencia (15%- Ind174)	14%	10%
% cancelación - institucional/programadas (1,5%- Ind176)	0,6%	0,5%

% Uso de capacidad de oferta (realizada/oferta) ($\geq 90\%$ - Ind179)	92%	93%
Rendimiento hora medico consulta (2.5 - Ind180)	2,4	2,4
% Demanda Insatisfecha-represamiento/ Ofertadas (10%- Ind1045)	1,2%	1,3%

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

La Inasistencia (ind174, meta 15%), estuvo en 10% con una tendencia a la baja, logrando la meta. Causas más frecuentes: 1. No quiso asistir, sin permiso de trabajo 2. Cita mal solicitada 3. Condición del paciente.

La cancelación o causa de no atención por causa institucional (Ind.176, meta 1.5%), afectó al 0,5% (58 pacientes) de la cancelación total en consulta y representó el 61% de la cancelación. Motivos más frecuentes: 1. Falla en asignación de cita (22 pax) 2. Inasistencia del especialista – No prevenible (22 pax) 3. No realizan junta médica o atención completa (3 pax). Es de aclarar que esta meta se ajustó, de acuerdo a referenciación con Los Comuneros de Bucaramanga. Por **causa extra institucional**, 36% atribuida al paciente (34 pax); 1. Llegada tarde. 2. Relacionado con la autorización y 3% por causa externa (3 pax); 1. Autorización códigos errados.

Demanda insatisfecha (DI) por Represamiento (Ind.1045, meta 10%). Fue 1.3% con 139 solicitudes (dentro del 2.3% de la DI total represento el 56%). 2 casos de Cirugía Cardiovascular, 22 casos **Hematología, alta demanda** sin posibilidad de ampliación por parte del especialista, 18 casos **Infectología, alta demanda** sin posibilidad de ampliación por parte del especialista, 47 casos **Reumatología, alta demanda** sin posibilidad de ampliación por parte de los especialistas, 15 casos **Urología**, por represamiento debido a retiro de dos de los especialistas, 1 caso Cirugía Mama, 1 caso Cirugía Plástica reconstructiva, 3 casos Coloproctología, 10 casos Dolor, 1 caso Oftalmología Glaucoma, 10 casos Oftalmología Cornea, 6 casos Oftalmología, 3 casos Optometría, por represamiento dado por no presentación oportuna de propuesta de agenda por parte del especialista.

El uso de la capacidad de oferta fue de 93% (Ind 179, meta =o >90%), aumentó 1 punto frente al III 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 Cardiovascular, Cirugía Mama, Cirugía Plástica reconstructiva, Coloproctología, Dolor, Hematología, Infectología, Oftalmología (cornea, general y glaucoma), Optometría, Reumatología y Urología.

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 III trimestre resultado de 2 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	III TRIM	Hosp. Pablo Tobón Uribe	Hosp. General ESE		
Oportunidad en cita Medicina interna	15	10	182	1,7	0,4	0,7	28,4	20,4		
Oportunidad en cita Cirugía general	30	15	184	1,6	0,3	0,5	11,6	5,6		

Oportunidad en cita Ginecología	8	8	185	0,6	0,3	0,6	23,1	4,9
Oportunidad en cita Obstetricia	8	4	186	1,3	0,3	1,2	SD	5,6

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

Procedimientos realizados en Consulta Externa presentó **tendencia al alta**, pero sin lograr la misma productividad antes de pandemia debido a las mismas causas presentadas en consulta. En el III trim de 2025 presentaron aumento de 125% comparado con el año 2024 (del I al III trim del 2024, fueron excluidas las terapias por directriz de dirección científica).

COMPORTAMIENTO DE PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y/O TERAPÉUTICO REALIZADO EN CONSULTA EXTERNA	III TRIM	
	2024	2025
Horas programadas procedimientos	2.374	4.804
No. Procedimientos programados	2.563	5.842
No. Procedimientos realizados	2.263	5.102
% Inasistencia en procedimientos (15%- Ind 1057)	11%	12%
% cancelación - institucional/programadas (1,5% - Ind1060)	0,4%	0,4%
% Demanda Insatisfecha-represamiento	0%	66%

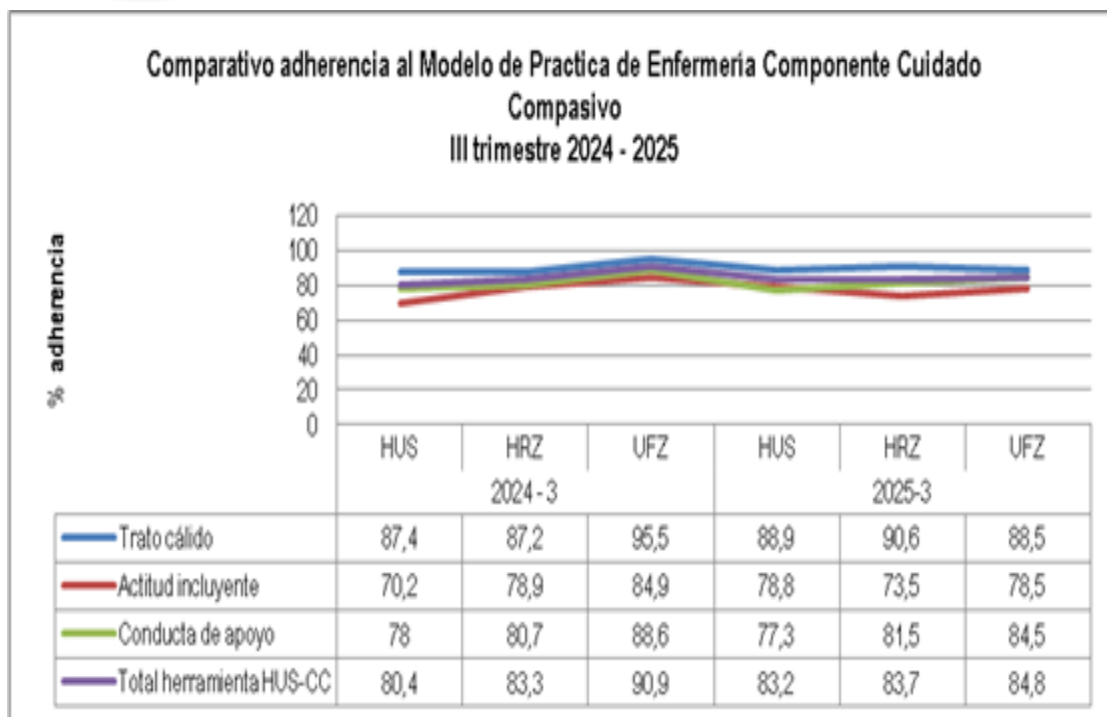
*Fuente: Sistema de información de Consulta Externa – Tabla No. 3

La **inasistencia 12%** (ind 1057 M=15%), **con tendencia al alta**, comparada con el mismo trimestre del año anterior aumento 9%, pero logrando la meta. Causas más frecuentes: 1. Condición del paciente 2. No quiso asistir, sin permiso de trabajo 3. Sin paraclínicos necesarios para realizar la atención. **La cancelación** o no atención por causa **institucional** afectó al 0.4% (ind. 1060 M=1.5%) de los pacientes programados en procedimientos (25 pacientes) y representó el 47%; tuvo tendencia al alta. Motivos más frecuentes: 1. No realizan atención completa, (15 atenciones). 2. Falla en asignación (5 pacientes). 3. Falla equipo o infraestructura (3 pacientes). Por **causa extra institucional**, 40% atribuida al paciente (21 pacientes); causas frecuentes 1. Condición del paciente 2. Falta preparación y 13% por causa externa (7 pacientes); causas frecuente 1. Autorización códigos errados.

Demanda insatisfecha (DI) en procedimientos, el resultado fue de 0.9%. Por motivo **represamiento** 66% con 33 solicitudes. 1 caso Flebotomías, 1 caso Neuropsicología, 2 casos Oftalmología biometrías, represamiento dado por no presentación oportuna de propuesta de agenda por parte del especialista, 6 casos Otorrinolaringología (solo se cuenta con un especialista fijo para realización de procedimientos), 23 casos Urología (urodinamias, alta demanda) solo se cuenta con un especialista.

1.4 SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

1. Con relación al cumplimiento POA tercer trimestre 2025 la Subdirección de enfermería es responsable de la actividad: **Continuar 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 tercer trimestre del año, se continuó con la medición del componente de cuidado compasivo a través de la aplicación del instrumento HUS – CC; a continuación se muestran los resultados comparados con el trimestre anterior de la vigencia 2024 y 2025:



Grafica N. 1 Fuente Bases de datos Subdirección de Enfermería

El análisis compara el desempeño de las tres sedes (HUS, HRZ, UFZ) en los ítems del Cuidado Compasivo durante el Tercer Trimestre (III) de 2024 y 2025. La meta se cumple y se evidencia implícita una alta adherencia que se asocia con la calidad humana y la percepción del paciente.

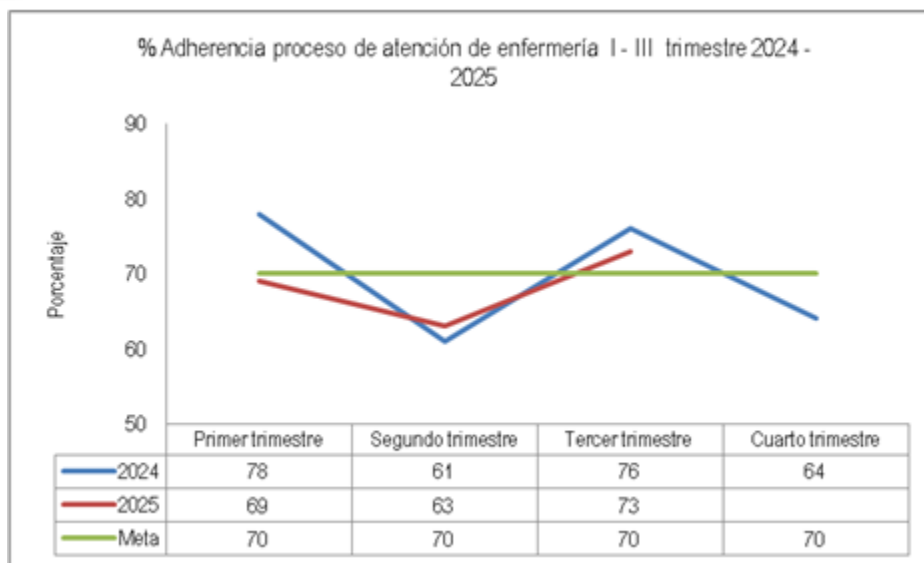
Las sedes HUS y HRZ lograron mantener o incluso superar ligeramente su desempeño del año anterior, siendo la sede HUS la que mostró la mayor mejora relativa (+2.8%) en su adherencia global.

La sede UFZ fue la líder en 2024 (90.9%), siendo la única que superó el 90% de adherencia. Sin embargo, en 2025 experimentó el descenso más significativo (-6.1%), aunque sigue manteniendo el porcentaje más alto en la "Conducta de Apoyo."

En resumen, aunque el Trato Cálido es una fortaleza institucional, el principal foco de mejora debe ser la Evaluación de la Enseñanza en todas las sedes y el refuerzo de la Actitud Incluyente en UFZ.

1. Medición de adherencia a procesos prioritarios para el cuidado de enfermería

Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

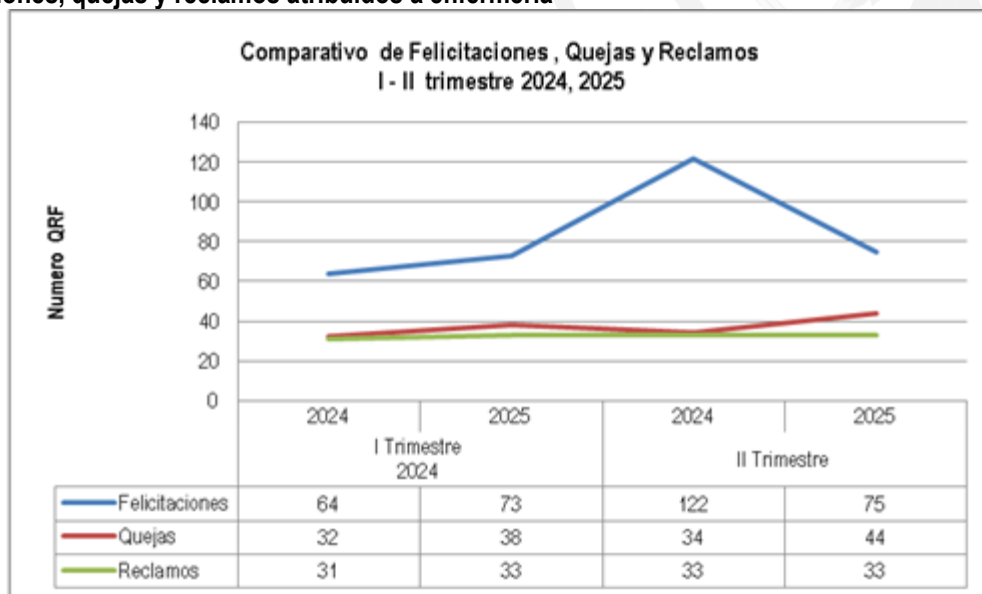


Fuente: Archivos listas de chequeo Subdirección de Enfermería

La adherencia global al proceso de atención de enfermería logró alcanzar la meta en el tercer trimestre de 2025, manteniendo una tendencia ascendente en comparación con los trimestres anteriores del año. Es importante destacar que el resultado del III Trimestre de 2025 no presenta una diferencia estadísticamente significativa respecto al mismo periodo en 2024.

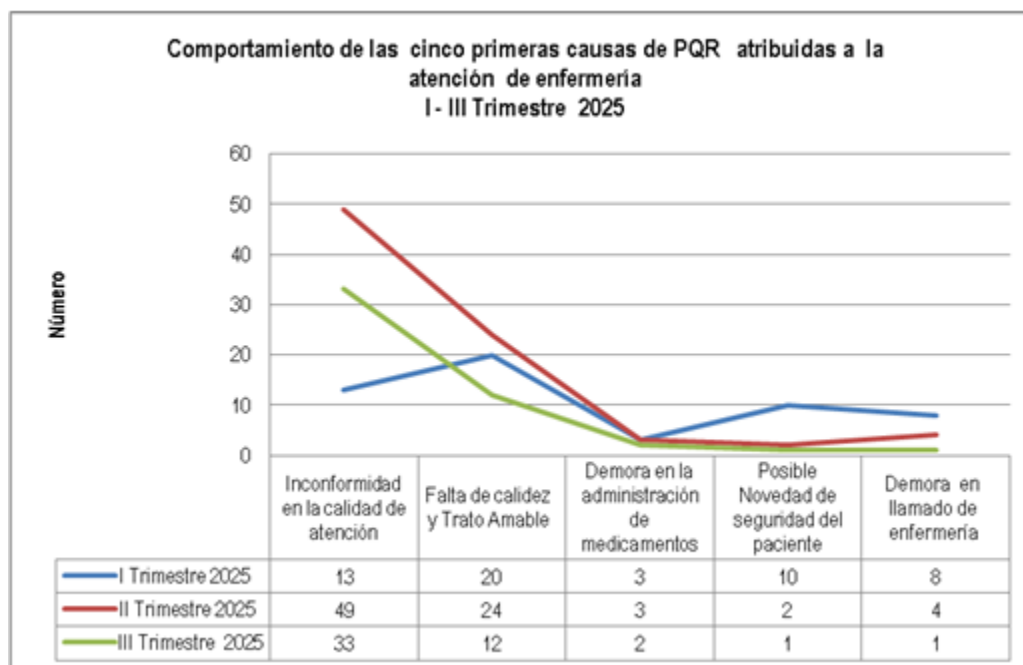
Estos resultados positivos se atribuyen directamente a la implementación efectiva del plan de mejoramiento, cuyas actividades se han enfocado en el seguimiento y retroalimentación constante de los profesionales de enfermería, así como en la supervisión de la ejecución por parte del personal auxiliar.

3. 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.



Fuente: Defensoría del Usuario

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.

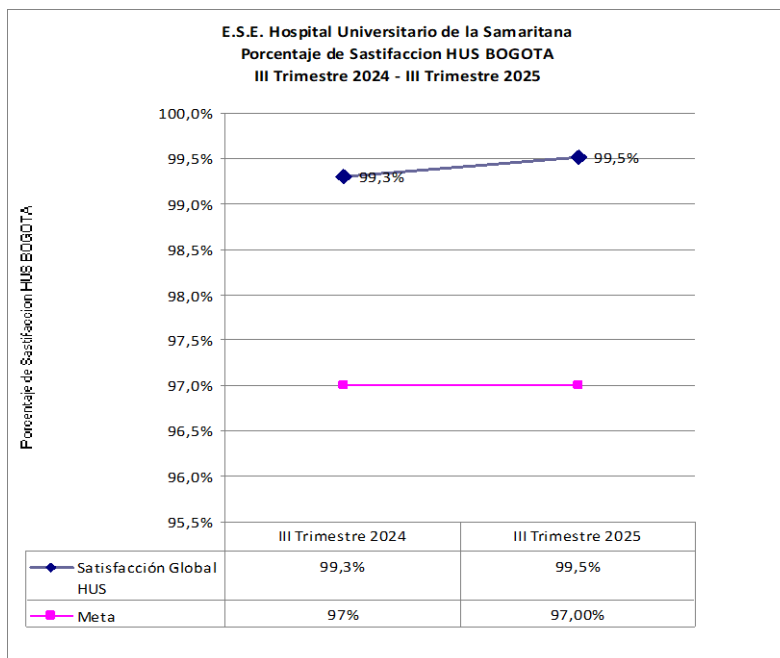
7. Conclusiones, dificultades y retos

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 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 el Hospital Universitario de Samaritana (HUS) Bogotá se mantuvo **alta** durante el tercer trimestre de 2025, **del 99.5%..**

Resultados de la Encuesta: De los **413 usuarios encuestados**, un total de **411 manifestaron estar satisfechos** con la experiencia general del servicio (99.5%), es decir alcanzando un **99,5% de satisfacción**, superando la meta establecida del **97%**.

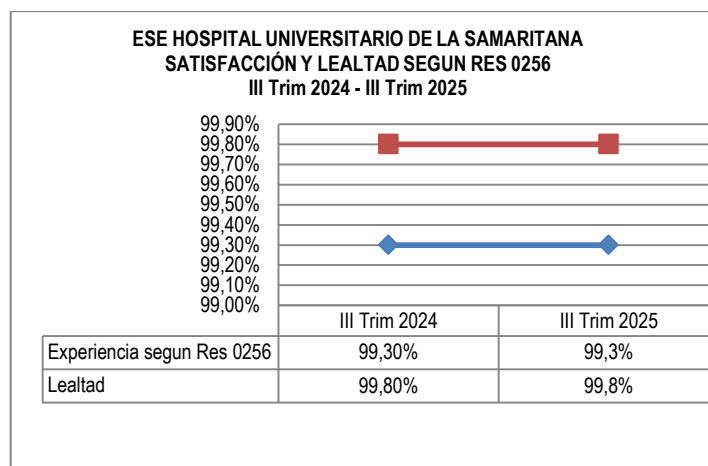
Si bien la satisfacción general fue sobresaliente, se registraron cuatro manifestaciones de insatisfacción. Estas voces son **valiosas** para la mejora continua, ya que señalan áreas específicas que requieren atención inmediata:

- **Neonatos (1 usuaria):** Justificando “*mi bebe ingreso por que requeria oxigeno pero cada día veo que va empeorando*” ID **101570**.
- **Sala de Egreso (1 usuario):** justifico su insatisfacción indicacndo “*Consideramos que la atención de enfermería no es la mejor*” ID **97346**

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.



Fuente: Encuestas de Satisfacción Almera

De un total de **413 usuarios encuestados**, **410 (99,3%)** calificaron su experiencia en la prestación del servicio como **"muy buena"** o **"buena"**. Este alto índice de satisfacción es un reflejo del esfuerzo integral de la institución.

Este resultado se logró a pesar del **entorno operativo crítico** que enfrenta el sistema de salud en general, incluyendo:

- La **alta demanda** de servicios asistenciales.
- Crisis actual del sistema de salud del País.
- Las **dificultades en los pagos** a la institución por parte de las EPS.

La alta satisfacción es el resultado directo de la **implementación de estrategias clave** impulsadas por las Direcciones, Subdirección, Líderes de Proceso y Coordinadores de servicio, centrándose en:

- Un **enfoque de gestión por procesos**.
- La **adherencia** a procedimientos y protocolos.
- La implementación de las **Políticas Institucionales**.
- Enfoque institucional de Mejoramiento continuo
- Formulación y ejecución de Planes de Mejora
- Compromiso institucional del Recurso Humano
- El Alto Nivel científico del hospital

Para optimizar la experiencia del paciente, el HUS priorizó acciones específicas con resultados positivos:

- **Urgencias**: Mejora en la **eficiencia y calidad** de la atención en momentos críticos.
- **Hotelería y Ambiente Hospitalario**: Creación de un **entorno más cómodo y acogedor**.

- **Atención Humanizada:** Fortalecida a través del **Programa de Humanización**, asegurando el respeto de los derechos del usuario y una atención más empática.
- **Programación Quirúrgica:** Aumento de la capacidad operativa y el cumplimiento de las programaciones, a pesar de la alta demanda,. Se solucionaron causas prioritarias que afectaban la programación quirúrgica a través de la compra de equipos como el "Arco en C", Aumento de horas de anestesia, terminación de la remodelación de algunas salas de cirugía, entre otros , que limitaban la productividad quirúrgica.

Estos esfuerzos combinados demuestran el compromiso del HUS Bogotá por ofrecer una **experiencia hospitalaria positiva y de alta calidad** a todos sus pacientes.

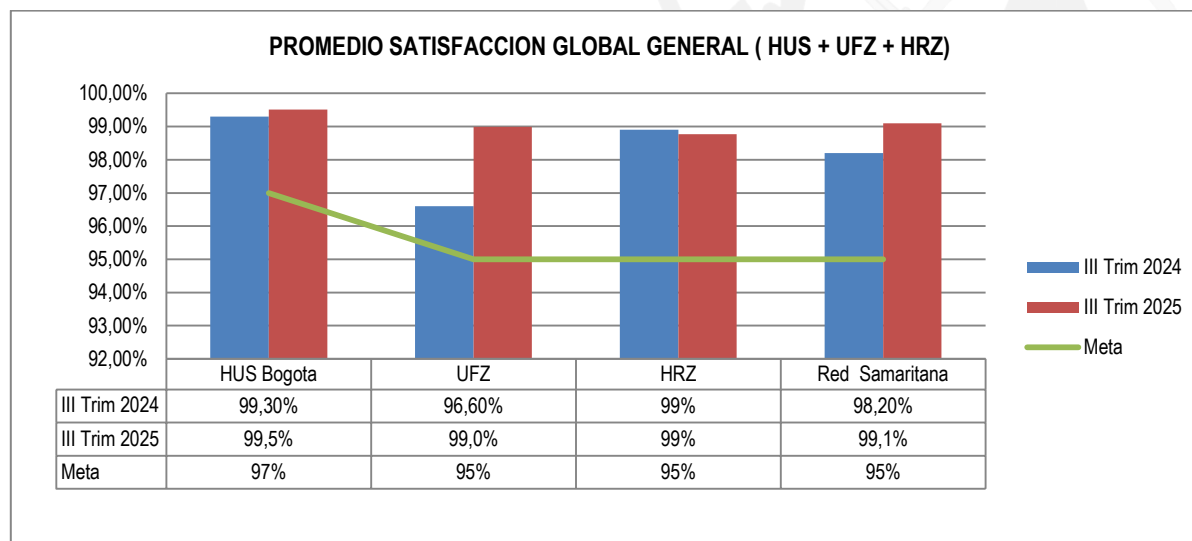
INDICADOR DE PROPORCIÓN DE LEALTAD DE LOS USUARIOS:

El Hospital Universitario de la Samaritana (**HUS Bogotá**) alcanzó un notable indicador de lealtad en el tercer trimestre de 2025.

De los **413 usuarios encuestados**, **412 (99,8%)** manifestaron que **recomendarían el hospital** a sus allegados. Este resultado excepcional es una clara señal de la **confianza** y la **experiencia positiva** que ofrecemos.

Este nivel de recomendación es un **resultado** de la mejora de nuestro **procesos**, las estrategias adoptadas, la formulación de planes de mejora según necesidad y acorde a desviación de los indicadores, escucha activa a los usuarios , identificando sus necesidades a través de rondas, visitas, gestión de QR y el monitoreo de la atención por el equipo asistencial y administrativo, el indicador de "Proporción de Satisfacción Global", todo ello ha sido clave para fortalecer la fidelización y asegurar que el HUS continúe brindando una buena.

PROMEDIO SATISFACCION GLOBAL GENERAL (HUS + UFZ + HRZ)



Fuente: Encuestas de Satisfacción Almera

El Hospital Universitario de la Samaritana (**HUS**), en sus sedes de Bogotá y Zipaquirá, reportó una **alta satisfacción general de sus usuarios** durante el segundo trimestre de 2025. Esta tendencia positiva se ha **mantenido** consistentemente durante los últimos dos años, siendo un resultado directo del compromiso y gestión del proceso de atención, que busca el mejoramiento continuo, a pesar de la crisis actual del sector salud..

El HUS ha enfocado sus esfuerzos en el **fortalecimiento de la gestión por procesos**, priorizando las siguientes Políticas claves en el proceso de atención:

- **Humanización:** Priorización de una **atención compasiva y empática** hacia los pacientes y sus familias.
- **Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo:** Implementación y **monitoreo estricto** de la atención segura e intervenciones oportunas basadas en las necesidades.
- **Atención Centrada en el Usuario:** Desarrollo del modelo de atención (CUIDEMOS) que **prioriza la atención integral** del Paciente . .

Esta gestión institucional ha logrado impulsar una **transformación cultural** significativa en el personal hospitalario, fortaleciendo su compromiso con el mejoramiento del servicio durante el ciclo de atención.

Este logro es particularmente notable dado el **contexto crítico** que atraviesa el sistema de seguridad social en salud del país, marcado por:

- **Alta Demanda en Urgencias:** Limitaciones en el acceso de los usuarios a servicios ambulatorios y de consulta externa, que desvían una **alta demanda** hacia los servicios de urgencias.
- **Limitaciones Operativas:** Dificultades en la resolutivez general de la atención.

A pesar de estas complejidades, el HUS ha demostrado su capacidad para **mantener la calidad y la satisfacción del usuario** en niveles elevados.

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 tercer trimestre **2025 en el HUS Bogotá** se realizaron un total de **1678 Rondas** (Saludo de Bienvenida) y **# 580 Visitas** (el Paciente ya lleva hospitalizado más de 3 días). Se socializó a **2908** Usuarios la Declaración 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 Zipaquirá).

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 PQRS, identificando necesidades, canales de interposición de peticiones, mecanismos de Participación social, se continúa realizando activi-

dades lúdicas a través de “Sam Divierte y Enseña”, la “Celebración de Cumpleaños de Pacientes Hospitalizados (#16), para entretenimiento, apoyo psicológico, 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 III TRIM 2025			
	Programado	Ejecutado	%
			Cumplimiento
HUS BOGOTA	42	42	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 III trimestre 2025 (META = 85%), las cuales se reportan a través del Comité de Humanización mensual y trimestralmente con el informe de gestión del Programa 2025 “ Humanizando Corazones “, de la red samaritana (HUS Bogotá, HRZ y UFZ) y por cada una de sus Líneas estratégicas .

ESTRATEGIA DE SAM DIVIERTE Y ENSEÑA: Se realizaron **145 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 continuó 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. Se cuenta con archivo digital.

Estrategia de la DAU del “**Pacto por el trato Amable**”. Se realizaron # **17 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, la No reincidencia y promoverlos como Líderes multiplicadores del trato amable a nuestros Pacientes, familiares, durante el proceso de atención.

Estrategias de humanización “SAM Abraza”: Desde la Dirección de Atención al Usuario durante esta vigencia realizó la estrategia de Sam Abraza donde se autorizó el ingreso de a un **total 30 menores de edad** a visitar al pacientes hospitalizados incluyendo a pacientes de UCI adulto.

Desde la Dirección de Atención al Usuario se continuó con la socialización del “**Manual de cortesía telefónica y personal**” a los Colaboradores del área asistencial y administrativa que **fueron un total de 111**, 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 PÚBLICA I CUATRIMESTRE 2025 (PETP): _Se dio cumplimiento al 100% de las actividades programadas para el III trimestre 2025 (total actividades III Trimestre=11) 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 tercer trimestre 2025 HUS Bogotá, Hospital Regional de Zipaquirá y Unidad Funcional de Zipaquirá, se encuentran publicados en la página Web en el siguiente link: <https://www.hus.org.co/informes-pqrs/>

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

ACTIVIDAD	Julio	Agosto	Sept	TOTAL
SOCIALIZACIÓN al usuario de de los diferentes temas (canales de PQRSDF, Medios de asignación de citas, SUIT, entre Otras.	1143	911	854	2908

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 PQRSDF (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 PQRSDF 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 PQRSD se incluyó un el capítulo 19. Barreras para el acceso de los diferentes canales de atención a la luz de las pqrds 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.

Durante el III trimestre 2025 se identificaron las necesidades y expectativas de la asociación de usuario del ESE Hospital Universitario de la Samaritana

Acta de reunión de asociación de usuarios Julio 2025 se realizó intervención del Dr. Jorge Andrés López y la Jefe Nubia Guerrero Preciado y o de la ESE quien escucha las necesidades y expectativas de la Asociación de Usuarios del HUS Bogotá quienes solicitaron, para este periodo específicamente n lo relacionado con dificultades en el acceso de canales de comunicación para agendar las citas édicas. Se formulo Plan de Mejora, el cual se ha venido ejecutando.:

Para **mejorar los medios de asignación de citas médicas**, el 9 de junio de 2025 se realizó una reunión con la Dirección de Atención al Usuario, la Subdirección de Consulta Externa y la central de citas.

En esta reunión se acordó **formular un plan de mejora** para definir e implementar mecanismos que faciliten el acceso de los usuarios a la programación de citas a través de la central de citas. Este compromiso quedó registrado bajo el ID 3391.

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 PQRSD 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% y no se presenta materización de riesgo.

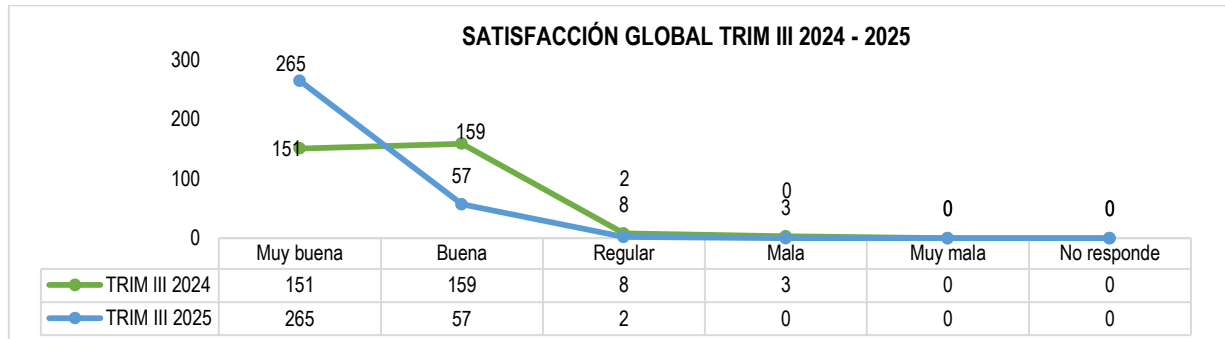
1.5.1 HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAKUIRA - ATENCION AL USUARIO

INDICADORES SEGÚN RESOLUCIÓN 0256 DE 2016: INDICADOR DE PPROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN GLOBAL

SIAU	TRIM III 2024	TRIM III 2025	VAR TRIM III 2025 - 2024
SATISFACCIÓN GLOBAL	98%	99%	1%
Muy buena	151	265	75%
Buena	159	57	-64%
Regular	8	2	-75%

Mala	3	0	-100%
Muy mala	0	0	0%
No responde	0	0	0%
TOTAL	321	324	1%

Tabla tomada del cuadro de producción SIAU



En el tercer trimestre de 2025, la satisfacción global fue del 99%, lo que representa una variación positiva del 1% respecto al mismo periodo del año anterior (98%).

Las calificaciones “Muy buena”, aumentaron de 151 a 265, lo que muestra una mejor percepción del servicio. Las respuestas “Buena”, disminuyeron de 159 a 57, al igual que las opciones Regular y Mala.

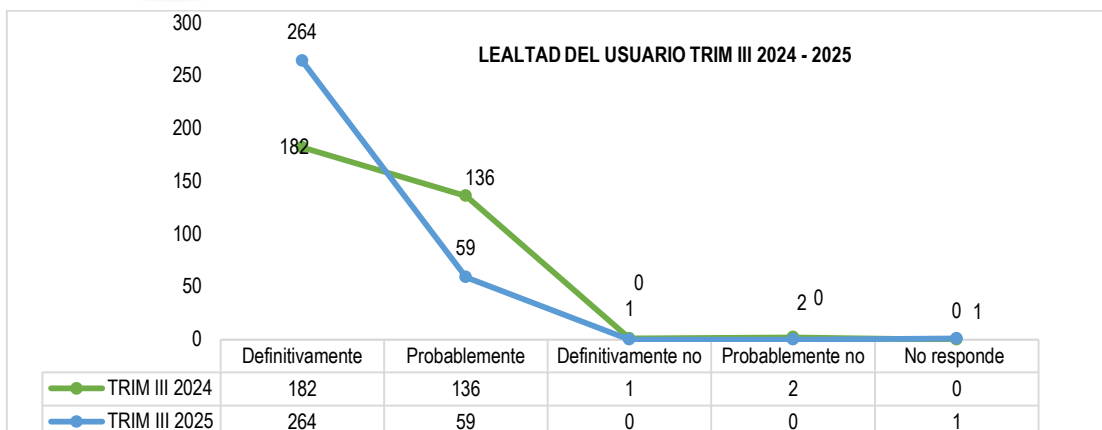
En total se aplicaron 324 encuestas, una cifra similar a la del año 2024, lo que indica una mayor satisfacción de los usuarios.

INDICADORES DE PERCEPCIÓN DEL USUARIO HRZ	JULIO 2025	AGOSTO 2025	SEPTIEMBRE 2025	TOTAL
LEALTAD DEL USUARIO	100%	100%	99%	100%
EXPERIENCIA GLOBAL	99%	99%	100%	99%
SATISFACCION GLOBAL	98%	99%	1%	-99%

INDICADOR LEALTAD DEL USUARIO

SIAU	TRIM III 2024	TRIM III 2025	VAR TRIM III 2025 - 2024
LEALTAD DEL USUARIO	99%	100%	1%
Definitivamente	182	264	45%
Probablemente	136	59	-57%
Definitivamente no	1	0	-100%
Probablemente no	2	0	0%
No responde	0	1	0%
Total	321	324	1%

Tabla tomada del cuadro de producción SIAU



En el tercer trimestre de 2025, la lealtad del usuario alcanzó el 100%, lo que representa un aumento del 1% respecto al mismo periodo de 2024 (99%).

Aumentaron las respuestas “Definitivamente” de 182 a 264, lo que muestra mayor confianza y preferencia por el hospital.

Las opciones “Probablemente” bajaron de 136 a 59, y ya no se registraron respuestas negativas. El total de encuestas recibidas fue de 324, manteniéndose prácticamente igual respecto al año anterior.

TABLA DE DATOS ACTIVIDADES ATENCIÓN AL USUARIO

TABLA DE DATOS ATENCIÓN AL USUARIO - HRZ III TRIM 2025				
SIAU	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
Socializaciones Deberes y Derechos	3609	1617	1463	6689
N° Rondas	318	295	287	900
N° Visitas	55	60	53	168
Celebración de cumpleaños	2	3	2	7
Seguimientos	5	4	4	13
Acompañamiento a pacientes con discapacidad	10	12	9	31

TABLA DE DATOS ATENCIÓN AL USUARIO - HRZ TRIM I y II 2024 - 2025			
SIAU	TRIM III 2024	TRIM III 2025	VAR TRIM III 2025 - 2024
Socializaciones Deberes y Derechos	5.867	6.689	14%
N° Rondas	920	900	-2%
N° Visitas	186	168	-10%
Celebración de cumpleaños	4	7	75%
Seguimientos	6	13	117%
Acompañamiento a pacientes con discapacidad	27	31	15%
TOTAL	7.010	7.808	11,38%

Tabla tomada del cuadro de producción SIAU

La tabla presenta los resultados de las actividades del servicio de Atención al Usuario del Hospital Regional de Zipaquirá durante el III trimestre de 2025, comparados con el mismo periodo del año 2024.

Durante este trimestre se evidenció un incremento general en las acciones desarrolladas, pasando de 7.010 actividades en 2024 a 7.808 en 2025, lo que representa un aumento del 11,38%.

La actividad con mayor volumen correspondió a las socializaciones de deberes y derechos, que alcanzaron 6.689 acciones, mostrando un crecimiento del 14% frente al año anterior, lo que refleja el compromiso del equipo con la orientación y educación al usuario.

En cuanto a las rondas de acompañamiento y verificación de condiciones de atención, se realizaron 900, con una leve disminución del 2%, aunque se mantiene la presencia constante del equipo en los diferentes servicios.

Respecto a las visitas a usuarios, se registraron 168, lo que representa una disminución del 10%, asociada posiblemente a la priorización de otras actividades de mayor demanda y/o a incapacidades del personal en este periodo.

Las celebraciones de cumpleaños aumentaron significativamente, pasando de 4 a 7, con una variación del 75%, fortaleciendo las acciones de humanización y bienestar emocional de los pacientes hospitalizados.

Los seguimientos a casos específicos pasaron de 6 a 13, con un incremento del 117%, lo que evidencia una mayor atención y acompañamiento a los casos particulares de algunos usuarios.

Los acompañamientos a pacientes con discapacidad se incrementaron de 27 a 31, es decir, un 15% más que en el mismo periodo de 2024, demostrando mayor sensibilidad hacia esta población.

Los resultados muestran que el servicio ha fortalecido sus acciones de atención humanizada, con mayor cercanía al usuario y mejora en sus procesos.

TOTAL DE PQRSDF RADICADAS EN EL III TRIMESTRE 2025- HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA

PQRSDF III TRIMESTRE 2025				
CLASIFICACIÓN	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
Quejas	18	24	25	67
Reclamos	35	36	42	113
Felicitaciones	15	21	16	52
Solicitud Inf.	0	2	0	2
Sugerencias	3	2	1	6

Derecho de Petición	0	6	4	10
Petición	11	6	7	24
Denuncias	0	0	0	0
TOTAL	82	97	95	274

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

Para el III trimestre del Año 2025 se recepcionaron, clasificaron y tramitaron 274 manifestaciones distribuidas de la siguiente manera: Quejas que corresponde al 24%, reclamos al 41%, felicitaciones al 19%, Sugerencias al 2%, derechos de petición 4%, Petición de consulta al 4%, petición de documentos al 2%, peticiones al 3%, denuncias al 0% de los radicados.

COMPARATIVO DE PQRSDF I y II TRIMESTRE 2024- 2025.

Para el III Trimestre del año 2025 se tramitaron y gestionaron 274 manifestaciones, obteniendo un aumento del 221% a comparación del III Trimestre del año 2024 donde se recepcionaron 174 PQRSDF; para el presente año y trimestre se evidencia un aumento significativo de la siguiente manera: Quejas con una variación del 31%, reclamos 77% felicitaciones 100%, sol. Información 100%, sugerencias -14%, Derecho de petición 0%,Peticiones -73% y denuncias 0%

SIAU	TRIM III 2024	TRIM III 2025	VAR TRIM III 2024 - TRIM III 2023
ÍNDICE COMBINADO DE SATISFACCIÓN (ICS)	1,3	1,5	0,8
CLASIFICACION PQRSFD			
Reclamos	64	114	78%
Felicitaciones	26	52	100%
Quejas	51	67	31%
Solicitudes información	0	2	100%
Sugerencias	7	6	-14%
Denuncias	0	0	0%
Derechos de petición	0	11	0%
Peticiones	26	24	-58%
Documentos	0	6	0%
TOTAL	174	274	55%

Al realizar el comparativo de las manifestaciones recibidas en el III trimestre de los años 2024 y 2025, se observa un incremento en el número de manifestaciones, pasando de 174 en 2024 a 269 en 2025, es decir 95 manifestaciones más lo que equivale a un (55%).

Los reclamos aumentaron de 64 a 114, reflejando un mayor uso de los canales para expresar inconformidades.

Las felicitaciones subieron de 26 a 52, lo que muestra mayor reconocimiento al buen servicio.

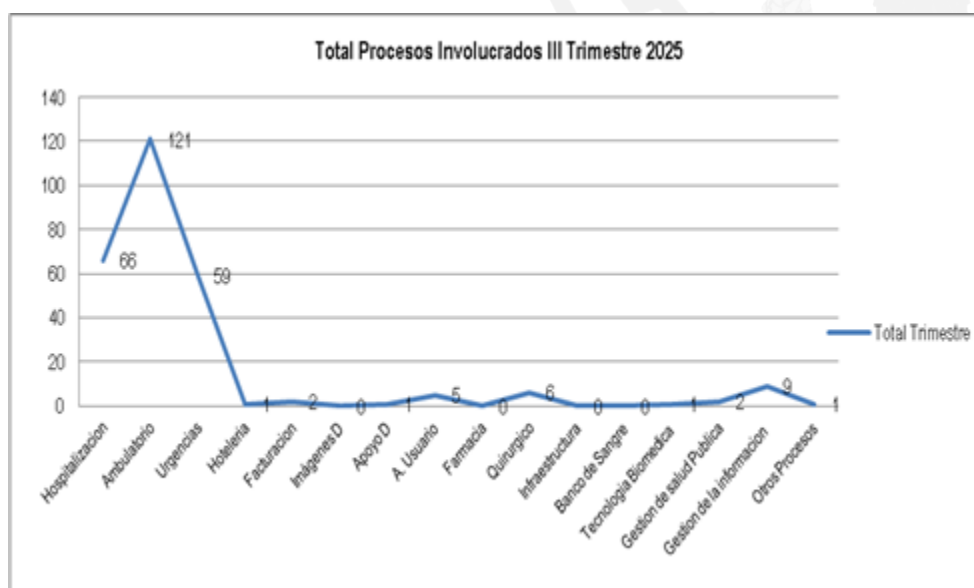
Las quejas pasaron de 51 a 67, mientras que las peticiones disminuyeron de 26 a 11.

Procesos involucrados III Trimestre 2025

Para el III trimestre del año 2025 se puede identificar que **los servicios con mayor número de peticiones fueron: Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias**, debido a esto la institución continúa ejecutando el PUMP con el fin de dar solución a las novedades presentadas. Sin embargo, somos conscientes que a pesar de las estrategias se siguen presentando QR, dado que la población no es cautiva sino flotante, por lo que se deben plantear diferentes estrategias para enfrentar dicha dificultad, teniendo en cuenta que es inevitable no contar con quejas ni reclamos.

PROCESOS INVOLUCRADO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
Hospitalización	21	21	24	66
Ambulatorio	40	37	44	121
Urgencias	15	25	19	59
Hotelería	0	1	0	1
Facturación	0	0	2	2
Imágenes D	0	0	0	0
Apoyo D	1	0	0	1
A. Usuario	0	3	2	5
Farmacia	0	0	0	0
Quirúrgico	1	2	3	6
Infraestructura	0	0	0	0
Banco de Sangre	0	0	0	0
Tecnología Biomédica	0	0	1	1
Gestión de salud Publica	0	2	0	2
Gestión de la información	3	6	0	9
Otros Procesos	1	0	0	1
TOTAL	82	97	95	274

Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera año 2025 Proceso Atención al Usuario Familia y comunidad



Comparativo canales de Ingreso III Trimestre 2024-2025

Teniendo en cuenta la comparación y el incremento de manifestaciones para el año 2025 se evidencia que el canal más utilizado por los usuarios es el buzón de sugerencias con un total de 108 para el III trimestre del año 2025, seguidamente la página web con 106 manifestaciones presentadas.

CANAL DE INGRESO PQRS D III TRIM 2024-2025					
AÑO/CANAL	Buzón	Personal	Telefónica	Página WEB	Correo Electrónico
2024	89	27	0	56	7
2025	108gg	25	0	106	36
VARIACION	21%	-7%	0%	89%	414%

Fuente: Base de datos Matriz PQRS D Almera año 2025 Proceso Atención al Usuario y su Familia

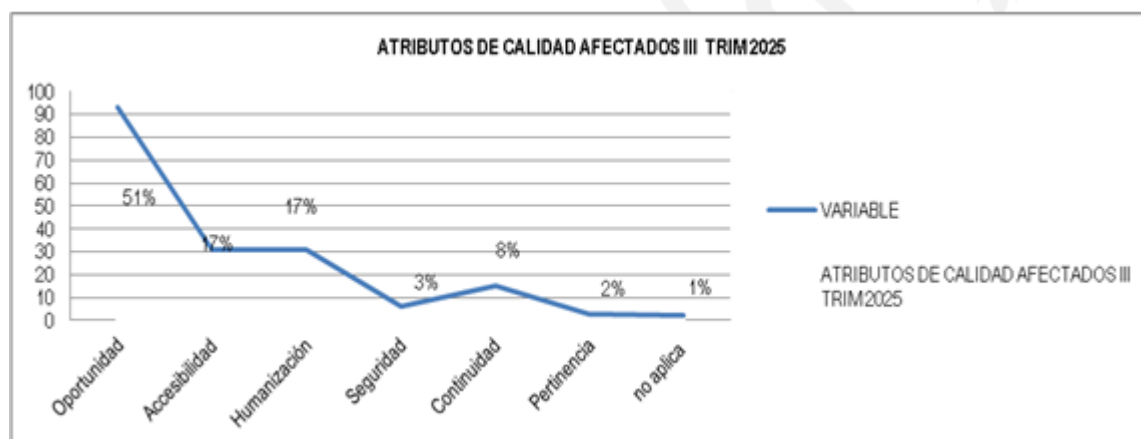
Atributos afectados III Trimestre 2025

Para el III trimestre del año 2025 se evidencia el atributo más vulnerado es Oportunidad con un total de 93 lo que equivale 51% del total de los atributos, seguidamente se encuentra accesibilidad lo que equivale al 17% al igual que el atributo de humanización con 31 lo que equivale al 17% , continuidad con 15 peticiones.

presentadas lo que refleja el 8%, seguridad con 6 lo que refleja 3% , pertinencia con 3 reflejando el 2% y para finalizar no aplica con 2 lo que refleja el 1% para un total de 181 de manifestaciones para un total del 100% .

ATRIBUTOS DE CALIDAD AFECTADOS III TRIM 2025		VARIABLE
Oportunidad	93	51%
Accesibilidad	31	17%
Humanización	31	17%
Seguridad	6	3%
Continuidad	15	8%
Pertinencia	3	2%
no aplica	2	1%
TOTAL	181	100%

Fuente: Base de datos Matriz PQRS D Almera año 2025 Proceso Atención al Usuario y su Familia

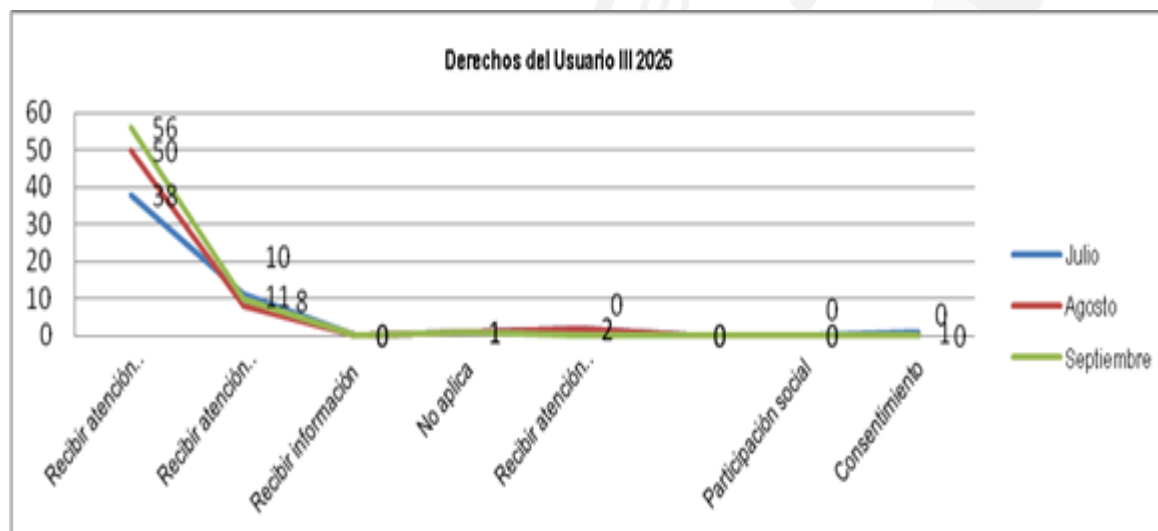


Clasificación de Q Y R gestionadas según derechos del usuario 2025

Para el III Trimestre se evidenció que el atributo con mas QR fue “recibir atención oportuna segura y continua” con un total de 144, seguidamente recibir atención humanizada para un total de 29, para ello se sigue fortaleciendo el derecho por medio del programa de humanización llamado “Pacto por el trato Amable”.

COMPARATIVO DERECHO DEL USUARIO III TRIM 2025	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
Recibir atención oportuna	38	50	56	144
Recibir atención humanizada	11	8	10	29
Recibir información	0	0	0	0
No aplica	1	1	1	3
Recibir atención preferencial	2	2	0	4
Preguntar y expresar inquietudes	0	0	0	0
Participación social	0	0	0	0
Consentimiento	1	0	0	1
TOTAL	53	61	67	181

Fuente: Base de datos Matriz PQRS Almera año 2025 Proceso Atención al Usuario y su Familia



- Porcentaje de PQRSDF con respuesta en terminos de ley III trimestre 2025**

Con respecto al porcentaje de QR respondidas dentro del término de ley, durante el tercer trimestre de 2025 el Hospital Regional de Zipaquirá alcanzó un 100% de cumplimiento en la entrega de respuestas a los usuarios, conforme a los plazos establecidos.

Del total de PQRSDF 274 radicados, la clasificación fue la siguiente: 67 quejas (24%) y 113 reclamos (41%), todas con respuesta al peticionario dentro de los primeros 15 días hábiles, según lo dispuesto por la normativa vigente.

Adicionalmente, las peticiones presentadas fueron atendidas en su totalidad dentro de los 10 días hábiles establecidos por la ley.

En conclusión, durante el tercer trimestre de 2025, se dio respuesta al 100% de las PQRSD, cumpliendo con lo dispuesto en los artículos 14 y 30 de la Ley 1755 de 2015.

PQRSD III TRIMESTRE 2025							
CLASIFICACIÓN	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	%	Total, de peticiones con respuesta al usuario dentro de Los términos de ley PQRSD	% de peticiones con respuesta en Términos de ley
Quejas	18	24	25	67	24%	67	100%
Reclamos	35	36	42	113	41%	113	100%
Felicitaciones	15	21	16	52	19%	52	100%
Solicitud Inf.	0	2	0	2	1%	2	100%
Sugerencias	3	2	1	6	2%	6	100%
Derecho de Petición	0	6	4	10	4%	10	100%
Petición	11	6	7	24	8.6%	24	100%
Denuncias	0	0	0	0	0%	0	0%
Total	82	97	95	274	100%	274	100%

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

Comparativo de Causas de quejas y reclamos gestinados en el III trimestre 2024 y 2025

Se analiza el cuadro comparativo del III trimestre del año 2025 en el que se evidencia demora y/o presuntas falla en el proceso de atención el servicio de urgencias para un total de 28 equivalente al 24%, seguidamente se encuentra falta de calidez y trato amable por parte del personal asistencias y/o administrativo con 27 equivalente al 23%, adicional en tercer lugar dificultad para acceder a los diferentes canales de comunicación institucional con el 23 equivalente al 20%, en cuarto lugar se encuentran las posibles fallas en la atención medica con 21 lo que refleja el 18% y finalmente no asignación o demora en la asignación de citas médicas y/o procedimientos en el consultorio para este se evidencia 16 lo que refleja el 14%, generando de esta manera una totalidad de 115 para un porcentaje de 100.

CAUSAS DE QUEJAS Y RECLAMOS III TRIMESTRE 2024	TOTAL	%	CAUSAS DE QUEJAS Y RECLAMOS III TRIMESTRE 2025	TOTAL	%
Demora o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias.	16	20%	Demora y/o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias (Triage, consulta, apertura de H.C)	28	24%
Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de Enfermería	23	29%	Falta de calidez y Trato Amable por parte del personal asistencial y/o administrativo del HUS	27	23%
Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de médico.	18	23%	Dificultad para acceder a los diferentes canales de comunicación institucional (telefónico, vía WhatsApp, correo electrónico, presencial...) para programar consulta o procedimiento en consulta externa, con las diferentes especialidades médicas	23	20%
Dificultad en la comunicación telefónica para asignar citas	12	15%	Posibles Fallas en la atención médica	21	18%
Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo	10	13%	No asignación o demora en la asignación de citas médicas y/o procedimientos en consultorio por No disponibilidad en agenda u Otra Causa	16	14%

1. PLAN OPERATIVO ANUAL (POA) II TRIMESTRE 2025 PQRS

ID	Causa	Cumplimiento
3409	Dificultad en la comunicación telefónica para la asignación de las citas. Dificultad para acceder a los diferentes canales de comunicación institucional (telefónico, vía whatsapp, correo electrónico, presencial...	Avance: 20%
3280	Demora y/o presuntas fallas en el servicio de urgencias	Avance: 71%
3416	Falta de calidez y trato amable	Avance: 75%
3417	Demora en el proceso de facturación	Avance: 75%

Ejecutar el plan de mejora > 90% de las 5 primeras causas de PQRS en el HUS :

INFORME DE GESTIÓN ÁREA DE TRABAJO SOCIAL III TRIMESTRE DE 2025

Este informe presenta una comparación de las actividades realizadas por el equipo de Trabajo Social del Hospital Regional Zipaquirá durante el tercer trimestre de 2025, en relación con el mismo periodo de 2024. En este informe se ha realizado una descripción detallada, tanto cuantitativo como cualitativo, abarcando los trámites administrativos, las acciones sociales y la intervención con población de enfoque diferencial.

1. GESTIÓN SOCIAL

INTERVENCIÓN	TRIM III 2024	TRIM III 2025	VAR TRIM III 2025 - TRIM III 2024
GESTIÓN HABITANTES DE CALLE	2	11	450%
GESTIÓN (VIOLENCIA INTRAFAMILIAR)	29	26	-10%
GESTIÓN VÍCTIMAS VIOLENCIA SEXUAL	16	23	44%
REUBICACIONES A ICBF	30	20	-33%
COMISARÍA DE FAMILIA	33	23	-30%
UBICACIÓN FAMILIAR	1274	1735	36%
GESTIÓN POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	20	31	55%
GESTIÓN POBLACIÓN LGBTI	1	3	200%
GESTIÓN POBLACIÓN EXTRANJERA	102	121	19%
GESTIÓN POBLACIÓN AFRO, INDIGENA	11	2	-82%
GESTIÓN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO O CONFLICTO ARMADO	1	6	100%
TOTAL	1519	2001	32%

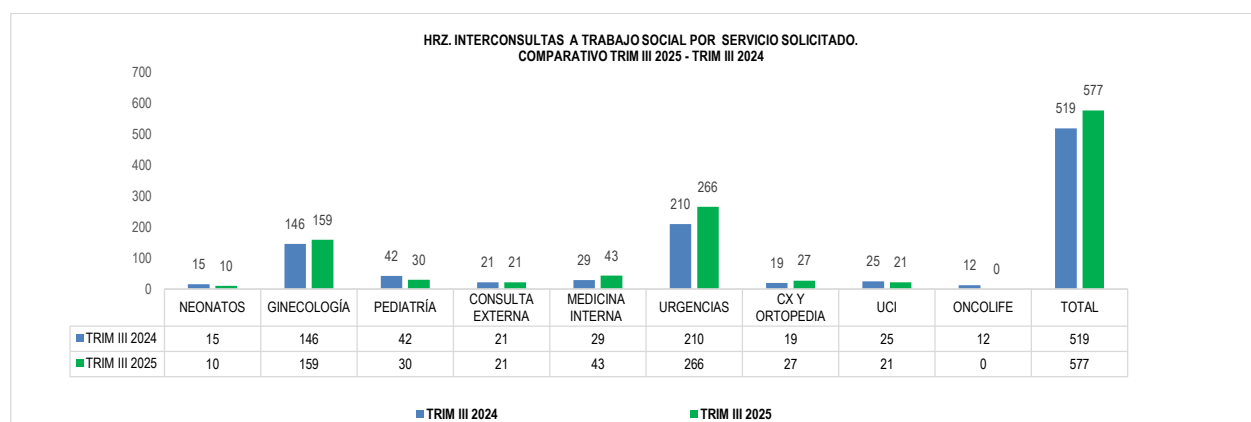
Fuente: Estadística Dinámica Gerencial

En cuanto a la Gestión Social, durante el tercer trimestre del año 2025, el servicio de Trabajo Social llevó a cabo un total de 2001 intervenciones, en comparación con las 1.519 intervenciones realizadas en el mismo periodo del año anterior. Esto representa un aumento del 32%.

El aumento se debe principalmente a un incremento en las intervenciones con población en situación

de discapacidad, que pasó de 20 a 31 casos; gestión a pacientes habitantes de calle que pasó de 2 a 11 casos, en pacientes código blanco, que subió de 16 a 23 casos; y en la identificación de pacientes afro e indígenas, que aumentó de 4 a 11 casos. Además, la contratación de una nueva profesional de trabajo social fue otro factor que contribuyó al crecimiento positivo en la gestión social del Hospital Regional.

INTERCONSULTAS SERVICIO SOLICITADO:

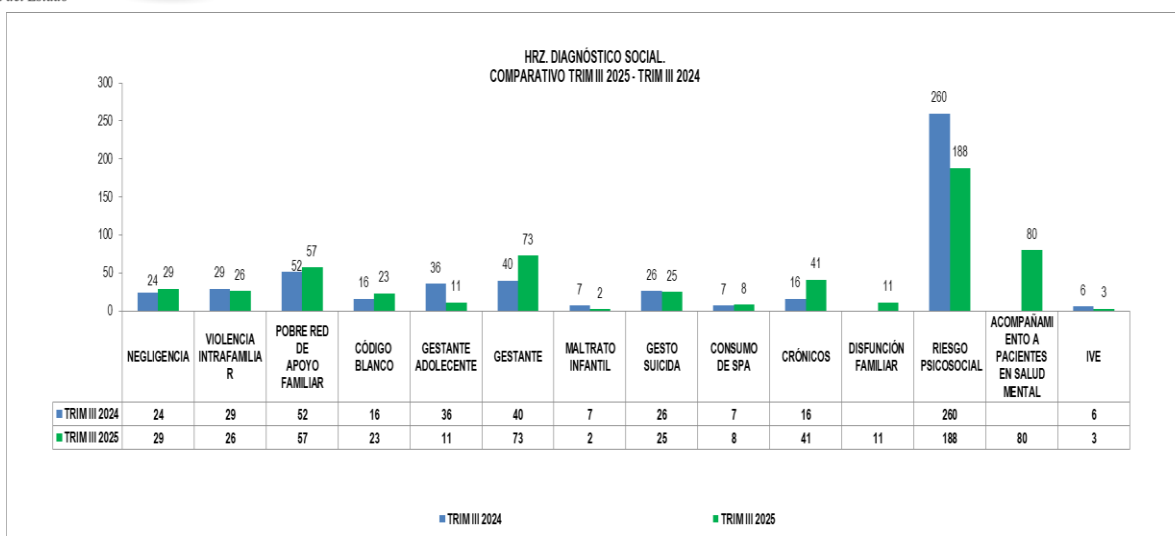


Fuente: Estadística tomada del Informe de Trabajo Social III Trimestre de 2025

En cuanto a las interconsultas solicitadas durante el tercer trimestre de 2025 se registraron un total de 577 casos, en comparación con los 519 casos reportados en el mismo período del año anterior, lo que representa un aumento del 11%.

Este incremento se reflejó en diversas áreas de interconsulta a Trabajo Social. En Medicina Interna aumentaron de 29 a 43 casos; en Urgencias de 210 a 266 casos; y en el servicio de Ginecología de 146 a 159 casos en el Servicio de Oncolife ya cuentan con Trabajadora social por lo que actualmente no se reciben Interconsultas para Trabajo social, se observa un aumento y una mayor demanda de interconsultas en áreas clave, destacando la creciente importancia de la intervención social.

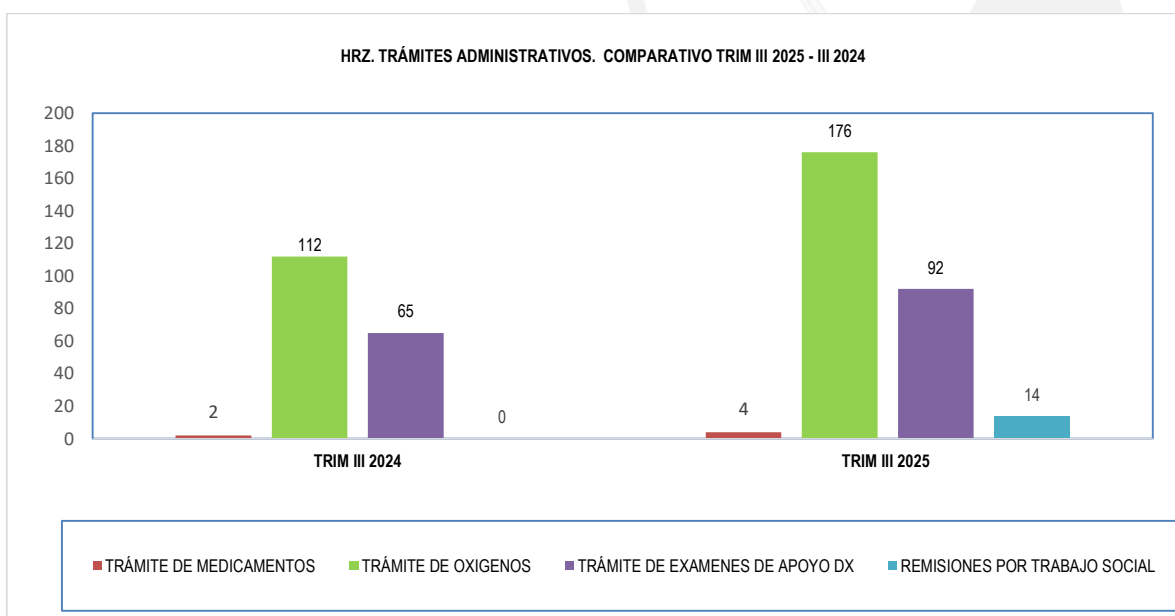
INTERCONSULTAS DIAGNÓSTICO SOCIAL



Fuente: Estadística tomada del Informe de Trabajo Social III Trimestre de 2024

En el tercer trimestre de 2025, las interconsultas de Diagnóstico Social mostraron un incremento significativo. Los casos de gestantes aumentaron de 40 a 73, mientras que los de gestantes adolescentes bajaron de 36 a 11 casos en este periodo. Asimismo, los casos de código blanco (violencia sexual) crecieron de 16 a 23, y las interconsultas a pacientes crónicos aumentaron de 16 a 41 casos. En general, estos incrementos reflejan una mayor atención a las poblaciones vulnerables, lo que puede indicar tanto una mejora en la identificación de problemas, sino también un aumento en las necesidades sociales y de salud de la comunidad.

OTRAS ACTIVIDADES



Fuente: Estadística tomada del Informe de Trabajo Social III Trimestre de 2025

ACTIVIDAD	TRIM III 2024	TRIM III 2025	VAR TRIM III 2025 - TRIM III 2024
TRÁMITE DE MEDICAMENTOS	2	4	100%
TRÁMITE DE OXÍGENOS	112	176	57%
TRÁMITE DE EXÁMENES DE APOYO DX	65	92	42%
REMISIONES POR TRABAJO SOCIAL	0	14	100%
TOTAL	179	286	60%

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

Durante el tercer trimestre de 2025 se realizaron 286 trámites administrativos, lo que representa un incremento del 60% en comparación con los 179 trámites efectuados en el mismo periodo de 2024.

Se destaca el aumento en el trámite de exámenes de apoyo diagnóstico, con un crecimiento del 42%, debido principalmente a un mayor número de autorizaciones del Plan Canguro por parte de Nueva EPS y Famisanar, necesarias para el egreso de los recién nacidos del Hospital Regional.

El trámite de oxígenos presentó un aumento del 57%, asociado al incremento de patologías respiratorias en el servicio de medicina interna, lo que evidencia una mayor necesidad de soporte terapéutico para los pacientes hospitalizados.

Por su parte, las remisiones por Trabajo Social registraron un aumento del 100%, principalmente relacionadas con remisiones para programas de Hospitalización Domiciliaria (PHD), fortaleciendo la continuidad del cuidado y el seguimiento de los pacientes en el entorno familiar o para terminar manejo antibiótico.

2. INDICADOR 1: ESTUDIOS SOCIALES REALIZADOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS

INDICADOR	TRIM III 2024	TRIM III 2025	VAR TRIM III 2025 - TRIM III 2024
# de Estudios sociales realizados	972	1193	23%
# Total de Egresos Hospitalarios	2793	1964	-30%
%	35%	61%	26%

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial

Durante el tercer trimestre de 2025, se realizaron 1.193 estudios sociales, equivalentes al 61% de los egresos hospitalarios, lo que representa un aumento del 26% frente al mismo periodo de 2024.

Este incremento refleja una mayor presencia del equipo de Trabajo Social en los servicios hospitalarios y un fortalecimiento del seguimiento a los pacientes. Además, el equipo desarrolla otras gestiones administrativas y de apoyo, como afiliaciones, autorizaciones del Plan Canguro, oxígeno domiciliario, interconsultas y articulación con entidades externas, junto con acciones de humanización, manejo del duelo y atención a población vulnerable

INDICADOR 2: REUBICACIÓN FAMILIAR, SOCIAL INSTITUCIONAL DE PACIENTES

INDICADOR	TRIM III 2024	TRIM III 2025	VAR TRIM III 2024 - TRIM III 2023
# Total de pacientes reubicados a nivel familiar	1	2	100%
# Total de paciente que requieren reubicación social	1	2	100%
# Total de pacientes reubicados a nivel familiar, social e institucional / # Total de pacientes que requieren reubicación social, familiar e institucional *100	100%	100%	100%

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial

Durante el tercer trimestre de 2025, el Indicador de Reubicación Social fue dos (2). Se gestionó la reubicación de dos pacientes en Hogar Geriátrico de Canitas saludables en el Municipio de Zipaquirá.

Es de aclarar que el municipio de Zipaquirá carece de albergues u hogares de paso para alojar a familiares o pacientes. Esta falta de recursos específicos representa un desafío para ofrecer una alternativa de ubicación a quienes lo necesiten.

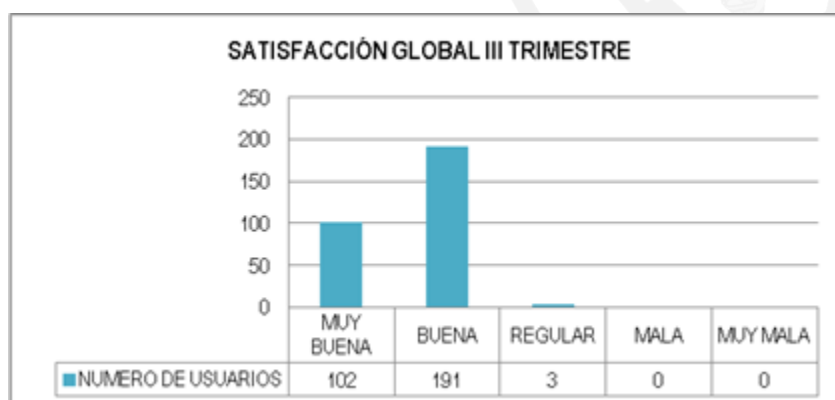
1.5.2 UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA - INFORME DE PQRSDF ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA

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 III 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 3 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”.

Teniendo en cuenta la anterior información, de las 3 encuestas con insatisfacción una de ellas es de del servicio de Ginecología y Obstetricia ya que refiere que faltó humanización en el trabajo de parto de su hijo que había fallecido durante la gestación, esa encuesta se encuentra en el Aplicativo ALMERA con número de identificación: **97548**.

Las dos encuestas restantes con insatisfacción corresponden al servicio de Imagenología, sin embargo estas hacen referencia a la demora extensa en los tiempos de los procesos de facturación, las encuestas se encuentran en el Aplicativo ALMERA con número de identificación: **101629** y **101779**.

Finalmente desde la Unidad Funcional de Zipaquirá, el Centro de Salud de Cogua y el Puesto de Salud de San Cayetano se ha trabajado arduamente para mejorar la calidad en la prestación de los servicios, realizando actividades de sensibilización al cliente interno para mejorar la experiencia del usuario, por tal razón en el tercer trimestre del 2025 la percepción de los usuarios fue positiva, demostrando el compromiso por parte de los colaboradores y de la adherencia a los procesos de calidad y una atención enfocada en la humanización.



Tabulación encuestas de satisfacción III Trimestre 2025

Se puede identificar que de acuerdo a la gráfica anterior la mayoría de los usuarios si recomiendan la IPS, dado que solo una persona de las encuestadas hace referencia negativa en cuanto a las dos (2) variables negativas

“Definitivamente No y Probablemente No”. Para el tercer 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.

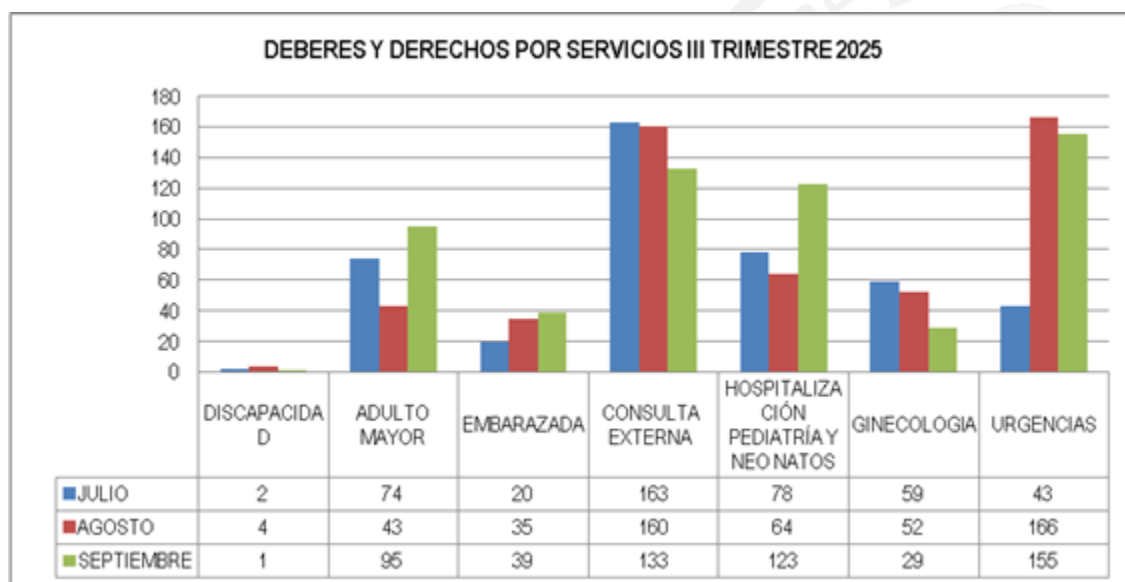
Componente: Mecanismos para mejorar la atención al usuario

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 III Trimestre 2025 se realizaron un total de 1225 socializaciones frente a los mecanismos de interposición de PQRSD, solicitud de citas, tramites del SUIT.

JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
343	442	440	1225

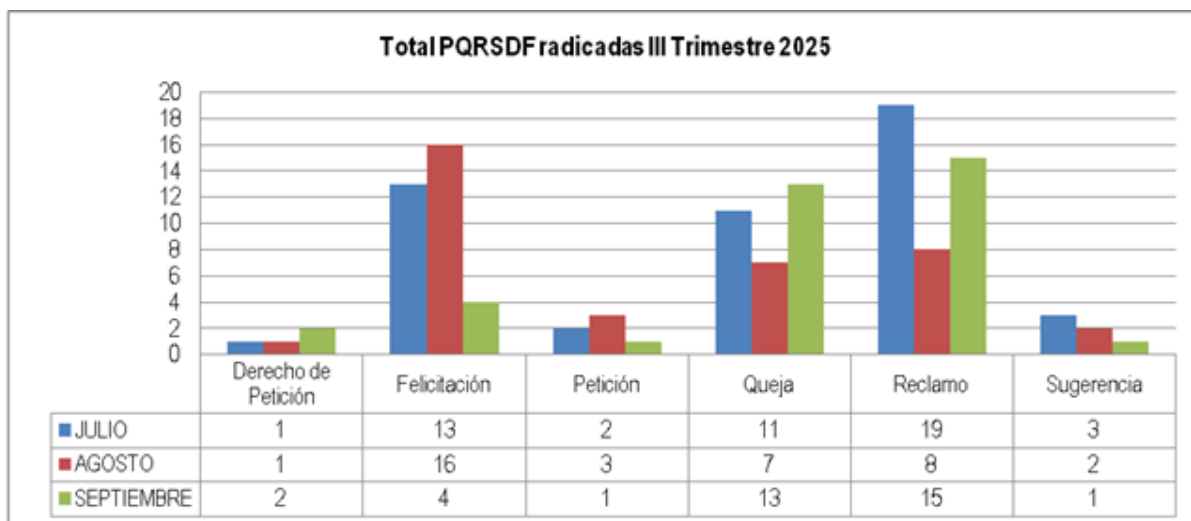


El servicio donde más se realizaron socializaciones durante el tercer trimestre del 2025 fue en las salas de bienvenida de consulta externa, seguido de socializaciones en la sala de bienvenida en el servicio de urgencias y hospitalización pediatría.

TOTAL DE PETICIONES RADICADAS DURANTE III TRIMESTRE AÑO 2025

PQRSD TERCER TRIMESTRE AÑO 2025				
CLASIFICACIÓN	JUL	AGO	SEP	Total
Quejas	11	7	13	31
Reclamos	19	8	15	42
Felicitaciones	13	16	4	33
Sugerencias	3	2	1	6
Derechos de petición	1	1	2	4
Peticiones	2	3	1	6
TOTAL	49	37	36	122

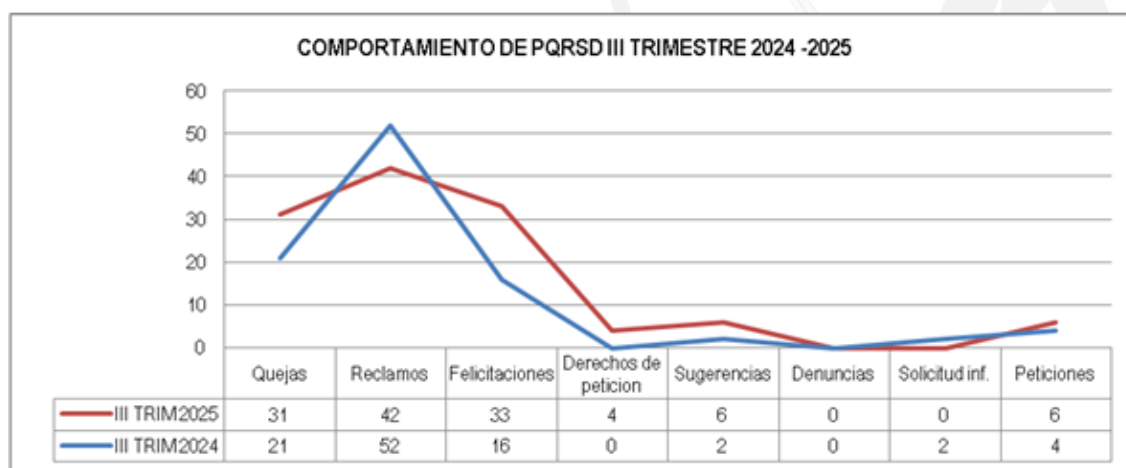
Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera año 2025 Procesos Atención al Usuario y su Familia



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

Durante el III trimestre del año 2025 se recepcionó, clasificó y tramitó 122 PQRSDf de las cuales el 34% corresponde a reclamos con 42 registros, el 27% corresponde a felicitaciones con 33 registros, el 25% corresponde a quejas con 31 registros, el 5% corresponde a sugerencias con 6 registros, 5 % corresponde a peticiones con 6 registros y se presentaron 4 derechos de petición que corresponden al 3%. 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 III TRIMESTRE 2024 -2025



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

Realizando un comparativo del tercer trimestre 2024-2025, se puede evidenciar que el tercer trimestre del 2025 hubo un aumento en comparación con el trimestre del 2024, evidenciando que el aumento significativo se radica en las felicitaciones en el trimestre del 2025, adicionalmente se presentaron mayor cantidad de quejas, derechos de petición y peticiones 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 PROCESO TERCER TRIMESTRE 2025

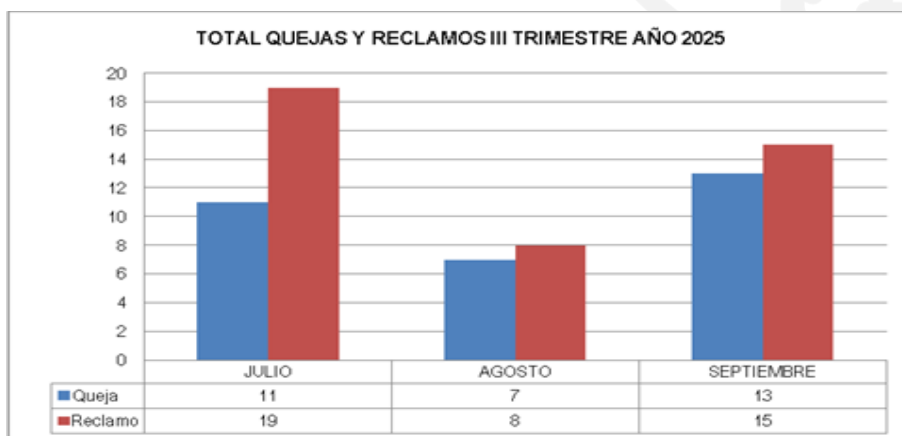
PROCESO INVOLUCRADO	JUL	AGO	SEP	Total
Gestión de Urgencias.	15	5	12	32
Gestión de Servicios Hospitalarios.	2	5	3	10
Gestión Ambulatoria	6	1	3	10
Gestión de Servicios Complementarios.	3	2	5	10
Gestión Financiera.		1	2	3
Gestión de Salud Publica	3			3
Atención al usuario, familia y comunidad			1	1
Gestión de Apoyo Diagnostico.	1			1
Gestión Integrada de la calidad.		1		1
Gestión de Hotelería Hospitalaria.			1	1
Gestión de la Información.			1	1
Total	30	15	28	73

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 tercer trimestre del año 2025 el servicio con mayor índice de radicaciones fue Gestión de servicios de urgencias con un total de 32 QR que representa el 44% respecto al total de las QR radicadas y el mayor impacto es referente al personal médico, Jefes de enfermería y auxiliares y personal de facturación del servicio.

Seguido al proceso Gestión de servicio de urgencias, se ubica el proceso de Gestión de servicios Hospitalarios con 10 QR lo que representa el 14% respecto al total de las QR radicadas y Gestión de servicios ambulatorio con un total de 10 QR lo cual representa el 14% respecto al total de las QR radicadas.

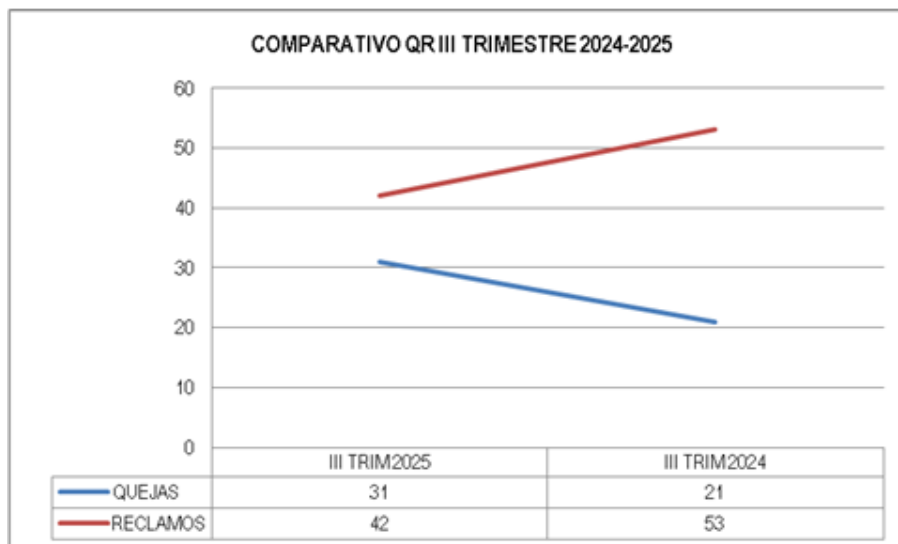
TOTAL QUEJAS Y RECLAMOS III TRIMESTRE AÑO 2025



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

Se evidencia un total de 73 Quejas y Reclamos durante el tercer trimestre de 2025, con una disminución de QR en el mes de agosto reflejados en la normalidad de los procesos de facturación, para este trimestre se tuvo 31 quejas y 42 reclamos.

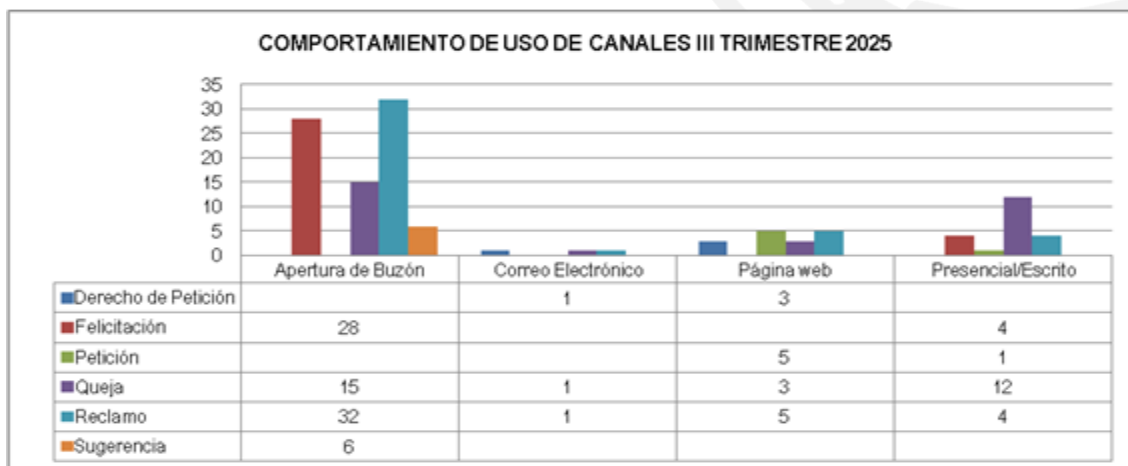
COMPARATIVO QR III TRIMESTRE 2024-2025



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 tercer trimestre del 2024 y 2025, se identifica una disminución de las manifestaciones tipo reclamos interpuestas por los usuarios, y un aumento en las quejas, sin embargo de esta manera se ha podido identificar los colaboradores involucrados y tomar acciones según correspondía el caso.

COMPORTAMIENTO DE USO DE CANALES III TRIMESTRE 2025

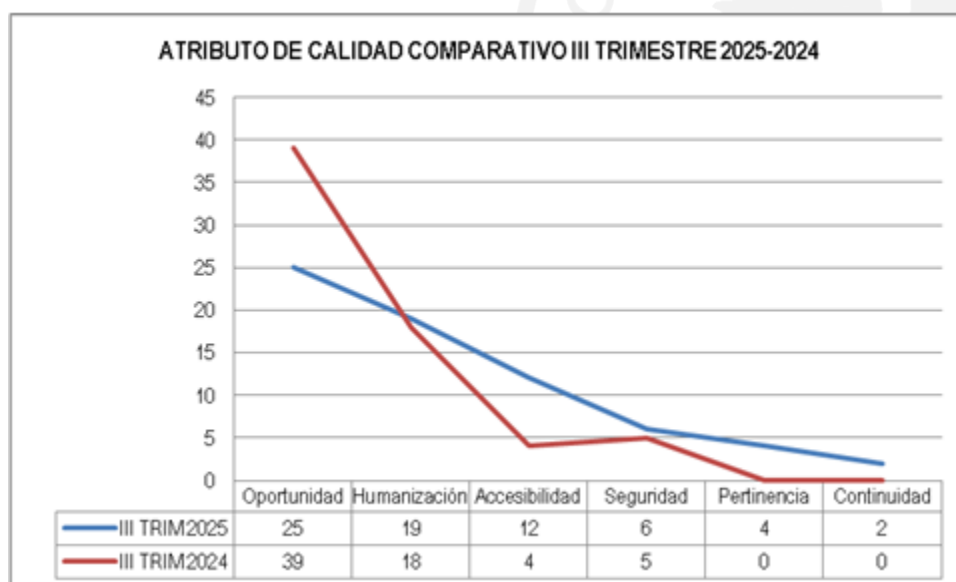


Fuente: Base de datos Matriz PQRSD Almera año 2025 Procesos Atención al Usuario y su Familia

Según la información anterior se evidencia que el canal más utilizado por los usuarios para interponer las PQRSDF en el III trimestre del año 2025 fueron los buzones con un total de 81 registros; teniendo en cuenta que la UFZ cuenta con 10 buzones de sugerencias en las diferentes áreas del UFZ, un buzón en Centro de Salud de Cogua y un buzón en el Puesto de Salud de San Cayetano, también se pueden interponer manifestaciones de manera el personal de atención al usuario se interpusieron 21 registros ,16 registros por página web y por medio del Correo electrónico hubo 3 registros.

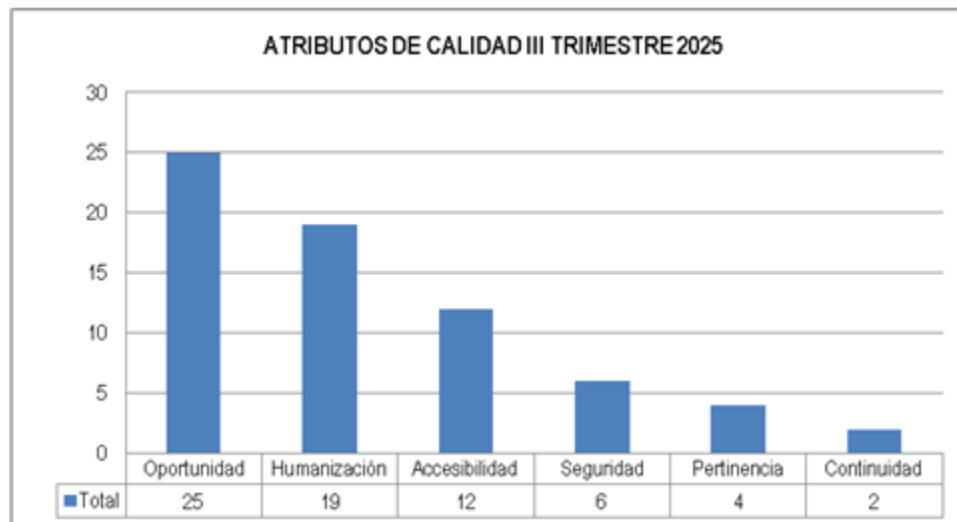
Se continúa socializando y promocionando a nuestros usuarios el uso de los diferentes canales de interposición de sus manifestaciones, lo cual se realiza principalmente por las informadoras de la oficina de atención al usuario a través de charlas en las salas de bienvenida de UFZ, publicaciones en los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

ATRIBUTO DE CALIDAD COMPARATIVO III TRIMESTRE 2025-2024



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

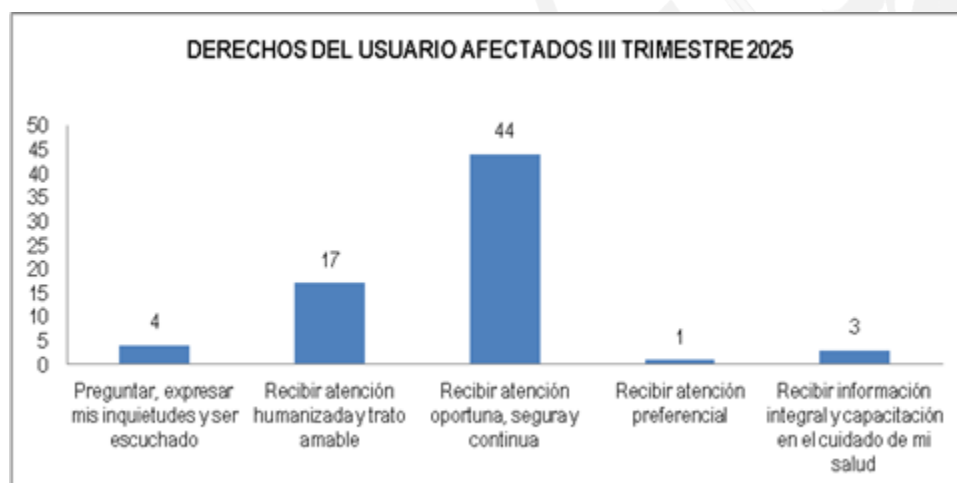
AFECTACION ATRIBUTOS DE CALIDAD III TRIMESTRE 2025



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

Los atributos de calidad más afectados durante el tercer trimestre del año 2025 fueron oportunidad con un total de 25 registros que corresponde al 37%, seguido del atributo de humanización con un total de 19 registros, que corresponde al 28%, el atributo de accesibilidad tuvo 12 registros que corresponde al 18%, el atributo de Seguridad con 6 registros que corresponde al 9%, Pertinencia con 4 registros que corresponde al 6% y finalmente Continuidad con 2 registros que corresponde al 3%.

CLASIFICACIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS GESTIONADOS, SEGÚN DERECHOS DEL USUARIO AFECTADOS III TRIMESTRE 2025



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

Teniendo en cuenta las quejas y reclamos que se radicaron en el III trimestre del año 2025, se evidencia que el 64% de los registros están asociados a la posible vulneración del derecho del usuario a “Recibir una atención oportuna, segura y continua” con 44 registros y el 25% corresponde a “recibir atención humanizada” donde se encuentran 17 registros, por lo cual se realizó el pacto por el trato amable a 30 colaboradores que

pertenecen al servicio de medicina de urgencias y al área de facturación, en donde adicionalmente se socializo la política y el programa de humanización con el objetivo de fortalecer la cultura y el cambio de actitudes al momento de la atención o prestación del servicio hacia los usuarios y sus familias.

CAUSAS DE QUEJAS Y RECLAMOS GESTIONADOS EN EL III TRIMESTRE AÑO 2025

CAUSAS	JUL	AGO	SEP	TOTAL
M Demora y /o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias (Triage, consulta, apertura de HC....)	7	4	3	14
AB Inconformidad en la calidad de atención que brinda el personal de enfermería: Profesional, Auxiliar de enfermería y/o Camillero.	5	2	4	11
AE Falta de calidez y Trato Amable por parte del personal asistencial y/o administrativo del HUS.	3	2	3	8
AA Inconformidad en la calidad de la atención que ofrece el personal administrativo: Vigilantes, facturadores, secretarios, otros		3	4	7
AC Posibles Fallas en la atención medica	1	2	3	6
Otras causas internas	2	1	2	5
C No asignación o demora en la asignación de citas médicas y/o procedimientos en consultorio por No disponibilidad en agenda u Otra Causa.	2	0	3	5
B Demora en el proceso de facturación (lab clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias u otro servicio)	1	0	1	2
P Falta o posibles fallas de información y orientación al usuario durante el proceso de atención en el HUS	1	0	1	2
X Inconformidad en el servicio de hotelería hospitalaria: dotación de habitaciones, aseo deficiente en áreas del HUS, entrega de alimentos a los pacientes en los servicios de hospitalización y Urgencias.	1	0	1	2
AI Posibles fallas en la calidad de atención que brinda: nutricionistas, fisioterapeutas, trabajadoras sociales, Auxiliares de Laboratorio Clínico, Profesional o Auxiliar del Banco de sangre, Otros)	2	0	0	2
D Demora en la atención de las citas médicas especializadas programadas en consulta externa. Incumplimiento en el horario asignado.	2	0	0	2
L Demora en la salida del paciente hospitalizado por falta de elaboración de epicrisis, certificados de defunción, Otros	1	0	1	2
E Demora en la respuesta al llamado de enfermería del Paciente y/o del Médico Especialista del servicio tratante.	1	0	1	2
H Demora en la asignación de citas en los servicios ambulatorios y / o de apoyo Dx: Cardiología, Gastroenterología, Hemodinámica, imágenes diagnóstica, Neumología, Urología, Ginecología, Neurología y otros servicios ambulatorios.	1	0	0	1
O Falta de comunicación y/o información médica la familia del paciente hospitalizado o en Urgencias	0	0	1	1
Ñ Posible Novedad de seguridad del paciente durante el proceso de atención ambulatoria y /o en hospitalización (incidente o evento adverso)	0	1	0	1
Total	30	15	28	73

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 tercer trimestre de 2025 son:

La Primera Causa: M Demora y /o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias (Triage, consulta, apertura de HC). Representa el 19%.

La Segunda Causa: AB Inconformidad en la calidad de atención que brinda el personal de enfermería: Profesional, Auxiliar de enfermería y/o Camillero. Representa el 15%

La Tercera Causa: Falta de calidez y Trato Amable por parte del personal asistencial y/o administrativo del HUS. Representa el 11%.

La Cuarta Causa: Inconformidad en la calidad de la atención que ofrece el personal administrativo: Vigilantes, facturadores, secretarios, otros. Representa el 10%.

La Quinta Causa: Posibles Fallas en la atención médica. Representa el 8%

INDICADOR:

Para el tercer trimestre del año 2025 el número de Quejas y Reclamos radicados es 73 de las cuales son 31 quejas y 42 reclamos.

$$\frac{\text{Total de QR por las 5 Primeras causas/ 5 Primeras causas}}{\# \text{ Total de QR radicadas} * 100} = \frac{46/5}{73} * 100 = 12\%$$

PORCENTAJE DE PQRSDF CON RESPUESTA EN EL TÉRMINO DE LEY III TRIMESTRE 2025

Respuesta en el término de la Ley Año 2025								
Peticiones según clasificación	JUL	AGO	SEP	TOTAL	%	Formula	total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles (quejas, reclamos, sugerencias e información)	% de peticiones con respuesta en términos de ley
Quejas	11	7	13	31	35%	# total de peticiones con respuesta al usuario dentro de los 15 días hábiles (quejas, reclamos, sugerencias e información) / # total de peticiones (quejas, reclamos, sugerencias e información) recibidas en el periodo	31	100%
Reclamos	19	8	15	42	47%		42	100%
Sugerencias	3	2	1	6	7%		6	100%
Derechos de petición	1	1	2	4	4%		4	100%
Peticiones	2	3	1	6	7%		6	0%
TOTAL	36	21	32	89	100%		89	100%

Fuente: Base de datos Matriz Almera PQRSDF 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 III trimestre 2025, se dio respuesta al 100% de todas las PQRSDF en términos de ley.**

PLAN OPERATIVO ANUAL (POA 2025) III TRIMESTRE 2025 PQRSDF

Ejecutar el plan de mejora > 90% de las 5 primeras causas de PQRS en el HUS

- **ID 3208** Primera causa de PQRS en el IV trimestre de 2024, primera causa del I y II trimestre de 2025: Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal médico.

Con un avance del 75% en su ejecución y planeado y gestionado por la Líder de Urgencias.

- **ID 3288** Segunda Causa de PQRSD del I y II trimestre del 2025: Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal administrativo. Con un avance del 0% en su ejecución y planeado y gestionado por la Coordinación Administrativa.
- **ID 3412** Tercera causa de PQRSD del II trimestre del 2025: Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería. Con un avance del 50% en su ejecución y planeado y gestionado por la Líder de Enfermería.
- **ID 3413** Cuarta causa de PQRSD del II trimestre del 2025: Demora y / o presuntas fallas en el proceso de atención en el servicio de urgencias. Con un avance del 75% en su ejecución y planeado y gestionado por la Líder de Urgencias.

ACCIONES IMPLEMENTADAS PARA LA DISMINUCION DE LAS 5 PRIMERAS CAUSAS POR PQRSD:

De acuerdo a lo planteado en cada uno de los planes de mejora se implementan estrategias de capacitación y talleres con la finalidad de disminuir las 5 primeras causas por QR, dentro de lo implementado se encuentra la siguiente información:

- **Primera causa:** Realizar capacitación al personal médico de urgencias
- **Segunda causa:** Capacitar al personal de facturación en brindar un trato humanizado al usuario.
- **Tercera Causa:** Realizar taller con el personal de enfermería en comunicación asertiva y trabajo en equipo.
- **Cuarta Causa:** Capacitar al personal médico de urgencias en la correcta prestación del servicio

El proceso de PQRSD se está fortaleciendo a través de solicitud de formulación de planes de mejora para disminuir las 5 primeras causas de las QR.

INFORME DE INDICADORES DE RIESGO DEL PROCESO

RIESGO	INDICADOR	% CUMPLIMIENTO III TRIMESTRE
Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones del ente regulador debido a no dar respuesta en términos de Ley, Clasificación inadecuada de PQRSD, falta de adherencia al procedimiento de PQRSD por parte de los colaboradores involucrados directamente en la gestión, emitir respuestas inadecuadas y/o	Total de QR identificadas con respuesta inadecuada en el trimestre / total de respuestas tramitadas en el trimestre *100	TOTAL QR identificadas con respuesta inadecuada en el trimestre = 0 TOTAL Respuestas Tramitadas = 89 = $0 \cdot 89 / 0 = 0\%$

incompletas al peticionario, fallas en la aplicación de los controles definidos para la gestión y no dar gestión o trámite a PQRS por cualquier causa.		

DENUNCIAS POR ACTOS DE CORRUPCION

Durante el tercer 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

VARIABLE	UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA			
	JUL	AGOS	SEP	T. III TRIM 2025
¿Número de solicitudes resueltas en línea (uso de medios electrónicos)?	16	16	17	49
¿Número de solicitudes resueltas parcialmente en línea?	4	3	5	12
¿Número de solicitudes resueltas de forma presencial?	398	348	337	1083
¿Número total de solicitudes resueltas (En línea, parcialmente en línea y presenciales)?	418	367	359	1144
¿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.

INFORME DE GESTIÓN SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL HOSPITAL SAMARITANA UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ III TRIMESTRE DE 2024 – III TRIMESTRE 2025

A continuación, se presenta el informe comparativo de las actividades desempeñadas por el equipo de Trabajo Social del Hospital Samaritana Unidad Funcional Zipaquirá del III trimestre de 2024 con relación al III trimestre de 2025. 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 a población con enfoque diferencial.

• GESTIÓN SOCIAL

INTERVENCIÓN	TRIM III 2024	TRIM III 2025	VAR TRIM III 2025 - TRIM III 2024
GESTIÓN HABITANTES DE CALLE	0	9	0%
GESTIÓN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	11	48	336%
GESTIÓN VÍCTIMAS VIOLENCIA SEXUAL	16	57	256%
REUBICACIONES A ICBF	23	81	252%
COMISARÍA DE FAMILIA	6	51	750%
GESTIÓN POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	0	7	0%
GESTIÓN POBLACIÓN LGBTI	0	6	0%
GESTIÓN POBLACIÓN EXTRANJERA	25	56	124%
GESTIÓN POBLACIÓN AFRO , INDIGENA	1	12	0%
GESTIÓN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO O CONFLICTO ARMADO	2	23	100%
TOTAL	81	350	332%

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial, Informe de Trabajo Social III Trimestre 2024 – 2025

En cuanto a la Gestión Social, en el tercer trimestre del año 2025, el servicio de Trabajo Social realizó un total de 350 gestiones sociales a población diferencial, esto representa un aumento del 332% con respecto al mismo periodo del año anterior. Este aumento se debe al registro efectivo de las intervenciones realizadas en las bases de datos y Dinámica Gerencial área de Trabajo Social.

• INTERCONSULTAS POR SERVICIO SOLICITADO

INTERCONSULTA POR SERVICIO SOLICITADO	TRIM III 2024	TRIM III 2025
NEONATOLOGIA	25	22
GINECOLOGIA	43	57
PEDIATRIA	63	87
MEDICINA INTERNA	34	26
CIRUGIA GENERAL	0	5
CONSULTA EXTERNA	0	0
MADRE CANGURO	0	0
URGENCIAS	105	101
TOTAL	270	298

Fuente: Informe de Trabajo Social III Trimestre 2024 – 2025

En cuanto a las interconsultas solicitadas al Servicio de Trabajo Social durante el tercer trimestre de 2025 se registraron un total de 298 casos, lo que representa un aumento del 10% con respecto al mismo periodo del año anterior. Este incremento se reflejó en los servicios de Pediatría, Medicina Interna, Urgencias donde se solicitaron las diferentes interconsultas al servicio de Trabajo Social.

Estos datos muestran una mayor demanda de servicios de Pediatría y Ginecología frente a la solicitud de interconsulta a Trabajo Social, lo que indica la importancia y la necesidad de una intervención social más amplia y diversa en estos campos, áreas de atención médica.

- **INTERCONSULTAS DIAGNÓSTICO SOCIAL**

INTERCONSULTA POR DIAGNÓSTICO SOCIAL	TRIM III 2024	TRIM III 2025
DESNUTRICIÓN	6	6
CONSUMO DE SPA	5	8
NEGLIGENCIA	16	14
CODIGO VIOLETA	30	40
SOSPECHA DE BULLYING	0	1
SOSPECHA MALTRATO INFANTIL	1	0
GESTO SUICIDA	27	26
RED DE APOYO	46	13
SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL	40	57
GESTANTE ADOLESCENTE	6	6
PATOLOGIAS EN SALUD MENTAL	0	24
CRONICOS	12	11
RIESGO PSICOSOCIAL	41	17
IVE	4	3
ACOMPANIAMIENTO EN DUELO	6	16
GESTANTE	21	15
OTRO	10	41
TOTAL	271	298

Fuente: Informe de Trabajo Social III Trimestre 2024 – 2025

En cuanto al diagnóstico social durante el tercer trimestre de 2025 se registraron un total de 298 casos, lo que representa un aumento del 10% con respecto al mismo periodo del año anterior. Este incremento se reflejó en los diagnósticos de códigos violeta y blanco. Asimismo, los casos con diagnóstico de gestos suicida y patologías en salud mental aumentaron de 0 a 24 con respecto al mismo periodo del año anterior, se sugiere un aumento en la identificación de factores que afectan el bienestar emocional y social de las personas, por lo que es crucial fortalecer los programas de seguimiento de psicoterapia y apoyo en estas áreas para mejorar la calidad de vida de los afectados.

El número de gestantes adolescentes mantuvo su promedio con la atención de 6 casos en cada periodo. Es fundamental garantizar que estas gestantes reciban un seguimiento adecuado y acceso a servicios de salud materna, sin barreras en su atención; además de apoyo psicosocial para asegurar un embarazo saludable y seguro, garantizando los derechos de las menores.

En cuanto al código blanco, los casos pasaron de 40 a 57 con respecto al mismo periodo del año anterior. Los casos de Código violeta pasaron de 30 a 40 en comparación con el mismo periodo del año anterior. Estos datos destacan la persistencia de este problema social y la necesidad de reforzar las estrategias de prevención y apoyo a las víctimas, como la socialización efectiva de las rutas establecidas para la atención de estos casos.

- **OTRAS ACTIVIDADES**

ACTIVIDAD	TRIM III 2024	TRIM III 2025	VAR TRIM III 2025 - TRIM III 2024
TRÁMITE DE MEDICAMENTOS	20	71	255%
TRÁMITE DE OXIGENOS	1	0	-100%

TRÁMITE DE EXAMENES DE APOYO DX	0	253	100%
REMISIONES POR TRABAJO SOCIAL	0	20	100%
TOTAL	21	344	1538%

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

Durante el tercer trimestre de 2025, se realizaron un total de 344 trámites administrativos, lo que representa un aumento de 1538% en comparación con los 21 trámites registrados en el mismo período del año anterior, para la efectividad del registro se implementaron bases de datos para trámites administrativos que permite claridad en el dato. No se cuenta con información sobre afiliaciones realizadas durante el tercer trimestre de 2024 debido a que deshabilitaron los usuarios de “Mi Seguridad Social” para gestionar reporte cuantitativo. En cuanto a los trámites de PHD de Eps Famisanar, Salud Total y Compensar durante el tercer trimestre de 2025, se gestionó grupo interdisciplinario con funcionaria de IPS ROHI para realizar trámite de manera interna, y evitar la tramitología para los familiares de los pacientes.

Durante el tercer trimestre de 2025, el equipo de trabajo social realizó 273 estudios sociales de pacientes atendidos en interconsulta, apoyo a la alimentación y casos especiales en relación a facturación, mostrando un incremento frente al mismo periodo del año anterior, donde se realizaron 80 estudios sociales, evidenciando un incremento del 341%.

Además de realizar estudios sociales en los diferentes servicios, el equipo de trabajo social lleva a cabo una serie de tareas administrativas entre estas, se destaca la gestión de respuestas a interconsultas, las cuales han mostrado un notable aumento. También coordinan procesos para el suministro de oxígeno domiciliario, se garantiza la afiliación transaccional al recién nacido y la atención a población migrante. Así mismo, mantienen comunicaciones con entidades como la Fiscalía, el ICBF y la Comisariías de Familia.

• ESTUDIO SOCIALES

INTERVENCION TRABAJO SOCIAL	TRIM III 2024	TRIM III 2025
ESTUDIOS SOCIALES	80	273

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

El equipo de trabajo social también proporciona apoyo a los familiares de pacientes fallecidos, realiza seguimiento de casos especiales y se dedica a la humanización de servicios, el manejo del duelo y la muerte, entre otras actividades.

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

Para el III Trim estaban programadas 19 actividades las cuales todas se cumplieron (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 III 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	Julio	Agosto	Sept	TOTAL
CAMPAÑA DEL SOBRE COMUNICACIÓN ASERTIVA Y LENGUAJE CLARO por Informadoras y Orientadoras de la DAU.	28	65	18	111

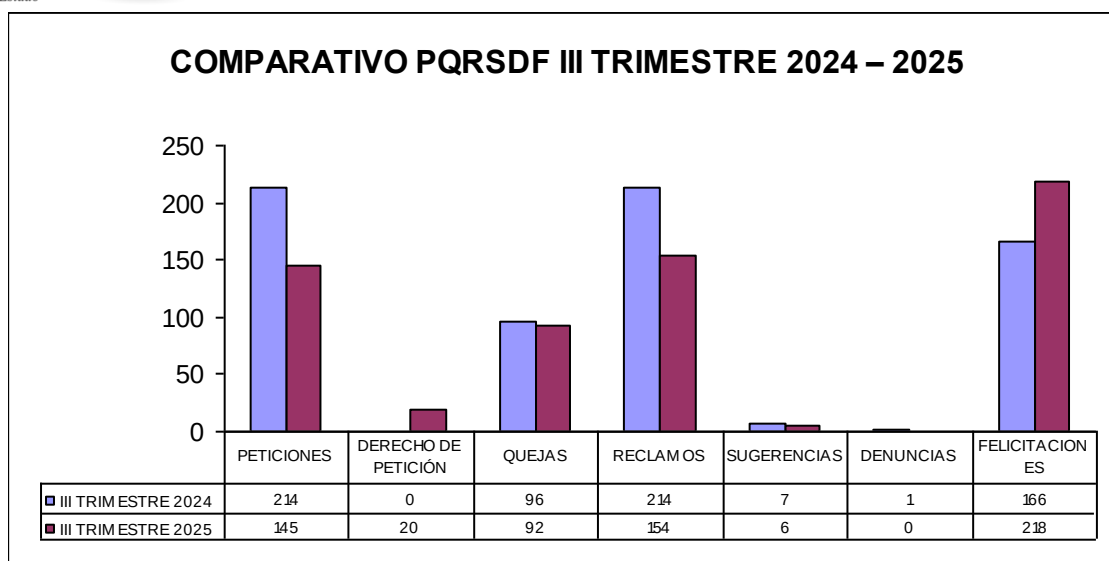


Desde la Subdirección de la Defensoría del usuario la Profesional del Area **socializó la Política** al personal del Enfermería, Fisioterapia, Urgencias, Educacione Medica, Cuentas Medicas, Trabajo Social, Radiologia, Facturación, Anestesia, y laboratorio a **un total de 97 Colaboradores**.

GESTION DE PQRSDF COMPARATIVO PQRSDF III TRIMESTRE 2024 – 2025

Comparativo PQRSDF		
PQRSDF	2024	2025
CLASIFICACION	III TRIMESTRE	III TRIMESTRE
PETICIONES	214	145
DERECHO DE PETICIÓN	0	20
QUEJAS	96	92
RECLAMOS	214	154
SUGERENCIAS	7	6
DENUNCIAS	1	0
FELICITACIONES	166	218
TOTAL	704	635

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



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

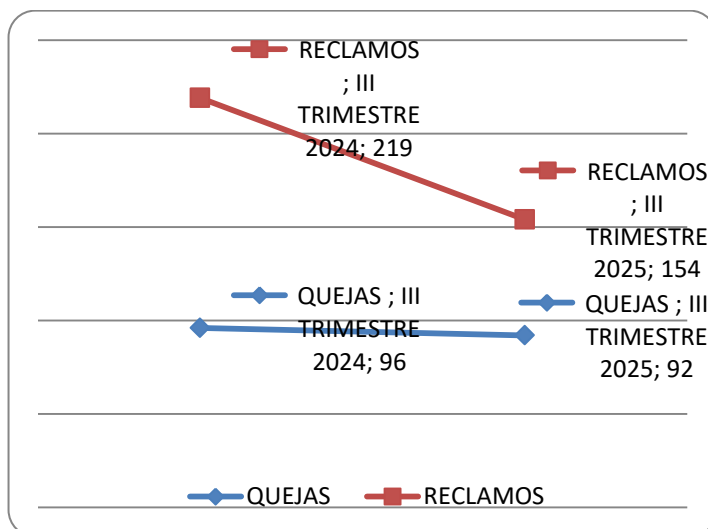
En el comparativo del III trimestre 2024 y el año 2025 se evidencia en general una **leve disminución del 8.81% en las PQRSDF**, siendo las más significativas las peticiones con un 32.24 % menos que en el III trimestre del 2024, seguido de los reclamos que disminuyeron en un 28.04% en comparación con el III trimestre 2024, en tercer lugar hubo un disminución de las sugerencias del 14.29 % comparado con el III trimestre 2024, y por ultimo las quejas con una leve disminución del 4.17% que el II trimestre 2024.

Por otro lado, las Felicitaciones experimentaron un incremento significativo del 31.33%.

COMPARATIVO QR III TRIMESTRE 2024-2025

CLASIFICACION	III TRIMESTRE 2024	III TRIMESTRE 2025
QUEJAS	96	92
RECLAMOS	219	154
TOTAL	315	246

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



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

Realizando el comparativo de Quejas y Reclamos III trimestre 2024 y 2025, se evidencia una **leve disminución de Q.R. en un 22%** que equivale a 69 manifestaciones se continúa estimulando y/o solicitando a los líderes de proceso o coordinadores de servicio involucrados en las PQRSD la formulación de planes de mejora para mitigar las causas de las mismas.

COMPARATIVO DE CAUSAS III TRIMESTRE 2024 – 2025

CAUSA DE QUEJA O RECLAMO II TRIMESTRE 2024	TOTAL	CAUSA DE QUEJA O RECLAMO III TRIMESTRE 2025	TOTAL
AJ Falta de calidez y trato amable.	50	AG Sugiere mejorar la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería , Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx.	42
Ñ Demora en la programación de cirugía: Amb. y Hospitalización.	33	AE Falta de calidez y Trato Amable.	41
3a. Causa: Posibles novedades de seguridad clínica durante el proceso de atención al paciente.	8	N Dificultad para acceder a los diferentes canales de comunicación institucional (telefónico, vía WhatsApp, correo electrónico, presencial...) para programar consultas o procedimiento en consulta externa , con las diferentes especialidades médicas.	26
4a Causa: Demora en el proceso de facturación (lab. clínico, Rx, consulta externa, hospitalización, Urgencias)	16	A Demora en la programación de cirugía: y Hospitalización. AK Demora en la programación de cirugía: Ambulatoria y	24
5a. Causa: Reclamos cuyo argumento del usuario es que no ha sentido mejoría en su estado de salud.	4	H Demora en la asignación de citas en los servicios ambulatorios y / o de apoyo Dx : Cardiología, Gastroenterología, Hemodinámica, imágenes diagnóstica, Neumología, Urología, Ginecología, Neurología y otros servicios ambulatorios.	12

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

Análisis de Quejas y Reclamos (III Trimestre 2024 vs. III Trimestre 2025)

El análisis de las quejas y reclamos para el tercer trimestre de 2024 y 2025 revela un cambio significativo en las causas principales.

Se observa nuevamente un incremento en QUEJAS y RECLAMOS debido a:

- **Falhas en la calidad en la atención que ofrece el personal de enfermería, Aux de enfermería, enfermeras, camilleros, técnicos de Rx.** Esta causa experimentó un aumento del 100%, lo que se traduce en 42 quejas adicionales para el III trimestre de 2025 en comparación con el 2024.
- **Falta de calidez y Trato Amable:** Esto indica la necesidad de continuar reforzando la capacitación y sensibilización del personal en cuanto al servicio al cliente y la atención humanizada.

PETICIONES ORIGEN DE PLANES DE MEJORA III TRIMESTRE 2025				
Petición	Servicio a que se solicita	Asunto de correo solicitado	ID Almera	Observaciones
20251776	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 Avance ponderado: 0%
	Enfermería	Falta de calidez y trato amable por parte de Enfermería	3240	Avance ponderado: 54.38%.
	Seguridad del paciente	Novedades de seguridad y PQR	3250	Avance ponderado: 57.14%.
	Urgencias	Queja por presunta violencia sexual	3267	Avance ponderado: 40,00 %.
202518324	Enfermería	Atención por parte de enfermería	3376	Avance ponderado: 50%
202518255	Consulta Externa	Central de Citas	3391	Avance ponderado: 30%
	Gestión Servicios Quirúrgicos	Demora en la programación de cirugía, identificada como una de las cinco principales causas de PQRS.	3411	Fue aprobado el 26 de Agosto Avance ponderado: 50,00%

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

TERMINOS DE LEY III TRIMESTRE 2024 – 2025

TERMINOS DE LEY		
PQRSDF	2024	2025
CLASIFICACION	III TRIMESTRE	III TRIMESTRE
PETICIONES	214	145
DERECHO DE PETICIÓN	0	20
QUEJAS	96	92
RECLAMOS	214	154
SUGERENCIAS	7	6
DENUNCIAS	1	0
TOTAL	532	417

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

Durante el segundo trimestre de 2025, se presentaron un total de **417 PQRSD (Peticiónes, Quejas, Reclamos, Derechos de Petición, Sugerencias y Denuncias)**. El Hospital demostró una alta capacidad de respuesta, respondiendo oportunamente el **100% de todas las PQRSD** dentro del plazo legal. Al 30 de Septiembre de 2025, solo 14 PQRSD permanecían en trámite que aún No tienen fecha de vencimiento en términos de ley.

GESTIÓN TRABAJO SOCIAL TERCER TRIMESTRE AÑO 2025

A continuación, se presenta el informe consolidado de las actividades realizadas por el equipo de Trabajo Social durante el tercer trimestre del año 2025 comparado con tercer trimestre de 2024. 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 MEDICAMENTOS	3. TRAMITES OXIGENOS	4. TRAMITES REMISIONES (PHD)	5. TRAMITES DIALISIS AMBULATORIAS
3 trimestre 2024	76	150	42	19
3 trimestre 2025	74	171	62	16

Tabla tomada de informe III trimestre año 2025.

La tabla anterior permite visualizar el comparativo del 3 trimestre del año 2024 comparativo con el tercer trimestre 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 3 trimestre encontramos un **promedio de respuesta en días a saber:** para remisiones (atención domiciliaria) 8.6 días, en cuanto al trámite de consecución de oxígenos 3.4 días, ubicación unidad renal 4.2 días y entrega de medicamentos 5.1 días tiempo que aumentó considerablemente con relación al mismo periodo del año inmediatamente anterior (4.2 días) al igual que la ubicación de PHD, esto debido a factores como que las EPS como Nueva EPS, Famisanar y Coosalud no cuentan con proveedor para entrega de medicamentos y/o oxígeno o no cuentan con los medicamentos solicitados.

Otras de las actividades que realiza Trabajo Social actualmente son:

AFILIACIONES POR OFICIO (pacientes recién nacidos)	Durante el tercer trimestre de 2025 se realizó afiliación por oficio a 34 menores que nacieron en el Hospital específicamente y se encontraban en Alojamiento conjunto.

GESTION SOCIAL

INTERVENCIÓN SOCIAL	3 TRIM 2024	3 TRIM 2025
ORIENTACIÓN Y GESTIÓN DE ALBERGUE	18	58
GESTION PACIENTES EN ABANDONO	6	15
GESTION VIOLENCIA DOMESTICA	12	15
GESTION HABITANTES DE CALLE	25	22
GESTION VICTIMAS VIOLENCIA SEXUAL	8	14
REUBICACIONES A ICBF	0	5
GESTION POBLACION CON DISCAPACIDAD	48	32
GESTIÓN POBLACIÓN LGBTI+Q	0	4
GESTIÓN POBLACIÓN EXTRANJERA	53	85
GESTIÓN POBLACIÓN AFROCOLOMBIANA	1	5
GESTIÓN POBLACIÓN INDIGENA	13	11
POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO O CONFLICTO ARMADO	13	13
GESTION POBLACION INPEC	9	4
APOYO PSICOSOCIAL (ENFERMEDAD CATASTROFICA)	246	249
ATENCIÓN PSICOSOCIAL C. EXTERNA	31	17
TOTAL	483	549

Tabla tomada de informe III trimestre año 2025

Durante el tercer 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 32 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	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
AUDITIVA	1	0	1	2
COGNITIVA	1	3	1	5
FISICA	2	8	8	18
MULTIPLE	1	0	0	1
VISUAL	1	1	4	6
TOTAL	6	12	14	32

Tabla tomada de informe III trimestre año 2025

Adicionalmente se identificaron 20 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 aumentó el número de identificación y acompañamiento a pacientes etnia indígena en un 30%.

Al igual en el periodo reportado **se disminuyo** el número de ingresos y de atención de pacientes habitantes de calle donde se realizó intervención a 22 pacientes quienes ingresan por demanda espontánea, traídos por policía y/o ambulancias que los recogen en calle quienes en su gran mayoría ingresan sin documento de identidad lo que requiere realizar plena identidad trasladándolos a registraduría y en el caso de los extranjeros irregulares no es posible la identificación 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 ecuatorianos) **aumento** en un 38.7% (85 pacientes) 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 trámite con secretarías 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 secretarías de salud NO cubren nada ambulatorio (oxígeno, 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 (14) la cual aumento en un 57% en comparación con el trimestre del año (8) inmediatamente anterior 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 10 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 julio 4 menores (3 urgencias por presunta violencia sexual y 1 padres consumidores de SPA) y 1 en septiembre de Unidad Neonatal para restablecimiento de derechos.

INDICADORES

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

INDICADOR 1	AÑO	DATO	III TRIM
# total de pacientes REUBICADOS a nivel familiar, social e institucional / # total de paciente que requieren reubicación social, familiar e institucional *100	2024	DATO	22/24
		Total % Reubicación	91%
	2025	DATO	77/78
		Total % Reubicación	98,70%

Tabla tomada de informe 3 trimestre año 2025

Durante el 3 trimestre desde el proceso de trabajo social durante la intervención profesional y seguimiento por los profesionales, se detectaron 68 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: 58 trámites de ubicación de albergue (Julio 22, Agosto 16 y Septiembre 20) 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 bebés** 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 y 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, 15 de los casos identificados fueron **pacientes adultos mayores en abandono social** de los cuales 6 fueron ubicados en medio familiar y/o social, 1 fue ubicado en un albergue transitorio a cargo de la arquidiócesis de Bogotá, 1 adulto mayor fue ubicado en una unidad de crónicos, 1 fue ubicado en medio social (amigo), 1 salio remitido para Hospital San Blas y 1 remitido para Cencardio, 1 solicito salida voluntaria previa valoración de psiquiatría y 2 salieron solos.

Cabe resaltar que todos los casos detectados en abandono fueron reportados a la Comisaría de Familia, Alcaldía, Secretarías de gobierno y/o integración social y Personería del municipio de residencia. 5 menores fueron colocados a disposición del ICBF Centro Zonal Santafé con el fin de realizar restitución de derechos por presunta negligencia (4 menores en el mes de julio y 1 mes de septiembre).

De los 78 casos detectados se le realizó **gestión de ubicación a 77 casos** que corresponde al 98.7%, estando por encima de la meta en un 28.7%, el otro 1.3% correspondió a 1 adulto mayor que se quedo hospitalizado en el mes de agosto al cual se realizó seguimiento y ubicación en el momento de egreso médico en el mes de septiembre.

1.2 INDICADOR 2: ESTUDIOS SOCIALES REALIZADOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS

INDICADOR 2	AÑO	DATO	III TRIM
% DE ESTUDIOS SOCIALES REALIZADOS = # de estudios sociales realizados a pacientes hospitalizados / total de ingresos hospitalarios*100	2024	DATO	1490/2308
		Total % Estudios Sociales	64,60%

		DATO	1727/2779
	2025	Total % Estudios Sociales	62,15%

Tabla tomada de informe 3 trimestre año 2025

Durante el III trimestre de 2025 (Julio – Septiembre) el equipo de profesionales de Trabajo Social **realizó 1727 estudios sociales** a pacientes hospitalizados y del servicio de urgencias de un total de 2779 egresos hospitalarios que corresponde a un 62,15% de pacientes y/o familiares. En comparación con el mismo trimestre del año inmediatamente anterior disminuyó en un 2.4%, dando cumplimiento a la meta establecida.

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. En el trimestre se realizó informe y firma de compromisos con los profesionales según hallazgos encontrados.

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

INDICADOR 3	AÑO	DATO	III 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	23/42
		Total % Remisiones Efectivas	58%
	2025	DATO	31/62
		Total % Remisiones Efectivas	50,10%

Tabla tomada de informe 3 trimestre año 2025

Para el III trimestre se realizaron 62 trámites de **consecución de PHD de las cuales 31 fueron efectivas** (50%) y 31 canceladas (50%). Las cancelaciones se presentaron por motivos como: 7 terminaron tratamiento en el HUS, 7 pacientes fallecieron, 1 fue negado por la EPS, 13 fueron canceladas médicamente y a 3 le dieron egreso médico, Días promedio de ubicación de los PHD fue de 8.6 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 50.1% promedio que aumento en un 10.1% en comparación con el mismo trimestre del año inmediatamente anterior.

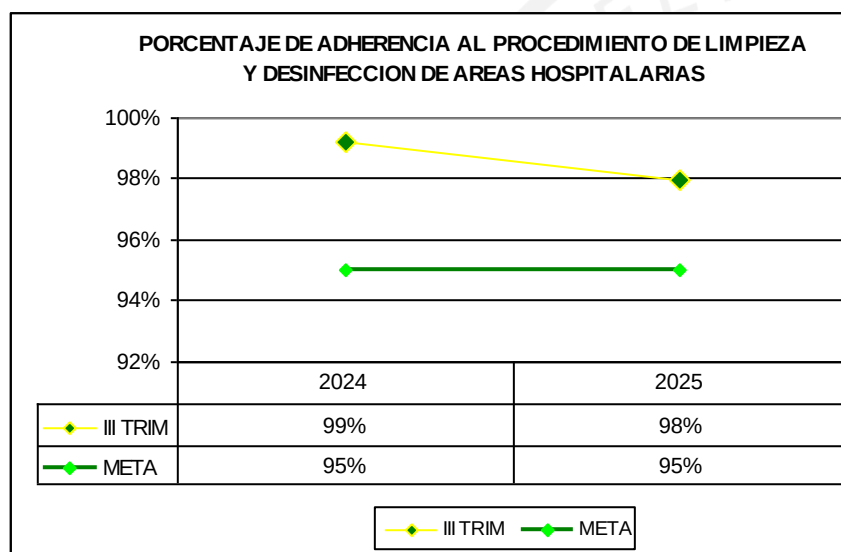
Se continúa con la verificación de los tiempos de oportunidad para mitigar largas estancias por procesos de ubicación en (PHD), unidades renales, tramites de oxigeno domiciliaria y entrega de

medicamentos condicionantes de egreso 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 que hacen presencia en el hospital actualmente solamente se cuenta con EPS Famisanar.

1.6 PROCESO: GESTIÓN DE HOTELERÍA HOSPITALARIA

INDICADORES DE CALIDAD TERCER TRIMESTRE DE 2025

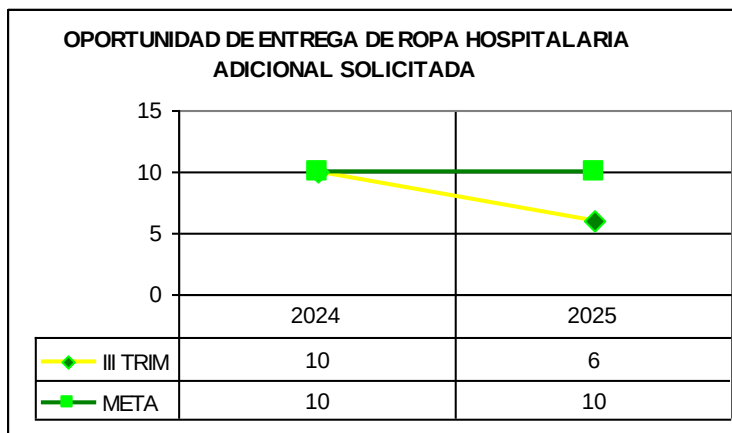
Porcentaje de adherencia a procedimiento de limpieza y desinfección de áreas hospitalarias:



Fuente: listas de chequeo Hotelería Hospitalaria y almera

Para el III Trimestre del año 2025 se obtuvo un 98% de adherencia al procedimiento de limpieza y desinfección de áreas hospitalarias el cual cumple y sobre pasa la meta establecida, sin embargo se observa una disminución de un punto porcentual en comparación al III trimestre del año 2024, desde la subdirección de hotelería con apoyo de la empresa tercerizada LASU se a fortalecido la capacitación al procedimiento de limpieza y desinfección y se reforzaron las rondas de supervisión por parte del área de hotelería en los servicios, retroalimentando al personal de servicios generales en las falencias que se vayan detectando. En general, la evolución de la adherencia al procedimiento de limpieza y desinfección mantiene una tendencia positiva, impactando favorablemente en la calidad del servicio hospitalario y en la seguridad del paciente.

Oportunidad de entrega de Ropa Hospitalaria Adicional solicitada

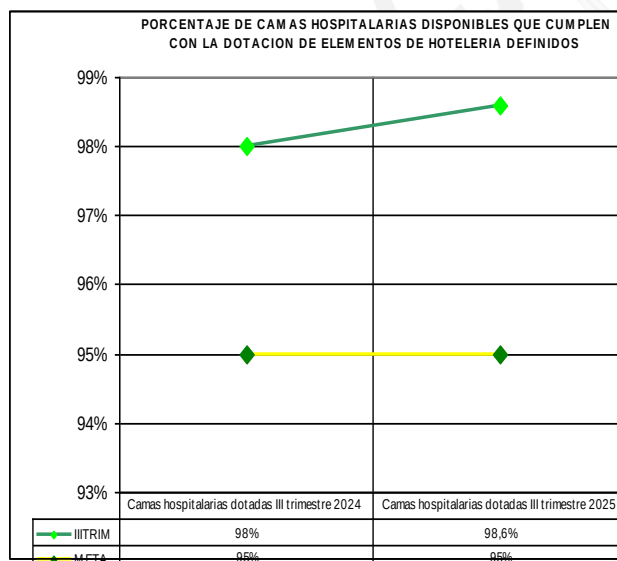


Fuente: formato oportuna entrega de ropa y Almera

Para el III trimestre del 2025 la oportunidad de entrega de ropa hospitalaria adicional fue de 6 minutos cumpliendo y sobrepasando la meta establecida para las entregas, esto se debe a los controles al momento de iniciar con la ruta de entrega por los servicios y el seguimiento que se esta realizando desde la subdirección al contrato, adicionalmente con la entrega de los stock mínimos que se tienen definidos en los servicios lo cual a disminuido estas solicitudes de ropa adicional.

De acuerdo con la meta establecida de 10 minutos para la entrega de ropa hospitalaria se evidencia que para el año 2024 el tiempo de entrega es efectivo en un promedio de de 10 minutos, representando un cumplimiento a ras de la meta, Para el año 2025 este tiempo se disminuyo en 4 minutos, con un promedio de entrega de 6 minutos cumpliendo con la meta establecida y mejorando el tiempo de respuesta.

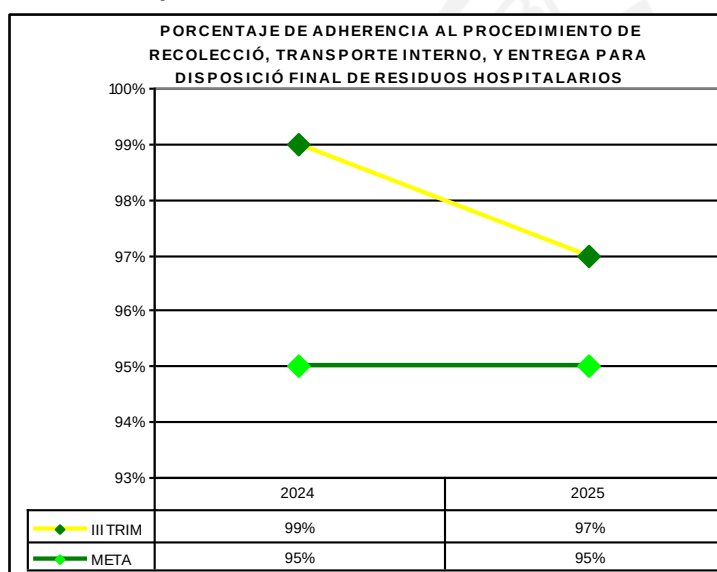
Porcentaje de camas hospitalarias disponibles que cumplen con la dotación de elementos de hotelería definidos



Fuente: almera

Para el III trimestre del año 2025 el porcentaje de camas que cumplen con la dotación hotelera es de 98.6 % representando un aumento de 0.6 puntos porcentuales frente al III trimestre del año 2024 pero cumpliendo y sobrepasando la meta establecida de 95%. Este avance refleja una mejora en la infraestructura hospitalaria para el año 2025 y superando la meta en los 2 trimestres de los años a analizar, este porcentaje varía para el III trimestre del año 2025 ya que fueron intervenidas y entregadas 2 habitaciones con 2 camas cada una en el servicio de hospitalización del 3ro sur. Las 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 el servicio recibido.

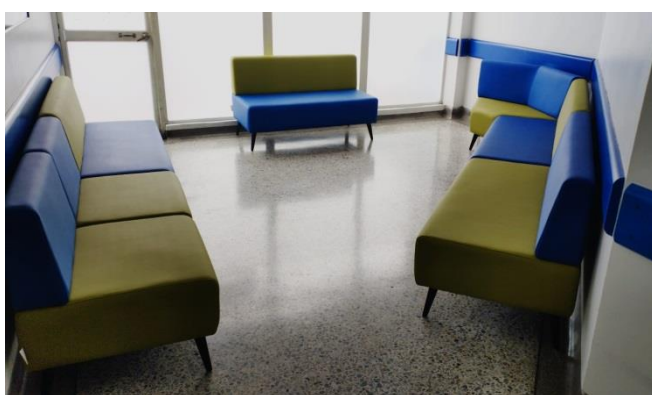
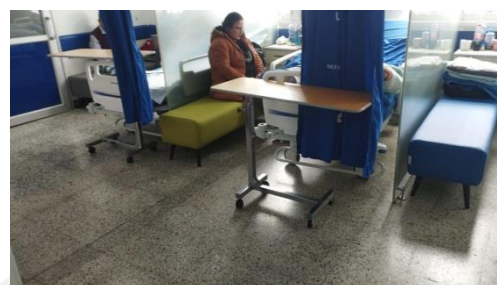
Porcentaje de adherencia al procedimiento de recolección, transporte interno y entrega para disposición final de Residuos hospitalarios



Fuente: almera

Para el III trimestre del 2025 se tuvo un cumplimiento del 97% teniendo una disminución en 2 puntos porcentuales frente al III trimestre del año 2024 debido a que se aumentaron las adherencias aplicadas a la ruta sanitaria. Estos resultados sugieren que el proceso se mantiene de manera constante y eficiente, superando siempre el 95%, que es la meta establecida y buscando una mejora continua.

Estrategias innovadoras de Hotelería Hospitalaria: Desde la Subdirección de Hotelería, y en el marco del tercer trimestre, se ejecutó un significativo plan de mejora continua que incluyó la modernización de las salas de bienvenida y el reemplazo de 90 sofás para acompañantes en las habitaciones de los servicios de 4to Norte, 4to Sur, 4to B, Tercer Sur, Tercer Norte, Segundo Sur y Segundo Norte. Asimismo, se renovaron los 4 puffs en el área de hospitalización de Neurocirugía y se procedió al cambio de 44 sillas de ruedas en todos los servicios de hospitalización y consultorios. Estas acciones dan cumplimiento directo a la línea estratégica de "Ambiente y Tecnología Amigable" del Programa de Humanización, reforzando nuestro compromiso con el bienestar y la comodidad de pacientes y sus familias.



1.7 GESTIÓN DE LA OFICINA DE ESTADISTICA

REPORTES DE NORMA

Se dio cumplimiento al 100% de los **reportes de norma de producción, calidad, alto costo, SIVI-SALA 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	118
CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN	113 (Sin incluir certificados expedidos por medicina legal y cargados al HUS)

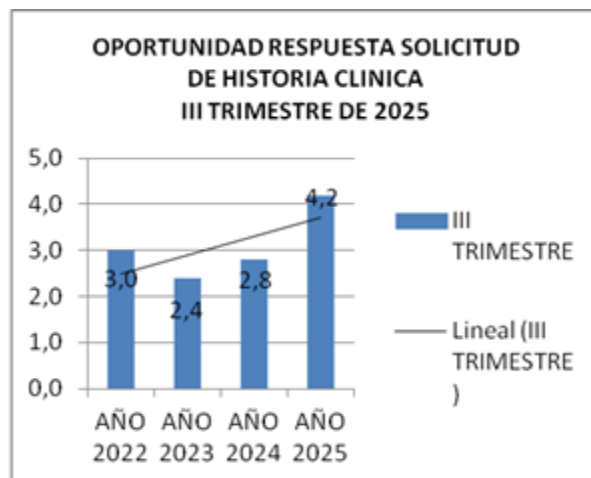
Se realizó la visita técnica mensual por la Secretaría Distrital de Salud - subred centro oriente donde se evalúan los indicadores del **proceso de estadísticas vitales**, del mes inmediatamente anterior, obteniendo los siguientes resultados

EVALUACIÓN	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE
CALIFICACIÓN GLOBAL DE LA VISITA MENSUAL (Indicadores de Cobertura, Oportunidad y cabalidad)	100%	99,58%	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 2874** realizando la retroalimentación personalizada a cada uno de los profesionales médicos en 328 epicrisis

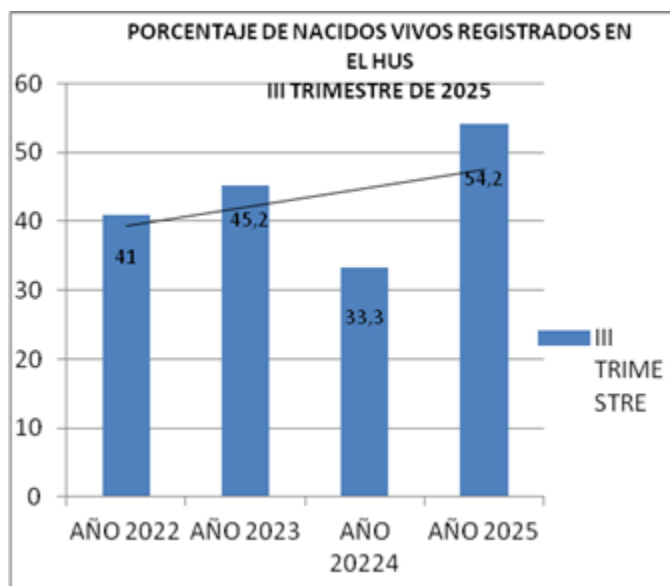
ANÁLISIS DE INDICADORES



El resultado del indicador del III trimestre de 2025 presenta un aumento de 1.4 días en la oportunidad de respuesta a la solicitud de historia clínica, comparado con el mismo periodo del año 2024; este aumento

obedece al incremento en el número de solicitudes del 20,1% en el mismo periodo, a pesar del aumento en la oportunidad nos encontramos 0,8 días por debajo de la meta establecida de 5 días

PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS REGISTRADOS EN EL HUS



El porcentaje de recién nacidos registrados en el tercer trimestre del año fue del 54,2% superando la meta establecida del 25%; este resultado es el más alto en el mismo periodo de los últimos cuatro años, comportamiento muy parecido al des segundo trimestre del año 2025.

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.

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 los datos de los demás trámites para realizar el reporte oficial de la Institución en la plataforma de la Función Pública.

Los datos consolidados del tercer trimestre de 2025 de la red Samaritana fueron:

VARIABLE	HOSPITAL SAMARITANA BOGOTÁ				UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ				HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRÁ				TOTAL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA			
	JULIO	AGOSTO	SEPTIE MBRE	T. III TRIM 2025	JULIO	AGOSTO	SEPTIE MBRE	T. III TRIM 2025	JULIO	AGOSTO	SEPTIE MBRE	T. III TRIM 2025	JULIO	AGOSTO	SEPTIE MBRE	T. III TRIM 2025
¿Número de solicitudes resueltas en línea (uso de medios electrónicos)?	90	123	180	393	16	16	17	49	71	95	58	224	177	234	255	666
¿Número de solicitudes resueltas parcialmente en línea?	6	5	13	24	4	3	5	12	16	32	12	60	26	40	30	96
¿Número de solicitudes resueltas de forma presencial?	54	58	38	150	398	348	337	1083	55	98	16	169	507	504	391	1402
¿Número total de solicitudes resueltas (En línea, parcialmente en línea y presenciales)?	150	186	231	567	418	367	359	1144	142	225	86	453	710	778	676	2164
¿Número de PQRD recibidas?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PQRS

En el tercer trimestre del año 2025 **se dio respuesta a 32 peticiones** relacionadas con solicitud de información y/o solicitud de copias de historia clínica y validación de incapacidades; durante este periodo no se ha requerido la realización de planes de mejoramiento como tampoco se ha registrado una QR por inconformidad producto de la atención a los usuarios por parte de los colaboradores del área de estadística.

COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

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.

CAPÍTULO II DIRECCIÓN CIENTÍFICA

2.1 SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Capacidad Instalada - Proceso de Gestión de Servicios Hospitalarios

El Proceso de Gestión de Servicios Hospitalarios del Hospital Universitario de la Samaritana mantiene para el tercer trimestre de 2025 una capacidad instalada de **221 camas**, distribuidas en los diferentes servicios asistenciales.

En el marco de las acciones de mejoramiento de la infraestructura y de las condiciones de atención; permitieron que desde el **15 de diciembre de 2024**, fueran habilitadas **2 camas adicionales** en el área de **Hospitalización Tercero Sur**, previamente inhabilitadas debido a la contingencia generada por las obras de reforzamiento estructural en los servicios de Urgencias y Consulta Externa.

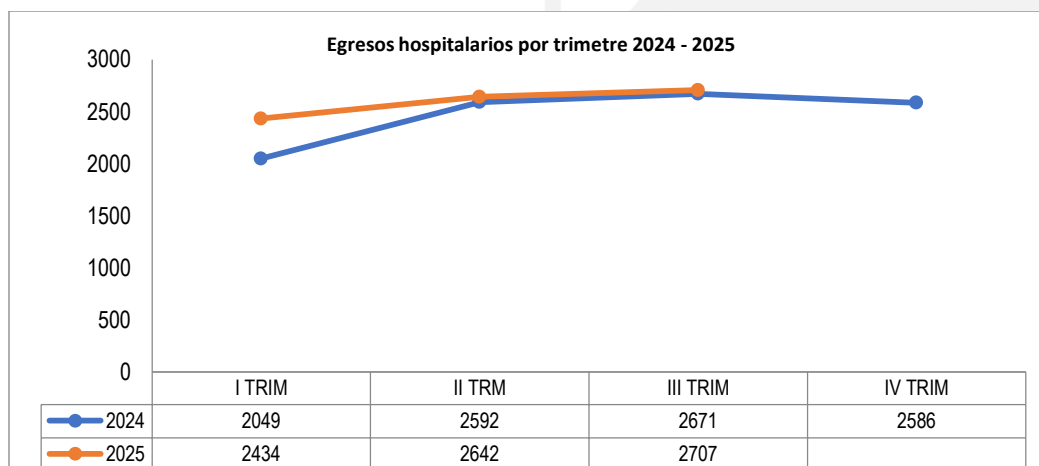
De igual manera, durante este periodo se realizó el **reemplazo de 112 camas hospitalarias** correspondientes a los diferentes servicios de hospitalización y al servicio de Ginecoobstetricia. Esta renovación incluyó la sustitución de mesas de noche, atriles y mesas puente, con el objetivo de **optimizar el confort, la funcionalidad y la seguridad** para los pacientes hospitalizados.

A continuación, se presenta la distribución trimestral de camas correspondiente a los años 2024 y 2025:

Cama	2024				2025		
	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM
Camas Hospitalización Adultos	154	154	154	154	156	156	156
Camas UCI	21	21	21	21	21	21	21
Camas Intermedios ADULTOS	9	9	9	9	9	9	9
Camas Intermedios Ginecobstetricia	9	9	9	9	9	9	9
Neonatos - Intensivos	7	7	7	7	7	7	7
Neonatos - Intermedios	16	16	16	16	16	16	16
Neonatos - Básicos	2	2	2	2	2	2	2
TPR	1	1	1	1	1	1	1
Total Camas HUS Sede Bogotá	219	219	219	219	221	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 Hospital Universitario de la Samaritana (HUS), el total de egresos en el III trimestre de 2025 fue de 2.707, cifra que representa:

- Un incremento del 1,8% frente al II trimestre de 2025 (2.642 egresos).
- Un crecimiento del 1,3% respecto al mismo trimestre de 2024 (2.671 egresos).

Esto refleja una tendencia estable con ligera alza en la demanda de servicios hospitalarios teniendo en

cuenta el aumento de pacientes de Nueva EPS y Famisanar entre las EPS más demandantes de servicios.

El **giro cama** global fue de **4,1**, manteniéndose estable frente al II trimestre (4,0) y en el mismo nivel del III trimestre de 2024 (4,1). El **promedio día estancia** se ubicó en **8,9 días**, con una ligera reducción respecto al mismo periodo de 2024 (8,53 días) y estabilidad frente al trimestre previo (9,0). Estos resultados muestran **eficiencia en la rotación de camas** y un **comportamiento estable en los tiempos de estancia**, pese al incremento en los egresos.

- **Servicios no quirúrgicos:**

- Egresos: **1.108** en el III trimestre 2025 (**-0,8%** frente al trimestre anterior, pero **+8,2%** respecto al mismo trimestre 2024).
- Giro cama: en ascenso, pasando de 8,76 a **12,02** en el II trimestre y ajustándose a **11,35** en el III trimestre.
- Promedio día estancia- PDE: se mantiene elevado (**11,35 días**), aunque ligeramente por debajo del II trimestre (12,02).
- El mayor volumen y la prolongación de estancias reflejan la **alta complejidad de los casos clínicos**, en especial en Medicina Interna.

- **Servicios quirúrgicos:**

- Egresos: **1.382** en el III trimestre 2025 (**+12,8%** frente al trimestre anterior y **+5,3%** frente al mismo periodo de 2024).
- Giro cama: en **9,10**, mostrando un comportamiento estable frente al mismo trimestre de 2024 (8,45).
- Promedio día estancia -PDE: **9,10 días**, mayor que en el II trimestre (8,39), lo que indica **mayor complejidad en la recuperación postquirúrgica**.

Comparativo Egresos Hospitalarios por especialidad:

SERVICIO	AÑO	EGRESOS			
		I TRIM	II TRM	III TRIM	IV TRIM
HUS	2024	2049	2592	2671	2586
	2025	2434	2642	2707	
MEDICINA INTERNA	2024	553	652	649	635
	2025	630	736	764	
CIRUGIA GENERAL	2024	298	392	347	347
	2025	290	355	409	
ORTOPEDIA	2024	194	278	314	340
	2025	302	235	318	
UROLOGIA	2024	100	130	159	140
	2025	160	202	205	
NEUROCIRUGIA	2024	116	139	190	184
	2025	164	145	170	
CIRUGIA PLASTICA	2024	104	117	95	98
	2025	85	70	75	
OFTALMOLOGIA	2024	37	30	43	50
	2025	37	48	69	
CIRUGIA VASCULAR	2024	105	82	62	49
	2025	80	59	54	

SERVICIO	AÑO	EGRESOS			
		I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
OTORRINO	2024	20	28	26	21
	2025	21	29	26	
GINECOBSTERICIA	2024	259	323	241	288
	2025	305	315	276	
NEONATOS	2024	74	121	107	79
	2025	82	123	117	
UCI ADULTOS	2024	243	258	297	264
	2025	288	289	316	

Fuente: Sistema de información del HUS- Almera

Comportamiento por servicios

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 **alta eficiencia operativa**, respaldado por estancias hospitalarias cortas de **3,4 días**.
- **Urología** presentó un crecimiento del **55,4% en egresos**, manteniendo un **giro cama adecuado de 4,6** y tiempos de estancia estables (**7,4 días**), lo que refleja una gestión consistente.
- **Medicina Interna** registró un aumento del **12,9% en egresos**; sin embargo, este crecimiento estuvo acompañado de un incremento 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**.

Por otra parte, se **evidenció una disminución en la actividad asistencial en algunos servicios quirúrgicos**:

- **Cirugía Plástica** presentó una reducción del **40,2% en egresos**; no obstante, logró incrementar su **giro cama de 2,7 a 4,7**, gracias a una disminución en la estancia promedio, que pasó de **12,0 a 7,4 días**, lo que sugiere **mayor eficiencia operativa pese a la menor producción**.
- **Cirugía Vascular** registró una disminución del **28% en egresos**, acompañada por una reducción significativa en el promedio de estancia (**de 9,5 a 5,8 días**), lo cual puede representar **optimización en los tiempos de atención o cambios en el perfil de los casos atendidos**.
- **Ortopedia** mostró una disminución del **15,5% en egresos**, aunque logró mantener un **giro cama relativamente estable (3,4)**, lo que indica una **contención del impacto en la eficiencia operativa**.
- El hospital mantiene un **crecimiento moderado en egresos**, con **eficiencia global estable** en los indicadores de gestión.
- Algunos servicios, como **Oftalmología y Urología**, se consolidan como **altamente eficientes**, combinando **mayor producción con tiempos cortos de estancia**.
- En contraste, **Medicina Interna y Neurocirugía** concentran los tiempos de estancia más prolongados, lo que reduce la rotación de camas y genera mayor presión sobre la capacidad instalada.
- Los servicios quirúrgicos muestran una dinámica heterogénea: mientras algunos **incrementan producción con estabilidad en los indicadores (Cirugía General, Ginecoobstetricia)**, otros redujeron su actividad pero **optimizaron la eficiencia (Cirugía Plástica, Vascular, Ortopedia)**.

Análisis por servicios principales

- **Medicina Interna:** 764 egresos, con un aumento del 3,8% frente al trimestre anterior (736) y del 17,7% frente al mismo trimestre de 2024 (649). Continúa como el servicio con mayor volumen de egresos.
- **Cirugía General:** 409 egresos, con un incremento del 15,2% respecto al II trimestre de 2025 (355), y del 17,9% frente al mismo trimestre de 2024 (347). Se consolida como el segundo servicio con más actividad quirúrgica.
- **Ortopedia:** 318 egresos, lo que supone un aumento importante (35,3%) respecto al trimestre previo (235) y un crecimiento moderado del 1,3% frente al mismo trimestre de 2024 (314).
- **Urología:** 205 egresos, prácticamente estable frente al trimestre anterior (202), aunque con un aumento del 28,9% frente al mismo trimestre de 2024 (159).
- **Neurocirugía:** 170 egresos, con una recuperación significativa respecto al II trimestre (145), aunque aún por debajo del pico observado en 2024 (190).
- **Cirugía Plástica:** 75 egresos, mostrando estabilidad frente al trimestre anterior (70), pero con reducción frente al mismo trimestre de 2024 (95).
- **Oftalmología:** 69 egresos, con un crecimiento del 43,7 % frente al trimestre anterior (48) y del 60,5 % frente al mismo trimestre de 2024 (43).
- **Vascular:** 54 egresos, en descenso frente al II trimestre de 2025 (59) y con una disminución marcada frente al mismo trimestre de 2024 (62).
- **Otorrinolaringología:** 26 egresos, comportamiento estable tanto frente al trimestre previo (29) como respecto al mismo trimestre de 2024 (26).
- **Unidad Neonatal:** 117 egresos, ligeramente por debajo del II trimestre (123), pero con un incremento del 9,3% respecto al mismo trimestre de 2024 (107).
- **UCI Adultos:** 316 egresos, un aumento del 9,3 % frente al trimestre previo (289) y del 6,4 % respecto al mismo trimestre de 2024 (297).
- **Cuidados Intermedios:** 135 egresos, con reducción del 15,1 % respecto al II trimestre de 2025 (159) y por debajo del mismo trimestre de 2024 (152).

Los servicios con mayor crecimiento en el tercer trimestre de 2025 fueron: Oftalmología (+60,5 % vs. 2024), Urología (+28,9 %), Cirugía General (+17,9 %) y Medicina Interna (+17,7 %).

Se observa disminución en Cirugía Plástica, Vascular y Cuidados Intermedios, lo cual puede asociarse a variaciones en la demanda, remisiones o a la priorización de recursos en otros servicios.

La estabilidad general en el número de egresos (tanto frente al trimestre anterior como al mismo período de 2024) evidencia que, pese a la variabilidad por servicios, la capacidad de respuesta hospitalaria se mantiene constante.

Participación de egresos hospitalarios

EGRESOS	2024				2025		
	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM
NO QUIRURGICOS	816	1073	1117	1090	1016	1023	1108
QUIRURGICOS 2024	1027	1299	1313	1287	1202	1225	1382
OBSTETRICIA 2024	206	220	241	209	216	249	276

Fuente: Sistema de información del HUS- Almera

Durante el periodo analizado, los egresos hospitalarios mostraron un comportamiento diferenciado según la naturaleza de la atención: quirúrgica, no quirúrgica y obstétrica, evidenciando un balance positivo en la

producción de servicios del HUS en el tercer trimestre de 2025.

Servicios no quirúrgicos: Durante el tercer trimestre de 2025, los servicios quirúrgicos mantuvieron el liderazgo en la producción hospitalaria, consolidando su participación en el 48,2% del total de egresos institucionales (1.382 egresos de 2.707), frente al 49,2% registrado en el mismo trimestre de 2024 (1.313 de 2.671 egresos).

Aunque la proporción global presenta una leve reducción (-1 punto porcentual), el volumen absoluto de egresos quirúrgicos creció en 69 casos (+5,3%), lo que evidencia un incremento real en la actividad asistencial y una mayor capacidad resolutive del componente quirúrgico.

Los principales servicios que explican este comportamiento son:

- Cirugía General: 409 egresos en 2025 frente a 347 en 2024, incremento del 17,9%, con mejor rotación de camas (giro cama 9,1) y tiempos de estancia controlados (9,1 días).
- Urología: 205 egresos en 2025 frente a 159 en 2024, aumento del 28,9 %, reflejo de ampliación en oferta quirúrgica y optimización de programación.
- Oftalmología: 69 egresos en 2025 frente a 43 en 2024, crecimiento del 60,5 %, consolidando alta eficiencia operativa con estancias cortas.
- Ortopedia: leve aumento del 1,3% (318 vs. 314), manteniendo estabilidad pese a variaciones en la demanda quirúrgica.
- Cirugía Plástica y Vascular: mostraron reducciones del -21% y -13% respectivamente, asociadas a ajustes de complejidad y priorización de recursos.

En conjunto, el grupo quirúrgico aumentó su producción, con un comportamiento heterogéneo entre especialidades, pero manteniendo indicadores de eficiencia operativa dentro de los parámetros institucionales.

El crecimiento observado en 2025 confirma la consolidación del componente quirúrgico como pilar estratégico del Hospital Universitario de la Samaritana, impulsado por mejoras en la planeación quirúrgica, disponibilidad de recurso humano y optimización de salas.

Servicios quirúrgicos: durante el tercer trimestre de 2025, los servicios no quirúrgicos registraron un total de 1.108 egresos, que representan el 38,7% del total institucional, frente a 1.117 egresos (41,8%) en el mismo periodo de 2024.

Aunque se observa una leve disminución en la participación (-3,1 puntos porcentuales) y una variación absoluta de -9 egresos (-0,8%), el volumen global se mantiene estable, evidenciando sostenimiento en la demanda de patologías médicas crónicas y agudas que requieren manejo hospitalario sin intervención quirúrgica.

En conjunto, los servicios no quirúrgicos mantienen una **tendencia estable** con ligero crecimiento en las especialidades de mayor complejidad (Medicina Interna y UCI), lo que sugiere un equilibrio entre la capacidad instalada y la demanda clínica. El leve descenso global en participación porcentual se explica principalmente por el incremento sostenido de la actividad quirúrgica y obstétrica, que desplazó parcialmente su peso relativo dentro del total institucional.

Obstetricia: mostró un comportamiento claramente expansivo durante el **III trimestre de 2025**, alcanzando **276 egresos**, frente a **241 en el mismo periodo de 2024**, lo que representa un **crecimiento del 14,5%**. Su participación dentro del total de egresos hospitalarios aumentó de **9,0% en 2024** a **9,6 % en 2025**,

consolidando una tendencia positiva y sostenida desde inicios de año.

Este incremento se explica por la **mayor demanda en atención materno-perinatal**, la recuperación de servicios obstétricos en red, y la implementación de estrategias institucionales enfocadas en la humanización del parto, adherencia a guías de práctica clínica y fortalecimiento de programas como IAMII.

De igual forma, el número de **partos atendidos aumentó de 111 a 115 (+3,6%)**, mientras que la **tasa de cesáreas descendió del 52% al 47%**, evidenciando un avance significativo hacia la reducción de intervenciones quirúrgicas no necesarias y una mejor gestión del riesgo obstétrico.

Comparativo global – tercer trimestre 2025

Quirúrgicos: 1382 egresos (48,2% del total).

No quirúrgicos: 1108 egresos (38,7% del total).

Obstetricia: 276 egresos (9,6% del total).

El análisis evidencia que los egresos quirúrgicos lideran la producción hospitalaria, seguidos por los no quirúrgicos, mientras que obstetricia, aunque con menor volumen, es el grupo que mostró la mayor tasa de crecimiento sostenido en 2025.

El HUS consolida en 2025 un aumento global en la producción hospitalaria, con tres tendencias claras:

- Servicios quirúrgicos en expansión, con récord de producción en el tercer trimestre.
- Servicios no quirúrgicos con estabilidad y sin crecimiento abrupto, lo que refleja equilibrio en la gestión.
- Obstetricia en ascenso constante, con un rol estratégico en la atención materno-perinatal.

En conjunto, el comportamiento de los egresos refleja un fortalecimiento de la capacidad resolutoria del hospital, un uso balanceado de su capacidad instalada y una diversificación en la atención de la población.

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%	84%				5,8	4,1	2,8				4,6	4,6	5,0		

Fuente: Sistema de informacion Almera

Durante el año 2024, la Unidad de Cuidados Intensivos presentó un comportamiento favorable en relación con los indicadores de gestión establecidos.

• **Porcentaje Ocupacional:** Durante el tercer trimestre de 2025, la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto alcanzó un porcentaje ocupacional del 84%, inferior en 5 puntos porcentuales respecto al mismo periodo de 2024 (89%). Este comportamiento refleja una disminución controlada de la presión asistencial, manteniéndose dentro del rango óptimo (< 90%) establecido institucionalmente.

La menor ocupación se asocia a una mayor rotación de pacientes y reducción en tiempos de estancia, sin afectación de la continuidad ni de la oportunidad del cuidado crítico. En términos de eficiencia, la UCI sostuvo

la capacidad de respuesta requerida, evitando escenarios de sobreocupación o saturación de recurso humano y tecnológico.

- **Promedio de Estancia:** El promedio día de estancia en la UCI presentó una reducción significativa, pasando de 5,5 días en el III trimestre de 2024 a 2,8 días en el mismo trimestre de 2025, lo que equivale a una mejoría del 49 % en la duración promedio de hospitalización.

Este resultado evidencia una mayor eficiencia clínica y operativa, producto de la optimización en los procesos de estabilización, seguimiento interdisciplinario y egreso temprano a unidades de menor complejidad. La tendencia descendente sostenida desde el primer trimestre de 2025 confirma la consolidación de estrategias de gestión del cuidado y planeación del alta temprana en pacientes críticos.

- **Giro Cama:** El giro cama alcanzó un valor de 5,0 pacientes por cama en el III trimestre de 2025, frente a 4,7 en el mismo periodo de 2024, lo que representa un incremento del 6,4 % y supera ampliamente la meta institucional de $\geq 3,2$.

Este desempeño consolida a la unidad como un referente de eficiencia y productividad, con una adecuada utilización de la capacidad instalada, alto flujo de pacientes críticos y sostenimiento de estándares de calidad y seguridad clínica.

La **UCI Adulto** mantuvo un desempeño sobresaliente durante el tercer trimestre de 2025, caracterizado por **alta eficiencia operativa, rotación acelerada de camas y control sostenido de la ocupación**. Los resultados reflejan el impacto positivo de la gestión interdisciplinaria, la vigilancia clínica continua y la implementación de estrategias de optimización de la estancia. En conjunto, estos indicadores consolidan a la unidad como uno de los servicios con **mejor desempeño hospitalario**, garantizando atención oportuna, segura y eficiente para los pacientes críticos.

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%	66%				14,83	12,87	14,09				1,1	1,6	1,6		

Fuente: Sistema de informacion Almera

La Unidad Neonatal durante los años 2024 y 2025 se observa lo siguiente:

- **Porcentaje Ocupacional:** Durante el **III trimestre de 2025**, la Unidad Neonatal registró un **porcentaje ocupacional del 66%**, una disminución de **5 puntos porcentuales** frente al mismo trimestre de **2024 (71%)**.

A pesar de la reducción, el comportamiento se mantuvo dentro del rango esperado ($< 90\%$), lo que indica **disponibilidad operativa y capacidad de respuesta ante picos de demanda**. La menor ocupación se asocia al control de brotes infecciosos y a una gestión más racional del ingreso de recién nacidos, priorizando los casos de mayor complejidad clínica. La distribución equilibrada entre cuidados intensivos, intermedios y básicos permitió mantener la continuidad del cuidado sin episodios de sobrecupo.

- **Promedio de Estancia:** El promedio día de estancia se situó en **14,09 días** en el III trimestre de 2025, frente a **15,58 días** en el mismo periodo de 2024, mostrando una **reducción del 9,6%**.

Esta mejora refleja **avances en la atención integral neonatal**, especialmente en el manejo de patologías respiratorias y gastrointestinales, gracias a la aplicación de protocolos actualizados, fortalecimiento del acompañamiento familiar y seguimiento continuo por parte del equipo interdisciplinario. No obstante, el brote de **rotavirus registrado durante el trimestre** incidió parcialmente en la prolongación de algunas estancias, sin comprometer la estabilidad del indicador ni la seguridad de los pacientes.

- **Giro Cama:** El giro cama de la unidad alcanzó **1,6 pacientes por cama** en el III trimestre de 2025, superando el valor de **1,4** registrado en el mismo trimestre de 2024, lo que representa un **crecimiento del 14%**.

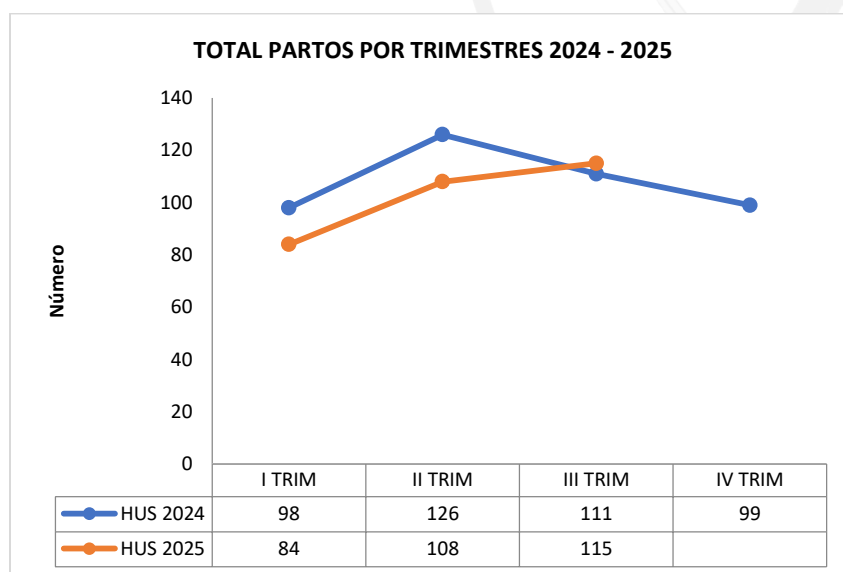
Aunque el indicador aún se encuentra por debajo de la meta institucional ($\geq 1,7$), el resultado muestra **una tendencia positiva sostenida**, con mejor aprovechamiento de la capacidad instalada y un flujo más ágil de egresos respecto al año anterior.

La **Unidad Neonatal** mantuvo un desempeño **estable y en mejora progresiva** durante el tercer trimestre de 2025, con **mayor eficiencia en la rotación de camas y reducción en la estancia promedio**, pese a los retos epidemiológicos.

El resultado evidencia una gestión clínica fortalecida, con protocolos de bioseguridad consolidados y un abordaje integral centrado en la familia. Aunque el **giro cama aún no alcanza la meta estándar**, la tendencia positiva indica un proceso sostenido de optimización operativa que favorece la disponibilidad oportuna de camas y la calidad del cuidado neonatal.

2.2 SEVICIO DE SALA DE PARTOS

Partos, Cesáreas



Fuente: Sistema de información Almera

Durante el **tercer trimestre de 2025**, el Hospital Universitario de la Samaritana reportó un total de **115 partos**

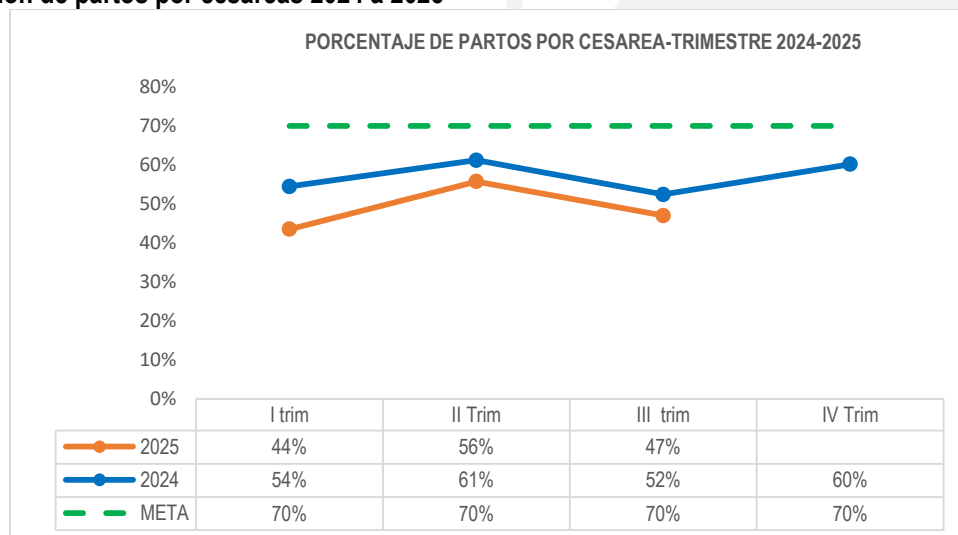
atendidos, lo que representa un **incremento del 3,6%** frente a los **111 partos** del mismo periodo en 2024. Este crecimiento refleja una leve recuperación en la producción obstétrica institucional, posiblemente asociada con variaciones en la demanda, ajustes en la red de servicios o factores estacionales propios del comportamiento materno-perinatal.

De manera coherente con esta tendencia, el servicio de **Ginecoobstetricia** presentó un incremento en los egresos, pasando de **241 en el III trimestre de 2024 a 367 en el mismo periodo de 2025**, lo que representa una **variación positiva del 52,3%**. Este aumento sugiere una mayor complejidad y diversificación en los motivos de hospitalización ginecoobstetricia más allá del parto, reflejando una expansión significativa de la actividad asistencial del servicio.

Cabe destacar que, pese a este aumento en la producción, el servicio ha logrado mantener **buenos indicadores de eficiencia operativa**, con un **promedio de estancia estable (0,81 vs. 0,79 días)** y un **giro cama sostenido**, lo que evidencia una adecuada capacidad de respuesta y optimización del recurso disponible.

El análisis conjunto de los partos atendidos y los egresos de Ginecoobstetricia muestra una **expansión importante en la actividad obstétrica institucional durante el tercer trimestre de 2025**, fortaleciendo la capacidad operativa y de resolución del hospital en este servicio. Se recomienda mantener el seguimiento a esta tendencia, evaluando su sostenibilidad en los próximos trimestres y el posible impacto sobre la red materno-perinatal de referencia.

Proporcion de partos por cesareas 2024 a 2025



Fuente: Sistemas de informacion Almera

Durante los **tres primeros trimestres de 2025**, la institución ha mantenido avances significativos en la reducción de la proporción de partos por cesárea, en línea con los objetivos estratégicos y las metas institucionales.

En el **tercer trimestre de 2025**, el porcentaje de partos por cesárea fue de **47%**, lo que representa una **disminución de 9 puntos porcentuales** respecto al segundo trimestre del mismo año (56%) y de **5 puntos porcentuales** frente al mismo periodo de 2024 (52%). Estos resultados consolidan la tendencia institucional hacia una menor intervención quirúrgica, manteniéndose en todo momento **por debajo de la meta establecida del 70%**, incluso en un contexto de alta complejidad obstétrica.

El comportamiento observado evidencia que, tras un aumento en el segundo trimestre de 2025, se logró una **corrección positiva en el tercer trimestre**, reflejo de la efectividad de las estrategias implementadas, 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, incluyendo la maduración cervical con prostaglandinas (dinoprostona).
- Promoción del parto vaginal después de cesárea (PVDC), respaldada por un equipo clínico entrenado y con liderazgo institucional.

Cabe destacar que estos logros se alcanzan en un escenario clínico especializado, en el que la institución atiende pacientes con **alto riesgo materno y antecedentes obstétricos complejos**. Aun así, el compromiso del equipo de Ginecoobstetricia y el respaldo de la Dirección Científica ha permitido mantener una tasa de cesáreas **consistentemente por debajo de lo históricamente reportado**, consolidando al hospital como referente en calidad obstétrica.

La evolución favorable registrada durante el **tercer trimestre de 2025** demuestra el **impacto positivo de las estrategias institucionales basadas en evidencia** y refuerza la importancia de sostener esta tendencia hacia el cierre del año, consolidando protocolos de parto humanizado y continuando con la promoción del **parto vaginal seguro** como primera alternativa cuando las condiciones clínicas lo permitan.

Oportunidad en el Alta Hospitalaria

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

Fuente: Aplicativo de Egresos

Durante el periodo evaluado, los **tiempos promedios del proceso de egreso** en el Hospital Universitario de la Samaritana se han mantenido en un rango relativamente estable, con una **media general cercana a los 3 días**, tanto en 2024 como en 2025. Sin embargo, se identifican variaciones significativas entre especialidades que permiten inferir oportunidades de mejora en la eficiencia del proceso.

En el **total institucional**, se observa una ligera mejora en 2025, pasando de **3,1 días en el tercer trimestre de 2024 a 2,8 días en el mismo periodo de 2025**, lo que refleja un proceso de egreso más ágil y una mayor capacidad de respuesta para liberar camas.

- **Cirugía General** mostró una reducción leve y sostenida, manteniéndose en **2,3 días en el tercer trimestre de 2025**, lo que la ubica entre las especialidades más eficientes.

- **Cirugía Plástica** experimentó una mejora notable, pasando de **4,3 días en el tercer trimestre de 2024 a 2,9 días en 2025**, lo que evidencia optimización de procesos administrativos y clínicos para la salida del paciente.
- **Cirugía Vascular** se mantuvo estable, con un promedio de **2,4 días en el tercer trimestre de 2025**, dentro de los tiempos adecuados para una especialidad de mediana complejidad.
- **Medicina Interna**, en contraste, presentó tiempos ligeramente más prolongados (**2,7 días en 2024 frente a 2,6 en 2025**), lo que sugiere que, pese a las acciones de mejora, siguen existiendo retos relacionados con la complejidad de los pacientes y la coordinación del alta.
- En la **Unidad Neonatal**, se logró una reducción de **3,4 días en 2024 a 2,8 días en 2025**, mostrando avances importantes en la agilización de trámites y acompañamiento familiar para el egreso.
- **Neurocirugía** continúa siendo uno de los servicios con mayores tiempos, con un promedio de **4,4 días en el tercer trimestre de 2025**, a pesar de una mejora frente al pico de 4,9 días reportado en el segundo trimestre, lo que refleja la alta complejidad de los casos y la necesidad de protocolos más eficientes.
- **Oftalmología y Ortopedia** lograron tiempos de **2,9 días en el tercer trimestre de 2025**, una reducción respecto al 2024, posicionándose en un rango óptimo de eficiencia.
- **Urología** fue la única especialidad que presentó un aumento en los tiempos de egreso, pasando de **3,2 días en el tercer trimestre de 2024 a 3,6 en 2025**, lo que podría estar asociado a la complejidad de los procedimientos o a procesos de coordinación clínica-administrativa que requieren fortalecimiento.

En conclusión, el análisis evidencia una **tendencia general a la reducción de los tiempos de egreso en 2025**, con especialidades como Cirugía Plástica y Neonatología mostrando mejoras notables. No obstante, persisten desafíos en servicios de alta complejidad como Neurocirugía y Urología, donde la coordinación interprofesional y la planeación del alta hospitalaria deben fortalecerse para evitar retrasos innecesarios en la liberación de camas.

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.

Acciones de mejora implementada:

- La medición continúa a través del aplicativo de Egresos, que permite seguimiento diario en tiempo real.
- Retroalimentación específica con las especialidades que presentan mayores desviaciones.
- Socialización semaforizada de resultados en el equipo primario de gestión hospitalaria, destacando fortalezas y señalando áreas críticas.

- Trabajo de la mano con la sala de egreso, teniendo en cuenta que las auxiliares de enfermería están monitoreando las salidas y ayudan en la gestión del proceso de egreso de los pacientes.

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	III TRIM
Cirugía General	1,9	1,9	1,9	0,9	1,6	1,7	1,5
Cirugía Plástica	2,1	1,3	1,3	1,3	1,6	1,3	0,4
Cirugía Vascular Periférica	1,9	2,8	1,5	1,6	1,8	1,6	5,0
Medicina Interna	1,8	2,1	1,8	1,9	2,9	2,9	1,4
Neurocirugía	0,7	1,8	2,3	1,4	1,1	1,9	0,9
Oftalmología	0,9	0,4	0,3	0,4	1,8	0,9	0,7
Ortopedia y Traumatología	0,8	0,7	1,3	0,3	0,9	0,8	0,3
Urología	1,5	1,6	2,6	1,0	2,1	1,8	1,1
Total general	1,4	1,5	1,6	1,2	1,8	1,8	1,0

Fuente: Sistemas de información Almera

Durante el periodo evaluado, se observa una **mejora significativa en la oportunidad de asignación de camas registrada en el mismo trimestre de 2024**. Este resultado refleja un impacto positivo de las estrategias de gestión de camas y coordinación clínica-administrativa, favoreciendo la descongestión de los servicios de urgencias y la continuidad oportuna del cuidado.

- **Cirugía General** mostró una reducción sostenida, alcanzando **1,5 días en el tercer trimestre de 2025**, frente a **1,9 días en 2024**, lo que evidencia un flujo más eficiente en este servicio.
- **Cirugía Plástica** presentó la mayor mejora, pasando de **1,3 días en 2024 a 0,4 día en 2025**, resultado que resalta la efectividad de las acciones implementadas para agilizar los procesos de asignación.
- **Cirugía Vascular Periférica** fue la excepción: registró un incremento considerable, con un promedio de **5,0 días en el tercer trimestre de 2025**, frente a **1,5 día en 2024**, lo que constituye un hallazgo crítico que sugiere limitaciones en la disponibilidad de camas, mayor complejidad de los pacientes o dificultades en la coordinación del ingreso.
- **Medicina Interna** pasó de **1,8 días en 2024 a 1,4 en 2025**, lo que refleja una mejora moderada, especialmente relevante dado el volumen de pacientes que concentra esta especialidad.
- **Neurocirugía** redujo sus tiempos de manera importante, pasando de **2,3 días en 2024 a 0,9 en 2025**, optimizando la oportunidad de atención en un servicio de alta complejidad.

- **Oftalmología y Ortopedia y Traumatología** mantuvieron tiempos muy bajos y estables, con promedios de **0,7 y 0,3 días respectivamente en 2025**, confirmando que la asignación de camas en estas especialidades no representa un cuello de botella.
- **Urología** también mostró mejoría, pasando de **2,6 horas en el tercer trimestre de 2024 a 1,1 horas en 2025**, optimizando su desempeño.

En conclusión, el análisis evidencia que la institución logró **reducir de manera significativa los tiempos promedio de asignación de camas en la mayoría de especialidades durante 2025**, consolidando un promedio institucional de **1 día en el tercer trimestre**. Sin embargo, persisten desafíos puntuales en **Cirugía Vascular Periférica**, donde los tiempos se incrementaron de forma marcada, lo que demanda un análisis detallado de causas y la implementación de medidas correctivas para garantizar la equidad en la oportunidad de acceso hospitalario desde el servicio de urgencias.

2.3 SERVICIO SALA DE CIRUGÍA

Capacidad Operativa

Infraestructura quirúrgica:

El hospital dispone de **siete (7) salas de cirugía habilitadas**, distribuidas de la siguiente manera:

- **Seis (6) salas** destinadas a la atención de **cirugías electivas programadas**, tanto **ambulatorias como con hospitalización**.
- **Una (1) sala exclusiva para procedimientos de urgencia**, que permite atender oportunamente casos críticos o no programados.

Esta infraestructura garantiza la continuidad de la atención quirúrgica y la posibilidad de responder a la demanda tanto programada como emergente.

Disponibilidad de talento humano (Grupos quirúrgicos y anestesia):

La operación quirúrgica se desarrolla bajo un modelo de turnos estructurado que optimiza el uso de los recursos humanos disponibles:

- **De lunes a viernes:**
 - Promedio de **6 grupos quirúrgicos activos** por día.
 - **Lunes a jueves:** 6 grupos en jornada completa.
 - **Viernes:** 6 grupos en la mañana y 5 grupos en la tarde.
- **Jornadas nocturnas:**
 - **2 grupos quirúrgicos** asignados exclusivamente a urgencias.
- **Fines de semana:**
 - **Durante el día:** 2 grupos (1 para cirugía electiva y 1 para urgencias).
 - **Durante la noche:** 2 grupos para urgencias.

En cuanto al **talento humano en anestesia**, el hospital cuenta con un promedio de **seis (6) anestesiólogos activos**, distribuidos de la siguiente manera:

- **Cinco (5) anestesiólogos** asignados a **cirugía electiva** durante la jornada diurna (lunes a viernes).
- **Un (1) anestesiólogo** asignado de forma permanente a la **sala de urgencias**.

Esta limitación en el número de anestesiólogos condiciona la apertura simultánea de salas, ya que, aunque existen siete quirófanos habilitados, solo seis pueden operar de manera concurrente en condiciones normales.

Este esquema operativo refleja el **equilibrio entre infraestructura disponible y recurso humano especializado**, priorizando la continuidad asistencial y la seguridad del paciente, pero también evidenciando la necesidad de **fortalecer la dotación de anestesia** para alcanzar la máxima capacidad instalada.

Talento Humano

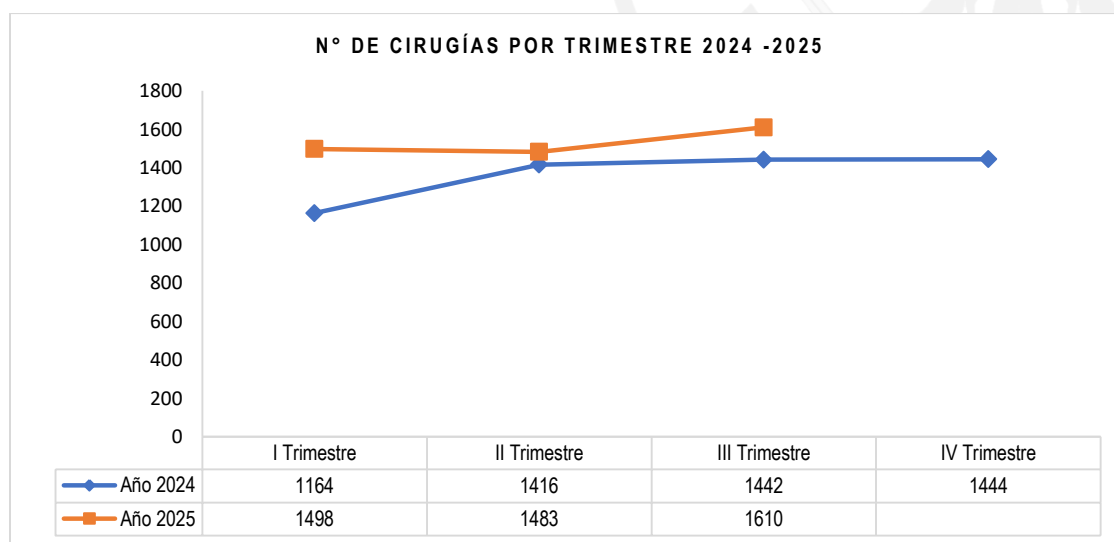
Las especialidades, disciplinas que se desempeñan en el área quirúrgica son:

TALENTO HUMANO DE LA UNIDAD QUIRURGICA	2024				2025		
	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM
Líder del servicio (Profesional Especializado)	1	1	1	1	1	1	1
Técnico III apoyo administrativo unidad quirúrgica	1	1	1	1	1	1	1
Anestesiólogos	17	17	17	17	17	18	19
Instrumentadoras quirúrgicas	17	17	17	17	17	17	18
Enfermeros Profesionales	6	6	6	6	6	6	6
Auxiliares de enfermería	24	24	24	24	24	24	24
Servicios generales	10	10	10	10	10	10	10
Total	76	76	76	76	76	76	76

Fuente: Archivo de la Unidad quirúrgica

INDICADORES DE PRODUCCIÓN, OPORTUNIDAD

Producción de Cirugías por trimestre 2024-2025



Fuente: Sistema de información Dinámica Gerencial

Durante el tercer trimestre de 2025 se realizaron 1.610 cirugías, lo que representa un incremento del 8,6 %

respecto al segundo trimestre del mismo año, en el que se registraron 1.483 cirugías. Este comportamiento evidencia un crecimiento sostenido de la actividad quirúrgica y una consolidación en la capacidad operativa del hospital, resultado de la estabilidad del talento humano, la adecuada planificación de los recursos y la optimización de las salas de cirugía.

Al comparar este resultado con el tercer trimestre de 2024, cuando se efectuaron 1.442 cirugías, se observa un aumento del 11,6 %, lo que confirma la tendencia positiva en la producción quirúrgica anual y refleja el impacto de las estrategias implementadas para optimizar el uso de los quirófanos y mejorar la oportunidad de atención.

En cuanto a la distribución por tipo de cirugía en el tercer trimestre de 2025, del total de 1.610 procedimientos, 1.110 correspondieron a cirugías electivas programadas, lo que representa el 68,9 % del total trimestral. Dentro de este grupo, 550 fueron cirugías ambulatorias (50%) y 555 fueron de hospitalización (50%). Las cirugías de urgencia representaron el 31,1 % (500 cirugías) restante, evidenciando un adecuado equilibrio entre la atención programada y la respuesta ante casos emergentes.

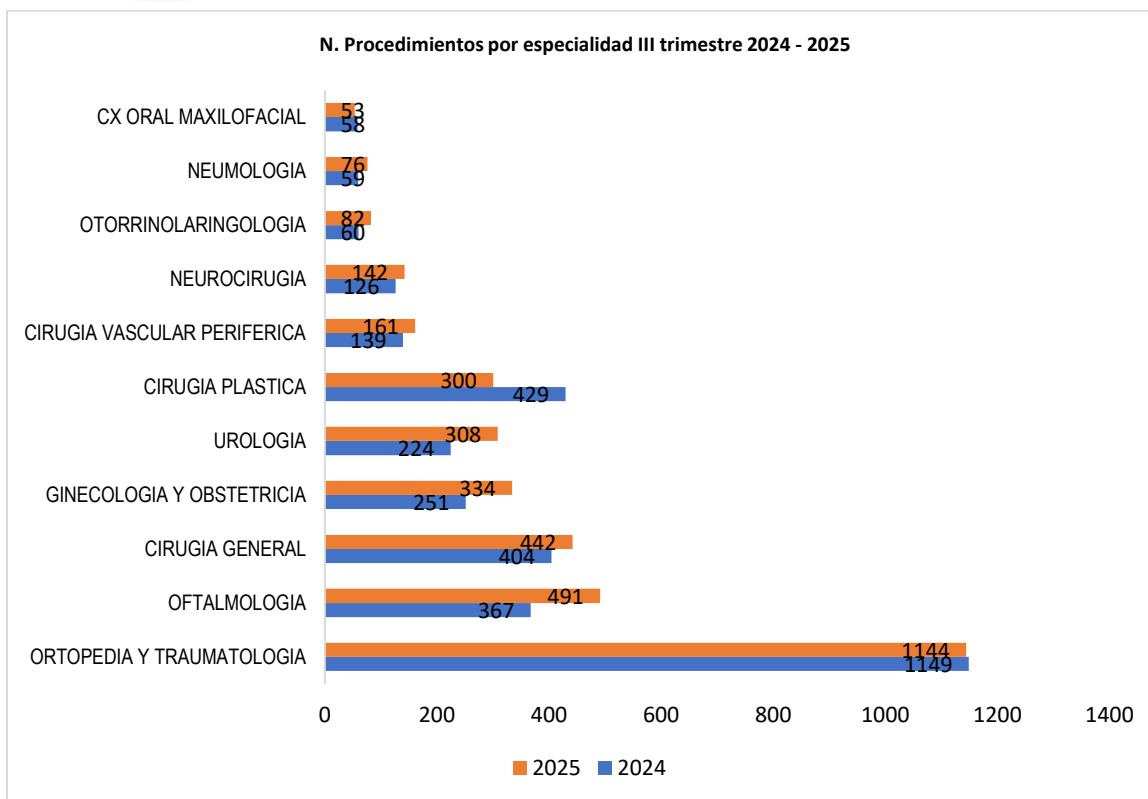
En comparación, durante el segundo trimestre de 2025 las cirugías electivas representaron el 67,03 % (994 procedimientos), de las cuales 521 fueron ambulatorias (52,41 %) y 473 de hospitalización (47,59 %); mientras que las cirugías de urgencia correspondieron al 32,97 % (489 procedimientos).

Por su parte, en el tercer trimestre de 2024, las cirugías electivas programadas representaron el 65,41 % del total (943 procedimientos), con 358 ambulatorias (37,97 %) y 585 de hospitalización (62,03 %), en tanto que las urgencias alcanzaron el 34,59 % (499 procedimientos).

El análisis comparativo demuestra que, además del incremento global en el número de cirugías, en 2025 se observa una mayor participación de la cirugía ambulatoria, lo cual refleja eficiencia en la gestión de camas, mejor planeación quirúrgica y fortalecimiento de los procesos de programación, contribuyendo directamente a la sostenibilidad operativa y financiera del hospital.

Procedimientos quirúrgicos por Especialidad

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



Fuente: Sistema de información Dinámica

Durante el tercer trimestre de 2025, el Hospital registró un total de 3.375 procedimientos quirúrgicos, mostrando estabilidad operativa frente al segundo trimestre (3.375 vs 3.341 cirugías) y un crecimiento del 3,4 % en comparación con el mismo trimestre del año anterior (3.266 procedimientos en 2024).

Este resultado evidencia la madurez del modelo operativo quirúrgico, la optimización de los recursos físicos y humanos, y la consolidación de estrategias orientadas a mantener la continuidad y eficiencia asistencial, a pesar de las limitaciones estructurales y de equipamiento.

Número de Procedimientos quirúrgicos por especialidad 2024 - 2025

ESPECIALIDAD	2024				2025		
	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	I Trim	II Trim	III Trim
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	793	863	1149	1059	1019	1032	1144
OFTALMOLOGIA	314	370	367	340	494	476	491
CIRUGIA GENERAL	370	447	404	367	476	413	442
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	213	283	251	284	266	240	334
UROLOGIA	80	139	224	334	290	287	308
CIRUGIA PLASTICA	379	481	429	363	365	348	300
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	92	121	139	197	224	273	161
NEUROCIRUGIA	107	128	126	171	137	132	142
OTORRINOLARINGOLOGIA	46	51	60	59	56	45	82
NEUMOLOGIA	54	43	59	63	51	60	76

CX ORAL MAXILOFACIAL	26	33	58	76	63	65	53
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	1	8	0	0	0	4	0
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	0	2	0	0	0	0	0
TOTAL	2475	2969	3266	3313	3441	3375	3533

Fuente: Sistema de información Dinámica Gerencial

El volumen quirúrgico global mantiene una tendencia de crecimiento sostenido desde 2024, reflejando la recuperación plena de la capacidad instalada tras la reorganización de salas, asignación de recurso biomédico y mejora en la gestión de programación.

Durante el primer semestre de 2025 se consolidó una producción promedio de 3.400 procedimientos trimestrales, superando de manera sostenida los registros del año anterior.

Especialidades más representativas

Las especialidades que concentraron la mayor proporción de la actividad quirúrgica durante el III trimestre de 2025 fueron:

- Ortopedia y Traumatología, con 1.144 procedimientos, equivalente al 33,9 % del total, se mantiene como la línea quirúrgica más productiva del hospital. El incremento respecto a 2024 (1.129 cirugías) se asocia directamente con la disponibilidad permanente de dos salas quirúrgicas para ortopedia y un Arco en C exclusivo, medida implementada desde septiembre, que ha permitido mayor resolución de casos acumulados y optimización de la programación.
- Oftalmología ocupó el segundo lugar con 491 procedimientos (14,5 %), registrando un aumento frente al mismo periodo de 2024 (367 procedimientos, +33,7 %). Este crecimiento responde a la expansión de la cirugía ambulatoria y al aprovechamiento de jornadas extendidas con alta rotación de pacientes.
- Cirugía General registró 442 procedimientos (13,1% del total), manteniendo una tendencia estable en comparación con el año anterior (404 en 2024, +9,4%), reflejando eficiencia en la programación y reducción de cancelaciones.
- Ginecología y Obstetricia reportó 334 procedimientos (9,9 %), con una leve alza respecto al mismo trimestre del año anterior (251 en 2024, +33 %), gracias al fortalecimiento de la atención quirúrgica programada y a la coordinación con hospitalización para aumentar la capacidad resolutive.
- Urología alcanzó 308 cirugías (9,1%), con un crecimiento significativo frente a 2024 (224 cirugías, +37,5%), impulsado por el aumento de procedimientos endoscópicos y urológicos complejos.

En conjunto, estas cinco especialidades representaron el 80,5 % del total de procedimientos realizados, constituyendo el eje estratégico de la operación quirúrgica institucional.

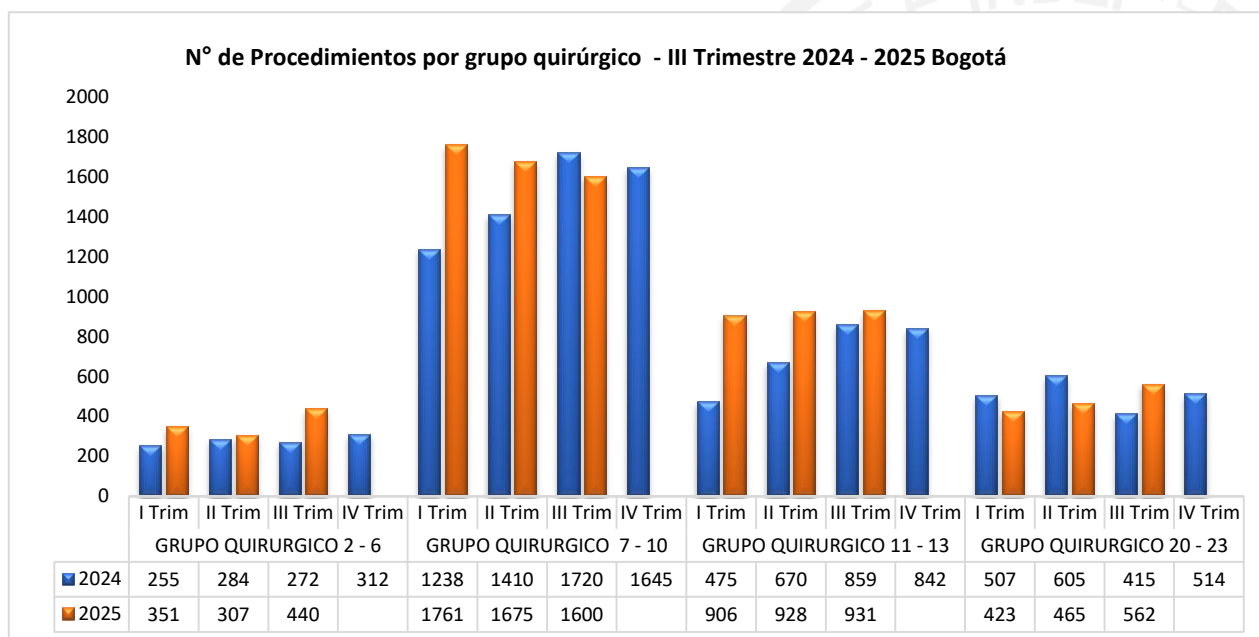
3. Especialidades de crecimiento y estabilidad

Además del núcleo productivo principal, se destacan otras especialidades que, aunque con menor volumen, mostraron mejoras relevantes en su desempeño:

- Cirugía Vascular Periférica creció de 139 a 161 procedimientos (+15,8 %), fortaleciendo la oferta de alta complejidad.

- Otorrinolaringología y Cirugía Oral y Maxilofacial se mantuvieron estables, consolidando la atención ambulatoria de baja estancia.
- Neurocirugía aumentó de 126 a 142 procedimientos (+12,7 %), reflejando mayor disponibilidad de sala y soporte técnico.
- Cirugía Plástica registró 300 procedimientos, mostrando una ligera reducción frente a 2024 (429 procedimientos, -30 %), atribuible a la priorización de recursos hacia especialidades con mayor demanda institucional.

Procedimientos por Grupo Quirúrgico III Trimestre 2024 - 2025



Fuente: Sistema de información Dinámica Gerencia

Durante el tercer trimestre de 2025 se realizaron 3.533 procedimientos quirúrgicos, evidenciando un incremento del 4.7% frente al segundo trimestre del mismo año (3.375 procedimientos) y un aumento del 8.2% con respecto al tercer trimestre de 2024 (3.266 procedimientos). El comportamiento global refleja una tendencia de crecimiento sostenido, derivada de la consolidación de la cirugía electiva, la mejor planeación quirúrgica y la continuidad en la disponibilidad del talento humano asistencial.

Grupo quirúrgico 2-6

Durante el trimestre se realizaron 440 procedimientos, que representan el 12.5% del total de la producción quirúrgica.

En comparación con el segundo trimestre de 2025 (407 procedimientos), se observa un aumento del 8.1%, evidenciando una mejora en la gestión operativa de los procedimientos de baja y mediana complejidad. Respecto al tercer trimestre de 2024 (272 procedimientos), se presenta un crecimiento del 61.8%, el más alto entre los grupos analizados, reflejando la consolidación de la cirugía ambulatoria y un mayor aprovechamiento de la capacidad instalada.

Grupo quirúrgico 7–10

Este grupo continúa siendo el más representativo, con 1.600 procedimientos, equivalentes al 45.3% del total del trimestre.

Comparado con el segundo trimestre de 2025 (1.575 procedimientos), el volumen se mantuvo estable (variación de 1.6%), confirmando una operación sostenida en las especialidades de alta demanda. En relación con el tercer trimestre de 2024 (1.410 procedimientos), se registra un incremento del 13.5%, lo que demuestra el fortalecimiento de la productividad en especialidades quirúrgicas de mayor complejidad y la eficiencia en la rotación de salas.

Grupo quirúrgico 11–13

Se realizaron 931 procedimientos, que corresponden al 26.4% del total del trimestre. Frente al segundo trimestre de 2025 (928 procedimientos), se mantiene un comportamiento estable (variación del 0.3%), lo cual confirma la consistencia en la demanda de servicios y la capacidad de respuesta de las salas quirúrgicas.

En comparación con el tercer trimestre de 2024 (859 procedimientos), se evidencia un incremento del 8.4%, consolidando el crecimiento sostenido en especialidades como ortopedia, cirugía general y ginecología.

Grupo quirúrgico 20–23

Durante el trimestre se efectuaron 562 procedimientos, que representan el 16% del total de la producción quirúrgica.

En comparación con el segundo trimestre de 2025 (465 procedimientos), se observa un incremento del 20.9%, reflejando la reactivación de la cirugía ambulatoria y de mediana complejidad. Respecto al tercer trimestre de 2024 (415 procedimientos), se presenta un aumento del 35.4%, confirmando un crecimiento sostenido en la productividad de este grupo y una mejor utilización de la infraestructura quirúrgica.

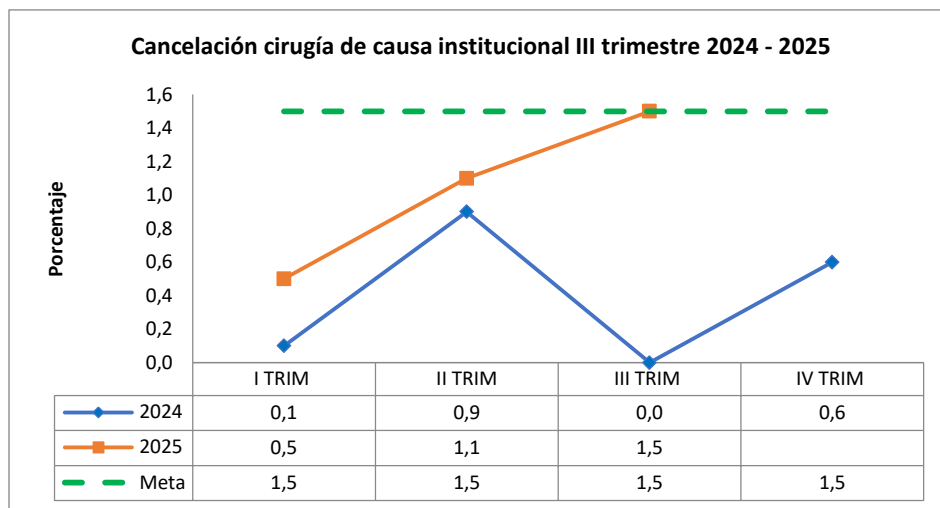
Conclusión general

- El tercer trimestre de 2025 muestra una tendencia positiva en la productividad quirúrgica, con un crecimiento continuo respecto al año anterior y un comportamiento favorable frente al trimestre previo.
- Los grupos 20–23 y 2–6 presentaron los incrementos más significativos, mientras que los grupos 7–10 y 11–13 mantuvieron una participación estable y alta en el total institucional.
- Estos resultados evidencian una gestión eficiente de los recursos quirúrgicos, la optimización del talento humano y una planeación adecuada que contribuye a la sostenibilidad y desempeño operativo del bloque quirúrgico.

Cancelación de Cirugía Electiva

Cancelación de cirugía de causa institucional por trimestre 2024 a 2025

Descripción	2024					2025			
	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	TOTAL	I TRIM	II TRIM	III TRIM	TOTAL
% Cancelación	0.1%	0.9%	0.0%	0.6%	0.4%	0.4%	1.1%	1.5%	1.0%
Nº cancelaciones	1	8	0	6	15	4	11	18	33
Nº cirugías programadas	724	927	959	940	3550	983	1025	1177	3185
Meta	2 a 2,5				1.5				



Fuente: Sistema de información Dinámica Gerencial

Durante el tercer trimestre de 2025, el indicador de cancelaciones quirúrgicas por causa institucional reportó un total de 18 casos, equivalentes al 26.8% del total de cancelaciones registradas en el periodo. Si bien esta cifra muestra un aumento frente al trimestre anterior (11 casos en el II trimestre de 2025), el comportamiento continúa dentro de márgenes controlados, aunque evidencia un crecimiento sostenido de los factores internos que afectan la programación quirúrgica.

En contraste, durante el tercer trimestre del 2024 no se presentaron cancelaciones por causa institucional, lo que subraya una tendencia al alza durante 2025 que requiere seguimiento y medidas preventivas en los procesos operativos y logísticos del área quirúrgica.

Las cancelaciones institucionales se concentraron principalmente en:

- Ortopedia y Traumatología (9 casos): vinculadas a prolongación de procedimientos, limitación de salas y falta de instrumental quirúrgico.
- Urología (3 casos): por falta de instrumental y reasignación de salas por urgencias.
- Neurocirugía (3 casos): una por prolongación de cirugía anterior y otra por retrasos operativos.
- Cirugía General, Plástica y de Tórax (1 caso cada una): asociadas a contingencias logísticas o ausencia de recurso quirúrgico específico.

De los 18 casos institucionales, 15 fueron reprogramados (83%), lo que refleja una respuesta eficiente del equipo de coordinación quirúrgica.

Sin embargo, estos eventos impactan la productividad global del bloque quirúrgico, pues implican reorganización de agendas, reasignación de personal y eventual dilación en los tiempos de atención del paciente.

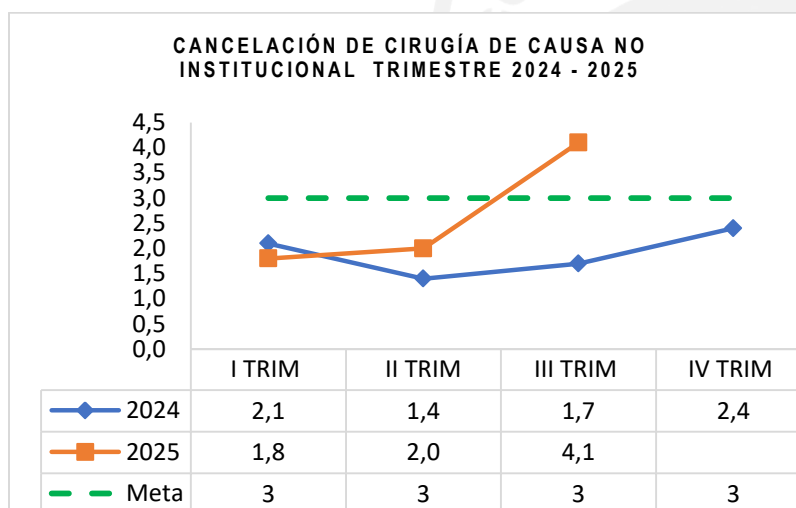
El análisis comparativo muestra una tendencia al incremento en cancelaciones institucionales durante 2025, pasando de 0 casos (III trim. 2024) a 11 casos (II trim. 2025) y luego 18 casos (III trim. 2025). Aunque el indicador se mantiene dentro del umbral aceptable (<1.5%), este crecimiento evidencia mayores tensiones en la capacidad operativa y logística del bloque quirúrgico.

Los hallazgos reafirman la necesidad de:

- Fortalecer el plan maestro de programación y flujo de sala.
- Mejorar los procesos de esterilización, reposición y control de instrumental quirúrgico.
- Garantizar coordinación efectiva entre cirugía, anestesia y enfermería para prevenir retrasos y cancelaciones por causas internas.
- Implementar una alerta temprana institucional para identificar riesgos logísticos antes del día de la cirugía.

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

Descripción	2024					2025			
	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	TOTAL	I TRIM	II TRIM	III TRIM	TOTAL
% Cancelación	2.1%	1.4%	1.7%	2.4%	1.9%	1.8%	2.0%	4.1%	2.7%
Nº cancelaciones	15	13	16	23	67	18	20	48	86
Nº cirugías programadas	724	927	959	940	3550	982	1025	1177	3184
Meta	2.5					3			



Fuente: Sistema de información Dinámica

Durante el tercer trimestre de 2025, se registraron 48 cancelaciones quirúrgicas por causas no institucionales de un total de 1.177 cirugías programadas, lo que equivale a una tasa del 4.08%. Este resultado se sitúa por encima de la meta institucional del 3%, vigente desde el cuarto trimestre de 2024.

Sin embargo, es importante resaltar que a partir del tercer trimestre de 2025 se implementó un ajuste en la metodología de reporte, pasando de contabilizar únicamente las cancelaciones no reprogramadas a registrar todas las cancelaciones, independientemente de si posteriormente fueron reprogramadas o realizadas. Este cambio en la medición explica en gran parte el incremento observado en la tasa, sin representar necesariamente un deterioro en la gestión o un aumento real en las causas clínicas o administrativas.

En comparación, durante el segundo trimestre de 2025, el indicador alcanzó una tasa del 2.0% (20 cancelaciones de 1.025 cirugías), cumpliendo satisfactoriamente la meta. En el tercer trimestre de 2024, la tasa fue del 1.7%, también inferior a la meta ajustada de 2%. Estos resultados previos evidencian una tendencia de buen control de las causas externas hasta el cambio metodológico implementado en 2025.

Las 48 cancelaciones no institucionales se distribuyeron de la siguiente manera:

Especialidad	N° Cancelaciones
Ortopedia y Traumatología	12
Oftalmología	8
Cirugía General	5
Cirugía Plástica	5
Neurocirugía	4
Urología	4
Cirugía Vascular Periférica	3
Ginecología y Obstetricia	3
Neumología	2
Cirugía de Tórax	1
Cirugía Oral y Maxilofacial	1
Total	48

Fuente: Sistema de información Dinámica

Las especialidades más afectadas son Ortopedia y Traumatología y Oftalmología, las cuales concentran casi la mitad de los casos y se caracterizan por alto volumen de cirugías ambulatorias, dependencia de la preparación preoperatoria y sensibilidad a condiciones clínicas del paciente.

A partir del análisis de las observaciones consignadas en los registros, las principales causas no institucionales fueron:

- Patología no controlada o paciente no apto clínicamente (16 casos): Hipertensión arterial descompensada, síntomas respiratorios, fiebre, alteraciones metabólicas o hallazgos clínicos imprevistos.
- Ausencia o cancelación voluntaria del paciente (5 casos): Inasistencia o desistimiento el día del procedimiento.
- Problemas administrativos o de aseguramiento (4 casos): Falta de afiliación, ausencia de autorización o cambio de EPS.
- Valoración pendiente o cambio de conducta médica (3 casos): Solicitud de nueva valoración por cardiología, medicina interna o anestesia.
- Preparación inadecuada (2 casos): Incumplimiento de ayuno o preparación preoperatoria.
- Otros (18 casos): Situaciones clínicas o administrativas diversas no clasificadas.

De las 48 cancelaciones no institucionales, 22 fueron posteriormente reprogramadas (45.8%), reflejando capacidad de respuesta y reorganización de la agenda quirúrgica.

El aumento observado en el tercer trimestre de 2025 no obedece a un deterioro operativo, sino al ajuste en la

metodología de registro de cancelaciones, que ahora incluye todos los casos, reprogramados o no. Este cambio mejora la trazabilidad y la transparencia de la información, aunque genera un incremento aparente en la tasa.

La tasa de cancelaciones no institucionales del 4.08% durante el III trimestre de 2025 debe interpretarse a la luz del nuevo esquema de reporte total de cancelaciones.

Aunque el valor supera la meta del 3%, este incremento responde principalmente al ajuste metodológico y no a un deterioro real en la gestión clínica o administrativa.

El hospital mantiene un control adecuado de los factores internos, y las cancelaciones continúan concentrándose en causas atribuibles al paciente o a condiciones ajenas al servicio quirúrgico.

2.4 SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

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 plenamente 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 ofrece servicios especializados en áreas como Hematología Especial, Inmunoquímica, Microbiología, Inmunología Especial y Autoinmunidad, Biología Molecular y otras pruebas de alta complejidad, lo que permite brindar una atención centrada en el paciente, con enfoque en la seguridad clínica y la efectividad diagnóstica.

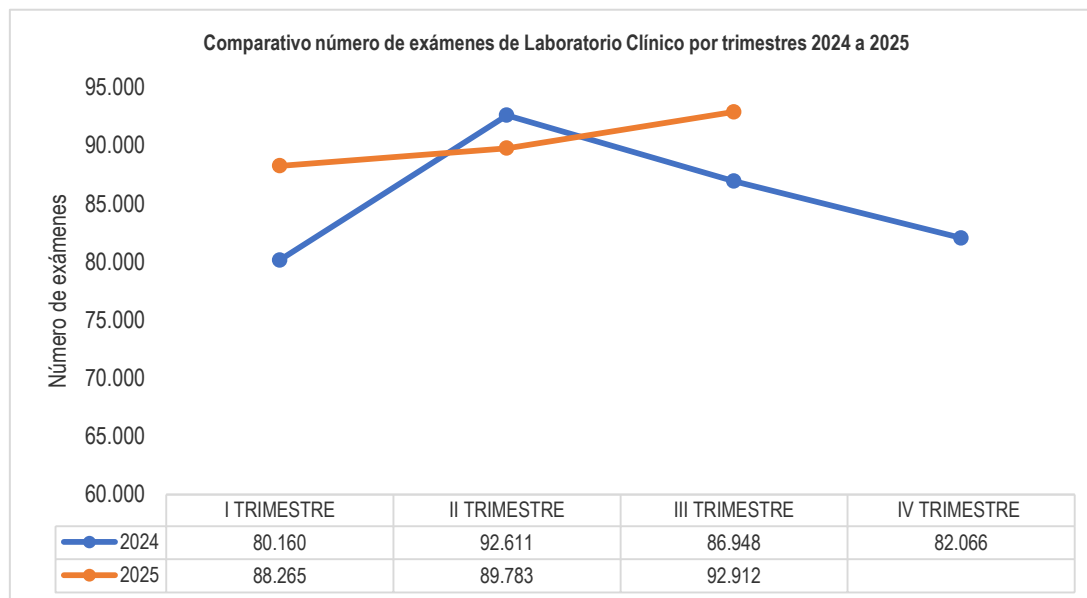
Este informe presenta los resultados correspondientes al tercer trimestre de 2025, periodo en el cual se evidenció un crecimiento sostenido en la productividad, estabilidad en los indicadores de oportunidad y mejora en la calidad del proceso pre analítico, reafirmando el compromiso del Laboratorio Clínico con la mejora continua y la seguridad del paciente dentro de un entorno universitario de alta complejidad.

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

Fuente: Archivo del Laboratorio clínico

1. INDICADORES DE PRODUCCIÓN, OPORTUNIDAD

Productividad de laboratorio clínico por trimestres



Fuente: Sistema de Gestión de la Información ALMERA

En el tercer trimestre de 2025, el Laboratorio Clínico procesó 92.912 exámenes, lo que representa un incremento de 3.129 exámenes, en comparación con el segundo trimestre de 2025 (89.783 exámenes), equivalente a una variación positiva del 3,5%. Así mismo, frente al mismo periodo del año 2024 (86.948 exámenes), se observa un aumento de 5.964 exámenes, que corresponde a un crecimiento del 6,9%, evidenciando una tendencia favorable en el comportamiento de la producción de exámenes en este periodo.

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	TRIM III
Urgencias	CANTIDAD	29.907	37.365	34.536	30.721	34.118	36.435	38.376
	PORCENTAJE	37,3	40,3	39,7	37,4	38,7	40,6	41,3
Hospitalización	CANTIDAD	47.651	52.938	49.902	47.926	50.048	49.834	50.998
	PORCENTAJE	59,4	57,2	57,4	58,4	56,7	55,5	54,9
Consulta Externa	CANTIDAD	2.602	2.308	2.510	3.419	4.099	3.514	3.538
	PORCENTAJE	3,3	2,5	2,9	4,2	4,6	3,9	3,8
Total	CANTIDAD	80.160	92.611	86.948	82.066	88.265	89.783	92.912

Fuente: Sistema de Gestión de la Información ALMERA

En el tercer trimestre de 2025, para el servicio de Urgencias se realizaron 38.376 exámenes, lo que representa un aumento de 1.941 exámenes respecto al segundo trimestre de 2025 (36.435), equivalente a un 5,3% más. Frente al tercer trimestre de 2024 (34.536), el incremento fue de 3.840 exámenes, es decir un 11,1%.

En Hospitalización, se procesaron 50.998 exámenes, con un crecimiento de 1.164 exámenes frente al segundo trimestre de 2025 (49.834), correspondiente a un 2,3%. En comparación con el tercer trimestre de 2024 (49.902), el aumento fue de 1.096 exámenes, equivalente a un 2,2%.

En cuanto a Consulta Externa, se realizaron 3.538 exámenes, lo que significó un ligero incremento de 24 pruebas respecto al segundo trimestre de 2025 (3.514), equivalente a un 0,7%. En contraste con el tercer trimestre de 2024 (2.510), el crecimiento fue mucho más significativo, con 1.028 exámenes adicionales, lo que representa un 41% más.

Exámenes por servicios y paciente por trimestre 2024- 2025

Servicio	2024				2025		
	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM
Urgencias	10,8	11,8	11,2	10,3	11,5	12	12
Hospitalización	53,1	55,1	46,6	48,1	51	42	40,9
Consulta Externa	3,5	4,2	4,3	4,8	4,9	4,9	5,1

Fuente: Sistema de Gestión de la Información ALMERA

Durante el tercer trimestre de 2025, el servicio de Urgencias presentó una relación de 12 exámenes por paciente, valor que se mantiene igual frente al trimestre inmediatamente anterior, donde también se registraron 12 exámenes por paciente. Sin embargo, al comparar con el tercer trimestre de 2024, en el cual la relación fue de 11,2 exámenes por paciente, se evidencia un incremento, lo que refleja una tendencia al aumento en la demanda diagnóstica de este servicio.

En el servicio de Hospitalización, la relación de exámenes por paciente fue de 40,9 durante el tercer trimestre de 2025, lo que representa una disminución frente al segundo trimestre de 2025 (42 exámenes por paciente), y una reducción más marcada respecto al tercer trimestre de 2024 (46,6 exámenes por paciente). Este comportamiento sugiere un ajuste en el número de pruebas solicitadas durante la hospitalización.

Por su parte, en el servicio de Consulta Externa, la relación fue de 5,1 exámenes por paciente en el tercer trimestre de 2025, cifra superior al segundo trimestre del mismo año (4,9 exámenes por paciente) y al tercer trimestre de 2024 (4,3 exámenes por paciente), lo cual evidencia un crecimiento sostenido en la complejidad diagnóstica en este ámbito de atención.

Distribución de exámenes de Laboratorio Clínico por áreas III trimestre de 2025

TOTAL DE EXÁMENES POR ÁREAS (III TRIMESTRE DE 2025)		
Área	TOTAL TRIM III	PORCENTAJE
Inmunoquímica	56.197	60,5
Hematología	11.958	12,9
Coagulación	8.322	9,0
POCT- G.A	4.954	5,3
Microbiología	4.522	4,9
Microscopia	2.496	2,7
Remisiones externas (Lab derivación)	2.135	2,3
Inmunología especial	1.329	1,4
Tuberculosis (PCR+ cultivo + bk)	353	0,4
Otros	646	0,7

Fuente: Sistema de Gestión de la Información ALMERA Y LABCORE

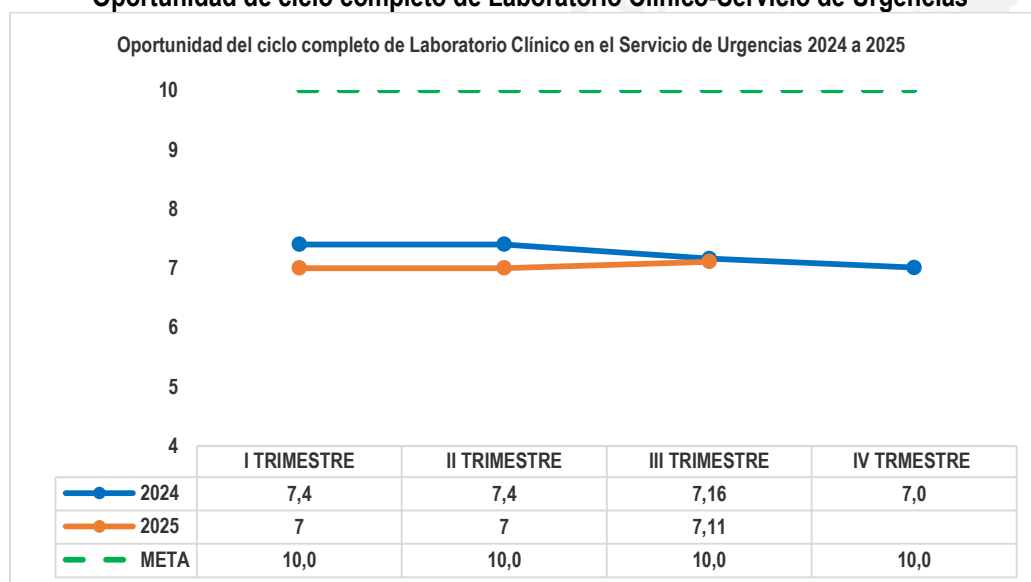
La mayoría de los exámenes se concentran en las áreas de Inmunoquímica y Hematología, con una distribución variada en las demás áreas, destacando la diversidad de pruebas realizadas en el Laboratorio Clínico. Las áreas con mayor volumen de exámenes en los diferentes servicios se distribuyen de la siguiente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

Oportunidad de ciclo completo de Laboratorio Clínico-Servicio de Urgencias



Fuente: Sistema de Gestión de la Información ALMERA

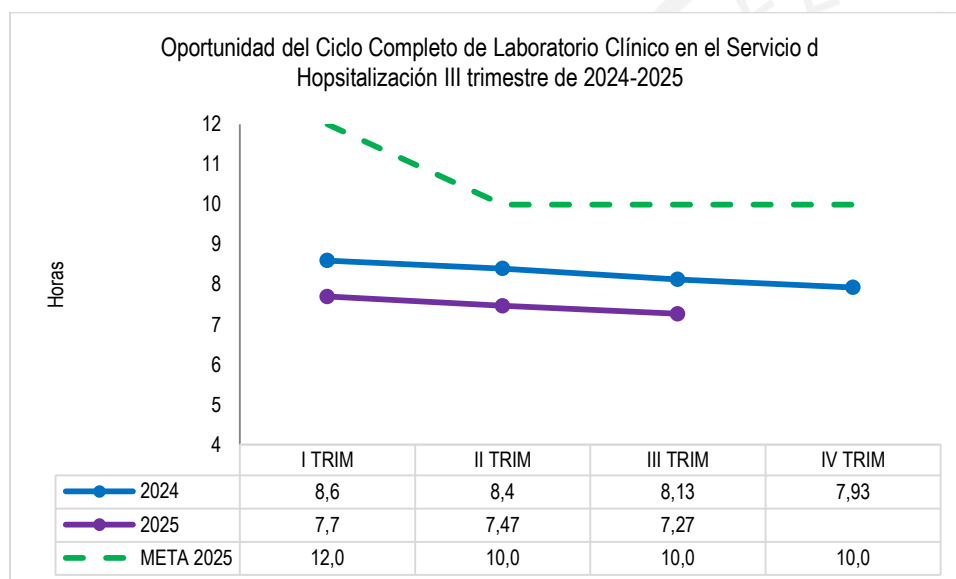
Durante el tercer trimestre de 2025, el indicador de oportunidad del ciclo completo para el Servicio de Urgencias registró un valor de 7,11 horas, lo que representa un ligero aumento de 0,11 horas (6,6 minutos) frente al segundo trimestre del mismo año, en el cual se reportó un promedio de 7,0 horas. Esta variación mínima no resulta significativa y mantiene el indicador dentro de los rangos de estabilidad operativa del servicio. En comparación con el tercer trimestre de 2024, donde el promedio fue de 7,16 horas, se evidencia una mejora leve de 0,05 horas (3 minutos), lo que demuestra la sostenibilidad del desempeño favorable alcanzado.

El valor actual se mantiene 2,89 horas por debajo de la meta institucional de 10,0 horas, reflejando la eficiencia y efectividad del proceso operativo y la respuesta oportuna del Laboratorio Clínico ante las demandas del servicio de urgencias. Este comportamiento reafirma la consolidación de las estrategias

implementadas, tales como el monitoreo permanente de los tiempos de ciclo completo mediante el sistema ALMERA, la priorización en la recepción, procesamiento y validación de muestras urgentes, la coordinación efectiva con el personal asistencial y la revisión periódica de la distribución del recurso humano.

En conjunto, los resultados del trimestre reflejan un desempeño estable y controlado del indicador, evidenciando el compromiso del equipo del Laboratorio Clínico con la mejora continua, la eficiencia operativa y la seguridad del paciente en un servicio de alta criticidad como el de urgencias

Oportunidad de ciclo completo de Laboratorio Clínico-Servicio de Hospitalización



Fuente: Sistema de Gestión de la Información ALMERA

Durante el tercer trimestre de 2025, el indicador de oportunidad del ciclo completo para el Servicio de Hospitalización registró un valor de 7,27 horas, lo que representa una mejora frente al segundo trimestre del mismo año, en el cual se obtuvo un promedio de 7,47 horas. Esta reducción de 0,20 horas (12 minutos) evidencia una tendencia favorable hacia la optimización de los tiempos de respuesta y consolida la mejora progresiva observada durante el año.

Al comparar con el tercer trimestre de 2024, cuyo valor fue de 8,13 horas, se observa una disminución de 0,86 horas (51,6 minutos), lo que refleja una mejora sostenida en la eficiencia del proceso y un impacto positivo de las estrategias implementadas para fortalecer la oportunidad en la entrega de resultados. Cabe destacar que, a partir del segundo trimestre de 2025, la meta institucional se ajustó de 12,0 a 10,0 horas, en coherencia con los logros alcanzados y el desempeño sostenido del resultado del indicador por debajo del valor meta.

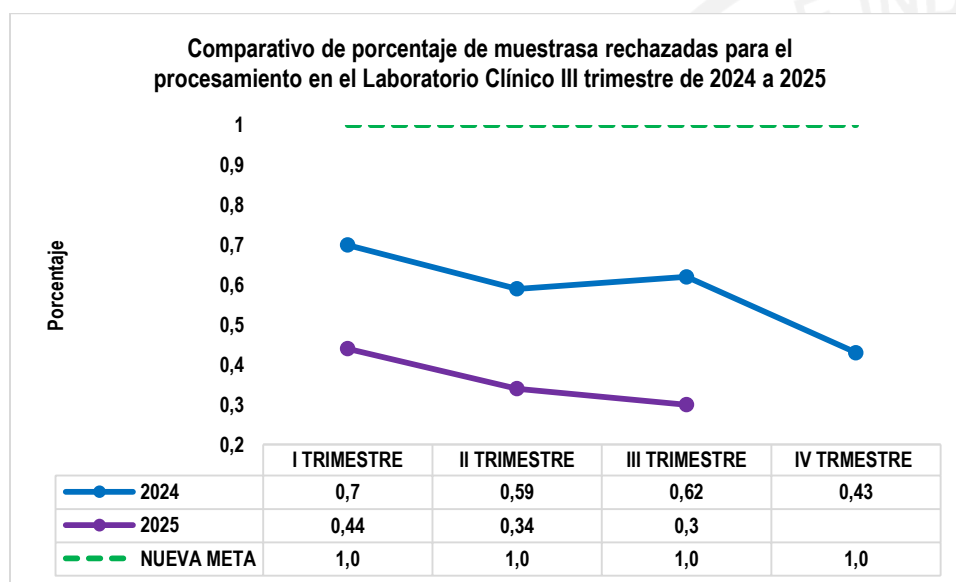
El comportamiento del indicador durante el 2025 ha mostrado una tendencia descendente constante: de 7,7 horas en el primer trimestre a 7,27 horas en el tercero, logrando un promedio anual de 7,48 horas, lo que evidencia un cumplimiento superior a la meta y una mejora de 0,79 horas (47 minutos) respecto al promedio anual de 2024 (8,27 horas).

Entre los factores que han contribuido a este resultado se encuentran la mejora en la trazabilidad del proceso

pre analítico, la optimización de la logística de transporte interno de muestras, la coordinación efectiva entre el personal asistencial y el equipo de laboratorio, y la implementación de acciones de retroalimentación continua orientadas al fortalecimiento del cumplimiento de tiempos.

En conjunto, los resultados evidencian una eficiencia sostenida del proceso y el cumplimiento consistente de la meta institucional, reafirmando el compromiso del Laboratorio Clínico con la mejora continua, la calidad del servicio y la seguridad del paciente hospitalizado.

Porcentaje de muestras de laboratorio clínico rechazadas para procesamiento



Fuente: Sistema de Gestión de la Información ALMERA

Durante el tercer trimestre de 2025, el Laboratorio Clínico recibió un total de 31.914 muestras, de las cuales 98 fueron rechazadas, lo que corresponde a un 0,30% de rechazo. Las principales causas de rechazo continúan asociadas a la presencia de muestras coaguladas, hemolizadas, insuficientes o diluidas.

El valor registrado en el tercer trimestre (0,30 %) representa una disminución del 11,8 % respecto al segundo trimestre del mismo año (0,34 %), lo que evidencia una tendencia sostenida a la mejora en el indicador.

Asimismo, al comparar con el tercer trimestre de 2024, donde el valor alcanzado fue de 0,62 %, se observa una reducción del 51,6%, lo que demuestra una mejora continua y consolidación de las estrategias implementadas en el proceso pre analítico.

Entre las acciones que han contribuido al mantenimiento y mejora del indicador se destacan:

1. Fortalecimiento continuo de la capacitación del personal asistencial en los criterios de aceptación y rechazo de muestras.
2. Supervisión permanente en los puntos de toma de muestra, con especial atención a los servicios de Urgencias y UCI.
3. Retroalimentaciones periódicas y dirigidas a los equipos clínicos sobre las principales causas de rechazo detectadas.

4. Monitoreo sistemático de las no conformidades del proceso pre analítico, con registro y análisis en el para el desarrollo de planes de mejora.

Estos resultados reflejan el impacto positivo de las acciones de seguimiento y control implementadas por el equipo del Laboratorio Clínico, alineadas con los objetivos institucionales de calidad, seguridad del paciente y mejora continua de los procesos asistenciales.

Oportunidad de la notificación e interpretación de exámenes con valores críticos 2024-2025

CÓDIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICIÓN	META	2024				2025		
				I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM
2139	Oportunidad en la interpretación de exámenes de laboratorio Clínico con valores críticos en Hospitalización	Desde que se notifica hasta la interpretación en DHG	6 HORAS	4,46	4,4	4,16	4,10	4	4,1	4,3
2140	Oportunidad en la interpretación de exámenes de laboratorio Clínico con valores críticos en Urgencias	Desde que se notifica hasta la interpretación en DHG	4 HORAS	3,04	3	3,08	3,05	3	3,12	3,2

Fuente: Sistema de Gestión de la Información ALMERA

Indicador 2139 – Oportunidad en la interpretación de exámenes de laboratorio clínico con valores críticos en Hospitalización.

Durante el tercer trimestre de 2025 se registró un tiempo promedio de 4,30 horas, frente a 4,10 horas en el segundo trimestre del mismo año, lo que representa un incremento de aproximadamente 12 minutos. Al comparar este resultado con el tercer trimestre de 2024 (4,16 horas), se evidencia un aumento cercano a 8 minutos. Pese al ligero incremento, el resultado se mantiene dentro de la meta institucional de ≤ 6 horas, reflejando continuidad en el cumplimiento del estándar de oportunidad en la atención de pacientes hospitalizados.

Indicador 2140 – Oportunidad en la interpretación de exámenes de laboratorio clínico con valores críticos en Urgencias.

En cuanto al indicador de Oportunidad en la interpretación de exámenes de laboratorio clínico con valores críticos en Urgencias, se observó un tiempo promedio de 3,20 horas en el tercer trimestre de 2025, frente a 3,12 horas en el segundo trimestre del mismo año, lo que equivale a un aumento de aproximadamente 5 minutos. En comparación con el tercer trimestre de 2024 (3,08 horas), se presenta un incremento cercano a 7 minutos. A pesar del leve aumento, el resultado continúa dentro de la meta institucional de ≤ 4 horas, evidenciando mantenimiento del desempeño adecuado en la oportunidad de interpretación de resultados críticos en el servicio de Urgencias.

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

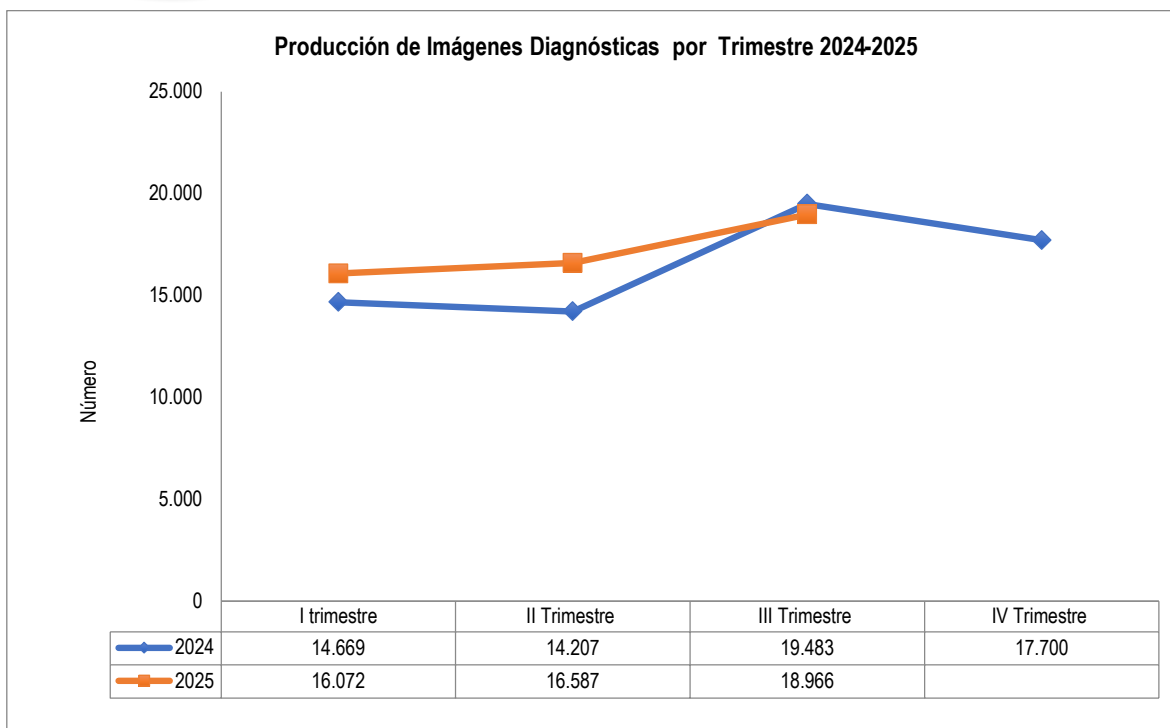
Talento humano imágenes diagnósticas

ERFIL	2025		
	I trim	II trim	III trim
Especialista en radiología	10	10	10
Tecnólogos en Imágenes diagnósticas	15	15	15
Auxiliares de Enfermería	8	8	8
Camillero	1	1	1
Transcriptoras	3	3	3
Auxiliar administrativos Entrega de Resultado	1	1	1
Auxiliar administrativo asignación de Citas	2	2	2
Secretario	1	1	1
Coordinador	1	1	1
personal en reubicación por salud laboral	3	3	3
TOTAL	45	45	45

Fuente: Archivo de Imágenes dignosticas

INDICADORES DE PRODUCCIÓN

Comparativo Producción III Trimestre 2024-2025



Fuente: Sistema de Información Dinámica Gerencial

En comparación con el periodo inmediatamente anterior, se evidenció un aumento en la producción de aproximadamente el 13%, asociado al incremento en la demanda de pacientes de la Nueva EPS con requerimientos de imágenes diagnósticas. Las áreas con mayor crecimiento fueron hospitalización (14%), ambulatorios (11%) y urgencias (9%).

No obstante, al comparar con el mismo periodo de la vigencia 2024, se observa una leve disminución del 3%, equivalente a 517 estudios menos. Esta reducción se concentró principalmente en el área de urgencias, donde la disminución fue del 16%, representando 726 estudios menos.

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

- Hemodinamia: 53%
- Resonancia Magnética: 30%
- Doppler: 28%
- Intervencionismo: 20%

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

- Hemodinamia: Aumento del 32%
- Resonancia: 32%
- Doppler: Aumento del 26%
- Intervencionismo -7%

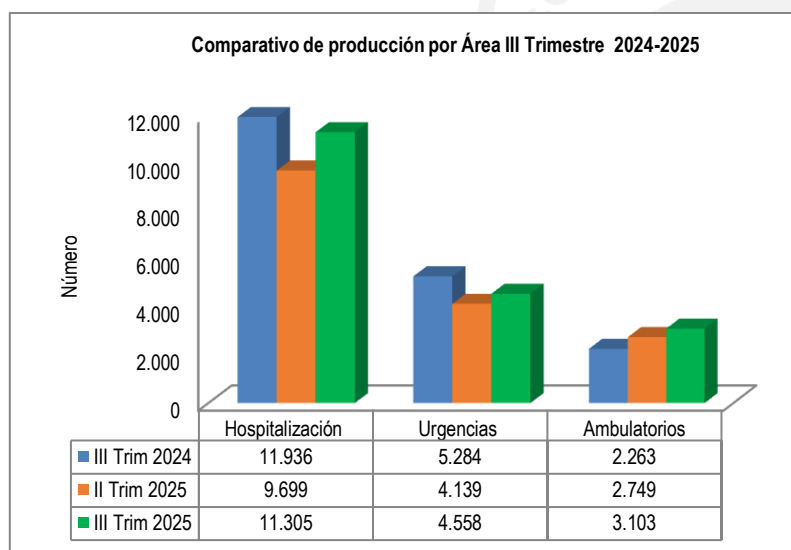
Comparación de Crecimiento del Rendimiento

Característica	Hemodinamia	Resonancia Magnética	Doppler	Intervencionismo
Crecimiento vs. 2024	53%	30%	28%	20%
Crecimiento vs. Q2 2025	32%	32%	26%	-7%

Fortalecimiento de la modalidad de Resonancia Magnética

A partir del mes de septiembre se amplía la disponibilidad de sala de resonancia magnética a los fines de semana en horario de 7am -7pm teniendo una disponibilidad de sala 7*12 dando cumplimiento a la Oportunidad de mejora planteada para la vigencia 2025.

Producción por Áreas de Imágenes Diagnósticas



Trimestre	Total productividad
III 2024	19.483
II 2025	16.587
III 2025	18.966 ↓

Fuente: Sistema de Información Dinámica Gerencial

Comparativo III Trimestre 2025 vs. III Trimestre 2024: muestra un aumento del 27% para los estudios realizados de manera **ambulatoria** lo cual se representa en 840 estudios dado al aumento en la demanda de pacientes de Nueva EPS, comparativamente los servicios de **hospitalización** disminuyeron un-6% y urgencias un 16%, lo que llevo a que el comparativo general de productividad con el mismo periodo a una disminución leve representada en 517 estudios. Esta disminución de estudios estuvo principalmente representada en la modalidad de radiología convencional.

Comparativo III Trimestre 2025 vs. II Trimestre 2025: en general se observa un crecimiento en la producción, con un aumento representativo del 14% en hospitalización, 11% ambulatorios y un aumento del 9% en los servicios prestados a los servicios de urgencias. Dado al aumento demanda de usuarios de Nueva EPS, Este aumento en general se representó en un total de 2.379 estudios.

OPORTUNIDAD MODALIDAD DE ECOGRAFIA

ECOGRAFIA						
PERIODO	2024		2025		META	
	Hosp	Urg	Hosp	Urg	Hosp	Urg
I Trimestre	13	12,0	14	9	18	15
II Trimestre	15	12,0	15	12		
III Trimestre	17	10,7	15	12		
IV Trimestre	14,5	12,5				
TOTAL	14,88	11,80				

Fuente: Sistema de Informacion Dinamica Gerencial

En el comparativo, los tiempos promedio para la entrega de resultados en los servicios de ecografía en el área de **hospitalización** se mantienen en 15 horas, lo que representa una disminución de 2 horas frente al mismo periodo de 2024, cuando el promedio fue de 17 horas.

Para los servicios prestados de Ecografía al área de **Urgencias**, el tiempo promedio de entrega en el periodo actual es de 12 horas, con un aumento de 2 horas respecto al mismo periodo del año anterior. Este incremento se relaciona con fallas en el sistema de soporte para la entrega de resultados.

En cuanto al comportamiento durante el segundo trimestre, los tiempos se mantuvieron estables, con 12 horas en urgencias y 15 horas en hospitalización.

OPORTUNIDAD MODALIDAD DE INTERVENCIONISMO RADIOLOGICO

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		16			
IV Trimestre	15	13,5				
TOTAL	11,65	9,62				

Fuente: Sistema de Informacion Dinamica Gerencial

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

En el análisis del servicio de intervencionismo en el servicio de **hospitalización**, se registró un tiempo

promedio de oportunidad hasta la entrega del resultado de 16 horas. Esto representa un aumento de 4 horas frente a los resultados del segundo trimestre de la misma vigencia, y un incremento de aproximadamente 5 horas en comparación con el mismo periodo de la vigencia 2024.

Este aumento se atribuye a fallas técnicas presentadas en el equipo de telecomando, lo que obligó a programar los estudios según la disponibilidad de la sala de Hemodinamia.

No se identificaron servicios de intervencionismo prestados para el servicio de urgencias durante el periodo evaluado, ya que en su totalidad correspondieron a pacientes con tipo de ingreso por hospitalización. Esto resulta coherente, dado que dichos pacientes suelen requerir manejo intrahospitalario.

OPORTUNIDAD EN RESONANCIA MAGNETICA.

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	43	34		
IV Trimestre	46,5	37				
PROMEDIO ANUAL	46,1	36,6				

Fuente: Sistema de Informacion Dinamica Gerencial

En el comparativo con el II trimestre de 2025, se refleja una disminución en los tiempos de oportunidad: para los servicios de hospitalización, el promedio pasó de 46 a 43 horas (una reducción de 3 horas), y para los servicios de urgencias, de 36 a 34 horas (una disminución de 2 horas).

Al comparar el periodo actual con el III trimestre de 2024, los servicios prestados a las áreas de hospitalización muestran una reducción aproximada de 6 horas, mientras que en los servicios de urgencias la disminución fue de alrededor de 3 horas.

Esta mejora se relaciona con la apertura de la modalidad durante los fines de semana en el último mes del trimestre. Sin embargo, la oportunidad continuará siendo monitoreada, ya que con la ampliación de los tiempos de atención se espera que este indicador mantenga una tendencia decreciente.

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	22		
III Trimestre	27	22,67	21	18		
IV Trimestre	28	18,00				
TOTAL	26,19	21,83				

Fuente: Sistema de Información Dinámica Gerencial

Durante el periodo evaluado, el tiempo de oportunidad hasta la entrega de resultados de tomografía en pacientes hospitalizados fue de aproximadamente 21 horas. Esto representa una disminución de 2 horas frente a los resultados del segundo trimestre de la misma vigencia, así como una reducción de alrededor de 5 horas en comparación con el tercer trimestre de 2024, cuando el promedio fue de 27 horas.

En el caso de los pacientes del servicio de urgencias, también se evidenció una tendencia decreciente, con un tiempo promedio de 18 horas. Esto refleja una reducción de aproximadamente 4 horas respecto al segundo trimestre de 2025, en el cual el promedio fue de 22 horas, y frente al tercer trimestre de 2024, que también reportó 22 horas.

Esta mejora en los tiempos se asocia con la revisión y control en la programación de la sala de tomografía, así como con el seguimiento a la lectura y soporte de los 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, Inmunoematología, 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, a la fecha no se ha recibido visita por el ente de control.

Durante el tercer trimestre de 2025, el Banco de Sangre contó con 13 funcionarios activos, mientras que el Servicio de Gestión Pretransfusional dispuso de 7 colaboradores. Cabe resaltar que los cargos señalados con asterisco (*) corresponden a personal compartido entre ambas áreas, tales como el líder del servicio, el médico y bacteriólogo de Hemovigilancia, el bacteriólogo de calidad y otros apoyos técnicos que realizan funciones transversales. Esta estructura mixta permitió optimizar el recurso humano disponible pese a las limitaciones presentadas. Si bien se evidenció una recuperación en la dotación respecto al segundo trimestre —afectado por el retiro de tres bacteriólogos y el bacteriólogo de calidad—, persistieron dificultades relacionadas con la sobrecarga laboral y la necesidad de cubrir turnos extendidos mientras el personal nuevo se adhería a los procesos. No obstante, la coordinación conjunta entre ambos servicios permitió mantener la continuidad operativa, garantizar la trazabilidad de los procesos y asegurar 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	III TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM
LIDER*	1	1	1	1	1	1
BACT. CALIDAD*	1	0	1	1	0	1
BACT. INFECCIOSAS	1	0	1	N/A	N/A	N/A
BACT. HEMOVIGILANCIA*	1	0	0	1	0	0
MEDICO HEMOVIGILANCIA*	1	1	1	1	1	1
BACT. TURNO DIA/NOCHE	0	0	0	4	3	4
BACT. LIDER CAMPAÑAS	1	0	1	N/A	N/A	N/A
AUXILIAR CAMPAÑAS	2	2	2	N/A	N/A	N/A
AUXILIAR DIA/ NOCHE	4	4	4	0	0	0
BACT. RURAL	0	1	1	0	0	0
CONDUCTOR	1	1	1	N/A	N/A	N/A
TOTAL	13	10	13	8	5	7

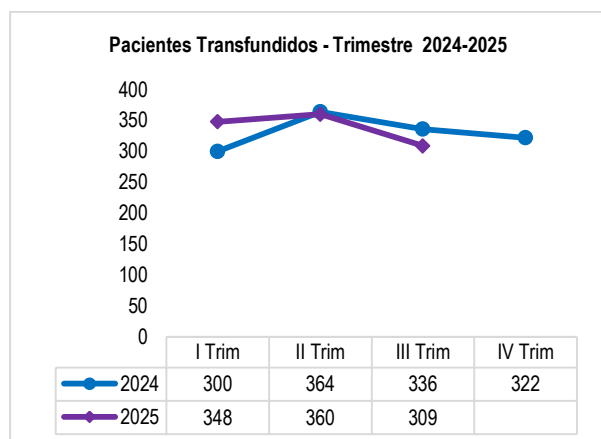
Fuente: Archivo del Laboratorio clínico

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

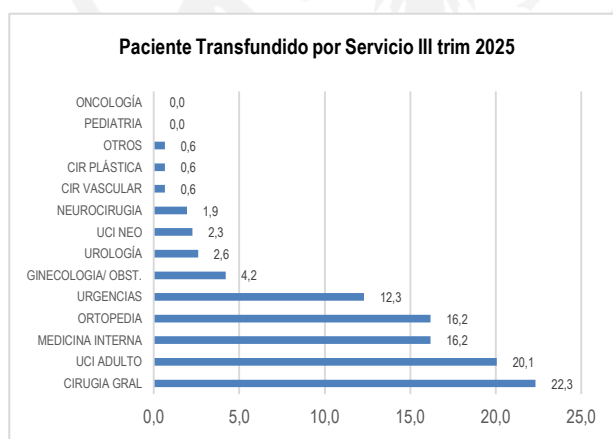
INDICADORES DE PRODUCCIÓN, OPORTUNIDAD

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

Durante el tercer trimestre de 2025, se registraron 309 pacientes transfundidos, evidenciando una disminución del 14% con respecto al segundo trimestre del mismo año (-51 pacientes) y una reducción del 8% frente al tercer trimestre de 2024 (-27 pacientes).

Esta tendencia descendente puede estar asociada a la menor disponibilidad de hemocomponentes derivada de la reducción temporal de personal en el Banco de Sangre y el Servicio de Gestión Pretransfusional, situación que afectó la oportunidad de procesamiento y entrega durante parte del período.

Distribución por Servicio – III Trimestre 2025

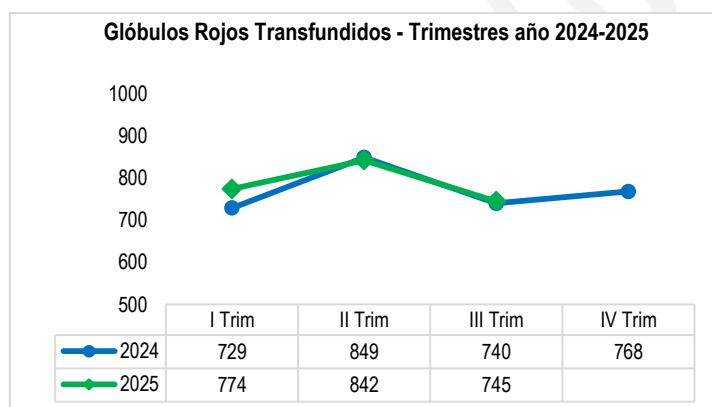
El análisis por servicio muestra que la demanda transfusional se concentró en áreas críticas y quirúrgicas, manteniendo un patrón similar al observado en trimestres previos:

Servicio	% de Pacientes Transfundidos
Cirugía General (22.3%)	Continúa como el principal servicio demandante de transfusiones, reflejando la alta frecuencia de procedimientos quirúrgicos y la necesidad de soporte hemático en cirugías mayores.
UCI Adulto (20.1%)	Se mantiene como una de las áreas con mayor consumo, principalmente por pacientes críticos con anemia aguda o hemorragias activas.
Medicina Interna (16.2%) y Ortopedia (16.2%)	Presentan participación equivalente, relacionada con patologías hematológicas, anemias crónicas y cirugías ortopédicas de alta complejidad.
Urgencias (12.3%)	Aunque sigue siendo relevante, disminuyó ligeramente respecto al trimestre anterior, posiblemente por mejor control en la indicación transfusional y priorización clínica.
Ginecología y Obstetricia (4.2%)	Mantiene proporción estable respecto a trimestres previos, vinculada a casos de hemorragia postparto o cirugías obstétricas.
UCI Neonatal, Urología y Neurocirugía (<3%)	Contribución baja pero constante, sin variaciones significativas.
Oncología y Pediatría (0%)	No se registraron transfusiones en el período, lo cual puede estar asociado a la derivación de pacientes o a la baja rotación de casos transfundibles.

Hemocomponentes transfundidos III trimestre 2024-2025

Se observaron las siguientes variaciones significativas en la transfusión de hemocomponentes durante el III trimestre 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 tercer trimestre de 2025 se transfundieron 745 unidades de glóbulos rojos, cifra que representa una disminución del 11.5% con respecto al segundo trimestre del mismo año (842 unidades)

y una variación mínima (0.7%) frente al tercer trimestre de 2024 (740 unidades). Este comportamiento evidencia una estabilidad interanual, aunque con una leve tendencia a la baja dentro del mismo 2025. La reducción trimestral se relaciona con el periodo de menor disponibilidad de personal técnico y bacteriólogos ocurridos en junio y julio, lo que afectó la productividad y la frecuencia de procesamiento de hemocomponentes

TRANSFUSIÓN GLÓBULOS POR SERVICIO III TRIMESTRE 2025

SERVICIO	NÚMERO	PORCENTAJE
UCI ADULTO	200	26.8
CIRUGIA GRAL	161	21.6
ORTOPEDIA	137	18.4
MEDICINA INTERNA	110	14.8
URGENCIAS	63	8.5
GINECOLOGIA/ OBST.	27	3.6
UROLOGÍA	21	2.8
NEUROCIRUGIA	10	1.3
UCI NEO	6	0.8
CIR PLÁSTICA	5	0.7
CIR VASCULAR	4	0.5
OTROS	1	0.1
CRUZADA PARA HRZ	0	0.0
PEDIATRIA	0	0.0
TOTAL	745	30.4

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

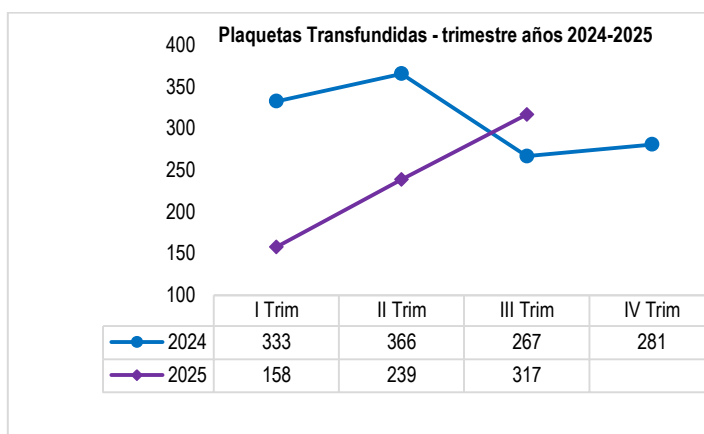
Durante el tercer trimestre de 2025, se transfundieron 745 unidades de glóbulos rojos pobres en leucocitos y filtrados, distribuidas principalmente en servicios de alta complejidad y atención crítica. El comportamiento transfusional evidencia una concentración significativa del consumo en las áreas quirúrgicas y de cuidado intensivo, que en conjunto representaron más del 65% del total de unidades utilizadas.

El mayor consumo se registró en la UCI Adulto (26.8%), reflejando la demanda de pacientes con cuadros clínicos graves, hemorragias masivas o anemias agudas. Le siguió Cirugía General (21.6%), que mantiene un alto requerimiento transfusional asociado a procedimientos mayores y posoperatorios. En tercer y cuarto lugar se ubicaron Ortopedia (18.4%) y Medicina Interna (14.8%), servicios que presentaron una demanda sostenida por patologías hematológicas y traumatológicas.

El servicio de Urgencias (8.5%) mostró una reducción leve respecto al trimestre anterior, posiblemente relacionada con una mejor racionalización de las indicaciones transfusionales y la estabilización clínica previa al ingreso hospitalario. Los servicios de Ginecología y Obstetricia (3.6%), Urología (2.8%) y Neurocirugía (1.3%) mantuvieron proporciones similares a las observadas en el año anterior, sin incrementos significativos.

Las áreas de UCI Neonatal, Cirugía Plástica y Cirugía Vascular presentaron consumos marginales (<1%).

Plaquetas Transfundidas - trimestre años 204-2025



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

Plaquetas: III Trim 2025 vs II Trim 2025: Aumento de 78 unidades (32.6%), lo que significa una mejora significativa respecto al trimestre anterior, lo que sugiere incremento en demanda transfusional y/o aumento en disponibilidad del hemocomponente.

Con respecto al mismo trimestre del año 2024, se observó un aumento de 50 unidades (18.7%), se observa una tendencia de incremento interanual en el mismo periodo.

Principales Diagnósticos y Servicios:

- Aplasia medular: 22.8% en UCI Intermedios
- Leucemia linfocítica aguda 12.0% en UCI Intermedios
- Pancitopenia: 10.0% en Medicina Interna
- Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) 5.4% en UCI Intermedios
- Aplasia medular (casos adicionales): 5.0% en Medicina Interna

Plaquetas por aféresis 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
III trim 2025	317	Incluye 76 plaquetaféresis

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

UCI Intermedios concentra la mayor proporción de uso de plaquetas (más del 50%), principalmente por casos de aplasia y leucemia.

Medicina Interna mantiene alta frecuencia por pancitopenias y PTI.

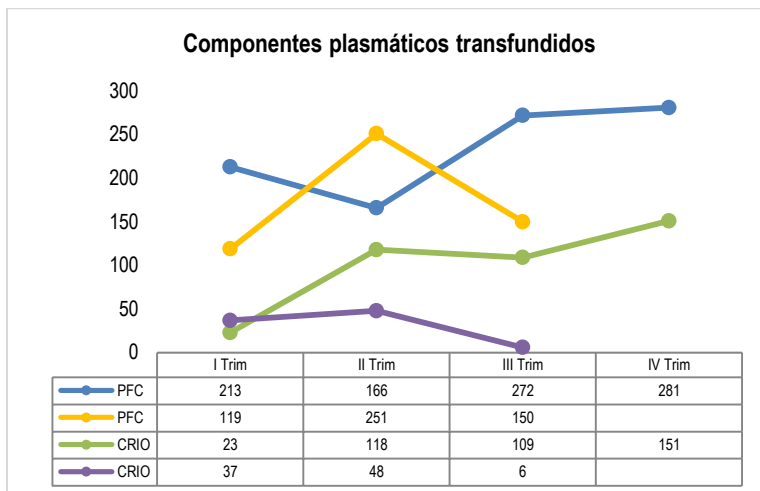
UCI Adultos presenta demanda moderada (anemias, lupus, choque).

Tendencia técnica:

Uso de plaquetas por aféresis en patologías hematológicas, lo que evidencia adherencia a criterios clínicos de selección.

El uso racional y segmentado indica una política transfusional adecuada, aunque debe reforzarse el control de inventario y seguimiento de consumos.

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



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

- Crioprecipitados (CRIOS): Disminuye de 48 a 6 unidades, con una variación: -42 unidades (-87.5%). Disminución drástica del consumo de crioprecipitado, lo que podría indicar: reducción de pacientes con déficit de fibrinógeno o coagulopatías graves, cambios en protocolos transfusionales o disponibilidad del componente. Con respecto al 2024, Disminuye de 109 a 6 unidades. La variación: fue de -103 unidades (-94.5%). El uso del crioprecipitado fue mínimo en comparación con el año anterior. Esto puede asociarse a un menor número de transfusiones masivas o hemorragias obstétricas graves, así como a mayor racionalización del uso del componente.
- Plasma Fresco Congelado (PFC): Disminuye de 251 a 150 unidades, la variación observada fue de -101 unidades (-40.2%). reducción significativa del uso de plasma en el trimestre, posiblemente asociada a menor número de casos con alteraciones de coagulación, mayor control en las indicaciones transfusionales. Respecto al mismo periodo del año anterior, hay una disminución importante en el uso de PFC, lo que puede reflejar una mejor adherencia a los criterios clínicos de transfusión o una menor incidencia de pacientes con coagulopatías.

La satisfacción a la demanda en las solicitudes de hemocomponentes realizadas al SGPT-Servicio de Gestión Pretransfusional de HUS Bogotá fue; en total fue de 93.9%, frente a un 96.6% en el trimestre anterior, reflejando una disminución del 2.7%. Distribuidos así: julio: 93.2%, agosto: 98.4% y septiembre: 90.2%.

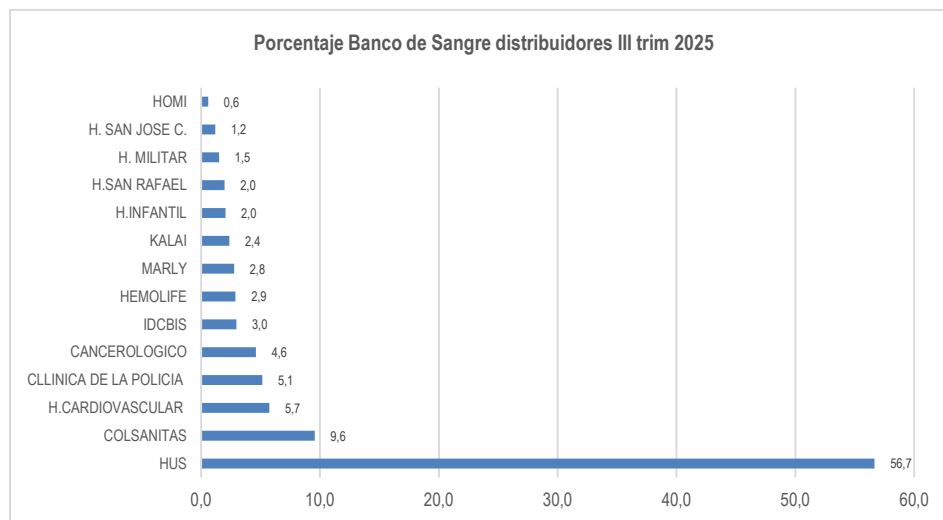
En el tercer trimestre se mantiene el Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) como el principal proveedor, con 56.7%, consolidando su posición frente al trimestre anterior. Esto refleja una relación estable y posiblemente acuerdos sostenidos de suministro.

Colsanitas (9.6%) y el Hospital Cardiovascular (5.7%) se ubican como los siguientes proveedores con mayor participación, mostrando una distribución más equilibrada entre varias instituciones.

El IDCBS, que había perdido protagonismo en el segundo trimestre, mantiene una participación baja (3%), mientras que se destacan aportes menores pero constantes de entidades como el Cancerológico, Clínica de la Policía, HEMOLIFE y Marly, lo que indica diversificación de fuentes.

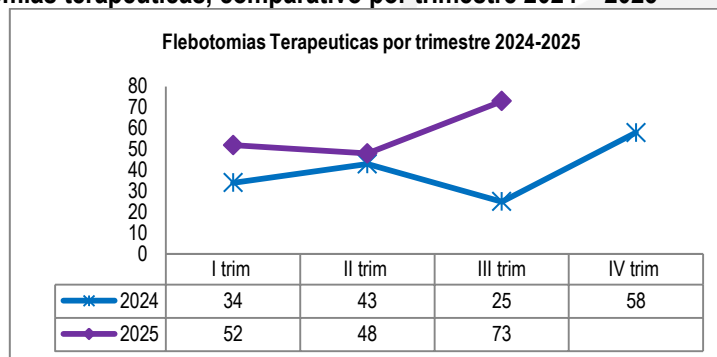
El Hospital San Rafael representa un 2%, evidenciando un aporte moderado dentro del contexto institucional local, mientras que proveedores especializados como el H. Militar, H. San José y HOMI mantienen

participaciones inferiores al 2%.



Fuente: folios de ingreso de hemocomponentes SGPT

Servicio de flebotomías terapéuticas, comparativo por trimestre 2024 – 2025



Fuente: Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank

Se aprecia que en 2025 los niveles se han mantenido más altos que en 2024, el tercer trimestre respecto al trimestre inmediatamente anterior muestra un aumento del +52.1% (25) y respecto al mismo periodo del año anterior el incremento fue +192% (48).

Este comportamiento puede asociarse a un mayor número de pacientes con patologías hematológicas controladas en el servicio transfusional o a una mejor adherencia a los protocolos de seguimiento médico, evidenciando una mayor capacidad operativa y respuesta asistencial del banco de sangre.

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		III trimestre 2025	
	N° campañas	Donantes	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	63	1235
Efectivo	50	1174	57	1263	50	986	0	0	48	670	55	898	62	779
% Cumplimiento	96%	82%	100%	86%	98%	75%	0	0	100%	62%	87%	55%	98	63
Meta	80%		80%		80%		80%		80%		80%		80%	

Fuente: tabla programación de campañas – Hexabank

Campañas efectivas: 62 en el III trimestre 2025 vs 55 en el II trimestre del mismo año: ↑ aumento del 12.7%

- **Cumplimiento de campañas:** 98 % vs 87 %: mejora de los 11 puntos porcentuales, superando la meta del 80 %.
- **Donantes efectivos:** 779 vs 898: ↓ disminución del 13.3 %, aunque se observa una leve recuperación en porcentaje de cumplimiento (63 % vs 55 %) debido a una menor meta cumplida.

El tercer trimestre muestra una mejor ejecución operativa de las jornadas, alcanzando casi el 100 % de cumplimiento en campañas, lo que refleja una mayor planeación y capacidad logística. Sin embargo, el número absoluto de donantes se redujo, posiblemente por fatiga poblacional, menor disponibilidad de espacios extramurales o coincidencia con periodos vacacionales.

Aunque se realizaron más campañas que el año anterior, el rendimiento por campaña disminuyó, lo que indica menor captación promedio de donantes por jornada. Esto podría estar asociado a restricciones logísticas, menor participación institucional o postergación de actividades con grandes aforos.

Durante el tercer trimestre de 2025, el Banco de Sangre mantuvo una excelente ejecución en número de campañas (98 % de cumplimiento) y fortaleció su cobertura operativa. No obstante, el descenso en la cantidad de donantes frente al trimestre anterior (–13.3 %) y frente al mismo trimestre de 2024 (–21 %) evidencia la necesidad de reforzar estrategias de fidelización y captación de nuevos donantes, así como fortalecer la educación y comunicación en torno a la donación voluntaria y repetitiva.

Unidades Obtenidas por el Banco de Sangre por trimestres 2024 - 2025

COMPONENTES	2024				2025			Variación III Trim 2025 vs II Trim 2025
	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	I Trim	II Trim	III Trim	
GLÓBULOS	1250	1276	991	0	661	845	927	+9.70%
PFC	810	972	714	0	535	640	697	+8.90%
PLAQ	520	615	455	0	217	326	370	+13.50%
PLAQ AFER	9	28	10	0	8	21	63	+200%
CRIO	397	261	208	0	116	185	205	+10.80%
TOTAL	2986	3152	2378	0	1537	2017	2262	+12.10%

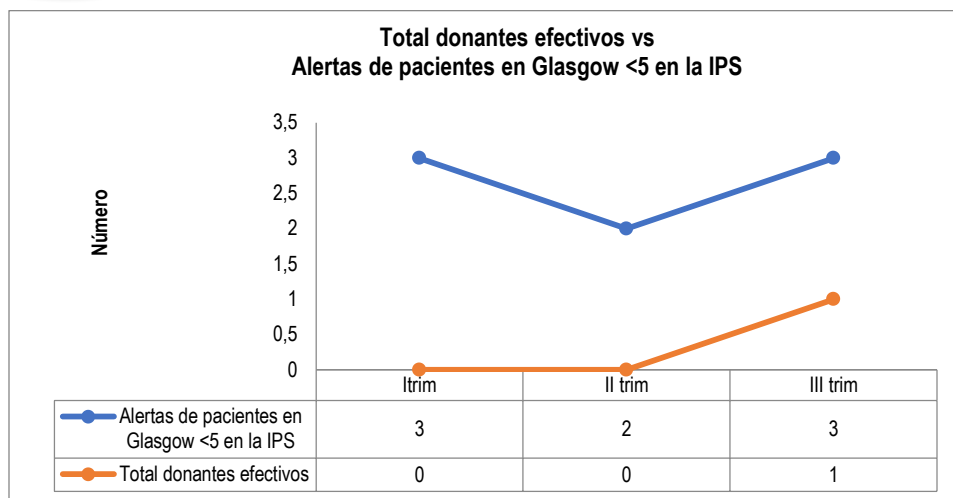
Fuente: Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank

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: crioprecipitados.

Entre el segundo y el tercer trimestre, se observa un incremento global del 12.1%, destacando el crecimiento más pronunciado en plaquetas por aféresis (+200%), posiblemente asociado a una mayor demanda o expansión de la cobertura en esa línea de producto.

El resto de hemocomponentes mantiene incrementos moderados (entre 8 y 14%), lo que indica una tendencia general al alza y mejora en la producción o distribución durante el trimestre analizado.

2.7 PROGRAMA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS



Fuente: Sistema de información Almera

Durante los **tres primeros trimestres de 2025** se identificaron **8 alertas de pacientes con Glasgow <5**, lo que representa una **disminución del 38% frente al mismo periodo de 2024**, cuando se habían notificado **13 alertas**. Esta reducción puede estar asociada a factores clínicos, en particular al **descarte de casos por comorbilidades** y a la menor incidencia de pacientes críticos con criterios de potencial donante en la institución.

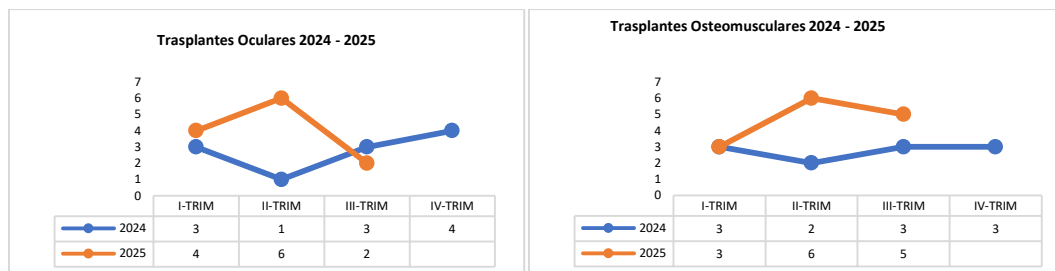
En relación con los **donantes efectivos**, entre enero y septiembre de 2025 se consolidó **un solo proceso de donación**, ocurrido en el mes de julio. Esta cifra resulta significativamente menor frente a los **5 donantes efectivos alcanzados en 2024**, lo que evidencia una **brecha en la conversión de alertas en procesos exitosos**. Las principales causas identificadas incluyen condiciones clínicas que limitaron la viabilidad de los donantes, así como factores familiares y logísticos que dificultaron la materialización de los procesos.

No obstante, es importante destacar que este año se ha avanzado en el **fortalecimiento estructural y operativo del programa**, mediante acciones estratégicas que sientan las bases para una mejor gestión en el mediano plazo:

- **Visibilización institucional** a través de la participación en el *Concurso Dona Bogotá*.
- **Inscripción oficial ante la Regional 1 de la Secretaría Distrital de Salud**, garantizando mayor articulación territorial.
- **Vinculación y formación del nuevo médico coordinador de donación**, quien ha tenido un papel clave en la activación de alertas desde urgencias, con acompañamiento técnico del Instituto Nacional de Salud.
- **Acciones de sensibilización comunitaria y capacitación al talento humano asistencial**, incluyendo jornadas de carnetización de voluntad anticipada y actividades para fortalecer la cultura de la donación.

En conclusión, aunque los **resultados cuantitativos de 2025** reflejan un menor desempeño frente al año anterior, estos deben interpretarse dentro de un escenario de **consolidación del programa**. La identificación de alertas, aun en menor número, demuestra que los mecanismos de vigilancia y detección funcionan adecuadamente, mientras que los avances institucionales en organización, formación y articulación territorial constituyen un pilar fundamental para **incrementar las tasas de conversión en los próximos periodos**.

El reto hacia el cierre de 2025 será **traducir la base organizacional ya establecida en resultados tangibles**, con un aumento tanto en la detección de potenciales donantes como en la concreción de procesos efectivos, garantizando así la sostenibilidad y el impacto social del programa.



Fuente: Sistema de información del HUS- Almera

Fuente: Sistema de información del HUS- Almera

Durante los tres primeros trimestres de 2025, el **programa de trasplantes** del Hospital Universitario de la Samaritana evidenció comportamientos diferenciados entre los componentes oculares y osteomuscular, con un balance mixto en comparación con el año 2024.

Trasplantes oculares: En este grupo, se observa una **variabilidad importante en la producción**. Mientras que en el primer y segundo trimestre de 2025 se registró un aumento frente al mismo periodo de 2024 (4 vs. 3 y 6 vs. 1 trasplantes, respectivamente), el tercer trimestre presentó una **disminución significativa (2 vs. 3)**. En total, el acumulado enero-septiembre de 2025 es de **12 trasplantes oculares**, frente a los **7 realizados en el mismo periodo de 2024**, lo que representa un **incremento del 71%**. Esta tendencia positiva refleja una mayor capacidad de respuesta en captación y utilización de tejidos corneales, posiblemente atribuible a la articulación con bancos de tejidos y a la optimización de los procesos de asignación.

Trasplantes osteomusculares: El comportamiento de este tipo de trasplante ha sido igualmente favorable en 2025. Se pasó de **8 procedimientos acumulados en los tres primeros trimestres de 2024 a 14 en el mismo periodo de 2025**, lo que corresponde a un **incremento del 75%**. Destaca especialmente el segundo trimestre de 2025, con **6 procedimientos frente a 2 en 2024**, lo cual sugiere un fortalecimiento en la captación, procesamiento y distribución de tejidos osteomusculares.

El análisis comparativo muestra que, a pesar de ciertas fluctuaciones trimestrales, el **desempeño global del programa en 2025 es superior al de 2024**, con aumentos sostenidos en la disponibilidad y trasplante de tejidos tanto oculares como osteomusculares. Este resultado refleja el impacto positivo de las estrategias implementadas para el fortalecimiento del sistema de donación y trasplantes en la institución, y consolida al hospital como un actor clave en la red de trasplantes del país.

El reto hacia el último trimestre de 2025 será **mantener el nivel alcanzado y superar las cifras históricas anuales**, especialmente en trasplantes oculares, garantizando la continuidad en los procesos de captación, viabilidad y asignación de tejidos.

Biovigilancia y Seguridad

Durante todo el 2024 y hasta el cierre del tercer trimestre de 2025, la institución no ha registrado eventos adversos relacionados con los procedimientos de trasplante. En este periodo no se han presentado casos de rechazo de injertos, infecciones oportunistas, reintervenciones quirúrgicas ni complicaciones durante el seguimiento postoperatorio.

La ausencia de eventos de biovigilancia en un horizonte de casi tres años consecutivos es un hallazgo significativo, que evidencia no solo la calidad técnica y clínica del programa, sino también la eficacia de los **protocolos de trazabilidad, bioseguridad y vigilancia activa** que se han fortalecido de manera progresiva. Este desempeño consolida al Hospital Universitario de la Samaritana como un referente en la región en materia de seguridad y calidad en trasplantes.

Entre los factores clave para alcanzar este resultado destacan:

- **Fortalecimiento del sistema de biovigilancia** con protocolos estandarizados de identificación y reporte de incidentes.
- **Monitoreo postrasplante riguroso y continuo**, lo que permite anticiparse a posibles complicaciones y asegurar una atención integral al paciente.
- **Articulación efectiva con los bancos de tejidos y con la red nacional de donación y trasplantes**, garantizando procesos transparentes y confiables.
- **Capacitación continua del equipo clínico y quirúrgico**, centrada en prácticas seguras y en el cumplimiento estricto de la normatividad vigente.

El balance del Programa de Donación y Trasplante en los tres primeros trimestres de 2025 no solo confirma la **estabilidad operativa lograda en 2024**, sino que demuestra la consolidación de una **cultura institucional de seguridad clínica**, en la que cada proceso, desde la identificación del donante hasta el seguimiento del receptor, se orienta a minimizar riesgos y maximizar beneficios para los pacientes.

Este escenario favorable constituye una base sólida para avanzar hacia la **optimización de indicadores de acceso y oportunidad**, manteniendo al mismo tiempo la premisa de que la seguridad del paciente es el eje fundamental de la biovigilancia en trasplantes.

2.8 SERVICIO NUTRICIÓN

El Proyecto oferta:

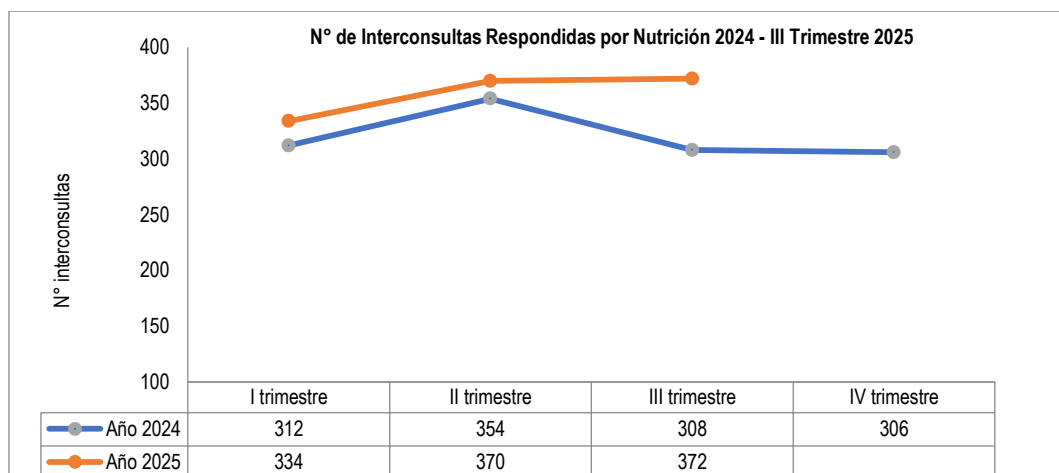
- Nutrición clínica
- Consulta externa
- Servicio de alimentos

TALENTO HUMANO DEL PROYECTO DE NUTRICIÓN	2025			
	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
Líder de Proyecto	1	1	1	
Profesional de apoyo	1	1	0	
Auxiliar administrativo	1	1	1	
Profesional en Nutrición y Dietética	7	7	7	
Técnico IV de cocina	1	1	1	
Auxiliares de servicios generales (trabajadores oficiales)	6	6	6	
Auxiliares de dietas (LASU)	20	20	20	
TOTAL	37	37	36	

Fuente: Archivo del servicio de Nutrición

1. INDICADORES DE PRODUCCIÓN, OPORTUNIDAD

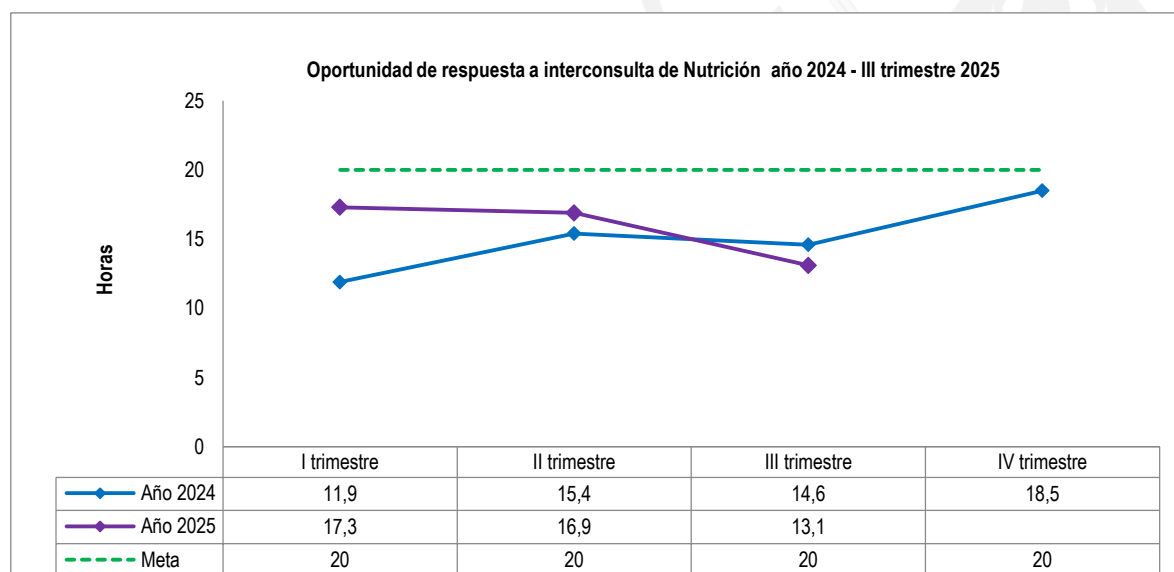
Producción interconsultas respondidas por nutrición - III Trimestre 2025



Fuente: Sistema de Información Almera

En el tercer trimestre de 2025 se realizaron 372 interconsultas; se incrementaron en 2 (0.6%) y 64 (17.2%) interconsultas respecto al trimestre anterior y al mismo periodo de tiempo del año 2024. 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 III Trimestre 2025 -2024



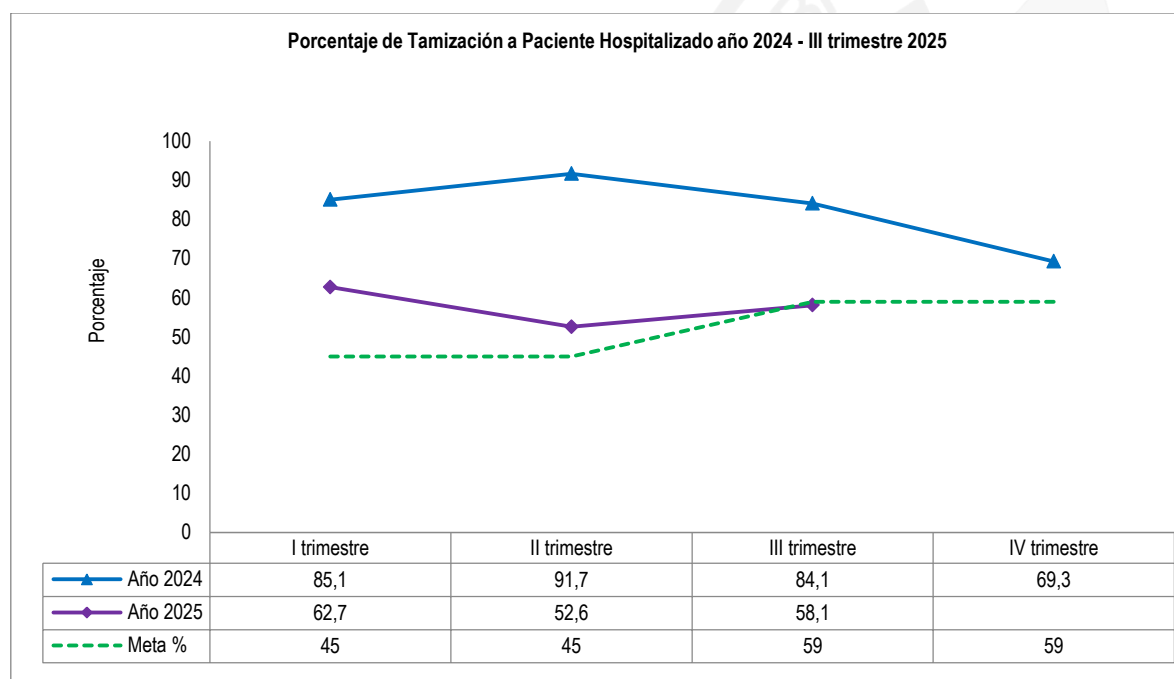
Fuente: Sistema de Información Almera

Durante el tercer trimestre del año 2025, la oportunidad de respuesta a interconsulta de nutrición se mantuvo dentro de la meta establecida, con un promedio de respuesta de 13.1 horas. Al compararlo con el trimestre anterior y con el mismo periodo del año 2024, se evidencia una mejoría de 3.8 y 1.5 horas respectivamente, reflejando una tendencia positiva en la oportunidad de atención.

Este resultado se ha alcanzado gracias al seguimiento que se realiza de manera continuo a la productividad del equipo de profesionales, así como a los procesos de retroalimentación y ajuste oportuno que fortalece la gestión del servicio.

El cumplimiento del indicador ha permitido iniciar de manera temprana la intervención nutricional, lo que favorece la evolución clínica de los pacientes y contribuye a la integralidad y calidad en la atención.

Tamizaje al paciente hospitalizado III trimestre 2025 -2024



Fuente: Sistema de información Almera

Durante el tercer trimestre del año 2025, la tamización nutricional dentro de las primeras 48 horas alcanzó un cumplimiento del 58.1% (1357 pacientes) frente a una meta establecida del 59%, la cual fue revisada y ajustada recientemente. Este resultado evidencia un incremento del 5.5% respecto al trimestre anterior, reflejando una mejora en la oportunidad del proceso de tamización nutricional.

Sin embargo, al comparar con el mismo periodo del año 2024, se observa una disminución del 30.9%, lo que indica la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de detección oportuna. Es importante resaltar que la meta fue ajustada en el tercer de 2025, pasando de 45% a 59%, con el fin de alinearla al comportamiento histórico del indicador y promover un mayor nivel de exigencia.

Distribución por género:

GENERO	NUMERO	PORCENTAJE
MUJERES	629	46 %
HOMBRES	728	54 %

Distribución por grupo etéreo:

GRUPO DE EDADES	NUMERO	PORCENTAJE
16 A 44 AÑOS	406	30 %
45 A 64 AÑOS	417	31 %
MAYORES DE 65 AÑOS	534	39 %

Presencia de riesgo nutricional:

CLASIFICACIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
AUSENCIA DE RIESGO	956	70 %
RIESGO MEDIO	332	24 %
RIESGO ALTO	69	5 %

Para este trimestre se tamizaron 1357 pacientes (319 más que el trimestre anterior), de los cuales el 46% (629) eran mujeres y el 54% (728) eran hombres. La distribución de la población por edad se clasificó así: de 16 a 44 años 30% (406), de 45 a 64 años 31% (417) y mayores de 65 años 39% (534). El riesgo nutricional se clasificó así: ausencia de riesgo nutricional 70% (956), riesgo medio 24% (332) y riesgo alto 5% (69).

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

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

El Hospital Universitario de la Samaritana sede Bogotá, cuenta con un servicio integral de terapias que abarca cuatro áreas fundamentales: Terapia Física, Terapia Respiratoria, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología. Cada una de estas disciplinas opera bajo un enfoque centrado en el paciente, siguiendo procesos clínicos estructurados que incluyen valoración, diagnóstico, intervención y atención asistencial de alta calidad.

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

Terapia Respiratoria: En esta área se realizan procedimientos especializados como son; análisis de gases arteriales, nebulizaciones medicadas, manejo de traqueostomías, inhaloterapia y toma de muestras para paneles virales (adenovirus, virus sincitial respiratorio, influenza y parainfluenza). Asimismo, se llevan a cabo pruebas diagnósticas como PCR y detección de antígenos para COVID-19, además de cultivos de secreciones respiratorias. Estas intervenciones contribuyen a diagnósticos certeros y al manejo oportuno de patologías respiratorias.

Terapia Física: La atención en Terapia Física se presta en todas las áreas del hospital incluida la consulta externa, donde una profesional especializada garantiza la continuidad del tratamiento. Este enfoque favorece una recuperación funcional integral, adaptada a las condiciones particulares de cada paciente y al entorno clínico en el que se encuentra.

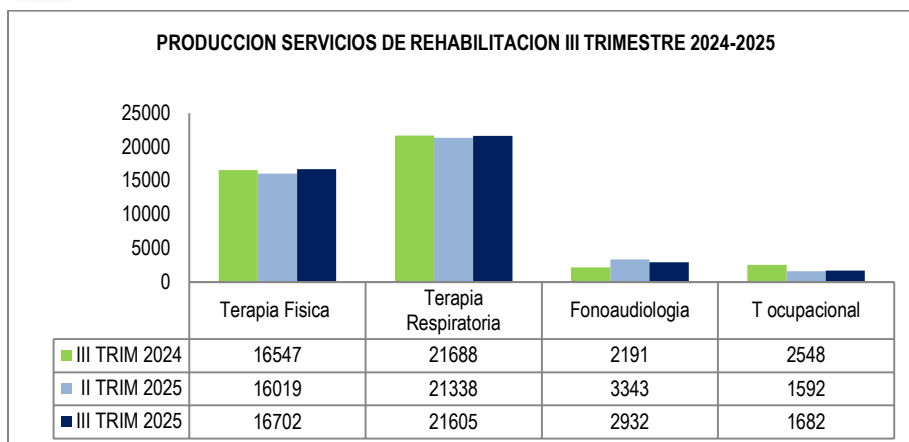
Fonoaudiología: El servicio de Fonoaudiología ofrece atención tanto en hospitalización como en consulta externa, permitiendo una intervención oportuna e integral para pacientes con alteraciones en la comunicación, la deglución y otros trastornos relacionados, en diferentes contextos clínicos.

La atención se basa en la coordinación interdisciplinaria, lo que permite brindar una atención integral, eficiente y personalizada. Esta estrategia favorece la optimización de los resultados terapéuticos y la mejora en la calidad de vida de los pacientes, posicionando al Hospital Universitario de la Samaritana como un referente en atención especializada en la región.

TALENTO HUMANO SERVICIO DE REHABILITACION	2025		
	I TRIM	II TRIM	III TRIM
Líder del servicio	1	1	1
Apoyo administrativo y facturador	1	1	1
Fisioterapia (ucis, hospitalización, consulta externa y urgencias)	34	34	34
Fonoaudiología (consulta externa, hospitalización, ucis, urgencias)	3	3	3
Terapia Ocupacional (consulta externa, hospitalización, ucis, urgencias)	2	2	2
TOTAL	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 tercer trimestre del año 2025, el Servicio de Rehabilitación realizó un total de 42.921 procedimientos, evidenciando un crecimiento sostenido respecto a periodos anteriores. La distribución por tipo de terapia fue la siguiente:

- Terapia Respiratoria: 21.605 procedimientos, con una participación del 50,3%.
- Terapia Física: 16.702 intervenciones, con una participación del 38,9%.
- Fonoaudiología: 2.932 intervenciones, con una participación del 6,8%.
- Terapia Ocupacional: 1.682 intervenciones, con una participación del 3,9%.

En el mismo periodo del año 2024 se registraron 42.874 procedimientos, por lo que se evidencia un incremento de 47 intervenciones en 2025. Aunque el crecimiento fue leve (0,11%), resulta significativo considerando que en 2024 ya se manejaban altos volúmenes de atención.

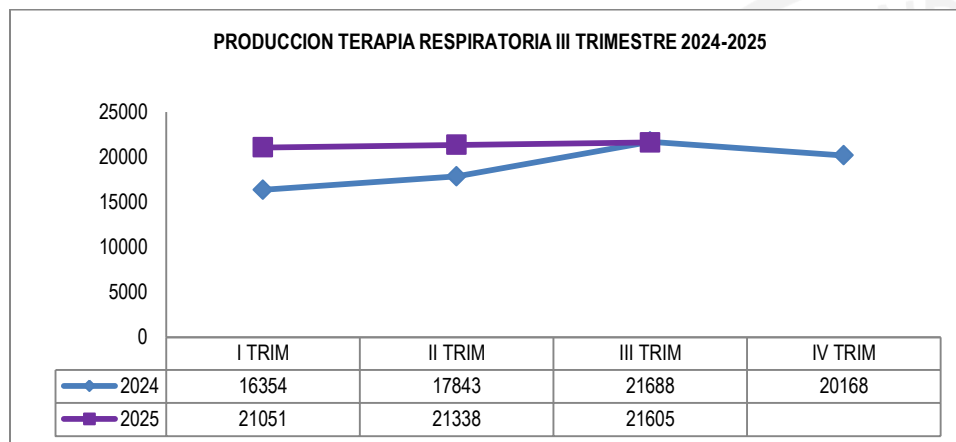
Este incremento se atribuye principalmente a la reestructuración de los servicios implementada desde abril de 2024, que incluyó:

- Redistribución eficiente del talento humano
- Optimización de los tiempos de intervención terapéutica
- Mejoras en los procesos administrativos (historias clínicas, facturación, agendamiento y auditorías internas)
- Sensibilización del personal sobre el compromiso organizacional y la calidad del servicio

Comparado con el segundo trimestre de 2025, cuando se realizaron 42.292 procedimientos, se presenta un incremento de 629 intervenciones, lo que representa un crecimiento del 1,49%. Este aumento se debe a factores como:

- Mayor reconocimiento del valor de los servicios de rehabilitación por parte de otras especialidades médicas, lo que ha generado un aumento en las interconsultas y continuidad en los tratamientos.
- Atención individualizada, centrada en las necesidades específicas de cada paciente.
- Participación activa de estudiantes, lo que ha permitido ampliar la capacidad de intervención y mejorar los resultados clínicos.

Producción Terapia Respiratoria III Trimestre 2024-2025



Fuente: Sistema de información ALMERA – Base de datos Terapias

Durante el tercer trimestre del año 2025 el servicio de Terapia Respiratoria realizó un total de 21.605 procedimientos, distribuidos en los diferentes servicios de atención de la siguiente manera:

- Hospitalización: 19.767 procedimientos lo que representa el 91,4% del total de intervenciones.
- Urgencias: 1.814 procedimientos equivalentes al 8,3%.
- Consulta Externa: 24 procedimientos que corresponden al 0,11%.

En relación con el mismo período del año anterior (tercer trimestre de 2024) cuando se registraron 21.688 procedimientos, se evidenció una disminución leve de 83 atenciones equivalente a un 0,19%. Esta reducción está asociada principalmente a causas estructurales, tales como:

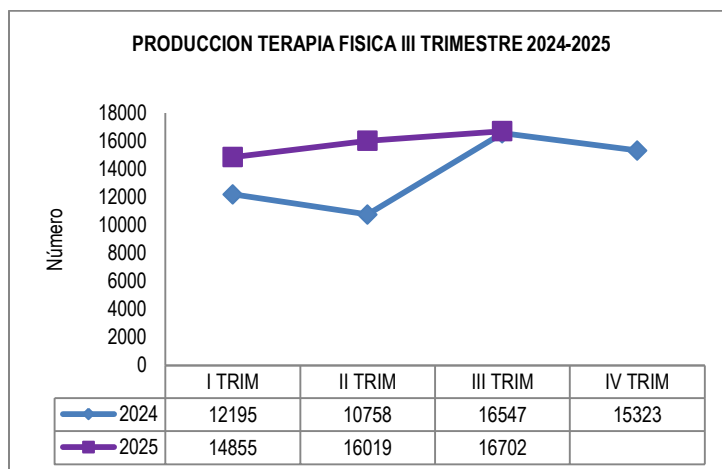
- Cambios en la red de servicios, que han generado modificaciones en los flujos de atención.
- Cierres temporales de prestación a algunas EPS, lo que limitó la continuidad de ciertos procesos asistenciales.

Al comparar el tercer trimestre de 2025 con el segundo trimestre del mismo año (en el cual se realizaron 21.338 procedimientos), se observa un incremento de 267 intervenciones lo que representa un crecimiento del 0,6%. Este aumento responde a diversas estrategias implementadas para el fortalecimiento del servicio, entre las cuales se destacan:

- Sensibilización continua al cuerpo médico y especialistas, promoviendo la generación oportuna de interconsultas para garantizar la continuidad del tratamiento respiratorio.
- Optimización de los planes de intervención terapéutica, permitiendo una mayor frecuencia y efectividad en los abordajes clínicos.

- Apoyo operativo por parte de estudiantes en formación, lo que ha contribuido significativamente al aumento en la capacidad de respuesta del servicio

Producción Terapia Física III Trimestre 2024-2025



Fuente: Sistema de información ALMERA – Base de datos Terapias

Durante el III trimestre del año 2025, el servicio de Terapia Física realizó un total de 16.702 procedimientos, distribuidos de la siguiente manera:

- Hospitalización: 14.699 procedimientos, con una participación de 88%
- Consulta externa: 1.670 procedimientos, con una participación de 9,9%
- Urgencias: 333 procedimientos, con una participación de 1,9%

En comparación con el III trimestre del año 2024, en el que se registraron 16.547 procedimientos, se evidenció un incremento de 155 procedimientos, lo que representa un 0,46% del total entre ambos periodos.

Asimismo, al comparar el III trimestre de 2025 con el II trimestre del mismo año, donde se reportaron 16.019 procedimientos, se identifica un aumento de 683 procedimientos correspondiente al 2% del total de ambos trimestres.

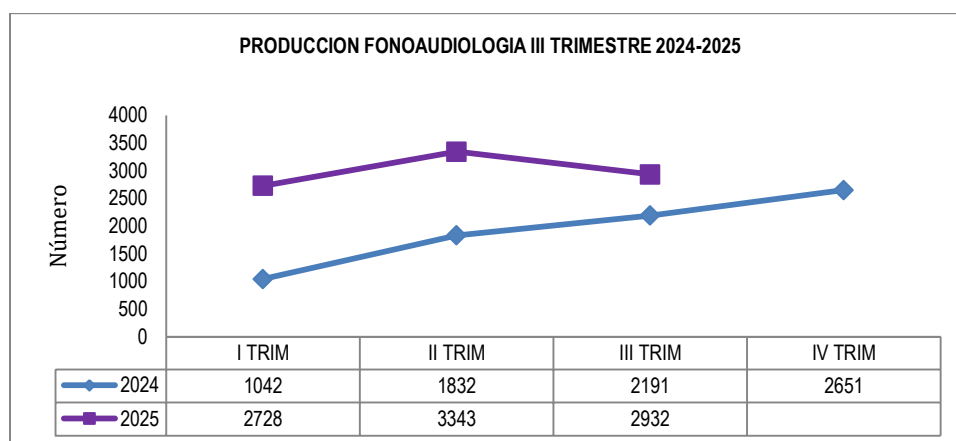
Este crecimiento en la producción se atribuye a diversas acciones de mejora implementadas durante el periodo analizado, entre las cuales destacan:

- Optimización de los planes de intervención terapéutica. Esta medida contribuyó a una mejor distribución del tiempo y uso racional de los recursos disponibles, asegurando una atención más efectiva y oportuna para cada paciente.
- Seguimiento a los formatos de historia clínica. Documentación más clara, estructurada y completa. Esta mejora fortaleció la trazabilidad de los procedimientos realizados, así como la correcta asignación por especialidad y área de atención, garantizando una gestión clínica más precisa y segura.
- Fortalecimiento de la capacidad operativa con apoyo estudiantil. El servicio contó con el apoyo de estudiantes en formación provenientes de distintas universidades, quienes contribuyeron

significativamente a la atención asistencial. Su participación permitió dar respuesta a una mayor demanda.

- Comunicación diaria con las especialidades tratantes facilitando el proceso de formulación de terapias, fortaleciendo así el trabajo en equipo y la eficiencia del servicio.

Producción Fonoaudiología III trimestre 2024 – 2025



Fuente: Sistema de información ALMERA – Base de datos Terapias

Durante el tercer trimestre del año 2025, el servicio de Fonoaudiología realizó un total de 2.932 procedimientos, distribuidos de la siguiente manera:

- Hospitalización: 2.645 intervenciones con una participación de 90,2%
- Consulta externa: 90 intervenciones con una participación de 3,0%
- Urgencias: 197 intervenciones con una participación de 6,7%

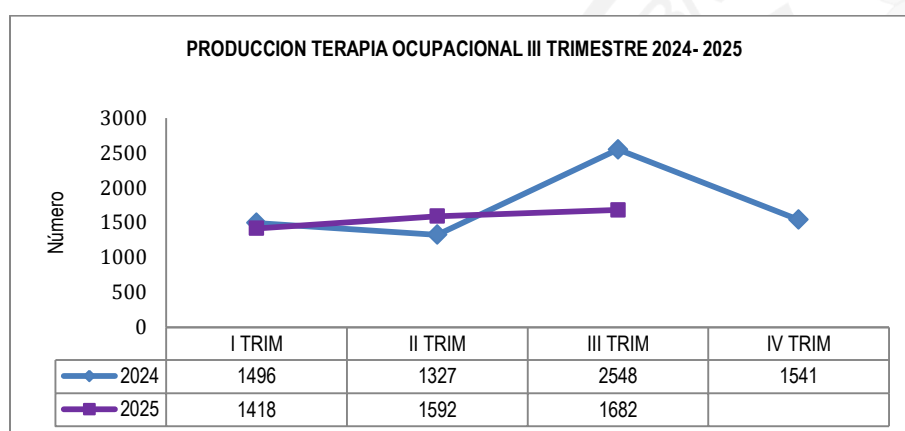
En relación al tercer trimestre del año 2024 en comparación con el mismo periodo del año 2025, en el cual se reportaron 2.191 procedimientos, se evidenció un incremento de 741 intervenciones, lo que representa un aumento del 14,4%. Este crecimiento puede atribuirse a diversas estrategias implementadas en el servicio, entre las que se destacan: Incorporación de un tercer profesional en jornada de la mañana (lunes a viernes), lo que ha permitido ampliar la cobertura diaria de pacientes y optimizar los tiempos de intervención. Priorización de la atención en el turno mañana en UCI Neonatal y UCI Adulto, favoreciendo una respuesta oportuna a las condiciones críticas de los pacientes y mejorando la oportunidad de intervención fonoaudiológica. Incremento en las interconsultas previas a la extubación en UCI Adulto, como parte de una estrategia preventiva para reducir el riesgo de reintubación por broncoaspiración y mejorar la recuperación de los pacientes. Acompañamiento y participación de estudiantes en formación, lo que ha contribuido al fortalecimiento del servicio, favoreciendo tanto la atención directa como los procesos de seguimiento y documentación.

Sin embargo, al comparar el segundo trimestre de 2025 con el tercero del mismo año, se observa una disminución de 411 procedimientos equivalente a 6,5%.

Esta reducción puede atribuirse a factores operativos y administrativos tales como:

- Rotación y proceso de inducción de dos profesionales recientemente vinculadas al servicio, lo cual pudo generar un leve descenso en la productividad durante el mes de septiembre, mientras se ajustaban a los protocolos y dinámicas institucionales.
- Cierre parcial de contratos con EPS, lo cual redujo el volumen de pacientes remitidos al servicio, especialmente en el área ambulatoria.
- Menor demanda en consulta externa, posiblemente asociada a cambios en los flujos de referencia institucional.

Producción Terapia Ocupacional III Trimestre 2024-2025



Fuente: Sistema de información ALMERA – Base de datos Terapias

Durante el tercer trimestre del año 2025, el servicio de Terapia Ocupacional realizó un total de 1.682 procedimientos distribuidos en los diferentes servicios asistenciales de la siguiente manera:

- Hospitalización: 1.451 procedimientos, con una participación de 86,2%
- Consulta externa: 103 procedimientos, con una participación de 6,1%.
- Urgencias: 128 procedimientos, con una participación de 7,6%.

Respecto con el mismo trimestre del año anterior (III Trimestre 2024) en el que se registraron 2.548 procedimientos, se evidencia una disminución de 866 intervenciones, lo que equivale a una reducción del 20,4%.

Este descenso se atribuye a varios factores:

- Reducción de la jornada de trabajo del personal de Terapia Ocupacional durante los fines de semana, pasando de 12 horas a 6 horas diurnas.
- Incapacidad médica de una de las profesionales del equipo.
- Ausencia de personal en formación (estudiantes en práctica) durante el segundo semestre de 2025, lo que impactó en la capacidad operativa del servicio.

- Menor demanda de atención terapéutica en consulta externa

Al comparar el tercer trimestre con el segundo trimestre del año 2025, se observa un incremento de 90 procedimientos lo que representa un crecimiento del 2,7%. Este aumento progresivo se relaciona con acciones específicas implementadas para fortalecer el servicio, entre las cuales se destacan:

- Incremento en el número de interconsultas provenientes de los servicios de Fisiatría, Neurología (especialmente por la línea de ACV), programa de Pie Diabético y Manejo de Úlceras por Presión.
- Diseño y difusión de material informativo, incluyendo afiches colocados en áreas clave del hospital que promueven el conocimiento del rol de la Terapia Ocupacional.
- Llamadas telefónicas diarias a otras especialidades, reforzando la importancia del abordaje interdisciplinario y la intervención oportuna de Terapia Ocupacional como elemento fundamental en la recuperación funcional y la reintegración del paciente a su vida cotidiana.

2.11 HOSPITAL UNIVERSITARIO

TALENTO HUMANO PROCESOS DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

La subdirección de Educación Médica, para el tercer trimestre del año no presentó variaciones en el número de colaboradores 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	2025		
	I TRIM	II TRIM	III TRIM
Líder del servicio	1	1	1
Profesional especializado en Calidad	0	0	0
Técnico III	1	1	1
Técnico V	0	0	0
Profesional II	1	1	1
Profesional especializado (CI)	1	1	1
Profesional especializado	1	1	1
Profesional Psicología	1	1	1
Profesional Especializado Financiero	1	1	1
TOTAL	7	7	7

Fuente: Archivo de Educación Médica

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 auditoría 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 GESTION DEL CONOCIMIENTO

Proceso Autoevaluación Hospital Universitario

En consideración al proceso de autoevaluación institucional como hospital universitario adelantado el pasado 18 de junio en donde se evaluaron aspectos como la plataforma estratégica, el sistema de garantía de calidad se 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, sobre lo cual se adelanta la formulación de los planes de mejoramiento para las oportunidades de mejoramiento que se relacionan a continuación:

- Fortalecer la socialización de los anexos técnicos por programa y convenio docencia servicio a subdirectores y líderes de servicios asistenciales
- Generar estrategias que permitan el acceso fácil a la información de capacidad instalada por servicio.
- Definir el documento para el programa de bienestar que integra a los estudiantes en el proceso Docencia-Servicio
- Fortalecer el proceso institucional de evaluación y desarrollo docente que permita garantizar la idoneidad, calidad académica y desempeño pedagógico del personal vinculado al proceso Docencia-Servicio.
- Fortalecer la formación y cualificación del personal docente vinculado al Hospital Universitario, facilitando su participación en programas de educación en docencia universitaria
- Realizar la adecuación de la biblioteca con equipos y comunicaciones que permita el acceso a los repositorios digitales de las IES con las que se tiene convenio docencia servicio
- Fortalecer la divulgación de los resultados de las investigaciones institucionales a los estudiantes de pregrado, internado y postgrado junto con el personal asistencial.
- Promover la participación en la construcción de redes de investigación
- Implementar las acciones necesarias para la certificación buenas prácticas clínicas del HUS ante el INVIMA

Convenios 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.

Descripción	2023	2024				2025		
		I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM
Convenios vigentes con rotación activa	25	18	18	18	23	22	23	23
Convenios vigentes sin rotación de estudiantes		9	8	10	6	6	6	6
Convenio internacional (U. Valencia España)	1	1	1	1	1	1	1	1
Convenio internacional (U. Continental de Perú)	1	1	1	1	1	1	1	1
Universidad de la Rioja (Logroño - la Rioja España)	1	1	1	1	1	1	1	0
Total convenios	28	30	29	31	32	31	32	31

Fuente: Archivo Educación médica – Plataforma Saberes

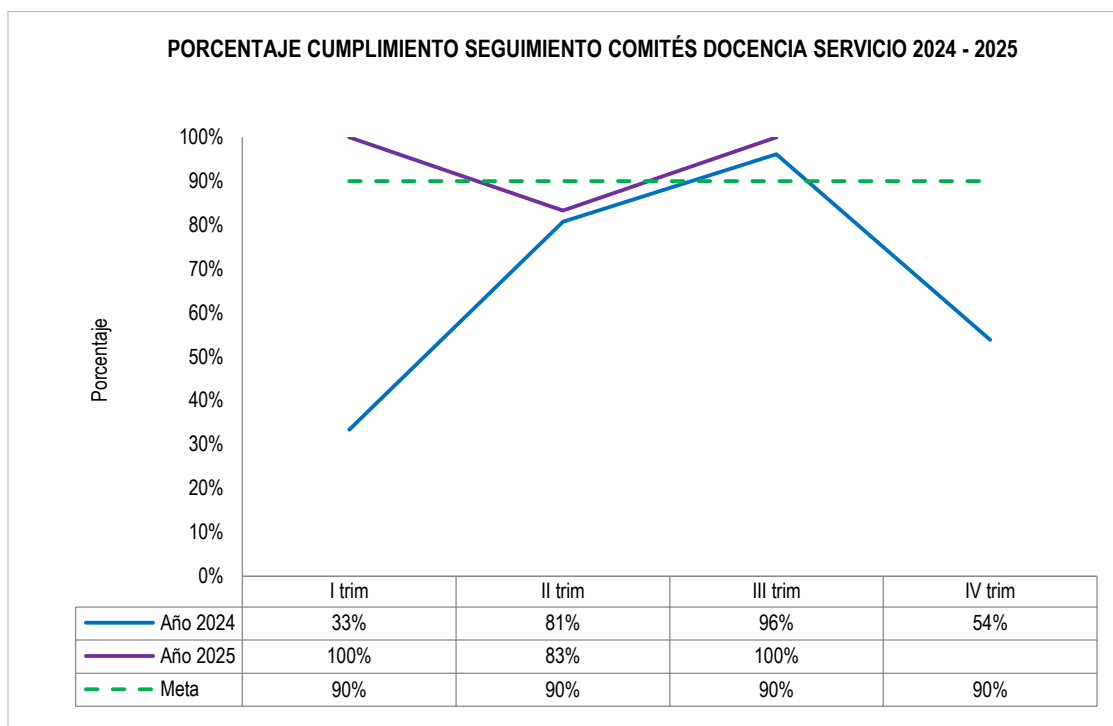
Para el tercer trimestre del año 2025, el Hospital Universitario de la Samaritana contó con 31 convenios suscritos con 23 universidades y 8 Institutos técnicos de los cuales 5 entidades son públicas y 26 privadas. De estas 31 entidades, únicamente 23 presentaron estudiantes de pregrado y posgrado en rotación para las tres sedes y se contó con 2 convenios internacionales suscritos con la Universidad internacional de Valencia para el postgrado de Neuropsicología y la Universidad continental del Perú, esta últimas sin presentar estudiantes para rotación en la red samaritana.

De los convenios vigentes que no que no tuvieron rotación estudiantes en el presente trimestre, están las siguientes instituciones: Universidad Navarra de Neiva, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Instituto Humanarte, Escuela de Salud San Pedro Claver, Instituto Politécnico de la Sabana, Universidad Continental del Perú y Universidad de Valencia.

Durante el trimestre, se revisó y ajustó el contrato con la UDCA para la rotación de internado de Medicina en el Hospital Regional de Zipaquirá, específicamente en la especialidad de Neurología. Adicionalmente, con la Universidad Navarra de Neiva (Uninavarra) se acordó un anexo técnico que permitirá la rotación en la especialidad de Medicina Interna e Internado a partir del primer semestre del año 2026.

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 24 comités de 24 propuestos con un cumplimiento del 100%, superior al 96,15% alcanzado para el tercer trimestre del año 2024.



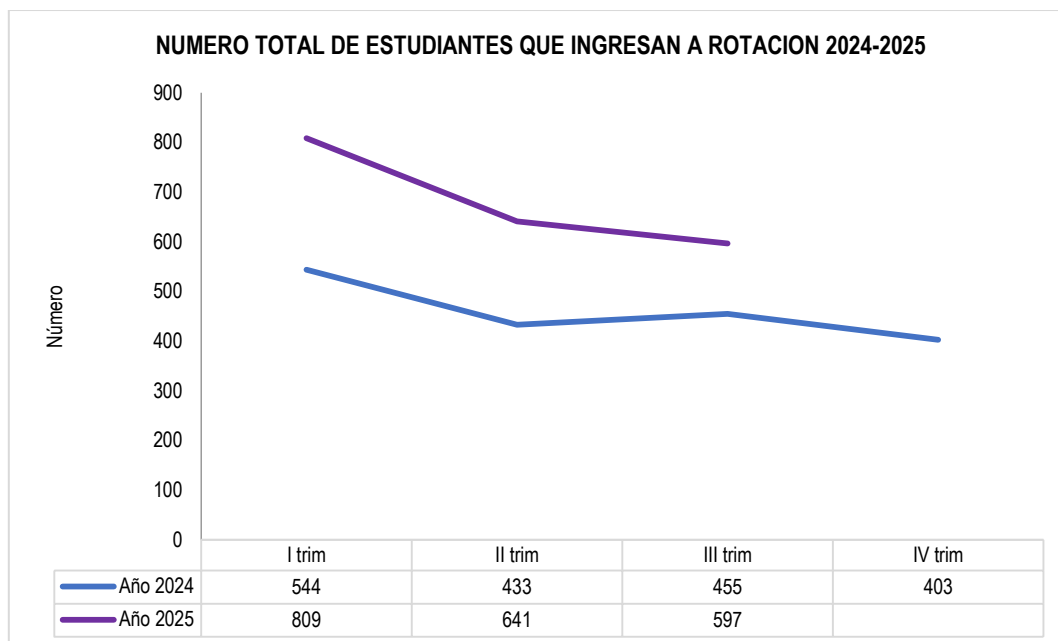
Fuente: Archivo Educación médica

Del segundo trimestre de 2025 quedaron pendientes los comités de docencia-servicio con las siguientes instituciones: Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), ECCI, Escuela ESAE, USESALUD y Universidad San Buenaventura, comités que fueron realizados durante 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, situación que ha sido solucionada parcialmente con la solicitud a la respectiva universidad de proveer equipos portátiles los cuales serán ajustados en la subdirección de informática.

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 la 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



Fuente: Sistema de Información ALMERA

El Hospital Universitario de la Samaritana, cuenta con la rotación de estudiantes pertenecientes a los 23 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. Dentro de los programas de postgrado (Residentes), se encuentran Medicina Interna, Cirugía general, Ginecobstetricia, ortopedia, Pediatría, reumatología, Neurocirugía, Cirugía Plástica, Oftalmología, Cuidado Crítico, Cirugía de mano, Cirugía maxilofacial, Cuidado paliativo, dermatología, neurología, geriatría, psiquiatría, reumatología y maestría de enfermería en cuidado crítico).

Durante el tercer trimestre del año 2025, ingresaron 597 estudiantes, de los cuales 102 corresponden a programas de postgrado (residentes), 495 estudiantes de pregrado, correspondiente a 12 programas diferentes de medicina, enfermería, fisioterapia, farmacia, administrativos en salud, atención prehospitalaria, auxiliares de enfermería y programa Internado Rotatorio de Medicina.

En el grupo de postgrado, se registraron 98 estudiantes principalmente en los postgrados de 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, Pontificia universidad javeriana, Fundación Universitaria Sanitas, Universidad Nacional de Colombia, Universidad nuestra señora del rosario, Universidad el bosque, fundación universitaria ciencias de la Salud Y Fundación Universitaria Juan N corporas.

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
UNIVERSIDAD DE LA SABANA	10	31	16
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	2	15	3
FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS	2	4	1
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	2	3	2
UNIVERSIDAD NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO	1	3	
UNIVERSIDAD EL BOSQUE		2	2
FUNDACION UNIVERSITARIA CIENCIAS DE LA SALUD	2		
FUNDACION UNIVERSITARIA JUAN N CORPAS		1	
TOTAL	19	59	24

Fuente: Archivo de educación médica

En relación con el programa de Internado Rotatorio en medicina, participaron para el tercer trimestre del año 9 Instituciones de educación superior, 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 para el tercer trimestre fue 87; de la Universidad de la Sabana con 49 internos y le sigue la U Juan N Corpas con 12 Internos, Pontificia U Javeriana 9, Universidad Sanitas 4, Universidad del Rosario 4, Universidad del Bosque 3, Universidad Andes 2, Universidad Militar 2 y Universidad Nacional de Colombia 2, según se relaciona a continuación:

INSTITUCION EDUCACIÓN SUPERIOR	HOSPITAL DE LA SAMARITANA		HOSPITAL REGIONAL ZIQAQUIRA		Total general
	INTERNADO BASE	INTERNADO ELECTIVO	INTERNADO BASE	INTERNADO ELECTIVO	
UNIVERSIDAD DE LA SABANA	9	19	12	9	49
FUNDACION UNIVERSITARIA JUAN N CORPAS	10	2			12
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	9				9
FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS	4				4
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO		4			4
UNIVERSIDAD EL BOSQUE	3				3
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES	1	1			2
UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA	2				2
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA		2			2
Total general	38	28	12	9	87

Fuente: plataforma saberes educación médica

Del programa de internado rotatorio principalmente seleccionan los servicios de Ginecoobstetricia, medicina interna, cirugía plástica y oftalmología

Capacidad instalada

Se ha revisado la capacidad instalada para pregrado y postgrado para el primer semestre del año 2025 de acuerdo a lo establecido en los lineamientos de referencia para la asignación de cupos de estudiantes en escenarios clínicos de acuerdo con los LINEAMIENTOS DE REFERENCIA PARA LA ASIGNACIÓN DE CUPOS DE ESTUDIANTES EN ESCENARIOS CLÍNICOS de julio de 2019 establecidos por comisión intersectorial para el talento humano en salud -CITHS del Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objetivo es contribuir al aseguramiento de la calidad y la pertinencia de la

formación del Talento Humano en Salud.

Durante el segundo trimestre del año Se generó el procedimiento 02DIG22-V1 PROCEDIMIENTO ASIGNACION CUPOS ESTUDIANTES y revisó con la Dirección científica y la oficina de planeación, realizándose los ajustes sugeridos e incorporándose a la plataforma Almera, encontrándose pendiente de aprobación por la oficina de planeación

La capacidad instalada es establecida de acuerdo a las características de los servicios que se encuentran habilitados en el hospital por grupos de servicios y capacidad IPS, a fin de poder determinar la cantidad de cupos asignados, que se encuentra registrada en la plataforma SABERES como una herramienta que permite registrar de parte de cada Institución de educación los alumnos que ingresan a su rotación en el hospital. Para esto, se ha coordinado con el proveedor un proceso de reinducción a fin de fortalecer la información y los indicadores de gestión para el seguimiento a la asignación de cupos en el hospital para cada uno de los servicios habilitados para las tres sedes del Hospital universitario de la Samaritana, según lo requerido por los estándares de habilitación de la resolución 3100 de 2019 de Minsalud.

En el análisis realizado para el primer semestre del año 2025 y de acuerdo con la revisión que se adelanta sobre la Caracterización del proceso Docencia, Innovación y Gestión del Conocimiento en conjunto con la dirección científica y la oficina de planeación se ha propuesto un indicador de seguimiento PORCENTAJE UTILIZACIÓN CAPACIDAD FISICA INSTALADA PARA LA ASGINACIÓN DE CUPOS DE ESTUDIANTES EN PREGRADO Y POSTGRADO de seguimiento semestral, según se relaciona a continuación:

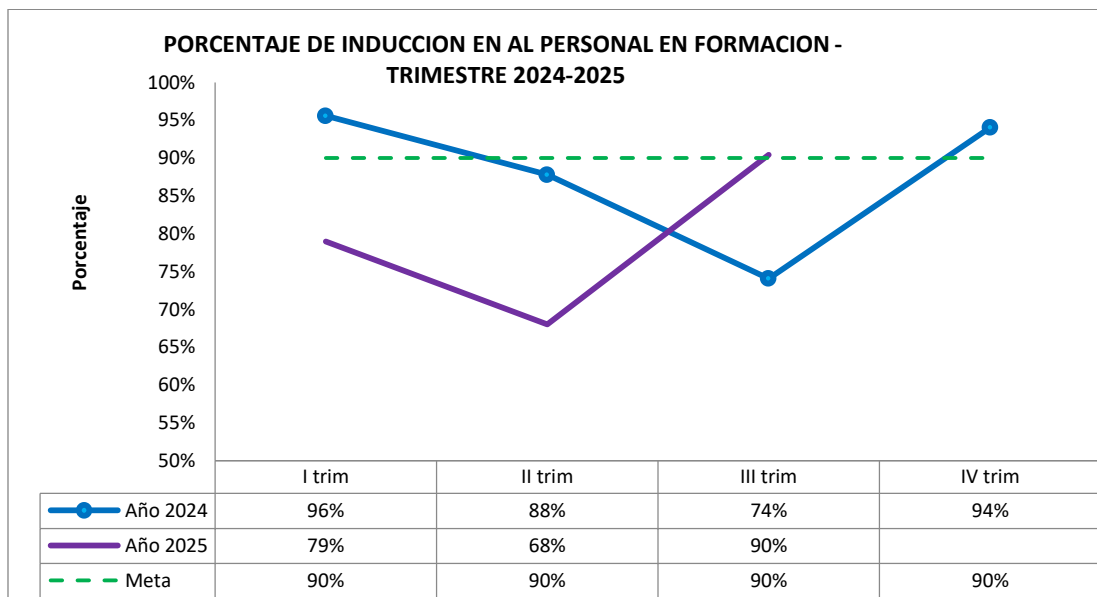
SEDE	NIVEL FORMACIÓN	Número de estudiantes Admitidos	Total cupos disponibles	%
UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA	PREGRADO	77	141	54,61%
HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA	PREGRADO	72	214	33,64%
HUS BOGOTA	POSTGRADO	53	57	92,98%
	INTERNADO MEDICINA	78	79	98,73%
	PREGRADO MEDICINA	40	63	63,49%
	ENFERMERIA	22	92	23,91%
	FISIOTERAPIA	30	32	93,75%
	OTROS	21	34	61,76%
TOTAL		393	712	55,20%

Fuente: plataforma saberes educación médica

Se adelantó un proceso de referenciación con la Caja de Compensación Colsubsidio el pasado 15 de agosto con el Objetivo Estratégico No 6. Incrementar la generación de conocimiento e innovación a través del desarrollo del modelo integral de Docencia e Investigación, que produzca impacto social en la consolidación institucional como Hospital Universitario y como alcance Desde el estudio de la capacidad instalada, el acceso a los programas de formación hasta el mejoramiento de la calidad en la formación de los escenarios de práctica clínica, identificándose la necesidad de realizar una revisión de la plataforma SABERES contratada por el Hospital desde el año 2022 en conjunto con la subdirección de sistemas y la propuesta de adquisición del software Power BI para fortalecer el seguimiento de la asignación de cupos de estudiantes para las tres sedes así como el seguimiento financiero de las contraprestaciones a cada uno de los convenios, a partir de

un cuadro de mando integral

Inducción realizada al personal en formación



Fuente: Sistema de información ALMERA – Id 15

Para el tercer trimestre del año se contó con el ingreso de 597 estudiantes en el HUS sede Bogotá y las dos sedes de Zipaquirá, de los cuales participaron en la inducción institucional el 90,4%, que corresponde a con un aumento de 22 puntos porcentuales respecto al período anterior y al mismo periodo del año 2024, logrando cumplir la meta. 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.

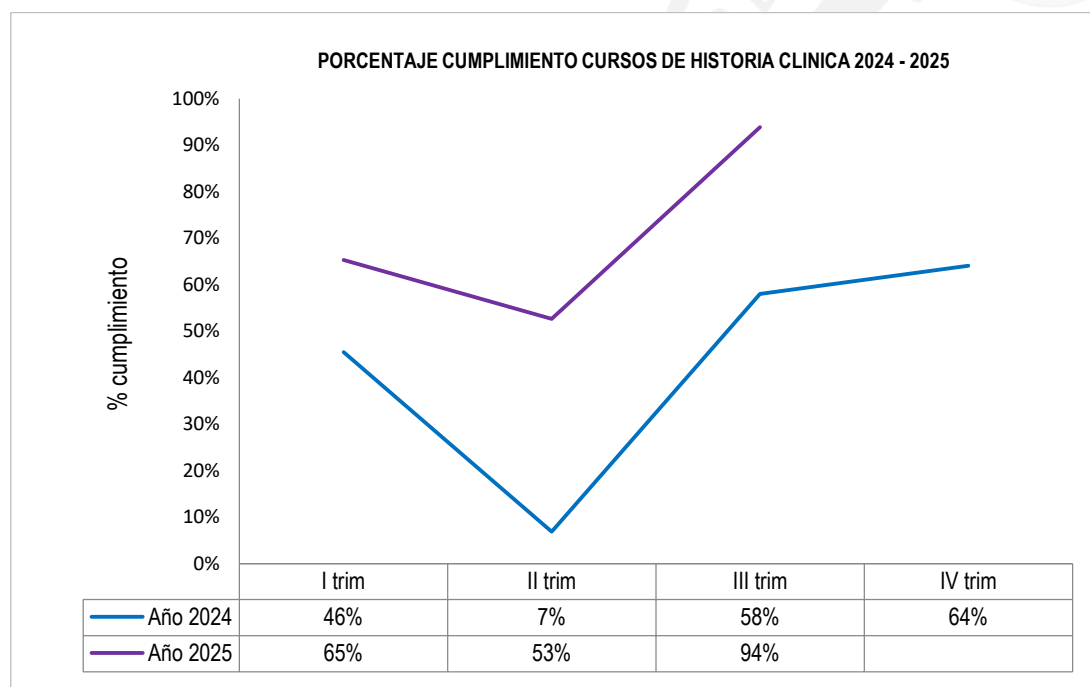
Es necesario precisar también que la inducción se ajustó para hacerla más precisa y concreta, siguiendo el siguiente cronograma:

Hora	Temáticas
8:00 – 8:20	Emergencias
8:20 – 8:40	Bioseguridad IAAS- PROA
8:40 – 9:00	Estrategia Multimodal
9:00 – 9:30	Seguridad del paciente
9:30 –10:00	Inducción -CIE 10/CIE 11
10:00 - 10:20	IAMMI
10:20 – 10:40	Medidas de bioseguridad UCI

10:40 – 11:00	Ambiental
11:00 - 11:30	Educación Médica- Investigación
11:30 - 12:00	Programa salud mental estudiantes
12:00 – 12:15	Estadísticas Vitales
12:15 – 12:30	Proceso de carnetización, curso de historia clínica, información salones.
12:30 - 1:00	Educación Médica- Bienestar Estudiantil

Se proyecta la modificación de la inducción para generarla de manera virtual asincrónica, previa al ingreso del estudiante a su rotación, proceso que está en curso, así como generar una certificación de la asistencia, que permita lograr incrementar el porcentaje de participantes.

CURSOS HISTORIA CLÍNICA



Fuente: Sistema de información ALMERA

Actualmente Educación Médica lleva el control del curso de historia clínica, el curso de seguridad del paciente, el curso de donación de órganos y el curso de emergencias obstétricas. Para el tercer trimestre del año 33 estudiantes en internado rotatorio y postgrado se inscribieron al curso de historia clínica de los cuales 31 se certificaron, con un porcentaje de cumplimiento del 93,90%, superior al observado a los dos anteriores trimestres del año y superior con respecto al observado para el período similar del año 2024.

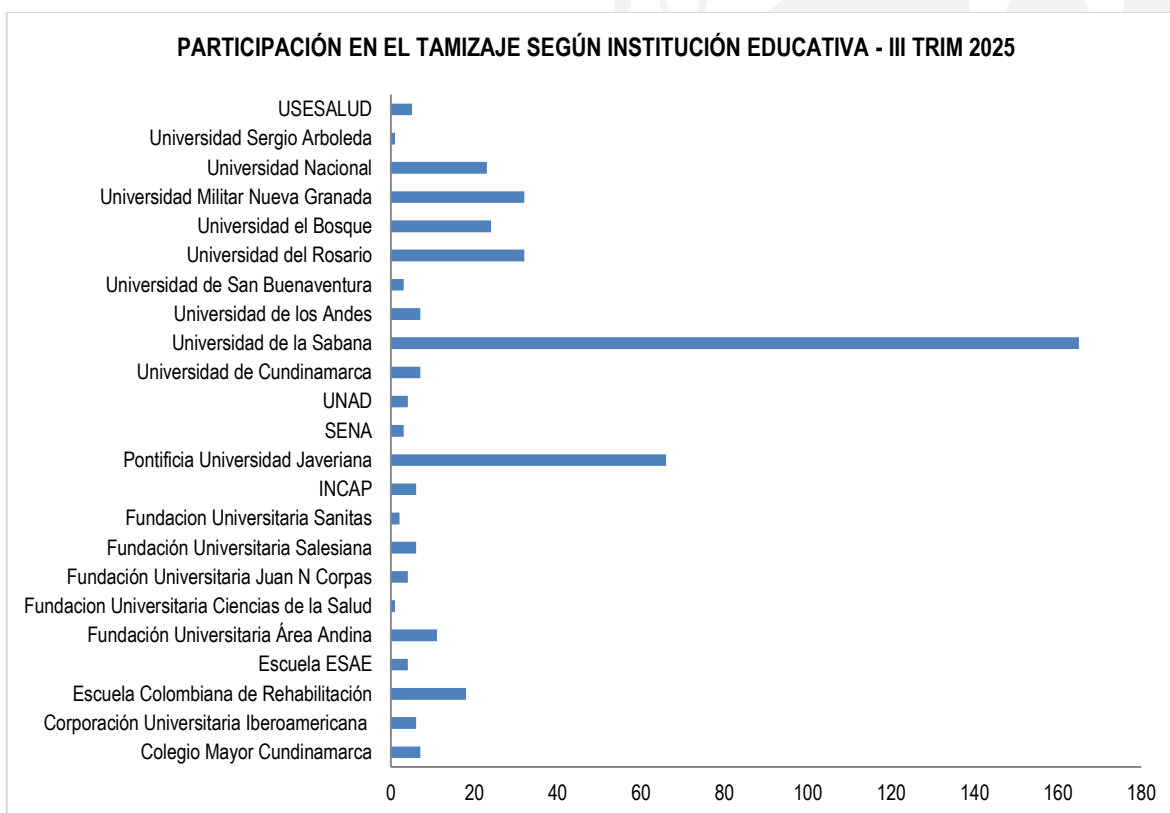
PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LOS ESTUDIANTES

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,

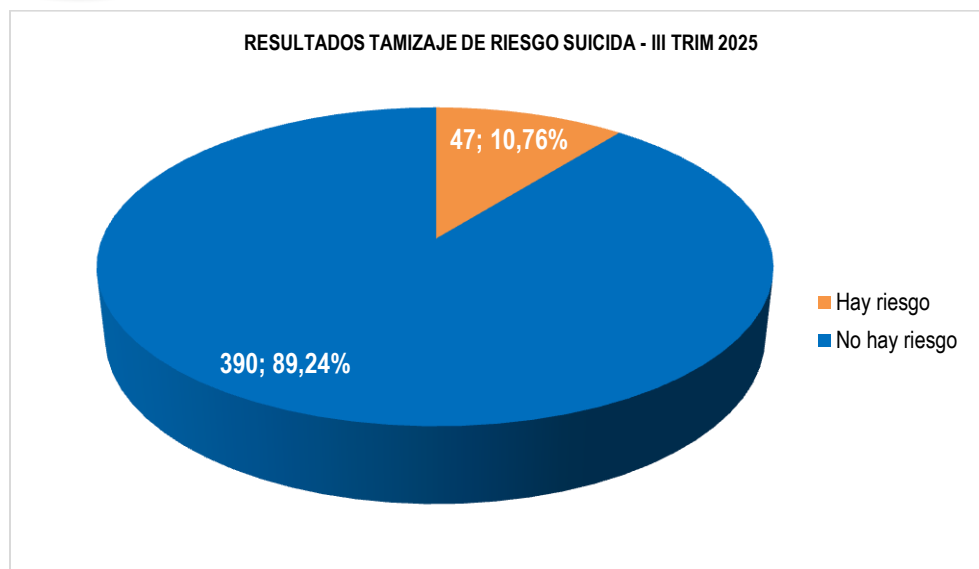
depresivos y conductas suicidas en esta población. Los médicos y profesionales de otras áreas de la salud son un grupo vulnerable para presentar problemas de salud mental debido a que están en constante exposición a la enfermedad, el sufrimiento humano y la muerte. Además, este grupo poblacional suele 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 III trimestre del 2025 participaron 437 estudiantes de pregrado y posgrado de medicina y otras áreas de la salud en el tamizaje de riesgo suicida, con la siguiente participación: la Universidad de la Sabana 37,7% (165), la Universidad Javeriana 15,1% (66) y Universidad Nacional 7,3% (23).



Fuente: Informe del Programa de promoción de la salud mental de los estudiantes



Fuente: Informe del Programa de promoción de la salud mental de los estudiantes

De los 437 estudiantes que participaron en el tamizaje, se identificaron 47 (10,8%) estudiantes en posible riesgo suicida; de los cuales la mayoría pertenecen al programa de medicina 70,2% (33) y fisioterapia 14,8% (7). También hay estudiantes en posible riesgo suicida en los programas de enfermería 6,3% (3), administración en salud 4,2% (2), odontología 2,1% (1) e instrumentación quirúrgica 2,1% (1).

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 47 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 los 47 estudiantes identificados en posible riesgo, **36 (76,6 %) aceptaron recibir seguimiento** por parte de la psicóloga de Educación Médica, mientras que **11 (23,4 %) manifestaron no desearlo**, por lo que únicamente se realizó una sesión inicial de psico-orientación.

GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El Hospital Universitario de La Samaritana avala 17 grupos de investigación (GI), 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, Oftalmología, 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: Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MinCiencias) resultado de la convocatoria N°894 de 2021

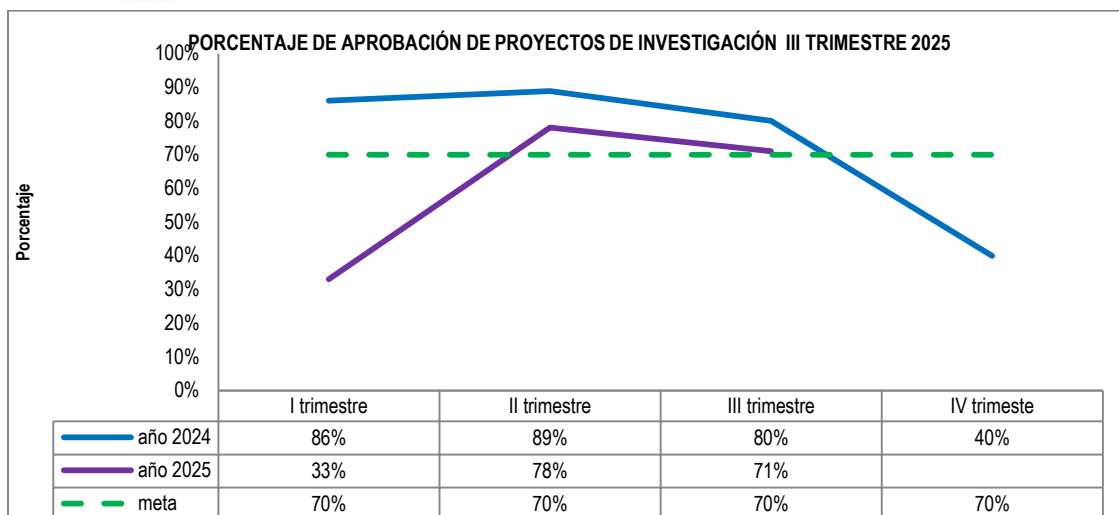
El Hospital Universitario de La Samaritana avala 17 grupos de investigación (GII), los cuales de acuerdo al Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MinCiencias) están categorizados como: 1 en categoría B, 11 en categoría C, 2 en categoría reconocido y 4 no reconocidos, medición que será modificada de acuerdo a los resultados de la convocatoria N°957 de 2024

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)

El 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. El Comité sesionó un total de 7 proyectos de investigación de los cuales aprobó 5 representado en un 71% de aprobación de proyectos y evidenciando una disminución de 7% en comparación con el segundo trimestre de 2025 en el que la aprobación fue de 78%. En particular, uno de los trabajos no aprobados en el III trimestre está asociados o derivan en trabajos de grado con asesoría metodológica de las Instituciones de Educación Superior (IES), que desistió de continuar con el proceso debido a la discrepancia con el calendario académico de la IES que afectaba a los estudiantes.

Proyectos de investigación aprobados por el CEIHUS

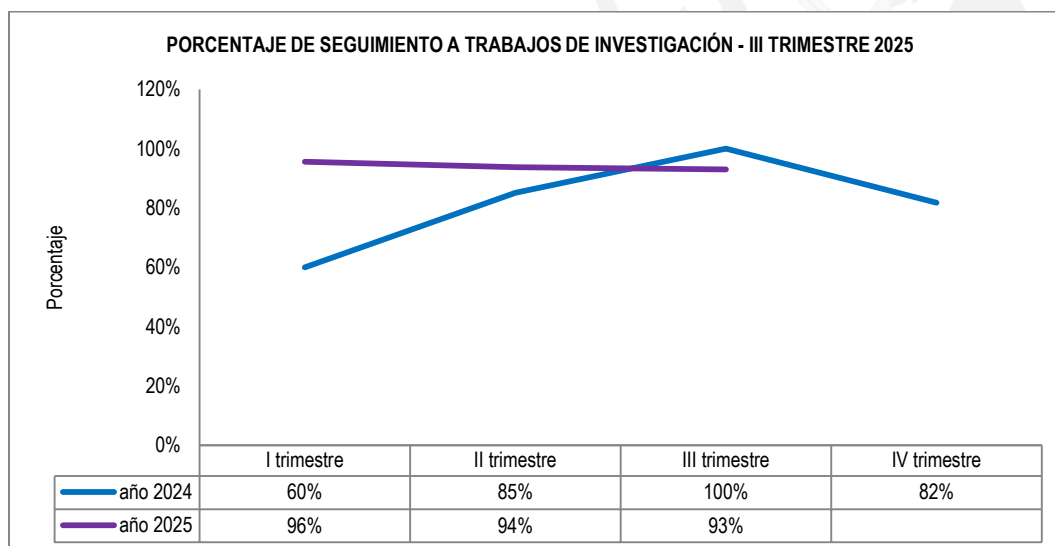


Fuente: Sistema de información ALMERA, indicador 2085.

Porcentaje de proyectos de investigación aprobados por el CEIHUS. En el tercer trimestre de 2025 se presentaron ante el CEIHUS 7 proyectos de investigación de los cuales fueron aprobados 5, para un porcentaje de aprobación del 71%, evidenciando una disminución de 7% en comparación con el trimestre anterior de 2025 en el que la aprobación fue de 78%. En particular, uno de los trabajos no aprobados en el III trimestre está asociados o derivan en trabajos de grado con asesoría metodológica de las Instituciones de Educación Superior (IES), que desistió de continuar con el proceso debido a la discrepancia con el calendario académico de la IES que afectaba a los estudiantes.

El CIHUS en el acompañamiento a los investigadores HUS realizó seguimiento a 50 (93%) trabajos de investigación de los 54 seguimientos programados para el tercer trimestre del año 2025.

Seguimiento a trabajos de investigación



Fuente: Sistema de información ALMERA, indicador 2087.

Porcentaje de seguimiento a trabajos de investigación. El porcentaje de seguimientos a los proyectos de investigación en el tercer trimestre del año 2025 fue de 93% correspondiente a 55 trabajos de investigación activos y evidenciando una disminución del 1% con respecto al trimestre anterior del año 2025 y disminución de 7% en el tercer trimestre de 2024. El Centro de Investigación ha mantenido el seguimiento a los trabajos de investigación por encima del 90% durante el año en respuesta al compromiso con el acompañamiento a los investigadores.

- **Comité de Investigación.** El Comité de Investigación realizó las dos (2) sesiones mensuales de las tres (3) programadas en el trimestre, la sesión programada sin realizar fue consecuencia de la ejecución de la “Ruta de Acreditación en Salud”. Sin embargo, el Comité ya tiene aprobado sus formatos y Guía Operativa para revisión de la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad previo al depósito en la plataforma y así dar inicio a la recepción de proyectos de investigación debidamente aprobados por el CEIHUS.
- **Participación en Redes de Investigación.** El Hospital formalizó su vinculación en la RED NACIONAL PARA EL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN HOSPITALES COLOMBIANOS como miembro fundador, y está participando en las reuniones periódicas para la construcción del Acuerdo de Colaboración Institucional a firmar por los 21 hospitales miembros a la fecha.
- **Diagnóstico de la Gestión del Nuevo Conocimiento.** El Centro socializó a los investigadores y al Comité de Investigación los resultados del cuestionario “*Diagnóstico de la Gestión del Nuevo Conocimiento*” con agradecimiento especial a quienes participaron (28% participaron).
- **Podcast “Pasa en Sama”.** Atendiendo la Autoevaluación como Hospital Universitario realizada el 18/06/2025, el Centro de Investigación creó el audiovisual “Pasa en Sama” para el fortalecimiento de la divulgación de los resultados de las investigaciones de la Red Samaritana. Pasa en Sama está disponible en el canal del Hospital en Youtube desde 15/09/2025.

CAPITULO III DIRECCION FINANCIERA

3.1 Presupuesto de Ingresos III Trimestre 2024 VS III Trimestre 2025

Cifras en Millones de Pesos

Concepto	2024			2025			Variación 2025/2024		
	Aproba-do	Reco-noci-miento	Recaudo	Aproba-do	Recono-cimiento	Recaudo	Apro-bado	Recono-cimiento	Re-caudo
DISPONIBILIDAD INICIAL	7.138	7.138	7.138	22.183	22.183	22.183	211%	211%	211%
INGRESOS CORRIENTES	356.806	368.941	224.306	376.997	455.909	258.378	6%	24%	15%
Ventas de servicios de salud	216.819	235.282	90.647	213.206	298.458	100.928	-2%	27%	11%
Cuentas por Cobrar	99.484	104.687	104.687	106.947	115.832	115.832	8%	11%	11%
Venta de otros bienes y servi-cios	180	1.330	1.330	3.908	4.775	4.775	2071%	259%	259%
Transferencias corrientes	40.323	27.642	27.642	52.935	36.844	36.844	31%	33%	33%
RECURSOS DE CAPITAL	812	1.502	1.502	1.181	1.541	1.541	45%	3%	3%
TOTAL INGRESOS	364.756	377.581	232.946	400.360	479.633	282.102	10%	27%	21%

Fuente: Dinámica Gerencial DGH corte 30 de septiembre de 2025

- El presupuesto de ingresos aprobado para la vigencia 2025 en comparación con la vigencia 2024 crece en un 10%, el cual obedece principalmente al aumento de la disponibilidad inicial por el saldo sin ejecutar de los convenios 1234, 1245 y 1273 de 2024 celebrados con la Secretaría de Salud de Cundinamarca por valor de \$10.783 millones de pesos, así mismo; se encuentra la mayor aprobación en la venta de otros bienes y servicios representado por el arrendamiento de espacio a terceros (Unidad Médica Oncologica Oncolife Ips SAS) y de las cuentas por cobrar menores a 2 años resultado del cierre de la vigencia 2024. Los reconocimientos presentan una variación del 27%, gracias a la disponibilidad inicial, la venta de otros bienes y servicios y transferencias corrientes, en las cuales se encuentran los recursos girados por el Ministerio de salud mediante Resolución 1981 de 2024 para financiar las obligaciones de operación corriente por valor de \$10.000 millones y los recursos del Convenio interadministrativo para pago de pasivos # 851 de 2025 suscrito con Secretaría de Salud de Cundinamarca por valor de \$20.000 millones.
- El recaudo presenta un incremento del 21%, donde es importante resaltar que el recaudo de las ventas de servicios de salud de la vigencia y de vigencias anteriores aumenta pasando de \$195.334 millones en 2024 a \$216.760 millones en 2025, existiendo un incremento de \$21.426 millones con un crecimiento del 11% gracias al proceso de gestión de cobro ante las diferentes ERP.

Presupuesto de Gastos

Cifras en Millones de Pesos

Conceptos	2024				2025				Variación 2025/2024			
	Apro-bado	Com-promi-sos	Obli-gacio-nes	Pagos	Apro-bado	Com-promi-sos	Obli-gacio-nes	Pagos	Apro-bado	Com-promi-sos	Obli-gacio-nes	Pagos
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	43.188	32.501	25.538	23.615	45.827	33.852	27.366	26.015	6%	4%	7%	10%
Gastos de personal	10.205	6.616	6.616	6.616	8.724	5.340	5.340	5.340	-15%	19%	-19%	-19%
Adquisición de bienes y servicios	30.208	24.113	17.600	15.685	33.343	27.363	20.877	19.526	10%	13%	19%	24%
Activos Fijos	2.256	555	553	152	1.267	337	337	0	-44%	-39%	-39%	-100%
Materiales y suministros	3.386	1.818	795	163	2.883	1.682	1.228	892	-15%	-7%	54%	448%
Adquisición de servicios	24.566	21.739	16.252	15.370	29.193	25.343	19.313	18.634	19%	17%	19%	21%
Transferencias corrientes	1.583	973	523	515	2.618	338	338	338	65%	-65%	-35%	-34%
Gastos por tributos, multas, sanciones e intereses de mora	1.192	799	799	799	1.143	811	811	811	-4%	2%	2%	2%
INVERSIÓN	14.971	9.537	1.594	1.470	26.347	17.853	16.352	14.822	76%	87%	926 %	909%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL	243.895	202.316	169.591	128.941	289.293	247.328	207.180	170.221	19%	22%	22%	32%
Gastos de personal	16.370	10.999	10.999	10.986	15.482	10.176	10.176	10.176	-5%	-7%	-7%	-7%
Gastos de comercialización y producción	227.524	191.317	158.591	117.955	273.811	237.152	197.004	160.044	20%	24%	24%	36%
Materiales y suministros (bienes)	52.778	42.636	33.738	16.070	73.030	62.256	51.730	33.731	38%	46%	53%	110%
Adquisición de servicios	174.746	148.681	124.853	101.885	200.781	174.896	145.273	126.314	15%	18%	16%	24%
CUENTAS POR PAGAR	62.702	62.436	59.728	58.599	38.893	38.530	33.222	32.472	-38%	-38%	-44%	-45%
TOTAL GASTOS	364.756	306.790	256.451	212.624	400.360	337.562	284.120	243.531	10%	10%	11%	15%

Fuente: Dinámica Gerencial DGH corte 30 de septiembre de 2025

- El crecimiento del 10% del presupuesto de gastos aprobado está representado en mayor proporción por los gastos de inversión dada la incorporación de recursos de los convenios 1245 y 1273 de 2024 celebrados con la Secretaria de Salud de Cundinamarca y el valor presupuestado por estampillas pro-hospitales universitarios en la vigencia 2025, así mismo; este crecimiento se refleja gracias a los gastos de operación comercial por concepto de adquisición de insumos (concepto materiales y suministros-bienes) y la contratación de servicios asistenciales. Por otra parte, las cuentas por pagar presentan una disminución del 38%, toda vez que al cierre de la vigencia 2024 alcanzan la suma de \$38.893 millones siendo menores del cierre 2023, las cuales fueron por valor de \$62.702 millones. Al tercer trimestre de la vigencia 2025 se ha comprometido el 84% del valor total del presupuesto aprobado y de los compromisos adquiridos se ha obligado el 84% y de las obligaciones se pagó el 86%.

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA - SEDE BOGOTÁ

Presupuesto de Ingresos

Cifras en Millones de Pesos

Concepto	2024			2025			Variación 2025/2024		
	Aproba-do	Recono-cimiento	Recau-do	Aproba-do	Recono-cimiento	Recau-do	Aproba-do	Recono-cimiento	Re-caudo
DISPONIBILIDAD INICIAL	3.565	3.565	3.565	18.610	18.610	18.610	422%	422%	422%
INGRESOS CORRIENTES	191.507	202.385	123.381	201.560	248.209	147.916	5%	23%	20%
Ventas de servicios de salud	103.472	122.621	43.617	110.208	161.356	61.063	7%	32%	40%
Cuentas por Cobrar	64.586	58.149	58.149	59.535	63.527	63.527	-8%	9%	9%
Venta de otros bienes y servicios	180	476	476	525	134	134	192%	-72%	-72%
Transferencias corrientes	23.269	21.138	21.138	31.292	23.192	23.192	34%	10%	10%
RECURSOS DE CAPITAL	812	1.502	1.502	1.144	1.499	1.499	41%	0%	0%
TOTAL INGRESOS	195.883	207.452	128.448	221.314	268.317	168.025	13%	29%	31%

Fuente: Dinámica Gerencial DGH corte 30 de septiembre de 2025

- El presupuesto aprobado para la sede Bogotá presenta un crecimiento del 13%, representado por un mayor valor al cierre 2024 dado por la disponibilidad inicial que crece en un 22% lo cual obedece a los convenios interadministrativos 1234, 1245 y 1273 de 2024 los cuales no se ejecutaron en su totalidad en la vigencia 2024 y a los recursos de la estampilla pro-hospitales universitarios. Por otra parte, por concepto de transferencias corrientes, estas aumentan en un 34% dado principalmente por mayor valor presupuestado en los recursos correspondientes a la Resolución 1981 de 2024 de Ministerio de Salud y Protección Social por \$10.000 millones para la compra de insumos. En cuanto a los reconocimientos se evidencia un incremento del 29% dado por el aumento en la venta de servicios de salud y respecto a los recaudos se observa una variación del 31% representada por mayores ventas de servicios de salud más la recuperación de cuentas por cobrar que pasan de \$101.767 millones en 2024 a \$124.590 millones en 2025.

Presupuesto de Gastos

Cifras en Millones de Pesos

Conceptos	2024				2025				Variación 2025/2024			
	Apro-bado	Com-promi-sos	Obliga-ciones	Pagos	Apro-bado	Com-promi-sos	Obliga-ciones	Pagos	Apro-bado	Com-promi-sos	Obli-gacio-nes	Pa-gos
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	30.251	22.811	18.289	17.214	32.654	23.150	19.479	18.546	8%	1%	7%	8%
Gastos de personal	9.824	6.483	6.483	6.483	8.724	5.340	5.340	5.340	-11%	-18%	-18%	-18%
Adquisición de bienes y servicios	18.241	14.904	10.833	9.766	20.632	16.988	13.317	12.384	13%	14%	23%	27%
Activos Fijos	1.050	186	184	65	625	243	243	0	-40%	31%	32%	-

Conceptos	2024				2025				Variación 2025/2024			
	Apro-bado	Com-promi-sos	Obliga-ciones	Pagos	Apro-bado	Com-promi-sos	Obliga-ciones	Pagos	Apro-bado	Com-promi-sos	Obliga-ciones	Pa-gos
												100%
Materiales y suministros	1.714	892	466	143	1.449	847	682	454	-15%	-5%	46%	217%
Adquisición de servicios	15.477	13.826	10.183	9.557	18.558	15.898	12.392	11.930	20%	15%	22%	25%
Transferencias corrientes	1.583	973	523	515	2.618	338	338	338	65%	-65%	-35%	-34%
Gastos por tributos, multas, sanciones e intereses de mora	603	451	451	451	680	484	484	484	13%	7%	7%	7%
INVERSIÓN	11.917	6.483	1.594	1.470	26.347	17.853	16.352	14.822	121%	175%	926%	909%
GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL	119.190	99.055	87.104	67.537	142.982	121.117	101.478	87.889	20%	22%	17%	30%
Gastos de personal	16.370	10.999	10.999	10.986	15.482	10.176	10.176	10.176	-5%	-7%	-7%	-7%
Gastos de comercialización y producción	102.820	88.056	76.104	56.551	127.500	110.941	91.301	77.713	24%	26%	20%	37%
Materiales y suministros (bienes)	32.667	27.447	22.058	11.010	49.269	42.574	35.232	24.599	51%	55%	60%	123%
Adquisición de servicios	70.152	60.609	54.047	45.541	78.231	68.367	56.069	53.114	12%	13%	4%	17%
CUENTAS POR PAGAR	34.526	34.329	32.636	31.854	19.330	19.144	18.020	17.295	-44%	-44%	-45%	-46%
TOTAL GASTOS	195.883	162.677	139.623	118.075	221.314	181.263	155.329	138.553	13%	11%	11%	17%

Fuente Dinámica Gerencial DGH corte 30 de septiembre de 2025

- El presupuesto de gastos aprobado varía en un 13% comparado con la vigencia 2024 por el mayor valor en la aprobación de los gastos de inversión y los gastos de operación comercial; en estos últimos se encuentra principalmente la adquisición de materiales y suministros (compra de insumos) y la contratación de servicios personal asistencial. Al tercer trimestre de la vigencia 2025 se ha comprometido el 82% del valor total del presupuesto aprobado y de los compromisos adquiridos se ha obligado el 86% y de las obligaciones se pagó el 89%.

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA - SEDE HOSPITAL REGIONAL ZIPAQUIRÁ

Presupuesto de Ingresos

Cifras en Millones de Pesos

Concepto	2024			2025			Variación 2025/2024		
	Aproba-do	Recono-cimiento	Recaudo	Aproba-do	Recono-cimiento	Recaudo	Apro-bado	Recono-cimiento	Re-caudo
DISPONIBILIDAD INICIAL	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%
INGRESOS CORRIENTES	120.101	126.701	75.898	122.835	153.302	78.275	2%	21%	3%
Ventas de servicios de salud	80.149	85.059	34.257	74.231	104.835	29.808	-7%	23%	-13%
Cuentas por Cobrar	24.254	35.275	35.275	34.106	40.283	40.283	41%	14%	14%
Venta de otros bienes y servicios	0	830	830	3.366	4.618	4.618	0%	456%	456%
Transferencias corrientes	15.698	5.536	5.536	11.132	3.566	3.566	-29%	-36%	-36%
RECURSOS DE CAPITAL	0	0	0	33	38	38	0%	0%	0%
TOTAL INGRESOS	120.101	126.701	75.898	122.868	153.340	78.313	2%	21%	3%

Fuente: Dinámica Gerencial DGH corte 30 de septiembre de 2025

- El presupuesto de ingresos para el Hospital Regional de Zipaquirá presenta una variación del 2%, por aumento en el valor a recaudar por concepto de cuentas por cobrar (vigencias anteriores), no obstante, esta variación se ve impactada por la reducción en transferencias corrientes del 29%, producto de los recursos recibidos por parte del Departamento de Cundinamarca con cargo al Convenio tripartito 716 de 2019, recursos que fueron recibidos durante 5 años, el cual terminó en el 2024, respecto a los reconocimientos, estos aumentan en un 21% especialmente por la venta de servicios de salud por mayor atención a pacientes y la venta de otros bienes y servicios que crecen en un 456%, incremento

que se va reflejar en el recaudo, sin embargo estos últimos no crecen sino un 3%, por los ingresos obtenidos por arrendamientos de espacio en las instalaciones del hospital a la empresa Oncolife para la prestación de sus servicios en esta sede, otro concepto que incrementa el recaudo son las cuentas por cobrar que se incrementan en un 14% por diferentes gestiones realizadas por el E.S.E para el ingreso de recursos por la venta de servicios de vigencias anteriores.

Presupuesto de Gastos

Cifras en Millones de Pesos

Concepto	2024				2025				Variación 2025/2024			
	Apro-bado	Com-promi-sos	Obliga-ciones	Pagos	Apro-bado	Com-promi-sos	Obliga-ciones	Pagos	Apro-bado	Com-promi-sos	Obliga-cio-nes	Pagos
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	8.174	5.868	4.376	3.764	8.098	6.365	4.619	4.401	-1%	8%	6%	17%
Gastos de personal	382	134	134	134	0	0	0	0	-100%	-100%	-100%	-100%
Adquisición de bienes y servicios	7.472	5.580	4.088	3.476	7.848	6.215	4.469	4.251	5%	11%	9%	22%
Activos Fijos	675	176	176	0	312	0	0	0	-54%	-100%	-100%	0%
Materiales y suministros (Bienes)	1.258	728	282	9	1.041	628	374	305	-17%	-14%	32%	3127%
Adquisición de servicios	5.539	4.676	3.629	3.467	6.495	5.587	4.095	3.946	17%	19%	13%	14%
Transferencias corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Gastos por tributos, multas, sanciones e intereses de mora	320	155	155	155	250	150	150	150	-22%	-3%	-3%	-3%
INVERSIÓN	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
GASTOS DE OPERACIÓN COMER-CIAL	90.172	75.957	62.631	44.043	101.386	92.579	78.392	56.960	12%	22%	25%	29%
Gastos de personal	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Gastos de comercialización y producción	90.172	75.957	62.631	44.043	101.386	92.579	78.392	56.960	12%	22%	25%	29%
Materiales y suministros (bienes)	16.926	13.132	10.045	4.280	19.372	16.743	13.783	7.562	14%	27%	37%	77%
Adquisición de servicios	73.247	62.826	52.586	39.763	82.014	75.836	64.609	49.398	12%	21%	23%	24%
CUENTAS POR PAGAR	21.755	21.702	21.463	21.183	13.384	13.301	12.913	12.889	-38%	-39%	-40%	-39%
TOTAL GASTOS	120.101	103.527	88.470	68.991	122.868	112.245	95.923	74.250	2%	8%	8%	8%

Fuente Dinámica Gerencial DGH corte 30 de septiembre de 2025

- El presupuesto aprobado de la vigencia 2024 a 2025 aumenta en un 2%, porcentaje representado especialmente en los gastos de operación comercial los cuales se incrementan en un 12% dado por la compra de insumos (materiales y suministros) y la adquisición de servicios por concepto de contratación gastos de personal asistencial, a su vez las cuentas por pagar disminuyen en un 38% gracias a mejoras continuas en los procesos de planeación y la ejecución de los contratos dentro de la vigencia en la cual se adjudicaron, en los gastos comprometidos se presenta variación del 8% por concepto de adquisición de materiales y suministros de bienes (compra de medicamentos y material médico quirúrgico) y en la adquisición de servicios por mayor valor contratado servicios administrativo y asistencial dado al aumento de la venta de servicios de salud. En este tercer trimestre se ha comprometido el 91% del valor total del presupuesto y de estos compromisos se ha obligado el 85% y el pago por 66% de las obligaciones.

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA - SEDE UNIDAD FUNCIONAL ZIQAQUIRÁ

Presupuesto de Ingresos

Cifras en Millones de Pesos

Concepto	2024			2025			Variación 2025/2024		
	Aproba-do	Recono-cimiento	Recaudo	Apro-bado	Recono-cimiento	Recaudo	Apro-bado	Recono-cimiento	Re-caudo
DISPONIBILIDAD INICIAL	3.573	3.573	3.573	3.573	3.573	3.573	0%	0%	0%
INGRESOS CORRIENTES	45.198	39.856	25.027	52.602	54.398	32.187	16%	36%	29%
Ventas de servicios de salud	33.198	27.602	12.773	28.766	32.268	10.057	-13%	17%	-21%
Cuentas por Cobrar	10.645	11.262	11.262	13.307	12.021	12.021	25%	7%	7%
Venta de otros bienes y servicios	0	24	24	17	22	22	0%	-7%	-7%
Transferencias corrientes	1.355	967	967	10.511	10.086	10.086	676%	943%	943%
RECURSOS DE CAPITAL	0	0	0	3	4	4	0%	0%	0%
TOTAL INGRESOS	48.771	43.429	28.600	56.179	57.976	35.764	15%	33%	25%

Fuente: Dinámica Gerencial DGH corte 30 de septiembre de 2025

- El presupuesto de ingresos para la Unidad funcional de Zipaquirá presenta un aumento del 15%; crecimiento dado en transferencias corrientes por el valor asignado de acuerdo a la Resolución 1220 de 2024 y Resolución 1010 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección social para gastos de atención primaria en salud (equipos básicos) y el valor para ejecutar del Convenio 1426 suscrito con la Secretaría de Salud para desarrollar en el Municipio de Cagua y San Cayetano las actividades de “Medico en tu territorio”; así mismo, se encuentran las cuentas por cobrar, las cuales crecen en un 7% por mayor valor en la proyección para 2025, pasan de \$10.645 en 2024 a \$13.304 para la vigencia actual. Respecto a los reconocimientos, estos crecen en 33% al igual que el valor aprobado por concepto de transferencias corrientes, así mismo; por mayor venta de servicios de salud por el incremento en la atención a pacientes, a su vez los recaudos aumentan en un 25% por el concepto de cuentas por cobrar que se incrementan en un 7% pasando de \$11.262 millones a \$12.021 millones aumentando en \$759 millones.

Presupuesto de Gastos

Cifras en Millones de Pesos

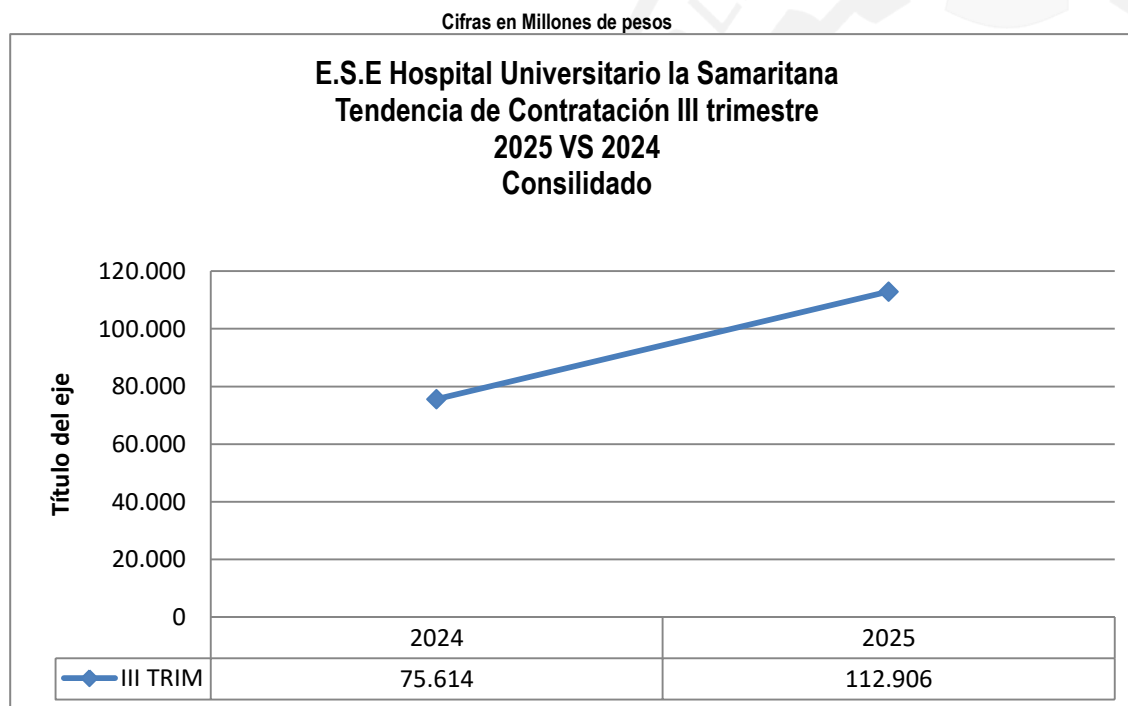
Concepto	2024				2025				Variación 2025/2024			
	Apro-bado	Com-promi-sos	Obliga-ciones	Pa-gos	Apro-bado	Com-promi-sos	Obliga-cio-nes	Pa-gos	Apro-bado	Com-promi-sos	Obliga-cio-nes	Pa-gos
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	4.764	3.822	2.873	2.636	5.075	4.336	3.268	3.068	7%	13%	14%	16%
Gastos de personal	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Adquisición de bienes y servicios	4.495	3.629	2.679	2.443	4.863	4.160	3.091	2.891	8%	15%	15%	18%
Activos Fijos	531	193	193	87	330	94	94	0	-38%	-52%	-52%	-100%
Materiales y suministros (Bienes)	414	198	46	10	393	207	172	133	-5%	4%	271%	1201%
Adquisición de servicios	3.550	3.237	2.440	2.346	4.140	3.859	2.825	2.758	17%	19%	16%	18%
Transferencias corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Gastos por tributos, multas, sanciones e intereses de mora	269	193	193	193	212	177	177	177	-21%	-8%	-8%	-8%
INVERSIÓN	3.055	3.055	0	0	0	0	0	0	-100%	-100%	0%	0%
GASTOS DE OPERACIÓN COMER-CIAL	34.533	27.304	19.855	17.361	44.925	33.632	27.310	25.371	30%	23%	38%	46%
Gastos de personal	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Gastos de comercialización y producción	34.533	27.304	19.855	17.361	44.925	33.632	27.310	25.371	30%	23%	38%	46%
Materiales y suministros (bienes)	3.185	2.057	1.635	781	4.389	2.940	2.716	1.569	38%	43%	66%	101%
Adquisición de servicios	31.347	25.247	18.220	16.580	40.536	30.692	24.595	23.802	29%	22%	35%	44%
CUENTAS POR PAGAR	6.421	6.406	5.630	5.561	6.179	6.085	2.289	2.288	-4%	-5%	-59%	-59%

TOTAL GASTOS	48.771	40.586	28.358	25.558	56.179	44.054	32.867	30.727	15%	9%	16%	20%

Fuente Dinámica Gerencial DGH corte 30 de septiembre de 2025

- El Presupuesto de gastos aprobado para la Unidad Funcional de Zipaquirá de 2024 a 2025 presenta un incremento del 15% variación representada por un mayor valor aprobado en los gastos de operación comercial por los recursos que se están ejecutando de la Resolución 1220 de 2024 y Resolución 1010 del 2025 expedidas por el Ministerio de salud “equipos básicos”. De los gastos comprometidos se presenta mayor variación en gastos de compra de insumos como materiales y suministros y la contratación de personal administrativo y asistencial que cubren a mediados de octubre. Al tercer trimestre se comprometió el 78% del valor total del presupuesto y de estos compromisos se ha obligado el 75% y el pago de las obligaciones el 93%.

3.2 MERCADEO Y CONTRATACIÓN



Fuente: Módulo Facturación Dinámica Gerencial año 2025.

Para el III Trimestre del 2025, se observa un incremento significativo, comparado con el III trimestre del 2024, dado por el aumento en la venta de servicios, actualización del portafolio de servicios y negociaciones realizadas desde la Gerencia con las tres principales EPS (Nueva EPS, Famisanar y Coosalud) que direccionan usuarios al Hospital de la Samaritana.

3.3 FACTURACIÓN

3.3.1 FACTURACIÓN CONSOLIDADA COMPARATIVA POR SEDES

CENTROS DE ATENCION HUS	III TRIMESTRE 2024	% Part. III TRIM 2024	III TRIMESTRE 2025	% Part. III TRIM 2025	\$ Var III TRIM 2024 - 2025	% Var III TRIM 2024 - 2025
Hospital Universitario de La Samaritana	43.251.815.574,23	52%	61.900.936.181,87	55%	18.649.120.607,64	43%
Nuevo Hospital Regional de Zipaquirá	30.060.382.611,90	36%	37.123.375.223,11	33%	7.062.992.611,21	23%
Unidad Funcional de Zipaquirá	9.795.617.284,23	12%	12.853.760.536,62	11%	3.058.143.252,39	31%
Total General	83.107.815.470,36	100%	111.878.071.941,60	100%	28.770.256.471,24	35%

Fuente: Sistema de Información DGH – Módulo Contable

Los datos anteriores, muestran el comportamiento de la facturación por venta de servicios de salud con un incremento del 35% representado en \$28.770 millones respecto al III Trimestre de la vigencia 2024.

Sede Bogotá: Presentó incremento del 43% equivalentes a \$18.649 millones respecto al III Trimestre de la vigencia 2024. Para el III trimestre de 2025 el mercado más representativo en ventas para esta sede, fue el Contributivo, con una participación del 42% y con un incremento porcentual del 87% con \$11.980 millones de más que el III trimestre de la vigencia 2024.

Sede HR Zipaquirá: La facturación por venta de servicios muestra un incremento del 23% con \$7.063 millones con respecto al III trimestre del 2024, esto debido a un incremento del 29% en el mercado Contributivo por valor de \$4.099 millones.

Sede UF Zipaquirá: Presentó para este periodo un incremento en sus ventas del 31% respecto al III Trimestre del año 2024. El mercado más representativo en las ventas de esta sede es el Contributivo con una variación porcentual del 18% representado en \$794 millones. De igual manera se ha visto un favorable incremento en la prestación de servicios por concepto del Convenio suscrito con la Secretaria de Salud de Cundinamarca para los servicios de PIC Municipales y el Proyecto Nacional de Medico en tu Territorio, el cual ha beneficiado de igual manera las ventas en los centros de salud adjuntos a la Unidad Funcional.

Para el III trimestre del 2025 Vs 2024, la mayor variación porcentual se presenta en HUS Bogotá del 43% representado en \$18.649 millones, seguido por el Hospital Regional del 23% con \$7.063 millones y Unidad Funcional con 31%. De manera general muestra un incremento del 35% en la facturación por venta de servicios, representados en \$28.770 millones.

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

CENTROS DE ATENCION HUS	RADICACION DE CUENTAS CONSOLIDADA III TRIMESTRE 2024 – 2025					
	2024			2025		
	FACTURACION DICIEMBRE 2023 A AGOSTO 2024	RADICACION A 30 DE SEPTIEMBRE	% RADICACION	FACTURACION DICIEMBRE 2024 A AGOSTO 2025	RADICACION A 30 DE SEPTIEMBRE	% RADICACION
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	104.765.940.531	98.578.652.170	94%	180.351.950.604	171.948.277.761	95%
NUEVO HOSPITAL REGIONAL ZI-PAQUIRA	74.833.704.920	74.289.232.466	99%	106.114.787.649	94.068.038.623	89%
UNIDAD FUNCIONAL ZI-PAQUIRA	24.451.743.446	24.153.777.435	99%	41.141.780.890	36.589.025.277	89%
TOTAL	204.051.388.897	197.021.662.071	97%	327.608.519.143	302.605.341.661	92%

Fuente: Sistema de Información Dinámica Gerencial – Modulo Facturación – Cartera

La radicación consolidada a corte a Septiembre 30 de 2025 para la facturación generada con corte a agosto 30 de 2025 del año vigente, alcanzó un 92%, discriminados de la siguiente manera por Sedes; ESE Hospital Universitario de La Samaritana 95%; Hospital Regional de Zipaquirá 89% y Unidad Funcional de Zipaquirá 89%.

Para este III Trimestre 2025, se presentó una negativa variación del -5% respecto al mismo periodo de 2024, debido a la entrada en vigencia de la Resolución de RIPS 2275 del 2023 por parte del Ministerio (RIPS en Lenguaje JSON), el cual aún presenta inconvenientes de validación técnica de los RIPS emitidos al momento de subir a la Web Service del Ministerio de Salud. Por otro lado, se continúan presentando inoportunidad en las respuestas por parte de las ERP en la emisión de radicados.

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

Cifras en Millones de pesos -

MERCADO BG	III Trimestre 2024	% de Participación por régimen III Trimestre 2024	III Trimestre 2025	% de Participación por régimen III Trimestre 2025	Variación (%)	Variación (\$)
Subsidiado	22.286.497.262	52%	27.730.456.888,29	45%	24%	5.443.959.626
Contributivo	13.781.319.595	32%	25.760.835.364,60	42%	87%	11.979.515.770
Vinculados	625.367.648	1%	1.278.715.581,00	2%	104%	653.347.933
Aseguradoras Soat	3.695.500.612	9%	2.747.521.954,09	4%	-26%	- 947.978.658
Demás Pagadores	2.863.130.458	7%	4.383.406.393,89	7%	53%	1.520.275.936
Total General	43.251.815.574	100%	61.900.936.181,87	100%	43%	18.649.120.608

Fuente: Sistema de Información Dinámica Gerencial DGH – Modulo Contable

El III trimestre del 2025 muestra un importante incremento del 43% representados en \$18.649 millones con respecto al mismo periodo del año 2024.

Régimen Subsidiado: Para este periodo se convierte en el principal Mercado con una participación sobre el total de las ventas del 45%, con una variación porcentual con relación al III Trimestre de 2024, del 24% con \$5.444 millones. Siendo los mayores pagadores de este mercado: Famisanar EPS con una participación del 14,4% sobre el total de las ventas con \$8.933 millones. En un segundo lugar se encuentra Nueva EPS con una participación del 13.9% con \$8.625 millones, casi a la par con Famisanar EPS. En un tercer lugar con el 10% se encuentra Coosalud EPS con \$6.218 millones facturados para este periodo.

Régimen Contributivo: Importante mercado para la sede HUS Bogotá con una participación del 42% sobre el total de ventas para el III Trimestre de 2025. Es importante resaltar que este mercado presentó un notable incremento del 87% con \$11.980 millones en comparación con el mismo periodo de la vigencia inmediatamente anterior. El principal pagador en este mercado continua siendo Famisanar EPS con una participación del 22,4% representados en \$13.902 millones y en segundo lugar continua Nueva EPS con una participación del 9.36% con \$5.800 millones. El tercer lugar lo ocupa Salud Total EPS con \$1.866 millones.

Vinculados: Para este III Trimestre se presentó un significativo incremento en este mercado pasando de \$625 millones a \$1.279 millones en el III trimestre de 2025, es decir, una variación porcentual del 87% con \$653 millones más que la vigencia 2024. Esto efecto positivo es debido al incremento en atención a población extranjera y los paquetes a gestantes destinados a población vinculada y extranjera sin cobertura de salud.

Aseguradoras y SOAT: Este mercado representa una participación menor, para el III Trimestre de 2025 participó con un 4% manteniéndose sin variación porcentual, pero si con una disminución de valor facturado, pasando de \$3.695 millones en la vigencia 2024 a \$2.747 millones en la presente vigencia.

Demás pagadores en el presente trimestre se evidencia un incremento del 53% en \$1.520 millones más que el mismo periodo de la vigencia anterior. Con mayor participación el pagador FIDEICOMISOS PATRIMONIOS AUTONOMOS FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A con \$3.369 millones.

3.3.4 FACTURACIÓN POR RÉGIMEN E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA – HOSPITAL REGIONAL ZIQAQUIRÁ

MERCADO CONSOLIDADO	III Trimestre 2024	% de Participación por régimen III Trimestre 2024	III Trimestre 2025	% de Participación por régimen III Trimestre 2025	Variación (%)	Variación (\$)
Subsidiado	11.547.492.018,3	38%	14.053.298.609,04	38%	22%	2.505.806.591
Contributivo	14.257.915.125,5	47%	18.356.608.911,45	49%	29%	4.098.693.786
Vinculados	287.453.522,0	1%	589.667.120,00	2%	105%	302.213.598
Aseguradoras Soat	1.723.210.857,4	6%	2.127.131.005,73	6%	23%	403.920.148
Demás Pagadores	2.244.311.088,7	7%	1.996.669.576,89	5%	-11%	- 247.641.512
Total General	30.060.382.611,9	100%	37.123.375.223,11	100%	23%	7.062.992.611

Fuente: Sistema de Información DGH – Módulo Contable

El III trimestre del 2025 muestra un incremento del 23% representados en \$7.063 millones con respecto al mismo periodo del año 2024. Los mercados que tuvieron variación para este III 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 49% para este III Trimestre de 2025. Presenta una variación positiva del 29% equivalente a \$4.098 millones 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 con \$ 7.172 millones para este periodo. En segundo lugar, Famisanar con una participación del 13% sobre el total de las ventas con \$4.906 millones. En tercer lugar Salud Total desplaza a la EPS Compensar, con una participación del 5% representado en \$1.620 millones. 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 que tienen amplio mercado en esta zona.

Régimen subsidiado: En este tercer trimestre de 2025, con una participación del 38% 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 19% sobre el total de las ventas con \$6.922 millones, Famisanar con una participación del 9% con \$3.184 millones, Coosalud EPS con una ligera participación del 3% con \$982 millones. Las variaciones con tendencia al alza en este régimen y en especial los porcentajes de participación de la NUEVA EPS está dado por las liquidaciones y/o intervenciones de otras EPS y sus usuarios son trasladados a esta EPS principalmente en este mercado.

Vinculados: Para este III Trimestre de 2025, este mercado presentó un muy significativo incremento del 105% con \$302 millones, respecto al mismo periodo de la vigencia inmediatamente anterior, donde se evidenciaba una tendencia a la baja. Esto efecto positivo es debido al incremento en atención a población extranjera y los paquetes a gestantes destinados a población vinculada y extranjera sin cobertura de salud.

Las Aseguradoras SOAT: Mantiene una participación del 6% sobre el total de las ventas con un incremento del 23% en relación con el III trimestre de 2024, es decir, \$403 millones más que la vigencia anterior donde se alcanzaron ventas por \$1.723 millones.

3.3.5 FACTURACIÓN POR RÉGIMEN E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA

Cifras en Millones de pesos

MERCADO CONSOLIDADO	III Trimestre 2024	% de Participación por régimen III Trimestre 2024	III Trimestre 2025	% de Participación por régimen III Trimestre 2025	Variación (%)	Variación (\$)
Subsidiado	4.384.779.014	45%	4.940.611.776	38%	13%	555.832.762
Contributivo	4.534.144.631	46%	5.327.887.983	41%	18%	793.743.352
Vinculados	466.685.131	5%	988.720.418	8%	112%	522.035.287
Aseguradoras Soat	131.407.671	1%	157.281.311	1%	20%	25.873.640
Demás Pagadores	278.600.838	3%	1.439.259.049	11%	417%	1.160.658.211

Total General	9.795.617.284	100%	12.853.760.537	100%	31%	3.058.143.252

Fuente: Sistema de Información DGH Dinámica Gerencial – Modulo Contable

El III trimestre del 2025 muestra un incremento del 31% representados en \$3.058 millones con respecto al mismo periodo del año 2024. Los mercados que tuvieron variación para este III Trimestre son los siguientes:

Régimen contributivo: Es el principal régimen, con una participación en la facturación por ventas de servicios del 41% presentando una variación porcentual de 5% respecto al mismo periodo de la vigencia anterior. En termino de facturación se incrementó este mercado en un 18% con \$793 millones más, pasando de \$4.534 en el año 2024 a \$5.328 millones para el III trimestre de 2025. Las principales Eps del régimen contributivo son: Pasando de segundo a primer lugar, Nueva EPS con una participación del 12% con \$1.498 millones. En segundo lugar, Famisanar con una participación del 10% sobre el total de las ventas con \$1.303 millones. En un tercer lugar, mostrando tendencia al alza se ubica Salud Total con una participación del 8% representado en \$992 millones. 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 que tienen amplio mercado en esta zona departamental.

Régimen subsidiado: Tiene una participación en la facturación por ventas de servicios del 38% presentando una leve disminución respecto al mismo periodo de la vigencia 2024. En términos de ventas este mercado presentó un incremento del 13% pasando de \$4.385 millones en el año 2024 a \$ \$4.941, es decir, \$556 millones más que el mismo periodo en la vigencia inmediatamente anterior. Las principales EPS del régimen subsidiado son: Se mantiene NUEVA EPS con una participación del 14% con \$1.751 millones. Famisanar EPS con una participación del 8% con \$1.080 millones. En tercer lugar se encuentra Coosalud EPS participando con 4% representados en \$524 millones.

Departamento de Cundinamarca: Para el III Trimestre de 2025, las ventas del Departamento de Cundinamarca participaron con un 3% con \$371 millones, sobre el total de las ventas de la Unidad Funcional de Zipaquirá, esto dado gracias a los convenios suscritos que favorecen sus ventas de servicios de salud.

Aseguradoras SOAT: Con una participación estable del 1% sobre el total de las ventas este mercado presentó para este periodo un incremento del 20% representado en \$26 millones más que en el III Trimestre de 2024, pasando de 131 millones a \$157 millones en el año 2025.

3.4 CARTERA

3.4.1 CARTERA COMPARATIVO

Cifras en Millones de pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH

Concepto	III Trimestre 2024	III Trimestre 2025	Variación \$ II trimestre 2025-2024	Variación % II trimestre 2025-2024	% de participación II Trimestre 2025 por concepto
Cartera corriente y no corriente	184.784	290.286	105.502	57%	62%
Cartera entidades en liquidación, Convida, Ecoopsos	169.376	128.774	- 40.602	-24%	27%
Más facturación pendiente de radicar	47.045	56.739	9.694	21%	12%

Carta en trámite de castigo	9.251	9.251	-	0%	2%
Menos giros por legalizar	-3.925	-18.659	- 14.734	375%	-4%
otros deudores	2.806	2.038	- 769	-27%	0%
Universidades y copagos	5.491	3.518	- 1.973	-36%	1%
Total cartera	414.827	471.947	57.120	14%	100%

Fuente: Dinámica Gerencial DGH- Cifras expresadas en millones de pesos

La cartera con corte al III trimestre de 2025 tuvo un incremento significativo del 14%, esto dado al incremento en ventas, que ha venido presentando la vigencia 2025, por las tarifas actualizadas con las Eps, con respecto a Secretaria de salud de Cundinamarca se encuentra pendiente definir forma y fecha de giro de la cartera adeudada por migrantes; desde la intervención de las entidades Famisanar, Nueva EPS, Coosalud, ha sido difícil la recuperación de cartera debido a que las entidades que se encuentran en este proceso no están pagando lo que corresponde a antes de la intervención por directriz de la misma Superintendencia Nacional de Salud, con la EPS Capresoca se tenía acuerdo de pago y desde que entro en proceso de intervención no ha vuelto a realizar pagos y esta cartera equivale a \$34.961.112.015. 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	III TRIMESTRE 2025					
	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	42.539.067.569	9.282.240.247	18.578.955.973	1.402.676.386	68.997.587.403	15%
NUEVA EPS	58.278.380.606	16.827.299.910	7.541.881.978	7.772.080.370	74.875.482.124	16%
COOSALUD	24.746.720.570	3.631.851.755	2.910.132.773	8.704.763.154	22.583.941.945	5%
SECRETARIA DE SALUD DE CUND	6.732.943.652	12.314.658.558	220.372.171	-	19.267.974.381	4%
CAPRESOCA	1.726.229.579	6.016.052.564	57.485.813	-	7.799.767.956	2%
ASMET SALUD	1.146.611.325	4.021.615.391	80.098.483	14	5.248.325.185	1%
ADRES	6.122.477.164	9.281.782.451	6.393.888.322	1.956.587	21.796.191.350	5%
COMPENSAR	8.095.218.215	340.334.519	3.482.552.354	32.157.425	11.885.947.663	3%
SALUDTOTAL	7.017.002.558	183.230.524	4.392.382.002	3.667.648	11.588.947.437	2%
EPS SANITAS	6.977.589.054	2.757.922.579	1.582.916.375	65.900	11.318.362.108	2%
CAJACOPI	2.489.764.419	3.110.467.084	343.924.758	512.368	5.943.643.893	1%
EPS SURA	4.059.261.937	1.623.078.050	1.461.845.744	2.101.632	7.142.084.099	2%
Otras ERP	7.552.548.822	43.411.508.483	9.692.709.571	738.713.898	59.918.052.978	13%
SUBTOTAL	177.483.815.470	112.802.042.116	56.739.146.317	18.658.695.382	328.366.308.522	70%
ENTIDADES EN LIQUIDACION (Convida, Ecoopsos, Saludcoop, Comfamiliar Huila, Comfamiliar Guajira, Comfacor, etc)	-	128.773.750.341	-	-	128.773.750.341	27%
ENTIDADES CONSORCIO SAYP Y FOSYGA (vigencias 2013 hacia atrás y Sayp 2017)	-	9.250.540.239	-	-	9.250.540.239	2%
Universidades y otros	3.518.464.674	-	-	-	3.518.464.674	1%
OTROS DEUDORES DIFERENTES A VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	2.037.765.714	-	-	-	2.037.765.714	0%
GRAN TOTAL	183.040.045.857	250.826.332.697	56.739.146.317	18.658.695.382	471.946.829.489	100%

De la cartera con corte 30 de septiembre del 2025 el **29%** corresponde a entidades en proceso liquidatorio o liquidadas, las cuales se encuentran 100% deterioradas por valor de **\$128.774 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 **51%** corresponde a

cartera corriente, dentro de dicho rubro existe un monto de facturación pendiente de radicar \$56.739 Millones de pesos que incluye los servicios de salud prestados en el mes de septiembre 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 entre otras, principalmente de las Sedes Bogotá y Unidad funcional de Zipaquirá; por órdenes de servicios de las tres sedes presentamos la suma de \$4.696 millones de pesos incluida dentro de este monto. Del 75% del total de la cartera, el 46% 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 14% otras ERP y el 12% el total de la cartera pendiente de radicar.

3.4.3. INFORME RECAUDO DE CARTERA III TRIMESTRE 2024-2025

Concepto	Recaudo cartera corriente	Recaudo cartera vigencias anteriores	Total recaudo de cartera en III
III trimestre 2024	90.647.321.210	104.686.799.463	195.334.120.673
III trimestre 2025	100.928.025.289	115.831.960.189	216.759.985.478
Variación en \$ III 2025-III 2024	10.280.704.079	11.145.160.726	21.425.864.805
Variación en % III 2025-III 2024	11%	11%	11%

Comparado con el III trimestre del 2024, el recaudo presento un incremento en el 2025 del 11% producto de las gestiones adelantadas con las diferentes EPS en medida especial y las cuales representan los principales deudores. El comportamiento por régimen de la recuperación por cartera corriente corresponde a Contributivo \$ 46.194 millones, Subsidiado \$ 41.385 millones, Soat \$ 2.069 millones, Otras Ventas \$ 10.490 millones, Pic \$ 787 millones.

Durante la vigencia 2025, se remitieron al área jurídica la cartera adeudada por algunas EPS que se encuentran en medida especial, para gestionar el cobro de la cartera adeudada antes de la intervención, como el cobro de la firma Oncolife.

- Asmet Salud, por un valor de \$3.257.964.086.
- Capresoca, por un valor de \$2.364.345.176.
- Famisanar EPS, por un valor de \$8.073.624.670, correspondiente a la cartera generada antes de la intervención.

- Oncolife, por un valor de \$5.464.016.927.

Por último mencionar las gestiones adelantadas ante Superintendencia Nacional de salud, para solicitar apoyo frente al incumplimiento de pago de algunas EPS.

3.4 .4 OBJECIONES Y GLOSAS

GLOSAS ACEPTADAS VS. FACTURACIÓN III TRIMESTRE VIGENCIAS 2024 Y 2025

Los informes correspondientes a las vigencias evaluadas indican que, en el III trimestre de la vigencia 2024, el 3,3% de lo facturado correspondió a glosas aceptadas. Al comparar este dato con el mismo periodo de la vigencia 2025, se evidencia una disminución de 0,1 puntos porcentuales en el porcentaje de glosa aceptada, situándose en 3,2%. Esta reducción está relacionada con un aumento del 23% en la facturación durante dicho periodo, así como con las conciliaciones realizadas, las cuales han influido positivamente en el flujo de recursos. En términos monetarios, la glosa aceptada en el III trimestre de la vigencia 2025 ascendió a \$9.524, lo que equivale al 3,2% del total facturado en ese periodo.

Cifras en Millones de pesos

VR FACTURADO VS ACEPTADO III TRIMESTRE 2024-2025			
III TRIMESTRE	FACTURACIÓN	GLOSA ACEPTADA	META INSTITUCIONAL
2024_III TRIMESTRE	235.281	7.746	3,29%
2025_III TRIMESTRE	298.458	9.524	3,19%

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

GLOSA ACEPTADA POR SEDE Y RÉGIMEN III TRIMESTRE 2024 Y 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	89	701	164	377	47	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	1093	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	925	164	84	1.173	999	391	48	1.438
REGIMEN CONTRIBUTIVO	580	300	107	987	1.690	276	82	2.049
OTROS PAGADORES	72	81	16	169	636	126	8	770
TOTAL	1.578	326	203	2.329	3.325	793	138	4.257

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

Cifras en Millones de pesos

GLOSA ACEPTADA POR SEDE Y RÉGIMEN III TRIMESTRE 2024 VS 2025								
RÉGIMEN	III TRIMESTRE 2024				III TRIMESTRE 2025			
	BOGOTA	REGIONAL	FUNCIONAL	TOTAL	BOGOTA	REGIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
REGIMEN SUBSIDIADO	3.151	537	77	3.765	2.351	360	69	2.780
REGIMEN CONTRIBUTIVO	305	169	32	506	1.385	107	17	1.509
OTROS PAGADORES	24	21	8	53	51	49	8	4.289
TOTAL	3.480	727	117	4.324	3.787	516	94	4.397

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

Cifras en Millones de pesos

GLOSA ACEPTADA POR SEDE Y RÉGIMEN III TRIMESTRE 2024 VS 2025 ACUMULADO								
RÉGIMEN	III TRIMESTRE 2024				III TRIMESTRE 2025			
	BOGOTA	REGIONAL	FUNCIONAL	TOTAL	BOGOTA	REGIONAL	FUNCIONAL	TOTAL
REGIMEN SUBSIDIADO	4.479	840	218	5.537	3.514	1.128	164	4.806
REGIMEN CONTRIBUTIVO	1.083	555	172	1.810	3.181	387	100	3.668
OTROS PAGADORES	254	124	21	399	795	229	26	1.050

TOTAL	5.816	1.519	411	7.746	7.490	1.744	290	9.524

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

Según la tabla anterior, se observa que la sede Bogotá presenta el mayor porcentaje de glosas aceptadas durante el III trimestre de las vigencias 2024 y 2025, con un 75% y 79%, respectivamente. Este comportamiento se atribuye a varios factores, entre ellos: el incremento en la facturación para la vigencia 2025, la parametrización de tarifas en el sistema Dinámica, y la ausencia de soportes que justifiquen adecuadamente la atención prestada al paciente, entre otros aspectos.

Los principales motivos por valores objetados para el III Trimestre de la vigencia 2025 fueron:

Cifras en Millones de pesos

PRINCIPALES MOTIVOS GLOSAS Y DEVOLUCIONES III TRIMESTRE VIGENCIA 2025					
TIPIFICACION	BOGOTA	REGIONAL	FUNCIONAL	TOTAL OBJECIONES	% PARTICIPACION GLOSA Y DEVOLUCIONES
	VR OBJETADO	VR OBJETADO	VR OBJETADO		
SOPORTES	17.219	4.464	709	22.392	33%
AUTORIZACIONES	13.605	1.825	661	16.091	24%
COBERTURA	7.511	1.093	336	8.940	13%
TARIFAS	5.866	1.678	718	8.262	12%
DEVOLUCIONES	2.500	821	1.477	4.800	7%
FACTURACION	2.699	619	108	3.426	5%
CALIDAD	2.265	745	127	3.137	5%
Total general	51.665	11.245	4.136	67.057	100%

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

Durante el tercer trimestre de 2025, se observa que el mayor porcentaje de glosas corresponde al concepto “soportes” (33 %), seguido de “autorizaciones” con el 24 %. Los demás conceptos presentan los siguientes porcentajes: cobertura 13 %, tarifas 12 %, facturación 5 % y calidad 5 %.

Los principales motivos de devolución para el III Trimestre 2025 fueron:

Cifras en Millones de pesos

PRINCIPALES MOTIVOS DEVOLUCIONES III TRIMESTRE VIGENCIA 2025				
TIPIFICACION	BOGOTA	REGIONAL	FUNCIONAL	Total general
DEVOLUCIONES RESUMEN DE EGRESO O EPICRISIS, HOJA DE ATENCIÓN DE URGENCIAS U ODONTOGRAMA	670	336	96	1.102
DEVOLUCIONES USUARIO O SERVICIO CORRESPONDE A OTRO PLAN O RESPONSABLE	580	325	80	985
DEVOLUCIONES FACTURA NO CUMPLE REQUISITOS LEGALES	484	260	130	874
EXISTE AUSENCIA TOTAL, PARCIAL O INCONSISTENCIA EN LOS SOPORTES DE COBRO QUE EVIDENCIAN LA REALIZACIÓN DE LA CONSULTA INTERCONSULTA O ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA	260	179	15	454
LA FACTURA CORRESPONDE A UNA PERSONA QUE PERTENECE A OTRO RESPONSABLE DE PAGO EN EL MOMENTO DE LA ATENCIÓN	285	215	118	618
OTROS	400	275	92	767
TOTAL	2.679	1.590	531	4.800

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

Las devoluciones representan el 7 % del total de objeciones recibidas. Entre sus principales motivos se encuentran: resumen de egreso o epicrisis (23 %), usuario o servicio asignado a otro plan o responsable (21 %), factura que no cumple con los requisitos legales (18 %), ausencia total, parcial o inconsistencia en los soportes (9 %), otro responsable de pago (13 %) y otros conceptos diversos (16 %).

3.4.5. GLOSA RECEPCIONADA, TRAMITADA, ACEPTADA Y PENDIENTE DE RESPUESTA III TRIMESTRE 2024 Y 2025

Cifras en millones de pesos

GLOSA RECEPCIONADA, TRAMITADA, ACEPTADA Y PENDIENTE DE RESPUESTA III TRIMESTRE VIGENCIAS 2024 Y 2025 ACUMULADO									
SEDE	III TRIMESTRE 2024				SEDE	III TRIMESTRE 2025			
	RECEPCIONA- DO	TRAMITA- DO	ACEPTA- DO	PENDIEN- TE DE RESPUES- TA		RECEPCIONA- DO	TRAMITA- DO	ACEPTA- DO	PENDIEN- TE DE RESPUES- TA
BOGOTÁ	30.231	36.580	5.817	6.850	BOGOTÁ	51.668	43.493	7.492	13.479
REGIONAL	16.464	12.894	1.520	850	REGIONAL	11.249	12.673	1.744	2.529
UNIDAD FUNCIO- NAL	5.518	4.268	409	1.742	UNIDAD FUNCIO- NAL	4.140	4.589	288	825
TOTAL	52.213	53.742	7.746	9.442	TOTAL	67.057	60.755	9.524	16.833

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

Se evidencia una variación entre el III trimestre de la vigencia 2024 y el III trimestre de la vigencia 2025, con un aumento del 28% en las glosas recepcionadas. Este incremento se debe, en parte, a que las entidades han reportado un mayor número de objeciones durante este período.

En el trámite de respuesta a glosas y devoluciones, se evidencia un aumento del 13% durante el III trimestre de la vigencia 2025 en comparación con el mismo periodo de 2024. Este incremento se atribuye a la gestión realizada por los analistas y el médico auditor, quienes han implementado planes de mejora y estrategias de trabajo orientadas al fortalecimiento del recaudo.

Con relación a la aceptación registrada en el III trimestre de la vigencia 2025, se observa un aumento del 23% en comparación con el mismo periodo del año 2024. Este incremento obedece al aumento en la facturación durante el año 2025. A pesar de ello, el porcentaje global de aceptación se ubicó en 3,19%, sin superar la meta institucional establecida del 5% como límite máximo permitido.

Se evidencia un aumento del 25% en las objeciones pendientes por tramitar durante el III trimestre de la vigencia 2025, en comparación con el mismo periodo de 2024. Este incremento se justifica principalmente por dos factores interrelacionados: por un lado, el aumento en la facturación 27%, que genera un mayor volumen de cuentas por revisar y gestionar y por otro, el crecimiento del 28% en la recepción de objeciones, lo que refleja una mayor actividad en los procesos de auditoría.

3.5 INFORME DE COSTOS

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA-CIFRAS MILLONES					
ENERO A SEPTIEMBRE DE 2024 Y DE 2025					
ELEMENTOS DEL COSTO	AÑO 2024	AÑO 2025	PORCENTAJE DE VARIACION	VARIACION 2025-2024	% PARTICIPACION POR ELEMENTO DE COSTO AÑO 2025
MANO DE OBRA	125.983	149.176	18%	23.193	60%
INSUMOS	32.690	39.670	21%	6.980	16%
DEPRECIACION	6.067	6.968	15%	901	3%
COSTOS GENERALES	38.054	30.021	-21%	-8.033	12%

TOTAL COSTO DIRECTO	202.795	225.836	11%	23.041	91%
GASTOS ADMINISTRATIVO	12.628	23.027	82%	10.399	9%
TOTAL GASTO ADMINISTRATIVO	12.628	23.027	82%	10.399	9%
TOTAL COSTOS	215.423	248.863	16%	33.440	100%

VENTAS	235.282	298.458
RENTABILIDAD	19.859	49.595
RENTABILIDAD (%)	9%	20%

Fuente: Sistema de información – Módulo de Contabilidad – Dinámica Gerencial

En el período analizado, los costos totales directos pasan de \$202.795 en 2024 a \$225.836 en 2025, lo que representa un incremento del 11% (equivalente a \$23.041). Este incremento se desglosa en los siguientes elementos de los costos así:

Costo directo: Incremento del 11%, impulsado principalmente por:

- Mano de obra: Variación del 18% (\$23.193).
- Insumos: Incremento del 21% (\$6.980).
- Depreciación: Aumento del 15% (\$901).
- Costos Generales: disminuyó un 21% (-\$8.033)

Gastos administrativos: Aumentó un 82% equivalente a (\$10.399), atribuible a: Cabe destacar que el costo de ventas en los servicios de salud incluye componentes como mano de obra que depende en gran medida de la venta de servicios pues a mayor venta mayor costo en los contratos de terceros que están contratos por producción, insumos debido a una mayor rotación de pacientes, gastos generales, y las depreciaciones de áreas asistenciales debido a la incorporación de las nuevas camas hospitalarias en las tres sedes principales y a la adquisición de un nuevo equipo para salas como el arco en C. Los costos directos relacionados con la mano de obra, los insumos hospitalarios y los gastos generales son distribuidos según la metodología establecida en la Resolución 353 del 23 de julio de 2024. La distribución de los insumos se realiza con base en las facturas emitidas por los proveedores, y se lleva un control mensual de las provisiones.

En cuanto a la mano de obra, su registro se realiza en el Módulo de Costos, utilizando la información suministrada por las empresas temporales, que detallan los valores del personal por cada uno de los servicios. Los servicios públicos, por su parte, son distribuidos de acuerdo con una unidad de medida-inductor basada en los metros cuadrados ocupados por cada área clasificada por centro de costos. Asimismo, las estimaciones contables, como la depreciación, se calculan con base en la vida útil de los activos asignados a cada centro de costos de los distintos servicios.

Cabe resaltar que el aumento en la facturación (\$63.177 adicional en 2025) ha contribuido al incremento proporcional de los costos totales, ya que una mayor demanda de servicios impacta directamente en los insumos y la mano de obra requerida.

El cambio en la distribución de los gastos provocó que los gastos administrativos aumentaran un 82%, pasando de \$12.628 en 2024 a \$23.027 en 2025. En contraste, los costos generales pasaron de \$38.054 en 2024 a \$30.021 en 2025, disminuyendo un -21% es decir -\$8.033 millones. Esta variación se debe a que, anteriormente, los gastos administrativos se distribuían entre los costos generales. Con la nueva metodología de costos, todos los gastos que antes se consideraban costos indirectos, se han venido asignando a los gastos administrativos, lo que explica la disminución del 21% en los costos generales. Se ha observado un incremento en determinados gastos, tales como mantenimiento y adecuaciones, comunicación y transporte, honorarios, distribución de la nómina administrativa de la sede Bogotá para todas las sedes, contribuciones,

seguros, e industria y comercio. Este incremento obedece, por un lado, 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.

DETALLE	VALOR 2024	VALOR 2025	VARIACIÓN	VARIACIÓN %
INGRESO	235.282	298.458	63.176	27%
COSTO	202.795	225.836	23.041	11%
UTILIDAD BRUTA	32.487	72.622	40.135	124%
GASTOS ADMINISTRATIVOS	12.628	23.027	10.399	82%
UTILIDAD OPERACIONAL	19.859	49.595	29.736	150%

Fuente: Sistema de información – Módulo de Contabilidad – Dinámica Gerencial

El anterior cuadro compara los datos de ingresos y costos del hospital durante el tercer trimestre en las vigencias 2024 y 2025, teniendo en cuenta que a partir de octubre de 2024 se introdujo una nueva metodología de asignación de costos e ingresos. Al revisar la tabla consolidada, se observa que los ingresos totales durante el tercer trimestre de 2025, tuvieron una variación equivalente al 27%, equivalente a un aumento por \$63.176. Por su parte, los costos directos pasan de \$202.795 a \$225.836, lo cual es atribuible al aumento en la venta de servicios y su equivalencia directamente proporcional con la necesidad de mano de obra e insumos. La utilidad bruta a corte septiembre de 2025, pasa de \$32.487 en el 2024 a \$72.622 en 2025.

3.5 CONTABILIDAD

3.6.1 ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA CONSOLIDADO COMPARATIVO III TRIMESTRE 2024 – 2025

Cifras en Millones de pesos

BALANCE. CONSOLIDADO	III Trimestre 2024	III Trimestre 2025	Análisis verti- cal		Análisis horizontal (24-25)	
			2024	2025	Variación en \$	Variación %
ACTIVO						
CORRIENTE	207.401	287.739	50	64	80.338	39
EFFECTIVO Y EQUIVALENTES A EFEC	20.999	30.218	5	7	9.219	44
CUENTAS POR COBRAR	175.548	239.477	43	54	63.929	36
INVENTARIOS	10.854	16.959	3	4	6.105	56
OTROS ACTIVOS	0	1.084	0	0	1.084	0
NO CORRIENTE	205.260	159.619	50	36	-45.641	-22
INVERSIONES E INSTRU. DERIVADOS	270	303	0	0	33	12
CUENTAS POR COBRAR	66.250	16.040	16	4	-50.210	-76
Cuentas por Cobrar	239.278	232.167	58	52	-7.111	-3
(-)menos: Deterioro de la Cartera	-173.028	-216.127	-42	-48	-43.099	25
PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO	125.655	132.327	30	30	6.672	5

OTROS ACTIVOS NO CTES	13.085	10.949	3	2	-2.136	-16
TOTAL ACTIVO	412.662	447.358	100	100	34.696	8
PASIVO						
CORRIENTE	53.659	68.444	83	87	14.785	28
NO CORRIENTE	10.704	10.195	17	13	-509	-5
TOTAL PASIVO	64.363	78.639	100	100	14.276	22
PATRIMONIO						
PATRIMONIO DE LAS EMPRESAS	348.299	368.719	100	100	20.420	6
TOTAL PATRIMONIO	348.299	368.719	100	100	20.420	6
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	412.662	447.358	100	100	34.696	8

Fuente: Dinámica Gerencial DGH

Activo: En el III trimestre del 2025 se presenta un aumento del 8%, dado principalmente al incremento de las **Cuentas por cobrar** que a septiembre ascienden a la suma de \$255.517 millones y representan el 57% del activo total, estas cuentas incluyen la cartera catalogada de difícil recaudo por valor de \$128.774, adicionalmente de la cartera se tiene reconocido un valor de deterioro de \$216.127 millones, valor significativo por los indicios presentados de 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 deuda que presenta especial dificultad para conciliar las glosas y devoluciones; Sanitas abril del 2024, Capresoca en octubre 2024 y Coosalud en diciembre del 2024, entidades que posterior a la intervención no han asumido la cartera anterior a las fechas de intervención, lo que dificulta la recuperación de la cartera mayor a 360 días.

La segunda cuenta más representativa del activo con una participación del 31% se concentra en la **Propiedad Planta y Equipo** por valor de \$125.655 con una variación positiva del 5% en relación al periodo anterior.

En tercer lugar tenemos el **Efectivo y equivalente al efectivo** que a Septiembre del 2025 representa el 7% y asciende a la suma de \$30.218 millones, de los cuales recursos propios \$10.242 millones, recursos con destinación específica \$19.976 millones, que incluye estampillas departamentales por valor de \$6.364.

Pasivo: Con un incremento del 22% al cierre del tercer trimestre 2025, discriminados así: -a. **Cuentas por pagar \$41.905** millones de los cuales por * Adquisición de bienes y servicios \$ 37.685 millones de cuentas corrientes, * **Otras cuentas por pagar \$4.220** millones, b. **Beneficios a empleados \$5.588** millones de los cuales \$375 millones corresponde a deuda a la empresa temporal, por cesantías retroactivas \$2.907 millones y prestaciones sociales \$2.306 millones, c. **Provisiones \$13.764** millones de los cuales por litigios y demandas \$12.146 millones que corresponde a provisiones de los procesos catalogados con probabilidad alta de pérdida y por provisiones diversas \$1.618 millones (contratistas y temporal) d.- **Otros pasivos \$17.381** millones de los cuales por anticipos por prestación de servicios \$796 millones y por ingresos diferidos por subvenciones o transferencias condicionadas \$12.296 millones que corresponden a recursos recibidos de entidades de gobierno así: del Ministerio de salud para apoyo al sector resolución 1981 \$2.517 millones, y recursos otorgados por la Secretaria de salud de Cundinamarca resolución 1220 equipos básicos por \$920, convenio 857 para la central de urgencias de Unidad Funcional por \$3.594, convenio 1234 historia clínica por \$582, convenio 1245 infraestructura tecnológica \$27 millones, convenio 1426 del programa médico en tu territorio \$25 millones, convenio 1083 SGP por \$15 millones, Resolución 1010 ampliación equipos básicos por \$4.288, convenio 795 adquisición de bienes SGP \$328 millones.

Patrimonio: Para el trimestre el patrimonio se incrementó en un 6% dado principalmente por el incremento de los activos y los resultados positivos del ejercicio.

3.6.2 ESTADO DE RESULTADO INTEGRAL CONSOLIDADO

III TRIMESTRE 2024 - 2025

Cifras en Millones de pesos

ESTADO DE RESULTADOS CONSOLIDADO	III Trimestre 2024	III Trimestre 2025	Incremento o disminución \$ (24-25)	Incremento disminución % (24-25)
INGRESOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS	235.281	298.458	63.177	27
COSTO POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS	202.794	225.835	23.041	11
UTILIDAD O PÉRDIDA BRUTA	32.487	72.623	40.136	124
GASTOS OPERACIONALES	49.724	83.679	33.955	68
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN	12.628	23.027	10.399	82
GASTO DETERIORO, DEPRECIACIONES Y AMORT.	37.096	60.652	23.556	64
Deterioro Cartera	33.515	50.705	17.190	51
Depreciación, provisiones y amortización	3.581	9.947	6.366	178
SUBVENCIONES Y/O TRANSFERENCIAS	0	2.989	0	0
RESULTADO OPERACIONAL (+/-)	-17.237	-11.056	6.181	-36
SUBVENCIONES Y/O TRANSFERENCIAS	27.932	38.991	11.059	40
OTROS INGRESOS	6.583	9.454	2.871	44
OTROS GASTOS	4.378	8.614	4.236	97
UTILIDAD DEL PERIODO	12.900	25.784	12.884	100

- Fuente: Dinámica Gerencial DGH

Con respecto al III Trimestre del 2025 vs 2024, **los Ingresos acumulados por ventas de servicios de salud** aumentaron en un 27% como incidencia de la mayor facturación realizada en el periodo, a septiembre del 2025 los costos se incrementan en un 11%, 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 costos desde octubre del 2024 y que ha impactado los gastos administrativos. El incremento de las ventas por sede se discrimina así: **Sede Bogotá** ingresos por \$161.214 millones con un incremento del 31%, **Sede Hospital Regional de Zipaquirá** ingresos de \$104.947 con un incremento del 23%, y **Sede Unidad Funcional de Zipaquirá** \$32.296 con un incremento del 17%, 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 reflejado en el tercer trimestre de 2025, dado principalmente por 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 de \$3.804 y la provisión de demandas en contra calificadas con probabilidad alta de perdida de \$3.869 (95 procesos de 175 totales).

En relación a la cuenta de **Deterioro de cartera**, se observa un mayor impacto en el tercer trimestre de 2025 como consecuencia de las entidades que entraron en proceso liquidatorio, y que no pagan las deudas anteriores a la intervención incrementando la cartera mayor a 360 días, como es el caso de Ecoopsos, EPS Famisanar, Nueva EPS, Sanitas, Capresoca, Coosalud, adicionalmente y según las

justificaciones del área de cartera se ha realizado un mayor deterioro de algunas secretarías, gobernaciones, y aseguradoras que han presentado dificultades con los pagos, glosas y devoluciones.

Gastos de subvenciones y transferencias por \$2.989 registrados en el tercer 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, Por un valor de \$38.991 millones, correspondientes a estampillas pro-hospitales de \$7.433, **Convenio 1426** Médico en tu territorio por valor de \$606, **Resolución 1220** equipos básicos por \$3.229, **Convenio 1234** historia clínica por \$1.418, **Convenio 1245** infraestructura tecnológica \$3.002, **convenio 1273** de mobiliario por \$5.696, **Convenio 851** Pago Pasivos Saneamiento por \$10.000, **Resolución 1981** Apoyo de la ley 100 por \$7.482 y Donaciones por valor de \$125 millones.

Los otros ingresos acumulados al tercer trimestre de 2025, presentaron un incremento significativo del 44% dado principalmente en la cuenta de arrendamientos que se incrementa de septiembre de 2024 de \$539 a septiembre de 2025 por valor de \$3.496, debido a las nuevas negociaciones realizadas por la Dirección Administrativa con estos terceros, sobretudo en la sede del Hospital Regional de Zipaquirá. También incide en este aumento: los ingresos recibidos por intereses financieros de \$ 1.990 millones, la recuperación del deterioro de cartera por \$1.660 millones, el ingreso de glosa de productividad media de \$582 millones, la bonificación de proveedores \$404 millones, la refacturación de vigencias anteriores \$313 millones entre otros.

Los Otros Gastos acumulados al tercer trimestre de 2025 aumentan considerablemente, dado por la aceptación de glosas reportada por las entidades responsables de pago, de las cuales Sede Bogotá \$5.505 millones, Regional Zipaquirá \$1.483 millones y Unidad Funcional de Zipaquirá \$226 millones, el restante corresponde a gastos financieros por \$102 millones entre otros.

Por los motivos expuestos anteriormente se presenta un Resultado positivo del ejercicio acumulado al tercer trimestre de 2025 de \$25.784 millones representados así: Sede Bogotá \$24.808 millones, Regional Zipaquirá \$827 millones y Unidad Funcional de Zipaquirá \$149 millones.

3.6.3 INDICADORES FINANCIEROS – CONSOLIDADOS III TRIMESTRE 2024 - 2025

Cifras en Millones de pesos

INDICADOR	III T. 2024	III T. 2025	DETALLE
LIQUIDEZ			
CAPITAL DE TRABAJO (Activo corriente - Pasivo corriente)	158.724	219.294	La ESE a Septiembre de 2025 cuenta con un Capital de trabajo de \$219.294 millones, para desarrollar su objeto social, con un incremento de una vigencia a otra del 38%.
RAZÓN CORRIENTE /RAZÓN DE LIQUIDEZ (Activo corriente/Pasivo corriente)	4	4	El Hospital cuenta con disponibilidad para responder con sus las obligaciones a corto plazo, dado que tiene 4 veces más de activos que de pasivos corrientes como respaldo.
ENDEUDAMIENTO TOTAL (Pasivo total/Activo total)	0,16	0,18	La ESE presenta un nivel de endeudamiento a Septiembre de 2025 del 18%, impactado por los pasivos diferidos originados por los convenios interadministrativos para la ejecución cuyo valor asciende a \$12.296, esto a pesar que las cuentas por pagar de bienes y servicios si disminuyeron de una vigencia a otra del 7% al pasar de \$40.949 a \$41.905.

ACTIVIDAD			
VENTAS PROMEDIO DIARIAS (Ventas/días)	871	1.105	A Septiembre de 2025 las ventas diarias de la ESE han aumentado en un 27%.
INDICADOR	III T. 2024	III T. 2025	DETALLE
ROTACIÓN DE CARTERA DÍAS (Total cartera * días) / Total ventas	273	289	Con corte a Septiembre 2025 la rotación de la Cartera a sitió en 289, se incrementa por el envejecimiento de la cartera adeudada por las entidades en liquidación que no realizan pagos de la cartera anterior a la intervención, y la cartera mayor 360 días.
EBITDA			
(=) EBITDA -Ganancias antes de impuestos, depreciaciones y amortizaciones.	49.996	86.436	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	22.063	50.559	El resultado de este indicador sigue siendo positivo aun restando las subvenciones

Fuente: Dinámica Gerencial DGH

3.7 ESTADO DE TESORERÍA

El comportamiento del efectivo y sus equivalentes durante el III trimestre del 2025 vs 2024, presentó un incremento de 44 %, dado que para el III trimestre del 2025 se contaba con 11 convenios con saldo de \$19.976 millones Vs \$14.488 millones que se tenían para el III trimestre 2024. A septiembre 30 del 2025 se encuentran en ejecución 9 convenios como son: R1220/24 \$4 mil ministerio Equipos Básicos por \$ 934 millones, “Reforzamiento Estructural sede Bogotá” y 857 del 2023 \$ 4.079 millones, Resolución 1981/2024 _apoyo desarrollo salud ley 100 por \$ 3.024, CONVENIO 1234/2024 Historia clínica electrónica \$ 593 millones, Resolución 1010/2025 - EQ. Básicos ampliación por \$4 .287 entre otros.

Cifras en Millones de pesos - Fuente: Dinámica Gerencial DGH

CONCEPTO	III Trim 2024	III Trim 2025	Incremento disminución \$ III Trim (2025-2024)
CAJA GENERAL	\$79	\$52	-34%
CUENTAS CORRIENTES	\$5.583	\$2.361	-58%
CUENTAS DE AHORROS RP	\$848	\$7.829	823%
CUENTAS DE AHORROS CONVENIO	\$14.488	\$19.976	38%
TOTAL	\$20.998	\$30.218	44%

El recaudo de la ESE corresponde a recuperación de cartera, pago de incapacidades, contraprestaciones de universidades, Estampilla Pro Hospitales, transferencias por Convenios Interadministrativos suscritos entre el Hospital y la Secretaria de Salud de Cundinamarca por concepto de apalancamiento financiero, Infraestructura (urgencias Sede UFZ), Médico en tu territorio, como resoluciones expedidas por el Ministerio de Salud y protección social para Equipos básicos resoluciones 1220 y 1010 y resolución 1981 para el fortalecimiento de servicios,

Analizando la tabla anterior, se observa que las cuentas corrientes y de ahorros de la ESE, en el III trimestre del 2025 cierran con una disminución del 58% y un aumento 861% respectivamente debido al ingreso de recursos por recaudo de cartera y a convenios interadministrativos alguno pendientes de liquidación y reintegro así como el pago de obligaciones de la vigencia.

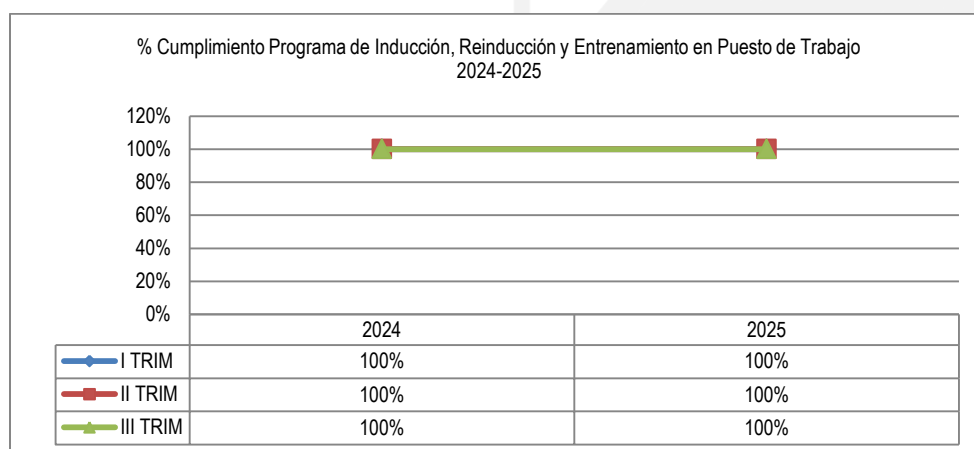
A corte 30 de Septiembre del 2025 la suma de \$ 19.976 millones, por concepto de Convenios se encuentra discriminado por los siguientes convenios en proceso de ejecución: Resolución 1010/2025 equipos básicos Ampliación de \$ 4.288 millones, Convenio 857/2023 857-23 infraestructura Serv. de urgencias \$ 4.079 millones, Resolución 1981/2024 _ apoyo Desarrollo salud Ley 100 por \$ 3.024, Resolución 1220/2025 _ Equipos Ministerio por \$ 934 , Convenio 1234/2024 historia clínica electrónica por \$ 594 millones, Convenio 795/2025 Sistema General De Participaciones \$ 328 y demás convenios de menor cuantía pendientes por reintegro y/o liquidación por valor \$364 millones .

Finalmente, para el III trimestre del 2025 se tiene una disponibilidad total de recursos por valor de \$30.218 millones, de los cuales \$19.976 millones corresponde a saldos de convenios equivalente al 66% incluyendo recursos de destinación específica por concepto de Estampilla por valor de \$ 6.364 y \$10.242 a recursos propios para ejercer el objeto social y para atender las cuentas por pagar e impuestos.

CAPITULO IV DIRECCION ADMINISTRATIVA

4.1 TALENTO HUMANO

4.1.1 INDUCCIÓN, REINDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PUESTO DE TRABAJO



Fuente: Base de datos programa Inducción, reinducción y entrenamiento en puesto de trabajo 2024 - 2025

Para el III Trimestre de 2025, se proyectaron 4 actividades que fueron ejecutadas en su totalidad al 100% de lo programado donde se contó con la participación de 81 colaboradores de los diferentes tipos de contratación, adicionalmente, participaron 445 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 III trimestre con un total de 74 entrenamientos obteniendo un porcentaje de cumplimiento de 91 %, teniendo en cuenta que solo se aplica al personal de Planta y empresas temporales.

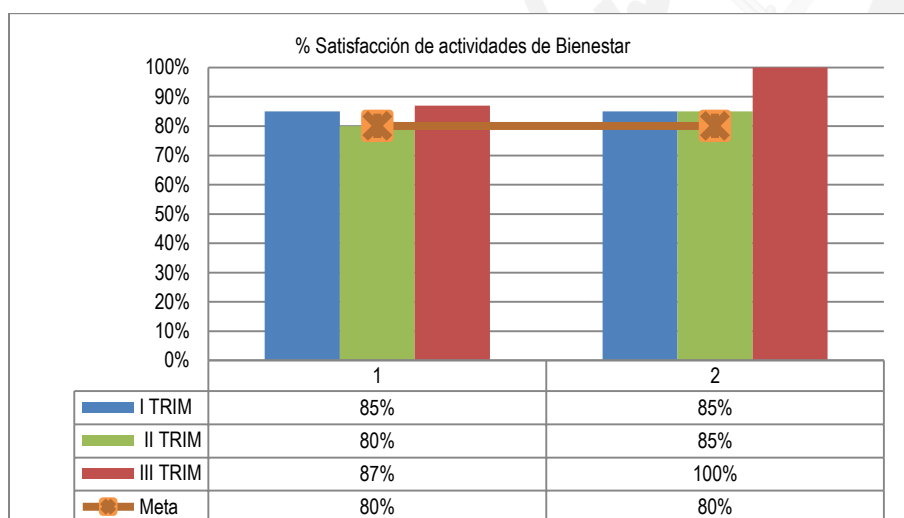
4.1.2 GESTION DEL PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS



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 III trimestre del año 2025 se proyectaron 10 actividades como fueron: fechas especiales como día del Economista, día del Endocrino, día del Nutricionista, día de la Ingeniero, día del Nefrólogo, Día del Amor y Amistad, día del Epidemiólogo, día del Ginecobstetra, día Químico Farmacéutico, Socialización del manejo del estrés, se realizaron pausas activas, taller de Coctelería, celebramos el mes de la integridad resaltando nuestros valores y principios, 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

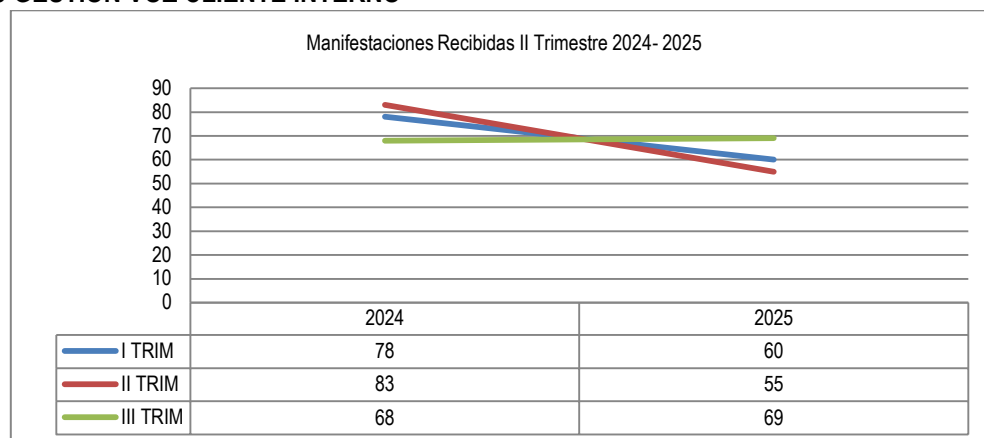


Fuente: Plan de Bienestar social e incentivos 2024 - 2025

Para el III trimestre de 2025, el cumplimiento de la percepción de los colaboradores con relación a las

actividades de Bienestar califican el 100% 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

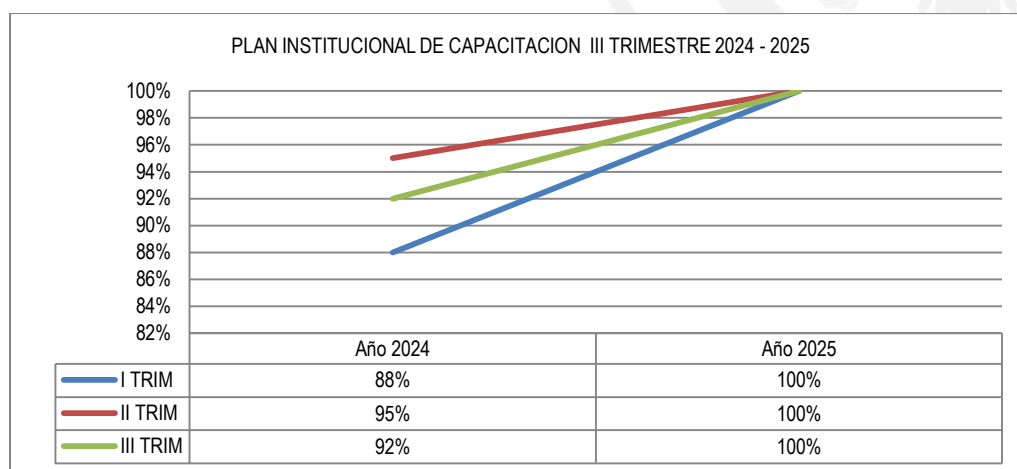
4.1.3 GESTIÓN VOZ CLIENTE INTERNO



Fuente: Voz cliente interno 2024 – 2025

Durante el III trimestre del año 2025 se recibieron un total de 69 manifestaciones , donde fueron informadas a los servicios competentes para su debida intervención, se evidenciaron temas relacionados al Desempeño Laboral, solicitudes de información y traslados por competencia a las unidades funcionales de Zipaquirá las cuales fueron tramitadas al 100%. Realizando la comparación de la vigencia 2024 y 2025 no se evidencia diferencia comparativa puesto que hubo un aumento en una manifestación en el mismo periodo del año anterior.

4.1.3 PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION

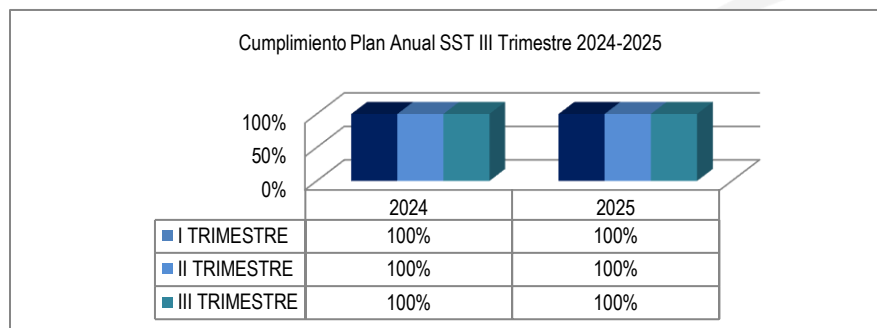


Fuente: Plan Institucional de capacitación 2024 – 2025

Para el III Trimestre de 2025 se realizaron 54 capacitaciones de 54 programadas para un cumplimiento del 100%, comparando el mismo periodo del año anterior, se observa un aumento del 8%, 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 75% de cumplimiento.

4.1.5 SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

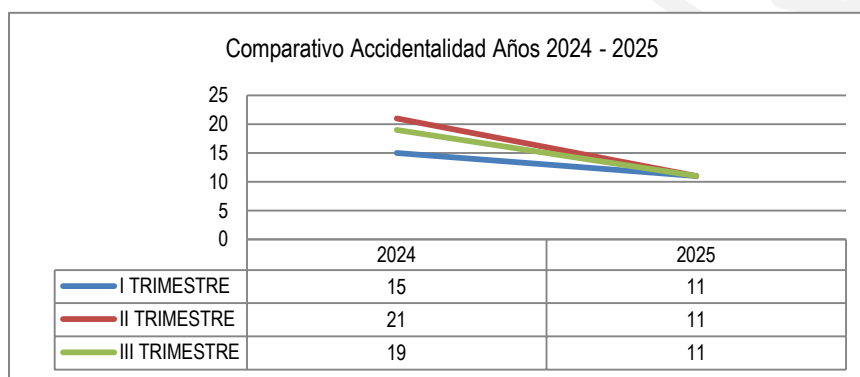
4.1.5.1 CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 2024 – 2025



Fuente: Plan Anual de Trabajo SG SST 2024 – 2025

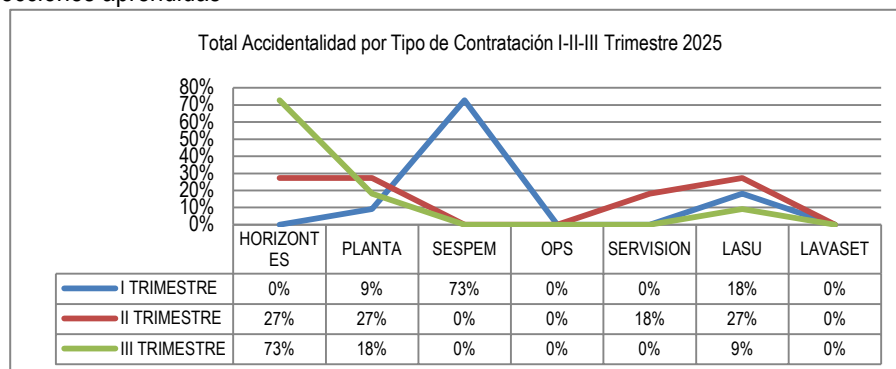
En relación a los ultimos dos años para el III Trimestre se evidencia que para el año 2024 se programaron 21 actividades programadas las cuales se cumplieron al 100% en el plan anual de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo y para la vigencia 2025 se programaron 29 actividades dando cumplimiento al 100% de las actividades las cuales se describen a continuación: Socialización de Riesgos, Inspecciones planeadas a puestos de trabajo, Inspecciones uso de EPP, Actualización de documentos del SG-SST, Actualización de la matriz de requisitos legales, Capacitación a los integrantes del COPASST en investigación de accidentes y enfermedades laborales, Seguimiento al Plan de Emergencias, Realizar valoraciones medico Ocupacionales, Verificar recomendaciones medico ocupacionales, Capacitación manejo de cargas, Analisis puesto de trabajo, Pausas activas, Bateria riesgo Psicosocial, Taller manejo del estres, Capacitación manejo de residuos y uso adecuado de EPP, Simulacro Riesgo Biologico, Capacitación Radiaciones Ionizantes, Seguimiento al cumplimiento de proveedores y contratistas, Crear politica del PESV, Socializacion Politica del PESV, Campaña de orden y aseo, Taller de riesgo locativo y condiciones inseguras y Capacitación temperaturas extremas y uso adecuado de EPP.

4.1.5.2 ACCIDENTALIDAD III TRIMESTRE AÑOS 2024 – 2025



Fuente: Base de Datos Accidentalidad 2025

Para el III Trimestre del año 2025 se materializaron un total de 11 accidentes de trabajo, de los cuales 3 fueron por factor de Riesgo Mecánico, 2 Biológicos, 2 Locativos, 2 Biomecánicos, 1 de Seguridad y 1 Químico, en comparación con el año 2024 se observa una disminución de 8 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

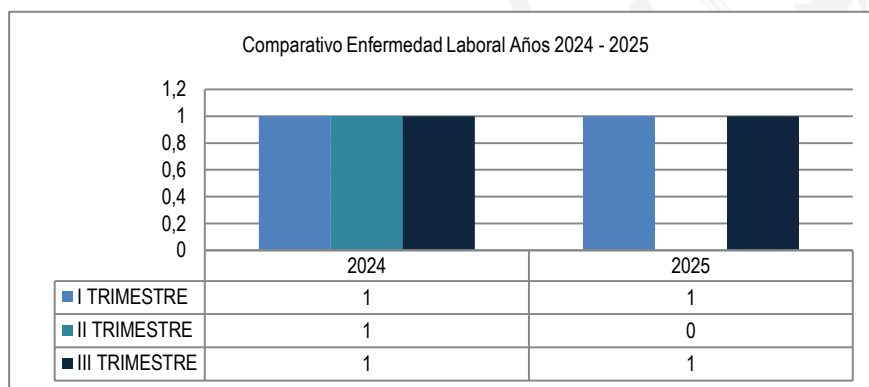


Fuente: Matriz Accidentalidad SG-SST 2024-2025

Para el III trimestre del 2025 se materializaron 11 accidentes de trabajo, donde se evidencia que la empresa que más reporto accidentes fue la temporal Horizontes con 8 accidentes, seguido por el personal de Planta con 2 y Lasu reportó 1 accidente de trabajo, las demás modalidades de contratación no presentaron ningún accidente de trabajo para este trimestre.

Los riesgos que se presentaron en los accidentes materializados fueron riesgo Mecánico, Biológico, Locativo, de Seguridad, Biomecánico y Químico. Desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo se han realizado las respectivas correcciones para mitigar los accidentes en los colaboradores del Hospital.

4.1.5.3 ENFERMEDAD LABORAL AÑOS 2024 – 2025



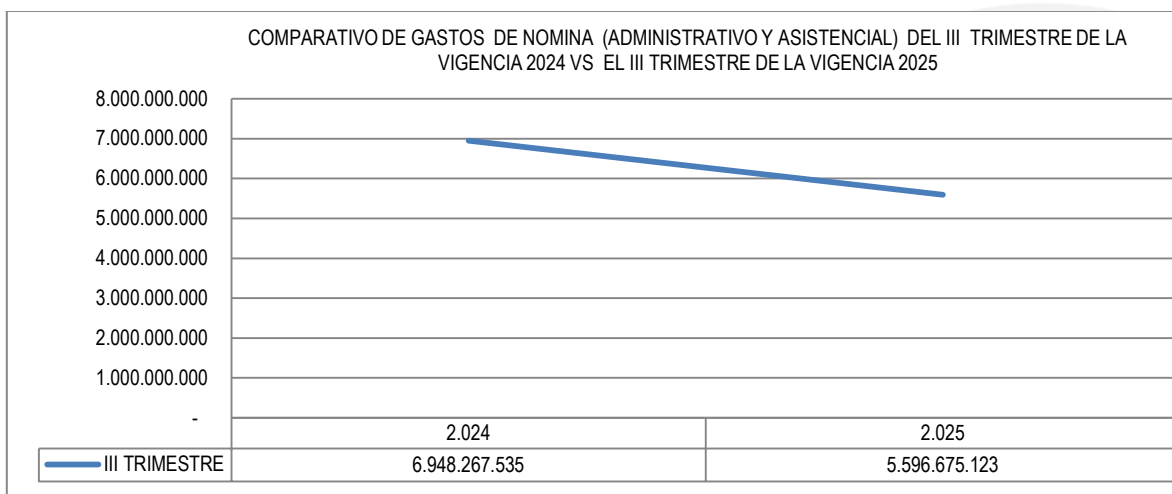
Fuente: Matriz Enfermedad Laboral SG SST 2024-2025

Durante el año 2024 se reportaron tres 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 III trimestre y de acuerdo al seguimiento realizado por Seguridad y Salud en el Trabajo con al ARL Positiva se presentó un reporte de una presunta enfermedad laboral en el aplicativo, por factor de riesgo osteomuscular (síndrome de manguito rotatorio y Bursitis del Hombro).

INFORME DE GESTIÓN SUBDIRECCIÓN DE PERSONAL VIGENCIA 2025 III TRIMESTRE

PLANTA DE PERSONAL

A continuación, se relacionan los gastos de nómina de planta correspondiente al III trimestre de la vigencia 2025 comparado con el III trimestre de la vigencia 2024, así:



Fuente: Subdirección de personal- Nomina

Del análisis comparativo entre el tercer trimestre de las vigencias 2025 y 2024, se evidencia que para el 2025 hay una disminución los gastos de nómina por un valor estimado de Mil Trescientos Cincuenta Y Un Millones Quinientos Noventa Y Dos Mil Cuatrocientos Doce Pesos M/Cte. (\$1.351.592.412) lo que corresponde a una reducción aproximada del 19,45%.

Vale la pena mencionar que, durante el tercer trimestre de la vigencia 2025, se adoptó el incremento salarial de conformidad con el Decreto Departamental 190 de 2025, incremento correspondiente al 7,25% que en comparación al año 2024 fue del 10.88%, resultando en una diferencia de 3,63 puntos porcentuales.

De igual manera, las medidas de austeridad del gasto implementadas por la administración coadyuvaron a la reducción de los gastos de nómina para este trimestre, resultando en un ahorro de aproximadamente Trescientos sesenta y cinco millones trescientos sesenta y tres mil seiscientos noventa y dos pesos M/cte. \$365.363.692 pesos por trimestre.

A continuación en el siguiente cuadro se realiza un análisis de los valores que incrementaron el valor de la nómina en el III trimestre de la vigencia 2025 comparado con el III trimestre de la vigencia 2024.

VALORES PAGADOS EN LAS NOMINAS DEL III TRIMESTRE DE LA VIGENCIA 2024 VS 2025.				
CONCEPTO	III TRIMESTRE 2024	III TRIMESTRE 2025	DIFERENCIA	PORCENTAJE
C002_AUXILIO DE TRANSPORTE	\$ 2.907.360	\$ 3.158.666	\$ 251.306	8,6%
C003_SUBSIDIO DE TRANSPORTE	\$ 25.007.400	\$ 57.400.003	\$ 32.392.603	129,6%
C009_DOMINICALES 200%	\$ 335.935.396	\$ 340.630.827	\$ 4.695.431	1,4%
C020_PRIMA DE VACACIONES	\$ 110.659.005	\$ 129.472.975	\$ 18.813.970	17,0%

Fuente- Subdirección de personal – Nomina

En el siguiente cuadro se realiza un análisis de los valores que disminuyeron en el valor de la nómina del III trimestre de la vigencia 2025 comparado con el III trimestre de la vigencia 2024.

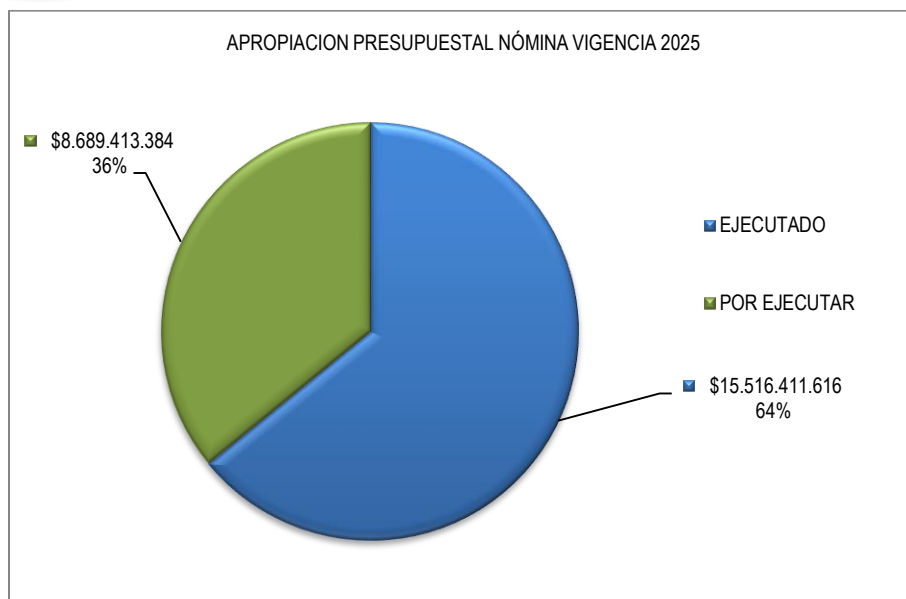
VALORES PAGADOS EN LAS NOMINAS DEL III TRIMESTRE DE LA VIGENCIA 2024 VS 2025.				
CONCEPTO	III TRIMESTRE 2024	III TRIMESTRE 2025	DIFERENCIA	PORCENTAJE
C001_SUELDO	\$2.648.222.927	\$ 2.605.130.679	\$ 43.092.248	1,65
C017_BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	\$ 52.482.315	\$ 49.063.420	\$ 3.418.895	93,49
C112_RETROACTIVO DE INCAPACIDADES	\$ 11.061.877	\$ 6.319.965	\$ 4.741.912	57,13
C121_RETROACTIVO BONIFICACION POR SERVICIOS PRESTADOS	\$ 23.011.188	\$ 18.611.877	\$ 4.399.311	80,88
C125_RETROACTIVO PRIMA DE VACACIONES	\$ 36.366.995	\$ 26.749.727	\$ 9.617.268	73,55
C140_RETROACTIVO PRIMA DE SERVICIOS	\$ 55.468.801	\$ 38.658.197	\$ 16.810.604	69,69
CRE004_CESANTIAS	\$ 34.987.540	\$ 33.147.893	\$ 1.839.647	94,74
RCRE003_RETROACTIVO PRIMA DE NAVIDAD	\$ 5.811.921	\$ 2.468.064	\$ 3.343.857	42,47
RCRE004_RETROACTIVO CESANTIAS	\$ 5.285.235	\$ 2.662.658	\$ 2.622.577	50,38

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 FUNCIONARIOS EN EL III TRIMESTRE DE LA VIGENCIA 2025		
NOMBRE_EMPLEADO	CARGO	VALOR
SUBDIRECCION DE HOTELERIA	\$51.329.610	\$ 47.859.776
DIRECTOR HOSPITAL - ZIPAQUIRA	\$94.242.863	\$ 87.872.133
SUBDIRECTOR DE BIENES COMPRAS Y SUMINISTROS	\$49.059.355	\$ 45.742.988
SUBDIRECCION DE DEFENSORIA DEL USUARIO	\$49.059.355	\$ 45.742.988
JEFE DE OFICINA ASESORA (JURIDICA)	\$49.513.181	\$ 46.166.136
TOTAL GENERAL		\$ 293.204.363

Fuente- Subdirección de personal – Nomina



Fuente- Subdirección de personal - Nomina

TABLA No. _____ ESTADO PLANTA GLOBAL DE PERSONAL III TRIMESTRE 2025.

En la siguiente tabla se evidencia la distribución del personal de planta de la E.S. E Hospital Universitario de la Samaritana:

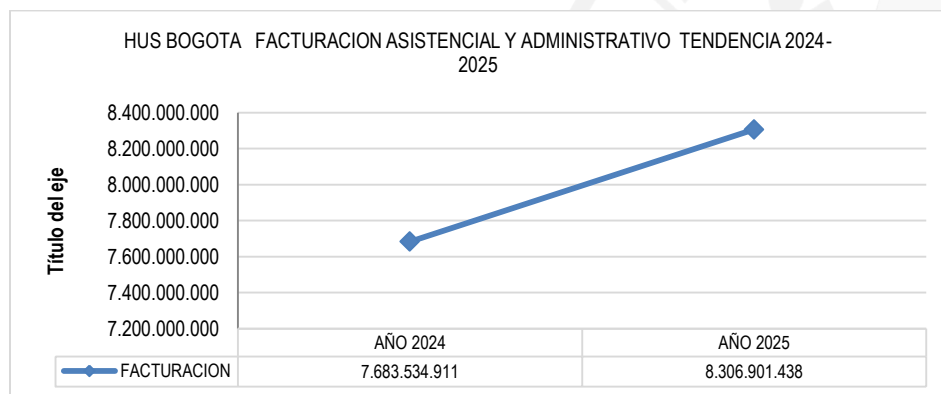
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA			
SUBDIRECCION DE PERSONAL			
PLANTA GLOBAL DE PERSONAL CON CORTE AL 30 DE SEPTIEMBRE 2025			
NATURALEZA DEL EMPLEO	ACTIVOS	VACANTES	CARGOS
PERIODO FIJO DIRECTIVO	1	0	1
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN DIRECTIVO	27	6	33
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN ASESOR	2	0	2
LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN PROFESIONAL	3	1	4
INSCRITO EN CARRERA ADMINISTRATIVA	128	47	175
PROVISIONALIDAD	19	5	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	196	180	376
TRABAJADOR OFICIAL	29		29
VACANTE TRABAJADORES OFICIALES		20	20
SUBTOTAL TRABAJADORES OFICIALES	29	20	49
TOTAL PLANTA DE PERSONAL	225	200	425
REGIMEN DE CESANTIAS			
REGIMEN DE CESANTIAS RETROACTIVAS		37	
REGIMEN DE CESANTIAS ANUALIZADAS		188	
TOTAL DE SERVIDORES ACTIVOS		225	

ADMINISTRATIVO O ASISTENCIAL	
ADMINISTRATIVOS	72
ASISTENCIALES	153
TOTAL DE SERVIDORES ACTIVOS	225
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO	
HOMBRES	70
MUJERES	155
TOTAL DE SERVIDORES ACTIVOS	225

Fuente: Subdirección de Personal – Nómina

CONTRATACIÓN EMPRESA SERVICIOS TEMPORALES

GRAFICO No. 1 HUS ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO TEMPORALES FACTURACION 2024 VS 2025

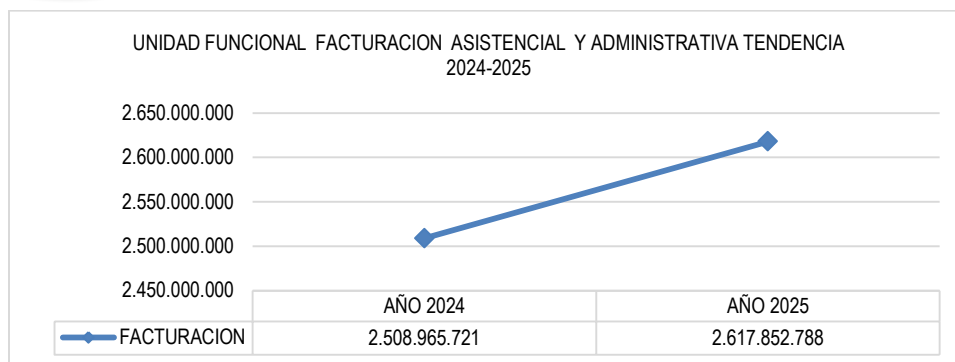


VARIACION		7,5%
VIGENCIA	AÑO 2024	AÑO 2025
FACTURACION	7.683.534.911	8.306.901.438

Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

Durante el tercer trimestre del año 2025, el valor facturado por servicios temporales fue de Ocho Mil Trescientos Seis Millones Novecientos Un Mil Cuatrocientos Treinta Y Ocho Pesos M/cte. (\$8.306.901.438) con un promedio mensual de trabajadores de 749. Esta cifra representa un aumento del 7,5% frente al mismo periodo del 2024 cuando la facturación alcanzó los Siete Mil Seiscientos Ochenta Y Tres Millones Quinientos Treinta Y Cuatro Mil Novecientos Once M/cte. (\$7.683.534.911). Cabe mencionar que el incremento corresponde al aumento salarial realizado a partir de febrero de 2025, así como las distintas contrataciones proyectadas en el plan anual de compras para el mejoramiento de la prestación de los servicios como el fortalecimiento de distintas áreas; la reducción de la jornada laboral de conformidad con la ley 2101 de 2021 y la implementación de la reforma laboral que empezó a regir desde el 15 de julio 2025.

GRAFICA No. 2 UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRA ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO TEMPORAL FACTURACION 2024 VS 2025

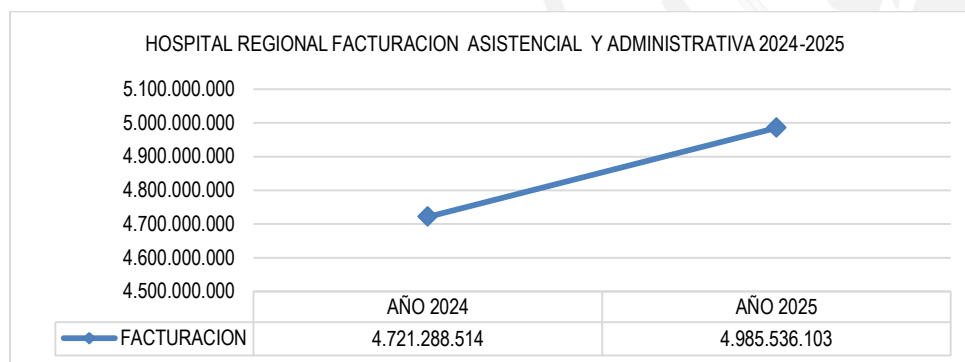


VARIACION		4,2%
VIGENCIA	AÑO 2024	AÑO 2025
FACTURACION	2.508.965.721	2.617.852.788

Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

En el tercer trimestre 2025, la Unidad Funcional de Zipaquirá presento un valor facturado de Dos Mil Seiscientos Diecisiete Millones Ochocientos Cincuenta Y Dos Mil Setecientos Ochenta Y Ocho Pesos M/cte. (\$2.617.852.788) con un promedio de trabajadores de 255, en comparación con el mismo periodo de 2024 que presento una cifra de Dos Mil Quinientos Ocho Millones Novecientos Sesenta Y Cinco Mil Setecientos Veintiún Pesos M/cte. (\$2.508.965.721) se puede observar un incremento del 4,2%. Cabe mencionar que el incremento corresponde al aumento salarial realizado a partir de febrero de 2025, así como las distintas contrataciones proyectadas en el plan anual de compras para el mejoramiento de la prestación de los servicios como el fortalecimiento de distintas áreas; la reducción de la jornada laboral de conformidad con la ley 2101 de 2021 y la implementación de la reforma laboral que empezó a regir desde el 15 de julio 2025.

GRAFICA No. 3 HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA TEMPORALES ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO 2024-2025



VARIACION		5,3%
VIGENCIA	AÑO 2024	AÑO 2025
FACTURACION	4.721.288.514	4.985.536.103

Fuente: Subdirección de Personal – Contratos

La facturación del Hospital Regional durante el tercer trimestre 2025 fue de Cuatro Mil Novecientos

Ochenta Y Cinco Millones Quinientos Treinta Y Seis Mil Ciento Tres Pesos M/cte. (\$4.985.536.103) con un promedio de trabajadores de 450, representando un incremento del 5,3% con relación al mismo trimestre del 2024, en que se facturo un valor de Cuatro Mil Setecientos Veintiún Millones Doscientos Ochenta Y Ocho Mil Quinientos Catorce Pesos M/cte. (\$4.721.288.514). Cabe mencionar que el incremento corresponde al aumento salarial realizado a partir de febrero de 2025, así como las distintas contrataciones proyectadas en el plan anual de compras para el mejoramiento de la prestación de los servicios como el fortalecimiento de distintas áreas; la reducción de la jornada laboral de conformidad con la ley 2101 de 2021 y la implementación de la reforma laboral que empezó a regir desde el 15 de julio 2025.

RELACIÓN Y PROPORCIÓN DE PERSONAL ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO A SEPTIEMBRE 2025

HUS Bogotá, Unidad Funcional Zipaquirá y Hospital Regional Zipaquirá

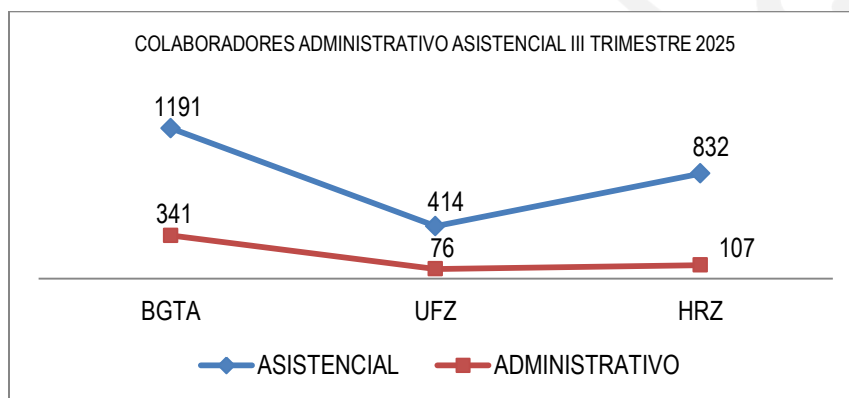
A continuación se relaciona el consolidado de colaboradores por los diferentes tipos de vinculación y/o contratación al 30 de septiembre de 2025:

Tabla No. Consolidado de colaboradores III trimestre 2025

PERSONAL	ASISTENCIAL	ADMINISTRATIVO	TOTAL
HUS –BOGOTÁ			
No. colaboradores	1191	341	1532
UNIDAD FUNCIONAL ZIQUAIRÁ			
No. colaboradores	414	76	490
HOSPITAL REGIONAL ZIQUAIRÁ			
No. colaboradores	832	107	939
TOTAL PERSONAL	2.437	524	2961

Fuente: Subdirección de Personal

Gráfica No. ____ No. Colaboradores Administrativo – Asistencial

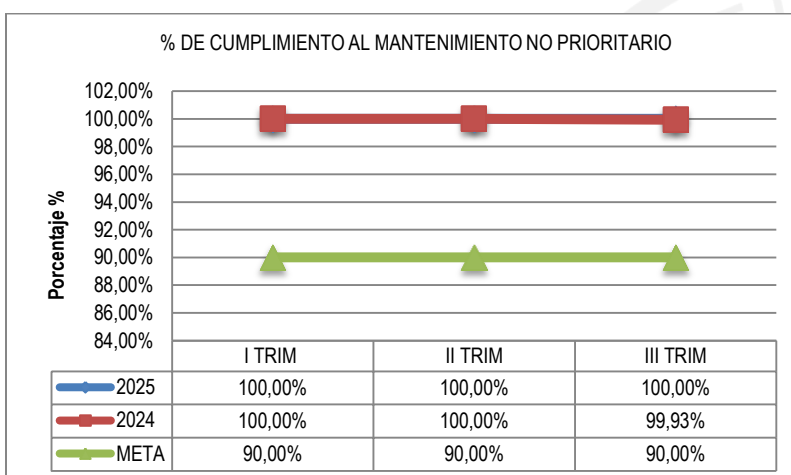


Fuente: Subdirección de Personal

4.2 INFRAESTRUCTURA

1. Indicadores Gestión del Proceso Ingeniería Hospitalaria – Bogotá

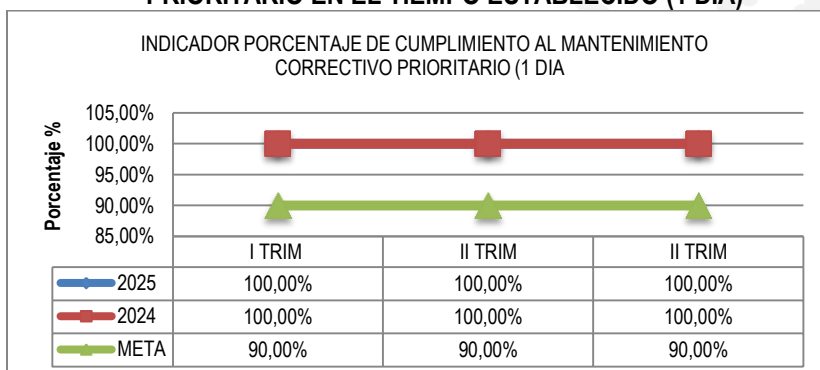
1.1. INDICADOR DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL MANTENIMIENTO CORRECTIVO NO PRIORITARIO EN EL TIEMPO ESTABLECIDO (8DIAS)



Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04-V1 y 05GIF04-V2.

Durante la vigencia de 2025, el mantenimiento correctivo no prioritario alcanzó un porcentaje de cumplimiento del 100%, reflejando una mejora significativa en comparación con el 99.93% registrado en 2024. Este resultado fue posible gracias a la clasificación adecuada y gestión eficiente de las órdenes de trabajo no prioritarias. El incremento en el nivel de cumplimiento se atribuye a la implementación de mejoras en los procesos operativos de la mesa de ayuda, así como a la realización continua de capacitaciones, orientadas a optimizar la atención de incidencias y el uso eficiente de los recursos disponibles.

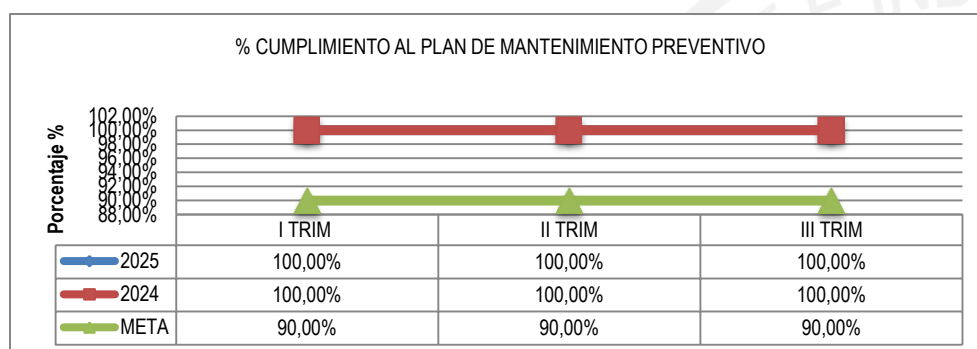
2. INDICADOR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL MANTENIMIENTO CORRECTIVO PRIORITARIO EN EL TIEMPO ESTABLECIDO (1 DIA)



Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04-V1 y 05GIF04-V2

Durante la vigencia de 2025, el mantenimiento correctivo prioritario alcanzó un cumplimiento del 100%, consolidando una tendencia positiva frente al 100% registrado en 2024. Este resultado refleja no solo una mejora cuantitativa, sino una gestión más eficiente, proactiva y alineada con los procesos críticos de la institución. La implementación de estrategias de sensibilización y uso racional de la herramienta de la mesa de ayuda, junto con la optimización operativa y fortalecimiento de competencias del personal, permitió elevar los niveles de respuesta, reducir tiempos de atención y garantizar la continuidad operativa de los servicios. Este desempeño posiciona al área como un referente en eficiencia institucional y madurez en la gestión de incidentes prioritarios.

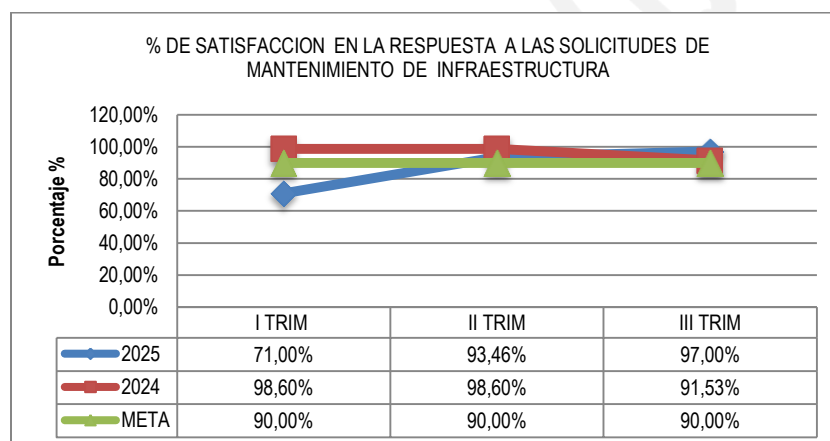
3. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO



Fuente: Plan de mantenimiento preventivo 2024-2025

El análisis comparativo evidencia un logro destacado en el cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo, consolidando un desempeño sobresaliente por parte del área de Ingeniería Hospitalaria. Los altos niveles de cumplimiento reflejan una gestión estratégica y eficiente de recursos y procesos, apoyada en la implementación exitosa de acciones orientadas a la mejora continua. Este enfoque proactivo garantizó la operatividad óptima de los equipos biomédicos e infraestructuras, reduciendo la recurrencia de mantenimientos correctivos y fortaleciendo la confiabilidad y sostenibilidad del entorno hospitalario, en línea con los principios de excelencia operativa institucional.

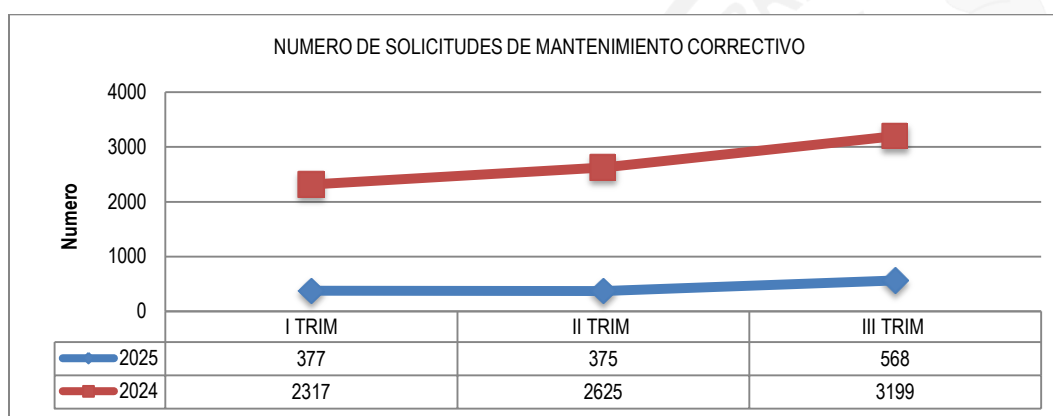
4. INDICADOR PORCENTAJE DE SATISFACCION EN LA RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA



Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04-V1 y 05GIF04-V2

Durante la vigencia de 2025, el índice de satisfacción en la atención de solicitudes de mantenimiento de infraestructura alcanzó un destacado 97%, superando el 91,53% obtenido en 2024 y cumpliendo con la meta trazada. Este resultado no solo representa un incremento tangible en la percepción positiva del servicio, sino que evidencia el fortalecimiento de la capacidad de respuesta y la efectividad operativa del área. La implementación de metodologías avanzadas para la recolección y análisis de datos permitió obtener información más precisa, confiable y oportuna, lo cual mejoró significativamente la calidad del proceso de evaluación y retroalimentación del usuario. Este desempeño reafirma el compromiso institucional con la excelencia en la atención, la mejora continua y la consolidación de una infraestructura hospitalaria eficiente, segura y centrada en el usuario.

5. NUMERO DE SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO



Fuente: orden de trabajo

Al comparar el tercer trimestre de 2024 con el mismo periodo de 2025, se evidenció una reducción significativa en la cantidad de solicitudes de mantenimiento correctivo, reflejo directo de la efectividad de las estrategias implementadas. Este resultado resalta el uso más eficiente de la mesa de ayuda, junto con capacitaciones dirigidas a fortalecer los procesos operativos y técnicos del hospital. Estas acciones no solo optimizaron la gestión interna, sino que también mejoraron la eficiencia, la calidad del servicio y la capacidad de respuesta institucional, consolidando una cultura de mantenimiento más preventiva, oportuna y alineada con los objetivos estratégicos del área.

3. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD CON LOS SERVICIOS

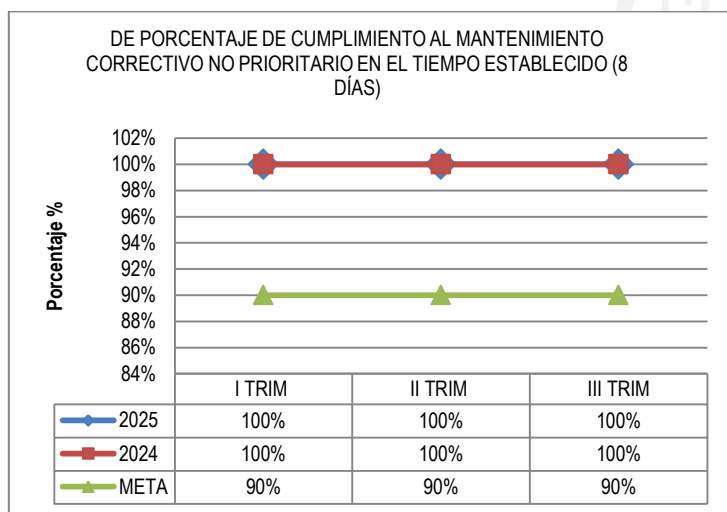
Nombre del proyecto	No. Contrato	Sede	Porcentaje	Estado
Adecuaciones Correctivas De Los Ductos De Ventilación Mecánica De Las Salas De Cirugía Y La Unidad De Cuidados Intensivos (Uci) Del Segundo Piso, E Implementación De Un Sistema De Respaldo Para Autoclaves, Incluyendo La Instalación De Un Tablero Eléctrico Para Compresores En La E.S.E. Hospital Universitario De La Samaritana, Sede Bogotá.	CTO 688 - 2025	BOGOTÁ	100%	En Ejecución
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
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

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

Fuente: orden de trabajo

GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA III TRIMESTRE DE 2025 - UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ

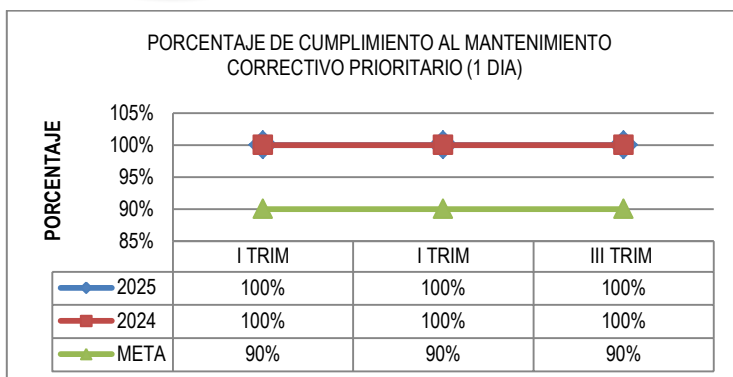
I. INDICADOR DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL MANTENIMIENTO CORRECTIVO NO PRIORITARIO EN EL TIEMPO ESTABLECIDO (8DIAS)



Durante los tres primeros trimestres de 2025, la gestión del mantenimiento correctivo no prioritario alcanzó un desempeño sobresaliente con un 100% de cumplimiento en la atención de solicitudes dentro del plazo de ocho días, superando la meta institucional del 90% y manteniendo la efectividad observada en 2024. Este resultado refleja una gestión proactiva, estratégica y altamente coordinada, caracterizada por la anticipación operativa, la trazabilidad integral de los procesos y la optimización de recursos, consolidando al área de mantenimiento como un referente de excelencia y confiabilidad en la gestión institucional del Hospital Universitario de La Samaritana.

Fuente: Formato Orden De Trabajo 05GIF04-V1 y 05GIF04-V2

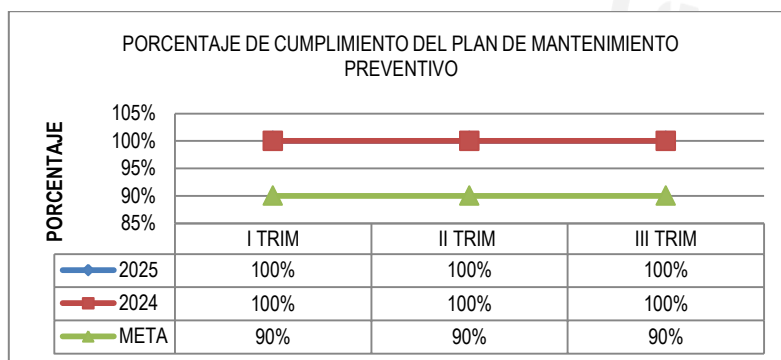
II. INDICADOR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO AL MANTENIMIENTO CORRECTIVO PRIORITARIO EN EL TIEMPO ESTABLECIDO (1 DIA)



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 458 órdenes ejecutándolas en el tiempo estipulado. En este indicador de porcentaje se muestra que se tiene un 100% para lo que va del III 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.

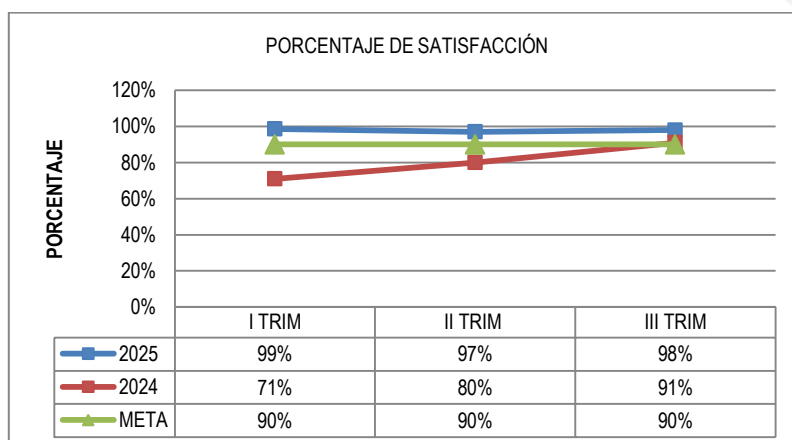
III. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO



Fuente: Plan de mantenimiento preventivo 2025

Se cumple el 100% en tercer 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%

IV. PORCENTAJE DE SATISFACCION EN LA RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA



Para el III trimestre se recibieron 414 órdenes de trabajo de las cuales en 192 se obtuvo una puntuación menor de 5. Según los criterios evaluados por el cliente interno, el de oportunidad fue el de menor puntuación, debido a que nuestro personal unió esfuerzos para habilitar en la intervención de maternidad.

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.

Fuente: Plan de mantenimiento preventivo 2025

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 maternidad, el cual fue un logro para este trimestre de la vigencia 2024

TABLA N° 1 Contratos vigentes de convenios 2025

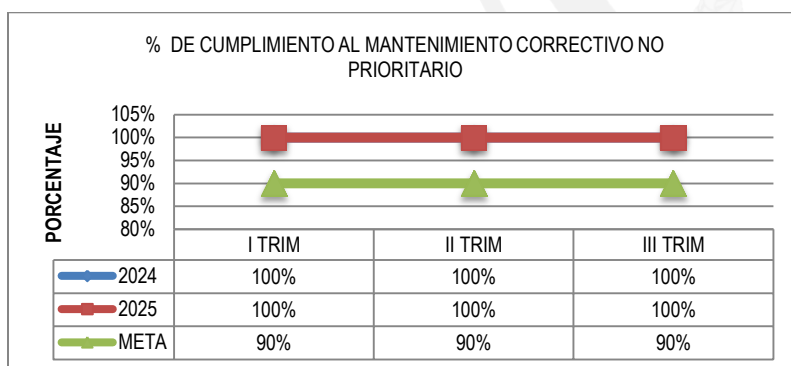
CONVENIOS VIGENTES											
No.	No. del contrato/ Convenio	Objeto del contrato / convenio	Fecha de inicio	Valor del contrato / convenio	Adición	Valor final del Contrato	Fecha de terminación	Plazo prorrogado	Fecha de Terminación + prorrogación Contrato/Convenio	Estado actual del Contrato/Convenio	Fecha de liquidación si aplica
1	SS-CDCVI-857-2023	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	12/07/2023	\$3.593.622.489,00	N/A	\$ 3.593.622.489,00	31/05/2024	N/A	/2025	SUSPENDIDO	N/A

Fuente: Cuadro de control y seguimiento de contratos 2025.

I. Gestión del Proceso Ingeniería Hospitalaria

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 (8 días) tercer trimestre 2025



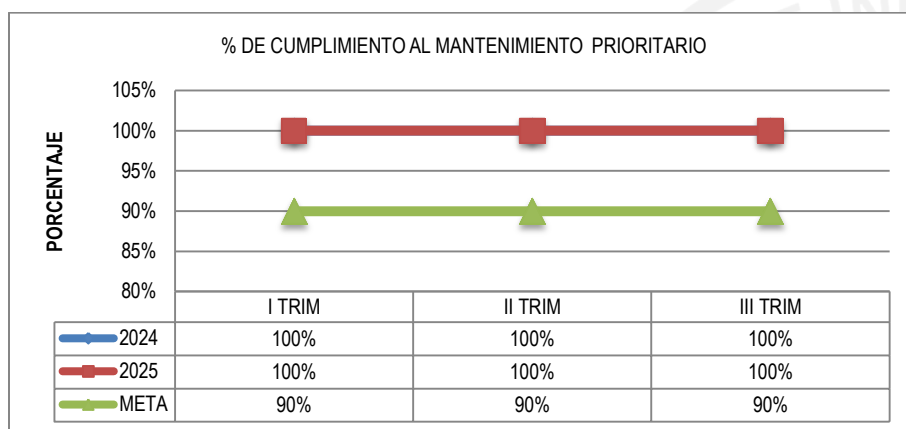
Fuente: Formato Orden De Trabajo 05IHO04-V3 y V5

En el tercer trimestre 2024 las ordenes de trabajo recibidas correspondientes al mantenimiento correctivo no prioritario son de 312 solicitudes, para el segundo trimestre de la vigencia del 2025 se recibieron 163 y el tercer trimestre de las misma vigencia fueron clasificadas como no prioritarias 211 órdenes. El indicador presenta una disminución significativa en la cantidad de órdenes recibidas de una vigencia a otra, y entre

trimestres un aumento en el periodo 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 tercer 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 (1 día) tercer trimestre 2025

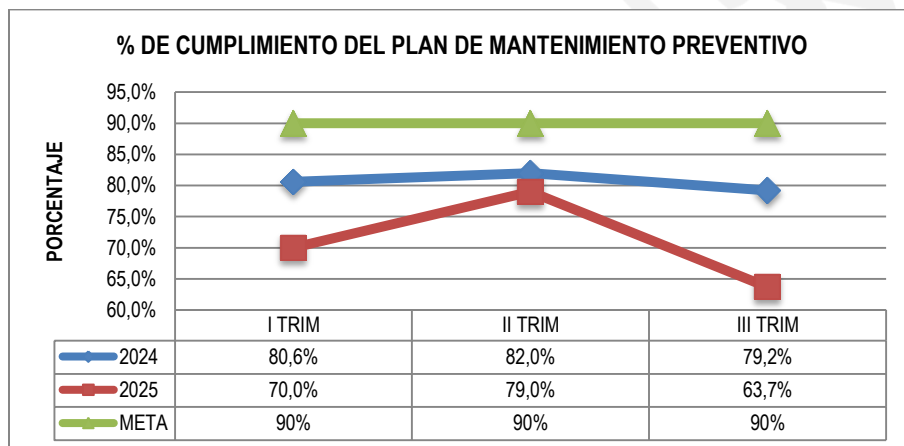


Fuente: Formato Orden De Trabajo 051HO04-V3 y V5

Para el tercer trimestre 2024 de 464 órdenes de servicio recibidas se clasificaron 152 y para la vigencia 2025 del segundo trimestre 314 se clasificaron 151. Para el tercer trimestre vigencia 2025 de 369 se clasificaron 158 como prioritarias en las especialidades de (redes eléctricas, iluminación, fugas de agua, gases medicinales, oxígeno) 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 tercer trimestre 2025

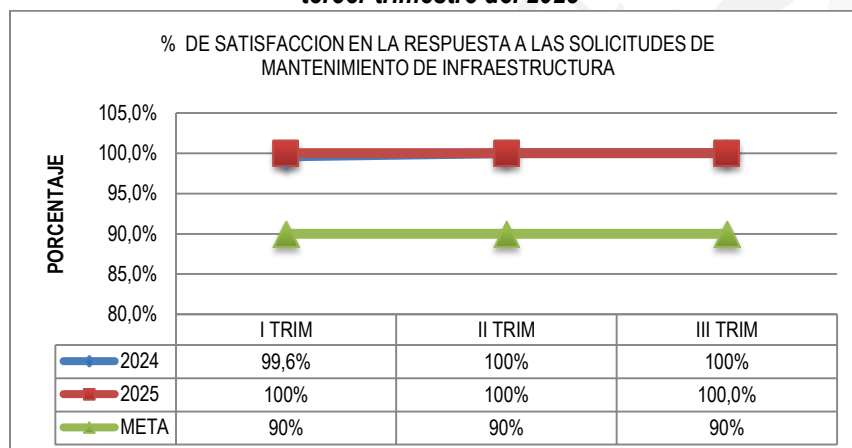


Fuente: Plan de mantenimiento preventivo 2024-2025

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 III trimestre del 2024 registra cumplimiento al 79.2% con lo programado. En el segundo trimestre vigencia 2025 el cumplimiento fue del 79% y para el tercer trimestre de la misma vigencia, se tiene una disminución considerable al momento de realizar los mantenimientos preventivos programados, a la falta de personal, la cual género que las actividades proyectadas no se cumplieran con respecto a lo programado y ejecutando más solicitudes de mantenimiento correctivo prioritario y no prioritario. Para obtener un cumplimiento del 63.7% con lo proyectado en el cronograma.

IV. PORCENTAJE DE SATISFACCION EN LA RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA

Porcentaje de satisfaccion en la respuesta a las solicitudes de mantenimiento de infraestructura tercer trimestre del 2025



Fuente: Formato Orden De Trabajo 05IHO04-V3

El tercer trimestre 2024 la calificación fue de 4.45 sobre 5, para la vigencia 2025 del segundo trimestre fue de 4,60 sobre 5 y para el tercer trimestre de la misma vigencia es de 4.56. 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%.

V. CONCLUSIONES

- El proceso de ingeniería hospitalaria para este tercer 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-V5 para que sea descargado desde el aplicativo Almera.

VI. RECOMENDACIONES

- Reforzar la planta de con tres (3) 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

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 519 solicitudes - SUM distribuidos de la siguiente manera: **i)** para elaboración de contratos 130 (41 por productividad), 89 de bienes y servicios, 1 orden de servicio y 4 órdenes de compra que son elaboradas en la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros **Nota: i)** Adicionalmente se aclara que en el tercer trimestre no se publicaron Convocatorias Públicas. **ii)** Actas de Adición y prórroga 329, de las cuales 192 corresponden a la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros, y 137 corresponden a contratos por productividad, **iii)** modificación de contratos 31 de las cuales 23 corresponden a la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros y 8 a la oficina de Productividad, **iv)** Adiciones 76 de las cuales 52 corresponden a la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros y 24 a la oficina de Productividad, **v)** reversión 0, **vi)** suspensiones 0, **vii)** aclaratorias 0, **viii)** prórrogas 13 las cuales corresponden en su totalidad a la Subdirección de Bienes, Compras y Suministros, **ix)** reinicio 0; **x)** Prórroga 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 III TRIMESTRE	2023 III TRIMESTRE	2024 III TRIMESTRE	2025 III TRIMESTRE
CONVOCATORIAS PÚBLICAS	3	2	2	0
CONTRATOS	442	140	337	130
ORDENES DE COMPRA O DE SERVICIO	56	44	21	22
ADICIÓN, PRORROGA	438	860	721	329
MODIFICACIÓN	10	43	32	31
SUSPENSIONES	2	1	2	0
PRORROGA A SUSPENSIONES	4	4	5	4
REINICIO	1	2	2	0
REVERSIONES	0	0	1	0
ACLARATORIOS	0	0	0	0
TERMINACION ANTICIPADA	0	0	0	28
EXCLUSIÓN	0	0	1	0
INCLUSIÓN	0	0	5	0

Fuente: Subdirección De Bienes Compras Y Suministros- Drive- Compartido Conmigo- Informe De Gestión- Informe De Gestión 2025- 3er Trimestre 2025.

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 DESARROLLADOS
CONVOCATORIAS PÚBLICAS		\$0	0,00%	0	0,00%
CONTRATACIÓN DIRECTA	PRODUCTIVIDAD	\$13.831.205.532	26,70%	57	11,68%
	BIENES Y SERVICIOS	\$16.326.251.040	31,52%	185	37,91%
ADICIONES CONTRATOS 2024		\$3.500.000	0,01%	1	0,20%
ADICIONES CONTRATOS 2025		\$21.637.953.349	41,77%	245	50,20%
VALOR TOTAL CONTRATADO 2025		\$51.798.909.921		488	

Fuente: Subdirección De Bienes Compras Y Suministros- Drive- Compartido Conmigo- Informe De Gestión- Informe De Gestión 2025- 3er Trimestre 2025.

Referente a los procesos de contratación por modalidad de Convocatoria Pública, para este trimestre no se publica ni se desarrolla ningún proceso, motivo por el cual se omite el cuadro No. 3.

INDICADOR DE GESTIÓN

No. 2172- OPORTUNIDAD DE TRAMITE EN LAS SOLICITUDES DE NECESIDADES (DESDE LA RADICACIÓN DE LA NECESIDAD HASTA LA SOLICITUD DE ELABORACIÓN DEL CONTRATO A LA OFICINA JURÍDICA – CONTRATOS A TRAVÉS DEL SUM).

Para este trimestre se obtuvo un resultado de 8 días promedio para la atención de las diferentes solicitudes recibidas por las diferentes áreas, demostrando efectividad, teniendo en cuenta que este resultado se encuentra inferior al intervalo del límite inferior y la meta (10 – 15) y que es un indicador de carácter decreciente.

ALMACÉN GENERAL

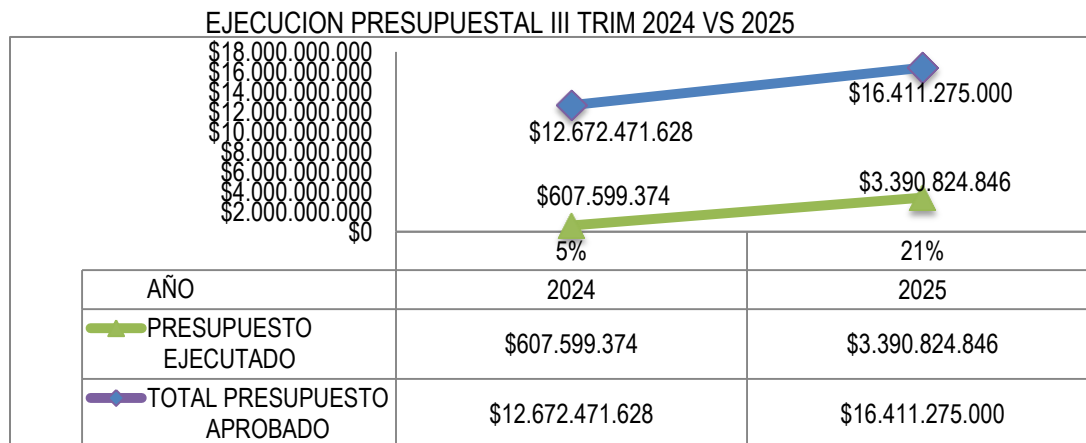
Durante las vigencias 2024 y 2025, en el tercer trimestre se proyectaron los estudios previos correspondientes a las necesidades relacionadas con la adquisición de insumos tales como materiales de apoyo clínico, productos de desinfección, elementos de esterilización, artículos de aseo y papelería. Estos insumos son distribuidos por el Almacén General a las diferentes áreas hospitalarias, asistenciales y administrativas del HUS, así como a sus sedes ubicadas en Zipaquirá.

A continuación, se presenta un comparativo de la ejecución presupuestal de los contratos formalizados durante los terceros trimestres de las vigencias 2024 y 2025, de acuerdo con el presupuesto aprobado para el área de Almacén General.

TERCER TRIMESTRE				
ANO	MATERIALES Y OTROS		LABORATORIO	
	CONTRATOS	VALOR	CONTRATOS	VALOR
2024	10	\$ 595.243.774	1	\$ 12.355.600
2025	11	\$ 806.475.295	4	\$ 519.546.706

Fuente de Datos propios Almacén General HUS Bogotá

En la ejecución presupuestal en la categoría “Materiales y otros”, valor ejecutado creció en un 35,5 %, en 2025, lo que refleja una ampliación en las adquisiciones de insumos de apoyo clínico. Por su parte, la categoría “Laboratorio” presentó un crecimiento notable con 4 contratos por \$519.546.706 en 2025, equivalente a un incremento del 4.1 %. Este comportamiento evidencia una inversión en el fortalecimiento del área de laboratorio, orientada a la adquisición de reactivos especializados y ampliación de la capacidad diagnóstica institucional y en la priorización de recursos para el mejoramiento del servicio.

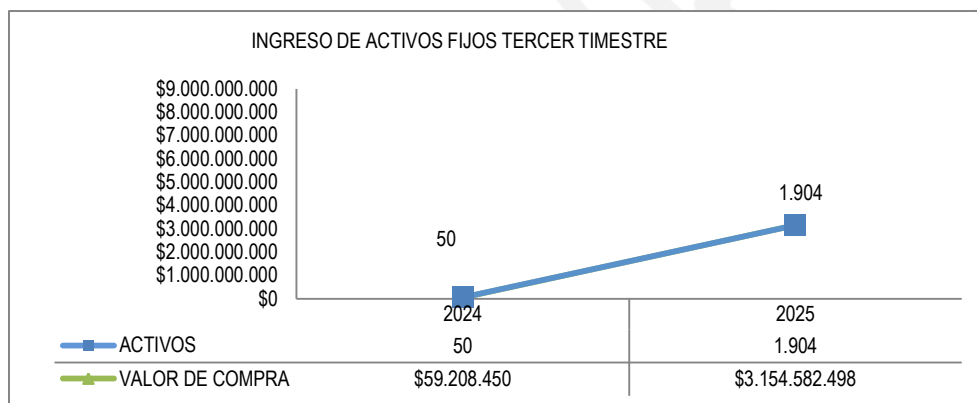


Fuente de Datos propios Almacén General HUS Bogotá

En cuanto al presupuesto ejecutado, se evidencia un incremento en el nivel de ejecución, al pasar del 5% al 21% con respecto al total aprobado. Este comportamiento obedece a la formalización de trece adiciones durante el tercer trimestre de 2025, por un valor total de \$2.064.802.845, con este valor se garantizó el suministro de insumos a las diferentes áreas del hospital.

ACTIVOS FIJOS

Durante el tercer trimestre de las vigencias 2024 y 2025 se realizaron comparativos de los ingresos de activos fijos del Hospital Universitario de La Samaritana en Bogotá, Unidad Funcional de Zipaquirá y hospital regional de Zipaquirá. Se presentan en función de la cantidad de activos fijos adquiridos y del valor monetario, expresado en millones de pesos, correspondiente a las compras efectuadas



Fuente de Datos propios Almacén General HUS Bogotá

Entre las vigencias 2024 y 2025 se evidencia un notable incremento en la adquisición de activos fijos institucionales. En 2025, la cifra ascendió a 1.904 activos, con una inversión total de \$3.154.582.498. Este aumento se refleja principalmente en la compra de tres equipos médicos: un Arco en C, con un valor de \$785.000.000; una máquina de anestesia, por \$342.720.000; y un procesador de tejidos, con un valor de \$270.130.000. Estas adquisiciones se encuentran en concordancia con la política institucional orientada al fortalecimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria. Dicho resultado evidencia una ampliación de la capacidad operativa, un proceso de renovación tecnológica y el compromiso permanente con la mejora continua en la prestación de los servicios de salud.

Asimismo, durante este periodo se efectuó la adquisición de 1.400 activos catalogados como intangibles, correspondientes a la renovación de licencias de antivirus para la E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana Bogotá, la Unidad Funcional de Zipaquirá con sus respectivos puestos de salud y el Hospital Regional de Zipaquirá, por un valor de \$145.600.000. Esta inversión contribuye al fortalecimiento de la seguridad informática institucional y a la protección de la información clínica y administrativa, garantizando la continuidad y eficiencia en los procesos tecnológicos de la entidad.

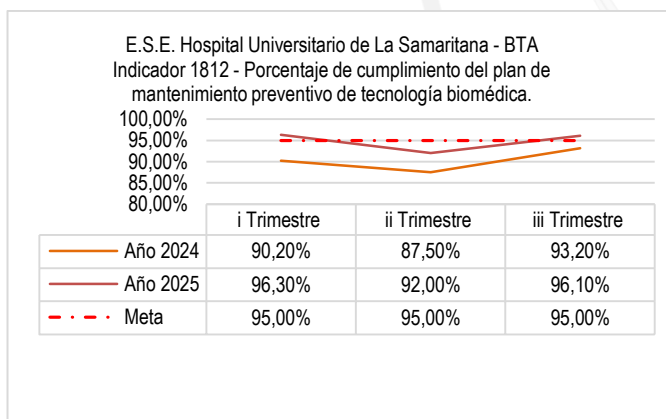
4.4 TECNOLOGIA BIOMEDICA

III TRIMESTRE – GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

– Fuente: ALMERA y Tablero de control TB -

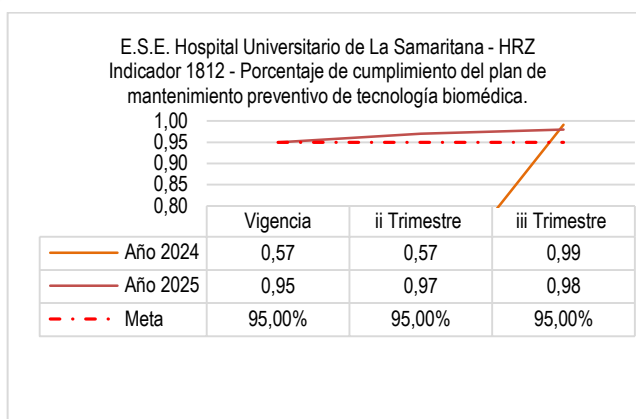
I. INDICADORES

1812. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE TECNOLOGIA BIOMEDICA



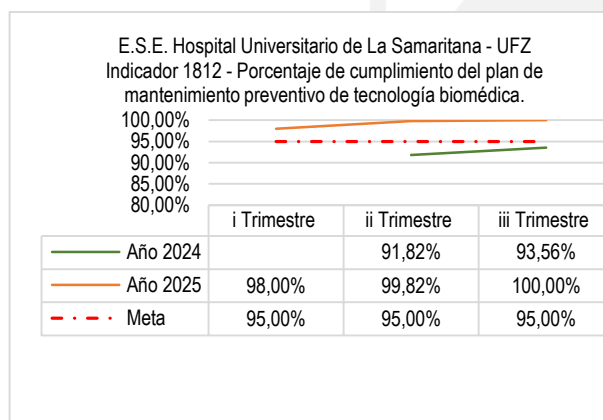
Gráfica 1 – Bogotá

En el III trimestre estaban programadas 511 actividades mantenimiento preventivo de los cuales se realizaron 491 con una diferencia de 20 equipos del servicio que no se tuvieron en cuenta en el indicador por equipos no operativos pendientes por repuestos.



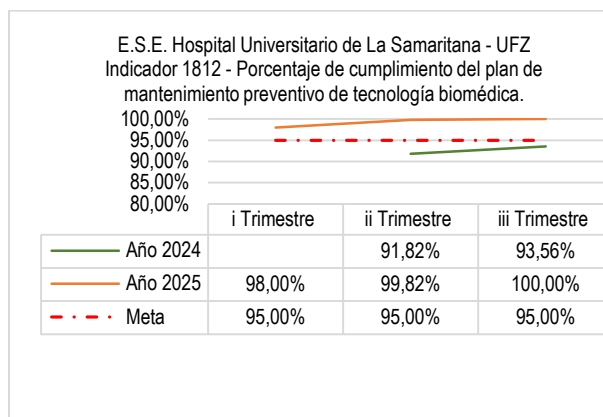
Gráfica 1 –HRZ

Durante el tercer trimestre de 2025 se programaron 864 actividades de mantenimiento preventivo con recurso propio, de las cuales se ejecutaron 851, alcanzando un cumplimiento del 98%. Los 13 equipos pendientes corresponden a camas y cunas eléctricas que se encuentran fuera de servicio por falta de repuestos, los cuales están en proceso de adquisición. Cabe resaltar que esta situación no genera afectaciones en la prestación de los servicios asistenciales. Este resultado supera la meta establecida del 95%, evidenciando un avance significativo en la gestión del mantenimiento. En comparación con el mismo periodo del año 2024, se observa que se mantiene un alto porcentaje de ejecución, reflejando la constancia en el cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo.



Gráfica 1 –UFZ

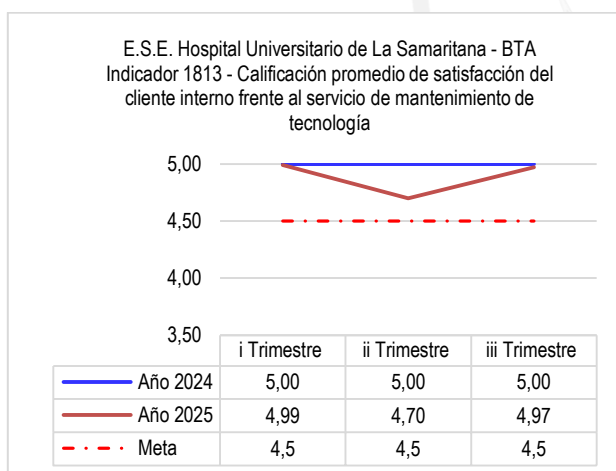
Durante el tercer trimestre de 2025 se programaron 367 actividades de mantenimiento preventivo con recurso propio, de las cuales se ejecutaron 366. La actividad no ejecutada se debió a causa de fuerza mayor ajena al proceso, lo que representa un cumplimiento del 99.6%. Este resultado supera la meta establecida 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 93.6%, lo que resalta la mejora sustancial en la planificación y ejecución de estas actividades.



Gráfica 1 –UFZ

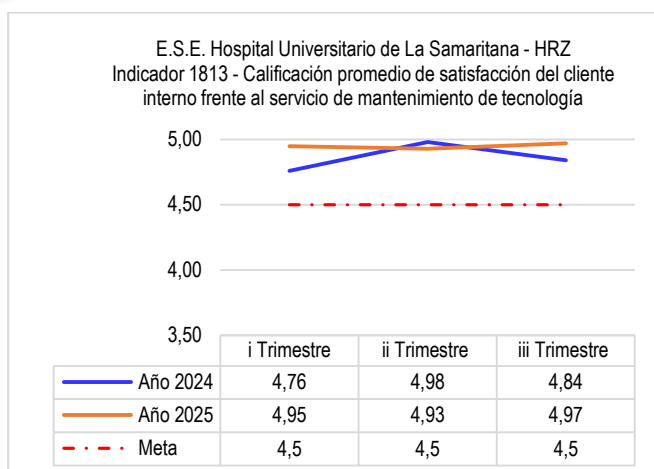
Durante el tercer trimestre de 2025 se programaron 367 actividades de mantenimiento preventivo con recurso propio, de las cuales se ejecutaron 366. La actividad no ejecutada se debió a causa de fuerza mayor ajena al proceso, lo que representa un cumplimiento del 99.6%. Este resultado supera la meta establecida 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 93.6%, lo que resalta la mejora sustancial en la planificación y ejecución de estas actividades.

1813. CALIFICACION PROMEDIO DE SATISFACCION DEL CLIENTE INTERNO FRENTE AL SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE TECNOLOGIA BIOMEDICA



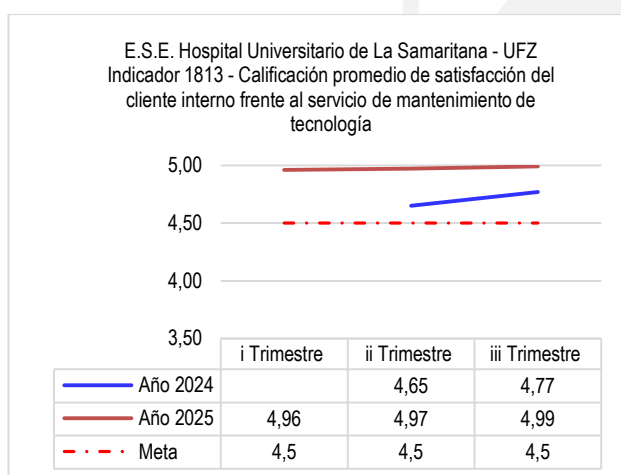
Gráfica 2 –Bogotá

Durante el III 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

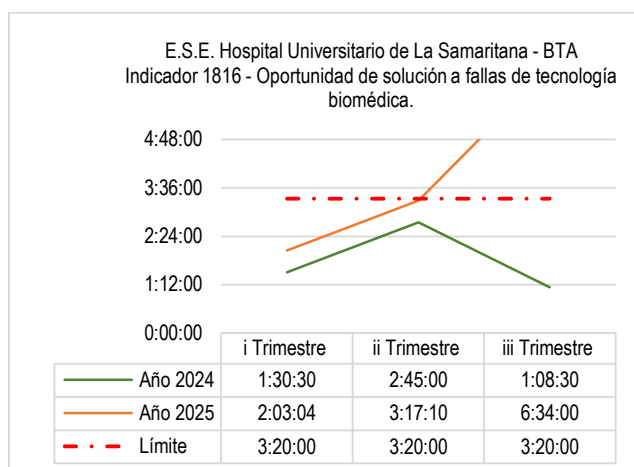
Durante el tercer trimestre de 2025 se atendieron un total de 1202 solicitudes de mantenimiento, tanto preventivo como correctivo, alcanzando un promedio de calificación de 4.97. Esta valoración muestra una mínima variación de apenas 0.13 puntos en comparación con el mismo periodo de 2024, lo que evidencia 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

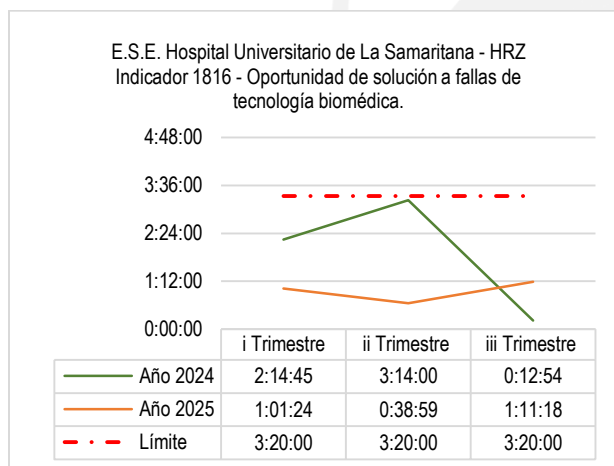
Durante el tercer trimestre de 2025 se atendieron un total de 506 solicitudes de mantenimiento, tanto preventivo como correctivo, alcanzando un promedio de calificación de 4.99. Esta valoración muestra una variación de 0.22 puntos superando el mismo periodo de 2024, lo que evidencia la consistencia en 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.

1816. OPORTUNIDAD DE SOLUCION A FALLAS EN TECNOLOGÍA BIOMÉDICA



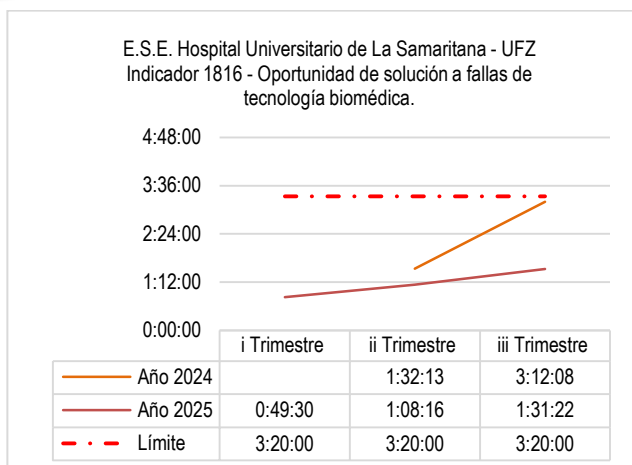
Grafica 3- Bogotá

Durante el II Trimestre se obtuvo un promedio de oportunidad de tiempo de solución de 6:34:0. Se atendieron cuatro actividades que presentaron requerimiento y solución el mismo día. Un equipo se encontró al límite establecido a la característica de la reparación, la cual requirió repuestos y pruebas adicionales.



Grafica 3- HRZ

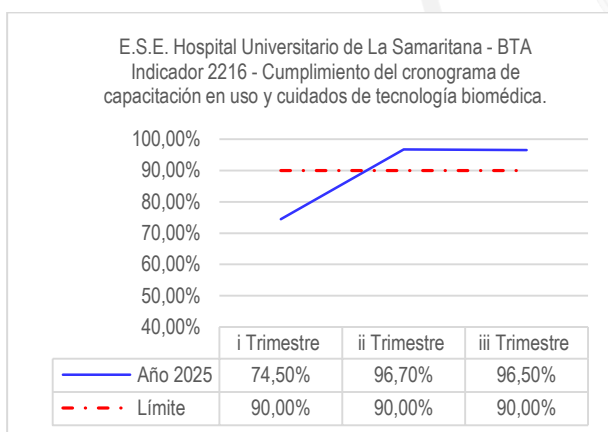
Durante el tercer trimestre de 2025, el tiempo promedio de solución de las solicitudes de mantenimiento fue de 1 hora, 11 minutos y 18 segundos. En el mismo periodo del año 2024 se evidencio un tiempo menor, debido a que las intervenciones presentadas en esa vigencia fueron de menor complejidad. Para el periodo actual se registra una diferencia de 2 horas, 8 minutos y 42 segundos respecto al límite máximo establecido, por lo cual se observa una efectiva respuesta y solución a los eventos reportados. Este resultado se atribuye a la implementación de estrategias orientadas a optimizar la eficiencia operativa, entre las cuales se destacan la incorporación de códigos QR en cada equipo, vinculados a un aplicativo suministrado por el contratista que facilita el reporte inmediato de fallas y la habilitación de una línea celular disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que garantiza la atención oportuna de los requerimientos.



Gráfica 3- UFZ

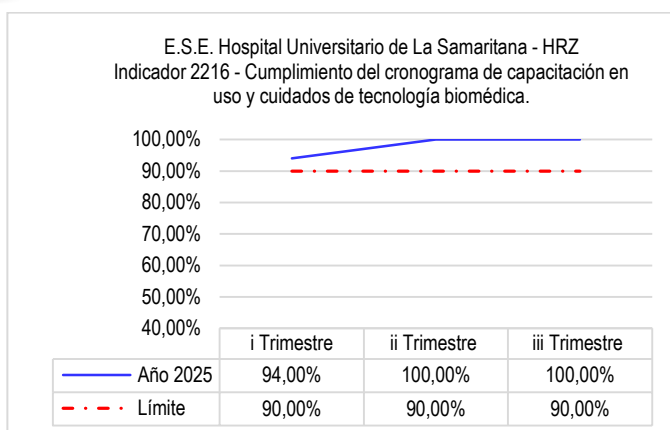
Durante el tercer trimestre de 2025, el tiempo promedio de solución fue de 1 hora con 31 minutos y 22 segundos. Este valor representa una mejora en comparación con el tercer trimestre de 2024, donde el tiempo promedio fue de 3 horas con 12 minutos u 08 segundos. Esta reducción en los tiempos de respuesta 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.

2216 CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE CAPACITACION EN USO Y CUIDADOS DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA



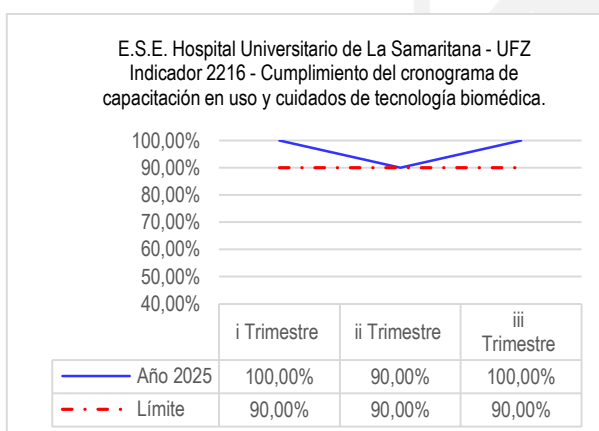
Gráfica 4 – Bogotá

De las 114 capacitaciones por tecnología programadas en el trimestre se realizaron 110 capacitaciones, 2 equipos no se pudieron capacitar los cuales son de tecnología especializada y 2 equipos que están operativos pero inactivos.



Gráfica 4 – HRZ

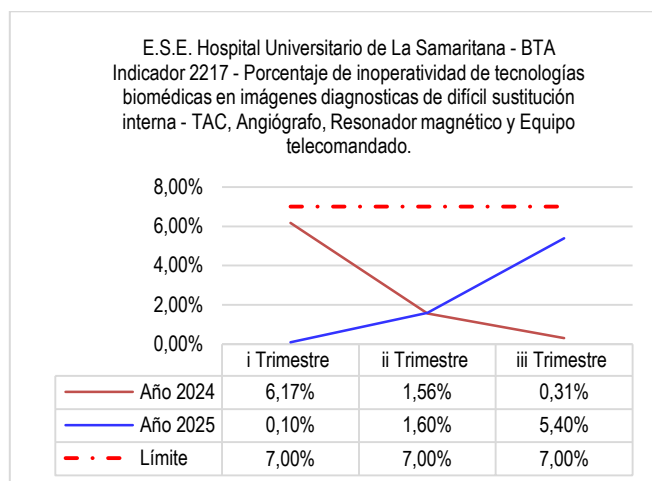
Durante el tercer trimestre se ejecutaron 16 capacitaciones en el uso de tecnología biomédica, alcanzando el 100% de las actividades programadas para el periodo. Este cumplimiento refleja un aumento en la cobertura respecto a trimestres anteriores, resultado de la implementación de estrategias innovadoras 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

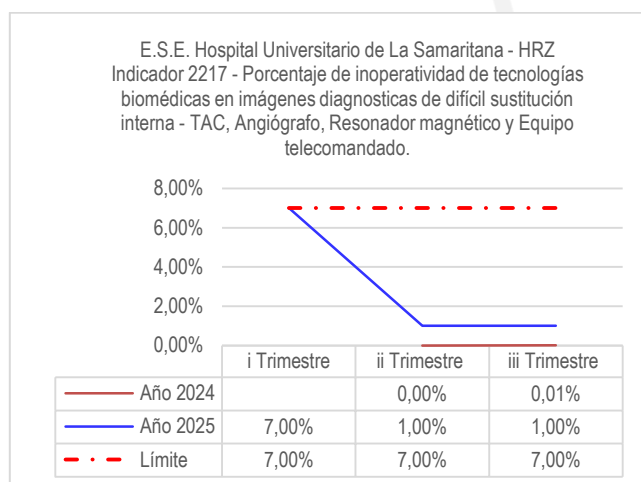
Durante el tercer trimestre se ejecutaron 31 capacitaciones en el uso de tecnología biomédica, alcanzando el 100% de las actividades programadas para el periodo. Este cumplimiento refleja un aumento en la cobertura respecto a trimestres anteriores, resultado de la implementación de estrategias innovadoras 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.

**2217 PORCENTAJE DE INOPERATIVIDAD DE TECNOLOGÍAS BIOMÉDICAS EN IMÁGENES
DIAGNOSTICAS DE DIFÍCIL SUSTITUCIÓN INTERNA - TAC, ANGIOGRAFO, RESONADOR MAGNÉTICO,
MAMOGRAFO Y EQUIPO TELECOMANDO**



Gráfica 5 – Bogotá

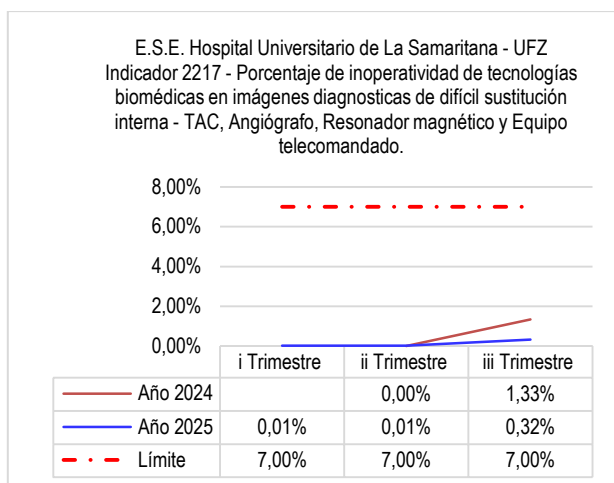
Este indicador muestra de manera agrupada, es decir; la sumatoria de los tiempos en que los equipos señalados estuvieron inoperativos por falla y mantenimientos preventivos. El resultado del promedio en el trimestre señala: Resonador presentó error de comunicación de magneto 168 horas en el mes de abril, Tac estuvo fuera de servicio por mantenimiento preventivo 0,16% lo que equivale 6 horas de 3742 horas del mes de abril y Fluoroscopia presentó error de disco de imagen 21% lo que equivale 5 horas del Trimestre.



Gráfica 5 – HRZ

Durante el tercer trimestre se registró una inoperatividad del 1%, valor significativamente inferior al límite establecido del 10%, debida principalmente a la ejecución de actividades de mantenimiento correctivo. En este periodo, el TAC presentó únicamente una intervención de mantenimiento preventivo con una duración de 7:00 horas. El equipo tele comandado acumuló mantenimientos preventivos por 6:20 horas y correctivos por 7:15 horas. Por su parte, el resonador registró mantenimientos preventivos por 5:55 horas, predictivos por

0:28 horas y correctivos por 3:00 horas, además de un ajuste (CAN24) con una duración de 0:30 horas. Este porcentaje representa un valor mínimo si se compara con las 2160 horas de uso acumuladas por los equipos durante el trimestre.



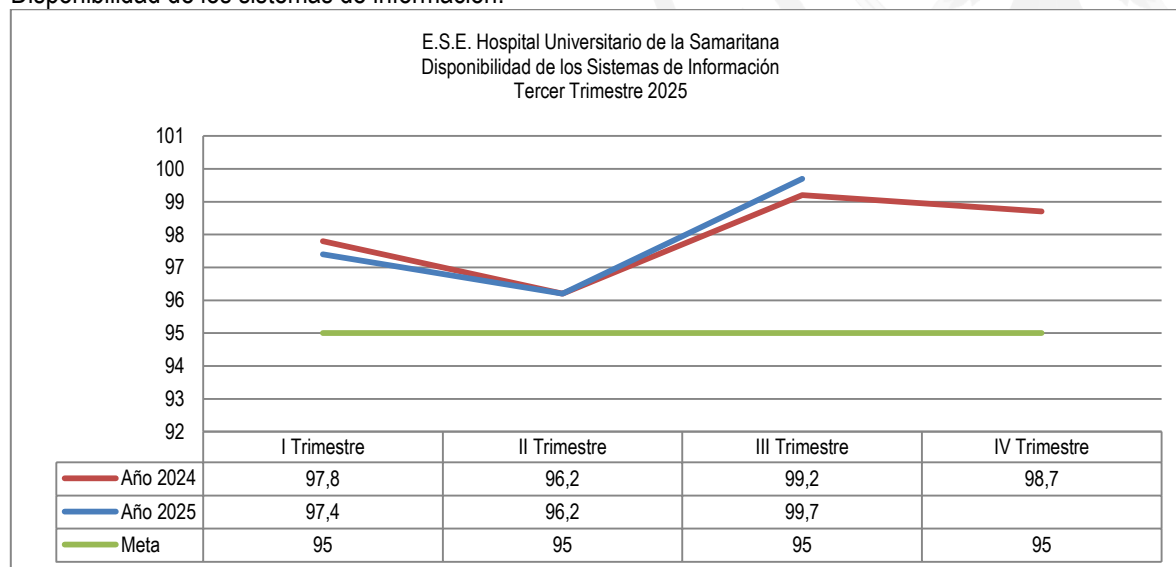
Gráfica 5 – UFZ

Durante el tercer trimestre se registró una inoperatividad del 0.32%, valor significativamente inferior al límite establecido del 10%. Esta inoperatividad se debió a una actividad de mantenimiento correctivo con un tiempo de 34 horas del CR donde se digitalizan las mamografías. 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

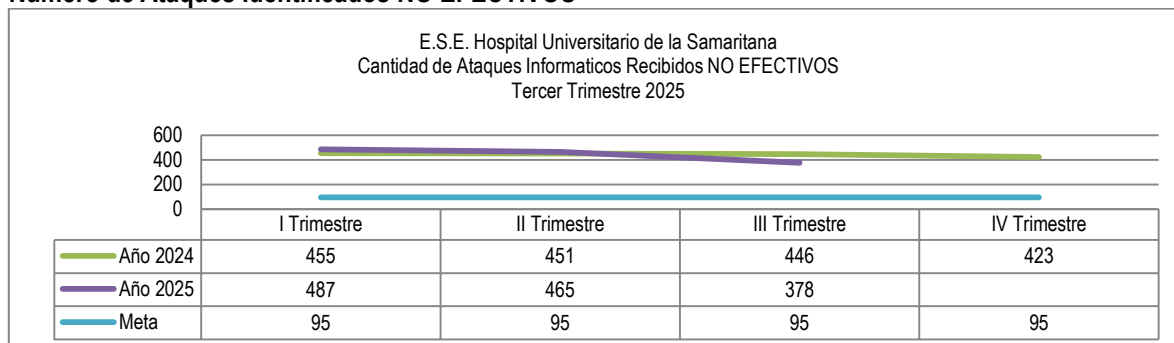
Disponibilidad de los sistemas de información.



Fuente: Sistemas de Información

Durante el tercer 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 SYAC con el fin de ser ajustado el sistema de información a esta nueva normatividad, se realizó el proceso de actualización el cual ha generado mejoras a nivel de disponibilidad ya que se presentan menores bloqueos o lentitud del aplicativo.

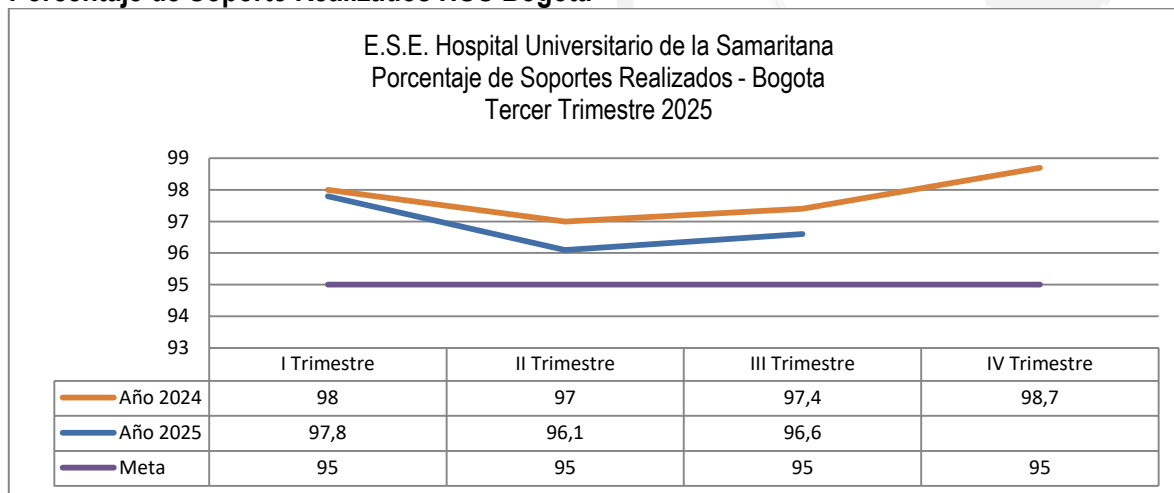
Número de Ataques Identificados NO EFECTIVOS



Fuente: Sistemas de Información

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. Durante el último se han presentado la recepción de correos maliciosos los cuales se han reportado por cada una de las diferentes áreas para ser eliminados.

Porcentaje de Soporte Realizados HUS Bogotá



Fuente: Sistemas de Información

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 envío 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)

Mantenimiento Infraestructura Informática

Actualización Dinámica Gerencial Hospitalaria: Debido a los continuos reportes por parte de los proceso Administrativos y Asistenciales, se llevó a cabo el proceso de actualización de Dinámica Gerencial para las totalidad de las sedes con el fin dar solución a la problemática de lentitud del sistema. Teniendo en cuenta que esta versión no permite la utilización en escritorio de los módulos que ya se encuentran migrados a la versión WEB (Facturación, Historias Clínicas, Citas Médicas, Admisiones)

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 durante el segundo trimestre de 2025 las cuales fueron satisfactorias, por lo cual el proceso se está replicando en las diferentes sedes Unidad Funcional y Hospital Regional.

Desarrollo de aplicativo armado cuentas: Debido a la implementación del proceso Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) ante el ministerio de salud en donde se deben radicada 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.

Desarrollo del aplicativo Referencia: De acuerdo a las solicitudes realizadas como necesidades de información para la vigencia 2025, se realizó el desarrollo de un aplicativo que permitiera el registro de las solicitudes de referencia allegadas a dicho proceso con su respectivo trámite, respuesta y posterior cierre. Cabe resaltar que esta iniciativa a futuro busca que sean las entidades que realicen directamente dicho proceso dentro de nuestro portal. Por el momento dicho registro se realiza internamente mientras la fase de pruebas y afinamiento.

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%
III Trimestre	2023	305 cajas	1909	100%

Fuente: Gestión Documental

- En 2024, se completaron los procesos de organización para las vigencias 2021 y 2022.
- Se finalizó la organización de los contratos de la vigencia correspondiente a 2023 esto dejando un resultado de 305 cajas, teniendo en cuenta que hay documentación que se encuentra aún pendiente por su debida entrega por parte del área de jurídica
- Se da inicio a la organización de la vigencia 2024 para el día 6 de agosto de 2025.



Fuente: Gestión Documental

El gráfico refleja un incremento sostenido en la organización de contratos a lo largo de 2025, pasando de 152 en el primer trimestre y alcanzando una cifra de 305 expedientes de contratos organizados en el tercer trimestre. Esta tendencia ascendente evidencia una mayor dinámica operativa en el transcurso del año, destacando el tercer trimestre como el periodo de mayor producción operativa.

2. TRANSFERENCIA DOCUMENTAL

- 2024: Se cumplió completamente el cronograma de transferencias documentales.
- 2025: Se empieza plantea cronograma de transferencia documental para la vigencia 2026, sin embargo para lo corrido del año 2025 se han recibido 8 dependencias para la respectiva transferencia.

3. 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.

4. 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.

5. 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 cumplimiento de acuerdo al SIC
 - Se realizó la actualización de los formatos correspondientes al proceso de gestión documental, se actualizó la política de gestión documental.
 - Persiste el reto de actualizar el organigrama para continuar con la actualización de TRD.

6. 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

7. PRODUCCIÓN DOCUMENTAL

Se mantiene el mismo equipo operativo (2 personas + apoyo rotativo). Las funciones y ritmo de trabajo se conservan entre los dos trimestres.

8. LOGROS 2024

- Adquisición de estanterías adicionales.
- Implementación del sistema DATADOC.
- Digitalización de contratos de 2019–2021.

9. RETOS 2025

- Construcción del nuevo archivo central.
- Actualización de TRD e instrumentos archivísticos.
- Optimización del acceso a la información digital.

4.7 COMUNICACIONES

A continuación relacionamos los logros y las actividades más relevantes del III Trimestre de la vigencia 2025:

1 Parrillas de contenido de JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE.

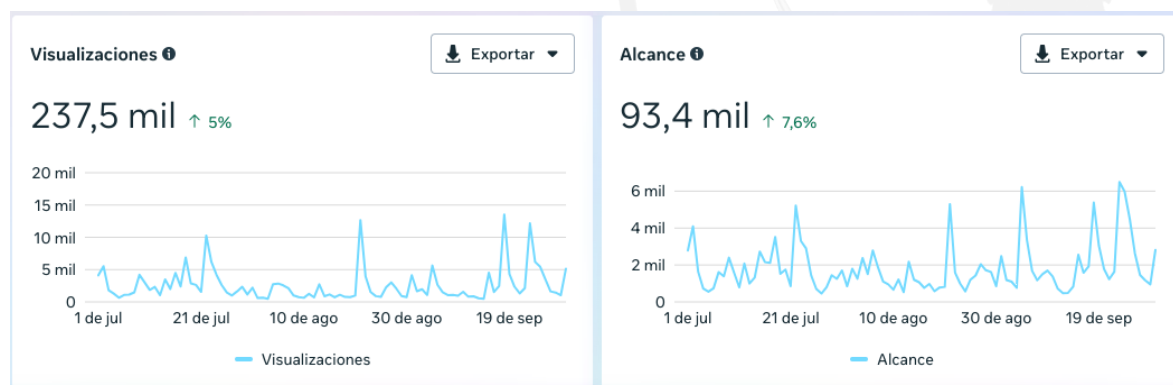
- **Campaña Hospital Universitario:** Se realizó una campaña para sobresaltar al hospital universitario sobre la cultura, bienestar y educación en cada uno de los estudiantes que pasan por las áreas de la salud.
- **Cobertura eventos:** La oficina de comunicaciones cubrió 20 eventos dentro y fuera de la Red Samaritana con el fin de publicar en redes sociales los 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 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.
- **Diseño MMC:** El hospital participa en la media Maratón de Cundinamarca donde se diseñan merchandising sobre los participantes que asisten al evento
- **92 años del Hospital:** El área trabaja articuladamente con la oficina de Talento Humano para el diseño de las campañas sobre lo relacionado con los 92 años
- **Samaritana Fest:** Se realiza toda la propuesta gráfica para el show de talentos que se realizará en la fecha estipulada por Talento Humano

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 III trimestre de la vigencia 2025.

FACEBOOK



Fuente: Plataforma Oficial Meta Business 2025



Fuente: Plataforma Oficial Meta Business 2025

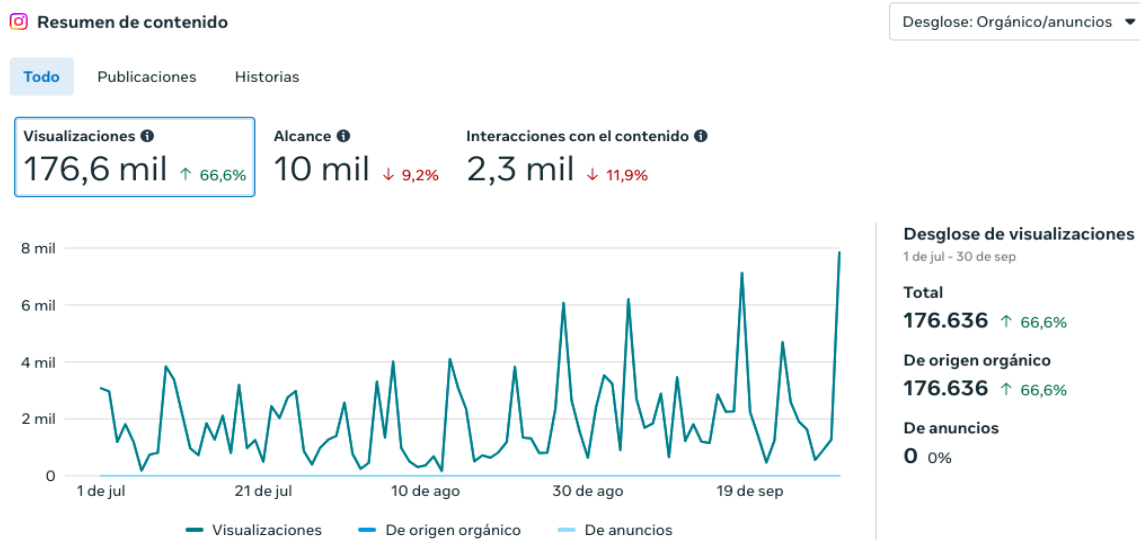
ESTADÍSTICAS ACUMULADAS DE FACEBOOK

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 5% 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 al alcance de contenido se ha incrementado 7,5%, 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: Oficina de Comunicaciones

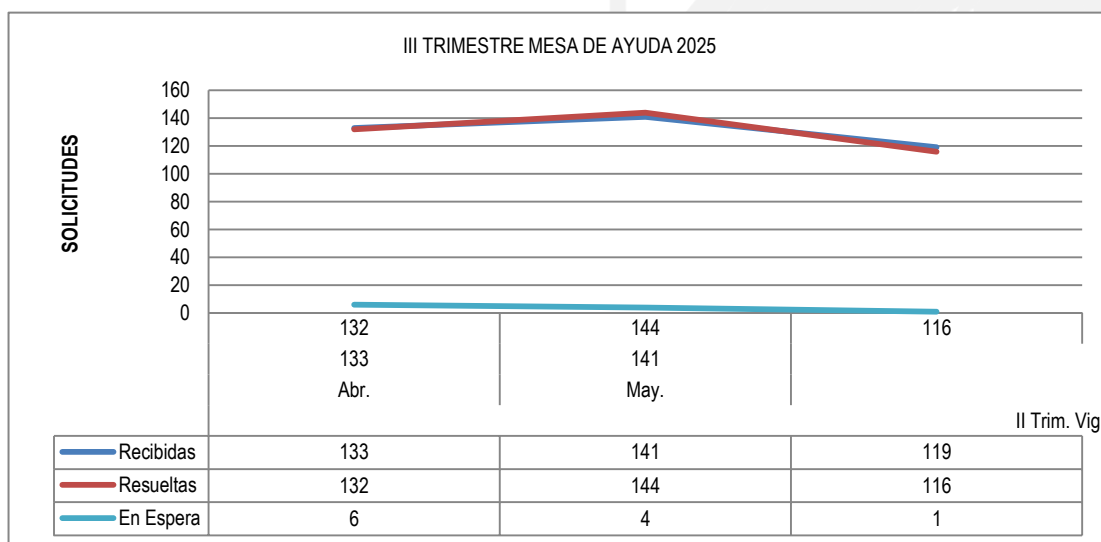
ESTADÍSTICAS ACUMULADAS DE INSTAGRAM

La red social Instagram ha tenido un aumento elevado debido a que se está trabajando en la fidelización del público ACTUAL, las interacciones han disminuido un 11%, se ha evidenciado que la respuesta de los seguidores es negativa ya que se intentó una nueva propuesta de contenido en cuanto a la interacción que se maneja en la red. Aquí 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 66,6% 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 III Trimestre del 2025.



Fuente: Oficina de Comunicaciones

CAPITULO V OFICINA DE CONTROL INTERNO

5.1.- Rol de Liderazgo estratégico.

5.1.2 Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

Se recuerda al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno 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 31 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.
- **Segunda reunión:** 11 de julio de 2025 de 2.00 pm a 3.00 pm. Se realizó una presentación completa del cumplimiento de los 5 roles de la oficina de control interno, entre otros aspectos se presentaron los resultados de las auditorías internas y externas y se dejó constancia de las correspondientes alertas.

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.

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.

Producto de las recomendaciones realizadas en las 13 auditorías que se han realizado, 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
6 ☐	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.
7 ☐	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.
8 ☐	Actividades de Control	Cultura de autoevaluación fomentada por la acreditación; consolidación documental de riesgos; divulgación del Plan Anticorrupción que refuerza la transparencia.
9 ☐	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.
10 ☐	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.

Nº	Tema Principal	Síntesis de la Recomendación
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.
1 ☐ 1 ☐	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 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.

N.º	Tema Evaluado	Recomendación Central
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 n° 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 I trimestre de 2025

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.

Austeridad del gasto ii trimestre 2025

No.	Tema Evaluado	Síntesis de la Recomendación
1	Inconsistencias en reportes de gasto entre la Dirección Administrativa y la Dirección Financiera	Articular las Direcciones Administrativa y Financiera para consolidar, validar y armonizar la información de los rubros de servicios públicos y gastos operativos, asegurando reportes coherentes, precisos y oportunos que permitan cumplir la normativa de austeridad del gasto.
2	Desactualización de indicadores institucionales en el sistema Almera	Actualizar de manera inmediata la información y análisis de los indicadores institucionales en Almera, garantizando resultados completos, vigentes y dentro de los plazos establecidos, para fortalecer la oportunidad y confiabilidad de la información para la toma de decisiones.

3	Desequilibrio entre gasto e ingresos (Indicador "Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida")	La Subdirección Financiera debe revisar los contratos y compromisos de gasto, en especial los relacionados con personal e insumos, y fortalecer la planeación y control financiero para garantizar que el gasto comprometido guarde correspondencia con los ingresos y la producción de servicios.
4	Incremento del gasto en energía eléctrica en la sede Hospital Regional	Las Direcciones Administrativa, de Mantenimiento y Financiera deben implementar un plan de seguimiento y optimización del consumo energético, incluyendo auditorías técnicas, revisión de contratos y medidas de eficiencia energética, para garantizar el uso racional de los recursos públicos.
5	Déficit financiero acumulado durante el primer semestre de 2025	Implementar un plan integral de austeridad y priorización del gasto, fortalecer la gestión de cuentas por cobrar y optimizar la planificación de inversiones, con el fin de asegurar la sostenibilidad financiera y la continuidad del servicio público de salud.

AUSTERIDAD DEL GASTO 2024

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 outsourcing	Realizar análisis técnico del aumento en rubros como energía, gas y outsourcing, aplicando medidas de contención 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.

SIA OBSERVA Y SECOP

No.	Tema Evaluado	Síntesis de la Recomendación
1	Contratación de personal administrativo por prestación de servicios	Realizar un análisis técnico y financiero que justifique la necesidad del incremento de contratistas administrativos, evaluando la sostenibilidad presupuestal y evitando la sobredimensión del recurso humano. Implementar controles de seguimiento y racionalización.
2	Análisis técnico de indicadores institucionales	Fortalecer la calidad técnica de los análisis de indicadores mediante metodologías definidas, articulación con fuentes de datos y enfoque técnico para mejorar la toma de decisiones.
3	Planeación y programación contractual	Mejorar la planeación técnica, presupuestal y de alcance de los contratos para disminuir la alta frecuencia de adiciones y prórrogas, garantizando la justificación técnica y jurídica de toda modificación.
4	Distribución de supervisión contractual	Redistribuir equitativamente las funciones de supervisión contractual para evitar sobrecarga laboral, dependencia de pocos funcionarios y fortalecer el control operativo.
5	Registro documental y trazabilidad en sistemas (SIA OBSERVA y SECOP)	Garantizar coherencia y trazabilidad entre los registros en SIA OBSERVA y SECOP, asegurando la carga oportuna y completa de informes, pagos y soportes contractuales para fortalecer el control fiscal.
6	Riesgos institucionales no registrados	Incorporar en la Matriz Institucional de Riesgos los hallazgos reportados por entes de control (Contraloría y Supersalud) y establecer controles documentales, financieros y de supervisión contractual que prevengan inconsistencias y déficit presupuestal.
7	Cumplimiento documental en procesos de contratación	Implementar controles y listas de verificación para garantizar el cumplimiento documental en todas las modalidades de contratación (especialmente Directa y Sin Ofertas), fortaleciendo la trazabilidad y legalidad contractual.

No.	Tema Evaluado	Síntesis de la Recomendación
8	Control de pólizas contractuales	Establecer un protocolo obligatorio para asegurar que todas las pólizas (incluidas las de adiciones y prórrogas) estén completas, vigentes y registradas en SECOP y SIA OBSERVA, evitando riesgos legales y financieros por falta de cobertura.
9	Herramientas tecnológicas de supervisión y control contractual	Diseñar e implementar una herramienta digital que centralice y automatice el seguimiento de contratos (alertas, cronogramas, pólizas, reportes), integrándose con SECOP y SIA OBSERVA para mejorar eficiencia, trazabilidad y control.
10	Actualización documental del Sistema de Gestión	Ajustar el procedimiento 02BYS08 para eliminar el formato obsoleto (05GBS45) y reemplazarlo por la versión vigente (05BYS45-V5), garantizando coherencia documental y cumplimiento normativo según ISO 9001:2015.

Auditoría PQRSDF

No.	Tema Evaluado	Síntesis de la Recomendación
1	Política institucional para PQRSDF	Adoptar una política institucional formal para la gestión integral de PQRSDF mediante acto administrativo, que consolide su trazabilidad, sostenibilidad y articulación con el MIPG y la política de servicio al ciudadano.
2	Controles de riesgo en el proceso Atención al Usuario	Ajustar los controles identificados (códigos 4162310 y 4932403) precisando responsable, periodicidad, tratamiento ante desviaciones y fuentes de evidencia, para mejorar su trazabilidad y eficacia.
3	Análisis de indicadores en sistema Almera	Asegurar el análisis trimestral y registro oportuno de los 12 indicadores pendientes del proceso Atención al Usuario, fortaleciendo la toma de decisiones basada en datos y la mejora continua.
4	Incremento de quejas en Atención Ambulatoria	Fortalecer la gestión del cambio y la orientación al usuario en la transición a herramientas de inteligencia artificial, ajustando temporalmente el número de operadores humanos para mitigar la insatisfacción.
5	Quejas en el servicio de Ortopedia	Implementar estrategias de gestión de demanda ambulatoria (priorización clínica, programación efectiva y comunicación al usuario) para reducir quejas y mejorar la oportunidad quirúrgica.
6	Registro de causas en Peticiones, Sugerencias y Felicitaciones	Incorporar el registro obligatorio de causas en PSF, actualizar el listado de causas en Almera y asegurar su análisis técnico para fortalecer la trazabilidad y decisiones basadas en datos.
7	Atención humanizada y trato al usuario	Fortalecer la atención humanizada mediante formación continua, control a empresas temporales sobre el comportamiento del personal, y acciones institucionales que mejoren el clima y confort laboral.
8	Demoras en asignación de citas y canales de atención	Revisar y optimizar los procesos de asignación de citas y canales de comunicación institucional para garantizar acceso oportuno, continuidad y satisfacción del usuario.
9	Planes de mejoramiento por servicios con alta proporción de PQRSDF	Fortalecer el registro, seguimiento y ejecución de los planes de mejoramiento en Almera (especialmente los de bajo avance o sin acciones), asegurando trazabilidad y efectividad de las acciones correctivas.
10	Conocimiento institucional sobre procedimientos PQRSDF	Reforzar la socialización y divulgación de los procedimientos institucionales (00UFC01-V4 y 02UFC06-V7) para mejorar la apropiación del personal y la correcta gestión de manifestaciones ciudadanas.

Recomendaciones 2025 – Formulario Voz del Cliente Interno

No.	Tema Evaluado	Síntesis de la Recomendación
1	Actualización del procedimiento 02GTH05-V4	Actualizar el procedimiento incorporando tipología de solicitudes internas y tiempos máximos de respuesta conforme a la Ley 1755 de 2015, garantizando cumplimiento legal y trazabilidad.
2	Integración del formulario con la gestión institucional	Incorporar el formulario a la gestión de riesgos, indicadores y planes de mejora institucionales, para fortalecer el seguimiento y análisis de las manifestaciones internas.
3	Calidad del registro en el formulario	Establecer controles obligatorios que aseguren el diligenciamiento de los campos “Servicio” y “Proceso involucrado” en Almera, mejorando la calidad y trazabilidad de la información.
4	Clima laboral y relaciones interpersonales	Formular planes de mejoramiento orientados al fortalecimiento del clima organizacional, competencias comunicativas y liderazgo, así como mecanismos de acompañamiento y seguimiento

No.	Tema Evaluado	Síntesis de la Recomendación
		al desempeño.

Auditoría rendición de informes a entes externos.

No.	Tema Evaluado	Síntesis de la Recomendación
1	Cargue de soportes de informes a entes de control en Almera	La Oficina de Planeación debe realizar el cargue completo y oportuno de los soportes de envío y radicación de informes a entes de control en el sistema Almera, cumpliendo con el procedimiento 02GES15-V2, para asegurar trazabilidad y evitar incumplimientos.
2	Rol de supervisión de la Oficina de Planeación (segunda línea de defensa)	Se recomienda que la Oficina de Planeación asuma un rol más activo en la supervisión y consolidación de información institucional, fortaleciendo el autocontrol mediante la verificación y registro oportuno en Almera, conforme al MIPG.
3	Inconsistencia entre código y nombre del procedimiento	Corregir en Almera la denominación y el código del procedimiento “Elaboración, Análisis y Reporte a Entidades de Vigilancia y Control” (actualmente registrado erróneamente como 02GES14-V2), asegurando coherencia documental y trazabilidad.
4	Incumplimientos y soportes inconsistentes en Almera	Las dependencias deben fortalecer sus controles internos para garantizar el cierre oportuno de actividades y el cargue completo y veraz de soportes en Almera, reduciendo inconsistencias y riesgos de incumplimiento normativo ante entes de control.

Vigencia 2024.

Análisis de Información del Área de Facturación (información suministrada con oficio 130 de 17 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 Fami-sanar.
- **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 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 radica oportunamente los avances de los planes de mejoramiento

suscritos con la Contraloría Departamental vigencia 2023. El seguimiento al plan de mejoramiento suscrito con la contraloría vigencia 2024 se debe realizar a finales del mes de enero de 2026, el plazo de cumplimiento de este plan es de 6 meses y reporte el de cumplimiento se hace por medio del aplicativo SIA CONTRALORÍAS.

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 las auditorías realizadas para revisar el envío de informes a entes externos vigencia 2024 y 2025, se evidenció 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.

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.

5 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.

12 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.

8 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.

7 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.

29 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 evidencian 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, prórroga , CDP entre otros)

15 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 normativos y uso de normas derogadas.	Validación cruzada (jurídica, técnica y financiera) antes de aprobación.	% de estudios previos validados vs. total procesos iniciados
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.

Hallazgo	Año	Descripción
	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	Vigencia 2024
Concepto sobre La Gestión	Favorable
Opinión sobre los Estados contables	Limpia y sin salvedades
Opinión Presupuestal	Razonable
Concepto gestión y gasto	Favorable
Concepto de la rendición de cuenta	Favorable
Concepto Calidad Control Fiscal Interno	Eficiente
Concepto plan de mejoramiento	Cumple
Fenecimiento	Se fenece

Informe de cumplimiento	Se rinde a finales de enero de 2026. El plazo de cumplimiento de este plan es de 6 meses.
Total de hallazgos	14 – Todos administrativos
Nivel de cumplimiento	Plan en desarrollo

DESCRIPCION	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%	87.56
Total de hallazgos	29 administrativos	7 administrativos	8 administrativos	12 administrativos
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, está en desarrollo.

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.

Por último se informa que el jueves 18 de septiembre de 2025, mediante correo electrónico se informó a la oficina de planeación la materialización de un riesgo del proceso de auditoría y control, así:

*Estimados integrantes del proceso de Gestión Integrada de la Calidad,
Cordial saludo.*

*Me permito informar que, en el marco de la **Auditoría de Austeridad del Gasto correspondiente al primer trimestre del año 2025**, adelantada por la **Oficina de Control Interno**, se **materializó el riesgo identificado con el código CI24081**, relacionado con la posibilidad de afectación económica y/o reputacional por emisión de informe de auditoría que no proporcione el panorama integral de lo evaluado, debido a entrega de información parcial o inconsistencias en la información reportada por parte del proceso auditado.*

Condición identificada:

Durante la revisión de la ejecución presupuestal del periodo mencionado, se evidenció que los rubros de comunicaciones y transporte, aseo y residuos hospitalarios fueron reportados en ceros por parte de la Dirección Administrativa, a pesar de que sí se ejecutaron gastos asociados a dichos conceptos. Lo anterior se constató mediante la verificación en el aplicativo Dinámica Gerencial – DGH, en el cual se evidenció la existencia de registros contables que no fueron reflejados adecuadamente en la información reportada. Esta inconsistencia se originó por el uso de cuentas contables incorrectas, lo cual afectó la calidad y veracidad de la información reportada para efectos de auditoría.

*En consecuencia, y con el fin de avanzar en el tratamiento de esta situación, se solicita al proceso de Gestión de la Calidad su acompañamiento para que, en conjunto con la **Dirección Administrativa**, se elabore el correspondiente **plan de mejora**, en el marco del Sistema Integrado de Gestión.*

Para mayor detalle, puede consultarse el informe completo en el siguiente enlace publicado en la página web institucional:

<https://www.hus.org.co/wp-content/uploads/2025/06/12.1-Informe-Final-Auditoria-Austeridad-Del-Gasto-Primer-Trimestre-2025.pdf>

Quedamos atentos a cualquier orientación o requerimiento adicional que se derive de este proceso.

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: 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 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. 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; "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". 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 secretaria 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. 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. Posibilidad de recibir dinero o beneficio a nombre propio o de terceros por inadecuado manejo (jinetee) en las cajas menores o caja principal, cuentas de anticipos (cuotas moderadoras y/o copagos).
3	RIESGO 29 (GIF22058) – PROCESO GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA; "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". Observación: Es de señalar que este riesgo se ha materializado en la entidad.	3	Gestión Financiera. GF22029. 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". Observación: Este año se materializó el riesgo, ejemplo: correo masivo enviado en el mes de agosto en donde se envió un mensaje obsceno afectando a varios funcionarios del hospital, pérdida de información. Se observó que se presentó inconvenientes con la base de datos de inventarios de Zipaquirá por parte de Alfonso Angarita, motivo por el cual se tuvo que realizar nuevamente el inventario.	4	Gestión Financiera. GF22030. 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.
5	RIESGO 34 (HH22005) – PROCESO GESTIÓN DE HOTELERÍA HOSPITALARIA; "Posibilidad de Hurtos, pérdidas o daños de bienes en la institución de elementos, bienes muebles, equipos, insumos, medicamentos, objetos personales etc." 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. Probabilidad de afectación económica por pérdida 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; "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". 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. Posibilidad de efecto dañoso sobre recursos públicos, por pérdida 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; "Probabilidad de no contar con un portafolio actualizado frente a la normatividad vigente". Observación: Este riesgo se ha materializado en la página web del hospital se encuentra el portafolio de servicios de laboratorio clínico desactualizado. A esto le podemos añadir que seguimos en la implementación de los costos del hospital.	7	Ingeniería Hospitalaria. GIF22058. 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; "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". 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. PH22054. Posibilidad que durante la atención de HOSPITALIZACIÓN 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; "Posibilidad pérdidas 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". 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. GU22038. 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". 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. 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 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: 1.Incumplimiento de estándares de infraestructura 2.Acceso Discapacidad 3. Vencimiento de medicamento 4. Eventos Adversos 5.Seguridad del Paciente 6. Manual de políticas contables desactualizados 7. Apropiaciones que superaron la expectativa real de recaudo 8. Estados Financieros Componentes que presentan desigualdad significativa

			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: 1. Costos 2. Diferencia y/o faltante en caja principal 3. Incapacidades 4. Procesos ordinarios laborales 5. Retrasos en la ejecución de obras 6. Ejecución de Ingresos / Venta de Servicios de Salud 7. Recuperación de recursos por pago de sentencias 8. Estudios Previos de contratación y garantías 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 pide 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. 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
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	- Pérdida 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

Plan de auditorías 2025. El plan de auditorías tiene un porcentaje de avance del 76,47%

El plan de auditorías contiene 17 auditorías a realizar, de las cuales se han realizado 13. 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 76,47%. 13 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 DE ENERO 30 DE 2019; "POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA EL ARTÍCULO 7° DE LA RESOLUCIÓN 0049 DE FEBRERO 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	4	AUDITORÍA PARA RENDIR INFORME DE CONTROL INTERNO CONTABLE (Inventarios Farmacia, Almacén, Activos Fijos, Subvenciones, Mercadeo, Docencia)	1 AL AÑO	FEBRE RO	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.

PROCESO	OBJETIVO ESTRATÉGICO DE LA ENTIDAD	NÚMERO	AUDITORÍA	PERIODICIDAD	FECHA	NORMATIVIDAD
	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”.					
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	FEBRE RO	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 GESTIÓN 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.
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	7	INFORME DE AUDITORÍA PLAN DE SEGUIMIENTOS A PROCESOS INSTITUCIONALES Y RIESGOS ASOCIADOS (Oficios) TEMAS: 1. Entrenamiento en el puesto de trabajo 2. Capacitación al personal de la cocina 3. Seguimiento convenios docencia servicio 4. Seguimiento a la elaboración y evaluación de acuerdos de gestión 5. Cobro de cartera vigencia 6. Seguimiento a Cartera mayor a 360 días 7. Aplicación de Decreto 2365 de 2019 8. Seguimiento Resultados de auditoría concurrente 9. Uso del recaudo de la estampilla 10. Análisis de centros de costos 2024 - Resolución 157 de 2024 11. Seguimiento - Soportes de la supervisión de contratos vigencia 12. Declaración de renta de los	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

PROCESO	OBJETIVO ESTRATÉGICO DE LA ENTIDAD	NÚMERO	AUDITORÍA	PERIODICIDAD	FECHA	NORMATIVIDAD
	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 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”		gerentes públicos y registro de conflicto de intereses 13. Seguimiento del envío de la información litigiosa 14. Circular externa 01 de 2024 SECOP II - Agencia Nacional de Contratación Pública 15. Acciones de repetición 16. Monitoreo a entrega de cargos vigencia 17. SARLAFT 18. Avances en la implementación de la facturación electrónica 19. Implementación de la nómina electrónica 20. Seguimiento Hospital Regional de Zipaquirá - Punto de equilibrio 21. Cumplimiento de Manual de funciones 22. Austeridad del gasto - mensual y trimestral 23. Meritocracia circular externa No 100-003-2024 24. FURAG - Plan de Mejoramiento - Implementación de MIPG 25. Comité institucional de gestión y desempeño MIPG 26. Monitoreo a inventarios, propiedades, planta y equipo 27. Insumos faltantes 28. Seguridad y salud en el trabajo 29. Plan anual de vacantes, plan de previsión de recursos humanos 30. Alertas de corrupción 31. Seguimiento a Planes, programas y proyectos, Plan de mejoramiento archivístico, Planes y programas PGIRHS 32. Alertas SACI 33. Seguimiento a indicadores, procedimiento 02GIC11-V3 34. Seguimiento a Sanciones a la E.S.E vigencia 35. Seguimiento a la implementación del Modelo de seguridad y privacidad de la información 36. Seguimiento a la implementación de la Norma NTC5854 auditorías de accesibilidad web 37. Seguimiento a la implementación de la Norma NTC 6047 de infraestructura 38. Seguimiento a los resultados de medición de cultura organizacional			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
TODOS LOS PROCESOS	Según el Acuerdo No. 041 de 2024 de la E.S.E.	8	SEGUIMIENTO Y ANÁLISIS A RIESGOS Y CONTROLES DE	1 AL AÑO	SEPTIE MBRE	CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991, LEY 87 DE 1993, LEY 1474 DE 2011,

PROCESO	OBJETIVO ESTRATÉGICO DE LA ENTIDAD	NÚMERO	AUDITORÍA	PERIODICIDAD	FECHA	NORMATIVIDAD
	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”		CORRUPCIÓN Evaluación de la Política y Programa de Administración de Riesgos, atendiendo la metodología adoptada por la entidad.			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) Evaluación de la Política y Programa de Administración de Riesgos, atendiendo la metodología adoptada por la entidad. (Encuesta)	1 AL AÑO	NOVIE MBRE	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
GESTIÓN ESTRATÉGICA	Cumplimiento de los nueve (9) Objetivos Estratégicos de la entidad, Misión y Visión.	10	AUDITORÍA A PROCESOS DISCIPLINARIOS	1 AL AÑO	PRIME R 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	PRIME R 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 -

PROCESO	OBJETIVO ESTRATÉGICO DE LA ENTIDAD	NÚMERO	AUDITORÍA	PERIODICIDAD	FECHA	NORMATIVIDAD
						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 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

PROCESO	OBJETIVO ESTRATÉGICO DE LA ENTIDAD	NÚMERO	AUDITORÍA	PERIODICIDAD	FECHA	NORMATIVIDAD
ATENCIÓN AL USUARIO, FAMILIA Y COMUNIDAD GESTIÓN 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 PQRS	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. 7º, NUM. 4º Y ART. 73º y 76º, 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 calidad de atención".	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. 2º, NUM. 2º, 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. 1º, 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, 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	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.

PROCESO	OBJETIVO ESTRATÉGICO DE LA ENTIDAD	NÚMERO	AUDITORÍA	PERIODICIDAD	FECHA	NORMATIVIDAD
	procesos de facturación y cobro, asegurando la sostenibilidad financiera y la eficiencia en los procesos administrativos a largo plazo”.					

ENERO 2025

5.5.2 Auditorías realizadas Vigencia 2025.

13 Auditorías realizadas de 17.

	INFORMES DE AUDITORIA I SEMESTRE 2025	N. de Recomendaciones- año 2025	N. de Recomendaciones-2024 y años anteriores
1	INFORME SEMESTRAL DEL MECI	44 fortalezas / 37 debilidades	NA
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)	En desarrollo	
10	INFORME FINAL AUDITORIA PROCESOS DISCIPLINARIOS – 2025	8	0
11	AUDITORÍA VERIFICACIÓN AL SIA OBSERVA Y SECOP	10	12
12.1	AUDITORIA DE AUSTERIDAD DEL GASTO PRIMER TRIMESTRE DE 2025	9	NA
12.2	INFORME AUDITORIA AUSTERIDAD DEL GASTO SEGUNDO TRIMESTRE 2025 (BOGOTÁ Y ZIPAQUIRÁ)	5	7
13	SEGUIMIENTO A POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN IRREGULARIDADES QUE HAYAN ENCONTRADOS EN EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES.	0	
14	AUDITORÍA GESTIÓN DE PQRS	14	7
15	AUDITORÍA CARTERA, FACTURACIÓN E INGRESOS ABIERTOS	En desarrollo	
16	AUDITORÍA RENDICIÓN DE INFORMES A ENTES EXTERNOS	4	4
17	ARQUEOS DE DINEROS PÚBLICOS	En desarrollo	
		141	84

Con oficio 1538 del 23 de septiembre de 2025, se remitió al operador disciplinario de la entidad la auditoría de seguimiento a las recomendaciones realizadas en las 10 auditorías elaboradas en el 1 semestre de 2025. De 126 recomendaciones solo a 2 se les hizo plan de mejoramiento. El seguimiento a las recomenda

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 AUDITORIA AUSTERIDAD DEL GASTO 4° TRIMESTRE 2023	1	Para un total de 15	4
	INFORME DE AUDITORIA AUSTERIDAD DEL GASTO 1er. TRIMESTRE 2024	4		
	INFORME DE AUDITORIA AUSTERIDAD DEL GASTO 2do. TRIMESTRE 2024	8		
	INFORME DE AUDITORIA 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 auditoria 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 AUDITORIA 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 AUDITORIA 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 PQRS	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 E 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 Auditoría 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	Auditoría 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%	2°. SEMESTRE 2023
12	Auditoría verificación al SIA OB-	5	0	0%	0	0%	5	100%	
13	Informe Semestral del	3	0	0%	0	0%	3	100%	
14	Auditoría Austeridad del Gasto II 2023	4	3	75%	2	50%	1	25%	
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 rendición de Informes a Entes de Control en ALMERA - Septiembre de 2023	4	2	50%	0	0%	2	50%	
17	Informe de Auditoría seguimiento Riesgos 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	5	2	40%	0	0%	3	60%	
20	Informe Auditoría Arqueos Dineros Públicos en	6	5	83%	0	0%	1	17%	
SUBTOTAL 2°		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	141
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	2
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. A la presentación de este informe ya se hizo seguimiento a las 10 auditorías realizadas en el primer semestre encontrando que solo se atendieron 2 recomendaciones con plan de mejoramiento de 141.

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	13	22	76,47

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 simplificación de procesos	88,3
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.

DIMENSIONES MIPG

Dimensión 6: Gestión del Conocimiento – Puntaje 64,6

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	ACTIVIDADES EJECUTAR	ACTIVIDADES EJECUTADAS 100%	CUMPLIMIENTO Y AVANCE
2020	38	24	Cumplimiento 63,15% Avance 86%
2021	39	24	Cumplimiento 61,53% Avance 83,2%
2022	36	26	Cumplimiento 78% Avance 95%
2023	37	24	Cumplimiento 64,86% Avance 74,51%
2024	41	27	Cumplimiento del 65,85% Avance 83,50%
2025	62	7	Cumplimiento: 11,29% Avance: 54,83%

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.

5.6 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 CONTRALORIA 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

5.7 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 septiembre de 2025 existen ciento noventa y un (191) procesos judiciales, cuya cuantía asciende a \$ 82.137.311.593,36 discriminado por jurisdicción tenemos que en la Contencioso Administrativa se encuentran activos (175) procesos, lo que equivale a un 91,62%, con una pretensión de \$80.614.732.707 así como en la jurisdicción ordinaria un total de 16 procesos, lo que equivale a un 8,37%, con una pretensión de \$1.522.578.886.

En lo transcurrido del tercer trimestre de 2025, observamos que la Jurisdicción Contenciosa Administrativa presenta catorce (14) proceso nuevos.

COMPARATIVO PROCESOS JUDICIALES 3ER TRIMESTRE VIGENCIAS ANTERIORES (ANÁLISIS GENERAL):

NUMERO TOTAL DE PROCESOS A 3ER TRIMESTRE 2024 Y 2025				
Jurisdicción	A 3ER trimestre 2024		A 3ER trimestre 2025	
	No	Cuantía.	No.	Cuantía
Contencioso administrativo	180	\$83.696.412.598	175	\$80.614.732.707
Ordinaria	37	\$2.019.507.914	16	\$1.522.578.886
TOTAL	222	\$85.715.920.512\$	191	\$82.137.311.593,36

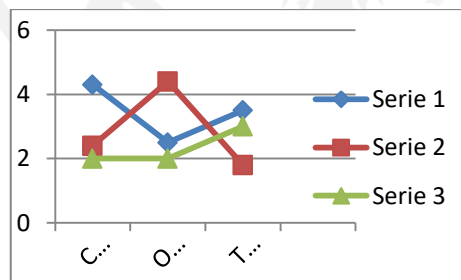


Tabla: totalidad de demandas del HUS del tercer trimestre de las vigencias 2024 Y 2025.

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 III trimestre 2025, los cuales se encuentran discriminados así:

Contenciosa Administrativa	3ER TRIMESTRE 2025		
	NO.	%	CUANTÍA
Reparación directa	70	43,75	\$56.427.938.297,00
Nulidad y restablecimiento del Derecho	88	55,00	\$5.792.397.024,36
Controversias contractuales	1	0,62	\$150.000.000
Ejecutivo	1	0,62	\$393.431.577
TOTAL PARCIAL	160	100%	\$62.763.766.898,36

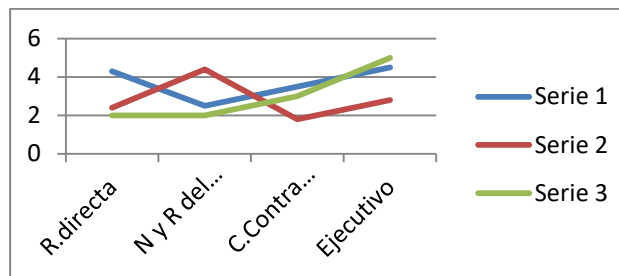


Tabla: totalidad de demandas del HUS – jurisdicción contencioso administrativa del tercer trimestre del 2025.

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	3ER TRIMESTRE 2025		
	NO.	%	CUANTÍA
Laboral	16	100%	\$1.522.578.886
TOTAL PARCIAL	16	100%	\$1.522.578.886

Tabla: totalidad de demandas del HUS – jurisdicción ordinaria del tercer trimestre del 2025

6.2.2.1 COMPARATIVO VIGENCIAS 2024 A 2025 JURISDICCIÓN ORDINARIA:

Tabla: Demandas en que la Entidad es demandada – Jurisdicción Ordinaria de las vigencias 2024 a 2025.

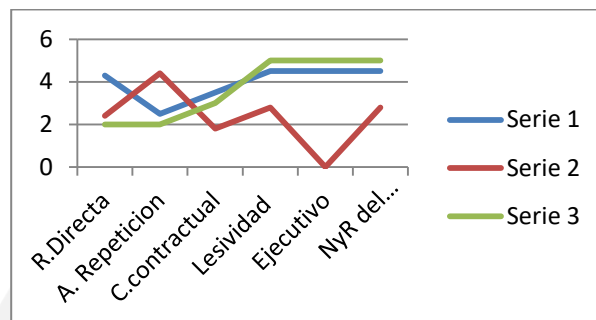
Ordinario	A III Trimestre Año 2024			A III Trimestre Año 2025		
	#	%	Cuántía	#	%	Cuántía
Laboral contrato realidad	37	100%	\$2.019.507.914	16	100%	\$1.522.578.886
Total parcial	37	100%	\$2.019.507.914	16	100%	\$1.522.578.886

En lo transcurrido del tercer trimestre de 2025, se encuentran activos dieciséis (16) 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 disminuyó con relación a los trimestres pasados, esto debido a que varios procesos fueron remitidos por competencia a la jurisdicción Contencioso Administrativa.

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 tercer trimestre de 2025, así:

Contenciosa Administrativa	3er 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 III Trimestre de 20204		A III Trimestre de 2025	
		N o.	Cuantía	No.	Cuantía
Reparación directa	Daño al angiografo Toshiba por cortes de fluido eléctrico	1	\$508.566.550	1	\$508.566.550
Repetición	Condena en sentencia judicial por falla médica	3	\$ 1.823.953.190.686	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		11	\$1.840.488.432.885	15	\$18.967.664.098.

Tabla: Comparativo Demandas a Favor de la Entidad Vigencias Anteriores.

En lo transcurrido del tercer trimestre 2024 se registra un total de once (11) procesos tramitados en la jurisdicción contenciosa administrativa con unas pretensiones que ascienden a **\$1.840.488.432.885**, ahora bien para lo transcurrido del tercer 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).

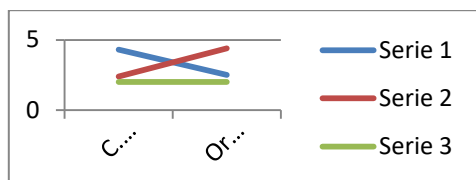
Lo anterior evidencia una constante gestión de la Oficina Asesora Jurídica en la interposición de demandas que buscan la reclamación judicial de los derechos que el Hospital ante instancias judiciales.

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 referimos 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, para el tercer trimestre de 2025 existen 14 procesos nuevos los cuales están registrados en

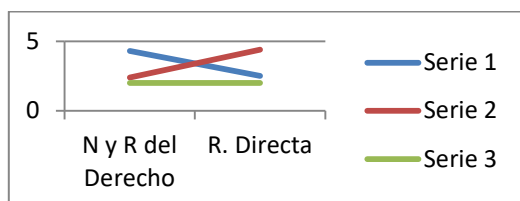
Provisión Contable.

CONTESTACIONES DE DEMANDA A 3ER TRIMESTRE DE 2025



Jurisdicción	En 3er trimestre 2025
Contencioso Administrativo	14
Ordinaria	--
TOTAL	14

Tabla: Comparativo Demandas a Favor de la Entidad Vigencias Anteriores



JURISDICCIÓN CONTENCIOSO ADMINISTRATIVA	EN 3ER TRIMESTRE 2025
Nulidad y Restablecimiento del Derecho	13
Reparación Directa	1
TOTAL	14

Para el tercer trimestre de 2025 se dio contestación a catorce (14) demandas: trece (13) 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 3ER TRIMESTRE DE 2025

1. JUZGADO TREINTA Y CUATRO ADMINISTRATIVO CIRCUITO DE GIRARDOT

Radicado: 25307-33-33-002-2017-00005-00

Demandante: CRISTÓBAL FAYAD PEÑA, LUIS ALFONSO FAYAD OTERO Y MARÍA ELVIA FAYAD

Demandada: MUNICIPIO DE GIRARDOT; (II) E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y (III) SALUDVIDA S.A. E.P.S EN LIQUIDACIÓN

Cuántía: \$ 140.000.000

Fallo: A FAVOR

2. JUZGADO TREINTA Y SEIS ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ - SECCIÓN TERCERA

Radicado: 11001-33-36-036-2018-00082-00

Demandante: Luis Ángel Amaya Villalba y otros

Demandado: Hospital San Antonio de Arbeláez y otros

Cuántía: \$ 234.458.600

Fallo: A FAVOR

3. JUZGADO TREINTA Y OCHO ADMINISTRATIVO ORAL CIRCUITO JUDICIAL BOGOTÁ D.C. SECCIÓN TERCERA

Radicado: 110013336038202100010 00

Demandante: Ana Guillermina Cuesta Moreno

Demandado: E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana

Cuántía: \$ 136.278.900

Fallo: EN CONTRA

4. JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE GIRARDOT
Radicado: 25307-33-33-002-2016-00144-00
Demandante: KAREN LORENA PARRA CRUZ Y OTRO
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA Y OTROS
Cuantía: \$ 1.465.571.660
Fallo: EN CONTRA

6.5.1 FALLOS A FAVOR Y EN CONTRA DEL HUS EN SEGUNDA INSTANCIA A 3ER TRIMESTRE DE 2025.

1. TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE CUNDINAMARCA
Radicado: 25899-31-05-002-2021-00221-01
Demandante: CARLOS FERNANDO RODRIGUEZ
Demandado: E.S.E. Hospital Universitario de La Samaritana
Cuantía: \$ 908.526.000
Fallo: A FAVOR

2. Tribunal Administrativo de Cundinamarca Sección Segunda – Subsección “E”
Radicado: 11001-33-35-022-2022-00083-01
Demandante: Claudia Yolima Amézquita Vásquez
Demandado: Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá E.S.E.
Cuantía: \$ 13.601.160
Fallo: EN CONTRA

3. TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CUNDINAMARCA SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN C
Radicado: 11001-33-35-022-2022-00083-01
Demandante: Francy Esmeralda Acevedo Garzón y otros
Demandado: La Nación- Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E y otros.
Cuantía: \$ 459.600.000
Fallo: A FAVOR

6.6 DEFENSA JUDICIAL – INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS:

A 3er trimestre del año 2025 se encuentran activos sesenta y cinco (65) procesos los cuales dos (1) que representan un 2% se tramitan por incumplimientos normativos, sesenta y cuatro (64) es decir el 98% se tramitaron por irregularidades en la prestación del servicio médico.

EN EL TERCER TRIMESTRE 2025: Se realizaron veinte (20) actuaciones dentro de los procesos administrativos sancionatorios consistente en aporte de documentos así: diez (10) dentro de indagaciones preliminares, cuatro (4) alegatos de conclusión, cuatro (4) pliego de cargos, dos (2) recursos de reposición en subsidio de apelación.

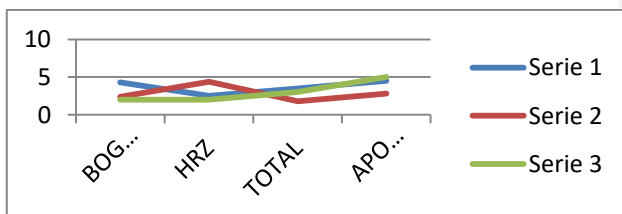
DECISIONES FAVORABLES NOTIFICADAS A LA ENTIDAD: En el tercer trimestre del 2025, se ha reportado siete (7) decisiones favorables donde se terminan investigación administrativa así:

- Mediante Resolución No 2400 del 7 de julio de 2025 se archiva expediente 2022 Q092.

- Mediante oficio No GOB-S-CR-2025-0035052 se concluyó que no existe mérito para continuar proceso administrativo, se archiva expediente 2024 I039
- Mediante oficio No GOB-S-CR-2025-0045078 se concluyó que no existe mérito para continuar proceso administrativo, se archiva expediente 2024 I040
- Mediante oficio No GOB-S-CR-2025-0045079 se concluyó que no existe mérito para continuar proceso administrativo, se archiva expediente 2024 I041
- Mediante auto No 2225 del 29 de julio de 2025 se archiva proceso administrativo sancionatorio No 4302352024.
- Mediante Auto No 2283 del 30 de julio de 2025 se archiva proceso administrativo sancionatorio No 4258832024.
- Mediante Resolución 393 del 12 septiembre de 2025 SE REPONE la Resolución No. 035 del 21 de febrero de 2025, por medio de la cual se impuso sanción administrativa al prestador de servicios de salud E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA y se archiva el proceso administrativo sancionatorio No 2022 H094.

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:



DEFENSA JUDICIAL	A 3ER trimestre 2025
BOGOTA	26
HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRÁ	3
TOTAL	29
APOYO BRINDADO AL ÁREA DE ATENCIÓN AL USUARIO	18

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 3er trimestre de 2025.

MOTIVO ESPECÍFICO	A 3erTrim 2025	%
AUTORIZACIONES	76	25%
ENTREGA MEDICAMENTOS	51	16%

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	41	13%
AGENDAMIENTO CITA	37	12%
REMISION	26	8%
PAGO INCAPACIDADES	12	4%
TRATAMIENTO INTEGRAL	10	3%
EXAMENES MEDICOS	5	2%
PERDIDA CAPACIDAD LABORAL	4	1%
VIATICOS	4	1%
OTROS	41	13%
Total general	307	100%

Tabla: Acciones de tutela a 3er trimestre de 2025.

En el 3er trimestre de 2025 se tramitaron trescientas siete (307) acciones de tutela, siendo la mayor participación en autorizaciones con un 25%, seguido de entrega de medicamento con un 16%.

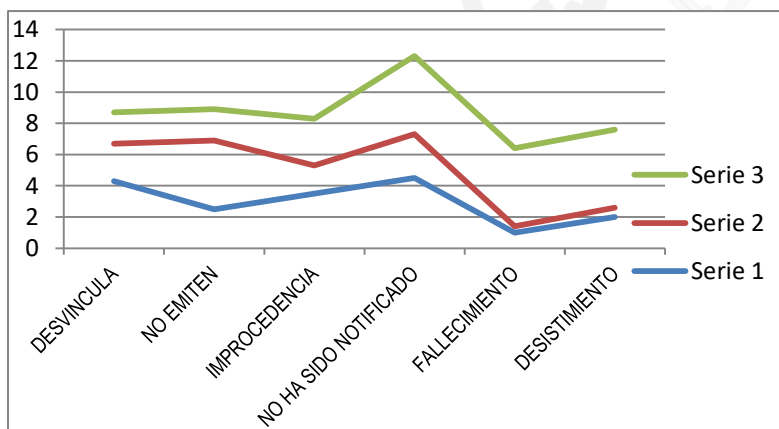
En lo que respecta a la decisión definitiva proferida por los despachos judiciales tenemos que:

Decisión del fallo o incidente - a favor / en contra / no emite orden al HUS	A 3er trim 2025	%
DESVINCULA	151	49%
NO EMITEN ORDEN AL HUS	88	29%
IMPROCEDENCIA-HECHO SUPERADO	36	12%
NO HA SIDO NOTIFICADO	29	9%
FALLECIMIENTO ACCIONANTE	1	0.4%
DESISTIMIENTO	2	0.6%
TOTAL	307	100%

Tabla Decisión- Acciones de Tutela a 3er trimestre de 2025.

En el 3er trimestre de 2025 las decisiones más representativas son aquellas en las que desvinculan a la entidad con un 49% subsiguiente los fallos que no emite orden al HUS con un 29%.

Para este tercer trimestre no se ha evidenciado fallos contra el HUS.



En el 3er trimestre de 2025 las decisiones más representativas son aquellas en las que desvinculan a la entidad con un 49% subsiguiente los fallos que no emite orden al HUS con un 29%.

Para este tercer trimestre no se ha evidenciado fallos contra el HUS.

COMPARATIVO VIGENCIAS 2023, 2024, 2025 TERCER TRIMESTRE

DECISIÓN DEL FALLO O INCIDENTE - A FAVOR / EN CONTRA / NO EMITE ÓRDEN AL HUS	A 3er Trim 2023	%	A 3er trim 2024	%	A 3er trim 2025	%
DESVINCULA	44	32%	70	53%	151	49%
NIEGA	15	11%	5	3%	0	0%
NO EMITE ORDEN A HUS	64	47%	6	4%	88	29%
ORDENA	7	5%	0	0%	0	0%
IMPROCEDENCIA-HECHO SUPERADO	0	0%	0	0%	36	12%
FALLO NO HA SIDO NOTIFICADO	4	3%	54	40%	29	9%
FALLECIMIENTO ACCIONANTE	0	0%	0	0%	1	0.4%
DESISTIMIENTO	1	1%	0	0%	2	0.6%
TOTAL GENERAL	135	100%	135	100%	307	100%

Conforme a la información reportada en el segundo informe de gestión de la Oficina Asesora Jurídica, a 3er trimestre del año 2023 se profirieron once (11) órdenes para entidad, para el 3er trimestre de los años 2024 y 2025 no se profirieron ordenes contra el HUS.

6.7.1 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.

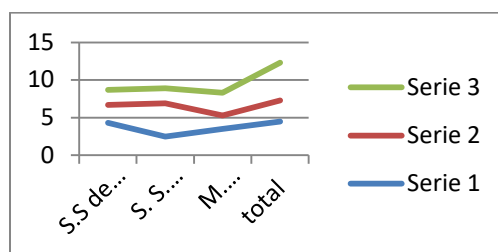
-Resolución No 2399 del 07 de julio de 2025: “(...) PRIMERO: Confirmar las resoluciones 128 del 18 de junio del 2024 y su posterior resolución 097 del 20 de marzo del 2025, en virtud de la cual la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud sancionó con multa impuesta a la entidad prestadora de servicios de salud Hospital Universitario de la Samaritana Hospital Regional, al tenor de lo expuesto en el anterior proveído. (...)”

Resolución No 3010 del 20 de agosto de 2025: “(...) PRIMERO: Reponer y por ende modificar la Resolución No 170 del 16 de agosto del 2024 y la Resolución No 123 del 9 de abril del 2025, en virtud de las cuales la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud de Cundinamarca sancionó con multa a la entidad prestadora de servicios Hospital Universitario de la Samaritana, sede Hospital Regional, representada legalmente por el Dr. Jorge Andrés López Quintero y confirmó dicha sanción, de acuerdo con lo dispuesto en este proveído.

SEGUNDO: Imponer al prestador de servicios de salud Hospital Universitario de la Samaritana, sede Hospital Regional de Zipaquirá, una sanción de multa equivalente a 20 salarios mínimos legales diarios vigentes, por valor novecientos cuarenta y nueve mil pesos (\$ 949.000), por las razones expuestas en la parte emotiva del presente proveído (...).

Por Entidad que adelanta el proceso administrativo sancionatorio a tercer trimestre de 2025:

Entidad	A 3er trim 2025	%
Secretaria de Salud de Cundinamarca	39	60%
Secretaria De Salud Distrital	24	37%
Ministerio de Trabajo	2	3%
TOTAL	65	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 60%

6.7.2 COMPARATIVO VIGENCIAS ANTERIORES 2023, 2024, 2025 A 2DO TRIMESTRE

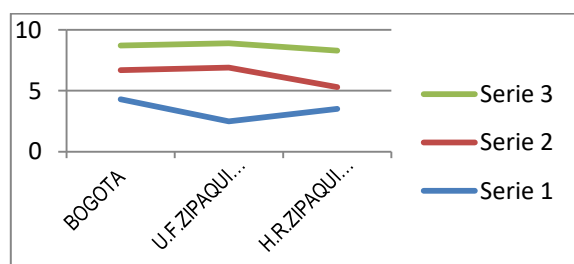
Por Entidad que adelanta el proceso administrativo sancionatorio:

Tabla: Comparativo por entidad que adelanta el proceso administrativo a 3ER trimestre de 2025 con vigencias anteriores.

Entidad	A 3er trim 2023	%	A 3er trim 2024	%	A 3ER trim 2025	%
Secretaría de Salud de Cundinamarca	66	69%	47	72%	39	60%
Secretaria De Salud Distrital	28	30%	19	28%	24	37%
Secretaria Distrital de Ambiente	1	1%	0	0%	0	0%
Ministerio del trabajo	0	0%	0	0%	2	3%
TOTAL	95	100%	66	100%	65	100%

De acuerdo a la entidad que adelanta el proceso administrativo se observa que, a 3er 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.

Tabla: Comparativo por sede a corte de 3er trimestre de 2025:



SEDE	A 3ER trimestre 2025	%
BOGOTA	26	37%
UNIDAD FUNCIONAL ZIPAQUIRÁ	7	6%
HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRÁ	32	55%
TOTAL	65	100%

6.8.3 CONTRATACION - DERECHOS DE PETICIÓN: (indicador de proceso)

Tabla: Tipo de Derechos de petición a 3do trimestre de 2025.

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	3ER TRIMESTRE 2025	%
CERTIFICACIÓN DE CONTRATACION	104	100%
Total general	104	100%

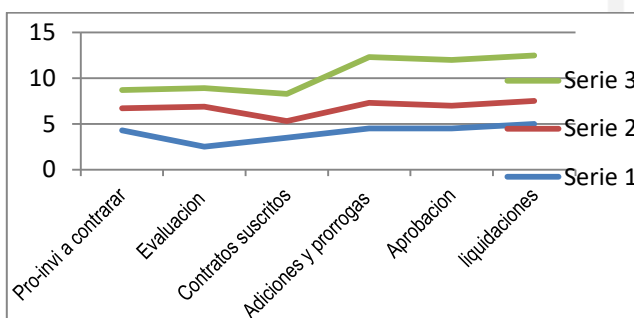
A 3 trimestre de 2025, se dio la respectiva respuesta al 100% de estos derechos de petición dentro del término establecido como se puede observar de los derechos de petición dirigidos al área jurídica se refieren a solicitudes de certificación de contratos en un 100%.

COMPARATIVO A 2DO SEMESTRE DE LAS VIGENCIAS 2022, 2023, 2024, 2025

TIPO	A 3 ER TRIMESTRE 2022	A 3 ER TRIMESTRE 2023	A 3 ER TRIMESTRE 2024	A 3 ER TRIMESTRE 2025
CERTIFICACIÓN CONTRATOS	341	435	367	415
OTROS	0	0	0	5
Total general	341	435	367	420

Podemos observar que la tendencia al 3er trimestre de las vigencias comparadas se mantiene siendo el tipo de derecho de petición más gestionado aquel que solicita la certificación de contratos.

CONTRATACIÓN – OTRAS GESTIONES REALIZADAS EN EL 3ER TRIMESTRE DE 2025



GESTIÓN	3ER TRIMESTRE DE 2025	PARTICIPACIÓN
Productividad-Invitaciones a contratar	50	3%
Evaluaciones Jurídicas	139	9%
Contratos suscritos	161	11%
Adiciones y prórrogas	341	23%
Aprobación de pólizas	382	25%
Liquidaciones vigencias 2023, 2024, 2025	436	29%
TOTAL	1.509	100%

Durante el 3er trimestre del año 2025 se gestionaron 1.509 actividades, el mayor número corresponde a las liquidaciones de contratos con el 29%, seguido por la aprobación de póliza 25%, Suscripción de Adiciones y prórrogas 23%, Suscripción de contratos 11% evaluaciones jurídicas 9%, y por último las invitaciones a contratar 3%.

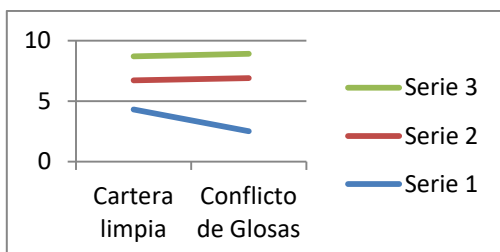
1.5.1. COMPARATIVO A 3ER TRIMESTRE DE LAS VIGENCIAS 2022, 2023, 2024, 2025

GESTIÓN	A 3ER TRIMESTRE DE 2022	A 3ER TRIMESTRE DE 2023	A 3ER TRIMESTRE DE 2024	A 3ER TRIMESTRE DE 2025
Productividad - invitaciones a contratar	496	313	586	733
Evaluaciones Jurídicas	897	875	926	1083
Contratos suscritos	967	765	970	1112
Adiciones y prórrogas	1.095	1483	2171	1044
Aprobación de pólizas	2.059	2275	2698	1417
Liquidaciones	926	883	719	762
TOTAL	6.440	6.594	8.070	6.151

Realizando el comparativo de las vigencias a 3er trimestre, se puede evidenciar que el total de las actividades realizadas para el 3er trimestre de 2025 se mantiene respecto a las vigencias anteriores.

6.8.5 COBRO JURÍDICO DE CARTERA DEL HOSPITAL – (indicador de proceso)

Tabla cartera en cobro jurídico a 3ER trimestre de 2025.



CARTERA 2025			%
III TRIMESTRE			
Tipo	Suma de Capital	No. Procesos	
Cartera Limpia	\$ 3.581.907.344	79	97%
Conflicto de Glosas	\$6.566.713.650	3	3%
Total general	\$10.148.620.994	82	100%

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 3ER TRIMESTRE DE 2025.

Tabla clasificación de cartera por jurisdicción a 3er trimestre de 2025

Proceso en curso	Suma de Capital	N°	%
Jurisdicción Ordinaria	\$ 10.148.620.994	82	100%
Superintendencia Nacional de Salud	\$0	0	0%
Total general	\$ 10.148.620.994	84	100%

En la actualidad hay ochenta y dos (82) procesos por un valor de \$10.148.620.994,00, correspondiente a la suma de capitales y todos los procesos se están tramitando ante la jurisdicción ordinaria.

6.9.1 . 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 (\$ 792.511.072,00).

6.10 FALLOS A FAVOR Y EN CONTRA DEL HUS

- Proceso Ejecutivo No. 110013103048202200066**, Demandada CENTRO DE ALTA TECNOLOGIA EN SERVICIOS DE SALUD SAS “CATSS”, que cursa en el Juzgado Cuarenta y Ocho Civil Circuito de Bogotá, mediante auto de fecha 25 de agosto de 2025, ordeno seguir adelante la ejecución en favor del Hospital y ordeno realizar la liquidación de crédito y costas.
- Proceso Ejecutivo No. 11001400307320220057500**, Demandados FREDY SANCHEZ QUITIAN Y RIGOBERTO SANCHEZ QUITIAN, que cursa en el Juzgado 55 de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Bogotá, mediante auto de fecha 5 de septiembre de 2025, ordeno seguir adelante la ejecución en favor del Hospital y ordeno realizar la liquidación de crédito y costas

3. **Proceso Ejecutivo No. 11001418903620230112500**, Demandados ELYNOR BECERRA RODRIGUEZ Y JUAN POVEDA RODRIGUEZ, que cursa en el Juzgado 36 de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Bogotá, mediante auto de fecha 23 de julio de 2025, ordeno seguir adelante la ejecución en favor del Hospital y aprobó liquidación de costas mediante auto del 25 de septiembre de 2025.
4. **Proceso Ejecutivo No. 11001400305820220059400**, Demandado JOSE ARLEY MNENDOZA Y JONATHAN ORTIZ, que cursa en el Juzgado Setenta y Cuatro de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Bogotá, mediante auto de fecha 18 de julio de 2025, ordeno seguir adelante la ejecución en favor del Hospital y aprobó liquidación de costas mediante auto del 15 de agosto de 2025.
5. **Proceso Ejecutivo No. 11001400308020220054800**, Demandado JAIRO MONTENEGRO ROMERO, que cursa en el Juzgado Sesenta y Dos de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Bogotá, mediante auto de fecha 5 de agosto de 2025, ordeno seguir adelante la ejecución en favor del Hospital y ordeno elaborar liquidación de crédito y costas.
6. **Proceso Ejecutivo No. 11001334306420230012800**, Demandado ESE HOSPITAL DE CHIA, que cursa en el Juzgado Sesenta y Cuatro Administrativo de Bogotá, mediante auto de fecha 14 de agosto de 2025, ordeno seguir adelante la ejecución en favor del Hospital y ordeno elaborar liquidación de crédito.

6.11 CANCELACION DE OBLIGACIONES

- **PAGARÉ 17970, Deudor Néstor Rodríguez Forero**: Se canceló la totalidad de la obligación en agosto de 2025, en cumplimiento a Acuerdo de Pago, en el cual el deudor se comprometió a realizar el pago de **DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MCTE (\$10.871.952,00)**, suma que fue cancelada por el deudor el 15 de agosto de 2025.

- **ESE HOSPITAL DE CHIA**: Se cancelaron 8 facturas por valor de **DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS PESOS MCTE \$ 2.548.900,00**, el 27 de junio de 2025, igualmente el Juzgado 64 Administrativo decreto la caducidad de 52 facturas, por haber sido presentadas para el cobro 5 años posteriores a la exigibilidad de cada una de las facturas.

1.6.5 ANÁLISIS COMPARATIVO A 3ER TRIMESTRE 2023 - 2024 y 2025

Tabla: comportamiento de cartera vigencias anteriores

Tipo de Cartera	A 3er trimestre 2023	Valor deuda capital	A 3er trimestre 2024	Valor deuda capital	A 3er trimestre 2025	Valor deuda capital
Cartera limpia	67	\$ 13.058.103.819	62	\$ 12.611.491.738	79	\$ 3.581.907.344
Glosas	13	\$ 28.556.564.845	3	\$ 6.566.713.650	3	\$ 6.566.713.650
Total	80	\$ 41.614.668.664	65	\$ 19.178.205.388	82	\$ 10.148.620.994

Podemos observar que para la vigencia 2025 se presentó un aumento de Diecisiete (17) procesos con respecto a la vigencia del 2024, lo que porcentualmente representa un aumento del 27.41% con respecto al número de procesos y una disminución del 47.08% 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 las 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 tercer trimestre de 2025.

ESTRATEGIA:

META DE PRODUCTO ANUAL: 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).

Porcentaje de cumplimiento al Tercer trimestre de 2025 100%.

Avance Tercer Trimestre 2025: $0/0 = 100\%$.

CAPITULO VII OFICINA DE PLANEACION Y CALIDAD

7.1 GESTION DEL RIESGO

	No DE RIESGOS IDENTIFICADOS	CONTROLES PROPUESTOS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	OBSERVACIONES
RIESGOS DE PROCESOS DEFINIDOS	78	280	94%	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

	No DE RIESGOS IDENTIFICADOS	CONTROLES PROPUESTOS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	OBSERVACIONES
RIESGOS OPERACIONALES	57	212	80%	La mayoría de las 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.

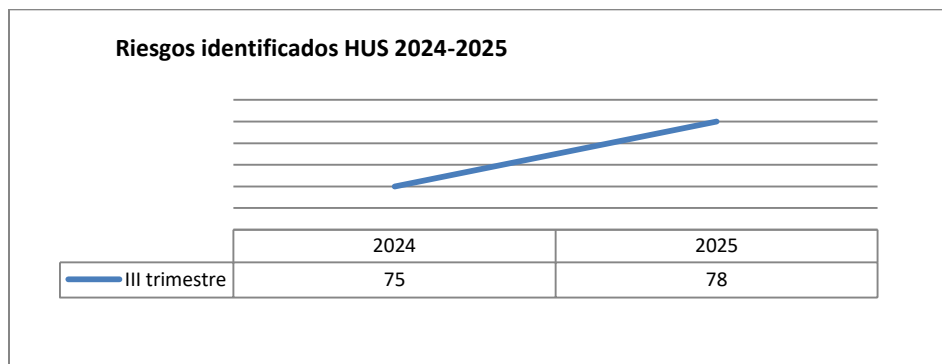
Un elemento determinante en esta actividad ha sido el alto nivel de compromiso y participación activa de los líderes de proceso, quienes han aportado conocimiento técnico y propuestas de mejora orientadas a optimizar tanto la identificación como la gestión de riesgos a nivel de procesos e institucional.

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 septiembre 2025 desde la primera línea (Líderes de Proceso) de los (78) riesgos identificados y gestionados (1) se materializó para el III Trimestre 2025, este es:

“Posibilidad que los neonatos tengan complicaciones en su situación clínica en las patologías (displasia brocopulmonar, enterocolitis necrosante, retinopatía de la prematuridad y sepsis) por fallas en la atención debido a no adherencia a protocolos, guías y procedimientos, falla en la identificación del Riesgo individual, Falla en la comunicación del equipo de salud, Inadecuada aplicación de paquetes instruccionales y débil articulación con los programas de promoción y prevención establecidas y rutas implementadas.”

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 Des-trucción Masiva -SARLAFT (LA/FT/FPADM)		
FISCAL	No aplica		Gestión de Bienes y Servicios
SEGURIDAD DIGITAL	Pérdida de confidencialidad		Gestión de la Información TIC
	Pérdida 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 SICOE, los cuales fueron identificados desde el año 2024 y se encuentran registrados en el módulo de gestión del riesgo del sistema ALMERA. Se recuerda que la aprobación de estos se realizó por parte del Comité de Gestión Integral de Riesgos y se encuentran publicados en la página web institucional desde enero de 2025.

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. Para este periodo se continúa con la gestión de 78 riesgos Institucionales.

Se informa que la guía de riesgos del DAFP Departamento de la Función Pública fue actualizada en su versión 7 agosto 2025 y desde la Oficina de Planeación se está validando esta para su transición y cumplimiento.

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.

De acuerdo a lo anterior tenemos el siguiente avance a corte del tercer 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.

PROGRAMA DE GESTION AMBIENTAL

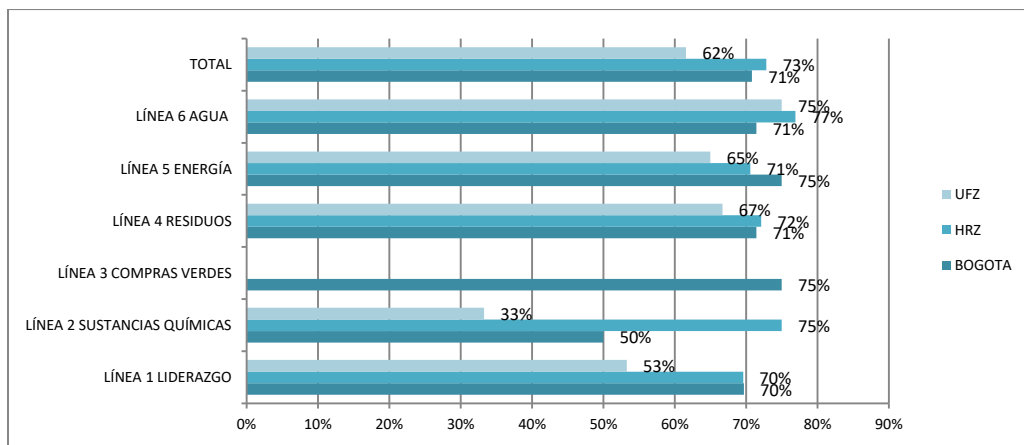
A continuación presentamos los avances de acuerdo a las actividades proyectadas en cada una de las sedes con valores de avance en cumplimiento a través de porcentaje de la siguiente manera:

Tabla Nro. 1 Análisis Comparativo Cumplimiento del Programa de Gestión Ambiental por SEDE.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	BOGOTA	HRZ	UFZ
LÍNEA 1 LIDERAZGO	70%	70%	53%
LÍNEA 2 SUSTANCIAS QUÍMICAS	50%	75%	33%
LÍNEA 3 COMPRAS VERDES	75%		
LÍNEA 4 RESIDUOS	71%	72%	67%
LÍNEA 5 ENERGÍA	75%	71%	65%
LÍNEA 6 AGUA	71%	77%	75%
TOTAL	71%	73%	62%

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 evaluación de compras verdes dado que esta actividad se realiza de manera paralela con la Subdirección de Bienes Compras y Suministros en el proceso precontractual antes de la adjudicación de contratos que requieran adelantar compromisos ambientales en términos de Responsabilidad Extendida del Productor con la ESE Hospital Universitario de la Samaritana, así las cosas la mayoría de contratos celebrados se generan en la sede Bogota directamente con los supervisores de contrato.

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 EJECUTADO DEL PAA	PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO	CANTIDAD DE PROCESOS	PORCENTAJE DE LOS PROCESOS
COMPRAS TRIM III	\$20.173.624.298	100%	61	100%
COMPRAS SOSTENIBLES	\$ 256.224.483,00	1.1%	4	7%

Fuente: Gestion Ambiental Hospitalaria.

Como resultado de la articulación de los procesos con criterios ambientales para el periodo evaluado se tiene un acumulado al trimestre del 1.1% del presupuesto adjudicado, así las cosas se pudo evidenciar la dinámica de acuerdo a las acciones determinantes del gobierno corporativo al generar procesos derivados hacia no actividades con responsabilidades ambientales contractuales, al comprometer objetos de suministros de profesionales, especialistas, y dejando procesos como obras, mantenimientos entre otros delegando ejecuciones no especializadas a la ejecución con recurso propio en su ejecución.

NUESTRO DESEMPEÑO AMBIENTAL

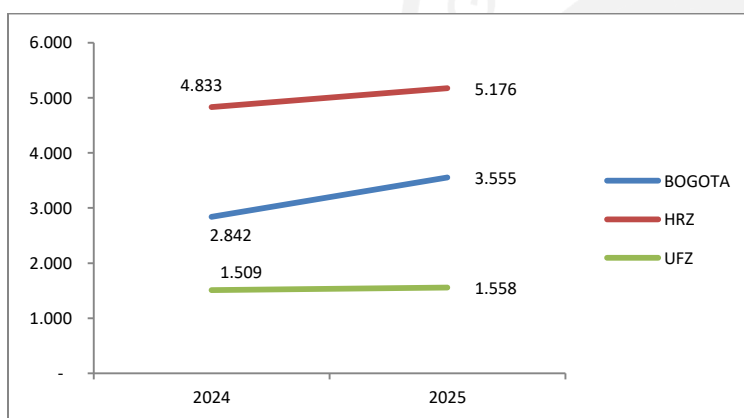
ECONOMIA CIRCULAR: Como modelo económico busca minimizar los residuos y maximizar el uso de los recursos. En lugar de seguir el tradicional modelo lineal de "tomar, hacer, desechar", la economía circular promueve la reutilización, reciclaje, remanufactura y reparación de productos y materiales, con el objetivo de mantener los recursos en uso durante el mayor tiempo posible, es así como a través de estas políticas 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 entregó de forma voluntaria 12.28 toneladas de material reciclable a la Organización REMAREK aumentando en un 11% A través del Acuerdo de Corresponsabilidad 479 de 2025 que cubre alrededor de 100 socios cuyos ingresos dependen de nuestro compromiso ambiental.

Grafica Nro. 2 Cantidad de Residuos Reciclables Entregados



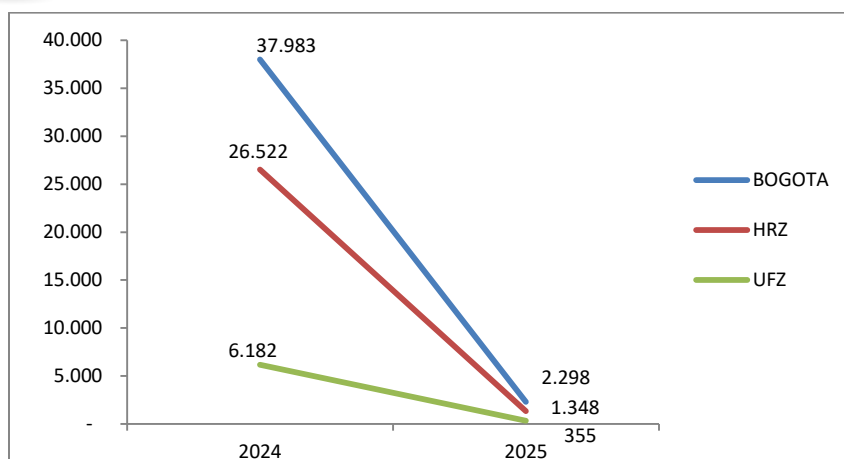
Fuente: Manifiestos de Transporte de la Empresa REMAREK.

El aumento global observado obedece al impacto evidenciado sobre cada una de las sedes al reforzar temas de cultura organizacional ambiental y la creciente conciencia sobre el manejo de los residuos reciclables, esto teniendo en cuenta que se disminuyeron el número de canecas en todas las sedes aumentando así el acceso exclusivo y de fácil identificación de la disposición del material reciclable.

COGENERACION DE ENERGIA

A partir de Julio de 2025 y por capacidad de tratamiento dando alcance a sus diferentes usuarios, se pactó la entrega para tratamiento de 4 Toneladas 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.

Grafica Nro. 4 Cantidad de Residuos Peligrosos Gestionados para Cogeneración de Energía.



Fuente: Gestion Ambiental Hospitalaria – Sedes.

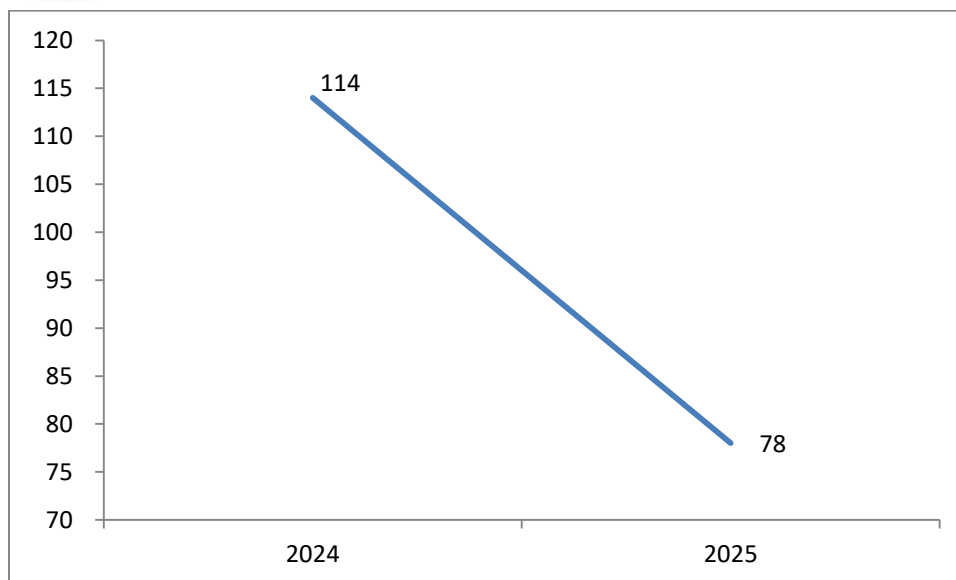
Cabe aclarar que para el primer trimestre de la vigencia anterior los residuos tenían una destinación dentro de las tecnologías tradicionales de incineración con disposición de cenizas y a través de procesos de autoclave, lo cual continuaba con los impactos ambientales sostenidos en el medio a pesar del cumplimiento normativo de las diferentes licencias ambientales de nuestros aliados estratégicos, en cambio para esta vigencia se realiza una disposición final con cierre de ciclo de materiales con aprovechamiento del poder calórico contenido en los materiales objeto de desecho por medio de la cogeneración de energía que se realiza a través de turbinas de vapor, lo que nos lleva a disponer 4 Toneladas globales de Residuos peligrosos con una cogeneración aproximada de 3.149,77 KWH.

En este sentido se realizó una distribución porcentual de los kilogramos dispuestos a cogeneración de energía de acuerdo a las diferencias porcentuales de generación promedio generadas por cada una de las sedes.

PRODUCCION DE BIODISEL 2G

De acuerdo a los diferentes mecanismos de aprovechamiento de Residuos las grasas y el aceite vegetal usado en el proceso de preparación de alimentos se destina a la fabricación de Biodiesel 2G de segunda generación.

Grafica Nro. 5 Cantidad de Residuos de Grasas y Aceites Gestionados para producción de BIODISEL 2G.



Fuente: Gestion Ambiental Hospitalaria – Bogota.

No se evalúa como una disminución en términos negativos ya que se disminuye el consumo de aceites vegetales y demás grasas animales susceptibles a ser transformadas, en este sentido se le da alcance a la gestión de 78 kilogramos de grasas aprovechables con las cuales se produjeron aproximadamente 21.91 Galones de Biodisel de Segunda Generación.

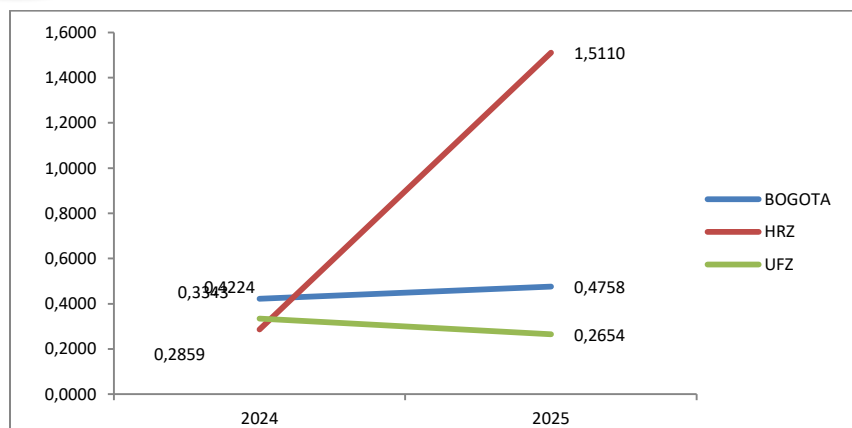
AHORRO Y USO EFICIENTE DE SERVICIOS PUBLICOS.

Como parte del desempeño ambiental en conjunto con la segregación adecuada de residuos, aumento en el material reciclable, tenemos el índice de consumo de servicios públicos, que al asociarse con las UVR nos muestran el comportamiento en cultura organizacional ambiental en cuanto al consumo de los servicios desde la mínima expresión de producción del Hospital.

AHORRO Y USO EFICIENTE DE AGUA

Como parte del desempeño ambiental la organización ha definido como medición de una cultura organizacional ambiental la medición del consumo de agua de manera eficiente en donde el consumo de agua en Metros cúbicos la asociamos con la producción del hospital en este sentido obtenemos un índice el cual se debe ubicar en una área definida como eficiente de acuerdo a los mejores históricos obtenidos con márgenes que permitan fluctuaciones seguras dentro de su rango de desempeño.

Grafica Nro. 6 Ahorro y uso eficiente de agua.



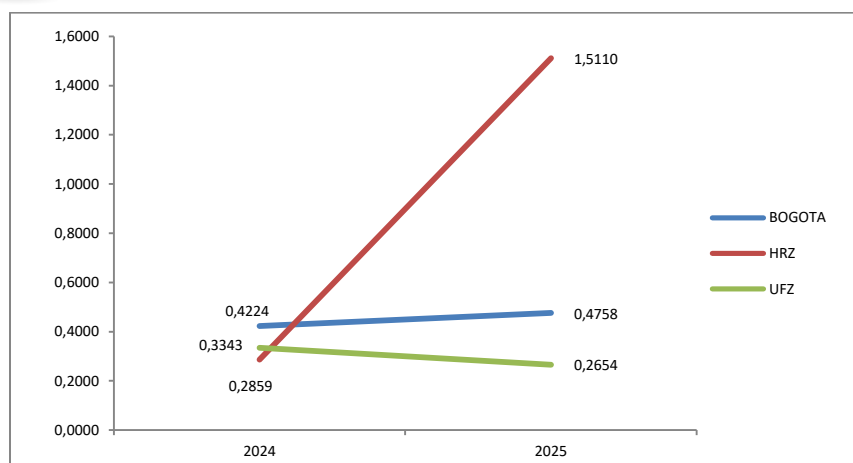
Fuente: Gestion Ambiental Hospitalaria – Sedes.

De acuerdo a los resultados obtenidos tenemos en primera medida un aumento en la producción en dos de las tres sedes siendo para la UFZ la mas destacada con un aumento del 26% seguido de BTA con un 5% aproximado y el HRZ con una disminución de -28%, en comparación con el periodo de la vigencia anterior así las cosas el comportamiento en metros cubicos demostro unos cambios significativos de la siguiente manera, para Bogotá y como objeto del presente analisis se obtuvo una eficiencia en el uso del recurso en comparación con la vigencia anterior del 9%, y 30% para UFZ mientras que para la HRZ se obtuvo eficiencias negativas superando así el umbral de analisis teniendo como posible consecuencia la falta de control en la producción que no es aportada para el presente analisis de la empresa ONCOLIFE, tercerizada para el servicio de oncología. Con una ocupación importante de las instalaciones.

AHORRO Y USO EFICIENTE DE ENERGIA

Como parte del desempeño ambiental la organización ha definido como medición de una cultura organizacional ambiental la medición del consumo de energía de manera eficiente en donde el consumo en Kilovatios Hora la asociamos con la producción del hospital que se da en UVR, en este sentido obtenemos un índice el cual se debe ubicar en una área definida como eficiente de acuerdo a los mejores históricos obtenidos con márgenes que permitan fluctuaciones seguras dentro de su rango de desempeño.

Grafica Nro. 6 Ahorro y uso eficiente de Energía.



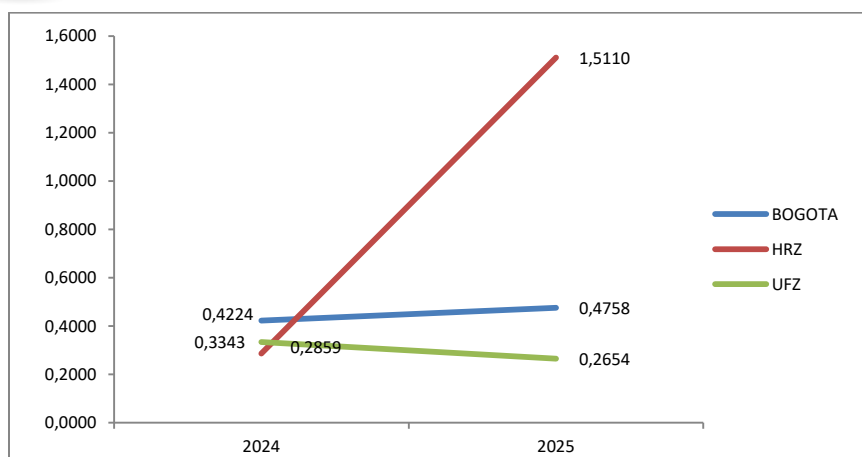
Fuente: Gestion Ambiental Hospitalaria – Sedes.

De acuerdo a los resultados obtenidos tenemos en primera medida un aumento en la producción en dos de las tres sedes siendo para la UFZ la mas destacada con un aumento del 26% seguido de BTA con un 5% aproximado y el HRZ con una disminución de -28%, en comparación con el periodo de la vigencia anterior, el comportamiento en KWH demostro unos cambios significativos de la siguiente manera, y como objeto del presente analisis se obtuvo una Deficiencia en el uso del recurso en comparación con la vigencia anterior del -13% para Bogota, mientras que para la HRZ se obtuvo eficiencias negativas superando asi el umbral de analisis teniendo como posible consecuencia la falta de control en la producción que no es aportada para el presente analisis de la empresa ONCOLIFE, tercerizada para el servicio de oncologia. Con una ocupación importante de las instalaciones, y de manera eficiente la UFZ demuestra un aumento del 21%.

AHORRO Y USO EFICIENTE DE GAS.

Como parte del desempeño ambiental la organización ha definido como medición de una cultura organizacional ambiental la medición del consumo de energía de manera eficiente en donde el consumo en Kilovatios Hora la asociamos con la producción del hospital que se da en UVR, en este sentido obtenemos un índice el cual se debe ubicar en una área definida como eficiente de acuerdo a los mejores históricos obtenidos con márgenes que permitan fluctuaciones seguras dentro de su rango de desempeño.

Grafica Nro. 6 Ahorro y uso eficiente de Gas.



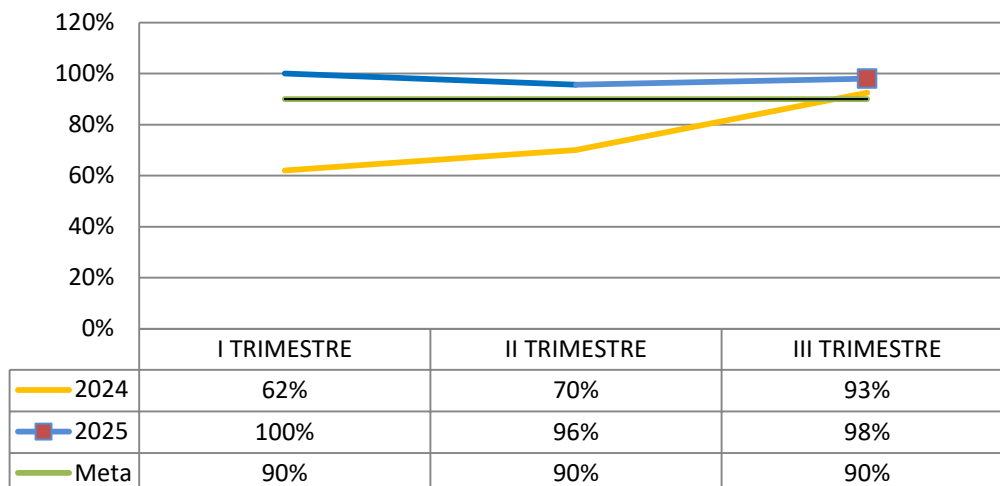
Fuente: Gestion Ambiental Hospitalaria – Sedes.

De acuerdo a los resultados obtenidos tenemos en primera medida un aumento en la producción en dos de las tres sedes siendo para la UFZ la mas destacada con un aumento del 26% seguido de BTA con un 5% aproximado y el HRZ con una disminución de -28%, en comparación con el periodo de la vigencia anterior, el comportamiento en M3 demostro unos cambios significativos de la siguiente manera, para Bogota y como objeto del presente analisis se obtuvo una eficiencia en el uso del recurso en comparación con la vigencia anterior del 12% para Bogota, 23% para la UFZ y un -82% para el HRZ, este comportamiento del HRZ al igual que en el caso del agua y la energía, y como posible consecuencia la falta de control en la producción que no es aportada para el presente analisis de la empresa ONCOLIFE, tercerizada para el servicio de oncología y con una ocupación importante de las instalaciones.

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 III Trimestre de 2025, se ejecutaron 47 actividades de las 48 programadas, para un porcentaje de ejecución del 98%, dando cumplimiento a la meta establecida de $\geq$ al 90%, se evidencia que durante el III trimestre del año 2025 se ha logrado dar cumplimiento del 98% de las actividades programadas en el III trimestre de 2024 de 70% y el trimestre de 2025 que se cumplió en un 96%, lo que evidencia continua planeación y ejecución de actividades desde el programa de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario de la Samaritana.

Cumplimiento Programa de Seguridad del Paciente HUS



Fuente: Cronograma de Seguridad del Paciente 2024-2025

A continuación, se describe la ejecución de las actividades programadas para el III 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 III 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 III 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.
- ✓ Durante el Tercer Trimestre de 2025, se desarrollaron y ejecutaron once planes de mejoramiento con fuente de Seguridad del Paciente con el objetivo de garantizar la seguridad y calidad de la atención a los pacientes, así como fortalecer el proceso de mejora continua dentro de la institución. De estos planes, el 80% alcanzó un avance superior al 80%, mientras que el 20% restante registró un avance promedio del 70%. Estos planes fueron elaborados para reducir los riesgos relacionados con eventos adversos, fomentar una cultura de seguridad del paciente educativa, no punitiva y enfocada en la prevención de eventos adversos y como producto de hallazgos identificados durante rondas de Seguridad del paciente.
- ✓ 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 Julio 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 95% en las actividades programadas para el II Trimestre de 2025 y dando cumplimiento a lo programado para esta 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.

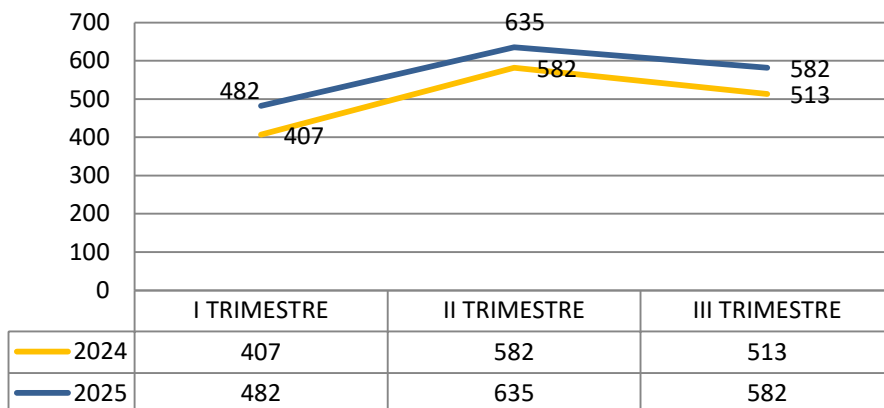
3. FORTALECIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TODOS LOS INDIVIDUOS INMERSOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD

- ✓ Se realiza seguimiento a los paquetes instruccionales establecidos en la institución en el mes de Julio 2025 evidenciando cumplimiento en la ejecución de sus actividades mayor al 98%, en estos seguimientos quedan compromisos para verificar en el próximo seguimiento que se realizará en el mes de Octubre 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, se verifica capacitación y despliegue del paquete instruccional para evidenciar conocimiento del personal en los paquetes implementados en la institución. Desde el mes de Julio se realizó aplicación de listas de chequeo desde Seguridad del paciente obteniendo el 95% de adherencia a procedimientos de Identificación correcta, Prevención de lesiones de piel y prevención de caídas.
- ✓ Se realiza búsqueda activa de manera diaria en los diferentes servicios del Hospital durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre 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 cuenta con presencia de los auxiliares de Seguridad del paciente por servicio 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 III Trimestre de 2025, se reportaron e identificaron un total de 582 novedades de Seguridad del paciente en comparación con 513 novedades reportadas en el III trimestre de 2024 y 635 Novedades en el II trimestre 2025, se evidencia un aumento del 0.15% comparado con el III Trimestre De 2024, 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:

NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HUS



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 Tercer Trimestre del 2025 se reportaron 582 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 270 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 596 colaboradores, en política de seguridad del paciente, Taxonomía, Metas Internacionales, Paquetes Instruccionales, Vigilancia 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 Septiembre de 2025 se realiza socialización en puesto de trabajo durante la semana de Seguridad del Paciente capacitando al personal en el Programa de Seguridad del paciente, Procedimiento de reacción inmediata y Programas de Vigilancia.

6. ARTICULACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON HOSPITAL UNIVERSITARIO

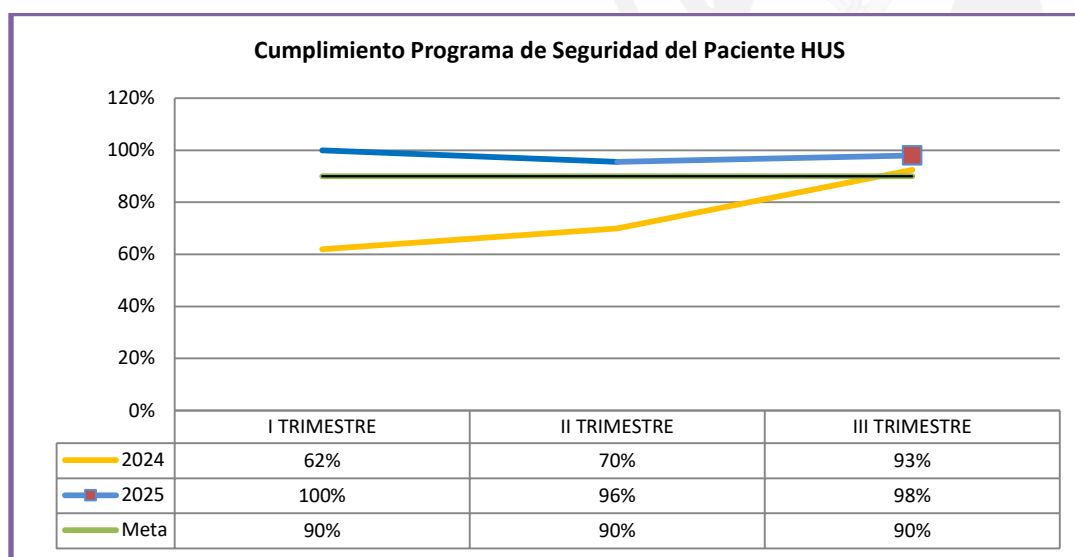
- ✓ En el III trimestre de 2025 se reportaron 2 novedades de seguridad en las que estuvieron involucrados estudiantes, las cuales fueron reportadas a educación médica y gestionadas con acompañamiento del programa de Seguridad del Paciente

II .INDICADORES PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el Programa de Seguridad del Paciente para el III 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%.

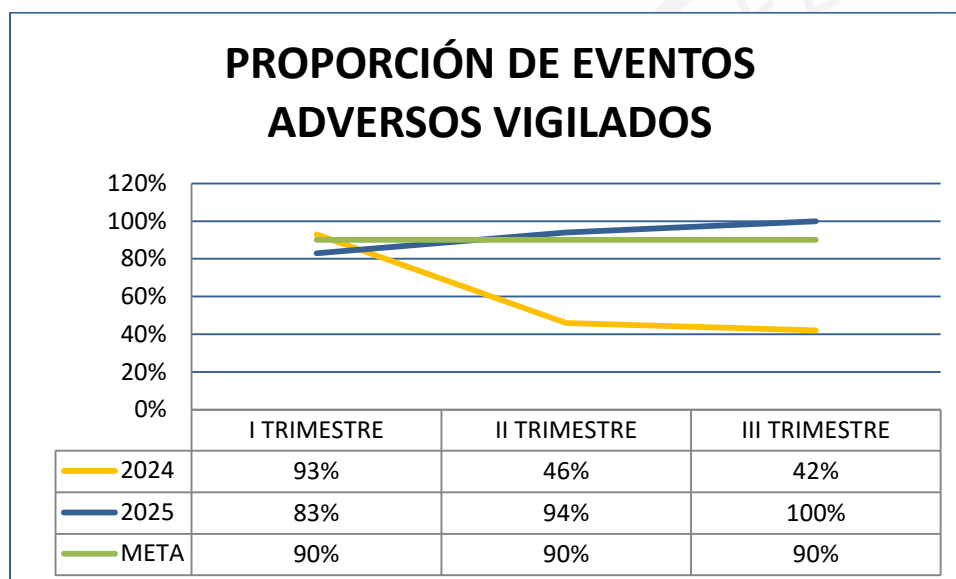
Durante el III Trimestre de 2025, se ejecutaron 47 actividades de las 48 programadas, para un porcentaje de ejecución del 98%, dando cumplimiento a la meta establecida de $\geq$ al 90%, se evidencia que durante el III trimestre del año 2025 se ha logrado dar cumplimiento del 98% de las actividades programadas en el III trimestre de 2024 de 70% y el trimestre de 2025 que se cumplió en un 96%, lo que evidencia continua planeación y ejecución de actividades desde el programa de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario de la Samaritana.



Fuente: Cronograma de Ejecución Programa de Seguridad del Paciente 2024- 2025

2. Proporción de vigilancia de Eventos Adversos.

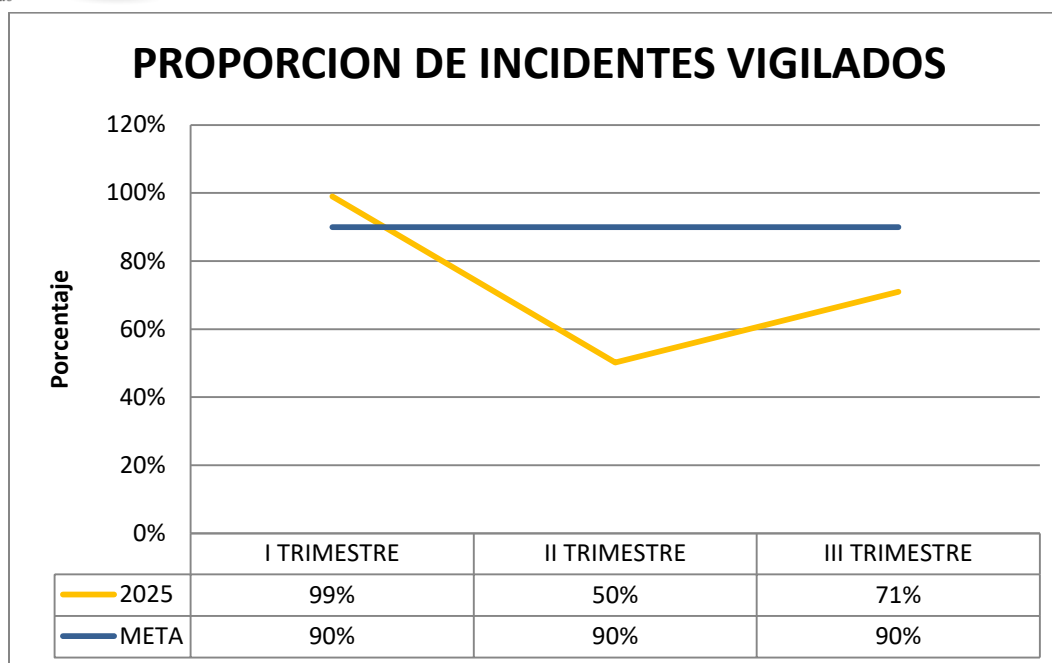
Para el III trimestre de 2025 se detectaron 123 eventos adversos. Se dio cumplimiento del 100% en la gestión de eventos adversos durante el III trimestre de 2025, en el III trimestre del año 2024 42% de cumplimiento y 94 % en el III trimestre de 2025, se evidencia una mejora significativa en la gestión de eventos adversos y se supera la meta institucional del 90%. Se evidencia que en el III trimestre de 2025 se clasificaron 123 eventos adversos de los cuales se analizaron, gestionaron y cerraron 123, en el III trimestre de 2024 se clasificaron 69 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 III trimestre de 2025 se detectaron 312 Incidentes de los cuales 222 fueron gestionados y analizados por cada uno de los referentes de los diferentes procesos. Se dio cumplimiento al 71% en la gestión de los incidentes durante el III trimestre de 2025, en comparación al III trimestre del año 2025 donde se gestionó el 50% 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.



Fuente: Sistema de información Almera

Conclusión:

- Durante el III trimestre del 2025 se evidenció aumento significativo en la cultura del reporte con respecto al III 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 III Trimestre de 2025 se evidencia aumento en la gestión de Incidentes detectados por lo tanto se continua con 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 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 Gestión del Sistema Único de Habilitación

Para el tercer trimestre del año 2025 se continúa con el desarrollo del 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 preliminares en los servicios autoevaluados:

Resultados preliminares de la autoevaluación de Habilitación para el tercer trimestre del 2025:

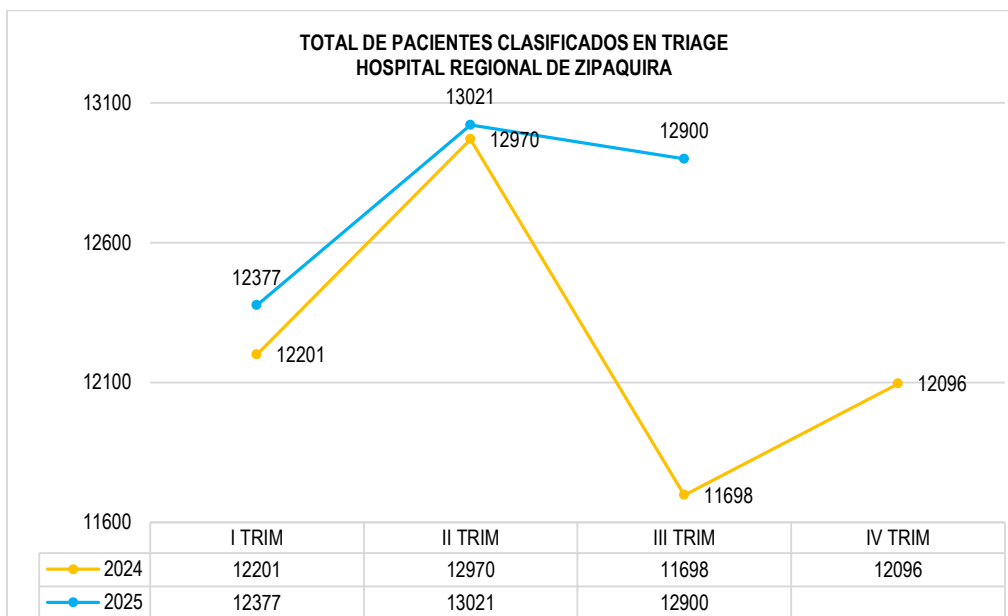
Grupo de Servicio	Servicio	Porcentaje de cumplimiento
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Gestión Pre-transfusional	97%
	Patología	65%
	Laboratorio de Histotecnología	53%
	Laboratorio de Citologías Cervicouterinas	52%
	Hemodiálisis	75%
	Fisioterapia	58%
	Terapia Ocupacional	84%
	Fonoaudiología / Terapia del Lenguaje	72%
	Terapia Respiratoria	70%
	Hemodinámica	89%
Consulta Externa	Gastroenterología	84%
Atención Inmediata	Urgencias	83%
	Transporte asistencial Medicalizado	92%
Internación	Unidad de cuidado Intermedio Adulto	89%
	Unidad de cuidado Intensivo Adulto	97%

Nota: Estos resultados pueden variar una vez se complete la autoevaluación de los estándares transversales a todos los servicios.

Al analizar los resultados obtenidos y revisar las condiciones de habilitación que aún faltan por cumplir en los servicios con bajo porcentaje de cumplimiento, se evidencia que la mayoría de los hallazgos corresponden al estándar de **Procesos Prioritarios**. Esta situación se encuentra reflejada tanto en los instrumentos de habilitación aplicados a cada servicio, como en los informes de verificación de condiciones de habilitación realizados.

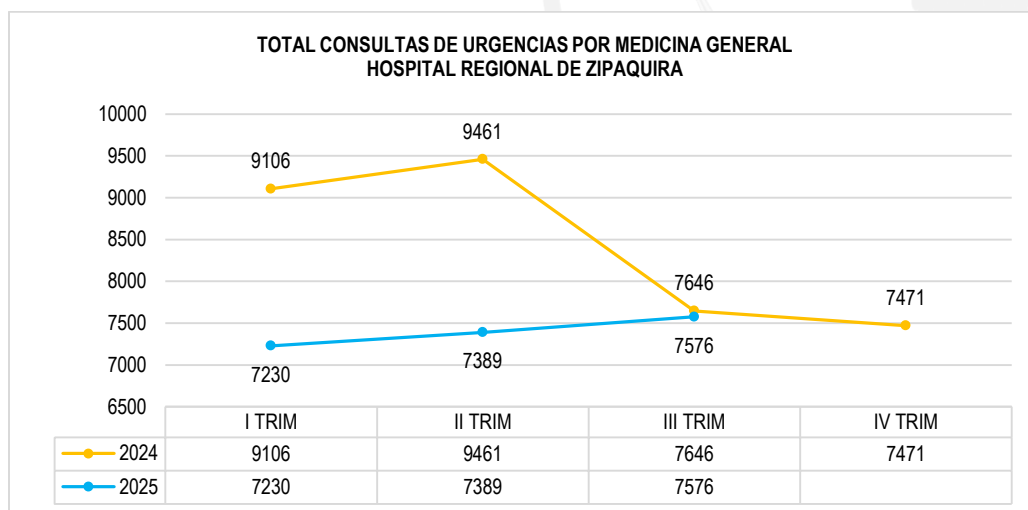
CAPITULO VIII. HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRÁ

8.1 SERVICIOS DE URGENCIAS



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Para el tercer trimestre del año 2025 se registró un total de 12900 pacientes clasificados en Triage por Medicina General, lo que representa una disminución del 0,92 % con respecto al segundo trimestre del año 2025 y un aumento del 10,3 % con respecto al tercer trimestre del año 2024, viendo entonces una tendencia a la estabilización del número de pacientes clasificados en Triage en el Hospital Regional de Zipaquirá.

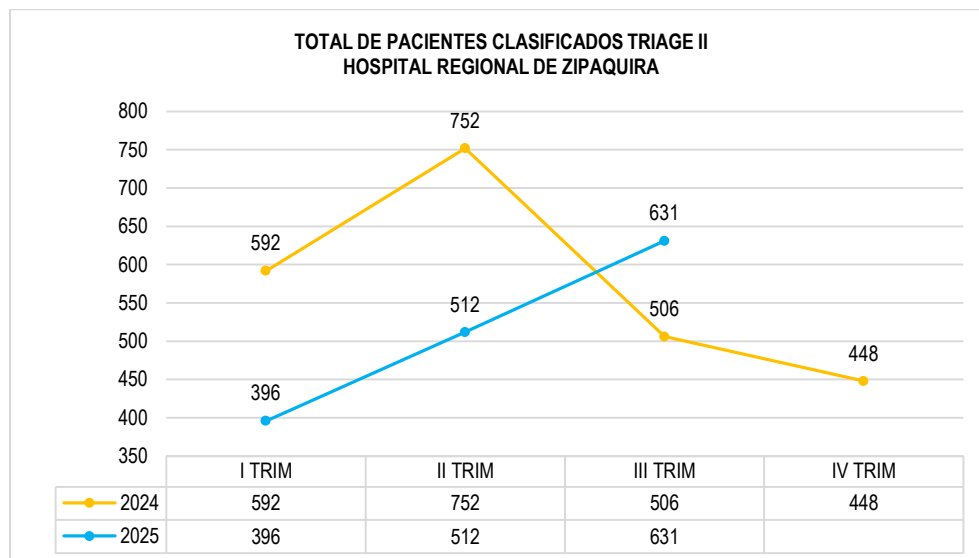


Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Para el tercer trimestre del año 2025 se registró un total de 7576 consultas de urgencias por Medicina General, lo que representa un aumento del 2,46 % con respecto al segundo trimestre del año 2025 y una disminución del 0,91 % con respecto al tercer trimestre del año 2024, conservando la 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

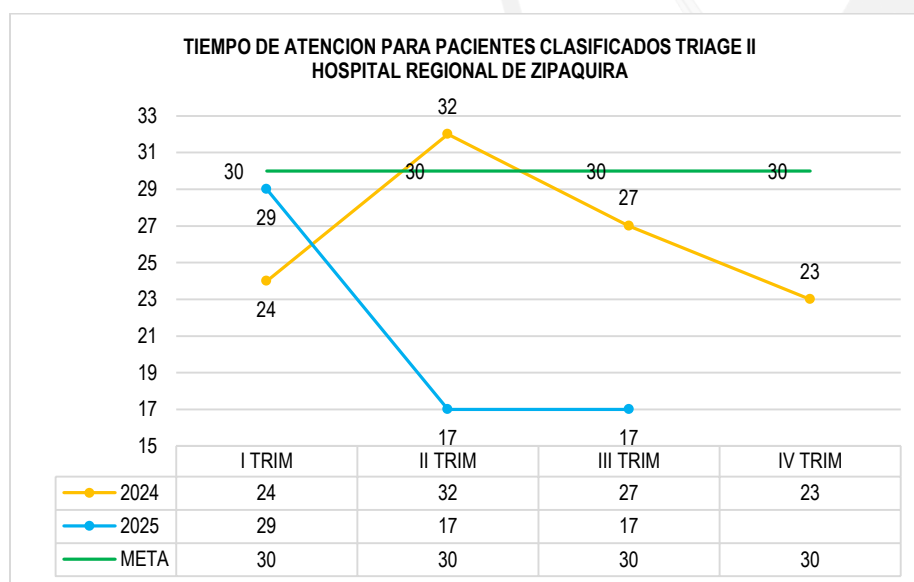
Hospital Regional de Zipaquirá.

Clasificación de triage



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

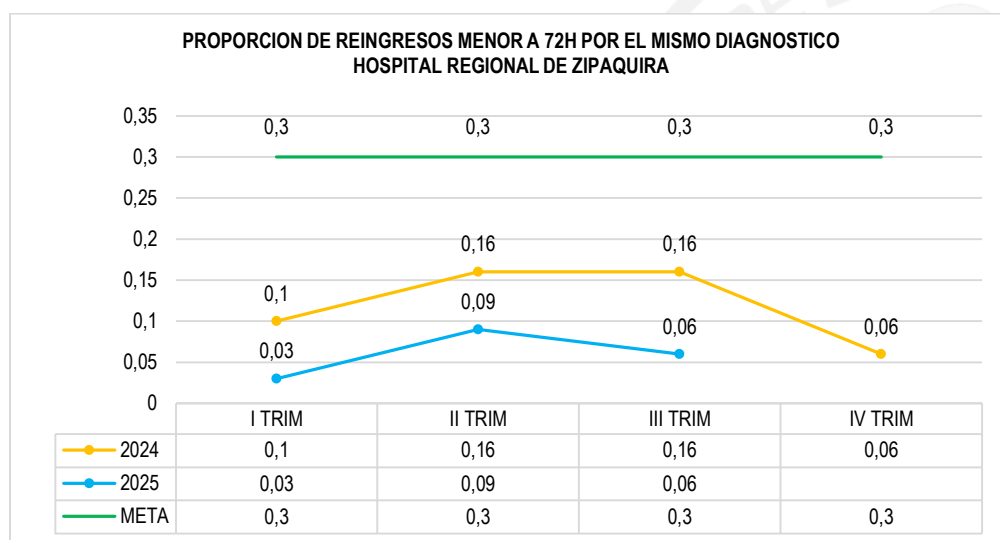
Para el tercer trimestre del año 2025 se registró un total de 631 pacientes clasificados como Triage II, lo que representa un aumento del 18,9 % con respecto al segundo trimestre del año 2025 y un aumento del 24,7% con respecto al tercer trimestre del año 2024, evidenciándose una tendencia en aumento, congruente con el aumento del número total de pacientes atendidos, así como a la complejidad de las necesidades en salud de estos.



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Para el tercer 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, manteniéndose el tiempo

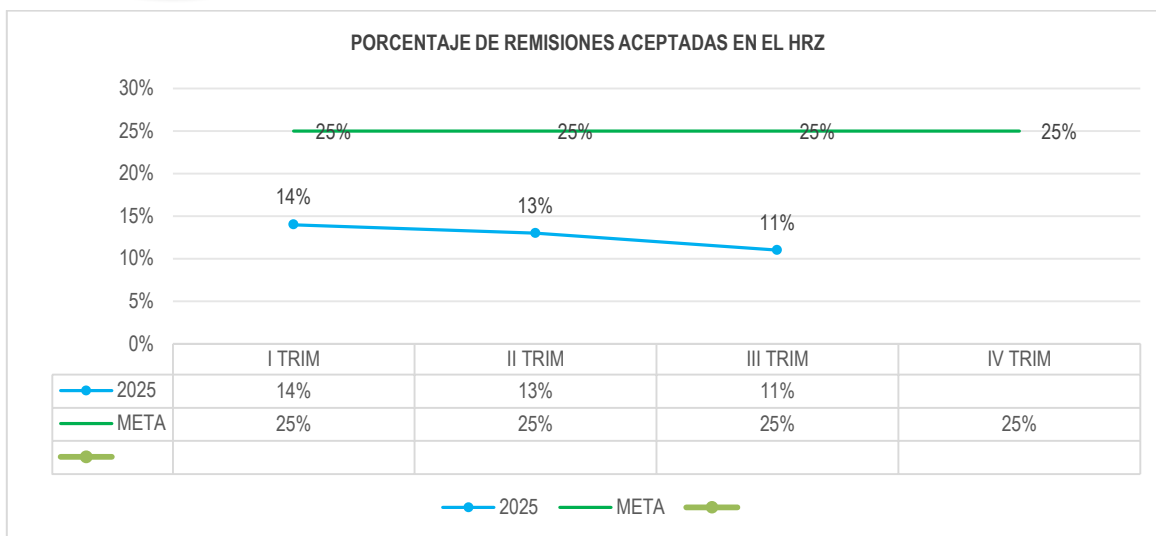
promedio con respecto al segundo trimestre del año 2025 y así mismo se evidencia una disminución del 37 % con respecto al tercer trimestre del año 2024, de esta forma continuando en metas estando el tiempo de atención por debajo de 30 minutos como lo recomienda la normatividad actual (Resolución 5596 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 específico 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

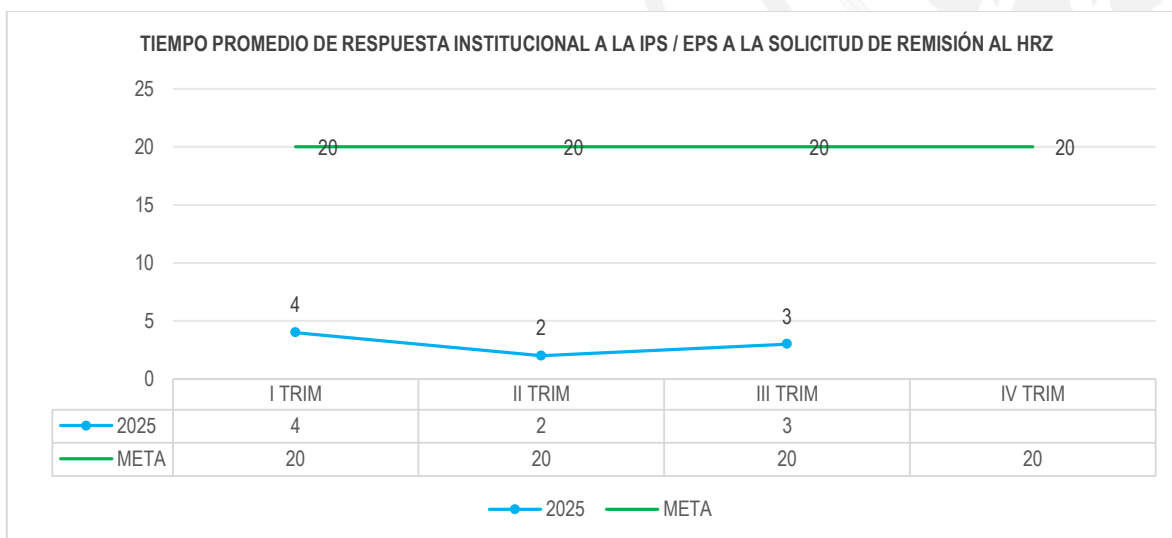
Para el tercer trimestre del año 2025 encontramos una proporción de pacientes que reingresan al Servicio de Urgencias por el mismo diagnóstico en menos de 72 horas de 0.06 continuando en metas, lo que representa una disminución del 33% con respecto al segundo trimestre del año 2025 y una disminución del 62% con respecto al tercer trimestre del año 2024. Esto muestra la continuidad en las acciones de mejoramiento continuo incluyendo la definición de conductas dentro del Servicio de Urgencias basándonos en el adecuado abordaje 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 y el trabajo en red entre sedes.

8.2 SERVICIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA



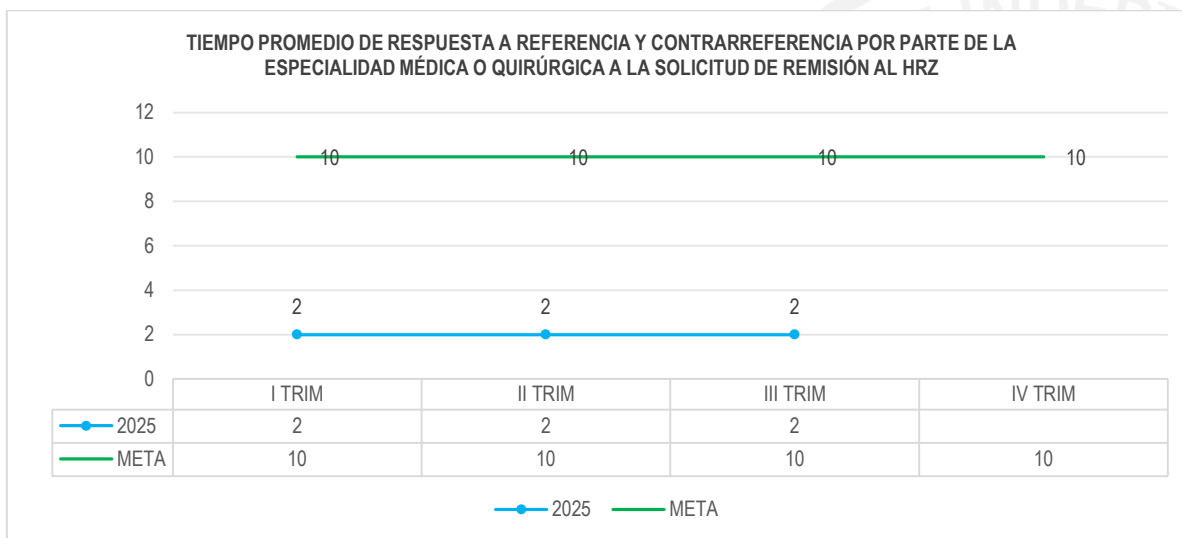
Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El gráfico evidencia el comportamiento del porcentaje de remisiones aceptadas en el HRZ durante el año 2025, comparado con la meta institucional establecida en 25%. A lo largo de los tres primeros trimestres, se observa una tendencia descendente en los resultados, iniciando con un 14% en el primer trimestre, disminuyendo a 13% en el segundo y alcanzando su punto más bajo con 11% en el tercero. Esta disminución progresiva muestra una brecha significativa frente a la meta, lo cual indica dificultades en la gestión o aceptación de remisiones. La constancia de la meta en el 25% resalta la necesidad de implementar acciones de mejora y seguimiento continuo para aumentar la efectividad del proceso. Factores como la capacidad de atención, la oportunidad en la respuesta y la calidad de la información remitida podrían estar influyendo en el bajo porcentaje. Por tanto, es prioritario realizar un análisis causal profundo que permita identificar las barreras operativas y establecer estrategias correctivas que garanticen una recuperación del indicador en el cuarto trimestre, alineando los resultados con los objetivos institucionales.



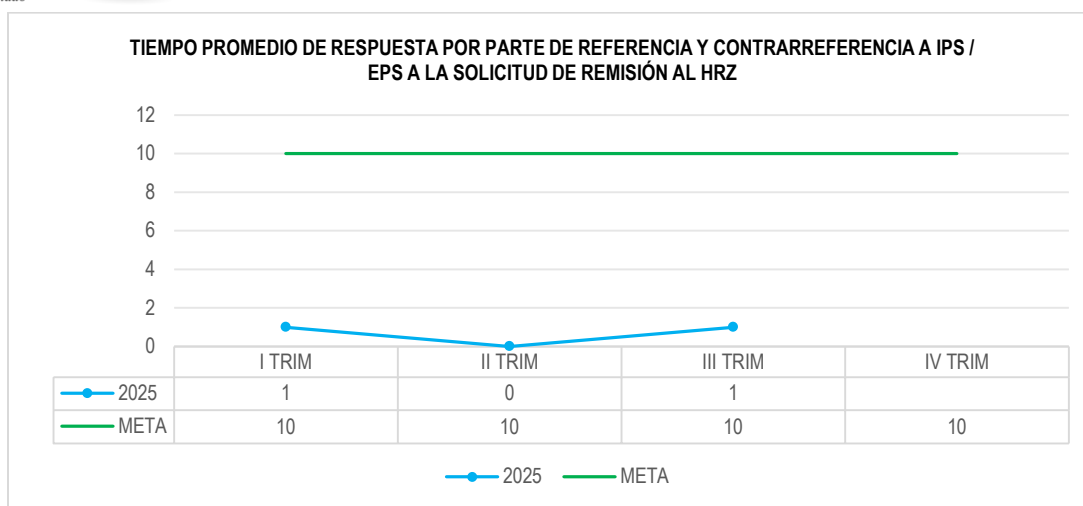
Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El gráfico muestra el tiempo promedio de respuesta institucional a las IPS/EPS frente a las solicitudes de remisión al HRZ durante 2025, en comparación con la meta establecida de 20 horas. Los resultados evidencian un desempeño significativamente superior al esperado, ya que los tiempos reales fueron de 4 horas en el primer trimestre, 2 en el segundo y 3 en el tercero, muy por debajo del límite establecido. Esta tendencia refleja una respuesta oportuna y eficiente por parte del hospital, lo cual contribuye a una mejor atención y continuidad del cuidado del paciente. Mantener esta eficiencia requiere sostenimiento del proceso y monitoreo constante, evitando que factores como la alta demanda o la disponibilidad de personal generen retrasos. En conjunto, el indicador demuestra un cumplimiento sobresaliente y posiciona al HRZ como una institución con alta capacidad de respuesta y gestión efectiva en el proceso de remisiones.



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El gráfico evidencia el tiempo promedio de respuesta a referencia y contrarreferencia por parte de las especialidades médicas o quirúrgicas frente a las solicitudes de remisión al HRZ durante 2025, comparado con la meta institucional de 10 horas. Los resultados muestran un desempeño consistentemente superior, manteniéndose en 2 horas durante los tres primeros trimestres del año. Esto refleja una alta eficiencia en la gestión y coordinación entre los servicios médicos, garantizando una atención oportuna y continuidad en los procesos asistenciales. El cumplimiento sostenido del indicador demuestra una buena articulación interinstitucional y un compromiso del personal médico con la respuesta rápida. Para mantener estos resultados, se recomienda continuar con el monitoreo permanente y fortalecer los canales de comunicación, asegurando que esta eficiencia se sostenga en el tiempo y contribuya a la calidad del servicio.



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El gráfico muestra el tiempo promedio de respuesta por parte de las IPS/EPS a las solicitudes de remisión al HRZ durante 2025, comparado con la meta institucional establecida en 10 horas. Los resultados reflejan un desempeño significativamente mejor al esperado, con tiempos de respuesta entre 0 y 1 hora en los tres primeros trimestres, evidenciando una excelente eficiencia y agilidad en la gestión de las remisiones. Este cumplimiento supera ampliamente la meta, lo que demuestra coordinación efectiva y compromiso interinstitucional entre el HRZ y las entidades remitentes. Mantener estos tiempos favorece la oportunidad en la atención y la continuidad del cuidado del paciente. Se recomienda sostener las estrategias actuales de comunicación y gestión para garantizar que este rendimiento se mantenga de manera estable durante el resto del año.

8.3 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

A continuación, se presenta un informe comparativo de la gestión del servicio de Consulta Externa del III 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. HOSATAL 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 PEOATRICA	355 -UROLOGÍA
309 -DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS - NO ONCOLÓGICO	332 -NEUROLOGÍA	356- OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD (INFECTOLOGIA PEDIATRICA)
312 ENFERMERÍA	333 NUTRICION Y DIETÉTICA	369 -CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA
316 -GASTROENTEROLOGÍA	335 -OFTALMOLOGIA	372 -CIRUGÍA VASCULAR
320 -GINECOBSTERICIA	337 -OPTOMETRÍA	387 -NEUROCIRUGÍA
361CARDIOLOGIA PEDIATRICA	339 -ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA	
385-NEONATOLOGIA	340 -OTORRINOLARINGOLOGÍA	

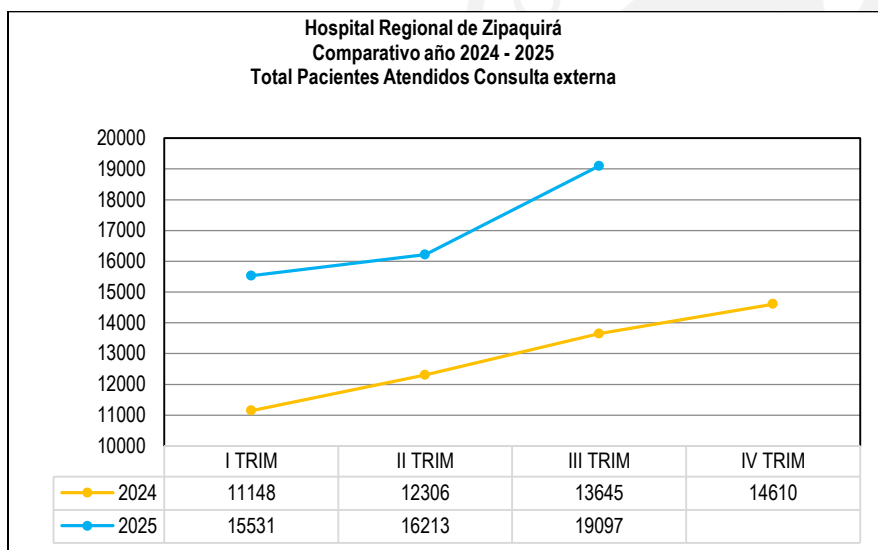
Fuente: Gestión asistencial 2025

Durante el tercer trimestre del 2025, el servicio de consulta externa de 31 especialidades habilitadas se registraron agendas para el 93%. ya que la especialidad neumología pediátrica no cuenta con el profesional.

En cifras reales la institución registró 19.097 atenciones en el III trimestre de 2025 presentado un aumento del 40 % con relación a el mismo periodo en el año 2024 de 13.645.

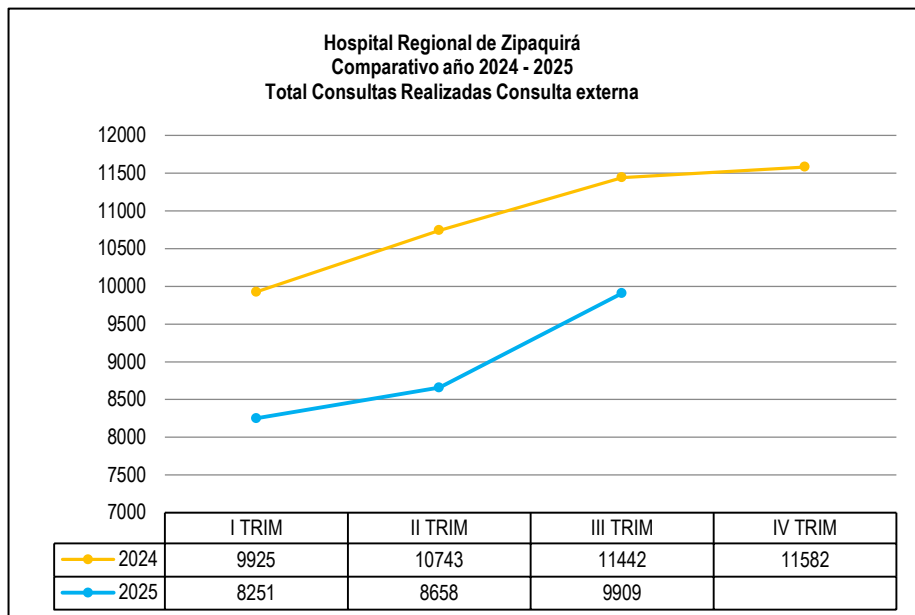
CONSULTA ESPECIALIZADA	TRIM III 2024	TRIM III 2025	TRIM II 2025
Horas médico-programadas consulta	7929	8815	8912
No de consultas asignadas	18354	23159	23060
No de consultas programadas	16980	20618	20396
No de consultas realizadas	13645	19097	16213
Total de cancelaciones consultas	155	314	212
Total cancelaciones por el paciente consultas	155	264	161
Cantidad de inasistencias consultas	2218	2069	2131
% Cancelación por el paciente	1,14%	1,28%	0,79%
% Cancelación institucional	0,00%	0,24%	0,25%
% Uso capacidad de oferta	80%	93%	79%
% de inasistencia	12%	9%	9%
Rendimiento hora médico consulta	1,72	2,17	1,82
Rendimiento hora médico consulta esperada	2,14	2,34	2,29

Fuente: Gestión asistencial 2025

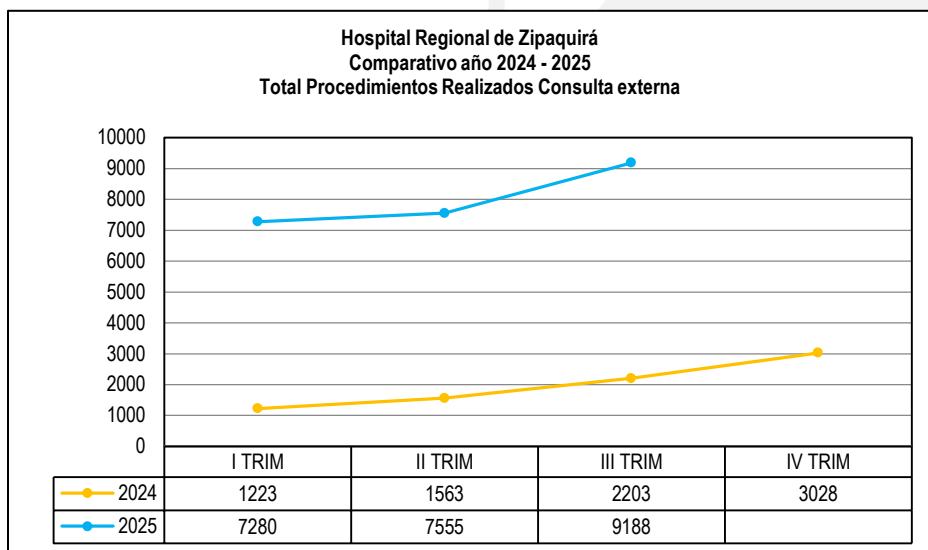


Fuente: Gestión asistencial 2025

En cifras reales la institución registró 19.097 atenciones en el III trimestre de 2025 presentado un aumento del 40 % con relación a el mismo periodo en el año 2024 de 13.645; con relación del I y II Trimestre del 2025 presentando un aumento del 18 %.



Fuente: Gestión asistencial 2025



Fuente: Gestión asistencial 2025

Para el III trimestre del 2025 se realizaron 9909 Consultas y 9188 procedimientos de las diferentes especialidades con relación al III trimestre del 2024 se realizaron 11442 Consultas y 2203 procedimientos, comparando el II trimestre del año 2025 (8658 consultas y 7555 procedimientos) se registró un aumento del 14 % en las consultas realizadas y un 22% en procedimientos realizados. Dado el aumento en la demanda de servicios tales como: procedimientos de Otorrinolaringología (Nasolaringoscopia), Cardiología (ecocardiograma transtorácico), cirugía plástica (curaciones), Dermatología (Biopsia, resección), procedimientos de Dolor y cuidados paliativos.

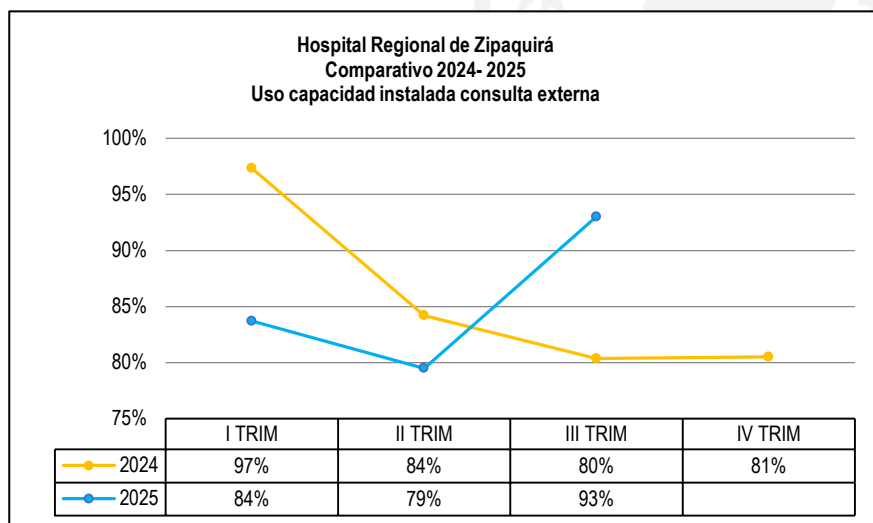
Por especialidad de manera consolidada, en el tercer trimestre del año 2025, Infectología (250), Ortopedia (151), Neurocirugía (119), Cirugía pediátrica (107), Nutrición (100), Dolor y cuidados paliativos (88), Reumatología (87), Infectología pediátrica (75), Ginecología alto riesgo (61) presentaron variaciones positivas como resultado del aumento en la relación oferta demanda y mayor apertura de agendas. Las especialidades que presentaron variaciones negativas especialmente Cardiología (-62), Optometría (-53), Dermatología (-47), Gastroenterología (-46), Cirugía vascular (-31), Medicina interna (-27).

ESPECIALIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
ANESTESIOLOGIA	2,62	1,58	1,72
CARDIOLOGIA	7,9	8,41	5,7
CARDIOLOGIA PEDIATRICA	3,88	0	0
CIRUGIA DE TORAX	N/A	N/A	N/A
CIRUGIA GENERAL	14	12,4	12,14
CIRUGIA PEDIATRICA	10,52	8,18	18,4
CIRUGIA PLASTICA	4,22	0,1	1,66
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	15,64	20,87	18,93
DERMATOLOGIA	15,1	17,39	12,42
DERMATOLOGIA PEDIATRICA	N/A	N/A	N/A
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	0,19	0,19	0,15
ENDOCRINOLOGIA	N/A	N/A	N/A
FISIATRIA	11,33	N/A	18
GASTROENTEROLOGIA	27,18	26,2	25,16
GINECOLOGIA PRENATAL ALTO RIESGO	0,08	2,12	0,59
GINECOLOGIA PISO PELVICO	N/A	N/A	N/A
GINECOLOGIA Y OBSTRETICIA	0,43	0,11	0,63
INFECTOLOGIA	18,5	12,5	0
INFECTOLOGIA PEDIATRICA	0	0,33	6,2
MAXILOFACIAL, CIRUGIA PLASTICA	N/A	N/A	N/A
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	N/A	N/A	N/A
MEDICINA INTERNA	11,98	27,2	13,29
NEFROLOGIA	N/A	N/A	N/A
NEONATOLOGIA	N/A	N/A	N/A
NEUMOLOGIA	13,8	28,38	12,93
NEUMOLOGIA PEDIATRICA	N/A	N/A	N/A
NEUROCIRUGIA	10,23	24,43	6,52
NEUROLOGIA	10,59	18,47	25,97
NEUROLOGIA PEDIATRICA	N/A	N/A	N/A
NUTRICION	9,78	9,86	31,79
OFTALMOLOGIA	6,13	6,21	7,48
OPTOMETRIA	N/A	0,15	21,13
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	20,7	22,6	28,3
ORTOPEDIA CADERA	0,44	0	2
ORTOPEDIA DE RODILLA	1	4,43	2

OTORRINOLARINGOLOGIA	12,4	13	19,78
RECIEN NACIDOS	N/A	N/A	N/A
PSICOLOGIA	10,92	7,14	16,32
PSIQUIATRIA	21,6	12,54	28,01
REUMATOLOGIA	15,97	27,4	14,08
TERAPIA DE LENGUAJE	15,56	2,62	6,26
TERAPIA OCUPACIONAL	19,59	15,19	4,68
UROLOGIA	18,79	20,25	20,04
TOTAL	11,9	12,2	13,2

La oportunidad en general se mantiene dentro de límites aceptables y dentro de la norma, las especialidades con mayor tiempo de espera fueron Nutrición, Neumología, Gastroenterología, Neurología, Urología y Psiquiatría la cual se encuentra en el rango establecido no mayor a 30 días; las de menor oportunidad es Anestesiología, Dolor y cuidados paliativos, Ginecología de Alto riesgo, Ginecología y obstetricia, 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 22 consultorios para realizar la programación de consulta, durante el III trimestre del año 2025 ha presentado una variación del 16%



comparando con el año inmediatamente anterior como se observa en el gráfico
Fuente: Gestión asistencial 2025

Es relevante mencionar que se evidencia 1.23 % de cancelación de consulta y procedimientos en el III 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 0.28 % de cancelación institucional dada por fallo de asignación de citas. Por otra parte, el porcentaje de inasistencia mostró cifras del 7 % durante el tercer trimestre del año 2025 mostrando una disminución del 3% con relación a el III trimestre del año anterior y una constante durante el I y II trimestre del año en curso.

Consulta Especializada	META NORMA	META HUS	TOTAL, TRIM III
Oportunidad en medicina interna	15	10	13,9
Oportunidad en cita cirugía	30	15	12,87
Oportunidad en cita ginecología	8	8	0,42
Oportunidad en cita obstetricia	8	4	0,91

Fuente: Gestión asistencial 2025

Consulta Especializada	TRIM III 2024	TRIM III 2025	TRIM II 2025
Horas médico-programadas consulta	7929	8815	8912
No de consultas asignadas	18354	23159	23060
No de consultas programadas	16980	20618	20396
No de consultas realizadas	13645	19097	16213
Total de cancelaciones consultas	155	314	212
Total cancelaciones por el paciente consultas	155	264	161
Cantidad de inasistencias consultas	2218	2069	2131
% Cancelación por el paciente	1,14%	1,28%	0,79%
% Cancelación institucional	0,00%	0,24%	0,25%
% Uso capacidad de oferta	80%	93%	79%
% de inasistencia	12%	9%	9%
Rendimiento hora médico consulta	1,72	2,17	1,82
Rendimiento hora médico consulta esperada	2,14	2,34	2,29

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 13.9 días en el trimestre, tanto para citas de 1er vez como para controles. Se atendieron 352 pacientes durante el III trimestre del año 2025. En relación con el III trimestre del año 2024 se atendieron 479 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 12.87 días en el trimestre para citas de 1er vez y días para controles. Se atendieron 467 pacientes durante el III trimestre del año 2025. En relación con el III trimestre del año 2024 se atendieron 369 pacientes.

Ginecología, la oportunidad estuvo por debajo del máximo aceptable por norma que son 8 días. Resultado en el trimestre, oportunidad a 0.42 días para citas de 1er vez y al día para controles.

Se atendieron 499 pacientes durante el III trimestre del año 2025. En relación con el III trimestre del año 2024 se atendieron 613 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 0.91 días, para citas de 1er vez y al día para controles. Se atendieron 499 pacientes durante el III trimestre del año 2025. Con relación al III trimestre del año 2024 se atendieron 310 pacientes.

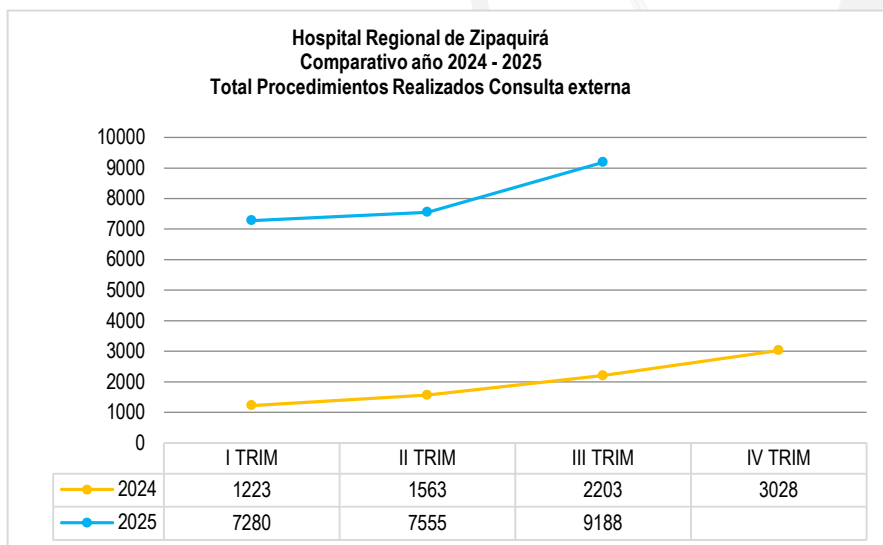
8.3.1 Comportamiento de los Procedimientos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico realizados en Consulta Externa

PROCEDIMIENTOS	TOTAL TRIM III 2024	TOTAL TRIM III 2025
Horas médico-programadas procedimientos	808	1984
No de procedimientos asignadas	2649	5926
No de procedimientos programadas	2356	5631
No de procedimientos realizadas	2203	9188
Total de cancelaciones procedimientos	18	87
Total cancelaciones por el paciente procedimientos	18	79
Cantidad de inasistencias procedimientos	258	923
% Cancelación por el paciente	0,76%	1,40%
% Cancelación institucional	0,00%	0,14%
% Uso capacidad de oferta	94%	163%
% de inasistencia	10%	16%
Rendimiento hora médico procedimientos	2,73	4,63
Rendimiento hora médico procedimientos esperados	2,92	2,84

Fuente: Gestión asistencial 2025

Para el III trimestre del año 2025 se realizaron 7603 procedimientos de las especialidades de:

Reumatología – biopsias de glándula salival
Oftalmología – interferometría, paquimetría 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



Fuente: Gestión asistencial 2025

PROCEDIMIENTOS	Julio	Agosto	Septiembre	TOTAL TRIM III
Horas médico-programadas procedimientos	714	595	675	1984
No de procedimientos asignadas	2147	1798	1981	5926
No de procedimientos programadas	2005	1682	1944	5631

No de procedimientos realizadas	2259	2335	4594	9188
Total de cancelaciones procedimientos	29	36	22	87
Total cancelaciones por el paciente procedimientos	29	31	19	79
Cantidad de inasistencias procedimientos	295	293	335	923
% Cancelación por el paciente	1,45%	1,84%	0,98%	1,40%
% Cancelación institucional	0,00%	0,30%	0,15%	0,14%
% Uso capacidad de oferta	113%	139%	236%	163%
% de inasistencia	14%	16%	17%	16%
Rendimiento hora médico procedimientos	3,16	3,92	6,81	4,63
Rendimiento hora médico procedimientos esperados	2,81	2,83	2,88	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 III trimestre del año 2025 ha presentado un uso 163%.

La cancelación institucional por procedimientos durante el tercer trimestre del 2025 y una cancelación atribuible a el paciente de 1.40 % 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 III trimestre de 0.14 % dada por fallo en asignación; al realizar el análisis de la inasistencia se puede observar un 16%. Dada paciente enfermo, sin recurso.

8.4 SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Capacidad Instalada - Proceso de Gestión de Servicios Hospitalarios

Actualmente, el Proceso de Gestión de Servicios Hospitalarios del Hospital Regional de Zipaquirá con una capacidad instalada de 148 camas, distribuidas según los diferentes servicios asistenciales.

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

Cama	2025			
	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
Camas Hospitalización Adultos	86	86	86	
Camas Hospitalización pediátrica	22	22	22	
Camas UCI	12	12	12	
Camas Intermedios ADULTOS	8	8	8	
Neonatos - Intensivos	11	11	11	
Neonatos - Intermedios	8	8	8	
Neonatos - Básicos	1	1	1	
Total Camas HRZ	148	148	148	

Fuente. Capacidad instalada HRZ 2025

Talento Humano

La distribución del personal en el área de hospitalización es la siguiente

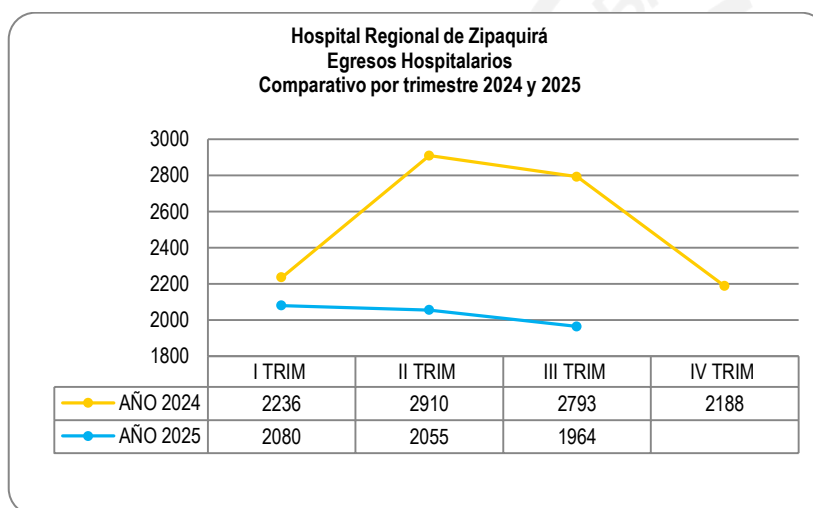
CENTRO DE COSTO	NIVEL	No. CARGOS	CARGO
HOSPITALIZACION CLINICA HERIDAS	PROFESIONAL	1	ENFERMERO (A) CLINICA DE HERIDAS
HOSPITALIZACION	PROFESIONAL	34	ENFERMERO (A)
UCI NEONATAL	PROFESIONAL	8	ENFERMERO (A)

UCI NEONATAL	ESPECIALISTA	2	PROFESIONAL EN ENFERMERIA-ESPECIALISTA
HOSPITALIZACION CLINICA HERIDAS	TECNICO	2	AUXILIAR DE ENFERMERIA- CLINICA HERIDAS
HOSPITALIZACION	TECNICO	112	AUXILIAR DE ENFERMERIA
UCI NEONATAL	TECNICO	20	AUXILIAR DE ENFERMERIA
HOSPITALIZACION	AUXILIAR	17	CAMILLERO (A)
URGENCIAS	AUXILIAR	4	CAMILLERO (A)

Fuente. Servicio de hospitalización HRZ 2025

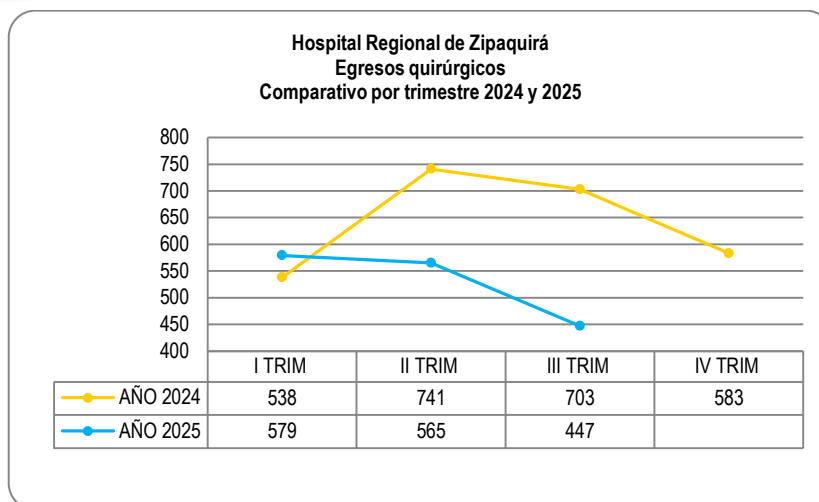
Indicadores

En el tercer trimestre de 2025 se registraron un total de 1964 egresos hospitalarios, mientras que en el mismo periodo de 2024 fueron 2,793, lo que representa una variación negativa del 30%. Esta variación se debe al aumento de estancias prolongadas y al menor giro de camas en los servicios de medicina interna y quirúrgico.



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

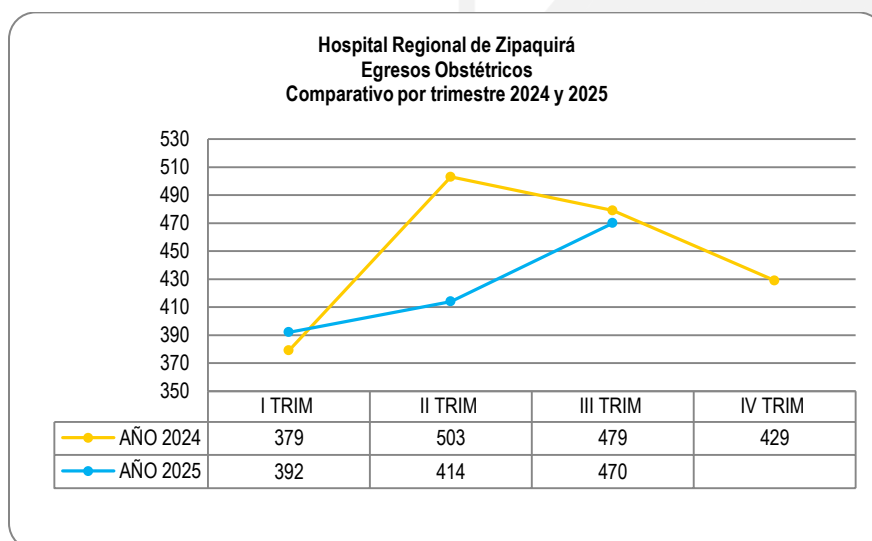
Los egresos quirúrgicos correspondientes al tercer trimestre de 2024 fueron 703, mientras que en el mismo periodo de 2025 fueron 447, lo que refleja una variación negativa del 36%. En términos generales esta disminución de egresos se debe a las estancias prolongadas y el servicio de hospitalización quirúrgica. Para el II y III trimestre del 2025 la variación fue negativa del 21%.



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

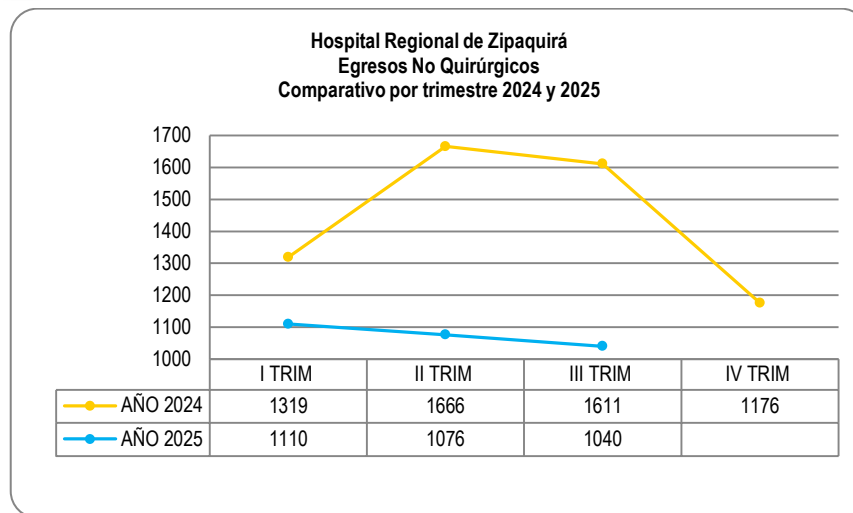
En cuanto a los egresos obstétricos, durante el tercer trimestre de 2024 se registraron 479 casos, mientras que en el mismo periodo de 2025 fueron 470, lo que representa una disminución del 2%.

Al comparar el segundo y el tercer trimestre de 2024, se evidenció un incremento del 14% en los egresos obstétricos. Este aumento se atribuye a la continuidad en la atención de urgencias obstétricas, lo que ha generado una mayor demanda espontánea del servicio.



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En cuanto a los egresos no quirúrgicos, durante el tercer trimestre de 2024 se registraron 1,611, mientras que en el mismo periodo de 2025 la cifra disminuyó a 1,040, 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. Para el II y III trimestre del 2025 la variación fue negativa del 3%.



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

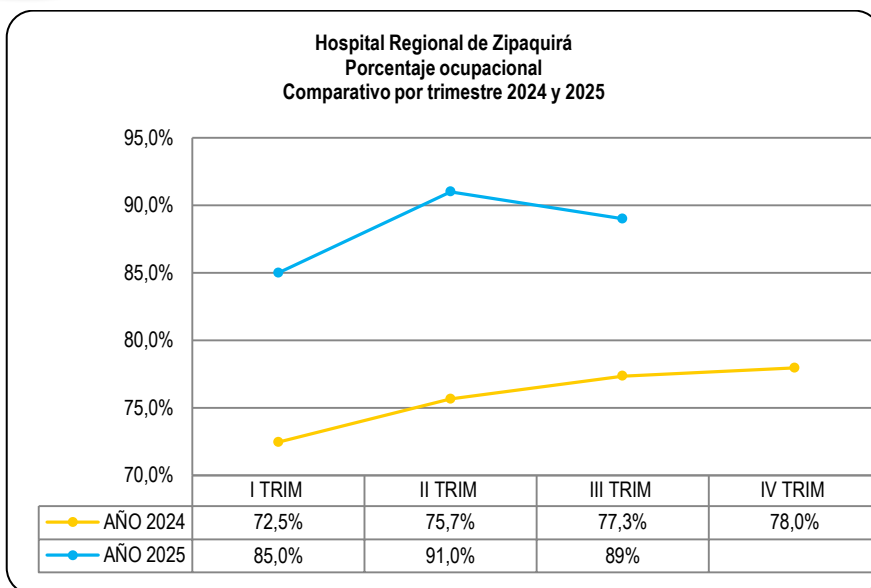
Al comparar el tercer trimestre de 2024 con el mismo período de 2025, se observa que el número total de camas se mantuvo sin variación, con un total de 444.

Por otro lado, los días cama disponibles registraron una disminución del 9%, mientras que los días cama ocupados aumentaron en un 6%. Esta variación puede explicarse por el incremento en las estancias prolongadas. En consecuencia, el promedio de días de estancia por egreso mostró un aumento del 2%

HOSPITALIZACIÓN	TRIM III 2024	TRIM I 2025	TRIM II 2025	TRIM III 2025	VAR TRIM III 2024 Y 2025
Nro. CAMAS	486	444	444	444	-9%
DIA CAMA DISPONIBLE	14904	13320	13468	13.616	-9%
NRO DIAS CAMA OCUPADA	11528	11324	12200	12.185	6%
NRO DIAS ESTANCIA EGRESOS	13958	13411	13814	14.224	2%
% OCUPACIONAL	77,3%	85,0%	90,6%	89,5%	16%
PROMEDIO DIA ESTANCIA	5,00	6,44	6,72	7,24	45%
GIRO CAMA	5,75	4,69	4,63	4,42	-23%

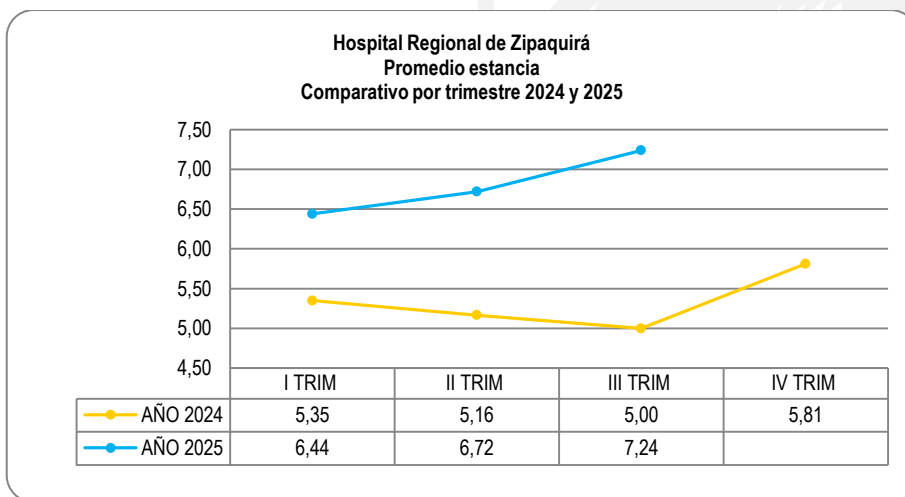
Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En el tercer trimestre de 2024, el porcentaje de ocupación fue del 77.3%, lo que representa una variación positiva del 15% en comparación con el mismo período de 2025, cuando se alcanzó un porcentaje de ocupación del 89%. Y en comparación al II trimestre de 2025 disminuyó en 2%



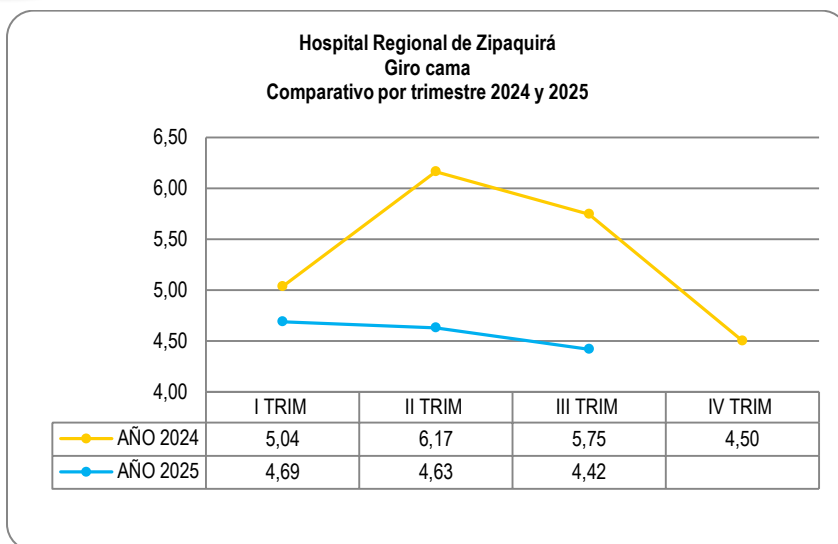
Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En el tercer trimestre de 2024, el promedio de estancia fue de 5.0 días, lo que representa una variación positiva del 45% en comparación con el mismo periodo de 2025, cuando el promedio de estancia fue de 7.24 días debido a las estancias prolongadas durante el periodo. En relación con el segundo trimestre del 2025 la variación fue positiva del 8 % con un promedio de días estancia de 7.24 días.



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En el tercer trimestre de 2024, el giro cama fue de 5.75 pacientes, mientras que en el mismo periodo de 2025 fue de 4.4 pacientes, lo que refleja una variación negativa del 5%, en comparación al segundo trimestre 2025 la una variación también fue negativa en un 5%

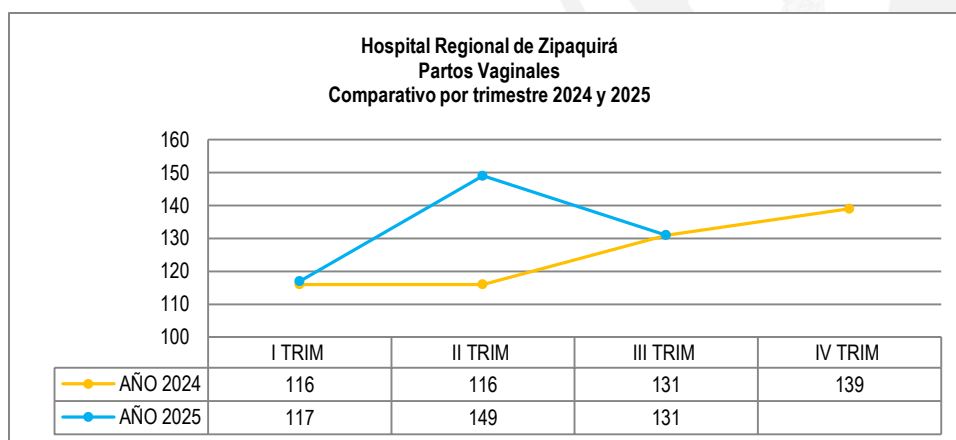


Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

8.5 SERVICIO DE SALA DE PARTOS

En el Tercer trimestre de 2025, se registraron un total de 272 partos atendidos, mientras que en el mismo período de 2024 se atendieron 264 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.

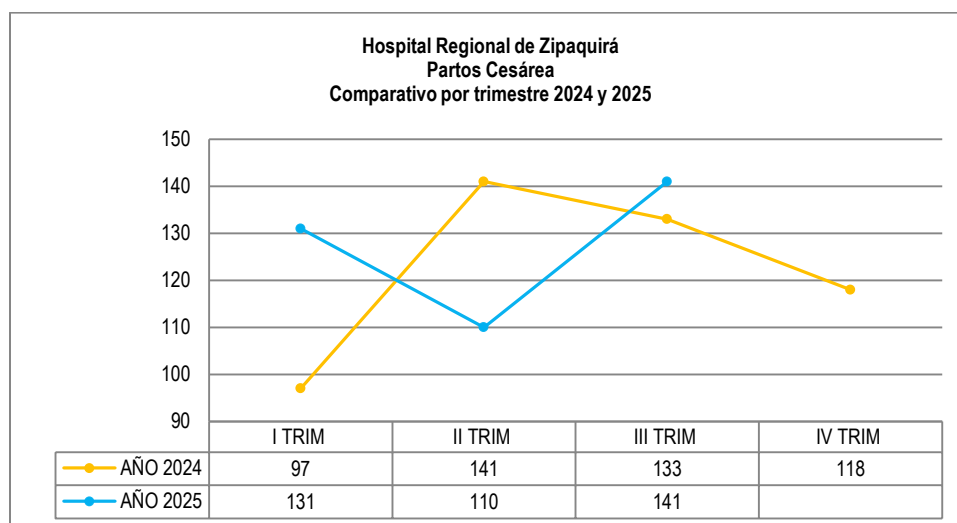
En relación con los partos vaginales, atendidos durante el tercer trimestre de 2024 fue exactamente igual al número de partos vaginales atendidos en el tercer trimestre de 2025, con un total de 131 en cada año. En relación con el II trimestre del 2025 hubo una variación negativa del 12%.



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

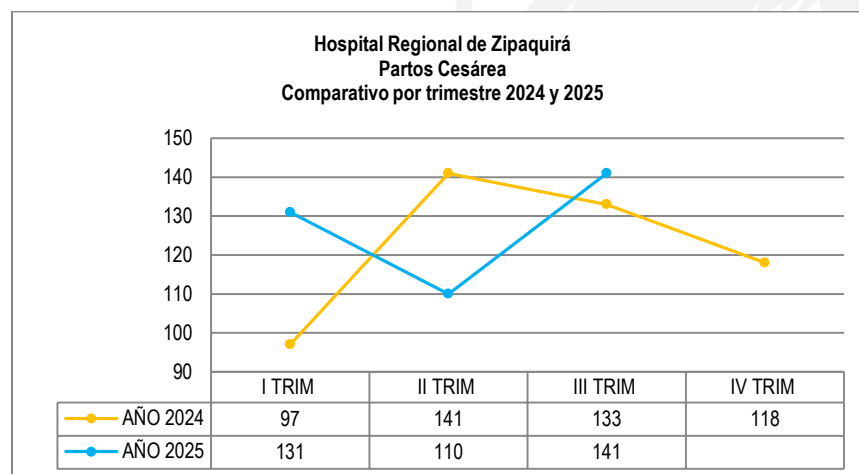
En cuanto a los partos por cesárea, en el tercer trimestre de 2024 se registraron 133 cesáreas atendidas, frente a 141 en el mismo período de 2025, lo que representa una variación positiva del 6% tenido en cuenta

que es una instrucción de alto nivel con intenciones de alto riesgo. Realizando comparación para el 2025 en los trimestres II y III se evidencia una variación positiva del 28%.



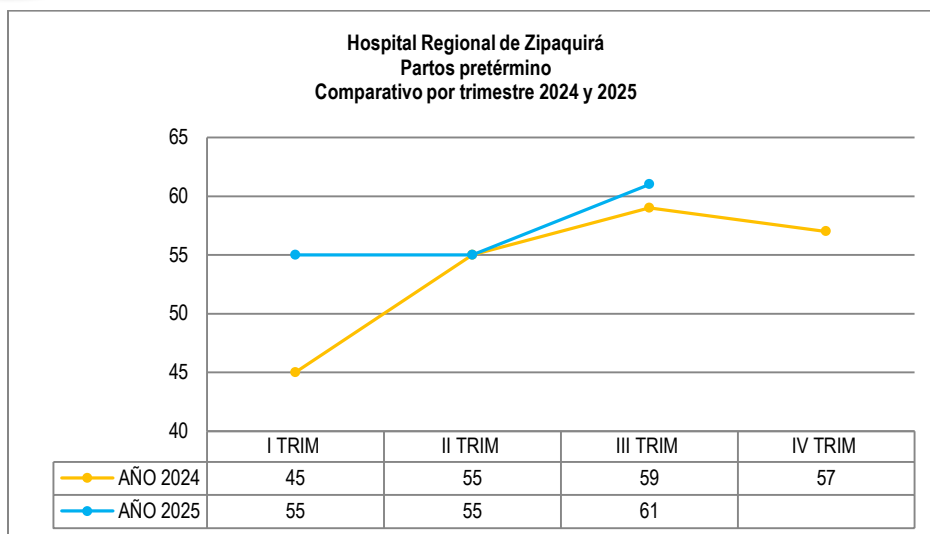
Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El porcentaje de cesáreas en el tercer trimestre de 2024 fue del 50%, mientras que en el mismo período de 2025 se aumentó al 52%, lo que representa una variación positiva del 3% lo que corresponde a la atención de pacientes de alto riesgo y comorbilidades por la gestación



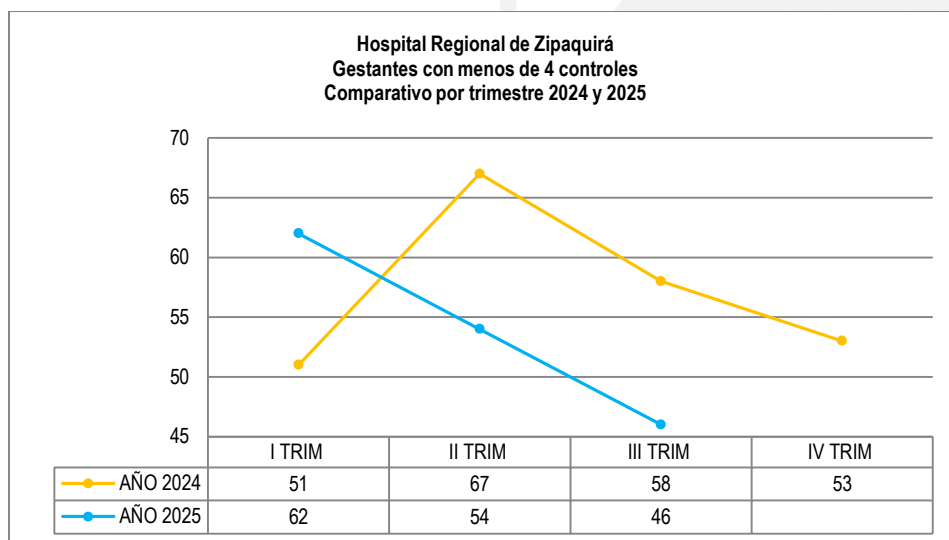
Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

La atención de partos pretérmino en el tercer trimestre de 2024 alcanzó las 59 atenciones. Al comparar esta cifra con el tercer trimestre de 2025, se evidenció una variación positiva del 3%. Este incremento trimestral también se reflejó respecto al segundo trimestre de 2025, donde se registró un menor número de atenciones, indicando una tendencia al alza en la demanda de este servicio a lo largo de 2024.



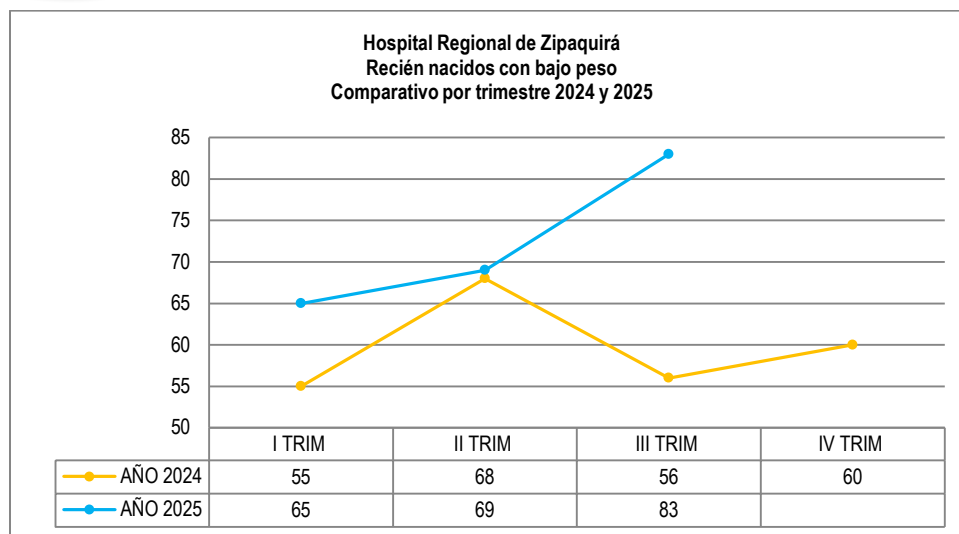
Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Las gestantes de alto riesgo que recibieron menos de cuatro controles prenatales, en el tercer trimestre de 2024 se registraron 58 atenciones, mientras que en el mismo período de 2025 se atendieron 46, lo que representa una variación Negativa del 21%. Lo que se puede atribuir a la actividad de canalización de pacientes oportuna de las EAPB



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En el tercer trimestre de 2024 se registraron 56 casos de recién nacidos con bajo peso al nacer, mientras que en el mismo período de 2025 se reportaron 83 casos, lo que representa un incremento del 48%. Este aumento podría atribuirse a la atención de alto riesgo brindada durante el primer trimestre del año en curso., Al analizar la evolución dentro del año 2025, la medición de los trimestres II y III mostró una variación positiva del 20%, lo que indica una tendencia creciente en el número de recién nacidos con bajo peso Durante la mitad del año.



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Oportunidad en el Servicio

Durante el tercer trimestre de 2025, el área de hospitalización mostró un desempeño estable y mayormente favorable en sus indicadores operativos frente al mismo periodo del año anterior.

Porcentaje de ocupación: se mantuvo en 89%, lo que representa un aumento significativo respecto al 77.3% alcanzado en el mismo trimestre de 2024. Esta estabilidad indica un adecuado equilibrio entre la demanda y la capacidad instalada.

Promedio de días de estancia: Durante el año 2025, el promedio de estancia hospitalaria se incrementó a 7,24 días, en comparación con los 5,00 días registrados en 2024.

Giro cama: La rotación de camas hospitalarias se redujo de 5,75 en 2024 a 4,42 en 2025, lo que refleja una disminución en la eficiencia del uso de camas, en concordancia con el incremento observado en el promedio de días de estancia

Descripción	% Ocupacional				Promedio Día Estancia				Giro Cama			
	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	I Trim.	II Trim	III Trim	IV Trim
2024	72.5%	75.7%	77.3%	77.3%	5,35	5.16	5.00	5.8	5.04	6.17	5.75	4.05
2025	85%	91%	89%		5,8	4,1	7.24		4,6	4,6	4.42	

Conclusiones

- Se ha identificado un aumento en el promedio de días de estancia hospitalaria, acompañado por una disminución en el giro cama. Este comportamiento indica una menor rotación de pacientes por cama disponible, lo que repercute directamente en la eficiencia operativa del servicio de hospitalización.
- Es importante contar con el líder del servicio, dado que la operación de este implica la coordinación de diversos procesos administrativos, logísticos y clínicos que requieren supervisión constante para garantizar una gestión eficiente

- Durante el trimestre evaluado, la totalidad de las camas hospitalarias permaneció operativa, sin novedades que afectara la oferta

8.6 SERVICIO DE SALAS DE CIRUGÍA

Capacidad Operativa

Infraestructura de quirófanos:

El hospital Regional cuenta con 5 salas de cirugía:

- 3 operativas para cirugías programadas.
- 1 sala dedicada exclusivamente a urgencias.
- 1 salas inhabilitada debido a falta de personal para su apertura.

Disponibilidad de Talento Humano

Grupos quirúrgicos:

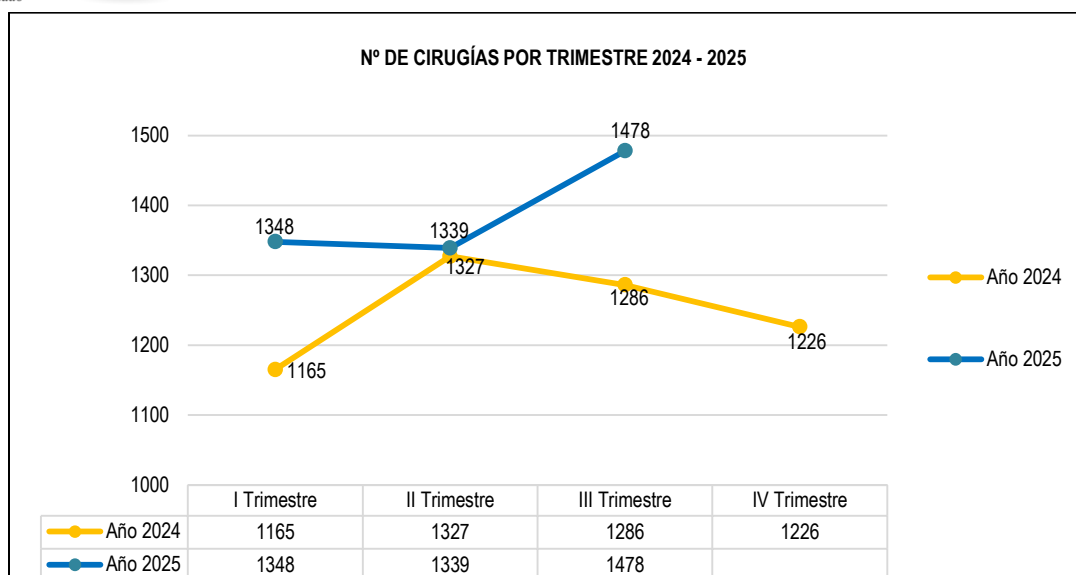
- 3 grupos activos de lunes a viernes 12 horas cirugía programada.
- 1 grupo disponible para cirugías de urgencias 24 horas.
- 2 grupos quirúrgicos asignados los fines de semana sábados: Uno 12 horas (cirugía programada) - uno 24 horas (cirugía urgencias).
- 1 grupo quirúrgico asignado los fines de semana Domingos (24 horas cirugía urgencias)

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

TALENTO HUMANO DE LA UNIDAD QUIRURGICA HRZ	2025		
	I TRIM	II TRIM	III TRIM
Líder del servicio (Profesional Especializado)	1	1	1
Técnico III apoyo administrativo unidad quirúrgica	1	1	1
Anestesiólogos	14	14	14
Instrumentadoras quirúrgicas	10	10	10
Enfermeros Profesionales	5	5	5
Auxiliares de enfermería	18	18	16
Total	44	44	42

Indicadores de Producción, Oportunidad

Producción de Cirugías por trimestre 2024-2025



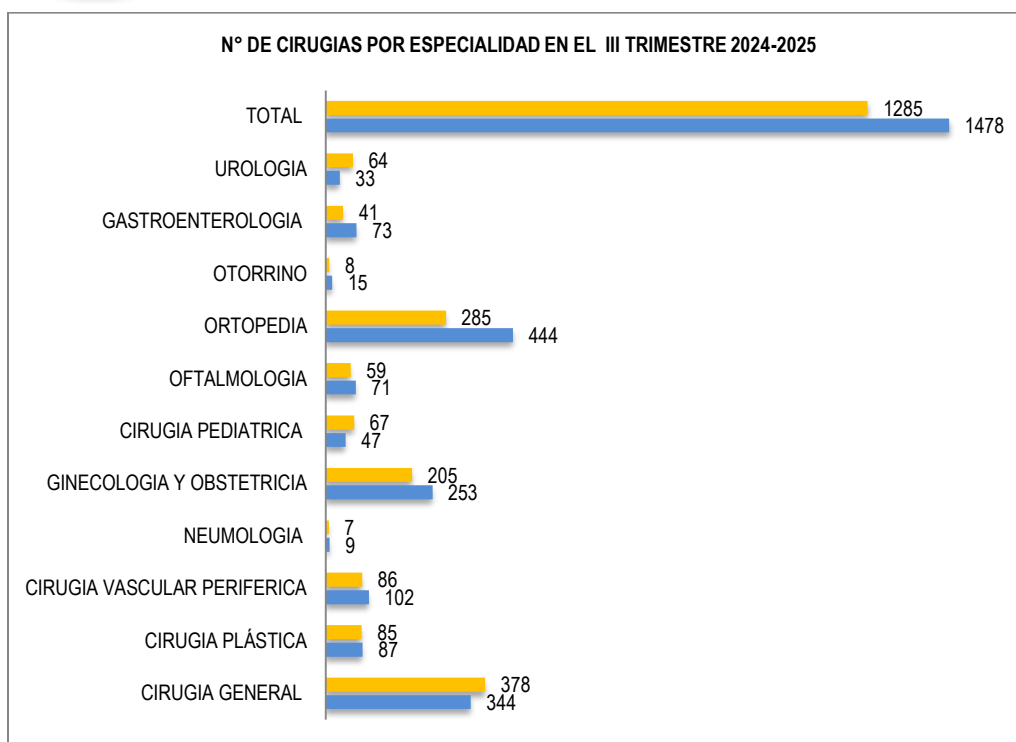
Fuente. Producción servicio salas de cirugía HRZ 2024 - 2025

Durante el tercer trimestre de 2025 se realizaron 1.478 intervenciones quirúrgicas, lo que representa un incremento del 15 % en comparación con las 1.286 intervenciones efectuadas en el mismo período del año anterior y con el segundo trimestre del 2025 con 1339 intervenciones. Este crecimiento, aunque moderado, refleja una tendencia sostenida de fortalecimiento en la capacidad resolutive 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.



Fuente. Producción servicio salas de cirugía HRZ 2024 - 2025

Análisis de la actividad quirúrgica – Tercer trimestre 2025

El análisis comparativo de las intervenciones quirúrgicas realizadas durante el tercer trimestre de 2025, frente al mismo período de 2024, evidencia variaciones significativas en la distribución por especialidad y un crecimiento sostenido en la capacidad operativa del Hospital Regional de Zipaquirá.

Distribución de cirugías por especialidad

Tercer trimestre 2025

- Cirugía general: 344 intervenciones
- Ortopedia: 444 intervenciones
- Ginecología y obstetricia: 253 intervenciones
- Cirugía vascular: 102 intervenciones
- Cirugía plástica: 87 intervenciones

Tercer trimestre 2024

- Ortopedia: 285 intervenciones
- Cirugía general: 378 intervenciones
- Ginecología y obstetricia: 205 intervenciones
- Cirugía vascular: 86 intervenciones

Análisis comparativo por especialidad

Los datos reflejan un incremento global del 15 % en la actividad quirúrgica, pasando de 1.286 a 1.478

procedimientos. Este comportamiento denota una expansión y diversificación progresiva del portafolio quirúrgico institucional.

- **Ortopedia:** Presenta un crecimiento notable del 55,7 % (de 285 a 444 cirugías), posicionándose como la especialidad de mayor participación en el total de procedimientos. Este aumento podría asociarse a una mayor derivación de casos traumatológicos y osteoarticulares desde los servicios de urgencias y consulta externa.
- **Cirugía general:** Muestra un descenso moderado del 9 % (de 378 a 344 intervenciones). Este comportamiento puede explicarse por una redistribución de la demanda hacia otras especialidades o una optimización en la priorización de procedimientos de mayor complejidad, sin que ello represente una disminución en la capacidad asistencial.
- **Ginecología y obstetricia:** Evidencia un incremento del 23 % (de 205 a 253 procedimientos), posiblemente asociado al fortalecimiento de los programas materno-perinatales, la mayor detección de patologías ginecológicas en etapas tempranas y la coordinación eficiente con el servicio de hospitalización obstétrica.
- **Cirugía vascular:** Registra un crecimiento del 18,6 % (de 86 a 102 intervenciones), lo que sugiere un aumento en la resolución de patologías vasculares periféricas, respaldado por la disponibilidad de recursos diagnósticos y de personal especializado.
- **Cirugía plástica,** ausente en el registro de 2024, incorpora 87 procedimientos en 2025, lo que representa una expansión significativa del portafolio quirúrgico. Este nuevo componente está vinculado, principalmente, a cirugías reconstructivas derivadas de traumas, secuelas oncológicas y patologías congénitas, fortaleciendo así la atención integral del paciente.

Composición de las intervenciones quirúrgicas – Tercer trimestre 2025

Para este período se realizaron 1.478 cirugías, de las cuales:

1. **Cirugías de urgencia:** 568 procedimientos (38 %)
2. **Cirugías electivas:** 910 procedimientos (62 %)

Desglose de cirugías electivas:

- **Cirugías ambulatorias:** 456 procedimientos (50 % del total electivo)
- **Cirugías con hospitalización:** 454 procedimientos (50 % del total electivo)

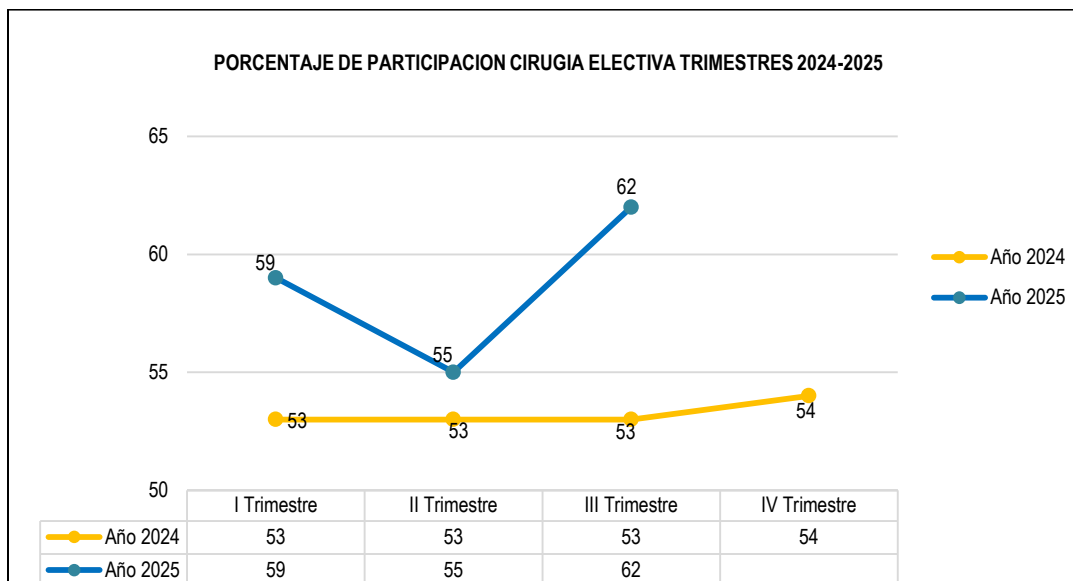
El equilibrio entre cirugías de urgencia y procedimientos programados refleja una gestión eficiente de los recursos quirúrgicos, garantizando la atención oportuna tanto de casos críticos como de intervenciones planificadas.

La paridad entre procedimientos ambulatorios y hospitalarios evidencia un uso racional del recurso hospitalario, favoreciendo la recuperación del paciente en su entorno domiciliario cuando las condiciones clínicas lo permiten. El comportamiento observado durante el tercer trimestre de 2025 demuestra una consolidación del crecimiento quirúrgico institucional, caracterizado por:

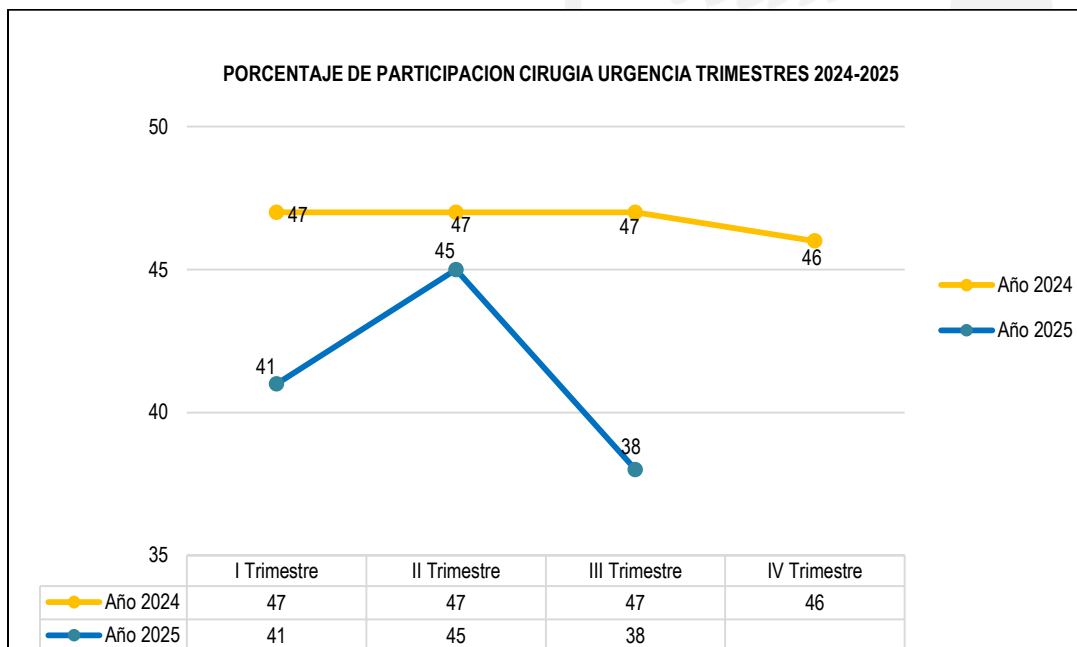
- Ampliación de la oferta quirúrgica, con la incorporación de nuevas especialidades como cirugía plástica.
- Mayor eficiencia operativa, sustentada en la optimización de recursos humanos y tecnológicos.
- Fortalecimiento de la coordinación interáreas (consulta externa, hospitalización y servicios diagnósticos).

- Agilidad en los procesos de autorización y referencia por parte de las EAPB, que ha favorecido la oportunidad quirúrgica.

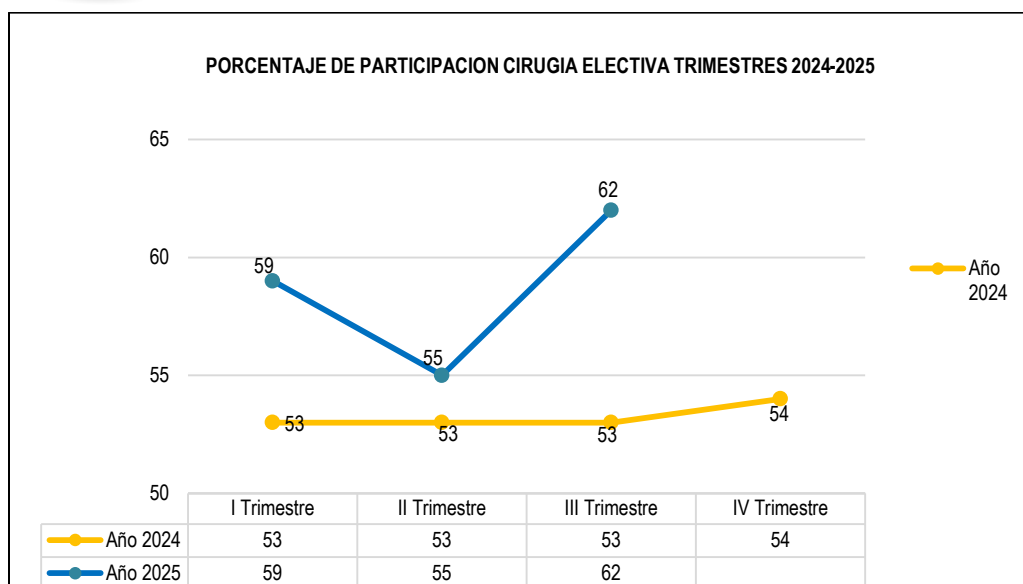
En conjunto, estos resultados reflejan una respuesta institucional efectiva a la creciente demanda asistencial, enmarcada en la mejora continua, la seguridad del paciente y la calidad del servicio quirúrgico.



Fuente. Producción servicio salas de cirugía HRZ 2024 - 2025

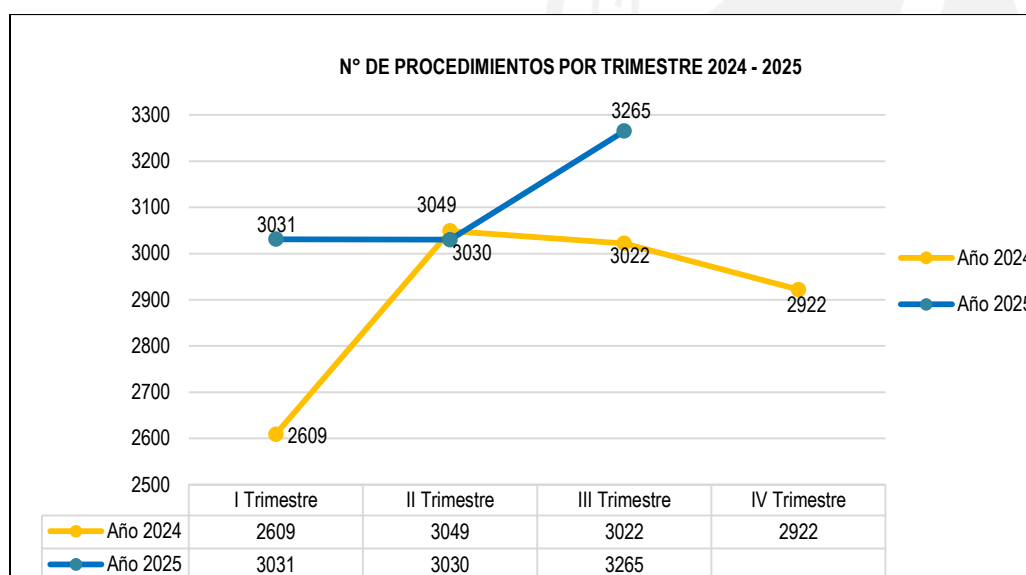


Fuente. Producción servicio salas de cirugía HRZ 2024 - 2025



Fuente. Producción servicio salas de cirugía HRZ 2024 - 2025

N. ° Procedimientos Quirúrgicos por trimestre 2024-2025



Fuente. Producción servicio salas de cirugía HRZ 2024 - 2025

En el tercer trimestre de 2025 se realizaron 3.265 procedimientos quirúrgicos, frente a los 3.022 procedimientos ejecutados en el mismo período de 2024 y el segundo trimestre del 2025 con 3030 , lo que representa una variación positiva del 8 %. Este incremento refleja un aumento sostenido en la actividad quirúrgica institucional, evidenciando la capacidad de respuesta, la eficiencia operativa y el fortalecimiento del servicio quirúrgico.

Factores que contribuyeron a este crecimiento:

- **Optimización en la gestión de la agenda quirúrgica:** La adecuada planificación y distribución de los tiempos de quirófano permitió mayor rotación y aprovechamiento de las salas, reduciendo tiempos muertos y mejorando la productividad.
- **Disponibilidad y fortalecimiento del talento humano especializado:** La estabilidad del personal quirúrgico y anestésico, junto con la incorporación de nuevos especialistas, contribuyó a mantener una oferta continua y diversificada de procedimientos.
- **Mejor articulación con los servicios de apoyo y diagnóstico:** La coordinación efectiva con áreas como imagenología, laboratorio clínico y consulta externa favoreció una valoración oportuna de los pacientes y la programación eficiente de cirugías.
- **Agilidad en los procesos de autorización y referencia por parte de las EAPB:** Se evidenció una mayor oportunidad en la aprobación de procedimientos, lo que redujo tiempos de espera y evitó represamientos en la programación quirúrgica.
- **Mantenimiento preventivo y disponibilidad de equipos biomédicos:** La funcionalidad continua del instrumental y los equipos quirúrgicos garantizó la ejecución sin interrupciones de los procedimientos programados.
- **Implementación de estrategias de mejora continua:** El seguimiento a indicadores de productividad, oportunidad y satisfacción del usuario permitió identificar cuellos de botella y aplicar acciones correctivas, fortaleciendo la gestión integral del proceso quirúrgico.

El crecimiento del 8 % en la actividad quirúrgica durante el tercer trimestre de 2025 evidencia una consolidación del desempeño institucional, resultado de una gestión eficiente, planificación estratégica y trabajo interdisciplinario.

Este comportamiento positivo no solo refleja un mayor acceso y resolución quirúrgica, sino también una mejora en la calidad, seguridad y oportunidad de la atención, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales en materia de eficiencia y satisfacción del usuario.

N.º Procedimientos quirúrgicos por especialidad. II Trimestre 2024 – 2025

Nº Procedimientos quirúrgicos por especialidad en el Trimestres 2024- 2025			
ESPECIALIDAD	2024	2025	2025
	III Trim	II Trim	III Trim
CIRUGIA GENERAL	697	639	615
CIRUGIA PLASTICA	258	231	297
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	254	200	305
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	289	268	356
NEUMOLOGIA	22	35	28
OFTALMOLOGIA	89	76	105
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1094	1293	1274
OTORRINOLARINGOLOGIA	11	15	27
UROLOGIA	80	63	90
CIRUGIA PEDIATRICA	100	95	59
CIRUGIA MAXILOFACIAL	0	0	0
GASTROENTEROLOGIA	127	115	109
GINECOLOGIA /CIRUGIA GENERAL	0	0	0
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	0	0	0
ANESTESIA	1	0	0
TOTAL	3022	3030	3265

Para el tercer 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 presentan los porcentajes de participación y su variación frente al mismo período del año anterior:

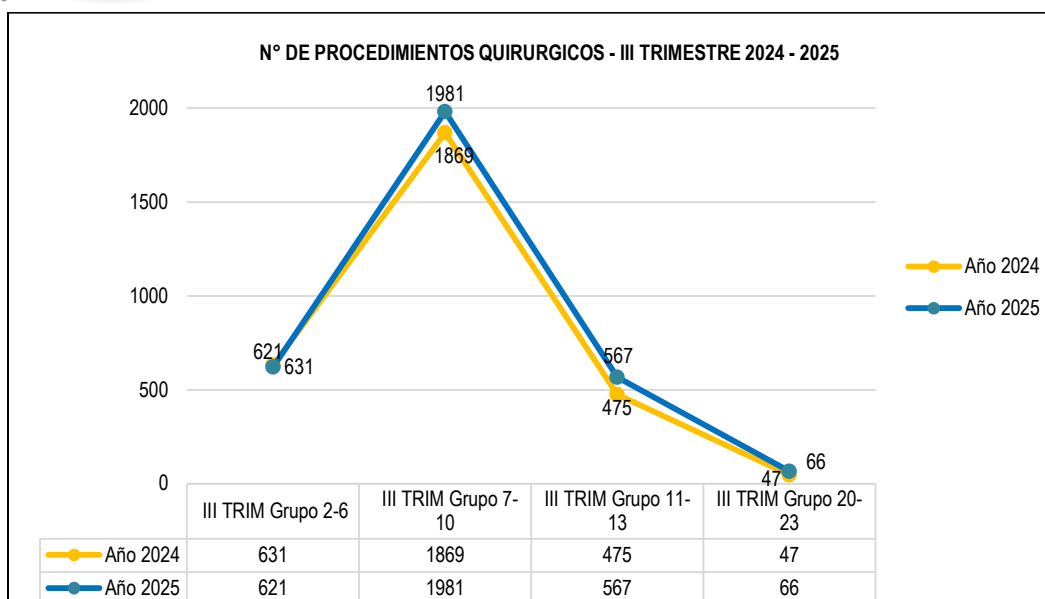
- **Ortopedia:** Registró una participación del 30 % del total de procedimientos quirúrgicos, lo que representa un aumento de 8 puntos porcentuales frente al 22 % alcanzado en el tercer trimestre de 2024. Este incremento refleja un fortalecimiento sostenido del servicio de ortopedia, asociado con una mayor una respuesta oportuna a la demanda de urgencias traumatológicas y una gestión eficiente de los pacientes hospitalizados.
La presencia diaria de un ortopedista durante 12 horas ha permitido una mejor resolución de casos complejos, reduciendo tiempos de espera y favoreciendo la atención continua, factores que han incidido directamente en el aumento del volumen de cirugías.
- **Cirugía General:** Ocupó el segundo lugar con una participación del 23 %, evidenciando una disminución de 6 puntos porcentuales frente al 29 % registrado en el mismo trimestre de 2024. A pesar de esta variación, la especialidad mantiene un papel esencial dentro del componente quirúrgico institucional, con una actividad constante en procedimientos de mediana y alta complejidad. La disminución relativa puede explicarse por una mayor redistribución de la demanda hacia otras especialidades, especialmente ortopedia y cirugía plástica, o por una reorientación institucional hacia procedimientos de mayor resolución clínica, priorizando la utilización eficiente de los recursos quirúrgicos y del talento humano disponible.
- **Ginecología :** Se ubicó en el tercer lugar con una participación del 17 %, lo que representa un ligero incremento de un punto porcentual respecto al 16 % reportado en el tercer trimestre de 2024. Este comportamiento indica una estabilidad en la atención quirúrgica gineco-obstétrica, sustentada en la continuidad de los programas materno-perinatales y en la atención de patologías ginecológicas frecuentes.
No obstante, las fluctuaciones leves en el volumen de procedimientos podrían estar relacionadas con variaciones en la demanda asistencial, ajustes en las políticas de remisión de las EAPB o cambios en los esquemas de programación quirúrgica según la priorización clínica.

El comportamiento observado durante el tercer trimestre de 2025 evidencia una distribución dinámica de la actividad quirúrgica institucional, caracterizada por el crecimiento sostenido de ortopedia, la estabilidad de ginecología y una leve contracción en cirugía general.

Estos resultados reflejan una adaptación efectiva del hospital a las necesidades cambiantes de la población usuaria, apoyada en una mejor articulación Inter servicios, la optimización de la agenda quirúrgica y la disponibilidad continua de recurso humano especializado.

En síntesis, el tercer trimestre de 2025 muestra un panorama favorable en la gestión quirúrgica, con indicadores que reflejan eficiencia, continuidad operativa y capacidad de adaptación institucional.

Número de Procedimientos por Grupo Quirúrgico –Trimestre 2024 a 2025



Fuente. Producción servicio salas de cirugía HRZ 2024 - 2025

En el tercer trimestre de 2025, la distribución de los procedimientos quirúrgicos según los grupos de complejidad (grupos 2 al 23) evidenció diferencias relevantes en volumen, participación y tendencia frente al mismo período de 2024, reflejando la dinámica de la gestión quirúrgica institucional y el comportamiento asistencial de la población usuaria.

1. Grupos 2 al 6 – Procedimientos de baja complejidad

Durante el trimestre se realizaron 621 procedimientos quirúrgicos, en comparación con 631 procedimientos en el mismo período de 2024, lo que representa una disminución del 1,6 % y una participación del 19 % sobre el total de intervenciones del trimestre.

Esta tendencia evidencia una reducción sostenida en la actividad quirúrgica de baja complejidad, posiblemente asociada a:

- Menor demanda asistencial por parte de la población, relacionada con la resolución de casos en niveles previos de atención o cambios en los hábitos de búsqueda de servicios.
- Reorientación de recursos quirúrgicos hacia procedimientos de mayor complejidad, priorizando la eficiencia institucional.
- Programación selectiva de procedimientos electivos no urgentes debido a la disponibilidad de quirófanos y especialistas.

Ejemplos de procedimientos representativos:

- Reducción cerrada de luxación en hombro
- circuncisión
- Herniorrafia umbilical vía abierta
- Histeroscopia
- Extracción de dispositivo implantado en escapula, clavícula o tórax (costillas y esternón)

El descenso, aunque leve, refleja un ajuste en la distribución de la carga quirúrgica hacia intervenciones de mayor impacto clínico, manteniendo la capacidad resolutoria en procedimientos menores sin comprometer la oportunidad de atención.

2. Grupos 7 al 10 – Procedimientos de mediana complejidad

Durante el mismo período se realizaron 1.981 procedimientos, frente a 1.869 en 2024, lo que representa un incremento del 6 % y una participación del 61 % sobre el total institucional, consolidando a este grupo como el de mayor peso relativo dentro de la actividad quirúrgica.

Ejemplos de procedimientos representativos:

- Colecistectomía por laparoscopia
- Apendicectomía vía abierta
- Salpingectomía unilateral total por laparotomía
- Reparación o escisión de hidrocele [hidrocelectomía] de túnica vaginales
- Cesárea segmentaria transperitoneal

El aumento en este grupo refleja un fortalecimiento de la capacidad operativa en cirugías de mediana complejidad, respaldado por la mayor disponibilidad de equipos quirúrgicos, anestesiólogos y personal de apoyo, así como por la eficiencia en la programación y resolución de casos urgentes y electivos.

La tendencia sugiere un equilibrio adecuado entre la demanda asistencial y la oferta institucional, consolidando la posición del hospital como centro resolutivo de referencia regional.

3. Grupos 11 al 13 – Procedimientos de alta complejidad

Para el trimestre se ejecutaron 567 procedimientos, en comparación con 475 en 2024, lo que representa un aumento de 92 intervenciones, equivalente a un crecimiento del 18 %, con una participación del 18 % sobre el total de la actividad quirúrgica.

Ejemplos de procedimientos representativos:

- Colgajo local de piel compuesto de venecidad entre dos a cinco centímetros cuadrados
- Reparación vía abierta del manguito rotador
- Histerectomía total por laparotomía
- Ligadura y escisión de safena interna
- Reducción abierta de fractura en fémur (cuello, intertrocanterica, supracondílea) con fijación interna (dispositivos de fijación u osteosíntesis)

El crecimiento sostenido en este grupo refleja una mayor capacidad técnica y resolutive, producto de la disponibilidad de talento humano especializado, la modernización de equipos biomédicos y la articulación interdisciplinaria en el manejo de pacientes críticos y complejos.

Este comportamiento consolida la tendencia hacia la ampliación de la cobertura en cirugías de alta complejidad, fortaleciendo el rol del hospital como institución de referencia.

4. Grupos 20 al 23 – Procedimientos de muy alta complejidad

Durante el tercer trimestre de 2025 se realizaron 66 procedimientos, frente a 47 en el mismo período de 2024, lo que representa un incremento del 40 % y una participación del 2 % sobre el total de procedimientos quirúrgicos.

Aunque su volumen absoluto es menor frente a otros grupos, estas cirugías se caracterizan por su alta

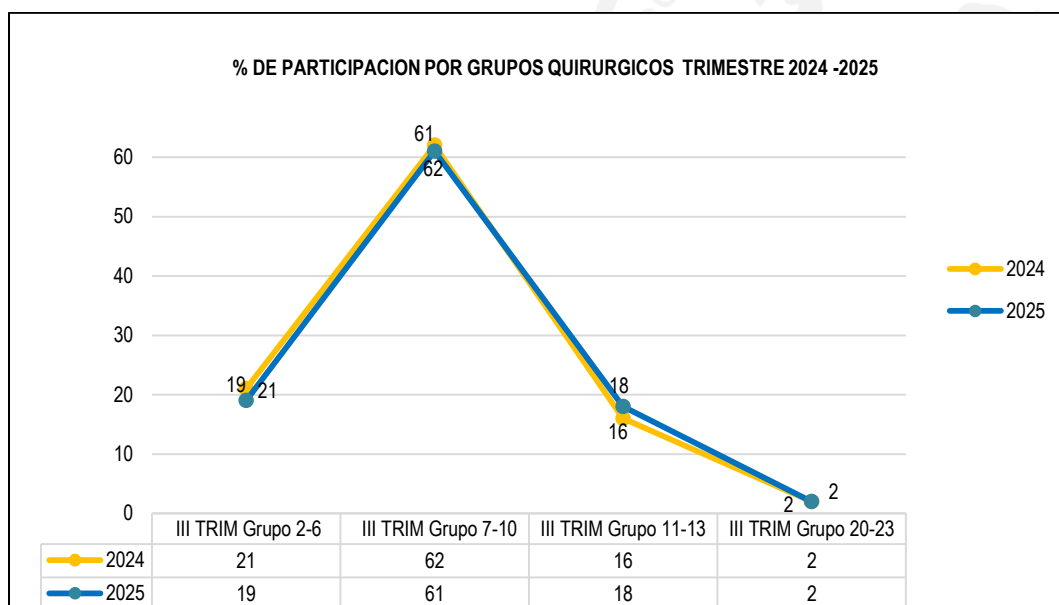
complejidad técnica, requerimientos avanzados de infraestructura y elevado impacto clínico y funcional en los pacientes atendidos.

Ejemplos de procedimientos representativos:

- Reemplazo protésico total primario simple de cadera
- Reconstrucción de ligamento cruzado anterior con injerto autólogo o con aloinjerto por artroscopia
- Mamoplastia de reducción bilateral
- Tenorrafia de flexores de dedos (cada uno) sin neurografía

El aumento observado en este grupo demuestra una expansión progresiva de la capacidad institucional para abordar procedimientos altamente especializados, resultado del fortalecimiento de las competencias quirúrgicas, la disponibilidad de tecnología avanzada y la mejora en la articulación con servicios de rehabilitación y seguimiento postoperatorio.

Análisis de Procedimientos Quirúrgicos por Grupos (2024-2025)



Fuente: Producción servicio salas de cirugía HRZ 2024 - 2025

El análisis de la actividad quirúrgica correspondiente al tercer trimestre de 2025 ofrece una visión integral del desempeño operativo y resolutivo del hospital, permitiendo identificar tendencias clave en la distribución de procedimientos según su nivel de complejidad.

De manera general, se observa una concentración progresiva de la producción quirúrgica en los grupos de mayor complejidad, en coherencia con los objetivos institucionales de fortalecimiento de la capacidad resolutiva especializada, particularmente en los grupos 11 a 13 y 20 a 23, lo cual refleja el avance hacia un modelo asistencial de mayor impacto clínico y eficiencia en el uso de recursos.

1. Grupos Quirúrgicos 2 al 6 – Baja Complejidad

- Tercer trimestre 2024: 631 procedimientos (21 % del total).
- Tercer trimestre 2025: 621 procedimientos (19 % del total).

- Variación interanual: ↓ 1,6 % (reducción de 10 procedimientos).

El leve descenso en la participación y volumen de procedimientos de baja complejidad puede atribuirse a factores tanto asistenciales como operativos, entre ellos:

- Priorización institucional de cirugías de mediana y alta complejidad, buscando optimizar el uso de salas quirúrgicas y del talento especializado.
- Resolución temprana de casos en el primer nivel de atención, lo que reduce la remisión de pacientes con patologías menores.
- Demoras en procesos administrativos o de autorización por parte de las EAPB, que suelen impactar con mayor frecuencia los procedimientos ambulatorios y de bajo costo.
- Limitaciones operativas puntuales, como mantenimiento de quirófanos, disponibilidad parcial de especialistas o reprogramaciones ante picos de demanda asistencial.

Aunque la reducción no es significativa, el comportamiento indica una redistribución planificada de la carga quirúrgica hacia procedimientos de mayor impacto clínico. Este enfoque contribuye a la eficiencia del modelo quirúrgico institucional, manteniendo la capacidad de respuesta ante cirugías menores sin afectar la oportunidad de atención.

2. Grupos Quirúrgicos 7 a 10 – Mediana Complejidad

- Tercer trimestre 2024: 1.869 procedimientos (62 % del total).
- Tercer trimestre 2025: 1.781 procedimientos (61 % del total).
- Variación interanual: ↓ 4,7 % (reducción de 88 procedimientos).

La reducción observada en los grupos de mediana complejidad representa un cambio relevante, considerando que históricamente este grupo concentra la mayor proporción de la actividad quirúrgica institucional. Entre los factores que podrían explicar esta disminución se destacan:

- Reorientación del tiempo quirúrgico hacia procedimientos de alta complejidad (grupos 11–13), priorizando casos de mayor severidad o referidos.
- Rotación o ausentismo del personal quirúrgico y anestésico, que limita temporalmente la capacidad operativa.
- Procesos de mantenimiento preventivo y correctivo de quirófanos que reducen la disponibilidad temporal de salas.
- Reclasificación de procedimientos, en los que técnicas más avanzadas trasladan parte de la carga quirúrgica hacia grupos superiores.

A pesar de la disminución, los grupos de mediana complejidad siguen constituyendo el núcleo operativo de la producción quirúrgica. Su participación superior al 55 % evidencia una estructura productiva equilibrada. El reto para la institución consiste en mantener la eficiencia y continuidad del flujo quirúrgico en este segmento, garantizando cobertura oportuna de procedimientos resolutivos y de alta demanda (como apendicectomías, herniorrafias, colecistectomías y cesáreas).

3. Grupos Quirúrgicos 11 a 13 – Alta Complejidad

- Tercer trimestre 2024: 475 procedimientos (16 % del total).
- Tercer trimestre 2025: 567 procedimientos (18 % del total).
- Variación interanual: ↑ 19,3 % (incremento de 92 procedimientos).

Durante el trimestre se registró un aumento significativo en los procedimientos de alta complejidad, los cuales demandan mayor tiempo quirúrgico, equipamiento especializado y soporte interdisciplinario. Este crecimiento evidencia varios aspectos positivos del desempeño institucional:

- Consolidación del hospital como centro de referencia regional, con capacidad para resolver patologías complejas remitidas desde otros niveles de atención.
- Optimización en la programación quirúrgica, priorizando cirugías de alto impacto clínico y social.
- Disponibilidad de talento humano especializado en áreas críticas como ortopedia, urología, cirugía general avanzada y cirugía vascular.
- Recuperación de procedimientos aplazados en periodos anteriores por limitaciones operativas o presupuestales.

El aumento en este grupo reafirma la capacidad técnica, resolutoria y formativa del hospital, consolidando su liderazgo en el manejo quirúrgico de alta complejidad. Además, fortalece la eficiencia clínica y contribuye al cumplimiento de metas institucionales de calidad y referencia especializada, así como al desarrollo continuo del talento humano quirúrgico.

4. Grupos Quirúrgicos 20 a 23 – Muy Alta Complejidad

- Tercer trimestre 2024: 47 procedimientos (2 % del total).
- Tercer trimestre 2025: 66 procedimientos (2 % del total).
- Variación interanual: ↑ 40,4 % (incremento de 19 procedimientos).

Aunque el volumen absoluto es bajo, este grupo agrupa las intervenciones de mayor exigencia técnica, logística y tecnológica, tales como reemplazos articulares, revisiones protésicas, reconstrucciones ligamentarias complejas y procedimientos neuroquirúrgicos o de reconstrucción microvascular.

El aumento de procedimientos en este grupo puede asociarse a:

- Mayor disponibilidad de implantes, insumos y equipos especializados gracias a la planificación anticipada del suministro.
- Fortalecimiento de las alianzas con proveedores y servicios de apoyo quirúrgico.
- Consolidación de equipos quirúrgicos altamente entrenados en técnicas de alta especialización.
- Optimización en la gestión de autorizaciones por parte de las EAPB, mejorando la oportunidad para cirugías de alto costo.

A pesar de su baja frecuencia, este grupo tiene un alto valor clínico y estratégico, dado que representa el nivel máximo de resolución quirúrgica. Su crecimiento refleja el avance institucional hacia la cirugía de máxima complejidad, fortaleciendo el posicionamiento del hospital como referente regional y nacional en procedimientos especializados.

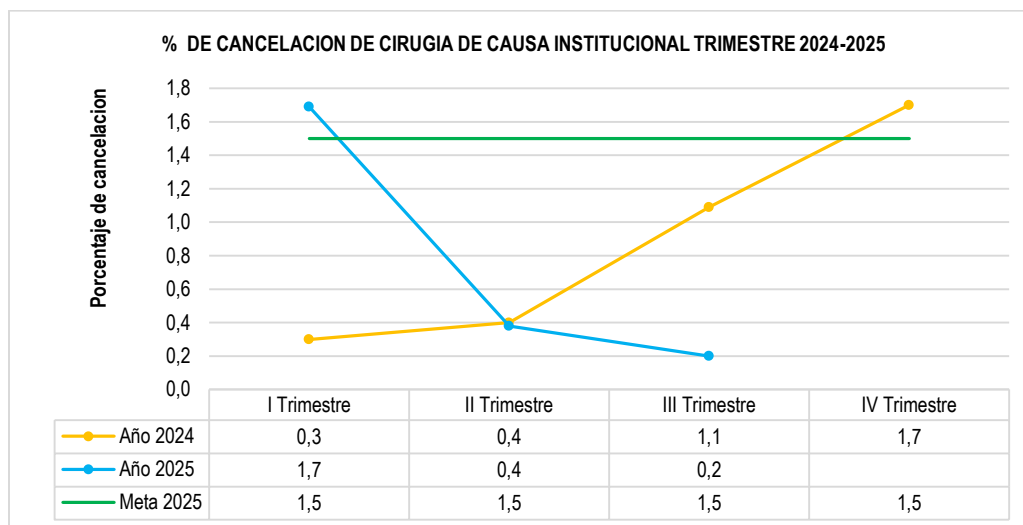
El comportamiento global de la actividad quirúrgica durante el tercer trimestre de 2025 muestra una redistribución favorable hacia los grupos de mayor complejidad (11–23), en coherencia con el enfoque institucional de mejora continua, eficiencia operativa y fortalecimiento de la capacidad resolutoria.

Entre los hallazgos más relevantes se destacan:

- Aumento del 19 % en procedimientos de alta complejidad y del 40 % en muy alta complejidad.
- Reducción leve en la baja complejidad (-1,6 %) y mediana complejidad (-4,7 %).
- Consolidación del hospital como centro de referencia en cirugía especializada, con una oferta integral

CANCELACIÓN DE CIRUGÍA ELECTIVA

Cancelación de cirugía de causa institucional. Trimestre 2024 a 2025



Fuente: Área de estadística

Para el tercer trimestre de 2025 se registraron dos (2) cancelaciones de procedimientos quirúrgicos atribuibles a causas institucionales, lo que representa un 0,2 % del total de cirugías programadas en el periodo. Aunque esta proporción es numéricamente baja y consistente con el mismo porcentaje registrado en el tercer trimestre de 2024 y con el segundo trimestre del 2025 con 0.4% , constituye un indicador relevante de eficiencia operativa, ya que cada cancelación puede tener implicaciones clínicas, logísticas y de satisfacción del paciente.

La tendencia estable observada sugiere que los procesos de planeación y programación quirúrgica mantienen un desempeño adecuado, pero aún existe margen de mejora para reducir cancelaciones evitables mediante acciones de anticipación y contingencia.

Principal causa de cancelación reportada

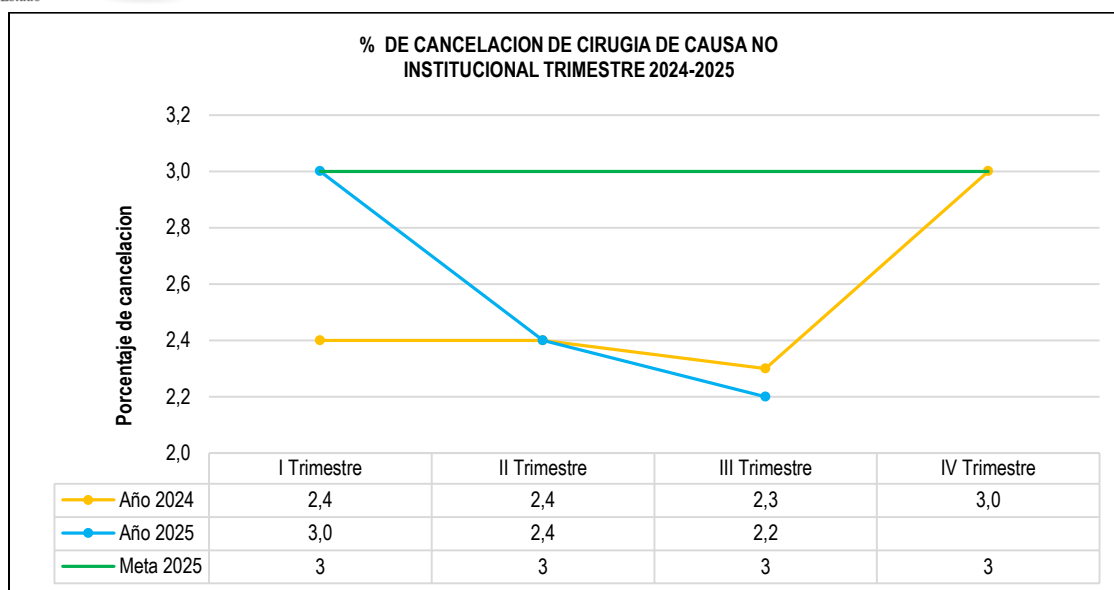
1. Ausencia de especialista (100 % de los casos)

Durante el trimestre se presentó la ausencia imprevista de un especialista quirúrgico, debido a una incapacidad médica súbita.

El profesional fue atendido dentro de la misma institución, lo que ocasionó la cancelación inmediata de los procedimientos programados para esa jornada, ante la imposibilidad de reemplazo oportuno.

No se evidenciaron cancelaciones asociadas a causas técnicas (fallas en equipos o insumos), logísticas (falta de sala o tiempo quirúrgico) ni administrativas (demoras en autorizaciones), lo cual refleja una adecuada planificación general del servicio quirúrgico.

Cancelación de Cirugía de Causa no Institucional. Trimestre 2024 A 2025



Fuente: Área de estadística

Durante el tercer trimestre de 2025, se registró un porcentaje de cancelación no atribuible a la institución del 2,2 %, equivalente a 22 procedimientos quirúrgicos cancelados.

Este valor se mantiene igual al observado en el mismo periodo de 2024, y en el segundo trimestre del 2025 con 2,4%, lo que refleja una tendencia estable pero persistente de cancelaciones derivadas de factores externos o ajenos al control directo de la institución.

Aunque el porcentaje se mantiene dentro de márgenes aceptables según estándares de calidad (menor al 3%)

Principales causas de cancelación identificadas

Ausencia del paciente el día de la intervención (58 % de los casos)

La inasistencia del paciente continúa siendo la causa más frecuente de cancelación no institucional. Esta situación puede estar asociada a:

- Barreras de acceso geográfico o económico, como dificultades de transporte o disponibilidad de acompañante.

Condiciones clínicas no controladas al momento del procedimiento (42 % de los casos)

Se reportaron cancelaciones por inestabilidad cardiovascular (hipertensión severa, arritmias, síntomas coronarios), cuadros respiratorios agudos, y descompensaciones metabólicas (como hiperglicemia o deshidratación), que obligaron a posponer la cirugía por criterios de seguridad del paciente.

Otros indicadores del proceso quirúrgico de relevancia

INDICADORES DE CIRUGÍA TRIMESTRE 2024-2025					
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	META	2024	2025	2025
			III TRIM	II TRIM	III TRIM
Oportunidad Cirugía de Catarata	Días	15 a 20	7	17	18

Oportunidad Cirugía de Reemplazo de Cadera	Días	15 a 20	0	11	4
Oportunidad en la realización CX Programada	Días	15 a 20	9	13	5
Porcentaje 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
Proporción de quejas y reclamos radicados en la institución del proceso de atención al paciente quirúrgico	Porcentaje	5,0%	0,9	1	0,0
Porcentaje cancelación cirugía electiva	Porcentaje	4,5%	1	3	2
Porcentaje de infección del sitio quirúrgico (Consolidado según tipo de ISO)	Porcentaje	4,0%	0,4	0,0	0,0
Cumplimiento del protocolo de pacientes con profilaxis antibiótica	Porcentaje	100%	94	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 anestésicas	Porcentaje	0,50%	0,0	0,0	0,0
Proporción cancelación cirugía electiva por causas atribuibles a la institución	Porcentaje	1,5%	1,1	0%	0,2
Porcentaje Cancelación cirugía electiva por causas no atribuibles a la institución	Porcentaje	3%	2,6	2%	2,2

Oportunidad Cirugía De Catarata:

Durante el tercer trimestre de 2025, el tiempo promedio de espera para la cirugía de catarata fue de 18 días, en comparación con los 7 días registrados en el mismo periodo del año 2024 y con el segundo trimestre del 2025 con 17 días. Aunque este resultado refleja un incremento 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 aumento frente al año anterior, los 18 días promedio evidencian una gestión eficiente de la agenda quirúrgica, manteniendo la oportunidad en la atención de una patología oftalmológica de alta prevalencia. El resultado actual se encuentra alineado con los criterios de oportunidad definidos por la institución, contribuyendo a garantizar la continuidad asistencial y evitando la progresión de la discapacidad visual en los pacientes afectados por catarata.

El incremento de 11 días en el tiempo de espera (de 7 a 18 días) podría estar relacionado con una mayor demanda de procedimientos oftalmológicos, el aumento en la captación de pacientes remitidos por otras entidades o ajustes temporales en la programación quirúrgica debido a disponibilidad de salas o recurso humano especializado. Sin embargo, la institución continúa implementando estrategias de optimización de agendas y priorización de casos clínicos para mantener los niveles de oportunidad dentro de los parámetros de calidad establecidos.

Oportunidad Cirugía De Reemplazo De Cadera

Durante el tercer trimestre de 2025, el tiempo promedio de espera para las cirugías de reemplazo articular fue de 4 días, en comparación con el año 2024 y con el segundo trimestre del 2025 de 11 días, en el cual no se realizaron intervenciones de este tipo durante el mismo periodo, por lo que no existían registros previos para establecer una comparación directa.

El valor actual refleja un tiempo de espera muy favorable, evidenciando una oportuna gestión de la programación quirúrgica y una eficiente coordinación entre los equipos asistenciales, quirúrgicos y administrativos. Aunque se observa un ligero incremento de un día frente al tiempo promedio general estimado en periodos anteriores, este cambio no afecta el cumplimiento de los estándares institucionales y se mantiene dentro de los parámetros óptimos de oportunidad quirúrgica.

El comportamiento estable del indicador demuestra la adecuada capacidad de respuesta de la institución frente a un tipo de procedimiento de alta complejidad y demanda creciente, que requiere una planeación

cuidadosa de recursos humanos, infraestructura y materiales especializados.

Asimismo, el tiempo promedio registrado se mantiene muy por debajo del umbral de referencia de 15 días, considerado óptimo por instituciones hospitalarias de alta complejidad para cirugías programadas de este tipo. Este desempeño evidencia la efectiva articulación entre los procesos clínicos y administrativos, garantizando la continuidad asistencial, la satisfacción del usuario y la eficiencia en el uso de los recursos quirúrgicos disponibles.

Porcentaje Ocupacional De Salas En Cirugía Programada

Durante el tercer trimestre de 2025, la ocupación de la sala de cirugía programada alcanzó el 79 %, en comparación con el 99 % registrado en el mismo período de 2024 y con el segundo trimestre del 2025 con 81%. Este resultado representa una disminución de 20 puntos porcentuales, lo que refleja una menor utilización de la capacidad instalada en relación con el año anterior.

Aunque la reducción podría interpretarse inicialmente como una disminución en la productividad quirúrgica, el valor del 79 % se mantiene dentro del rango óptimo de uso de las salas de cirugía (70 % – 85 %) recomendado para garantizar la eficiencia operativa sin comprometer la calidad asistencial. Este comportamiento sugiere una gestión más equilibrada de la programación quirúrgica, con una distribución adecuada de casos que permite optimizar recursos humanos y técnicos, así como mantener márgenes de disponibilidad para cirugías urgentes o de contingencia.

La variación frente al 2024 podría estar asociada a diversos factores, entre ellos:

- Normalización del volumen quirúrgico tras un período de alta demanda el año anterior.
- Reprogramación o redistribución de casos por priorización clínica o disponibilidad de especialistas.
- Ajustes logísticos o preventivos relacionados con mantenimiento de equipos, infraestructura o renovación tecnológica.
- Fortalecimiento del control de agenda, evitando sobreocupación y tiempos de espera excesivos.

Por otro lado, el resultado de 2024 (99 %) había evidenciado una sobrecarga de la capacidad instalada, lo cual, si bien reflejaba alta productividad, también representaba un riesgo operativo y asistencial por posible saturación del recurso quirúrgico.

En contraste, el desempeño del 2025 muestra una mejor gestión de la capacidad instalada, garantizando el equilibrio entre eficiencia, oportunidad y seguridad del paciente.

2.3.3 Proporción De Quejas Y Reclamos Radicados En La Institución Del Proceso De Atención Al Paciente Quirúrgico

En el tercer trimestre de 2025, no hubo una cantidad representativa de quejas ni reclamos por parte de los usuarios, lo que representa una disminución con respecto al 0.9 % reportado en el mismo período del año 2024 y con el segundo trimestre del 2025 con 1 %.

Este resultado del 0 % en el tercer trimestre del 2025, refleja no solo un nivel de satisfacción destacable, sino también una mayor participación de los usuarios en los procesos de retroalimentación institucional. Lejos de interpretarse como una falta de interacción, este indicador puede entenderse como una señal de confianza en los servicios prestados y en los canales de atención disponibles, así como una muestra del fortalecimiento de la relación entre el usuario y la institución.

Además, la capacidad institucional para dar respuesta oportuna y adecuada a situaciones previas ha sido clave en la mejora continua de la calidad del servicio quirúrgico. En un contexto de creciente demanda y presión operativa, contar con mecanismos efectivos de gestión y análisis de la retroalimentación se vuelve fundamental para garantizar la eficiencia del sistema y la satisfacción del usuario.

Este comportamiento, por tanto, no solo es un indicador positivo de desempeño, sino también una oportunidad para consolidar buenas prácticas y continuar fortaleciendo la calidad del servicio en beneficio de los pacientes.

Cumplimiento del protocolo de pacientes con profilaxis antibiótica

Durante el tercer 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 94 % registrado en el mismo período del año 2024 y con el segundo trimestre del 2025 con 100%.

Este resultado evidencia una mejoría sostenida del 6 %, consolidando un avance significativo en la adherencia a las buenas prácticas quirúrgicas y en el fortalecimiento de las medidas de seguridad del paciente.

El logro del 100 % de cumplimiento representa un hito institucional dentro de los indicadores de seguridad quirúrgica, al demostrar la implementación efectiva de los protocolos de profilaxis antimicrobiana, incluyendo:

- Selección adecuada del antibiótico según tipo de procedimiento y riesgo.
- Administración dentro del tiempo óptimo preoperatorio (30 a 60 minutos antes de la incisión).
- Registro completo en la historia clínica y en el listado de verificación quirúrgica (Checklist de seguridad).

Este desempeño refleja un alto nivel de compromiso del personal médico, de enfermería y farmacéutico, así como la consolidación de procesos interdisciplinarios que garantizan la trazabilidad y cumplimiento del protocolo institucional.

Impacto en la seguridad del paciente:

- Disminución del riesgo de infecciones del sitio operatorio.
- Mejora en la recuperación postquirúrgica y reducción de complicaciones infecciosas.
- Aumento en la confianza institucional y satisfacción del paciente.

Riesgos del proceso o servicio

PROCESO	RIESGOS PRIORIZADOS	MATERIALIZADO	EN CASO DE MATERIALIZARSE	
		SI/NO	ACCIONES REALIZADAS	ID - PLAN DE MEJORA
GESTIÓN DE RIESGOS	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 correctivos), e inexistencia de insumos para la limpieza, desinfección y esterilización de materiales.	NO	N/A	N/A

Conclusiones generales

- Durante el tercer trimestre de 2025, el Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Zipaquirá demostró un desempeño altamente favorable, evidenciado en el incremento del volumen de procedimientos y en el fortalecimiento de la capacidad resolutoria institucional. El crecimiento del 15 % en las intervenciones quirúrgicas y del 8 % en los procedimientos totales, frente al mismo periodo del año anterior, refleja una gestión eficiente, una adecuada planeación operativa y una articulación efectiva entre los diferentes servicios de apoyo asistencial.
- Se destaca el aumento significativo en la realización de procedimientos de alta (↑19 %) y muy alta complejidad (↑40 %), lo cual consolida al hospital como centro de referencia regional en cirugía especializada. Este comportamiento responde a una estrategia de fortalecimiento de la atención integral y a la optimización del recurso humano y tecnológico disponible.
- El cumplimiento del 100 % en la administración de profilaxis antibiótica, junto con el bajo índice de cancelaciones institucionales (0,2 %) y la ausencia de quejas o reclamos (0 %), confirman la adherencia a los protocolos de seguridad del paciente, la eficiencia en la gestión quirúrgica y el compromiso permanente del equipo asistencial con la calidad del servicio.
- Aunque se observó un incremento en los días de espera para cirugía de catarata (de 7 a 18 días), el indicador se mantiene dentro del rango institucional establecido, evidenciando oportunidad en la atención. Así mismo, el promedio de 4 días de espera para cirugías de reemplazo de cadera refleja una respuesta ágil y priorización adecuada en procedimientos de alta complejidad.
- La ocupación promedio de quirófanos del 79 %, si bien inferior al 99 % del año anterior, se encuentra dentro del rango óptimo de eficiencia (70–85 %), permitiendo un balance adecuado entre productividad, oportunidad y seguridad del paciente.
- Finalmente, la incorporación de cirugía plástica reconstructiva amplía la oferta institucional y refuerza la atención integral de pacientes con patologías derivadas de trauma, oncología y malformaciones congénitas, en coherencia con la política de expansión y fortalecimiento del portafolio quirúrgico.
- Los resultados alcanzados durante el trimestre reflejan una gestión eficiente, segura y centrada en el paciente, reafirmando el compromiso del Hospital Regional de Zipaquirá con la excelencia en la atención quirúrgica, la mejora continua y el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad del paciente establecidos por la institución.

Recomendaciones

- Consolidar la expansión del portafolio quirúrgico, promoviendo la incorporación progresiva de nuevas especialidades de alta complejidad y fortaleciendo la cirugía plástica reconstructiva, con el apoyo de los servicios de anestesia, hospitalización y rehabilitación.

- Mantener la adherencia al 100 % de los protocolos de seguridad del paciente, especialmente en lo relacionado con la profilaxis antibiótica, listas de verificación quirúrgica, identificación segura del paciente y control de infecciones del sitio operatorio.
- Monitorear de manera continua los indicadores de calidad clínica, tales como tasas de complicaciones, reintervenciones, infecciones postoperatorias y mortalidad quirúrgica, con el fin de identificar oportunidades de mejora y garantizar la trazabilidad de los resultados asistenciales.
- Optimizar el uso de la capacidad instalada a través de la programación eficiente de agendas, la gestión del tiempo entre cirugías (turnaround time) y el aprovechamiento de los turnos extendidos según la demanda institucional.
- Fortalecer los procesos de formación y actualización del talento humano quirúrgico y asistencial, promoviendo espacios de capacitación en buenas prácticas, seguridad del paciente y manejo de nuevas tecnologías, que contribuyan al mantenimiento de los estándares de calidad.
- Integrar herramientas tecnológicas de gestión y análisis de datos para el seguimiento automatizado de indicadores quirúrgicos, facilitando la toma de decisiones basada en evidencia y el soporte a la mejora continua.
- Reforzar la comunicación interdisciplinaria entre cirugía, anestesia, enfermería, central de esterilización y hospitalización, asegurando la coordinación oportuna y la continuidad del proceso quirúrgico sin interrupciones.
- Mantener y fortalecer la cultura de calidad y satisfacción del usuario, mediante la escucha activa, la humanización del servicio y la respuesta oportuna a las necesidades y expectativas del paciente y su familia.

8.7 SERVICIO DE 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.

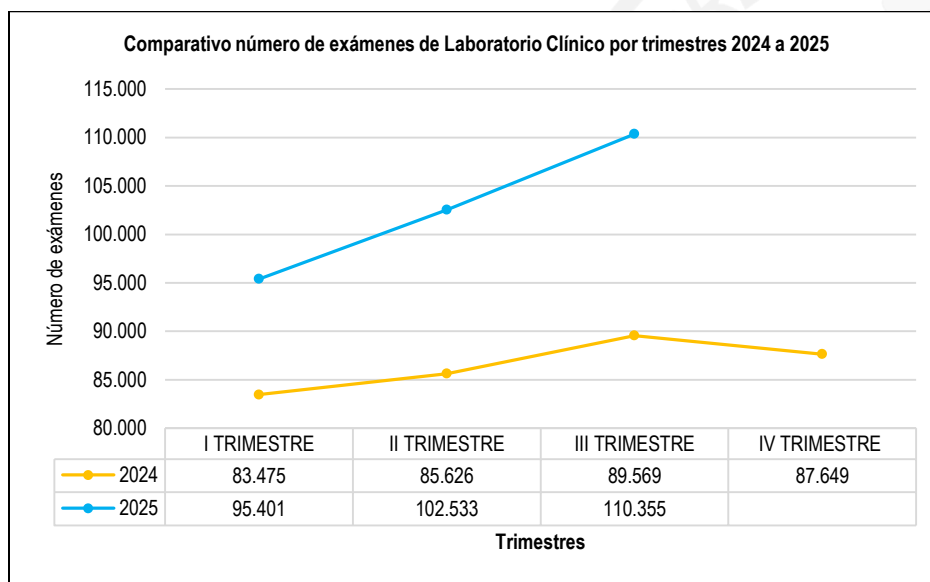
Talento humano

TALENTO HUMANO SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO	2025
	III TRIM
Coordinadora	1
Profesional en Bacteriología	7
Auxiliares de Enfermería (Auxiliar de laboratorio Clínico)	10
TOTAL	17

Fuente: Sistema de Gestión de la Información LABCORE

Indicadores de producción

Productividad de laboratorio clínico por trimestres



Fuente: Sistema de Gestión de la Información LABCORE

Durante el tercer trimestre del año 2025, se procesaron un total de 110.355 exámenes en el Laboratorio Clínico del Hospital Universitario de la Samaritana. Este valor representa un incremento de 7.822 exámenes respecto al periodo anterior indicando un sólido y constante crecimiento trimestral.

Al comparar el tercer trimestre de 2025 con el mismo periodo del año anterior (2024), Este periodo registró el mayor crecimiento tanto en términos absolutos como relativos, con una diferencia de 20.786 exámenes y un aumento superior al 23% con respecto a 2024. Ambos años mostraron su pico de rendimiento en el III Trimestre. Sin embargo, 2025 alcanzó el volumen más alto registrado (110.355 exámenes), indicando que este periodo experimentó el crecimiento interanual más fuerte.

Número de exámenes por servicio por trimestre 2024-2025

Servicio	DATOS CANTIDAD EXAMENES / PORCENTAJE	HRZ						
		2024				2025		
		TRIM I 2024	TRIM II 2024	TRIM III 2024	TRIM IV 2024	TRIM I 2025	TRIM II 2025	TRIM III 2025
Urgencias	CANTIDAD	46.648	46.261	45.907	44.391	53.441	53.123	55.466
	PORCENTAJE	55,9	54,0	51,3	50,6	56,0	51,8	50,3
Hospitalización	CANTIDAD	32.318	35.329	39.497	38.851	36.601	44.672	49.184
	PORCENTAJE	38,7	41,3	44,1	44,3	38,4	43,6	44,6

Consulta Externa	CANTIDAD	4.509	4.036	4.165	4.407	5.359	4.738	5.705
	PORCENTAJE	5,4	4,7	4,7	5,0	5,6	4,6	5,2
Total	CANTIDAD	83.475	85.626	89.569	87.649	95.401	102.533	110.355

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:** Si bien los Trimestres I y II mostraron un crecimiento robusto y similar (alrededor del 14,5%), el III Trimestre se destacó con un aumento de más del 20%. En todos los trimestres comparables (I, II y III), la cantidad de exámenes de Urgencias fue sustancialmente mayor en 2025 que en 2024. El III Trimestre de 2025 no solo registra el mayor volumen de exámenes de Urgencias de todo el periodo (55.466), sino que también experimentó el mayor aumento interanual de 9.559 exámenes respecto al III Trimestre de 2024.
- **Hospitalización:** La cantidad de exámenes tuvo un crecimiento significativo del 10,10% con respecto al trimestre inmediatamente anterior (TRIM II 2025). De igual manera se dio un crecimiento del 24,53% en comparación con el mismo periodo del año anterior (TRIM III 2024). Este alto porcentaje confirma que el volumen de trabajo muestra una tendencia de crecimiento sólida y sostenible en el tiempo.
- **Consulta Externa:** En el tercer trimestre de 2025, Consulta Externa El volumen de exámenes aumentó en 967 unidades, lo que representa un crecimiento del 20,41% respecto al trimestre anterior. El volumen de exámenes tuvo un crecimiento notorio del 36,98% en comparación con el mismo trimestre de 2024. Este alto porcentaje es un fuerte indicador de que este proceso o área está creciendo a una velocidad alta a nivel interanual.

Para este trimestre el crecimiento está liderado por Consulta Externa con 20,41%, seguido por Hospitalización 10,10%, mientras que Urgencias tuvo el crecimiento más moderado 4,41%, aunque contribuyó con el mayor volumen de aumento en términos absolutos 2.343. El crecimiento interanual es sostenido en todos los servicios, superando el 20% para cada uno; es de resaltar que Urgencias aporta el mayor volumen de exámenes.

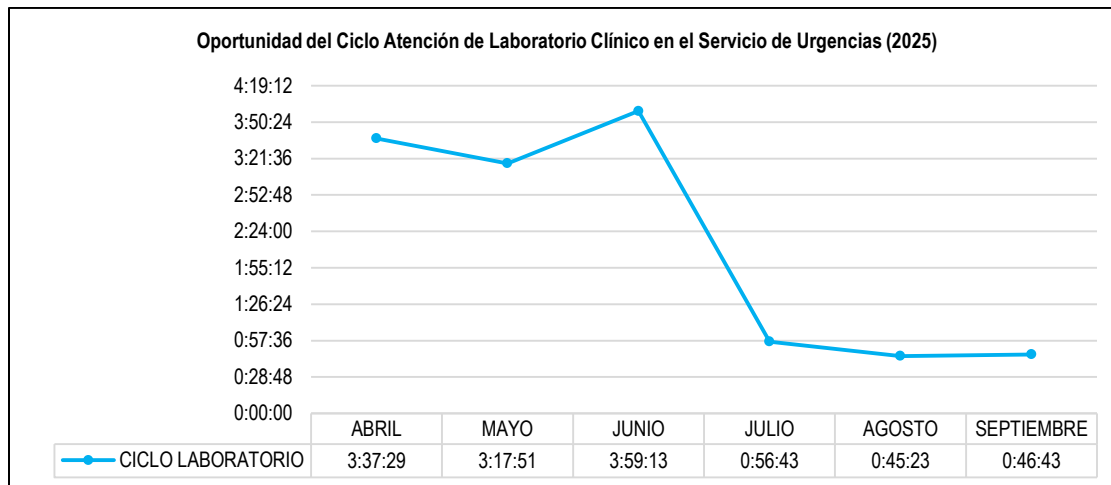
Distribución de exámenes de laboratorio clínico por áreas iii trimestre de 2025

Área	TOTAL TRIM III	PORCENTAJE
Inmunoquímica	72550	67,4
Hematología	13683	12,7
Coagulación	6423	6,0
Microbiología	4511	4,2
Especiales	4180	3,9
Uroanálisis	3449	3,2
Remisiones externas	2099	2,0
Inmunohematología	526	0,5
Parasitología	193	0,2
Inmunología	2	0,00
Total	107616	100

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.

Oportunidad laboratorio clínico en servicio de urgencias



Fuente: Sistema de Gestión de la Información Dinámica Gerencial

Desde el cambio de coordinación se inició monitorización y estandarización en los procesos con el fin de impactar positivamente la oportunidad de procesamiento y el ciclo de atención en las diferentes unidades del hospital. Con los ajustes implementados a los flujos de trabajo se evidencia que el ciclo propio del laboratorio mejoro considerablemente del II al III trimestre del año reduciendo en promedio 3 horas.

satisfacción del usuario (PQRS) en el III trimestre de 2025

PROCESO O SERVICIO	NUMERO (consecutivo asignado)	QUEJA	RECLAMO	CAUSA	ID - PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
LABORATORIO CLÍNICO	202519297		1	Dificultad para acceder a la línea telefónica	Se envían los reportes por medio del buzón de Resultados	
TOTAL			1		100%	

Fuente: Base PQRS HRZ

Se recibieron en el trimestre 2 peticiones las cuales fueron gestionadas. Se resalta que fueron notificadas 2 felicitaciones en el mes de septiembre por el trato brindado a los pacientes.

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: Matriz de riesgos laboratorio clínico

No se fallas según lo definido en el mapa de riegos para el laboratorio clínico en el periodo

seguridad del paciente III trimestre de 2025

NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ENERO A SEPTIEMBRE 2025 LABORATORIO CLINICO		
NOVEDADES DE SEGURIDAD DE LABORATORIO	CLASIFICACIÓN DE NOVEDADES DE SEGURIDAD	PRINCIPALES CAUSAS
LABORATORIO CLÍNICO 15	EVENTOS ADVERSOS:2	COMUNICACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS CRITICOS FALLAS EN LA ADHERENCIA LOS CRITERIOS DE VALIDACION
	INCIDENTES 12	IDENTIFICACIÓN MUESTRAS DE LABORATORIO:10 MUESTRAS COAGULADAS Y HEMOLIZADAS:2

Fuente. Seguridad del paciente HRZ

Se analizó el 100% de las novedades de seguridad detectadas y se generaron acciones de mejora encaminadas a prevenir la ocurrencia de nuevos casos.

documentos actualizados en el III trimestre 2025

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

personal en formación – estudiantes de bacteriología

INSTITUCION EDUCATIVA	2025
	II trimestre
UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA (PREGRADO)	2
Total	2

Conclusiones

- Producción** El incremento del volumen de exámenes durante el tercer trimestre de 2025 refleja una tendencia positiva en la capacidad de respuesta del Laboratorio Clínico.
- Participación:** la 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.
- Compromiso con la calidad:** el laboratorio ha garantizado un alto nivel de controles internos y externos. Reuniones de seguimiento y evaluación de control de calidad.
- Docencia:** Durante el tercer trimestre de 2025, se ha dado continuidad a las prácticas formativas en el Laboratorio Clínico.
- Coordinación:** Desde el cambio de Líder Laboratorio Clínico 2025 se han generado espacios de articulación y estandarización con la red Samaritana
- Seguridad del Paciente:** Fortalecer las acciones de mejora enfocadas en las principales causas de las novedades de seguridad, específicamente en Reforzar el paquete instruccional de identificación correcta de muestras y la adherencia a los criterios de validación, dado que la identificación de muestras fue la causa de 10 de los 12 incidentes.

recomendaciones

1. **Oportunidad:** incluir el monitoreo del ciclo de laboratorio en el área de hospitalización
2. **Estandarización:** Dar continuidad a la articulación con sede HUS y establecer los procesos que apliquen acorde a la realidad del Hospital Regional Zipaquirá

8.8 SERVICIO DE PATOLOGÍA

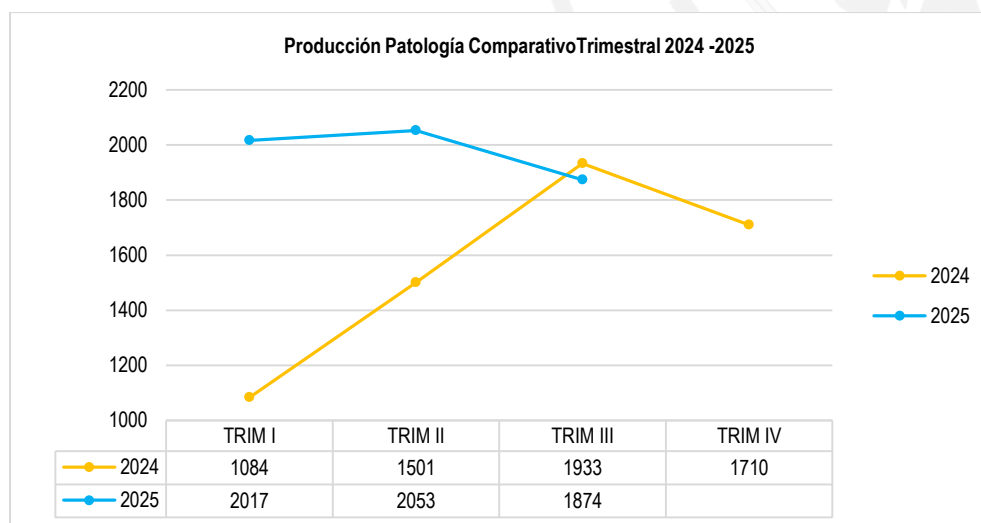
El Servicio de Patología del Hospital Regional de Zipaquirá, como parte de una institución de alta complejidad y referente en la atención especializada, ofrece un portafolio completo de servicios diagnósticos enfocados en el análisis de tejidos y muestras biológicas. Este servicio es esencial para el 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 Patología Comparativo trimestre año 2024 – 2025



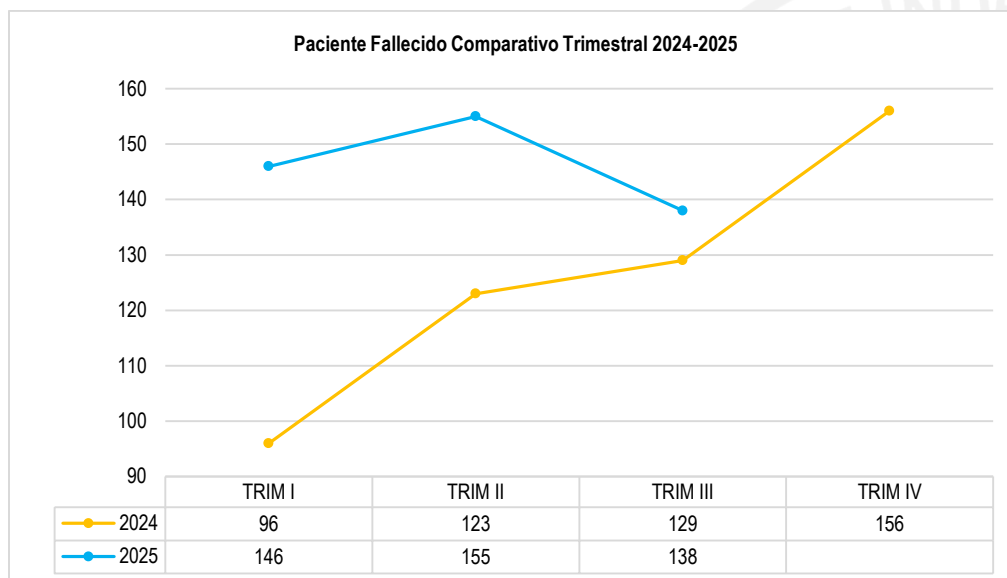
Fuente: Estadística dada por Sistema QHORTE y Dinámica Gerencial HRZ

A corte 30 de septiembre, durante el III trimestre de 2025 se realizaron 1874 exámenes con variación negativa del 3% en comparación al mismo período del año 2024 (1933 exámenes). Este comportamiento se debe a la

disminución de muestras de citologías tomadas en la unidad funcional y puestos de salud con una disminución del 45% en comparación con el mismo trimestre de 2024.

Asimismo, durante el II trimestre de 2025, se observa un total de muestras procesadas por patología de 2053 en comparación con el III trimestre el mismo año con 1874 con una disminución general del 9%, lo que indica una tendencia a la disminución de la producción del segundo semestre del año 2025 con una menor atención de pacientes en los servicios de hospitalización y toma de citologías.

Comparativo Trimestral Paciente Fallecido 2024 – 2025



Fuente: Base datos pacientes fallecidos

A 30 de septiembre de 2025, durante el III trimestre se entregaron un total de 138 pacientes fallecidos con un aumento de 7% en comparación al mismo período del año 2024 (129 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. Por otra parte, durante el II trimestre de 2025, el total de pacientes fallecidos fue de 155 en comparación con el III trimestre de 2025 con 138 pacientes con una variación negativa del 10%.

8.8.2 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 a la disminución a partir del III trimestre de 2025, en parte por la menor atención teniendo en cuenta que por los meses reportados, la atención de algunos servicios disminuye por la poca afluencia de pacientes. 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 SERVICIO DE GESTIÓN PRETRANSFUSIONAL

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.

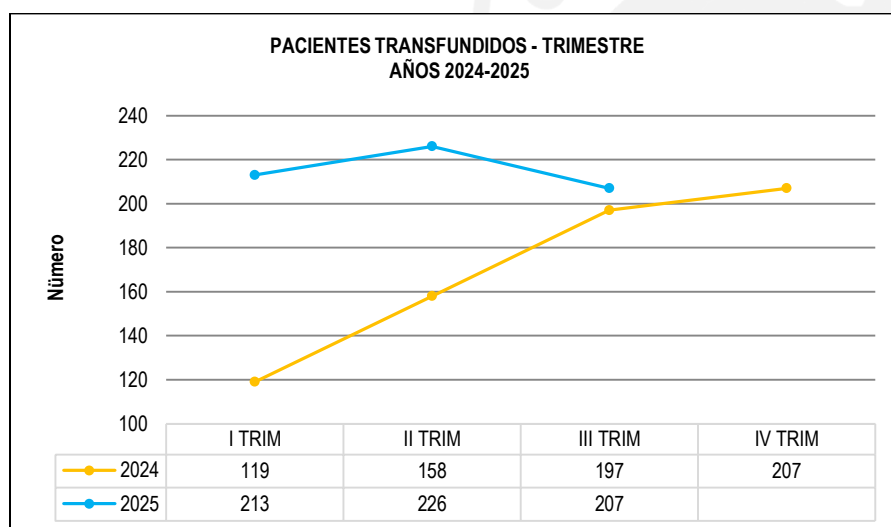
Talento humano

CARGO	I TRIM	II TRIM
BACT. Inmunohemato	4	4
Auxiliar Día	2	2
TOTAL	6	6

Fuente. Base talento humano SGPT HRZ

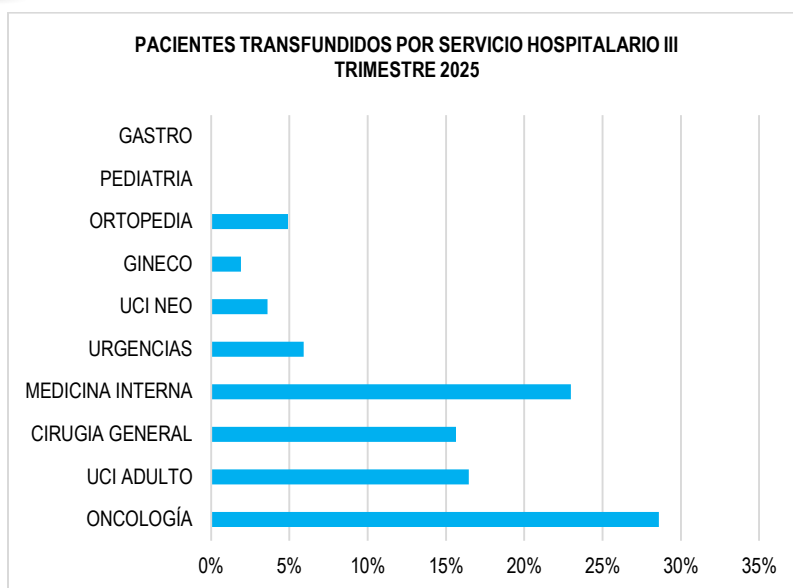
Indicadores de producción y oportunidad

Pacientes trasfundidos



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

En este periodo el número de pacientes transfundidos disminuyó del II al III Trimestre. El descenso fue de 19 pacientes, lo que representa una reducción de 8,41%. A pesar de este descenso, el III Trimestre de 2025 superó el volumen del mismo trimestre en 2024, lo que se traduce en un crecimiento interanual del 5,08%. La convergencia de los puntos en el III trimestre nos indican una demanda similar en ambos años.



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

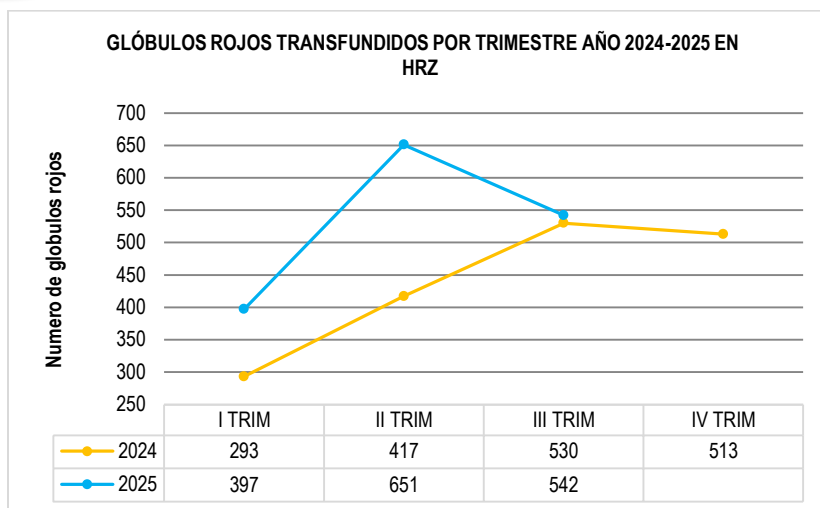
La distribución de las transfusiones en el III Trimestre de 2025 está claramente segmentada entre los servicios de alta y baja demanda. La demanda es impulsada predominantemente por servicios que manejan patologías de alto consumo de sangre o procedimientos de alto riesgo: Oncología, Medicina Interna, Cirugía General y UCI Adulto, que en conjunto suman aproximadamente el 83% de los pacientes transfundidos. El resto de los servicios tienen una participación mínima.

Hemocomponentes transfundidos por trimestre de los años 2024 – 2025

Durante el segundo trimestre del año 2025 se realizó la transfusión de 997 hemocomponentes en los diferentes servicios hospitalarios, distribuidos en 542 unidades de glóbulos rojos, 329 componentes plaquetarios y 126 plasmáticos (plasma y crioprecipitado).

El número total de unidades transfundidas se redujo en 140 unidades (de 1.137 a 997), lo que representa una caída del 12,31%. Este descenso general se alinea con la disminución de pacientes transfundidos observada previamente (de 226 a 207 pacientes).

Transfusión de glóbulos rojos



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

Durante el segundo trimestre hubo una disminución en la transfusión de glóbulos rojos del 16.74% representado en 109 unidades, evidenciando que en lo corrido de 2025 el pico de transfusión de glóbulos rojos se presentó en el II trimestre.

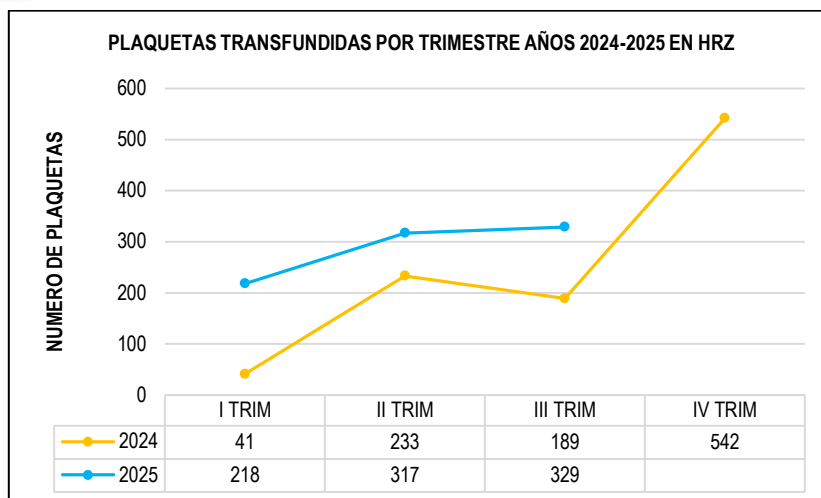
La demanda de GR en el III Trimestre fue casi idéntica en ambos años. El crecimiento fue mínimo (+2,26%, solo 12 unidades más), lo que refleja una estabilización en el consumo de GR después del alto crecimiento del primer semestre.

TRANSFUSIÓN GLÓBULOS POR SERVICIO III TRIMESTRE 2025		
SERVICIO	NÚMERO	PORCENTAJE
ONCOLOGÍA	285	29%
UCI ADULTO	164	16%
CIRUGIA GENERAL	156	16%
MEDICINA INTERNA	229	23%
URGENCIAS	59	6%
UCI NEO	36	4%
GINECO	19	2%
ORTOPEDIA	49	5%
PEDIATRIA	0	0%
TOTAL	997	100

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

La distribución muestra una concentración en unos pocos servicios especializados. Los cuatro principales servicios concentran el 84% del total de las transfusiones de GR, lo que indica dónde reside el grueso de la carga transfusional; distribuida entre Oncología, Medicina Interna, UCI adulto y Cirugía General. La tabla anterior muestra en detalle el uso de hemocomponentes por los diferentes servicios hospitalarios.

Transfusión de plaquetas por trimestre

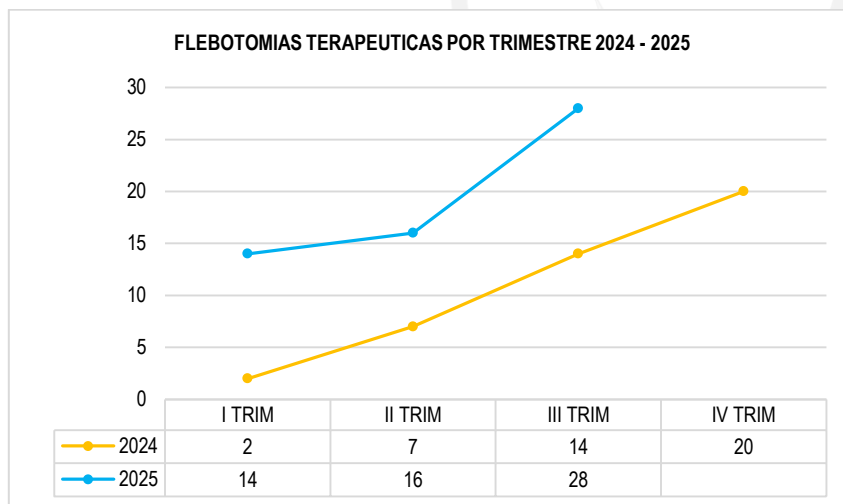


Fuente: Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank y SIHEVI

La demanda de plaquetas se mantuvo muy estable y constante durante la mitad del año 2025. La tendencia sostenida está directamente relacionada con el grupo de pacientes oncológicos. Manteniéndose como principal patología la trombocitopenia.

En relación con el mismo periodo del año anterior, se observa un incremento del 74.07% reflejando una mayor demanda transfusional en este hemocomponente por ingreso de perfil oncológico a la institución.

Servicio de flebotomías terapéuticas, comparativo por trimestre 2024 - 2025



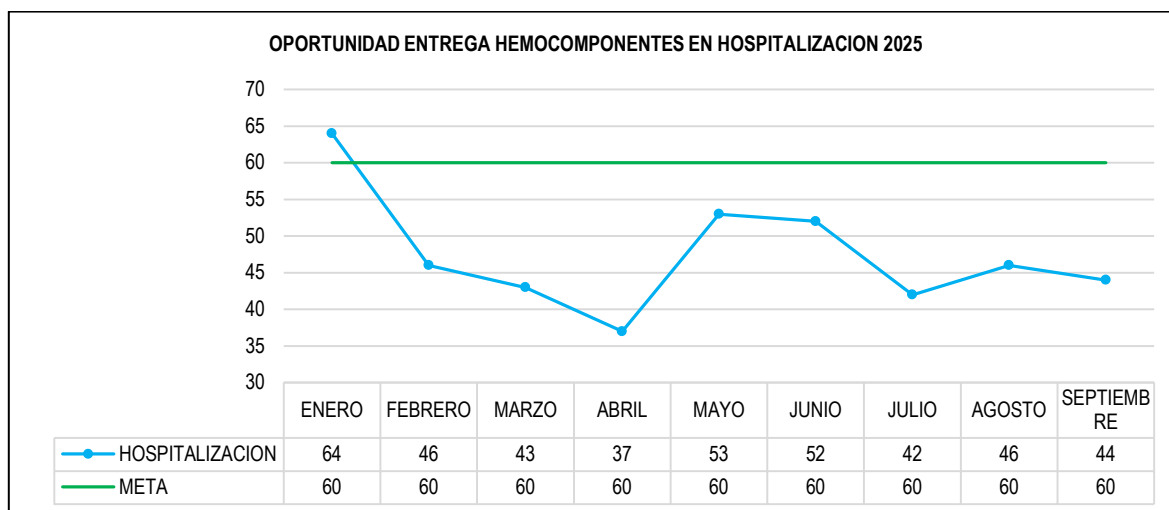
Fuente: Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank

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.

El III Trimestre de 2025 fue el periodo de máxima realización de flebotomías terapéuticas. El servicio no solo mantuvo la tendencia de aumento interanual, sino que duplicó la actividad del año anterior (100% de crecimiento) y experimentó una aceleración masiva (75% de crecimiento) respecto al trimestre anterior.

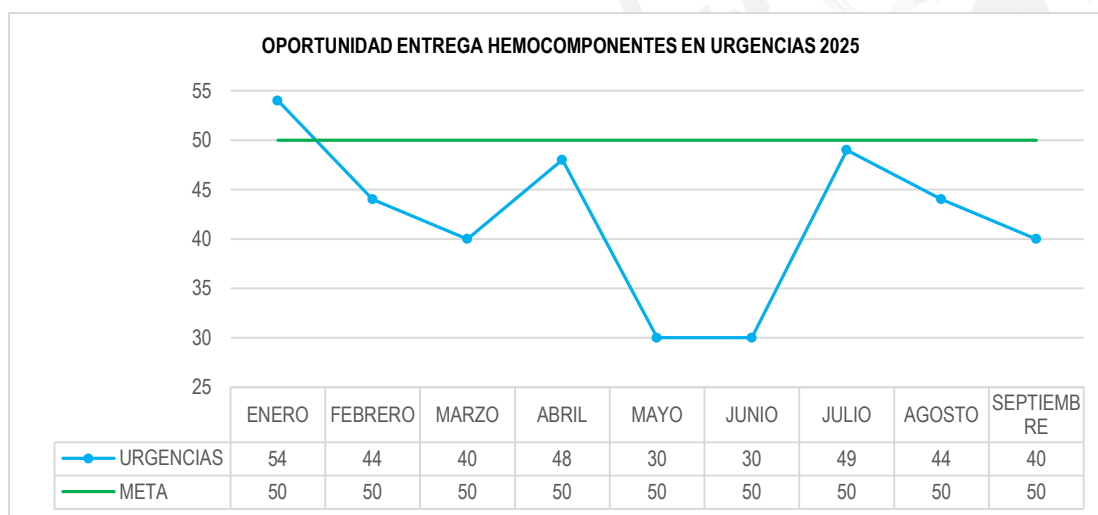
Oportunidad de entrega de hemocomponentes

A partir de este informe se incluyen los datos de oportunidad de entrega de hemocomponentes, discriminando entre transfusiones de hospitalización y urgencias. Teniendo en cuenta el proceso propio del Servicio de Gestión pre transfusional



Fuente: Sistema de información Banco de Sangre- Hexabank

Para las unidades hospitalarias el desempeño en términos de tiempo de entrega ha sido excelente, ya que el indicador se ha mantenido siempre por debajo o en el umbral de 60 minutos durante los nueve meses analizados. El tiempo de entrega más rápido se logró en abril con 37 minutos el cual se ve disminuido frente a los otros meses teniendo en cuenta que se transfundieron alto número de Plaquetas lo cual disminuye el promedio total. El tiempo de entrega con más demora se registró en Enero con 64 minutos siendo este el único mes que supera la meta de 60 minutos por 4 minutos, lo que representa el único incumplimiento en el corrido del año.



Fuente: Sistema de información Banco de Sangre

La oportunidad de Entrega de Hemocomponentes en Urgencias en el 2025 muestra un buen desempeño con claro cumplimiento de la meta en 8 de los 9 nuevos transcurridos, superando la meta por 4 minutos.

El tiempo promedio de entrega es de aproximadamente 41.1 minutos, lo que indica que, en la práctica la entrega se realiza alrededor de 9 minutos más rápido que la meta apalancando la gestión clínica en el manejo de pacientes críticos.

Conclusiones

Oportunidad: El SGPT demuestra una alta eficiencia en el tiempo de entrega de hemocomponentes, un indicador crítico para la seguridad del paciente ha logrado mantener los tiempos de respuesta de forma consistente superando las metas tanto para urgencias como hospitalización evidenciando una buena práctica operativa en el Hospital.

Transfusiones: El número total de unidades transfundidas se redujo en 140 unidades (12.31%) en el III Trimestre, lo cual es coherente con la disminución de pacientes transfundidos. Sin embargo, la demanda de GR en el III Trimestre fue estable respecto a 2024, con un crecimiento de 2.26%. Mientras que la demanda de plaquetas mostró un incremento significativo del 74.07% en comparación con el mismo periodo de 2024. Esta tendencia, estable durante la mitad del año, está directamente relacionada con la mayor demanda transfusional por el perfil de pacientes oncológicos que maneja la institución.

Recomendaciones

Flebotomías: Dado el crecimiento de las Flebotomías Terapéuticas (100% de crecimiento interanual), es crucial asegurar los recursos humanos y el soporte médico adecuado (actualmente con apoyo del servicio de urgencias) para mantener la capacidad de respuesta a esta demanda creciente a libre demanda.

Punto fijo Donantes: Dado que la infraestructura ya está disponible y que la demanda de hemocomponentes se mantiene alta y creciente en algunos hemocomponentes (como plaquetas, +74.07% interanual), la habilitación de un punto de donantes propio es una necesidad estratégica que debe ser presentada a la Dirección con enfoque en Seguridad Transfusional y apalancamiento de eficiencia operativa.

8.10 SERVICIO DE IMAGENOLÓGIA

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.

8.10.1 Dotación

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. Servicio imagenología HRZ

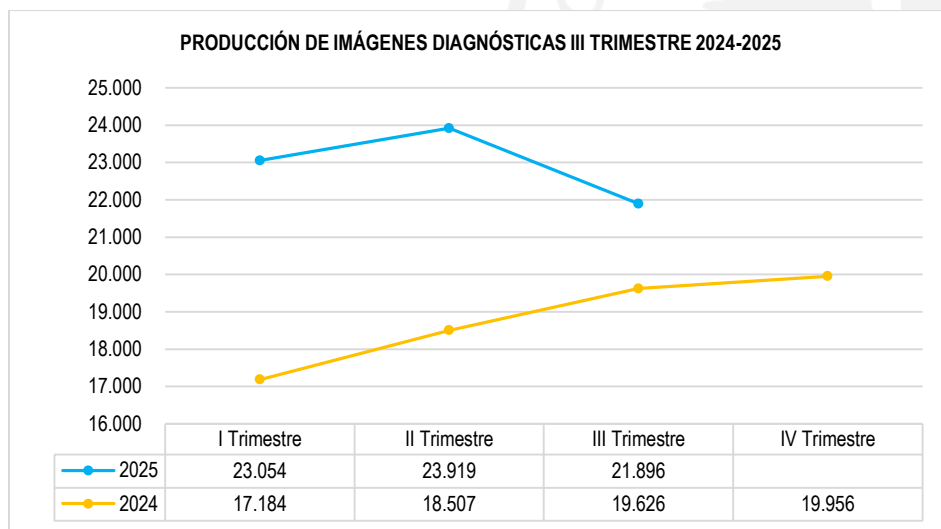
8.10.2 Talento humano

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. Servicio imagenología HRZ

8.10.3 Indicadores de producción



Fuente: Sistema de Información RIS Lumier

En el comparativo de producción del III Trimestre 2025 se observa una producción total de 21.896 estudios reflejándose un aumento frente a la producción del III Trimestre 2024 en 2.270 estudios, lo que corresponde a un aumento de la producción de un 12%.

Modalidades con mayor frecuencia por área

PROCEDIMIENTOS	%	%	2024	2025	
	III TRIM 2024	II TRIM 2025	III TRIM	II TRIM	III TRIM
RADIOLOGIA CONVENCIONAL					
Radiografías realizadas consulta externa	-9%	-63%	485	1191	440
Radiografías realizadas hospitalizados	11%	-4%	2492	2886	2757
Radiografías realizadas urgencias	15%	7%	6194	6633	7123
TOTAL ESTUDIOS RX	13%	-4%	9171	10710	10320
ECOGRAFIA					
	III TRIM 2024	II TRIM 2025	III TRIM	II TRIM	III TRIM

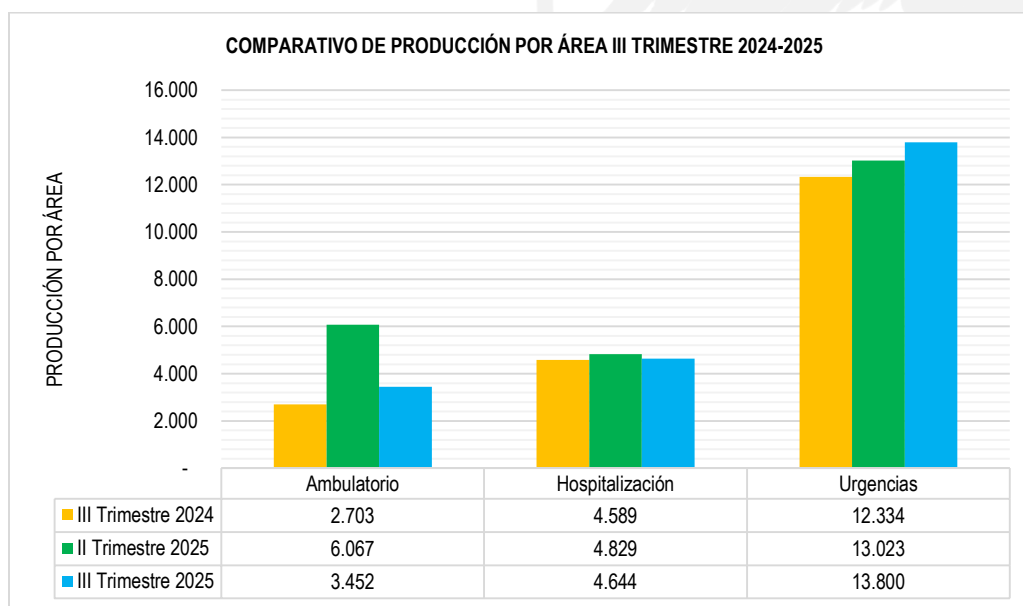
Ecografías realizadas consulta externa	-23%	-30%	1566	1716	1207
Ecografías realizadas hospitalización	-16%	9%	771	591	647
Ecografías realizadas urgencias	34%	10%	1841	2246	2471
TOTAL ESTUDIOS ECOGRAFIA	4%	-5%	4178	4553	4325
TAC	III TRIM 2024	II TRIM 2025	III TRIM	II TRIM	III TRIM
TAC realizadas consulta externa	137%	-52%	369	1821	875
TAC realizadas hospitalizados	-2%	-4%	1056	1085	1039
TAC realizadas urgencias	-4%	4%	3869	3566	3720
TOTAL ESTUDIOS TAC	6%	-12,9%	5294	6472	5634
RESONANCIA	III TRIM 2024	II TRIM 2025	III TRIM	II TRIM	III TRIM
Resonancias realizadas consulta externa	229%	-31%	283	1339	930
Resonancias realizadas hospitalizados	-26%	-25%	270	267	201
Resonancias realizadas urgencias	13%	-16%	430	578	486
TOTAL ESTUDIOS RESONANCIA	64%	-26%	983	2184	1617
Total imágenes diagnósticas			19626	23919	21896

Fuente: Sistema de Información RIS Lumier

En comparativo del III Trimestre 2025 con III Trimestre 2024, la modalidad que representó mayor crecimiento durante el trimestre corresponde a Resonancia Magnética con un aumento del 64% en su producción, seguido de RX con un 13%, TAC con un 4%, finalizando con Ecografía con un 4%.

En el comparativo de producción del III Trimestre 2025 frente al II Trimestre de 2025 se refleja una disminución en 2.023 estudios lo que representó un -8,4% en la producción, el cual se encuentra demostrado en las modalidades de Resonancia con una disminución del -26%, TAC con un -12,9%, Ecografía con un -5% y RX del -4%.

Comparativo de producción por áreas de servicio



Fuente: Sistema de Información RIS Lumier

En el comparativo de participación por áreas del III Trimestre 2025 frente al II Trimestre 2025, el servicio de Urgencias fue el de mayor demanda el cual representa el 6% de aumento en la producción. En cuanto a Hospitalización disminuyó la producción en un -4% y Ambulatorio con un -43% de la producción, dado por la cancelación de las agendas en el mes de septiembre de 2025, por disminución del presupuesto.

Comparativamente con el III Trimestre 2024 se evidencia crecimiento de los servicios ambulatorios en un 28%, seguido del servicio de urgencias con un aumento del 12% y hospitalización con el 1%.

8.10.4 Oportunidad del servicio

Indicadores de los tiempos de respuesta del servicio.

Oportunidad modalidad de ecografía:

ECOGRAFIA						
PERIODO	2024		2025		META	
	Hosp	Urg	Hosp	Urg	Hosp	Urg
I Trimestre	10,09	13,5	9,49	6,17	18	18
II Trimestre	14,03	13,26	7,85	7,08		
III Trimestre	9,19	11,48	6,87	4,89		
IV Trimestre	13,82	9,89				
PROMEDIO ANUAL	11,78	12,03	8,07	6,05		

Fuente: Sistema de Información Lumier RIS

En el servicio de Ecografía se observa una oportunidad dentro de los rangos establecidos, tanto para el servicio de Urgencias (4,89) como el de Hospitalización (6,87), sin superar la meta de 18 horas, manteniendo la oportunidad con respecto al III Trimestre del año 2024.

Oportunidad en resonancia magnética

RESONANCIA MAGNETICA (RM)						
PERIODO	2024		2025		META	
	Hosp	Urg	Hosp	Urg	Hosp	Urg
I Trimestre	40,00	45,31	41,12	25,81	72	72
II Trimestre	43,21	28,63	47,22	35,47		
III Trimestre	26,41	21,57	86,85	40,02		
IV Trimestre	39,45	27,19				
PROMEDIO ANUAL	37,27	30,68	58,40	33,77		

Fuente: Sistema de Información Lumier RIS

Para la modalidad de resonancia se observa comparativamente un aumento de los tiempos en el área de Hospitalización el cual para el III Trimestre 2025 fue de 86,85 horas contadas desde la generación de la orden hasta la entrega del resultado, comparativamente con el III Trimestre de 2024 se refleja un aumento de 60,44 horas donde se identifica una prolongación en los tiempos de lectura, sobrepasando la meta del indicador en un 20%, dado por el aumento en la demanda de solicitudes médicas. Como medida correctiva, se realiza una retroalimentación a los especialistas encargados de la lectura con el fin de mantener la meta en 72 horas, dando prioridad a la lectura del área de hospitalización.

Con respecto a los resultados obtenidos en los servicios prestados al área de Urgencias en 40.02 horas, aunque se presenta aumento del tiempo comparativamente con el III Trimestre de 2024 en aproximadamente 18 horas, no supera la meta de 72 horas.

Oportunidad para la modalidad de tomografía

TOMOGRAFIA (TAC)						
PERIODO	2024		2025		META	
	Hosp	Urg	Hosp	Urg	Hosp	Urg
I Trimestre	17,25	9,78	31,89	12,65	28	24
II Trimestre	25,31	10,49	37,02	11,2		
III Trimestre	30,05	12,56	42,11	12,37		
IV Trimestre	38,68	14,61				
PROMEDIO ANUAL	27,82	11,86	37,01	12,07		

Fuente: Sistema de Información Lumier RIS

En Tomografía el resultado del indicador de hospitalización para el III Trimestre del 2025 fue de 42,11 horas evidenciando un aumento comparativamente con el III periodo del 2024 en 12,06 horas y con respecto al II Trimestre 2025 en 5 horas, indicando la aplicación de estrategia en la priorización del servicio de hospitalización.

El indicador para el III Trimestre 2025 en urgencias tiene un resultado de la oportunidad de 12,37 horas, el cual no supera la meta establecida en 24 horas, manteniéndose frente a los resultados obtenidos durante el 2024 y frente a los resultados del II Trimestre 2025, estos resultados se mantienen debido a la priorización de la atención que se realiza a los pacientes de urgencias teniendo en cuenta que los apoyos diagnósticos aportan información clínica con respecto a definición de salida o la hospitalización del paciente.

8.10.5 Indicadores normativos de notificación Res.256

INDICADOR	CODIGO DE ALMERA	UNIDAD MEDIDA	META	AÑO 2025		
				I TRIM	II TRM	III TRIM
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR	1626	DIAS	8 DIAS	4,72	2,23	1,64
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE ECOGRAFIA	1627	DIAS	8 DIAS	4,33	1,90	1,56

Fuente: Sistema de Información Dinámica Gerencial

Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear

Para el III Trimestre de 2025 el tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia fue de 1,64 días encontrándose dentro del rango esperado, el cual no supera la meta establecida de 8 días, manteniéndose su resultado frente al II Trimestre de 2025.

Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía

Para el III Trimestre de 2025 el tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía fue de 1,56 días encontrándose dentro del rango esperado, el cual no supera la meta establecida de 8 días, manteniéndose su resultado frente al II Trimestre de 2025.

8.10.6 Satisfacción del usuario (PQRS) en el III 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 y Tomografía, con un total de 28 reclamos los cuales en su totalidad fueron gestionados de acuerdo con la

necesidad de los usuarios.

HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA				
DESCRIPCIÓN	JULIO-25	AGOSTO-25	SEPTIEMBRE-25	ACUMULADO
Número de solicitudes resueltas parcialmente en línea	1510	698	48	2256
Número de solicitudes resueltas de forma presencial	564	337	307	1208
Número total de solicitudes realizadas (En línea, parcialmente en línea y presenciales)	2074	1035	355	3464
Número de PQRD recibidas	13	8	7	28

Fuente: Base PQRS HRZ

8.10.7 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.

8.10.8 Conclusiones y recomendaciones

En el comparativo de producción del III Trimestre 2025 se observa un aumento de la producción total en un 12% lo que representó un aumento en 2.270 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 64% con respecto al III Trimestre de 2024 con un aumento en 634 estudios, derivado de los convenios institucionales en el Hospital.

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 FARMACEUTICO

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.

1. EJECUCIÓN CONTRACTUAL

DISPOSITIVOS MEDICOS				
AÑO	# DE CONTRATOS	VALOR TOTAL REGIONAL ZIPAQUIRÁ	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCION
			III TRIMESTRE	
2024	122	\$ 7.666.266.919	\$ 5.750.486.824	75%
2025	49	\$ 3.381.422.246	\$ 3.126.567.562	92%

Para el III trimestre de la vigencia 2025 se contaba con 49 contratos debidamente legalizados, con un valor total de \$3.381.422.246, y se ejecutaron \$3.126.567.562, alcanzando un 92% de ejecución. Aunque el valor total y el número de contratos disminuyeron en 2025, la ejecución fue más eficiente, con un aumento significativo en el porcentaje de ejecución respecto a 2024, pasando del 75% al 92%. Esto indica una mejora en la eficiencia en la ejecución de los contratos a pesar de la reducción en la cantidad de recursos asignados.

MEDICAMENTOS				
AÑO	# DE CONTRATOS	VALOR TOTAL REGIONAL ZIPAQUIRÁ	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCION
			III TRIMESTRE	
2024	46	\$ 3.998.100.428	\$ 3.747.905.037	94%
2025	22	\$ 4.775.656.654	\$ 2.492.392.132	52%

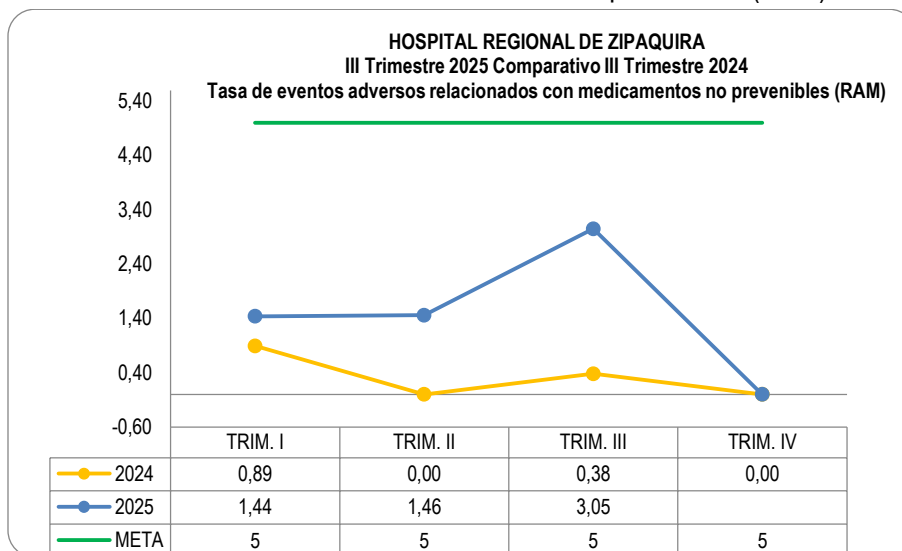
En cuanto a medicamentos, en el III trimestre de 2025, el número de contratos disminuyó a 22, con un valor total de \$4.775.656.654, pero la ejecución fue solo de \$2.492.392.132, lo que representa un 52% de ejecución. Aunque el valor total de los contratos aumentó en 2025, la ejecución fue considerablemente más baja, lo que refleja una reducción significativa en el cumplimiento de los contratos respecto al año anterior, dado por los desabastecimientos de medicamentos a nivel nacional.

2. ANÁLISIS DE INDICADORES DE FARMACOVIGILANCIA

Para el III 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
- Porcentaje de Cumplimiento al Programa de Farmacovigilancia.
- Porcentaje de Apropiación a los Procesos de Capacitación y/o Educación en el Cliente Interno y Externo en el Programa de Farmacovigilancia
- Porcentaje de Novedades del Programa de Farmacovigilancia Gestionadas

A. Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos no prevenibles (RAM)



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

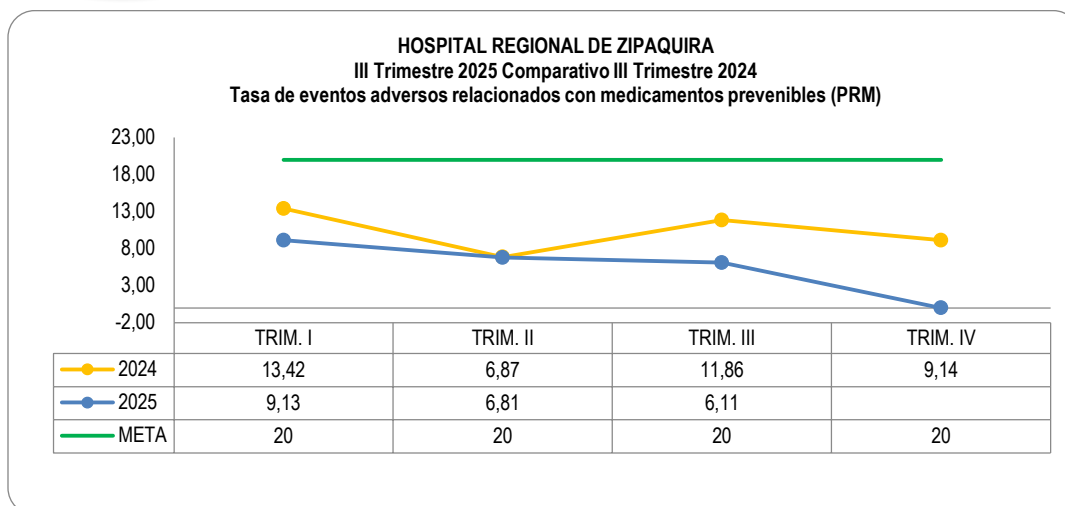
Este indicador mide la frecuencia de aparición de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) en pacientes hospitalizados, expresada como el número de casos por cada 1.000 personas atendidas. Su finalidad es evaluar la seguridad en el uso de medicamentos dentro del hospital.

Durante el tercer trimestre de 2025 se observó una variación positiva del 703 % en la incidencia de RAM no prevenibles respecto al mismo periodo de 2024. La tasa aumentó de 0,38 a 3,05 casos por cada 1.000 pacientes hospitalizados. Evidenciándose 2 casos reportados por cada mes evaluado. Si bien el cambio refleja una variación estadísticamente significativa, el valor absoluto continúa siendo inferior a la meta institucional y/o rango de seguridad establecida (≤ 5 RAM por cada 1.000 pacientes), lo que evidencia que la seguridad farmacológica se mantiene dentro de los parámetros aceptables.

Es importante destacar que todas las RAM notificadas fueron catalogadas como no prevenibles, ya que se produjeron a pesar de la correcta administración de los fármacos y la adherencia a los protocolos institucionales. Este tipo de reacciones suelen tener un carácter impredecible o idiosincrático, vinculado a factores individuales de cada paciente, lo que limita la posibilidad de prevención incluso bajo un manejo terapéutico adecuado.

Por lo tanto, la interpretación del indicador debe centrarse no solo en la magnitud del cambio numérico, sino también en la solidez del sistema de notificación y en el fortalecimiento de la cultura de seguridad del hospital. La mejora continua en la detección y reporte de RAM representa un avance positivo hacia la identificación oportuna de riesgos, la implementación de medidas de mitigación y el mantenimiento de un entorno clínico más seguro para los pacientes.

B. Tasa de eventos adversos relacionados con medicamentos prevenibles (PRM)



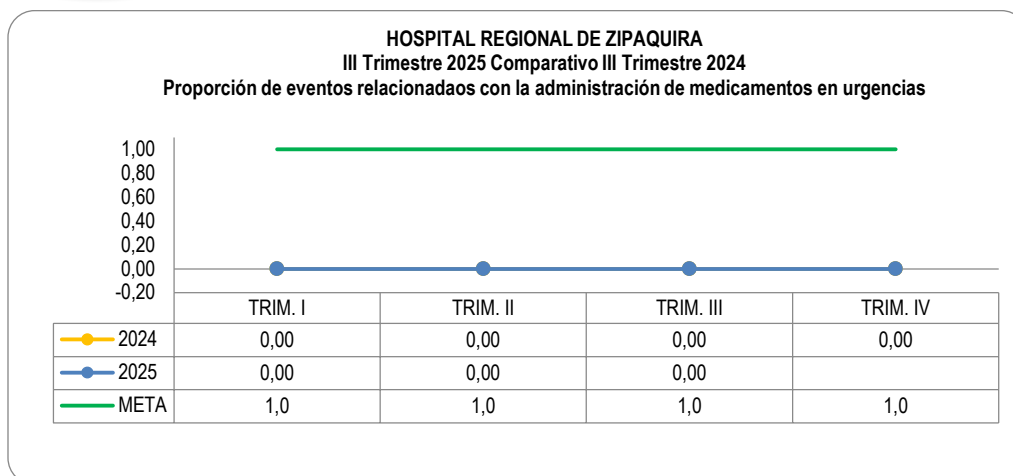
Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

El indicador de eventos adversos prevenibles relacionados con medicamentos (PRM) permite medir la frecuencia con la que ocurren incidentes derivados del uso de fármacos en pacientes hospitalizados, expresados por cada 1.000 personas atendidas. En el Hospital Regional de Zipaquirá (HRZ), durante el tercer trimestre de 2025, la tasa registrada fue de 6,11 eventos por cada 1.000 pacientes, evidenciando una variación negativa del 48 % respecto al mismo periodo de 2024, cuando se reportaron 11,86 eventos por cada 1.000 hospitalizaciones.

Aunque esta disminución representa un comportamiento favorable del indicador, los valores actuales se mantienen ampliamente por debajo del límite institucional establecido (≤ 20 eventos por cada 1.000 pacientes), lo cual sugiere una adecuada gestión del riesgo asociado al uso de medicamentos. No obstante, se debe considerar la posible existencia de subregistro, ya que la falta de reporte completo o sistemático podría estar limitando la representatividad real de los datos.

En reconocimiento de esta situación, se ha planificado acciones orientadas al fortalecimiento de la farmacovigilancia, entre las que destacan el incremento de las rondas activas de detección de eventos adversos, el refuerzo de las capacitaciones al personal asistencial y la promoción de una cultura de reporte proactiva y transparente. Estas estrategias buscan consolidar un sistema de notificación más robusto y confiable, garantizando la detección oportuna de incidentes prevenibles y no prevenibles.

C. Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

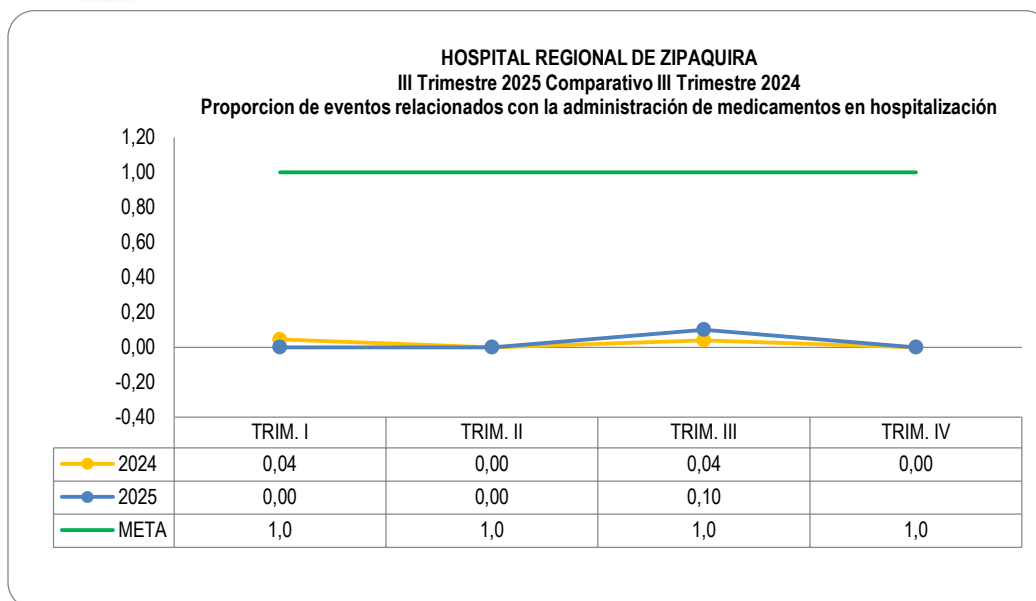
Este indicador tiene como propósito identificar de manera temprana posibles desviaciones en los procesos de administración de medicamentos dentro del servicio de urgencias, con el objetivo de fortalecer las barreras de seguridad y garantizar una atención segura y de calidad al paciente. Durante el tercer trimestre de 2025, no se observaron variaciones con respecto al mismo periodo de 2024; este comportamiento estable también se mantuvo en los anteriores trimestres del año, reflejando consistencia en los resultados y el cumplimiento de la meta institucional, con una tasa de eventos adversos asociados del 0,00 %.

Aun así, es importante reconocer la posible presencia de subregistro, ya que la ausencia total de notificaciones podría estar relacionada con factores como el desconocimiento del personal sobre los criterios de reporte o la falta de apropiación de la cultura de seguridad. En este sentido, se plantea la necesidad de reforzar las rondas de farmacovigilancia activa, los procesos de capacitación, auditoría y retroalimentación continua, a fin de asegurar una notificación oportuna y completa de los incidentes que pudieran presentarse.

Es importante resaltar que este análisis se centra especialmente en el servicio de enfermería, dado que la administración de medicamentos constituye una de las actividades más críticas y de mayor responsabilidad dentro del proceso asistencial. La correcta ejecución de esta tarea tiene un impacto directo en la seguridad del paciente, por lo que resulta esencial fortalecer la participación activa del personal de enfermería en el análisis y seguimiento del indicador, promoviendo su apropiación y compromiso con la mejora continua. Asimismo, se enfatiza la importancia de mantener la adherencia a los protocolos institucionales, así como de consolidar una cultura de reporte abierta, transparente y no punitiva, que favorezca la identificación temprana de oportunidades de mejora.

En este sentido, el monitoreo constante de este indicador no solo contribuye a verificar el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad establecidos, sino que también potencia el desarrollo profesional del equipo de enfermería, impulsando prácticas más seguras, eficaces y orientadas a la excelencia en la atención al paciente.

D. Proporción de eventos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Este indicador tiene como propósito identificar de manera temprana posibles desviaciones en los procesos de administración de medicamentos dentro del servicio de hospitalización, con el objetivo de establecer barreras de seguridad efectivas que reduzcan riesgos y fortalezcan la calidad del cuidado brindado.

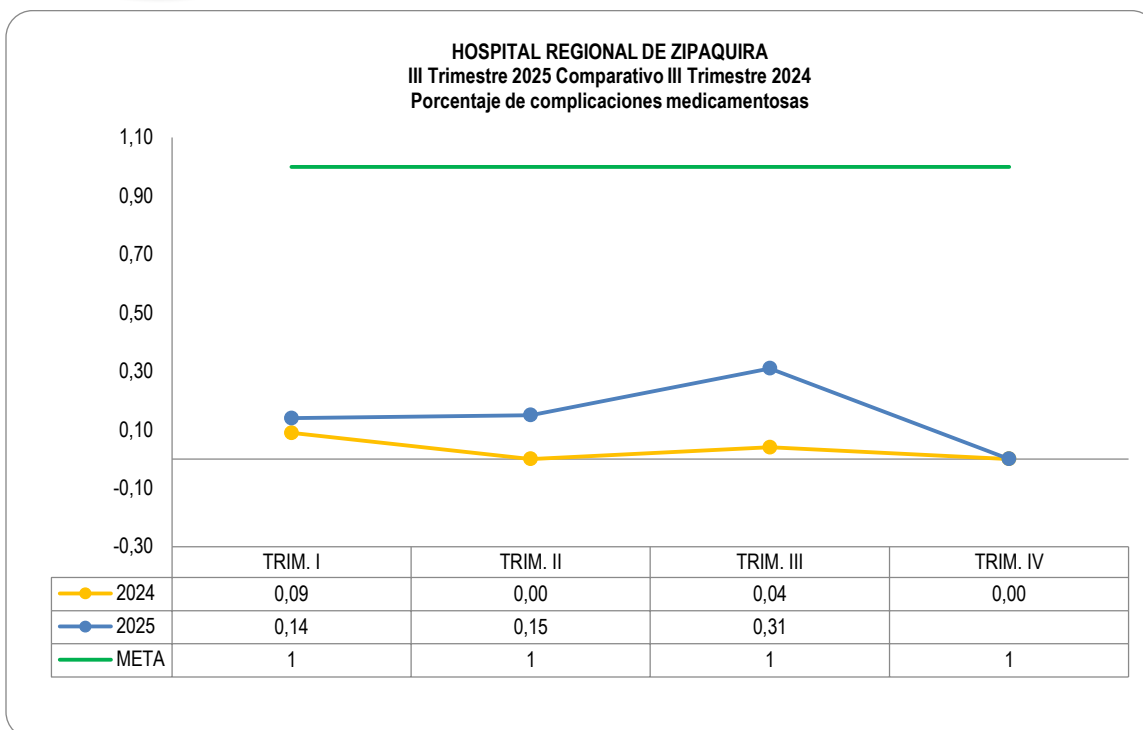
Durante el tercer trimestre de 2025 se observó una variación positiva del 150 % en comparación con el mismo periodo del año 2024, pasando de una proporción de 0,04 a 0,10, con la ocurrencia de dos eventos en el mes de septiembre, relacionados con fallas en los procesos de administración y prescripción de medicamentos.

A pesar de este incremento, el indicador se mantiene dentro del rango de seguridad institucional (1 %), cumpliendo con la meta de mantener al mínimo este tipo de incidentes. No obstante, se reconoce la posibilidad de subregistro en la notificación de eventos, lo que resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de vigilancia activa, monitoreo continuo y cultura de reporte, con el fin de garantizar la precisión y confiabilidad de la información generada.

Es importante destacar que este análisis tiene un enfoque particular en el servicio de enfermería, dado que la administración de medicamentos constituye una de las actividades más críticas y de mayor responsabilidad en el proceso asistencial. Por ello, resulta esencial fortalecer la participación activa del personal de enfermería en el análisis y seguimiento del indicador, promoviendo su involucramiento en la identificación de causas, la implementación de medidas preventivas y la evaluación de resultados.

Reforzar esta participación no solo contribuye a la mejora continua de las prácticas de medicación segura, sino que también impulsa el desarrollo profesional y la cultura de seguridad dentro del equipo de enfermería. De este modo, el seguimiento de este indicador se convierte en una herramienta clave para consolidar una atención más segura, efectiva y centrada en el paciente, garantizando la calidad y confianza en los procesos de cuidado hospitalario.

E. Porcentaje de complicaciones medicamentosas



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

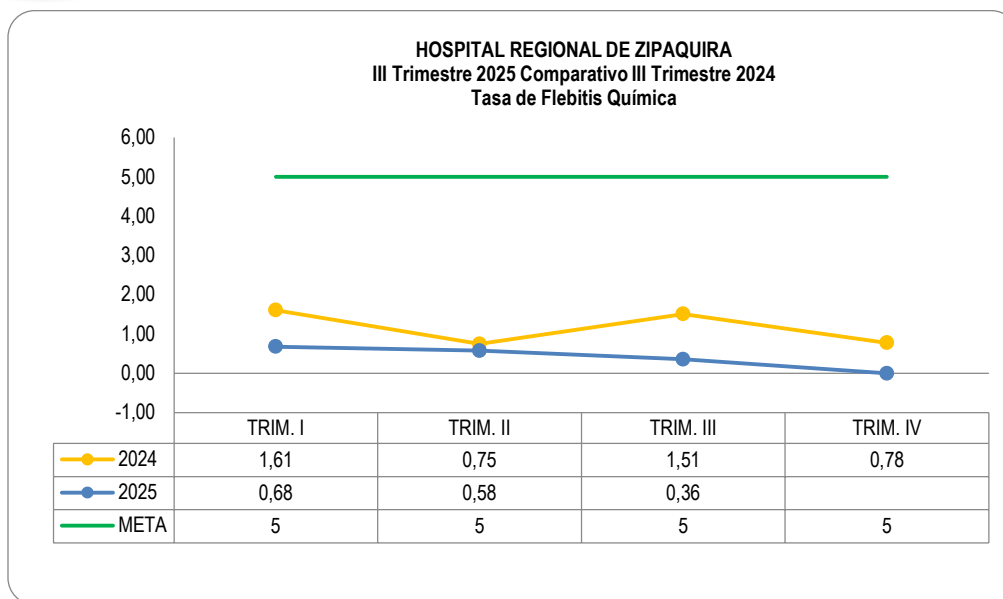
Durante el tercer trimestre de 2025, se observó un incremento en la tasa de complicaciones asociadas a la administración de medicamentos en el ámbito hospitalario, alcanzando un 0,31%, en comparación con el 0,04% registrado en el mismo periodo del año 2024. Lo cual representa una variación positiva del 675%, equivalente a seis eventos reportados durante el trimestre evaluado.

Este comportamiento demanda una revisión detallada de los procesos relacionados con la seguridad en el manejo de medicamentos, ya que puede evidenciar áreas susceptibles de mejora en la práctica clínica y en los protocolos de control.

Aunque el incremento podría deberse a un fortalecimiento en la detección y notificación de eventos adversos, resulta prioritario reforzar los sistemas de vigilancia, fomentar una cultura institucional orientada al reporte oportuno y garantizar un monitoreo constante de la farmacoterapia administrada a los pacientes.

Este análisis se enfoca principalmente en la actividad dentro del servicio de enfermería, dado que las complicaciones reportadas se relacionan directamente con la administración de medicamentos, una labor esencial del personal de enfermería que requiere atención, capacitación continua y cumplimiento estricto de los protocolos de seguridad. Por ello, resulta esencial fortalecer la participación activa del personal de enfermería en el análisis y seguimiento del indicador

F. Tasa de Flebitis Química



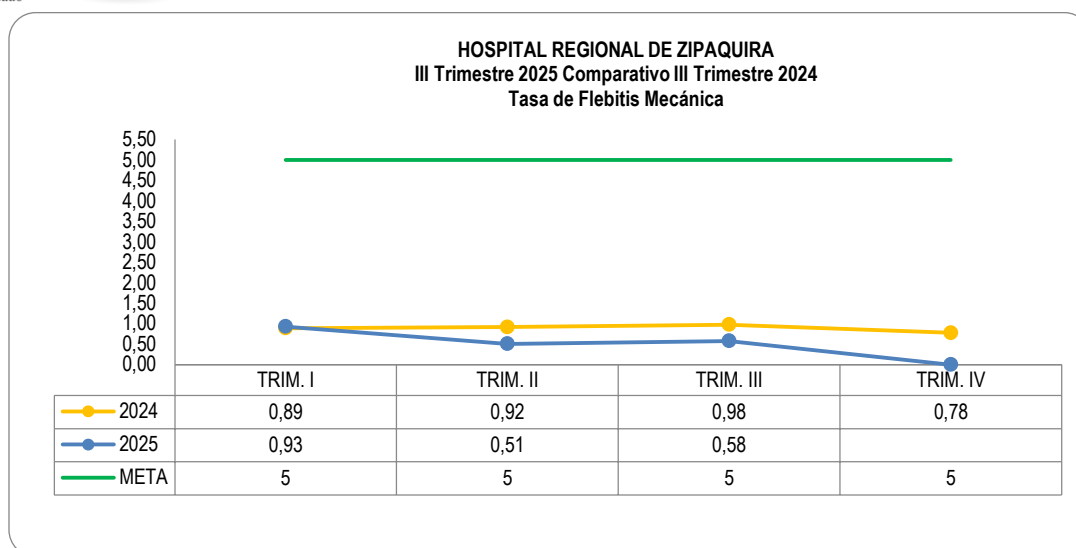
Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Durante el tercer trimestre de 2025, el Hospital Regional de Zipaquirá (HRZ) registró una tasa de flebitis química de 0,36 eventos por cada 1.000 días de exposición a catéter periférico, reflejando una variación negativa del 76 % en comparación con el mismo periodo de 2024, cuando la tasa alcanzó 1,51. Este resultado demuestra un avance significativo en la seguridad del paciente y en la efectividad de las estrategias implementadas para la prevención de complicaciones asociadas al uso de catéteres periféricos.

Asimismo, la tasa obtenida se mantiene muy por debajo de la meta institucional de 5 eventos por cada 1.000 días-catéter, lo que evidencia un adecuado control y adherencia a los protocolos clínicos establecidos.

Sin embargo, persiste la posibilidad de subregistro en la notificación de casos, por lo que se recomienda fortalecer los mecanismos de vigilancia activa, asegurar la trazabilidad de los registros y promover la capa-citación continua del personal asistencial en la identificación y reporte oportuno de eventos adversos.

G. Tasa de Flebitis Mecánica



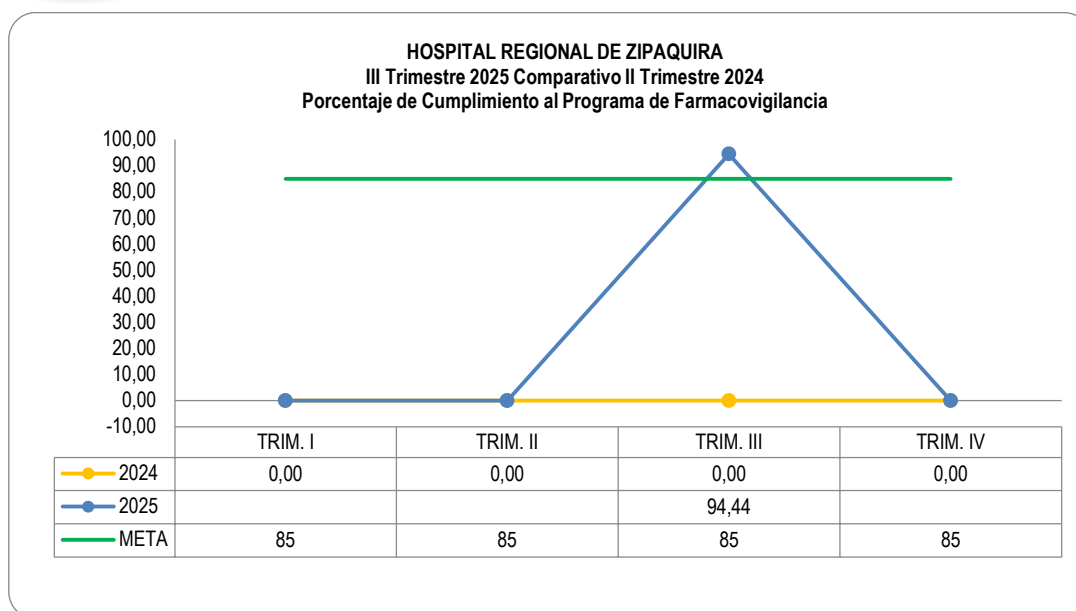
Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

En el análisis comparativo de la tasa de flebitis mecánica entre el tercer trimestre de 2025 y el mismo periodo de 2024, se observa una variación negativa del 41%, lo que indica una disminución en la incidencia de eventos, al pasar de una tasa promedio de 0.98 en 2024 a 0.58 en 2025.

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.

H. Porcentaje de Cumplimiento al Programa de Farmacovigilancia



Fuente: Cronograma ejecución del programa farmacovigilancia de HRZ

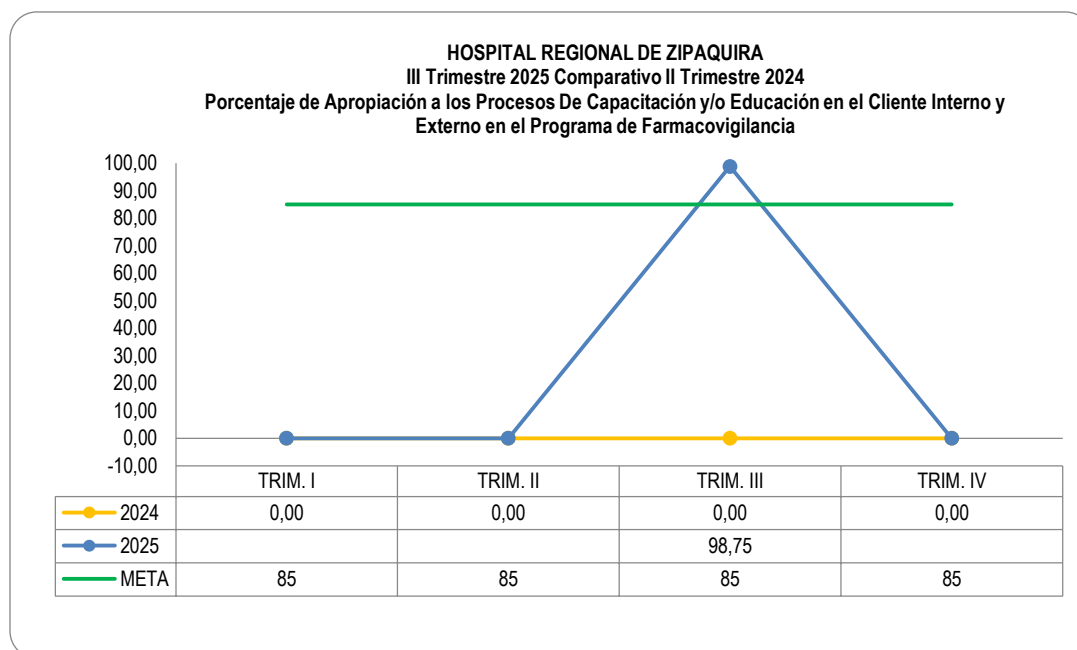
De acuerdo con la actualización documental requerida para el Programa de Farmacovigilancia, se identificó la necesidad de incorporar el indicador “Porcentaje de Cumplimiento del Programa de Farmacovigilancia”, definido mediante la fórmula: $(\text{Número de criterios cumplidos} / \text{Número de criterios evaluados}) \times 100$.

El indicador correspondiente al tercer trimestre de 2025 evidenció un 94,44% de ejecución, resultado de la realización de 85 de las 90 actividades programadas. Este valor representa una variación positiva respecto a la meta institucional del 85%, superándola en 9,44 puntos porcentuales, lo que demuestra una planeación adecuada y un seguimiento oportuno de las acciones establecidas en el plan de trabajo. Las cinco actividades no ejecutadas (equivalentes al 5,56% del total) se relacionan principalmente con la ejecución parcial de algunas rondas farmacológicas, así como con la no realización completa de las actividades educativas dirigidas a pacientes ambulatorios, cuidadores y la reprogramación de ciertas capacitaciones destinadas al personal asistencial. Estas situaciones se vieron afectadas por limitaciones operativas y la disponibilidad restringida de tiempo del recurso humano, dado que el personal responsable del Programa de Farmacovigilancia no cuenta con dedicación exclusiva para su ejecución, sino que además asume la gestión y seguimiento de otros programas institucionales de distintos ámbitos, junto con responsabilidades asistenciales y administrativas complementarias.

No obstante, estos aspectos no afectaron de manera significativa el cumplimiento global ni la funcionalidad del programa, sino que evidencian áreas de oportunidad para fortalecer la asignación de tiempos específicos, la priorización de tareas y la coordinación transversal, con el propósito de garantizar la sostenibilidad, oportunidad y calidad en la ejecución del programa. En términos cualitativos, el resultado refleja el compromiso institucional con la seguridad del paciente y la consolidación de una cultura de farmacovigilancia, asegurando la estabilidad y mejora continua del proceso. Finalmente, se recomienda mantener las estrategias exitosas de planificación y monitoreo y reforzar la

coordinación interáreas, con el fin de asegurar la ejecución total de las actividades programadas y promover la sostenibilidad y calidad del programa a largo plazo.

I. Porcentaje de Apropiación a los Procesos de Capacitación y/o Educación en el Cliente Interno y Externo en el Programa de Farmacovigilancia.



Fuente: Cronograma capacitaciones del programa farmacovigilancia de HRZ

De acuerdo con la actualización documental requerida para el Programa de Farmacovigilancia, se identificó la necesidad de incorporar el indicador “Porcentaje de Apropiación a los Procesos de Capacitación y/o Educación en el Cliente Interno y Externo”, definido mediante la fórmula: $(\text{Número de clientes internos y externos con apropiación} / \text{Total de clientes internos y externos capacitados y/o educados}) \times 100$.

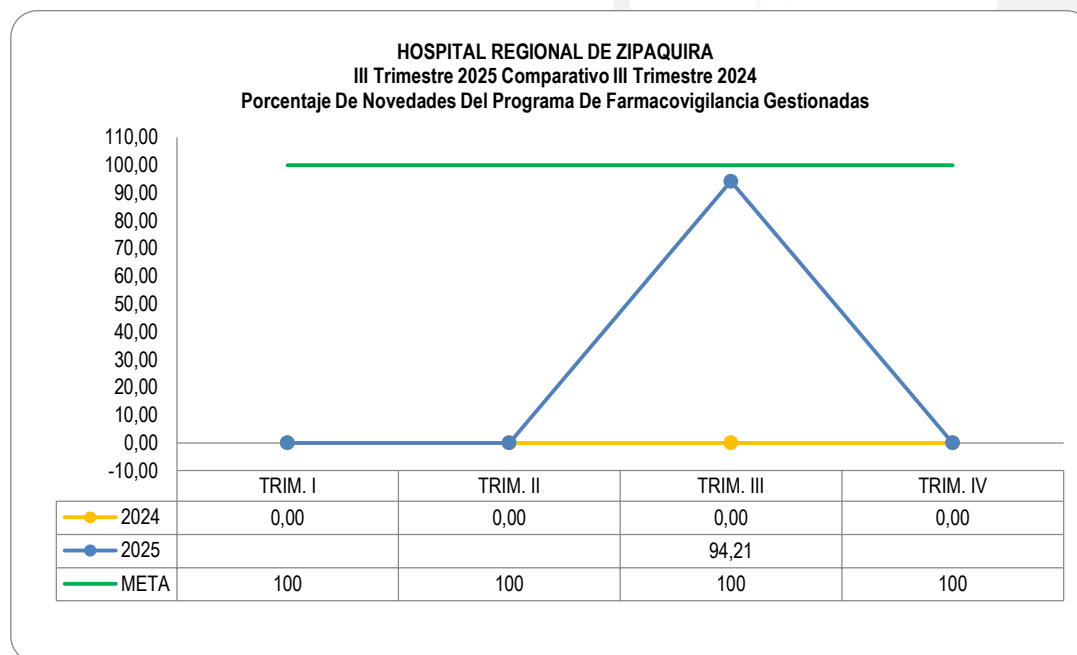
Este indicador busca evaluar el grado de comprensión, asimilación y aplicación práctica de los conocimientos impartidos durante los procesos de formación dirigidos tanto al personal de la institución (cliente interno) como a los pacientes, cuidadores o familiares (cliente externo). En el tercer trimestre de 2025, se evidenció un resultado del 98,75%, lo que representa una variación positiva significativa respecto a la meta institucional establecida del 85%, superándola en 13,75 puntos porcentuales. Este alto nivel de apropiación refleja que las estrategias pedagógicas implementadas como el uso de metodologías participativas, material educativo adaptado al nivel del público objetivo y sesiones de refuerzo temático han sido efectivas para consolidar el aprendizaje y la adherencia a las buenas prácticas de farmacovigilancia. En el caso del cliente interno, el resultado evidencia un alto compromiso del personal asistencial y administrativo con la aplicación de los conocimientos adquiridos en su labor diaria, especialmente en aspectos relacionados con la identificación, notificación y gestión de eventos adversos. En el cliente externo, el resultado sugiere que los pacientes y cuidadores capacitados comprenden la importancia de la farmacovigilancia, reconocen los signos de alerta asociados al uso de medicamentos, el correcto almacenamiento y disposición final de los medicamen-

tos, así como mantienen una actitud activa en la comunicación con el equipo de salud, lo que contribuye a fortalecer la seguridad del paciente y la cultura de reporte.

Desde una perspectiva cualitativa, este desempeño demuestra un grado avanzado de madurez institucional en los procesos educativos, así como una coherencia entre la planeación, ejecución y evaluación de las capacitaciones. Sin embargo, aunque el indicador presenta un cumplimiento sobresaliente, se identifican oportunidades de mejora orientadas a la sostenibilidad del resultado. Entre ellas se destacan la necesidad de mantener procesos de retroalimentación periódicos, implementar mecanismos de evaluación continua del impacto real en la práctica clínica y en la conducta del paciente, y documentar de forma sistemática la apropiación del conocimiento.

En conclusión, el 98,75% de apropiación obtenido en el tercer trimestre evidencia la efectividad del programa educativo de farmacovigilancia y la integración exitosa del conocimiento en la práctica institucional y comunitaria. Este logro no solo cumple con los estándares de calidad y seguridad del paciente, sino que también reafirma el compromiso del talento humano con la mejora continua. Se recomienda continuar fortaleciendo los espacios de capacitación con metodologías innovadoras, fomentar la participación activa del personal y los pacientes y mantener un sistema de monitoreo y evaluación de impacto, que permita garantizar la permanencia y actualización del conocimiento adquirido, consolidando así una cultura institucional sólida en farmacovigilancia.

J. Porcentaje de Novedades del Programa de Farmacovigilancia Gestionadas



Fuente: Sistema de Gestión Integral de Almera, del HRZ

De acuerdo con la actualización documental requerida para el Programa de Farmacovigilancia, se incorporó el indicador “Porcentaje de Novedades del Programa de Farmacovigilancia Gestionadas”, definido mediante la fórmula: $(\text{Novedades gestionadas} / \text{Novedades identificadas}) \times 100$.

Durante el tercer trimestre de 2025, el indicador evidenció una ejecución del 94,21%, ligeramente por debajo de la meta institucional del 100%, representando una variación leve pero significativa atribuida principalmente a dificultades técnicas presentadas en el Sistema de Gestión Integral de Almera, plataforma institucional utilizada para el registro y seguimiento de las novedades. Dichas contingencias afectaron la disponibilidad y el acceso oportuno a la información requerida para el análisis y la gestión de los casos, especialmente aquellos clasificados como eventos serios que demandan intervención prioritaria. Asimismo, se evidenció un aumento en el número de reportes relacionados con incidentes como lo son los errores en la dispensación, lo que incrementó la carga de trabajo y el volumen de análisis dentro del periodo evaluado. Esta situación se vio acentuada por limitaciones operativas y la falta de dedicación exclusiva del personal responsable del programa, quien además debe atender otros programas institucionales y funciones asistenciales, reduciendo la disponibilidad de tiempo para un seguimiento detallado y oportuno de cada novedad.

A pesar de ello, el resultado demuestra un adecuado desempeño en la gestión del programa, evidenciando el compromiso institucional con la seguridad del paciente y la consolidación de una cultura de farmacovigilancia activa. Se recomienda fortalecer la funcionalidad y estabilidad del Sistema de Gestión Integral de Almera, implementar mecanismos de contingencia y respaldo de información, y revisar la asignación de recursos humanos y tiempos protegidos para optimizar la oportunidad, completitud y sostenibilidad en la gestión de las novedades e incidentes reportados.

3. INDICADORES SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO Y CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS III TRIMESTRE 2025

Para el III 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: <20%**

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 III trimestre se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1. Base de datos por criterio III Trimestre 2025 para cálculo de indicadores

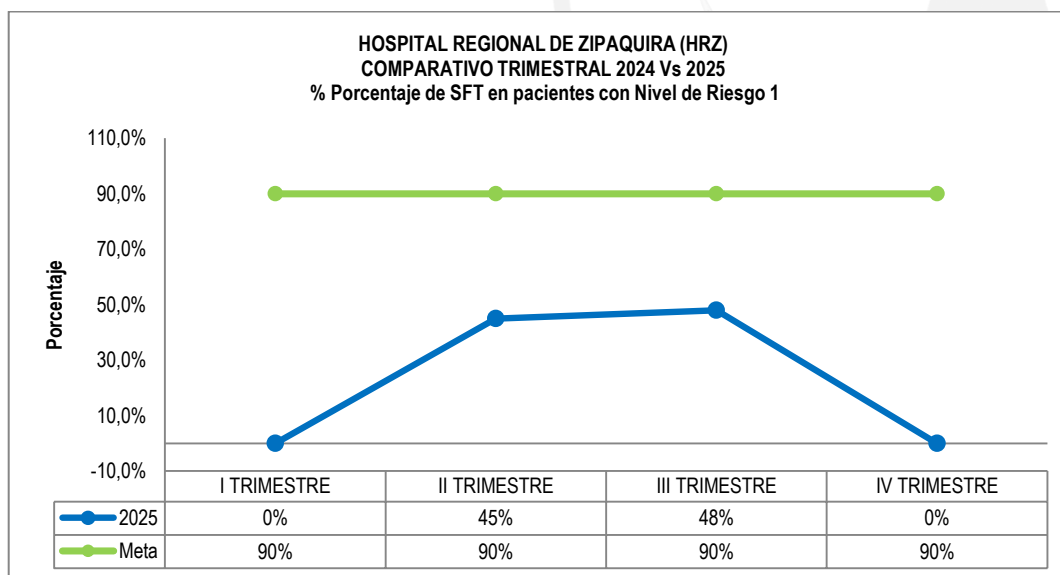
DATOS	UCI ADULTOS	MEDICINA INTERNA
Número de pacientes con riesgo nivel 1 realizados	30	33
Número de pacientes con riesgo nivel 2 realizados	10	25
Número de pacientes con riesgo nivel 3 realizados	11	23
Número total de pacientes con seguimiento farmacoterapéutico realizados	51	81
Número de PRM prevenidos	50	24
Número de pacientes con conciliación de medicamentos con nivel de riesgo 2a,2b,1	39	44
Total de discrepancias No justificadas	36	34

Fuente: Fuente Estadística Dinámica gerencial HRZ

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 III trimestre del 2025



Fuente: Fuente Estadística Dinámica gerencial HRZ

En el III trimestre de 2025, el porcentaje de cumplimiento del Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en pacientes con nivel de riesgo 1 fue del **48 %**, frente a una meta institucional del **90 %**.

Este valor representa una ligera mejora frente al II trimestre (**45 %**), aunque aún se encuentra por debajo del estándar esperado.

Durante la revisión de resultados, se identificó que en el II trimestre el valor inicialmente reportado (86 %) correspondía a una suma aritmética de los porcentajes parciales por servicio (UCI y Medicina Interna), en lugar de calcular el porcentaje total ponderado según el número real de pacientes atendidos.

Tras la corrección metodológica, el valor ajustado fue 45 %, el cual se considera el dato válido para el análisis comparativo.

El mayor número de pacientes con riesgo nivel 1 se presenta en el servicio de Medicina Interna (52 %), seguido de UCI Adultos (48 %), lo que refleja una distribución equilibrada en la aplicación del seguimiento farmacoterapéutico entre los dos servicios.

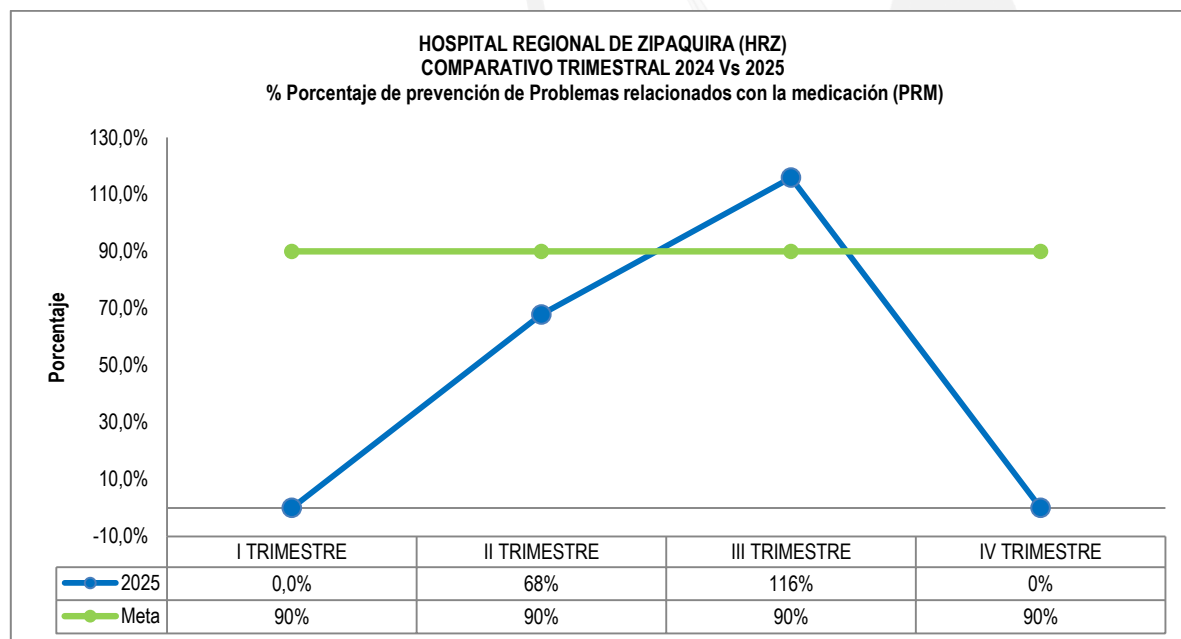
Cabe resaltar que el Hospital Regional de Zipaquirá es una institución de alto nivel de complejidad, que cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos de 20 camas y un servicio de Medicina Interna con 38 camas, lo que implica una alta demanda asistencial y carga de trabajo para el equipo farmacéutico.

Actualmente, el programa de seguimiento farmacoterapéutico dispone de solo dos químicos farmacéuticos (QF) para la atención de todos los servicios hospitalarios, quienes además realizan otras actividades asistenciales, administrativas y de gestión.

Desde el mes de julio de 2025, el servicio farmacéutico no cuenta con uno de los profesionales, lo que ha impactado directamente la cobertura y oportunidad de los seguimientos.

Prevención de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM)

Gráfico 2. % Porcentaje de prevención de Problemas relacionados con la medicación (PRM) en el III trimestre del 2025



Fuente: Fuente Estadística Dinámica gerencial HRZ

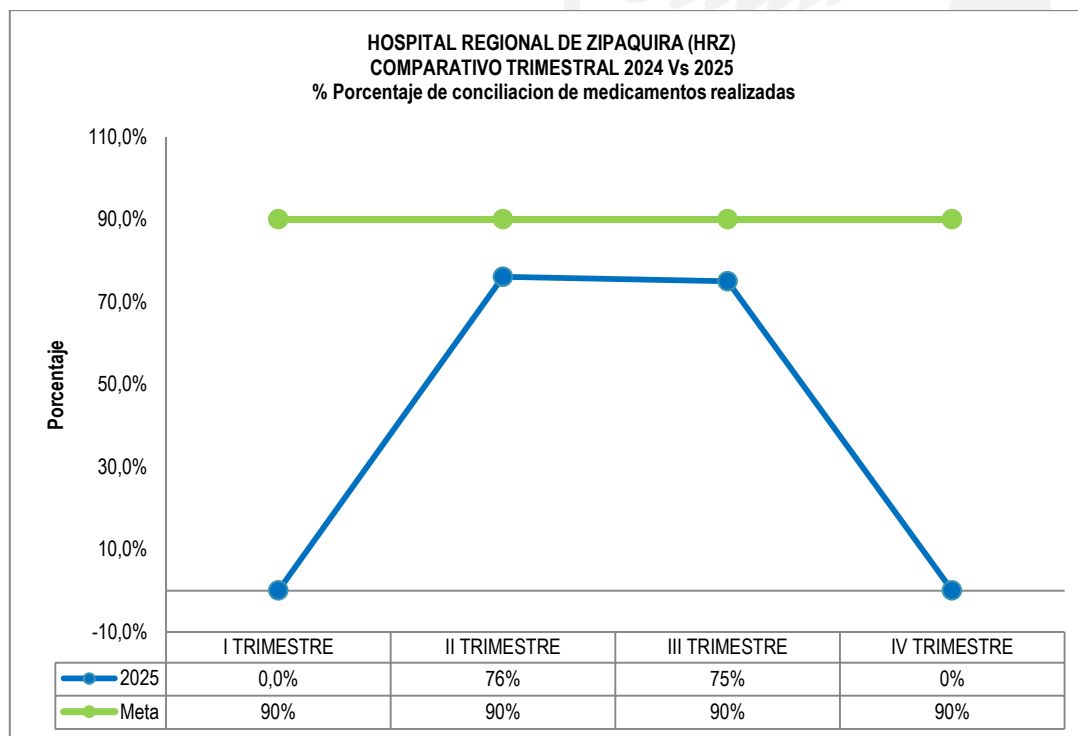
Durante el III trimestre de 2025, el indicador de prevención de Problemas Relacionados con la Medicación (PRM) alcanzó un **116 %**, superando la meta institucional del **90 %**. Este resultado evidencia un avance importante en la identificación, análisis y prevención de situaciones que podrían afectar la efectividad o seguridad de la farmacoterapia, reflejando el impacto positivo de las intervenciones farmacéuticas en las diferentes etapas del ciclo del medicamento, desde la adquisición y almacenamiento hasta la dispensación, preparación y seguimiento durante la atención hospitalaria.

En el análisis por servicio, se observa que en UCI Adultos se previnieron 44 PRM de 51 pacientes estratificados (86,3 %), mientras que en Medicina Interna se reportaron 109 PRM prevenidos de 81 pacientes estratificados (134,6 %). El valor superior al 100 % en Medicina Interna indica que en varios pacientes se lograron prevenir más de un PRM, lo que refleja una mayor oportunidad de intervención farmacéutica en un servicio donde predomina la polimedicación y la variabilidad clínica.

El comportamiento del indicador a lo largo del año muestra una tendencia ascendente, pasando de 0 % en el I trimestre, a 68 % en el II trimestre y 116 % en el III trimestre, lo que demuestra un fortalecimiento progresivo del componente clínico del Servicio Farmacéutico y una mejora continua en la gestión del riesgo asociado al uso de medicamentos. Este avance ha sido posible gracias a la mayor articulación entre el personal farmacéutico y los equipos clínicos, promoviendo la identificación temprana y resolución oportuna de PRM, así como la optimización de tratamientos farmacológicos y la promoción del uso racional de medicamentos.

Conciliación de medicamentos realizadas

Gráfico 3. % Porcentaje de conciliación de medicamentos realizadas en el III trimestre del 2025



Fuente: Fuente Estadística Dinámica gerencial HRZ

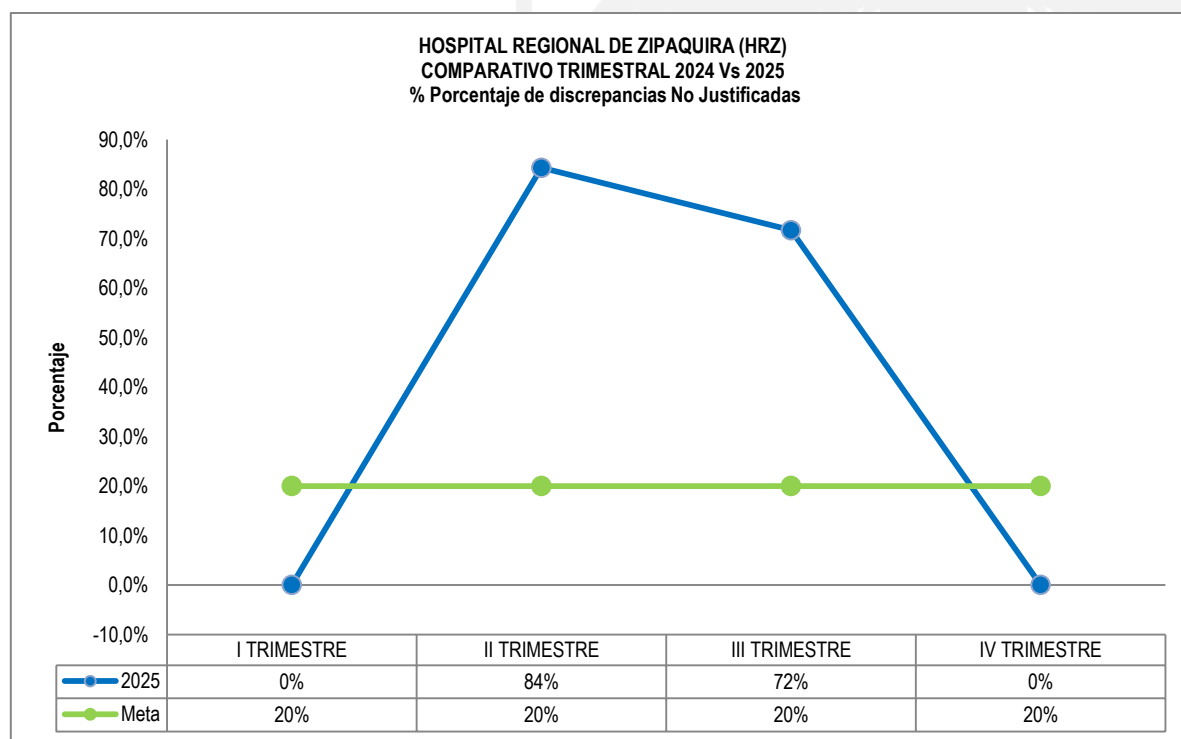
En el III trimestre de 2025, el indicador de conciliación de medicamentos realizadas alcanzó un **75%**, evidenciando un comportamiento estable frente al II trimestre (76%) y acercándose progresivamente a la meta institucional del **90%**. Este resultado refleja la consolidación del proceso de intervención farmacéutica en los servicios priorizados, con una ejecución sostenida durante el periodo analizado.

En el análisis por servicio, la UCI reportó un 86,3% de conciliaciones respecto a los pacientes estratificados, demostrando un alto nivel de cumplimiento y efectividad en la intervención farmacéutica, especialmente en aquellos pacientes con mayor riesgo de errores de medicación. Por su parte, Medicina Interna obtuvo un 67,9%, valor que se explica en parte por las características de su población, donde un número considerable de pacientes no recibe tratamiento farmacológico al ingreso, lo que limita la posibilidad de realizar conciliaciones completas.

En términos globales, los resultados confirman que la conciliación de medicamentos es una estrategia efectiva para la prevención de errores y la mejora de la seguridad del paciente, especialmente en servicios críticos. Sin embargo, para alcanzar la meta del 90% se requiere fortalecer la cobertura en Medicina Interna, optimizar la identificación temprana de pacientes candidatos y garantizar la participación continua del profesional farmacéutico en los diferentes momentos de la atención hospitalaria, asegurando la sostenibilidad y oportunidad del proceso.

Discrepancias no justificadas

Gráfico 4. % Porcentaje de discrepancias No Justificadas en el III trimestre del 2025



Fuente: Fuente Estadística Dinámica gerencial HRZ

En el tercer trimestre de 2025, se registró un **72%** de discrepancias no justificadas en la conciliación de medicamentos, resultado que, aunque inferior al 84% reportado en el segundo trimestre, continuó superando ampliamente la meta institucional establecida en **≤20%**. Este comportamiento evidenció la persistencia de fallas en la aplicación del protocolo de conciliación y la necesidad de reforzar las acciones de mejora en el proceso.

El análisis por servicios mostró que la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) concentró la mayor proporción de discrepancias, con 49 casos frente a 44 pacientes conciliados, equivalente a un 111,4%, lo que indica la presencia de múltiples discrepancias por paciente o posibles inconsistencias en el registro. En el servicio de Medicina Interna, se registraron 22 discrepancias no justificadas en 55 pacientes conciliados, correspondiente al 40%, cifra menor que en la UCI pero aún superior al valor meta.

Estos resultados reflejan debilidades en la estandarización del proceso de conciliación, que limita la revisión detallada de los tratamientos. La tendencia observada en el trimestre anterior señala la necesidad de mantener una vigilancia continua y acciones sostenidas de mejora, especialmente en la UCI, a fin de garantizar la adherencia al protocolo y la seguridad del paciente.

PLANTA DE AIRE MEDICINAL

Para el III trimestre 2025 la Planta de Aire Medicinal en el Hospital Regional de Zipaquirá, se manejaron los siguientes indicadores:

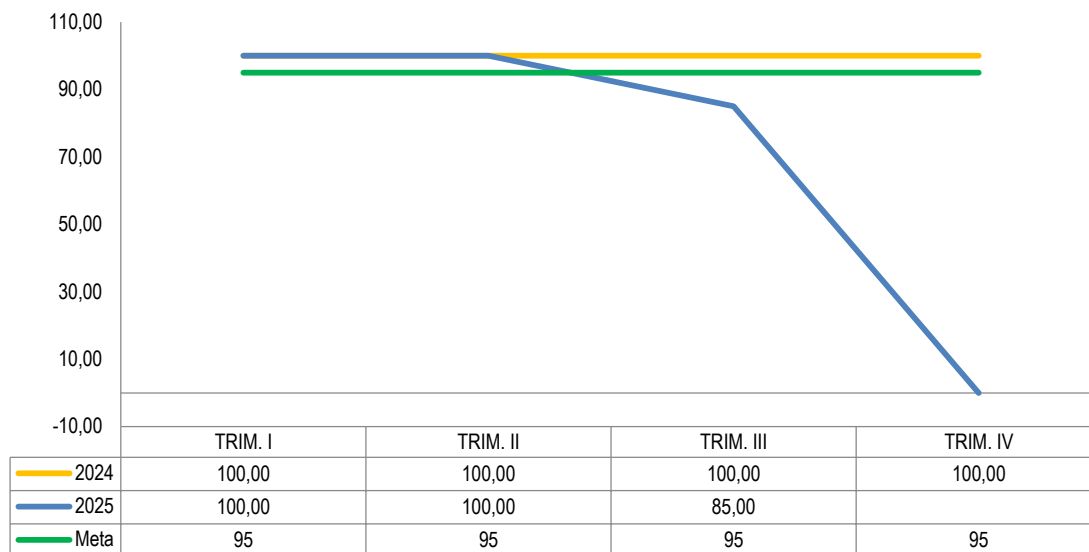
- Porcentaje de cumplimiento de actividades registradas en los cronogramas de gases medicinales
- Porcentaje de eventos adversos relacionados con gases medicinales

Durante el III 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. Cabe anotar que el mantenimiento y la calibración de los equipos e instrumentos de la planta se encuentran programados trimestralmente.

- A. Porcentaje de cumplimiento de actividades registradas en los cronogramas de gases medicinales

HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA
III Trimestre 2025 Comparativo III Trimestre 2024
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES REGISTRADAS EN LOS CRONOGRAMAS DE GASES MEDICINALES



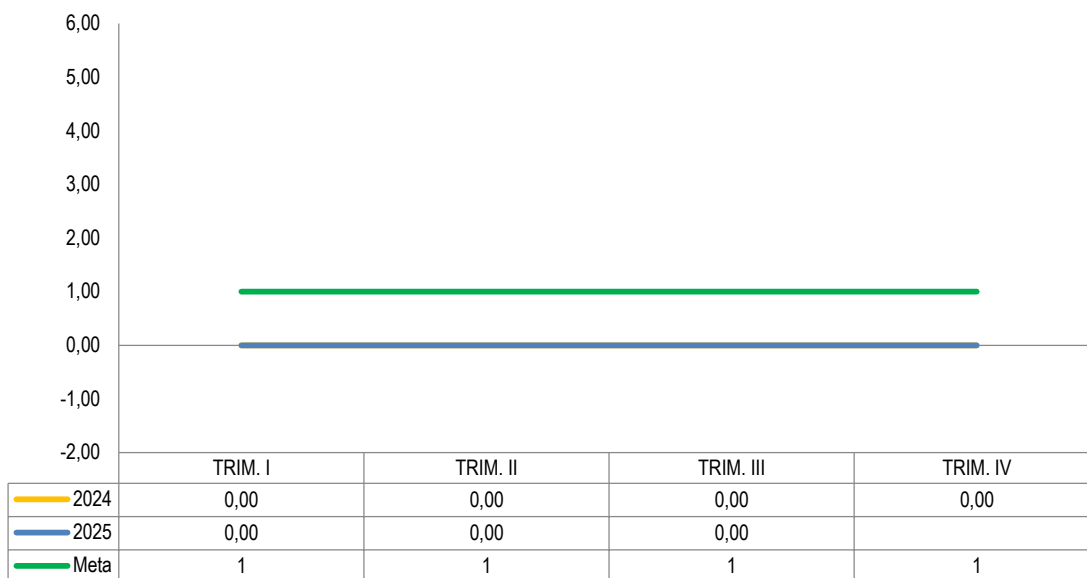
Fuente: Cronogramas Gases Medicinales HRZ

Durante el tercer trimestre de 2025, el indicador “Porcentaje de Cumplimiento de Actividades Registradas en los Cronogramas de Gases Medicinales” evidenció una variación negativa del 15% en comparación con el mismo periodo del año 2024. Este comportamiento se asocia principalmente a que el proceso de calificaciones y validaciones de la planta de gases medicinales aún se encuentra en ejecución, particularmente en lo relacionado con la implementación de lotes piloto y la verificación de los 30 puntos de calidad requeridos para la finalización del proceso de validación de desempeño. Dichas actividades, por su naturaleza técnica y regulatoria, demandan una planeación minuciosa, la participación de distintos actores del proceso y el cumplimiento de etapas secuenciales que no pueden ser aceleradas sin comprometer la calidad del resultado final.

A pesar de la disminución observada, el avance alcanzado refleja una evolución constante hacia el cumplimiento total de los requerimientos técnicos y normativos, garantizando la confiabilidad, seguridad y trazabilidad en el manejo de los gases medicinales. Se recomienda mantener el seguimiento continuo de las etapas pendientes, fortalecer la coordinación interáreas para optimizar los tiempos de ejecución y asegurar la documentación oportuna de las evidencias de cumplimiento, con el fin de lograr el 100% del indicador en el siguiente trimestre y consolidar la validación integral de la planta.

B. Porcentaje de eventos adversos relacionados con gases medicinales

HOSPITAL REGIONAL DE ZIQAIRA
III Trimestre 2025 Comparativo III Trimestre 2024
PORCENTAJE DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON GASES MEDICINALES



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial HRZ

Para el indicador porcentaje de eventos adversos relacionados con gases medicinales, para el III 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 TERAPIAS

SERVICIO DE REHABILITACION

El servicio de terapias del Hospital Regional de Zipaquirá constituye un componente esencial en la atención integral de los pacientes, al ofrecer intervenciones especializadas en cuatro áreas fundamentales: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología (incluyendo evaluaciones auditivas) y terapia respiratoria. Cada una de estas disciplinas desarrolla procesos de valoración, diagnóstico, tratamiento e intervención clínica en los diferentes niveles de atención del hospital, que abarcan desde los servicios de urgencias y hospitalización, hasta las unidades de cuidados intensivos para adultos y neonatos, así como la consulta externa de pacientes pediátricos y adultos.

La terapia respiratoria desempeña un papel clave en el manejo clínico mediante la realización de procedimientos como análisis de gases arteriales, nebulizaciones medicadas, manejo de traqueostomías, inhaloterapia, toma de muestras para estudios virales, pruebas diagnósticas de COVID-19, cultivos de secreciones respiratorias y espirometrías. De manera complementaria, la terapia física garantiza la atención fisioterapéutica en todos los servicios del hospital, aportando procesos de rehabilitación y recuperación funcional. Por su parte, la fonoaudiología fortalece el diagnóstico y seguimiento de pacientes con alteraciones

en audición y lenguaje, a través de estudios especializados como audiometría, logaudiometría e impedanciometría.

La terapia ocupacional, por su parte, cumple un rol fundamental a través de intervenciones dirigidas, favorece la recuperación de habilidades motoras, cognitivas y sociales, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y a potenciar la independencia de quienes enfrentan limitaciones temporales o permanentes derivadas de diferentes condiciones de salud.

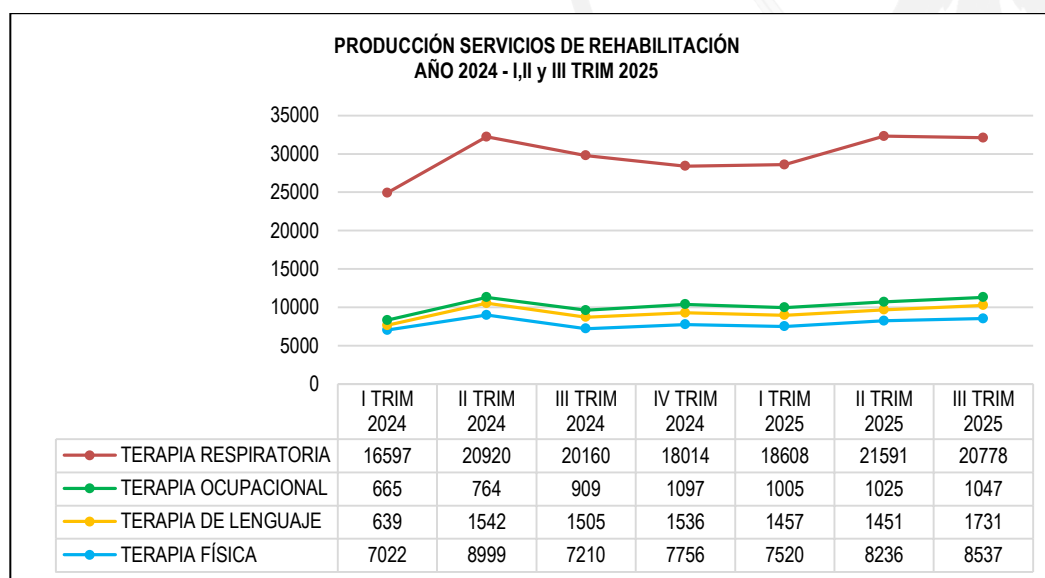
El presente informe tiene como propósito consolidar y presentar las principales actividades desarrolladas por el servicio de terapias durante el periodo evaluado, destacando los procedimientos realizados, la cobertura asistencial alcanzada y la contribución de cada área al proceso de recuperación y bienestar de los pacientes atendidos en la institución.

8.12.1 Talento humano

TALENTO HUMANO SERVICIO DE REHABILITACION	COMPARATIVO 2024-2025						
	I TRIM 2024	II TRIM 2024	III TRIM 2024	IV TRIM 2024	I TRIM 2025	II TRIM 2025	III TRIM 2025
Lider del servicio	1	1	1	1	1	1	1
Apoyo administrativo y facturador	0	0	1	1	0	0	0
Fisioterapia (ucis, hospitalización, consulta externa y urgencias)	35	35	31	31	31	31	31
Fonoaudiología (consulta externa, hospitalización, ucis, urgencias)	2	2	2	2	2	2	2
Terapia Ocupacional (consulta externa, hospitalización, ucis, urgencias)	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL	39	39	35	35	35	35	35

Fuente. Documentos del área de rehabilitación C&C

8.12.2 Producción



Fuente. Reporte cantidad de folios por especialidad-Dinámica Gerencial HRZ. 2025

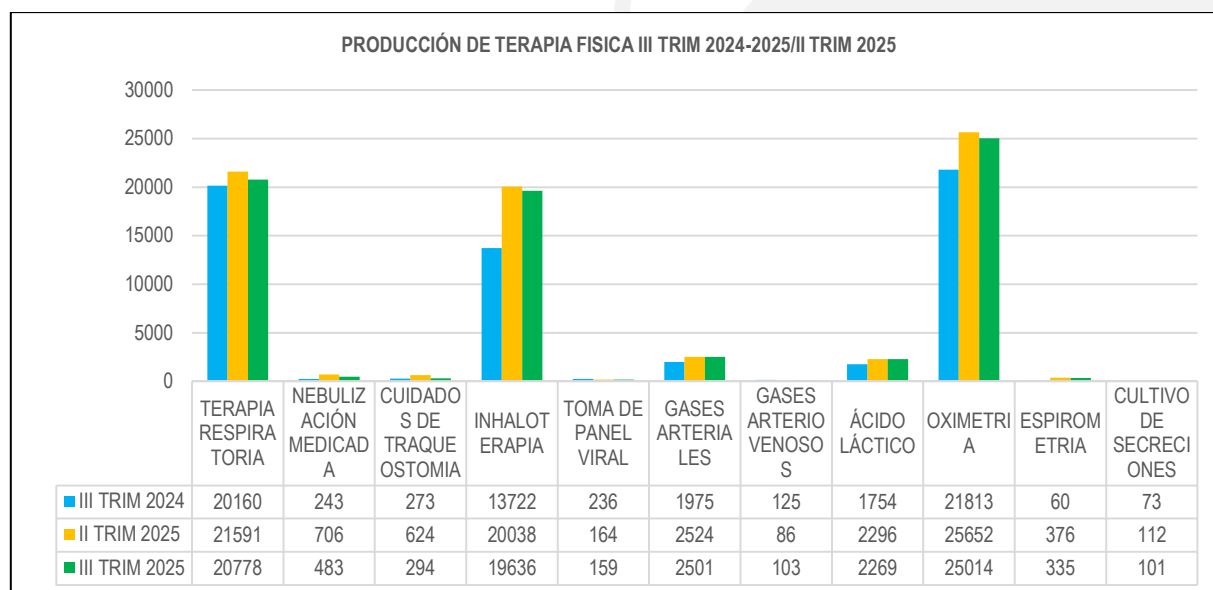
Durante el tercer trimestre de 2025, el servicio de terapias evidenció un incremento del 18% en su actividad

total, al registrar 83.480 procedimientos frente a los 70.768 realizados en el mismo periodo del año 2024, discriminado por servicio de la siguiente manera: terapia respiratoria (3%), terapia física (18%), fonoaudiología (15%), terapia ocupacional (15%). Este crecimiento en la productividad estuvo sustentado en el compromiso del equipo profesional en la atención oportuna de las interconsultas, la adecuada solicitud de estas según la necesidad clínica del paciente, la optimización de los procesos administrativos y la correcta sistematización de los registros en la plataforma Dinámica Web. No obstante, al comparar con el segundo trimestre de 2025, se observó una leve disminución del 2% en la productividad, atribuida a la reducción en la demanda de procedimientos respiratorios (como paneles virales y nebulizaciones) tras superar el primer pico respiratorio del año.

De manera paralela, se dio continuidad a las auditorías internas de historias clínicas en las áreas de terapia respiratoria, fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional, con el propósito de fortalecer la calidad del servicio y garantizar un seguimiento riguroso tanto de los procedimientos registrados diariamente en la estadística como de aquellos consignados en la plataforma Dinámica Web.

Adicionalmente, se inició la práctica formativa de estudiantes de Fisioterapia de la Universidad de La Sabana, lo que permitió ampliar la cobertura en los servicios, reducir tiempos de espera y mejorar la calidad de la atención mediante el acompañamiento supervisado en procesos de valoración y tratamiento de pacientes pediátricos y adultos.

Producción terapia respiratoria



Fuente. Estadística Dinámica Gerencial HRZ. 2025

Durante el tercer trimestre de 2025, el servicio de terapia respiratoria presentó un incremento del 3% en las atenciones de valoración e intervención en comparación con el mismo periodo de 2024, al pasar de 20.160 a 20.778 procedimientos. Sin embargo, frente al segundo trimestre de 2025 se evidenció una variación negativa del 4%, situación explicada por la reducción en la demanda de procedimientos posteriores al primer pico respiratorio del año, particularmente en órdenes de paneles virales, inhaloterapia y nebulizaciones.

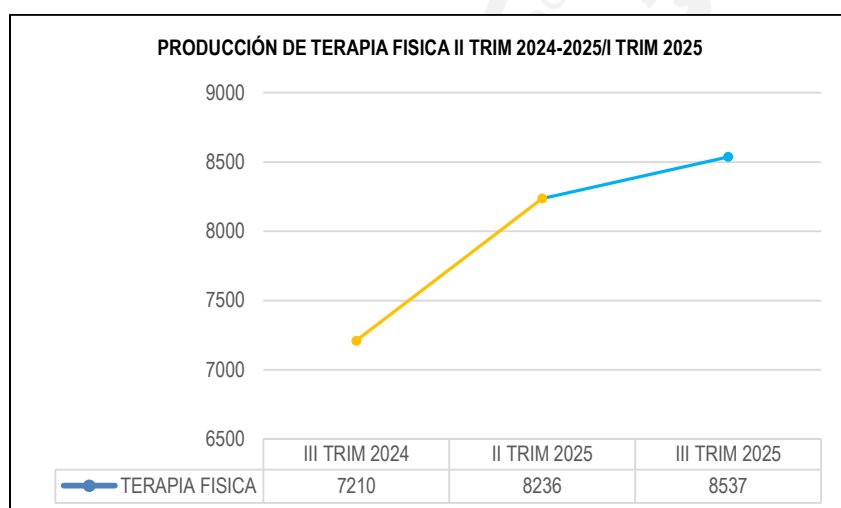
En relación con los procedimientos propios del servicio, se observó un aumento en las interconsultas por requerimientos de cultivos de secreciones, gases arteriales y ácido láctico. Asimismo, en consulta externa se

registró un crecimiento significativo en la realización de espirometrías, pasando de 60.434 procedimientos en 2024 a 71.673 en 2025. No obstante, al comparar con el segundo trimestre de 2025, se identificó una disminución del 3,5% en los procedimientos globales que demandan la intervención directa 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, ha permitido brindar un servicio más oportuno y centrado en las necesidades del paciente. Pese a la reducción de personal derivada de los cortes contractuales programados para el segundo semestre de 2025, se logró mantener la cobertura de la gran mayoría de turnos, evitando afectaciones en la prestación de los servicios.

Finalmente, en consulta externa se fortaleció la atención gracias a la reubicación de personal certificado en la toma de espirometrías, lo que permitió ofrecer el servicio de manera continua y con agendamiento semanal, alcanzando un incremento superior al 100% en la realización de este procedimiento.

Producción terapia física



Fuente. Reporte cantidad de folios por especialidad-Dinámica Gerencial HRZ, 2025

El servicio de terapia física presentó un incremento del 18% en las intervenciones realizadas durante el tercer trimestre de 2025, en comparación con el mismo periodo de 2024, al pasar de 7.210 a 8.537 procedimientos. Frente al segundo trimestre de 2025, también se evidenció un aumento del 4% en la productividad, resultado de la disponibilidad de un profesional de fisioterapia en los servicios de consulta externa y hospitalización, lo que permitió ampliar la cobertura, especialmente en áreas de observación y hospitalización.

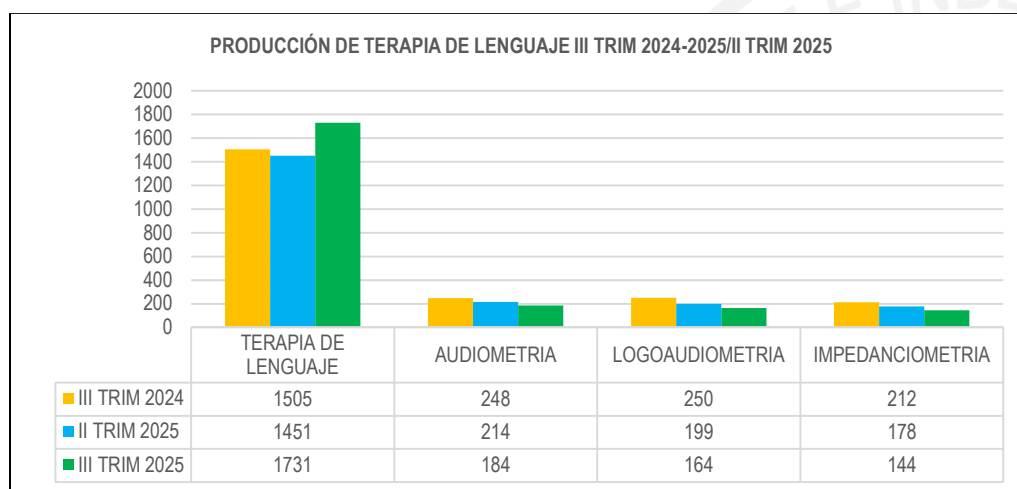
Las intervenciones realizadas por el equipo de fisioterapia comprenden la aplicación de técnicas manuales, prescripción de ejercicios terapéuticos, uso de agentes físicos y educación al paciente y su familia en prácticas de autocuidado. En hospitalización, el fisioterapeuta participa activamente en la atención de pacientes con patologías agudas o crónicas, brindando soporte en procesos de rehabilitación temprana, movilización y prevención de complicaciones derivadas de la inmovilidad, así como en la recuperación funcional de pacientes postquirúrgicos, neurológicos, ortopédicos y cardiorrespiratorios. De esta manera, se garantiza una atención integral, oportuna y orientada a mejorar la calidad de vida y la autonomía de los pacientes en los diferentes niveles de atención del hospital.

Cabe resaltar que en 2024 se realizó una reestructuración del servicio, asignando a una fisioterapeuta la

atención de pacientes hospitalizados y en urgencias. Esta reorganización permitió fortalecer la rehabilitación física, gestionar interconsultas de manera más eficiente y sensibilizar a los médicos tratantes sobre la importancia del abordaje fisioterapéutico oportuno.

Asimismo, se mantuvo la atención en las unidades de cuidados intensivos neonatal y de adultos, asegurando la continuidad del tratamiento en los casos de traslado a hospitalización. En consulta externa, se continua con la atención grupal por hora y el agendamiento de citas por parte de la profesional.

Producción terapia de lenguaje



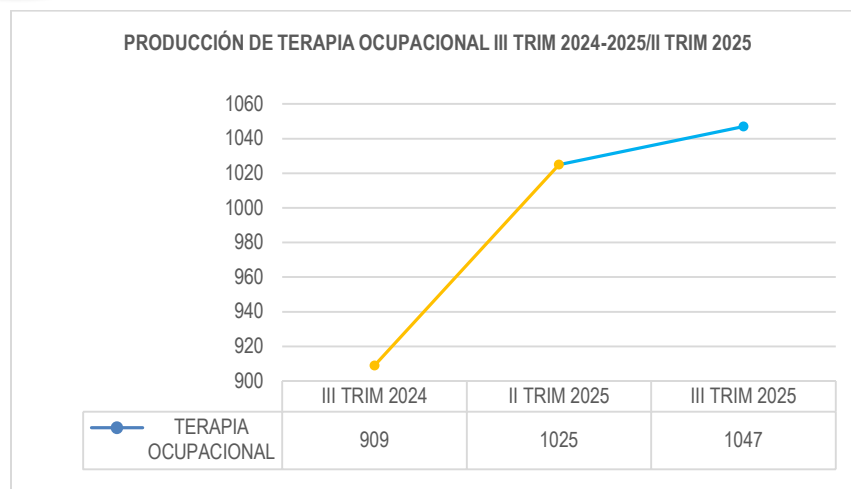
Fuente. Reporte cantidad de folios por especialidad-Dinámica Gerencial HRZ. 2025

Para el servicio de terapia de lenguaje, en el segundo trimestre se identificó una variación positiva respecto al mismo periodo del año 2024, con un total de 1731 terapias de lenguaje en consulta externa y los servicios de hospitalización (urgencias, hospitalización, UCI y UCIN) 184 procedimientos de audiometría, 164 de logoaudiometría, 144 impedanciometría, para un total de 2223 procedimientos en comparación a los 2215 procedimientos realizados en 2024 para el mismo periodo.

Respecto al segundo trimestre de 2025, se aumentó el número de sesiones de hospitalización y consulta externa en un 19%, evidenciándose la alta demanda del servicio.

La terapeuta del hospitalización sigue 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 lo cual se refleja en las sesiones realizadas, 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.

Producción terapia ocupacional



Fuente: Reporte cantidad de folios por especialidad-Dinámica Gerencial HRZ, 2025

El servicio de terapia ocupacional presentó un aumento del 15% en el tercer trimestre de 2025, con un total de 1047 procedimientos, en comparación con los 909 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 segundo trimestre de 2025, se mantuvo la atención con un leve aumento del 2%.

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, buscando disminuir las PQRS que se presentan al no tener agenda disponible, lastimosamente no se cuenta con la infraestructura que permitiera la ampliación del servicio.

8.12.3 Satisfacción del usuario (PQRS) en el III trimestre 2025

PROCESO O SERVICIO	NUMERO de PQRS	QUEJA	RECLAMO	CAUSA	ID - PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
TERAPIA OCUPACIONAL TERAPIA DE LENGUAJE	7	3	0	Falta de agenda para terapia ocupacional y terapia de lenguaje	Se dio respuesta a la queja con agendamiento extra de sesiones de primera vez con el fin de dar respuesta a las quejas directas de la EPS	
TOTAL		3	0			

Fuente: Base PQRS HRZ. 2025

Se relaciona para el tercer trimestre en el servicio de terapias un total de 7 felicitaciones, 3 quejas.

Las quejas recibidas estuvieron relacionadas con la falta de disponibilidad de agenda para los servicios de terapia ocupacional y terapia de lenguaje. No obstante, con el fin de garantizar la continuidad en la atención y dar respuesta oportuna tanto a la EPS como a los usuarios, se gestionaron espacios adicionales de manera extraordinaria, lo que permitió atender los requerimientos y minimizar el impacto de la situación en la prestación del servicio.

2.10.4 Seguridad del paciente

No NOVEDADES ANALIZADAS	CLASIFICADAS			ID PLANE DE MEJORA
	EVENTOS ADVERSOS	INCIDENTES	COMPLICACIONES	

2	0	2	0	

Fuente: Base Seguridad del paciente HRZ. 2025

Se realizaron 2 analices de novedades, una por acción insegura al desconectar del sistema de canalización al paciente y otra por falla en la verificación de cinco correctos, se realizaron las entrevistas con las profesionales correspondientes y se realizó retroalimentación sobre la falla que pudo encontrarse en el análisis, el cual se registra en el sistema Almera y se envía para su cierre a coordinadora de seguridad del paciente.

8.12.4 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

8.12.5 Personal en formación – que roto en el servicio

INSTITUCION EDUCATIVA	2024	2025		OBSERVACION
	II TRIM	II TRIM	III TRIM	
Universidad de La Sabana	0	0	14	7 estudiantes de la jornada mañana y 7 estudiantes en la jornada tarde
Total	0	0	14	

La participación de estudiantes de fisioterapia en prácticas hospitalarias es fundamental tanto para su formación profesional como para el fortalecimiento del servicio de salud. Estas experiencias les permiten aplicar los conocimientos teóricos en contextos reales, desarrollar habilidades clínicas, adquirir seguridad en la toma de decisiones y aprender a trabajar en equipo con otros profesionales de la salud. Además, su presencia en el entorno hospitalario contribuye a mejorar la cobertura y oportunidad en la atención de los pacientes, siempre bajo la supervisión de fisioterapeutas y docentes. De esta manera, las prácticas no solo benefician el aprendizaje del estudiante, sino que también aportan significativamente a la calidad y eficiencia del servicio asistencial.

8.12.6 Conclusiones

Durante el tercer trimestre de 2025, el servicio de rehabilitación del Hospital Regional de Zipaquirá evidenció un importante incremento en su productividad, reflejado en el aumento de los procedimientos realizados frente al mismo periodo del año anterior. Este crecimiento no solo responde a una mayor demanda asistencial, sino también al compromiso del equipo de profesionales por garantizar la mejora continua, la eficiencia en los procesos y la calidad en la atención de los usuarios.

Entre los factores que explican este desempeño se encuentran la optimización de los procesos administrativos, que permitió agilizar la gestión de interconsultas y el registro oportuno en los sistemas de información; el fortalecimiento del recurso humano, con el apoyo de estudiantes en formación; así como la implementación de mecanismos permanentes de control y seguimiento, tales como auditorías internas y la participación activa en los grupos primarios de rehabilitación. Estas acciones contribuyeron a mantener un servicio organizado, transparente y orientado a resultados.

Asimismo, el incremento en la atención de pacientes tanto pediátricos como adultos en los servicios de hospitalización y urgencias ratifica la relevancia del área de rehabilitación como un componente esencial dentro de la atención integral en salud. La capacidad de respuesta del servicio frente a los picos de demanda, la continuidad en la atención de pacientes críticos y la articulación con otros equipos asistenciales, reflejan su aporte directo en la recuperación funcional, la prevención de complicaciones y la mejora en la calidad de vida

de la población atendida.

De esta manera, el balance del trimestre permite concluir que el servicio de rehabilitación continúa consolidándose como un eje fundamental en la prestación de servicios de salud, con una gestión eficiente, centrada en el paciente y comprometida con los principios de oportunidad, calidad y seguridad en la atención.

8.12.7 Fortalezas o logros

Durante el tercer trimestre 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 del servicio de terapia de lenguaje, 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 revisión constante de los procedimientos en Almera para su adecuada implementación.
- 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.

8.12.8 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.
- Se requiere una profesional de terapia de lenguaje que permita el cubrimiento incluyendo los fines de semana de todos los servicios con los que cuenta el hospital.
- Adquisición de torres de cánula de alto flujo y sus adecuados circuitos, que permitan un uso adecuado e intervención en los pacientes pediátricos que requieren de este modo de oxigenoterapia.

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 a 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.

Talento humano

Cargo / Perfil	Número de personas	Tipo de vinculación	Jornada laboral
Nutricionistas dietistas	2	Contrato	Tiempo Completo
Medico de soporte Nutricional	1	contrato	Medio Tiempo

Fuente. Base talento humano HRZ

Recursos físicos y tecnológicos

Infraestructura

Oficina de nutrición clínica: situada en sótano, con 3 puesto de trabajo.

Equipos y Materiales

Equipo:

Infatometro: 1 unidad

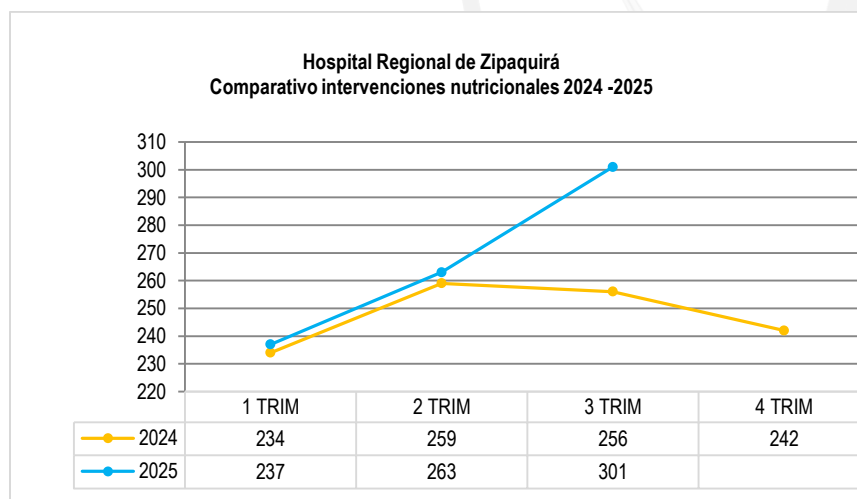
Equipos de cómputo: 3

1 multifuncional y 1 archivador

Indicadores

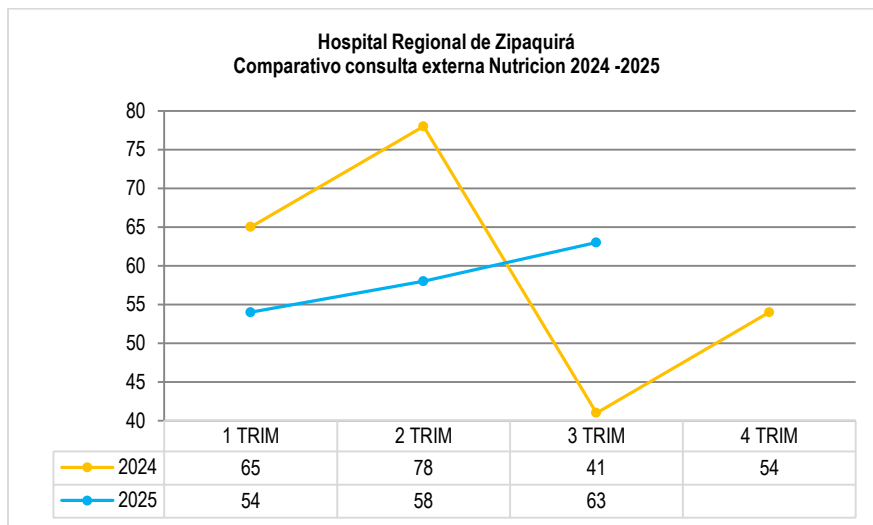
Dentro de las actividades del servicio de Nutrición realizadas dentro del HRZ las más representativas son:

Intervenciones nutricionales en hospitalización



Fuente. Base servicio de nutrición HRZ

Consulta Externa



Fuente. Base servicio de nutrición HRZ

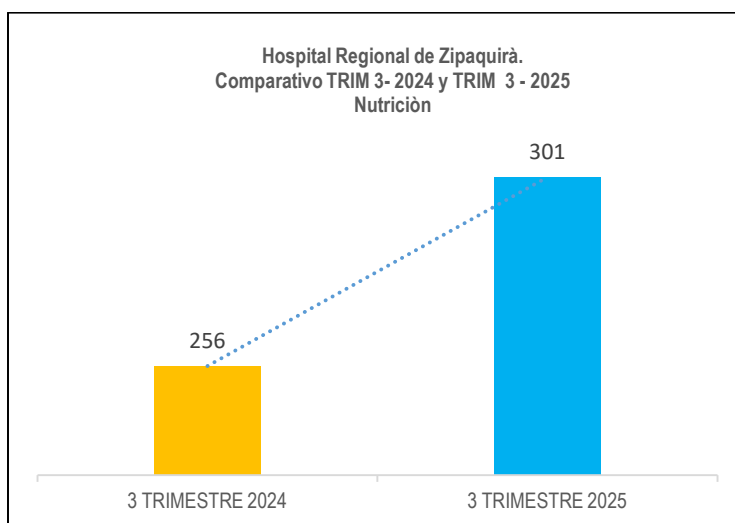
Comparativo intervenciones nutricionales realizadas tercer trimestre 2024-2025

En el tercer trimestre del año 2025 se realizaron 301 intervenciones nutricionales, en 2024 se realizaron 256 intervenciones, comparativamente en los dos años, esta cifra representa una variación positiva del 18 %. Y en el segundo trimestre de 2025 se realizaron 263 intervenciones nutricionales.

Cuadro comparativo 3 trimestre 2024 - 3 trimestre 2025 (Por servicio Interconsultante)

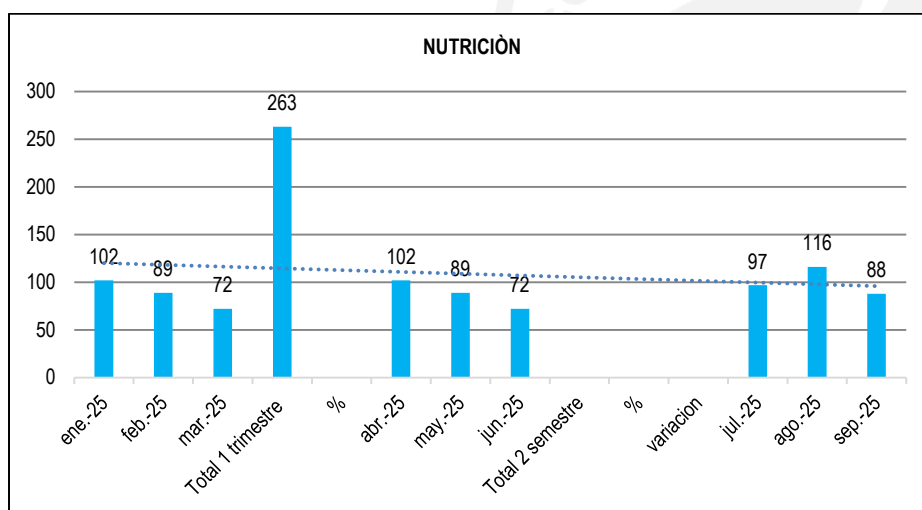
Servicio	TRIM 3 -2024	TRIM 3 - 2025	TRIM 2-2025
Urgencias	32	64	41
Hospitalización	91	101	90
Pediatría	41	29	40
Ginecología	25	33	34
UCI	47	54	39
UCI Neonatal	14	10	14
Tamización nutricional	6	10	5
Total	256	301	263

Fuente. Base servicio de nutrición HRZ



Fuente. Base servicio de nutrición HRZ

El mayor número de intervenciones se realizó en el mes de agosto (116 intervenciones), el mayor número de pacientes interconsultados corresponden al servicio de hospitalización.



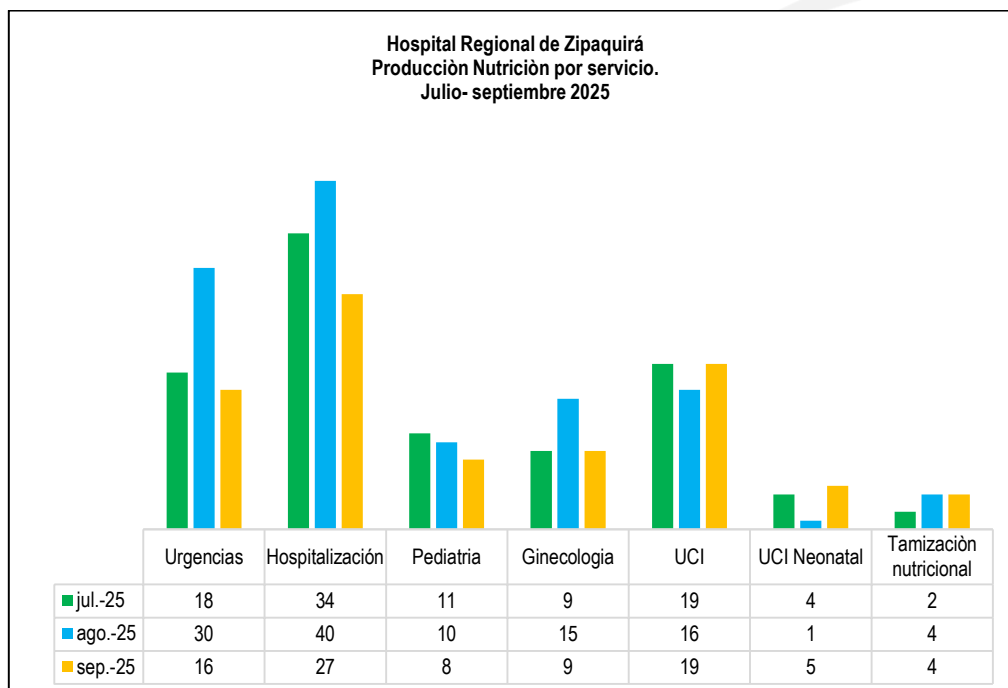
Fuente. Base servicio de nutrición HRZ

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 tercer trimestre - 2025 el mayor número de atenciones se presentó a través de la respuesta de interconsultas del servicio de hospitalización (33,6 %) 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 21,3 % 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 la UCI – adultos se realizaron el 17,9% de las intervenciones nutricionales, con el objetivo de determinar la vía óptima de alimentación para cubrir sus necesidades nutricionales y teniendo en cuenta las patologías y/o intervenciones medicas realizadas, ya sea alimentación por vía oral, vía enteral o vía parenteral.
- En todos los servicios del hospital se realizaron actividades de intervención nutricional.

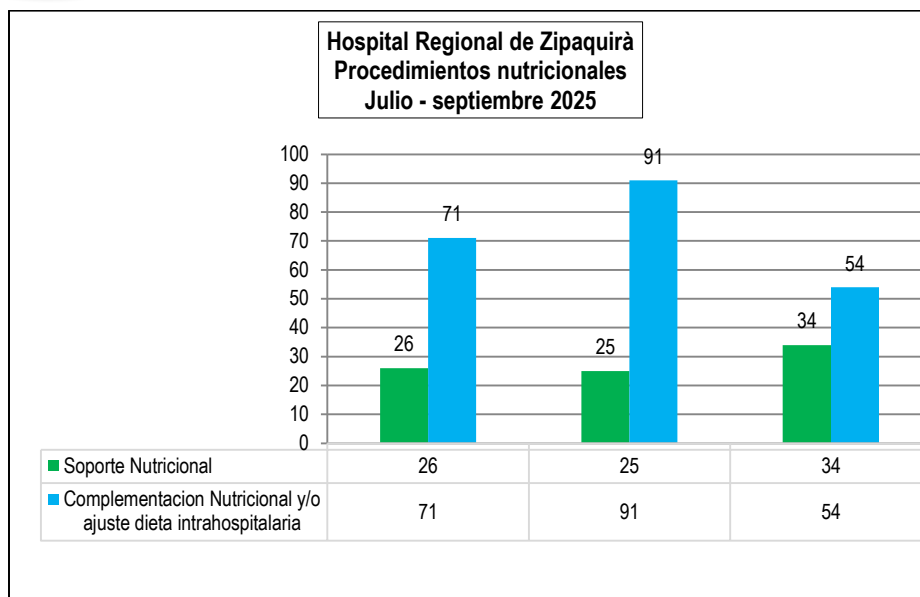


Fuente. Base servicio de nutrición HRZ

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.

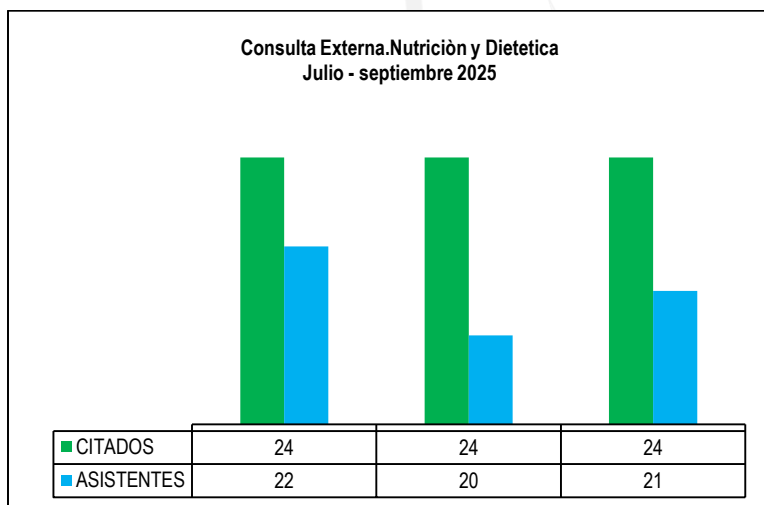
Durante el tercer trimestre - 2025, al 72 % de pacientes intervenidos por el servicio de Nutrición, se les realizo complementación nutricional y/o ajuste de dieta intrahospitalaria y se les inicio Soporte nutricional Enteral y/o parenteral al 28 %.



Fuente. Base servicio de nutrición HRZ

Consulta externa

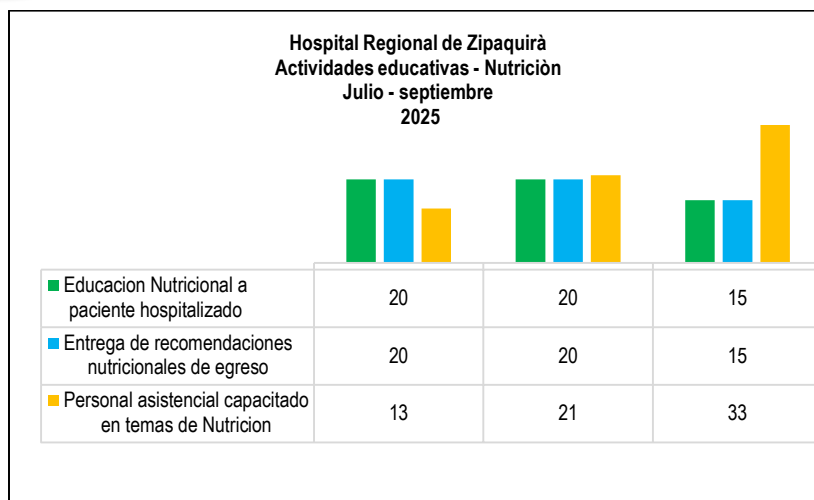
Durante el tercer trimestre - 2025 fueron atendidos 63 pacientes en consulta Externa de Nutrición y Dietética, de un total de 72 pacientes que solicitaron cita, con un 87,5% de asistencia, en comparación con el tercer trimestre 2024 en donde fueron atendidos 41 pacientes con una variación positiva del 54%.



Fuente. Base servicio de nutrición HRZ

Actividades de capacitación

En el tercer 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. Base servicio de nutrición HRZ

Oportunidad de servicio

Indicador	Fórmula	Valor obtenido	Interpretación	Frecuencia de medición
1. Tiempo promedio de respuesta a interconsultas	$(\sum \text{horas transcurridas entre solicitud y atención}) / \text{número total de interconsultas atendidas}$	18 horas (promedio me de septiembre)		Mensual
2. Porcentaje de interconsultas atendidas dentro del tiempo estándar	$(N^{\circ} \text{ de interconsultas atendidas dentro del tiempo estándar} / \text{total de interconsultas recibidas}) \times 100$	84 interconsultas para el mes de septiembre 111 interconsultas para el mes de agosto 95 interconsultas par el mes de julio		Mensual
3. Promedio de pacientes valorados por día	Total de pacientes / Días del mes	2.8 pacientes de septiembre 3.3 pacientes de agosto 3.1 pacientes de julio		Mensual

Riesgos del proceso del servicio de nutrición clínica

Objetivo del proceso

Brindar atención nutricional integral, oportuna y segura a los pacientes hospitalizados y en unidades críticas, mediante valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento nutricional.

Identificación y Estado de los Riesgos

Riesgo identificado	Descripción / Causa	Consecuencia potencial	Controles existentes	Estado del riesgo
Demora en la atención de interconsultas nutricionales	Alta carga asistencial con solo 2 nutricionistas para 230 camas y 2 UCIs.	Retraso en el soporte nutricional → Deterioro del estado clínico del paciente	Agenda priorizada, registro de tiempos de atención, priorización UCI	Alto
Sobrecarga laboral del personal nutricionista	Recursos humanos insuficientes frente a la demanda asistencial y administrativa.	Fatiga laboral, errores en valoración o prescripción nutricional	Programación semanal y redistribución de cargas	Alto
Falta de seguimiento y reevaluación nutricional oportuna	Exceso de carga asistencia.	Pérdida de continuidad del tratamiento nutricional.	Registro en historia.	Medio-Alto
Inadecuada conformación del Grupo de Soporte Nutricional por ausencia de profesional	Falta de integración del rol de enfermería en la administración y seguimiento	Errores en la administración, aumento de infecciones asociadas a nutrición parenteral,	Protocolos de manejo de nutrición enteral/parenteral y comunicación interdisciplinaria	Alto

de enfermería.	del soporte nutricional.	incumplimiento normativo.	básica.	
Riesgo reputacional / no conformidad en auditorías	Quejas de usuarios o hallazgos por tiempos de respuesta prolongados	Reprocesos	planes de mejora,	Medio

Fuente. Matriz de riesgos servicio nutrición HRZ 2025

Conclusiones y recomendaciones

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 a 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.

En el tercer trimestre del año 2025 se realizaron 301 intervenciones nutricionales, en 2024 se realizaron 256 intervenciones, comparativamente en los dos años, esta cifra representa una variación positiva del 18 %. Y en el segundo trimestre de 2025 se realizaron 263 intervenciones nutricionales.

El 97% de las intervenciones nutricionales realizadas, responden a las interconsultas generadas por los demás servicios del hospital y en un 3,3% a la tamización realizada por los profesionales en Nutrición, la baja cobertura de tamización nutricional se debe a la falta de 1 profesional en Nutrición para dicha actividad.

Para el tercer trimestre - 2025 el mayor número de atenciones se presentó a través de la respuesta de interconsultas del servicio de hospitalización (33,6 %) 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 21,3 % 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 la UCI – adultos se realizaron el 17,9% de las intervenciones nutricionales, con el objetivo de determinar la vía optima de alimentación para cubrir sus necesidades nutricionales y teniendo en cuenta las patologías y/o intervenciones médicas realizadas, ya sea alimentación por vía oral, vía enteral o vía parenteral.

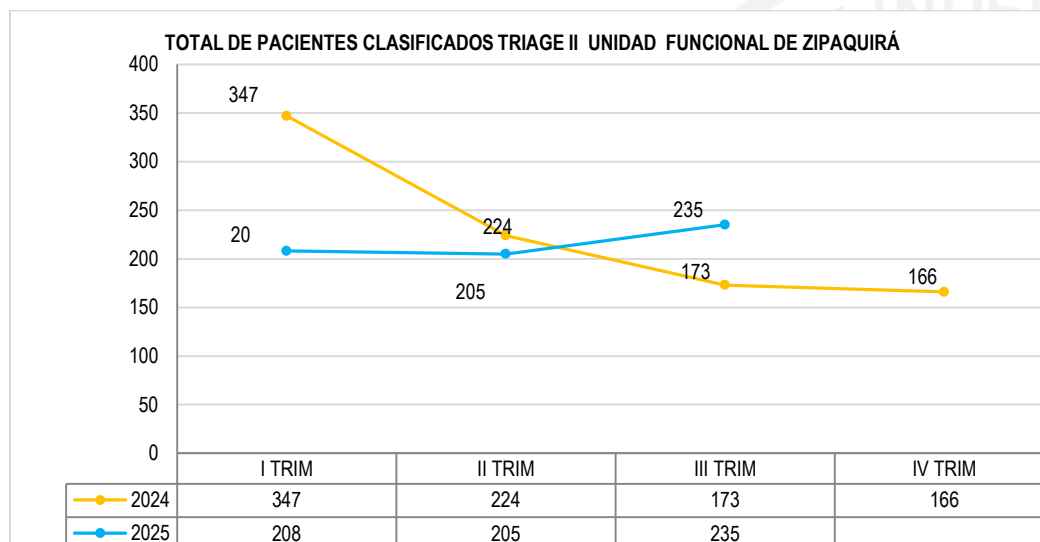
En todos los servicios del hospital se realizaron actividades de intervención nutricional.

Revista del grupo de soporte nutricional, la cual se realiza los miércoles con una duración promedio de dos horas.

Durante el tercer trimestre - 2025 fueron atendidos 63 pacientes en consulta Externa de Nutrición y Dietética, de un total de 72 pacientes que solicitaron cita, con un 87,5% de asistencia, en comparación con el tercer trimestre 2024 en donde fueron atendidos 41, pacientes con una variación positiva del 54%. La consulta se realiza los lunes en el horario de 10 am a 1 pm.

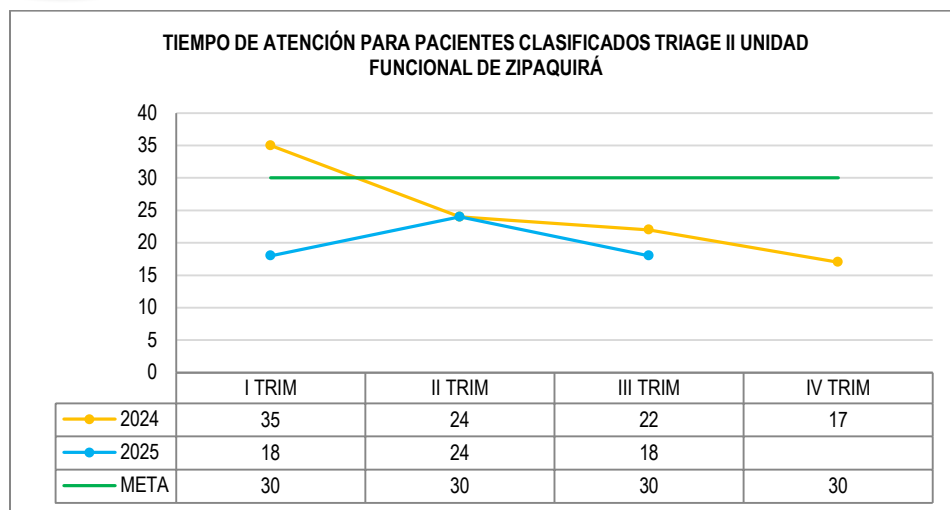
CAPITULO IX UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRÁ

9.1.- SERVICIO DE URGENCIAS



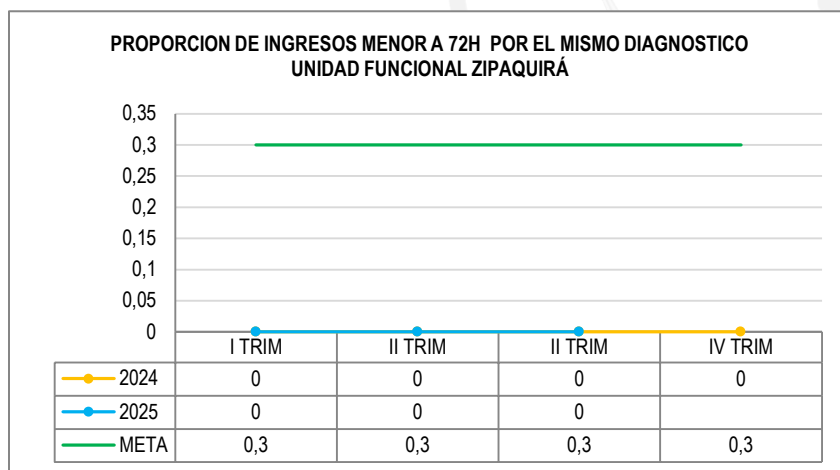
Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

El gráfico ilustra la evolución de los pacientes clasificados como Triage II en la Unidad Funcional de Zipaquirá entre 2024 y el transcurso de 2025. Durante 2024, la tendencia fue de descenso constante, cayendo de 347 pacientes en el primer trimestre a 166 en el cuarto. Esta caída sostenida sugiere una menor afluencia de casos de mediana urgencia. Los datos de 2025 comenzaron con cifras significativamente más bajas (208 en el primer trimestre y 205 en el segundo trimestre). No obstante, el tercer trimestre de 2025 muestra un incremento marcado en el número de consultas en comparación con el mismo período del año anterior. Este repunte podría deberse la mejora en la calidad de la atención en conjunto con los tiempos de respuesta y por ende, se puede evidenciar aumento de la demanda de consulta en la Unidad.



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

El análisis del tiempo de atención revela un comportamiento ascendente en la eficiencia del servicio. Inicialmente, en el primer trimestre de 2024, el indicador se situó en 35 minutos, excediendo el umbral de 30 minutos establecido como meta. No obstante, a partir del segundo trimestre, se implementó una optimización progresiva que se tradujo en una reducción continua del tiempo de espera: 24 minutos, 22 minutos y un punto bajo de 17 minutos en el último trimestre de 2024. La gestión del 2025 ha consolidado esta mejoría, manteniendo consistentemente el indicador por debajo de la meta en los primeros tres trimestres (18, 24 y 18 minutos, respectivamente). Estos resultados confirman que las acciones implementadas han sido altamente efectivas para la agilización de procesos, logrando un cumplimiento institucional ininterrumpido de la meta desde el segundo trimestre de 2024.



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

El comportamiento de este indicador revela un desempeño sobresaliente en los periodos examinados. Se constató un resultado de 0% en la totalidad de los trimestres de 2024, una tendencia que se replicó en los tres primeros trimestres de 2025. La ausencia de reingresos tempranos por la misma patología es un fuerte indicativo de la calidad en el manejo clínico y la solidez de la atención posterior al alta hospitalaria. Este registro se sitúa notablemente por debajo del umbral máximo aceptable del 0,3%. Dicha estabilidad ratifica la resolutive y la eficiencia con que se ejecutan los procesos asistenciales en urgencias.

8.1.2. ODONTOLOGÍA

Como únicas sedes que prestan el servicio de Odontología en la Red Samaritana, el objetivo del informe es dar a conocer la productividad de Salud Oral tanto de la consulta de Odontología General, Odontología Especializada e Higiene Oral de la Unidad Funcional de Zipaquirá, Centro Salud Cogua y Puesto Salud San Cayetano del III trimestre del año 2025 en comparación con el III trimestre del año 2024.

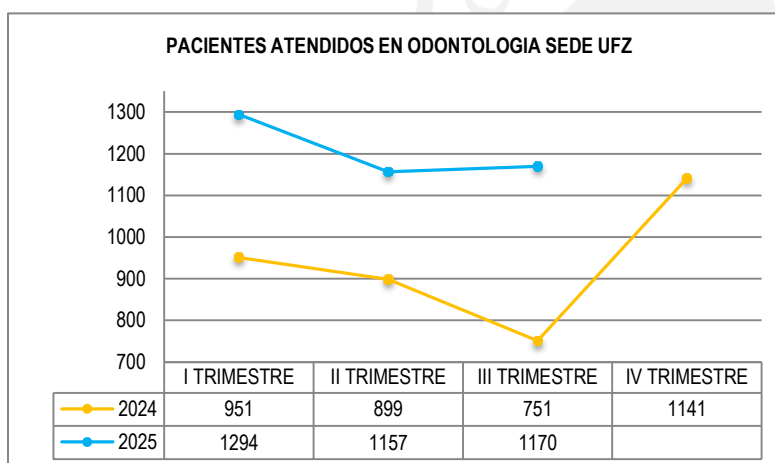
PACIENTES ATENDIDOS

El servicio de odontología desempeña un papel fundamental en la promoción, prevención y tratamiento de las enfermedades bucodentales, contribuyendo al bienestar general de la población. Con el objetivo de evaluar el impacto y el alcance de nuestras intervenciones, a continuación, se presenta el número de pacientes atendidos durante el periodo correspondiente:

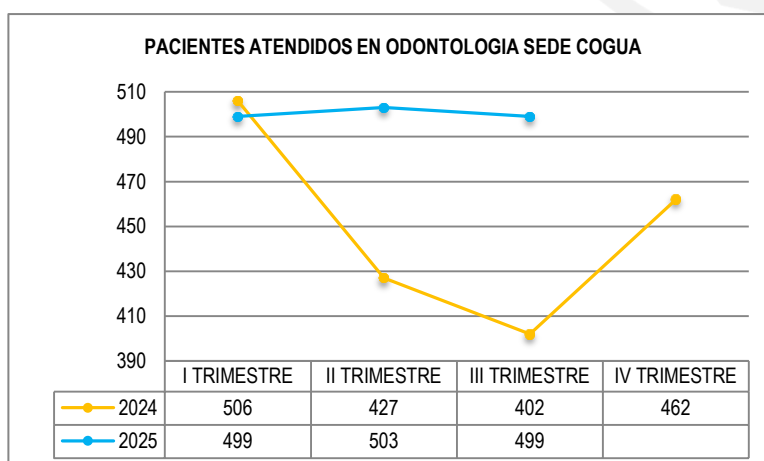
Tabla 13. Consolidado de pacientes atendidos en el servicio de odontología Estomatología y cirugía maxilofacial del III trimestre comparativo 2024 - 2025.

	UFZ	COGUA	SAN CAYETANO	ESTOMATOLOGIA	MAXILOFACIAL
III TRIMESTRE 2024	751	402	74	457	151
III TRIMESTRE 2025	1170	499	106	338	228

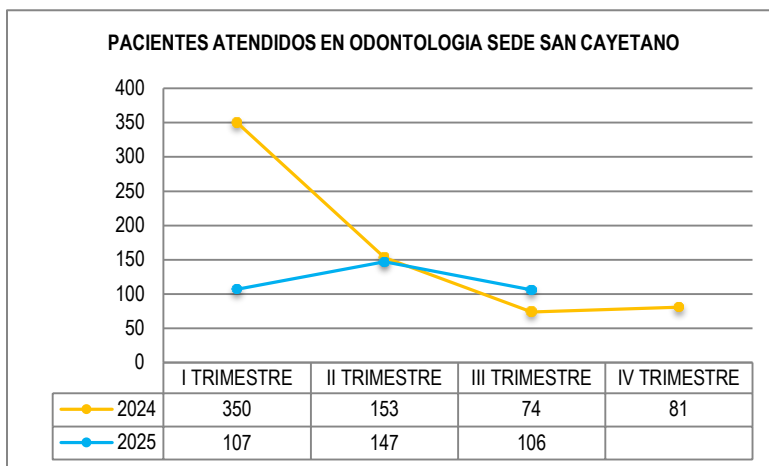
Fuente: reps - dgr 2024-2025



Fuente: reps - dgr 2024-2025



Fuente: reps - dgr 2024-2025



Fuente: reps - dgr 2024-2025

Durante el III trimestre del año 2025, Se observa que se han aumentado el número de pacientes atendidos en odontología general teniendo en cuenta las estrategias de captación de pacientes, referidos desde los otros programas y profesionales; así mismo se articula con las estrategias extramurales para la captación de pacientes.

En Odontología Especializada, en el año 2024 se realizaron 457 consultas por maxilofacial se observa un aumento significativo en la especialidad de cirugía maxilofacial ya que se cuenta con especialista en esta área lo que no se evidencia en el año 2024 ya que no se contaba con el talento humano. En cuanto a estomatología se ve una disminución de 119 pacientes con respecto al año 2024 por que se ha venido presentando que las diferentes EAPB autorizan este servicio con otras IPS.

Teniendo en cuenta que nuestra población a cargo es la que está contratada mediante cápita como se muestra a continuación:

CICLO DE VIDA	COGUA		TOTAL COGUA	SAN CAYETANO		TOTAL SAN CAYETANO	ZIPAQUIRA		TOTAL ZIPAQUIRA	TOTAL GENERAL
	F	M		F	M		F	M		
ADOLESCENCIA	91	105	196	8	14	22	233	224	457	675
ADULTEZ	439	412	851	35	33	68	1109	816	1925	2844
INFANCIA	88	107	195	12	10	22	234	236	470	687
JUVENTUD	261	240	501	12	15	27	598	402	1000	1528
PRIMERA INFANCIA	85	92	177	9	20	29	249	298	547	753
VEJEZ	221	188	409	5	11	16	508	392	900	1325
Total general	1185	1144	2329	81	103	184	2931	2368	5299	7812

Fuente.: base de datos de nueva eps-sigires

Para el tercer trimestre 2025 se realizaron 384 consulta de primera vez a la población de nueva eps modalidad de cápita.

ATENCIONES URGENCIAS / INTERCONSULTAS

El servicio de urgencias e interconsultas en salud oral juegan un papel esencial en el manejo oportuno de problemas dentales que requieren atención inmediata o la derivación de los diferentes especialistas, la atención de urgencias en salud oral no solo se limita a resolver situaciones agudas, como dolor intenso,

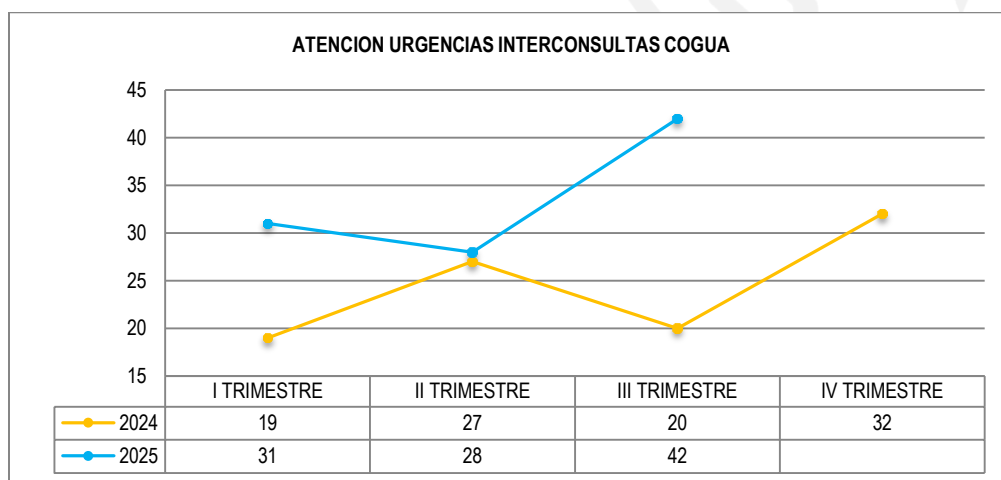
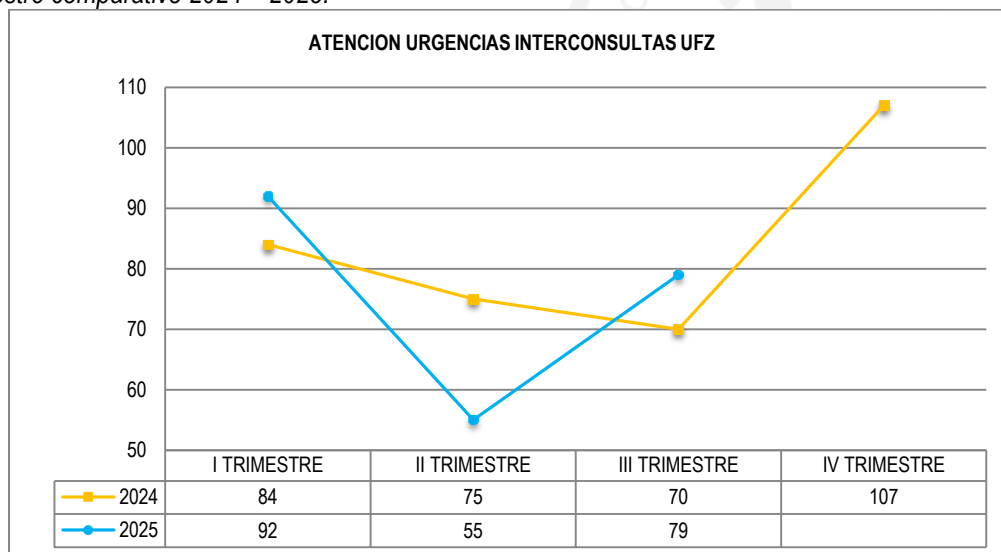
infecciones o traumatismos, sino también involucran el manejo integral de las condiciones que puedan comprometer la salud general de los pacientes. Las interconsultas, por otro lado, permiten una colaboración eficiente entre diferentes áreas de la salud para abordar situaciones complejas que requiere un enfoque multidisciplinario. A continuación, se da a conocer el número de atenciones realizadas durante el periodo correspondiente:

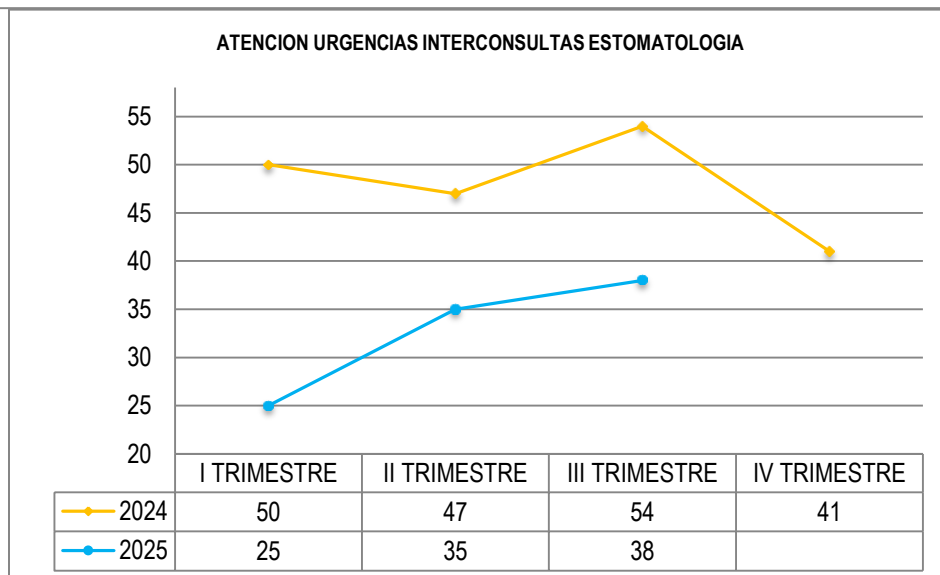
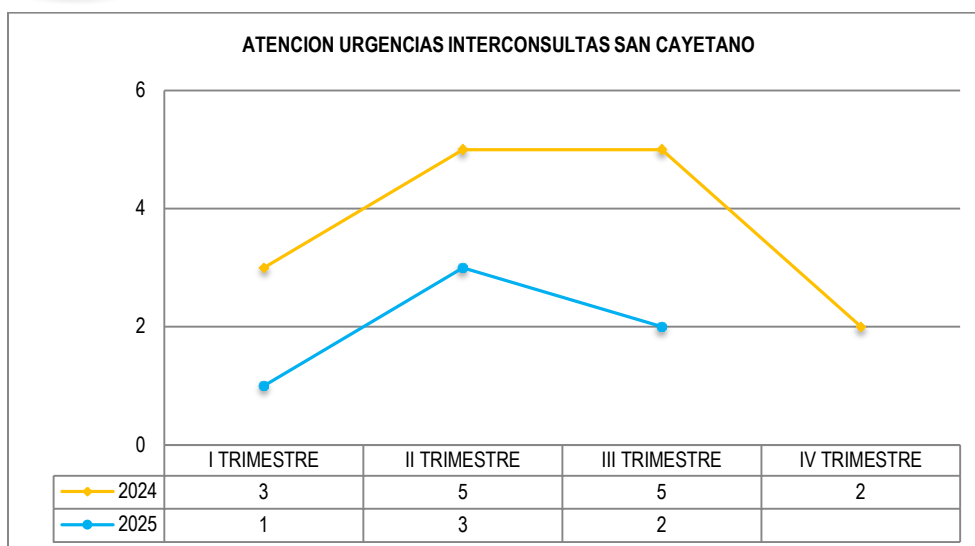
Tabla 14. Consolidado de atenciones Urgencias/Interconsultas atendidas por odontología y Estomatología III trimestre comparativo 2024 – 2025.

	UFZ	COGUA	SAN CAYETANO	ESTOMATOLOGIA
III TRIMESTRE 2024	70	20	5	54
III TRIMESTRE 2025	79	42	2	38

Fuente: estadísticas del servicio de odontología dgr ufz - reporteador - dgr 2024-2025

Gráfica 14. Consolidado de atenciones Urgencias/Interconsultas atendidas por odontología y Estomatología III trimestre comparativo 2024 – 2025.





Fuente: estadísticas del servicio de odontología dgr ufz - reporteador - dgr ufz 2024-2025

En el III trimestre del año 2024, se atendieron un total 149 urgencias y en el III trimestre del año 2025 se atendieron un total de 161 se mantiene un nivel de atención promedio de urgencias/interconsultas referenciadas del servicio de urgencias y la unidad médica oncológica oncolife.

ACTIVIDADES HIGIENE ORAL

El servicio de odontología desarrolla de manera integral actividades y atenciones en higiene oral con el propósito de promover, prevenir y tratar las principales afecciones bucodentales que afectan a la población, las actividades en higiene oral son la educación en salud oral, aplicación de flúor, aplicación de sellantes, control de placa y profilaxis. A continuación, se dan a conocer los datos:

Tabla 15. Consolidado de actividades, atenciones en higiene oral y actividades de odontología III trimestre comparativo 2024 - 2025.

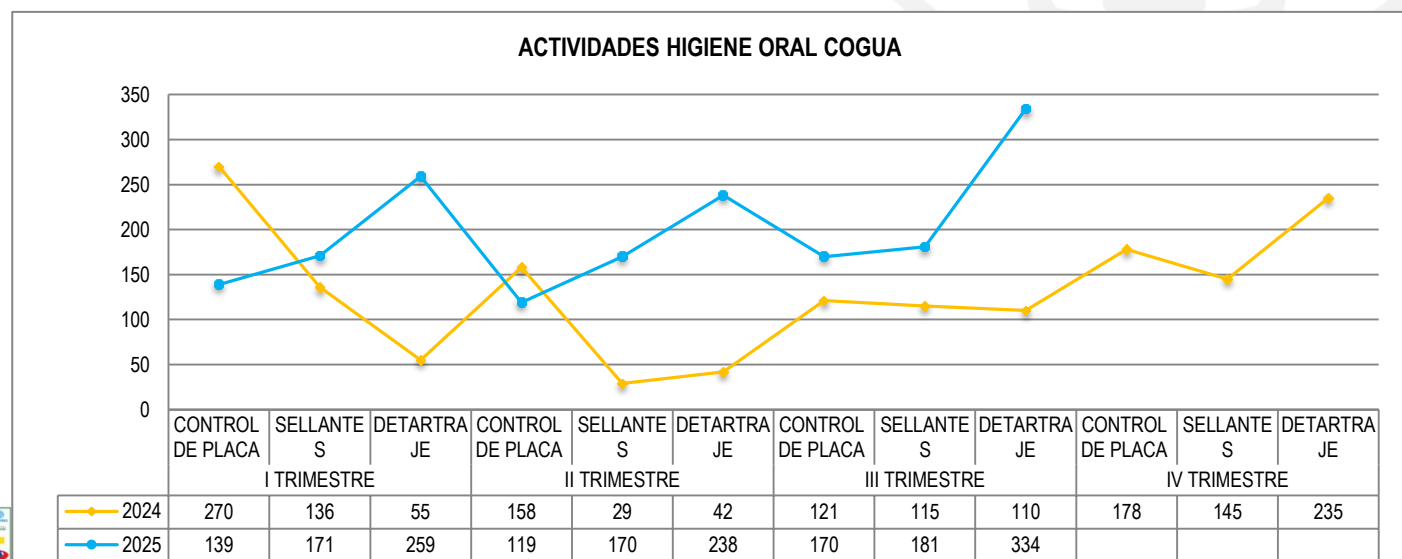
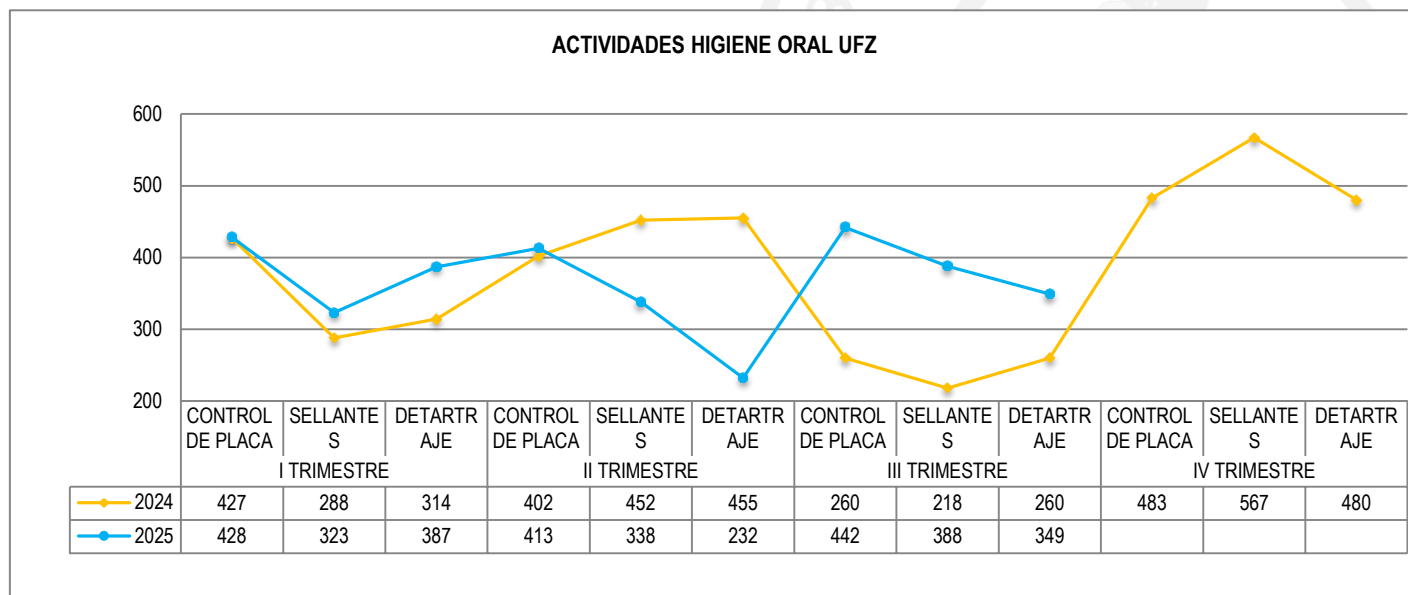
ACTIVIDADES DE HIGIENE ORAL	UFZ 2024	UFZ 2025	COGUA2024	COGUA 2025	SAN CAYETANO 2024	SAN CAYETANO 2025
CONTROL DE PLACA Y PROFILAXIS	260	442	121	170	68	69
SELLANTES	218	388	115	181	0	0
DETARTRAJE	260	349	110	334	1	19

ATENCIONES EN HIGIENE ORAL	UFZ	COGUA	SAN CAYETANO
III TRIMESTRE 2024	370	175	72
III TRIMESTRE 2025	615	382	70

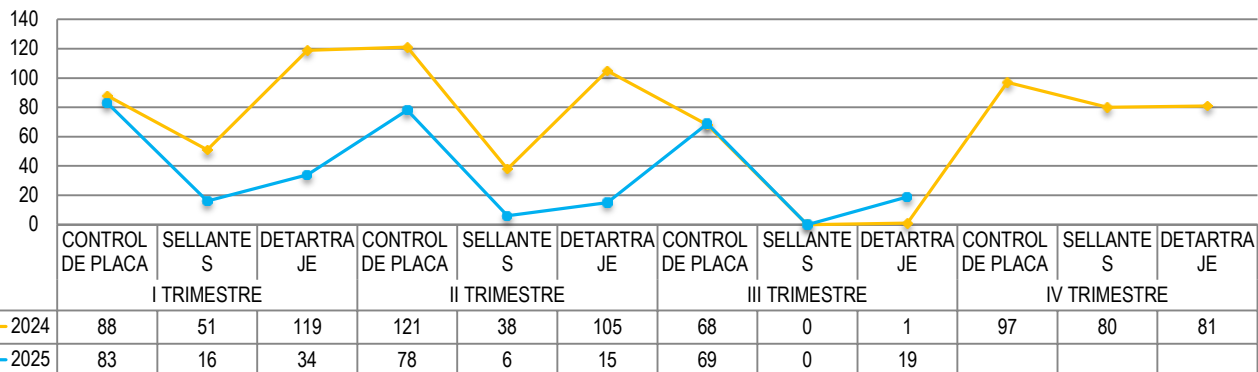
ACTIVIDADES DE ODONTOLOGIA	UFZ 2024	UFZ 2025	COGUA2024	COGUA 2025	SAN CAYETANO 2024	SAN CAYETANO 2025
EXAMENES CLINICOS	244	384	126	159	28	55
OBTURACIONES	634	696	227	429	39	37
EXODONCIA	208	215	72	77	15	10
TRATAMIENTOS TERMINADOS	115	272	24	49	1	9

Fuente: estadísticas del servicio de odontología dgr 2024-2025

Gráfica 15. Consolidado de actividades, atenciones en higiene oral y actividades de odontología III trimestre comparativo 2024 - 2025.

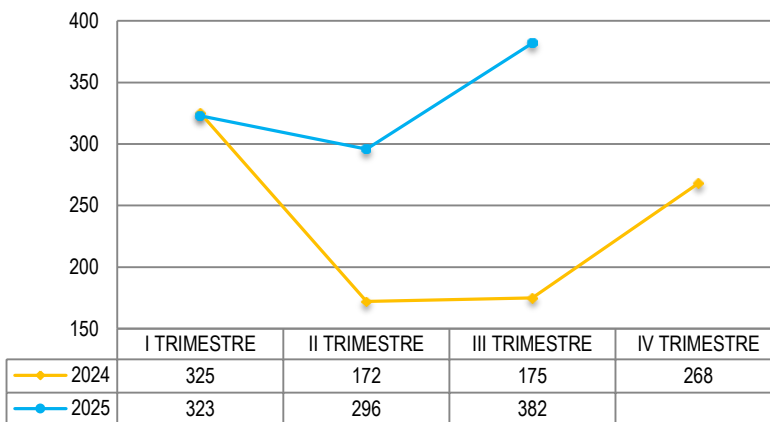


ACTIVIDADES HIGIENE ORAL SAN CAYETANO

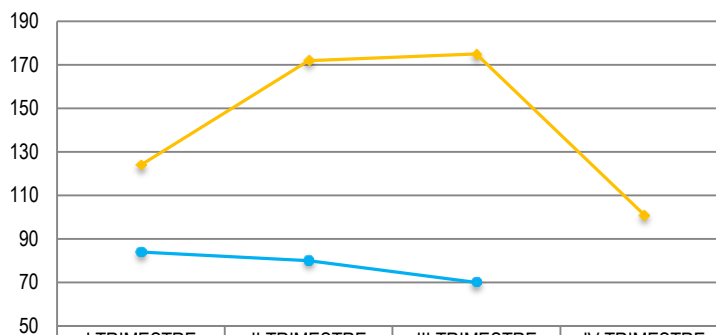


	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
2024	591	621	370	679
2025	579	510	382	

ATENCION HIGIENE ORAL COGUA

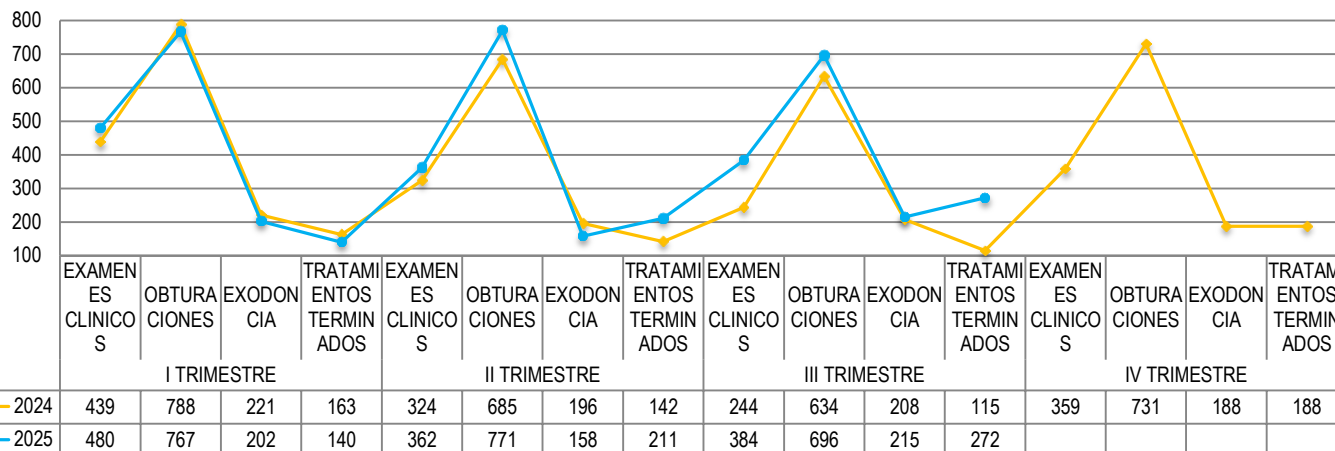


ATENCION HIGIENE ORAL SAN CAYETANO

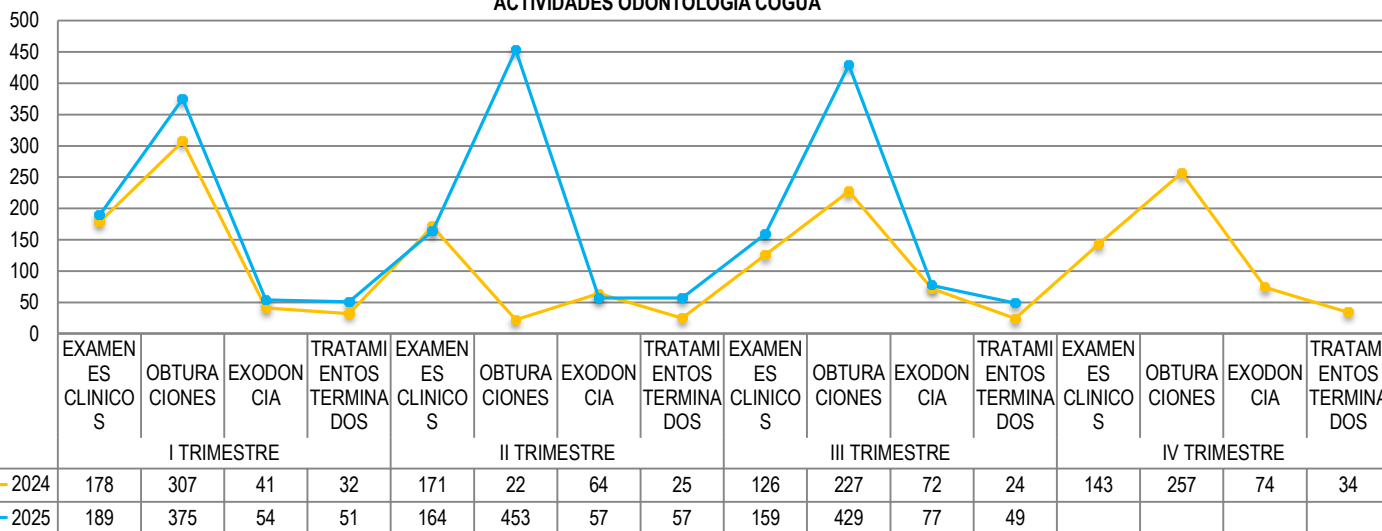


	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
2024	124	172	175	101
2025	84	80	70	

ACTIVIDADES ODONTOLOGIA UFZ



ACTIVIDADES ODONTOLOGIA COGUA



Para el III trimestre del año 2024 se realizaron un total de 1153 actividades de higiene oral y en el III trimestre del año 2025 se realizaron un total de 1952 actividades se observa un aumento en el año 2025 de igual manera en las actividades de odontología, debido a la reorganización de las diferentes sedes (Cogua-San Cayetano) acorde a la necesidad de cumplimiento de metas.

TRATAMIENTOS TERMINADOS

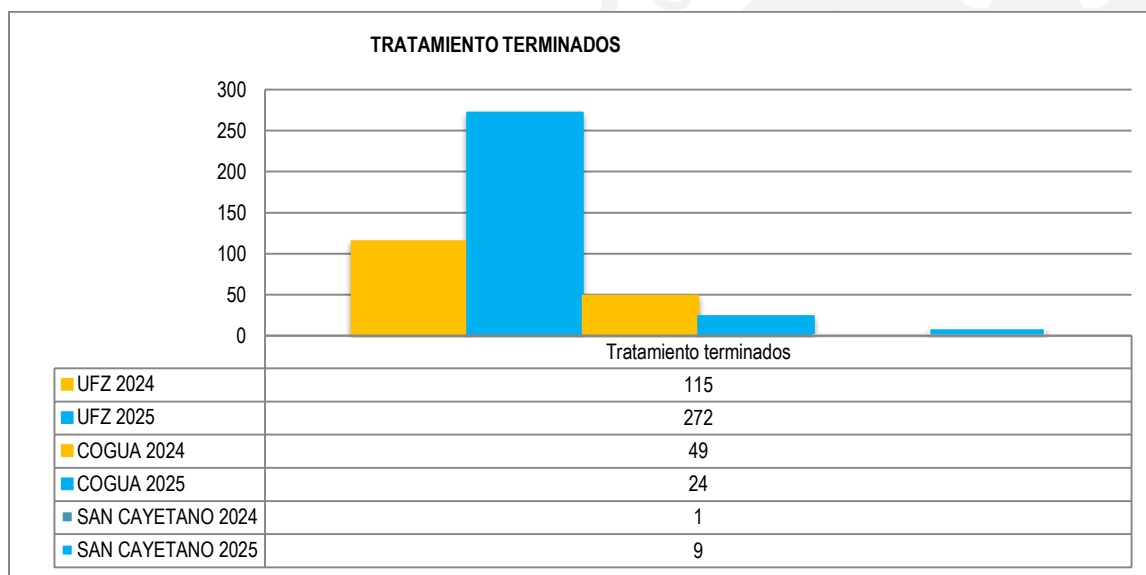
En salud oral la finalización de tratamientos es un aspecto fundamental para garantizar la salud bucodental a largo plazo de los pacientes. Los tratamientos realizados que incluyen desde procedimientos preventivos hasta intervenciones complejas son esenciales para restaurar la función, estética y bienestar general de quienes los requieran. A continuación, se dan a conocer los tratamientos terminados en el periodo correspondiente. A través de estos datos se da a conocer el albor desarrollado en el área odontológica:

Tabla 16. Consolidado de tratamiento terminados III trimestre comparativo 2024 - 2025.

	UFZ 2024	UFZ 2025	COGUA 2024	COGUA 2025	SAN CAYETANO 2024	SAN CAYETANO 2025
Tratamientos terminados	115	272	49	24	1	9

Fuente: estadísticas del servicio de odontología dgr 2024-2025

Gráfica 16. Consolidado de tratamiento terminados III trimestre comparativo 2024 - 2025.



Fuente: estadísticas del servicio de odontología dgr 2024-2025

Se observa un total de 305 pacientes con tratamiento terminado. Cada una de las acciones planteadas fueron ejecutadas permitiendo alcanzar los resultados esperados dentro del tiempo estipulado, durante el periodo establecido se logró cumplir satisfactoriamente las metas propuestas gracias a una planificación adecuada, el trabajo en equipo y el seguimiento constante.

Para el tercer trimestre del año 2025 se evidenciaron 215 pacientes con tratamiento terminado a la población de nueva eps modalidad de cápita.

9.2 .- SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL TERCER TRIMESTRE VIGENCIA 2024 – 2025

El presente informe consolida el análisis comparativo del comportamiento de los servicios médicos y terapéuticos durante el tercer trimestre de las vigencias 2024 y 2025, en la Unidad Funcional Zipaquirá del Hospital Universitario La Samaritana.

Su propósito es evaluar los principales indicadores de gestión, oferta de citas, atención efectiva, inasistencia, oportunidad y ocupación, para valorar la eficiencia institucional y la capacidad de respuesta frente a la demanda de los usuarios.

El análisis permite identificar tendencias, fortalezas y oportunidades de mejora que orienten la toma de decisiones hacia un modelo de atención más eficiente, accesible y centrado en el usuario.

1. 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 resolutive, coordinada y centrada en las necesidades de la comunidad

2. ANÁLISIS COMPARATIVO CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL Y ODONTOLOGÍA 2024 VS 2025

A continuación, se presenta por especialidad el cuadro comparativo del comportamiento del servicio de consulta externa de la Unidad Funcional Zipaquirá durante el tercer trimestre de las vigencias 2024 y 2025, con base en los registros de oferta, programación, atención, inasistencias, cancelaciones institucionales y niveles de ocupación. Posteriormente, se incluye un análisis cualitativo breve por especialidad.

Tabla1. Comparativa oferta de servicio – Medicina General 2024 vs 2025

ESPECIALIDAD	VIGENCIA	OFERTADAS / DISPONIBLES	PROGRAMADAS	ATENDIDAS / REALIZADAS	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

Durante el periodo analizado se evidencia una evolución favorable en la gestión del servicio de Medicina General, destacándose avances en eficiencia, aprovechamiento de la oferta y adherencia de los usuarios a las citas programadas.

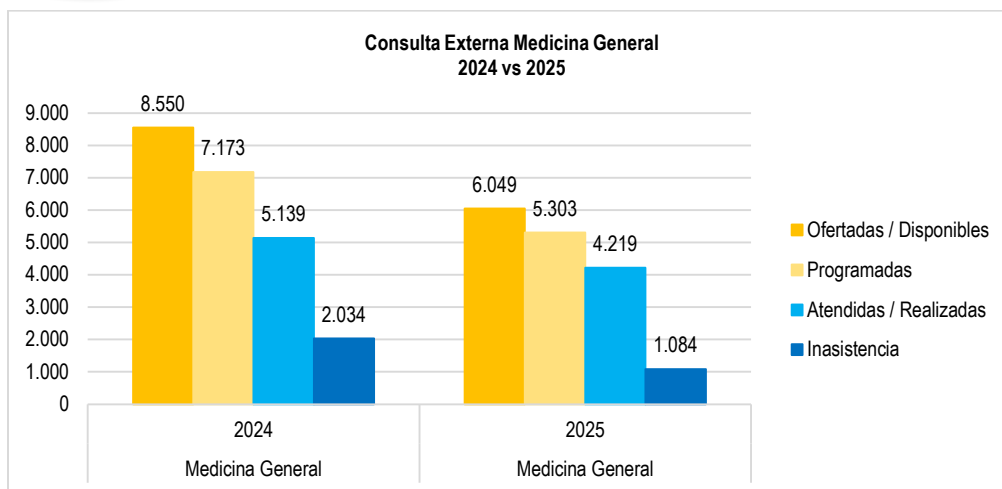
En 2025, aunque la oferta total de citas disminuyó respecto a 2024 (de 8.550 a 6.049), el comportamiento operativo muestra una mejor organización y uso racional de los recursos disponibles. La tasa de ocupación aumentó de 60% a 70%, lo que refleja una optimización de la agenda y una mayor efectividad en la atención. Asimismo, se observa una reducción importante en la inasistencia, pasando del 28% en 2024 al 20% en 2025, lo cual sugiere una mejora en la comunicación con los usuarios, estrategias más efectivas de recordatorio de citas y fortalecimiento del compromiso asistencial.

El indicador de cancelación o no atención institucional se mantiene en niveles mínimos (0 casos en 2024 y 5 en 2025), lo que evidencia estabilidad en la programación y capacidad de respuesta del servicio.

Finalmente, el indicador de oportunidad (3 días) se conserva dentro de los estándares establecidos por la Resolución 1552 de 2013, garantizando una atención oportuna tanto para primera vez como para control.

En conjunto, los resultados de 2025 reflejan un progreso técnico en la gestión de la demanda, la eficiencia operativa y la accesibilidad del servicio, consolidando un modelo de atención más equilibrado y centrado en el usuario.

Grafica1. Comparativa oferta disponible de consulta externa medicina general 2024 vs 2025



Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

Optimización de la capacidad instalada: En 2025 se evidenció un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, aumentando la ocupación de citas del 60% al 70%, reflejando una gestión más eficiente de la agenda asistencial.

Mejor adherencia de los usuarios: La inasistencia se redujo del 28% al 20%, resultado asociado a un fortalecimiento en las estrategias de comunicación y seguimiento al cumplimiento de las citas.

Mantenimiento de la oportunidad y estabilidad institucional: Se conservaron tiempos de atención dentro del estándar (3 días) y niveles mínimos de cancelación institucional, garantizando continuidad y calidad en la prestación del servicio.

operativa: Las cancelaciones institucionales se mantienen en niveles mínimos (0,3%).

ODONTOLOGÍA GENERAL

Tabla2. Comparativa oferta de servicio – Odontología General 2024 vs 2025

Especialidad	Año	Ofertadas / Disponibles	Programadas	Atendidas / Realizadas	Inasistencia	% Inasistencia	Cancelación o No Atención Institucional (No.)	% Cancelación o No Atención Institucional	% Ocupación (Citas Realizadas / Disponibles)
ODONTOLOGÍA GENERAL	2024	888	788	595	315	40%	0,00	0,0000	0,67
ODONTOLOGÍA GENERAL	2025	1651	1451	1210	295	20%	0,00	0,0000	0,73

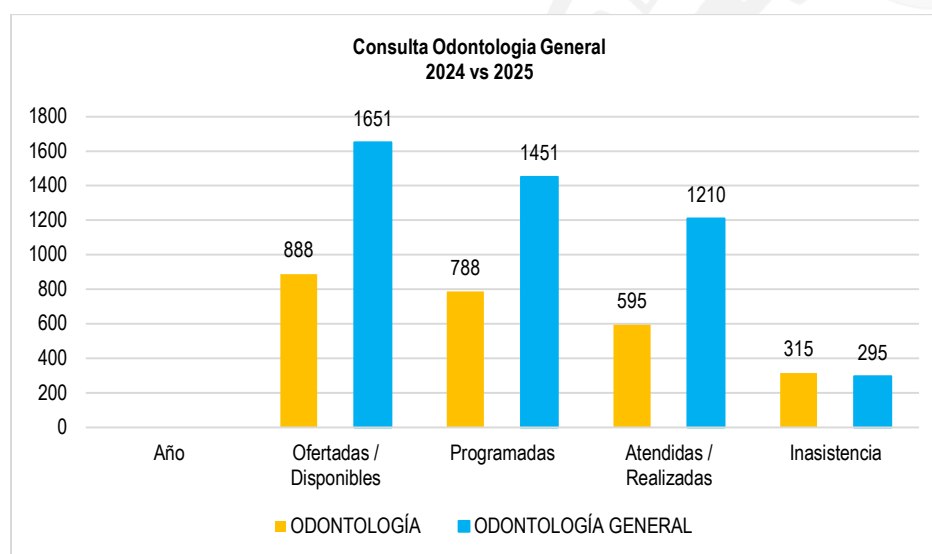
Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

Durante 2025, el servicio de Odontología General evidenció un crecimiento sustancial en la oferta y programación de citas, duplicando prácticamente la capacidad disponible frente a 2024 (de 888 a 1.651 citas ofertadas), lo que refleja un fortalecimiento institucional orientado a mejorar el acceso y la cobertura asistencial.

Se destaca una reducción significativa en la inasistencia, pasando del 40% al 20%, lo que sugiere una mejora en la adherencia de los usuarios y en los mecanismos de seguimiento y confirmación de citas. Esta tendencia contribuye directamente a una mayor eficiencia operativa y mejor aprovechamiento de la capacidad instalada.

Asimismo, la ocupación aumentó del 67% al 73%, evidenciando un uso más racional y efectivo de los recursos disponibles. En conjunto, los resultados de 2025 muestran un avance sostenido en la gestión del servicio, con oportunidades para continuar reforzando estrategias de educación al usuario y optimización del agendamiento, garantizando la continuidad y calidad en la atención odontológica.

Grafica2. Comparativa oferta disponible de consulta externa odontología general 2024 vs 2025



Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

Disminución de la oferta de citas: En 2025 se observa una reducción considerable en la cantidad de citas ofrecidas, pasando de 5.792 en 2024 a 1.650. Esta disminución responde a un proceso de ajuste en la programación, enfocado en optimizar la gestión de la agenda y priorizar la eficiencia sobre el volumen. La decisión busca alinear la oferta con la demanda real, evitando tiempos ociosos y mejorando la planificación de los recursos disponibles.

Mayor eficiencia en el servicio: A pesar de la reducción en la oferta, se ha logrado una mejora notable en el desempeño del servicio. La tasa de ocupación aumentó del 55% al 88%, lo que indica un uso más efectivo de la capacidad instalada. Además, la inasistencia de los usuarios disminuyó significativamente, del 34% al 9%, reflejando una mayor adherencia a las citas programadas. Estos resultados evidencian una mejor alineación entre la programación y la disponibilidad real de los usuarios, lo que contribuye a un servicio más eficiente y con menor pérdida de recursos.

Estabilidad operativa: Las cancelaciones institucionales se mantuvieron en niveles mínimos, con solo un 0,3% en 2025. Este indicador refleja una gestión estable y bien organizada desde el punto de vista administrativo, sin interrupciones significativas en la prestación del servicio. La baja tasa de cancelaciones institucionales

respalda la solidez del modelo de programación implementado y sugiere un entorno operativo controlado y confiable.

CONSULTA ESPECIALIZADA 2024 VS 2025

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Tabla3. Comparativa oferta de servicio – Ginecología y obstetricia 2024 vs 2025

Especialidad	Año	Ofertadas / Disponibles	Programadas	Atendidas / Realizadas	Inasistencia	% Inasistencia	Cancelación o No Atención Institucional (No.)	% Cancelación o No Atención Institucional	% Ocupación (Citas Realizadas / Disponibles)
GINECOLOGÍA PRENATAL ALTO RIESGO	2024	213	208	208	0	0%	0,00	0,0000	0,98
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	2024	1122	932	912	20	2%	0,00	0,0000	0,81
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	2025	1219	942	915	27	3%	3,00	0,0032	0,75

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

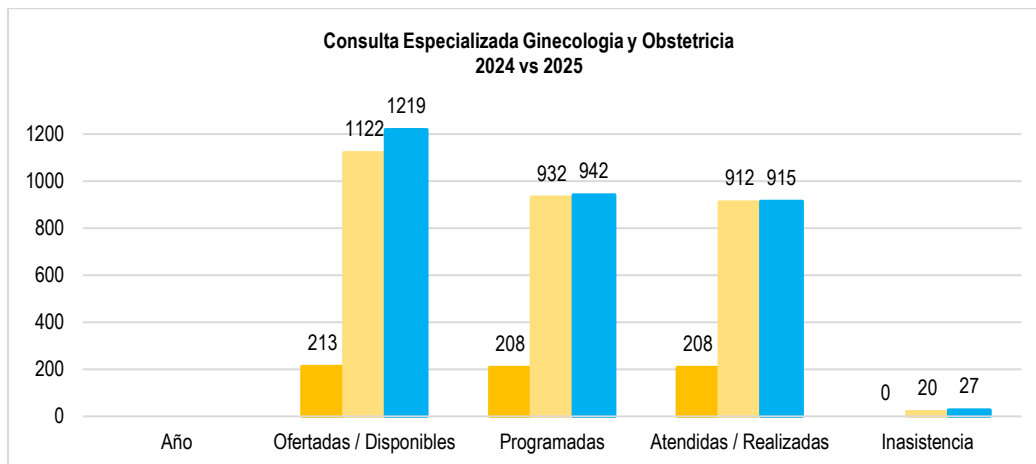
Durante el periodo evaluado, los servicios de Ginecología y Obstetricia, así como de Ginecología Prenatal de Alto Riesgo, presentan un comportamiento técnico estable y altamente satisfactorio, destacándose por su eficiencia, continuidad en la atención y bajo nivel de inasistencia.

En el caso de Ginecología Prenatal de Alto Riesgo, los resultados de 2024 reflejan un aprovechamiento casi total de la capacidad instalada (98%), sin registro de inasistencias ni cancelaciones institucionales. Esto demuestra una planeación adecuada de las agendas, un seguimiento oportuno a las gestantes y una coordinación efectiva del equipo asistencial, aspectos fundamentales para la atención integral del riesgo obstétrico.

Por su parte, Ginecología y Obstetricia evidencia un comportamiento igualmente positivo, con tasas de inasistencia controladas (2% en 2024 y 3% en 2025) y un bajo nivel de cancelaciones institucionales (0% en 2024 y 3% en 2025). Si bien se observa una leve reducción en el porcentaje de ocupación (de 81% a 75%), este resultado se mantiene dentro de rangos operativos aceptables y puede estar asociado a ajustes en la programación, redistribución de la oferta o procesos administrativos temporales, sin afectar la continuidad del servicio.

De manera propositiva, se sugiere mantener las estrategias de seguimiento y confirmación de citas, fortalecer los mecanismos de articulación con consulta prenatal de riesgo y continuar garantizando la oportunidad y calidad en la atención, aspectos que han permitido conservar indicadores de desempeño óptimos y una atención segura para las usuarias.

Grafica3. Comportamiento oferta de la consulta de Ginecología y obstetricia 2024 vs 2025



Fuente: Sistema de información de Consulta

Estabilidad en la atención especializada: Los servicios de Ginecología y Obstetricia mantienen un comportamiento estable entre 2024 y 2025, con niveles sostenidos de programación y atención, lo que evidencia continuidad y eficiencia en la oferta asistencial.

Control de la inasistencia: Las tasas de inasistencia se mantienen bajas (2% a 3%), lo que refleja un adecuado seguimiento de citas y compromiso tanto del personal asistencial como de las usuarias en la adherencia a los controles.

Fortaleza en la atención de alto riesgo: La consulta de Ginecología Prenatal de Alto Riesgo presenta ocupación cercana al 100% y sin inasistencias, consolidándose como un servicio altamente eficiente y prioritario en la atención materna especializada.

MEDICINA INTERNA

Tabla3. Comparativa oferta de servicio – Medicina interna 2024 vs 2025

Especialidad	Año	Ofertas / Disponibles	Programadas	Atendidas / Realizadas	Inasistencia	% Inasistencia	Cancelación o No Atención Institucional (No.)	% Cancelación o No Atención Institucional	% Ocupación (Citas Realizadas / Disponibles)
MEDICINA INTERNA	2024	388	398	316	82	21%	0,00	0,0000	0,81
MEDICINA INTERNA	2025	240	240	227	13	5%	2,00	0,0083	0,95

Fuente: Sistema de información de Consulta

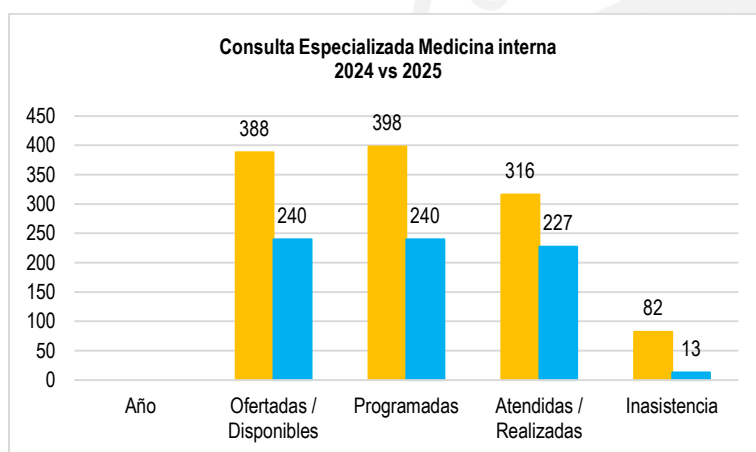
Medicina Interna presenta una evolución favorable en sus indicadores operativos y asistenciales, evidenciando avances en eficiencia, adherencia de los usuarios y aprovechamiento de la capacidad instalada.

En 2025 se observa una reducción significativa en el porcentaje de inasistencia, pasando de 21% en 2024 a 5%, lo que refleja una mejor gestión de la agenda, fortalecimiento de la comunicación con los pacientes y cumplimiento de las citas programadas. Este comportamiento demuestra un mayor compromiso tanto de los usuarios como del equipo asistencial, generando un impacto positivo en la continuidad de la atención.

El porcentaje de ocupación aumentó de 81% a 95%, evidenciando un aprovechamiento más eficiente de los recursos disponibles y una adecuada articulación entre la oferta y la demanda del servicio. Aunque se registraron 2 cancelaciones institucionales en 2025 (0,8%), este valor es mínimo y se mantiene dentro de márgenes aceptables para la gestión asistencial.

De manera propositiva, se recomienda mantener las estrategias de recordatorio y confirmación de citas, así como continuar optimizando la asignación de cupos según la disponibilidad profesional y la necesidad de atención prioritaria, con el fin de consolidar el desempeño sobresaliente alcanzado en 2025 y asegurar la sostenibilidad de estos resultados positivos en el tiempo.

Grafica 4. Comportamiento oferta de la consulta de medicina interna comparativo 2024 vs 2025



Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

Reducción significativa de inasistencia: Se logró disminuir del 21% al 5%, reflejando una gestión más efectiva en el seguimiento y confirmación de citas.

Mayor aprovechamiento de la oferta: El aumento de ocupación del 81% al 95% evidencia una mejor planeación y uso de la capacidad instalada.

Fortalecimiento de la gestión técnica: Las mejoras en sistemas y procesos administrativos favorecieron la oportunidad y continuidad de la atención.

PEDIATRÍA

Tabla5. Comparativa oferta de servicio – Pediatría 2024 vs 2025

Especialidad	Año	Ofertadas / Disponibles	Programadas	Atendidas / Realizadas	Inasistencia	% Inasistencia	Cancelación o No Atención Institucional (No.)	% Cancelación o No Atención Institucional	% Ocupación (Citas Realizadas / Disponibles)
PEDIATRIA	2024	1667	1230	987	243	20%	0,00	0,0000	0,59
PEDIATRIA	2025	1734	1339	946	393	29%	0,00	0,0000	0,55

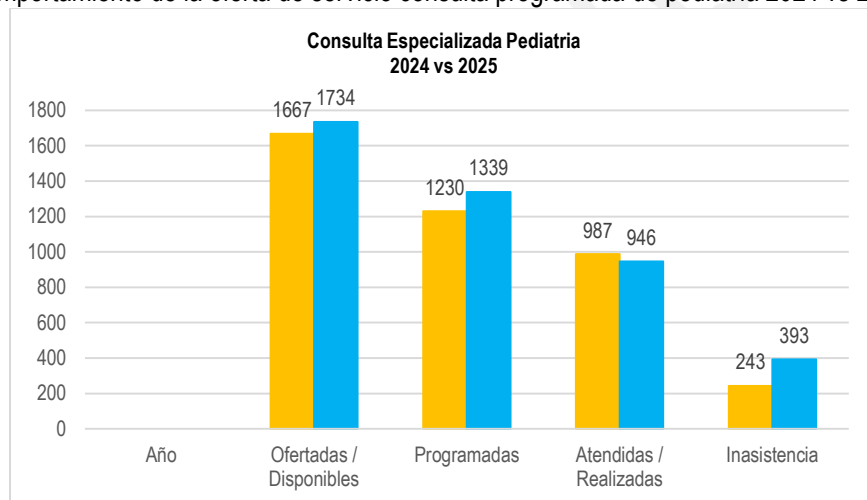
Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

Durante el periodo 2024-2025 se evidencia un incremento en la oferta de citas de Pediatría, pasando de 1667 a 1734, reflejando una gestión institucional enfocada en ampliar la cobertura y fortalecer la capacidad de respuesta del servicio. Este aumento demuestra una planeación adecuada y el compromiso por mantener la disponibilidad del talento humano y los recursos necesarios para garantizar el acceso oportuno a la atención especializada infantil.

No obstante, el porcentaje de inasistencia aumentó de 20% a 29%, lo que sugiere la necesidad de fortalecer las estrategias de acompañamiento y comunicación con los usuarios. Este comportamiento debe abordarse de manera proactiva mediante acciones de recordatorio de citas, educación en corresponsabilidad del cuidado infantil y ajustes en los procesos de agendamiento que faciliten la asistencia oportuna.

Finalmente, la ocupación disminuyó levemente de 59% a 55%, evidenciando la oportunidad de optimizar el uso de la capacidad instalada. Se recomienda revisar los horarios de atención, la gestión de la agenda y los procedimientos administrativos previos a la consulta para mejorar la eficiencia del servicio. Estas acciones permitirán incrementar la productividad, reducir el ausentismo y asegurar una atención más continua y efectiva para la población pediátrica.

Grafica 5. Comportamiento de la oferta de servicio consulta programada de pediatría 2024 vs 2025



Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

Ampliación de la oferta: Se observa un incremento en las citas ofertadas y programadas en 2025, lo que refleja una gestión orientada al fortalecimiento del acceso y la capacidad de atención pediátrica.

Disminución en la efectividad de la asistencia: Aunque la oferta creció, también aumentó la inasistencia, lo que indica la necesidad de reforzar la comunicación y seguimiento a los usuarios para mejorar la adherencia a las citas.

Oportunidad de optimización: La leve reducción en las atenciones realizadas frente a las programadas sugiere revisar los procesos de agendamiento y confirmación, con el fin de mejorar la eficiencia y el aprovechamiento de la capacidad instalada.

OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS

Tabla 6. Comportamiento de la oferta disponible de otras consultas de especialidades médicas ofertadas 2024-2025.

Especialidad	Año	Ofertadas / Disponibles	Programadas	Atendidas / Realizadas	Inasistencia	% Inasistencia	Cancelación o No Atención Institucional (No.)	% Cancelación o No Atención Institucional	% Ocupación (Citas Realizadas / Disponibles)
ANESTESIOLOGÍA	2024	183	110	94	16	15%	0,00	0,0%	51%
ANESTESIOLOGÍA	2025	128	128	116	12	9%	1,00	0,8%	91%
CIRUGÍA GENERAL	2024	280	188	170	62	26%	0,00	0,0%	61%
CIRUGÍA GENERAL	2025	368	264	246	16	20%	2,00	0,8%	67%
NUTRICIÓN	2024	588	611	451	160	16%	0,00	0,0%	77%
NUTRICIÓN	2025	650	648	483	165	21%	4,00	0,6%	74%
OPTOMETRIA	2024	528	526	437	89	11%	0,00	0,0%	83%
OPTOMETRIA	2025	600	543	431	112	10%	25,00	4,6%	72%
PSICOLOGÍA	2024	626	600	283	317	12%	0,00	0,0%	45%
PSICOLOGÍA	2025	1221	1116	925	191	10%	12,00	1,1%	76%
PSIQUIATRÍA	2024	452	457	437	20	7%	0,00	0,0%	97%
PSIQUIATRÍA	2025	576	629	503	126	7%	18,00	2,9%	87%

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

ANESTESIOLOGÍA

Durante el periodo analizado, Anestesiología presentó un aumento notorio en la eficiencia del servicio, pasando de una ocupación del 51% en 2024 a 91% en 2025, lo que evidencia una mejor planificación y aprovechamiento de la oferta de citas. El número de citas ofertadas disminuyó (de 183 a 128), pero la proporción de atenciones realizadas se incrementó, reflejando una optimización del recurso humano disponible. Además, se observó una reducción significativa en la inasistencia (de 15% a 9%), lo cual sugiere mayor adherencia de los pacientes y fortalecimiento en los mecanismos de comunicación y recordatorio.

Desde una mirada propositiva, se recomienda mantener las estrategias de confirmación anticipada y fortalecer la articulación con el área quirúrgica y de programación para continuar garantizando la eficiencia operativa y la reducción de cancelaciones.

CIRUGÍA GENERAL

En Cirugía General, se destaca una expansión en la oferta de servicios, con un incremento del 31% en citas disponibles entre 2024 y 2025 (de 280 a 368). Este crecimiento amplía la capacidad institucional para responder a la demanda quirúrgica. Aunque el porcentaje de inasistencia se redujo de 26% a 20%, aún representa un desafío importante que puede estar asociado a procesos de preoperatorio y trámites administrativos previos. El porcentaje de ocupación mejoró ligeramente (61% a 67%), lo cual denota avances en la programación, aunque con espacio para optimizar la adherencia del usuario. Desde un enfoque propositivo, se sugiere implementar un sistema de recordatorio y seguimiento prequirúrgico, fortalecer la coordinación entre consulta externa, hospitalización y quirófano, e integrar herramientas digitales que faciliten la gestión de citas y confirmaciones en tiempo real.

NUTRICIÓN

El área de Nutrición evidenció un incremento en la oferta de citas (de 588 a 650) y una estabilidad en la programación, lo que refleja la intención institucional de ampliar el acceso al servicio. No obstante, el porcentaje de inasistencia aumentó del 16% al 21%, lo que podría estar relacionado con la percepción del usuario frente al seguimiento nutricional o con factores de disponibilidad horaria. La ocupación se mantuvo estable (77% a 74%), lo cual indica una adecuada gestión, aunque con oportunidades de mejora. Desde un enfoque propositivo, se sugiere fortalecer las estrategias educativas sobre la importancia del control nutricional, implementar seguimientos proactivos y refuerzos de adherencia por medio de llamadas o recordatorios electrónicos, y coordinar con Medicina General para referir casos prioritarios que mantengan la continuidad del tratamiento.

OPTOMETRÍA

El servicio de Optometría ha mantenido un rendimiento estable, con una ocupación promedio de 77% entre ambos años y una inasistencia relativamente controlada (11% en 2024 y 10% en 2025). Se destaca que, pese al aumento en la oferta de citas (de 528 a 600), el número de atenciones se mantuvo alto, lo que demuestra una buena aceptación y necesidad constante del servicio. El leve aumento en las cancelaciones institucionales (de 0% a 4,6%) puede estar vinculado a ajustes administrativos derivados de la actualización de software o cambios normativos. Desde una perspectiva propositiva, se recomienda optimizar los procesos de agendamiento y facturación, reforzar los canales de confirmación y mejorar la comunicación entre el área administrativa y los usuarios para reducir las cancelaciones y mantener la eficiencia observada.

PSICOLOGÍA

Psicología presentó un crecimiento sobresaliente en cobertura y atención, al duplicar su oferta (de 626 a 1221 citas) y aumentar su ocupación del 45% al 76%, lo que refleja una respuesta positiva ante la mayor demanda de atención en salud mental. Asimismo, la inasistencia bajó del 12% al 10%, lo que indica una mejora en la adherencia terapéutica y una mayor efectividad de los mecanismos de seguimiento. Este comportamiento demuestra fortalecimiento en la gestión del talento humano y una mayor accesibilidad al servicio. Desde una visión propositiva, se sugiere consolidar un modelo de continuidad terapéutica, reforzar la articulación con Psiquiatría y fortalecer la estrategia de acompañamiento emocional a través de recordatorios, seguimiento telefónico y grupos de apoyo.

PSIQUIATRÍA

La especialidad de Psiquiatría mantiene niveles sobresalientes de eficiencia y adherencia, con una ocupación del 97% en 2024 y 87% en 2025, y una inasistencia estable del 7%. Esto refleja una alta demanda sostenida y compromiso de los usuarios con sus procesos de tratamiento. El aumento en las cancelaciones institucionales (de 0% a 2,9%) puede atribuirse a ajustes en los procesos de agenda o actualización del sistema de información. En términos propositivos, se recomienda fortalecer la articulación con Psicología y Medicina General, así como mantener estrategias de seguimiento terapéutico activo, especialmente para usuarios en control prolongado, con el fin de conservar la continuidad y reducir las interrupciones en la atención.

Tabla 7. Comportamiento de la oferta disponible de otras consultas de especialidades de odontología ofertadas 2024-2025.

Especialidad	Año	Ofertadas / Disponibles	Programadas	Atendidas / Realizadas	Inasistencia	% Inasistencia	Cancelación o No Atención Institucional (No.)	% Cancelación o No Atención Institucional	% Ocupación (Citas Realizadas / Disponibles)
ESTOMATOLOGIA	2024	538	295	455	5	2%	0	0,0%	85%
ESTOMATOLOGIA	2025	425	271	356	13	5%	0	0,0%	84%
MAXILOFACIAL	2024	252	252	209	37	15%	0	0,0%	83%
MAXILOFACIAL	2025	278	232	200	36	16%	0	0,0%	72%

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

ESTOMATOLOGÍA

El servicio de Estomatología presenta un comportamiento favorable en la atención efectiva y aprovechamiento de la oferta, con una ocupación que se mantiene estable (85 % en 2024 y 84 % en 2025). Aunque el número de citas ofertadas se redujo ligeramente, las realizadas continúan representando una alta eficiencia en la gestión de la demanda asistencial. La inasistencia aumentó levemente del 2 % al 5 %, lo que podría asociarse a factores de oportunidad o disponibilidad del usuario, pero sin afectación institucional significativa.

Se recomienda fortalecer los recordatorios y estrategias de confirmación de citas para reducir el ausentismo, además de mantener la adecuada coordinación entre odontología general y estomatología para garantizar la continuidad de atención en casos priorizados.

CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

El servicio evidencia una disminución en el nivel de ocupación (83 % en 2024 a 72 % en 2025) y un leve aumento en la inasistencia (de 15 % a 16 %). Sin embargo, se mantiene una ejecución constante y sin cancelaciones institucionales, lo que refleja una oferta organizada y cumplimiento del recurso profesional. La

reducción en el número de procedimientos realizados podría vincularse con la complejidad de los casos o con ajustes operativos en la programación.

Se sugiere analizar la distribución de agenda y la priorización de pacientes según la urgencia clínica, así como fortalecer la articulación con odontología y cirugía general para optimizar la remisión oportuna de casos. Mantener la eficiencia actual y mejorar la adherencia del usuario permitirá recuperar niveles de ocupación previos y potenciar el impacto del servicio.

SERVICIOS DE APOYO TERAPEUTICO

Tabla 8. Comportamiento de la oferta disponible de servicios de apoyo terapéutico ofertadas III trimestre comparativo 2024-2025.

Especialidad	Vigencia	Ofertadas / Disponibles	Programadas	Atendidas / Realizadas	Inasistencia	% Inasistencia	% Cancelación	% Ocupación
PROCEDIMIENTOS MENORES	2024	937	590	580	10	2%	0	0,0%
	2025	900	600	592	8	1%	0	0,0%
TERAPIA FISICA	2024	1083	555	510	45	8%	0	0,0%
	2025	1438	824	767	57	7%	7	0,8%
TERAPIA DEL LENGUAJE	2024	840	837	790	47	6%	0	0,0%
	2025	827	911	880	31	3%	0	0,0%
PROCEDIMIENTOS OTORRINO AUDIOLOGIA	2024	690	247	259	0	0%	0	0,0%
	2025	747	431	425	6	1%	0	0,0%

Fuente: Sistema de información de Consulta Externa

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.

PROCEDIMIENTOS MENORES

Se observa un comportamiento estable y eficiente en la prestación de procedimientos menores. La ocupación aumentó de 62 % en 2024 a 66 % en 2025, con una reducción de la inasistencia del 2 % al 1 %, sin registro de cancelaciones institucionales. Esto refleja un mejor aprovechamiento de la agenda, adecuada programación y alta adherencia de los usuarios.

Se recomienda continuar fortaleciendo la articulación con medicina general y enfermería para mantener la programación oportuna.

TERAPIA FÍSICA

Durante el periodo analizado, Terapia Física presenta una tendencia positiva en la cobertura y atención efectiva, aumentando la ocupación del 47 % en 2024 al 53 % en 2025, pese al incremento de oferta y programación. La inasistencia se mantuvo controlada (8 % a 7 %), y las cancelaciones institucionales fueron mínimas (0,8 %). Esto refleja mejor gestión en la asignación de citas, continuidad asistencial y uso más eficiente del recurso humano especializado.

Se sugiere continuar con estrategias de fortalecimiento en adherencia al tratamiento y seguimiento post-sesión, además de evaluar acciones educativas que fomenten la asistencia y finalización de los planes terapéuticos.

TERAPIA DE LENGUAJE

Este servicio mantiene indicadores de alto desempeño, con una ocupación que supera el 100 % (94 % en 2024 y 106 % en 2025), evidenciando una alta demanda y respuesta eficiente del equipo terapéutico. Además, la inasistencia se redujo de 6 % a 3 %, demostrando compromiso del usuario y buena gestión de agenda.

PROCEDIMIENTOS OTORRINO-AUDIOLOGÍA

El servicio evidencia una evolución sobresaliente en su capacidad resolutoria: la ocupación creció de 38 % a 57 %, con un índice de inasistencia mínimo (1 %) y sin cancelaciones institucionales. Esto indica una mayor eficiencia operativa y mejor uso del recurso especializado, favoreciendo la atención oportuna de pacientes con patologías auditivas y otorrinolaringológicas.

Se sugiere fortalecer la coordinación con consulta externa para optimizar los procesos de referencia y contrarreferencia, garantizando la continuidad del seguimiento clínico y la sostenibilidad del aumento observado.

CONCLUSIONES

Durante el periodo analizado se evidenció un comportamiento favorable en la gestión asistencial y operativa de la Unidad Funcional Zipaquirá, reflejando avances sostenidos en eficiencia, calidad y continuidad del servicio. La comparación entre las vigencias 2024 y 2025 muestra un fortalecimiento progresivo en la planeación, optimización de recursos y aprovechamiento de la capacidad instalada, con mejoras notables en especialidades como Medicina General, Medicina Interna, Psicología y Anestesiología. Estas áreas lograron reducir inasistencias, incrementar la ocupación y mantener la oportunidad en la atención, consolidando un modelo operativo más eficiente y centrado en el usuario.

Asimismo, el compromiso institucional con la atención integral se evidencia en la ampliación de la oferta de servicios y en la estabilidad observada en especialidades críticas como Ginecología y Obstetricia, donde la continuidad del control prenatal de alto riesgo y los bajos índices de inasistencia destacan como indicadores de buena gestión clínica. En contraste, servicios como Odontología General y Pediatría presentan oportunidades de mejora en adherencia y seguimiento al usuario, aspectos que deben abordarse mediante estrategias de educación, comunicación efectiva y fortalecimiento de procesos administrativos.

En términos generales, el informe confirma la capacidad técnica y organizativa del equipo de salud para responder a la demanda de la población, mantener estándares de calidad y adaptar los servicios a los retos operativos y tecnológicos recientes. La gestión evidenciada en 2025 permite proyectar una atención más resolutoria, articulada y con mayor impacto en los resultados de salud de la comunidad.

RECOMENDACIONES GENERALES

Fortalecer la adherencia y comunicación con los usuarios: Implementar mecanismos de recordatorio y confirmación de citas (mensajes automatizados, llamadas o medios digitales) para reducir la inasistencia.

Optimizar la planeación y gestión de agendas: Reforzar la programación dinámica, priorizando la reprogramación oportuna de citas no asistidas y el uso eficiente de los cupos disponibles.

Consolidar estrategias de seguimiento integral: Promover la articulación entre Medicina General y especialidades médicas, favoreciendo la continuidad del tratamiento y la referencia oportuna.

Fortalecer los procesos administrativos y tecnológicos: Acelerar la estabilización del sistema de información institucional y los flujos de facturación para reducir demoras en la atención y evitar cancelaciones.

Mantener el enfoque en la calidad y oportunidad del servicio: Garantizar tiempos de respuesta dentro de los estándares normativos (Res. 1552/2013 y 3280/2018) y promover la mejora continua de la atención centrada en el usuario.

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 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

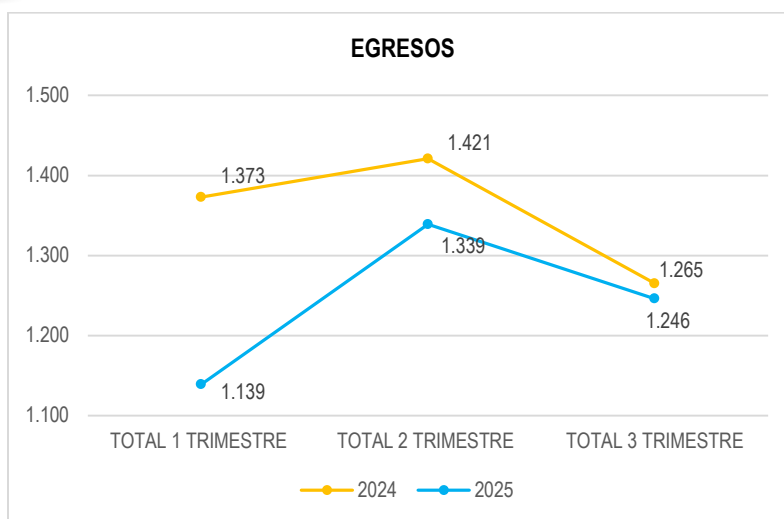
EGRESOS	TOTAL 1 TRIMESTRE	TOTAL 2 TRIMESTRE	TOTAL 3 TRIMESTRE
2024	1.373	1.421	1.265
2025	1.139	1.339	1.246

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

CONSOLIDADO EGRESOS HOSPITALARIOS TRIMESTRE I, II Y III

SERVICIO	2024			2025		
	TOTAL 1 TRIMESTRE	TOTAL 2 TRIMESTRE	TOTAL 3 TRIMESTRE	TOTAL 1 TRIMESTRE	TOTAL 2 TRIMESTRE	TOTAL 3 TRIMESTRE
GINECOLOGIA	59	55	39	39	36	29
OBSTETRICIA	509	483	438	405	445	481
M.INTERNA	191	196	184	233	221	178
PEDIATRIA	295	399	308	233	365	265
NEONATOS	135	149	157	97	117	114
CIRUGIA	184	142	139	132	155	179
TOTAL	1373	1424	1265	1.139	1.339	1.246

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

Al comparar el total de servicios reportados por trimestre entre los dos años, se observa una **disminución** en la actividad general en 2025 en los primeros dos trimestres, seguida de una pequeña recuperación en el tercer trimestre. Esto se debe al ajuste en el número de camas, en concordancia con las camas físicas encontradas en los servicios.

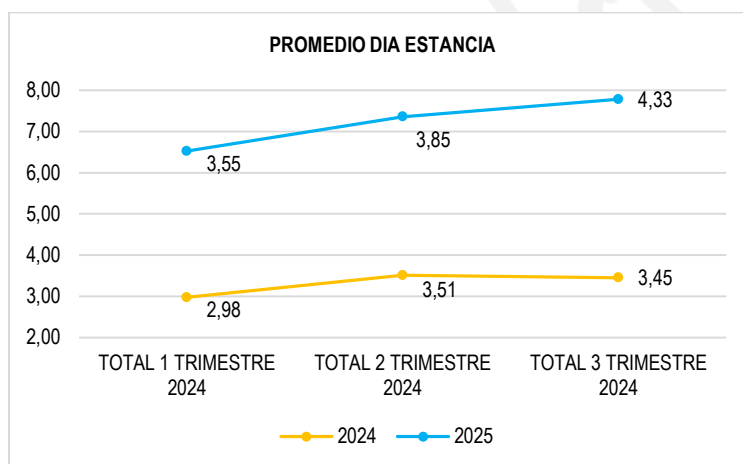
Los servicios con el mayor volumen de actividad son OBSTETRICIA y PEDIATRIA, seguidos por M. INTERNA.

OBSTETRICIA: Claramente el servicio con mayor demanda, representando aproximadamente un tercio de la actividad total en la mayoría de los trimestres.

COMPARATIVO PROMEDIO DÍA ESTANCIA

PROMEDIO DÍA ESTANCIA	TOTAL 1 TRIMESTRE	TOTAL 2 TRIMESTRE	TOTAL 3 TRIMESTRE
2024	2,98	3,51	3,45
2025	3,55	3,85	4,33

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

El día promedio de estadía general aumentó significativamente de 3 días en 2024 a 4 días en 2025 en los tres trimestres, ya que los valores dentro de las especialidades se mantienen en gran medida estables de un trimestre a otro *dentro de cada año*.

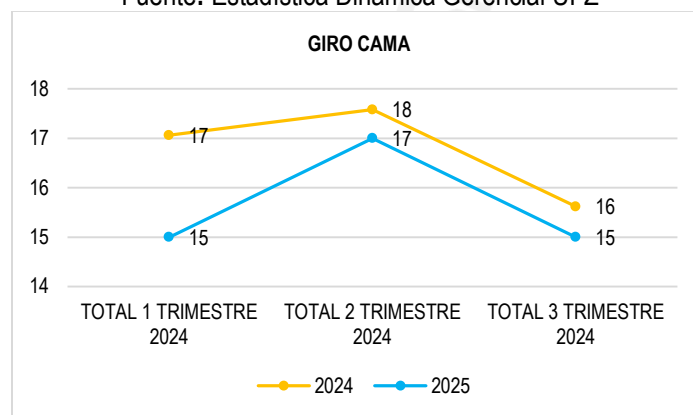
M.INTERNA impulsó este aumento, siendo su estadía promedio la más alta y mostrando la mayor magnitud de aumento (hasta 7 días). En GINECOLOGIA y CIRUGIA mantuvieron sus estadías promedio (3 y 4 días, respectivamente), lo que sugiere que su manejo procedimental o complejidad de los casos se mantuvo consistente en términos de duración de la estadía.

La principal diferencia entre ambos años radica en la altísima estancia media diaria registrada en el primer trimestre de 2025. En los trimestres posteriores (segundo y tercer trimestre), las operaciones hospitalarias se mantuvieron estables en una estancia media de aproximadamente 3,5 días, tanto en 2024 como en 2025.

COMPARATIVO GIRO CAMA

GIRO CAMA	TOTAL 1 TRIMESTRE	TOTAL 2 TRIMESTRE	TOTAL 3 TRIMESTRE
2024	17	18	16
2025	15	17	15

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

El año 2024 es consistentemente más alto: en todos los trimestres, la tasa de rotación de camas para 2024 fue más alta que la de 2025. Esto sugiere que, año tras año, las camas se utilizaron con menor frecuencia en 2025.

La rotación de camas disminuyó 2 puntos en el primer trimestre (de 17 a 15), 1 punto en el segundo trimestre (de 18 a 17) y 1 punto en el tercer trimestre (de 16 a 15). La mayor caída relativa se produjo en el primer trimestre.

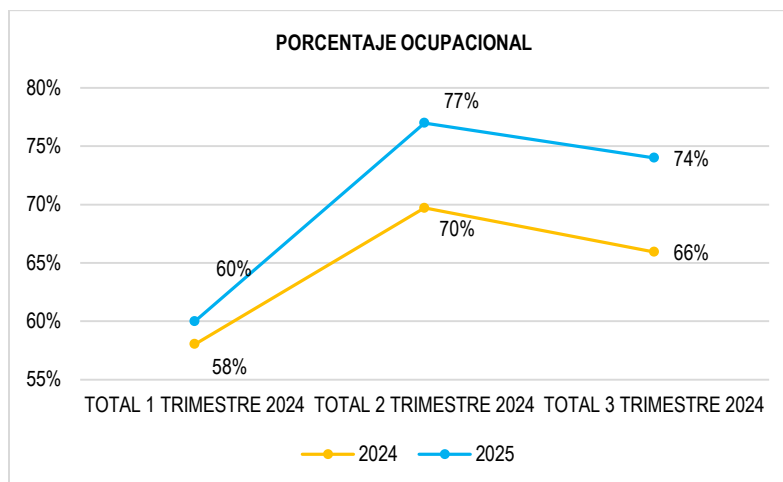
En ambos años, el **segundo trimestre (T2)** tuvo la mayor rotación de camas, lo que sugiere un aumento estacional o trimestral en la demanda o estadías más cortas de los pacientes durante ese período.

El **tercer trimestre (T3)** registró la menor rotación de camas en ambos años (16 en 2024 y 15 en 2025), lo que indica que las camas se utilizaron con menor frecuencia, debido a un menor volumen de egresos, estadías promedio más prolongadas o ambos.

COMPARATIVO PORCENTAJE OCUPACIONAL

PORCENTAJE OCUPACIONAL	TOTAL 1 TRIMESTRE	TOTAL 2 TRIMESTRE	TOTAL 3 TRIMESTRE
2024	58%	70%	66%
2025	60%	77%	74%

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

En cada trimestre, el porcentaje de ocupación para 2025 fue mayor que el trimestre correspondiente en 2024. Esto indica que el hospital tuvo una utilización consistentemente mayor de sus camas en 2025.

Aumento de la Utilización: El Porcentaje de Ocupación (% OCUPACIONAL) aumentó significativamente en 2025, particularmente en el segundo trimestre 77% y Q3 74%. Esto indica que el hospital está logrando utilizar su capacidad fija de manera mucho más efectiva en 2025 que en 2024 (cuando se alcanzó el pico 70%). El **segundo trimestre (T2)** es consistentemente el período con mayor demanda y utilización en ambos años, lo que sugiere un pico estacional en las admisiones de pacientes.

Las altas tasas de ocupación en el segundo y tercer trimestre de 2025 (77% y 74%) sugieren que el hospital estaba funcionando cerca de su capacidad óptima durante la segunda mitad del período observado.

CONCLUSIÓN

El análisis indica una **utilización consistente y mayor de camas hospitalarias en 2025** en comparación con 2024.

- **Mayor demanda/utilización:** La tasa de ocupación de 2025 fue mayor en ambos trimestres, y el segundo trimestre de 2025 alcanzó 77%, lo que sugiere que el hospital estaba operando cerca de su capacidad máxima durante el segundo trimestre de ese año.
- **Temporada alta:** 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.

HOSPITALIZACIÓN	TRIM I 2024	TRIM II 2024	TRIM I 2025	TRIM II 2025
Nro CAMAS	81	81	81	81
DÍA CAMA DISPONIBLE	7371	7266	7290	6979
NRO DÍAS CAMA OCUPADA	4278	5065	4379	5398
TOTAL EGRESOS	1382	1424	1185	1339
NRO DÍAS ESTANCIA EGRESOS	4112	4992	4201	5151
% OCUPACIONAL	58%	70%	60%	77%
PROMEDIO DIA ESTANCIA	2,98	3,51	3,55	3,85
GIRO CAMA	17	18	15	17

Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ

Con base en la tabla "HOSPITALIZACIÓN" proporcionada, que presenta los indicadores clave de desempeño para los dos primeros trimestres (TRIM I y TRIM II) de 2024 y 2025, a continuación, se presenta un análisis completo:

I. CAPACIDAD Y UTILIZACIÓN

MÉTRICO	TRIM I 2024	TRIMESTRE II 2025	TENDENCIA (T1 Y T2)
Nro CAMAS (Camas)	81	81	Constante
DÍA CAMA DISPONIBLE	7.371	6.979	Fluctúa según los días del trimestre.
NRO DÍAS CAMA OCUPADA	4.278	5.398	Aumento (mayor uso en 2025)
% OCUPACIONAL	58%	77%	Aumentó significativamente (mayor utilización en 2025)

HALLAZGOS CLAVE:

- Capacidad fija:** el número de camas disponibles (81) es constante.
- Mayor Utilización:** El Porcentaje de Ocupación (% OCUPACIONAL) es mayor tanto en el primer trimestre como en el segundo trimestre de 2025 en comparación con 2024. El segundo trimestre de 2025 alcanzó un pico del 77%, que es significativamente mayor que el pico del segundo trimestre de 2024 del 70%, lo que indica una utilización de camas mucho mayor.
- Camas Ocupadas:** El NRO DÍAS CAMA OCUPADA es mayor en 2025 (T2 2025 con 5,398 es el más alto) que, en 2024, lo que confirma el aumento en la tasa de ocupación.

II. FLUJO DE PACIENTES Y DURACIÓN DE LA ESTANCIA

MÉTRICO	TRIM I 2024	TRIMESTRE II 2025	TENDENCIA (T1 Y T2)
TOTAL NEGRESOS	1.382	1.339	Disminuido (Menos descargas en 2025)
PROMEDIO DIA ESTANCIA	2.98	3.85	Aumentado (La estancia media es más larga)
NRO DÍAS ESTANCIA EGRESOS	4.112	5.151	Aumento (El total de días de estancia de los pacientes dados de alta es mayor)

HALLAZGOS CLAVE:

- Volumen de descarga más bajo:** el **TOTAL DE EGRESOS** es menor en ambos trimestres de 2025 que en 2024 (por ejemplo, T2 2024: 1.424 frente a T2 2025: 1.339).
- Estancias más prolongadas:** A pesar de la menor cantidad de altas totales, el promedio de días de estancia (PROMEDIO DIA ESTANCIA) es consistentemente más alto en 2025, alcanzando un máxi-

mo de 3,85 días en el segundo trimestre de 2025 (frente a 3,51 días en el segundo trimestre de 2024). Este es el principal factor que impulsa la mayor utilización.

3. **Días Totales de Estancia:** El NRO DÍAS ESTANCIA EGRESOS es mayor en 2025, lo que indica que el menor número de pacientes egresados en 2025 requirió un mayor número *total* de días de hospitalización.

III. INDICADOR DE EFICIENCIA

MÉTRICO	TRIM I 2024	TRIMESTRE II 2025	TENDENCIA (T1 Y T2)
GIRO DE CAMA (Rotación de camas)	17	17	Generalmente disminuido

HALLAZGOS CLAVE:

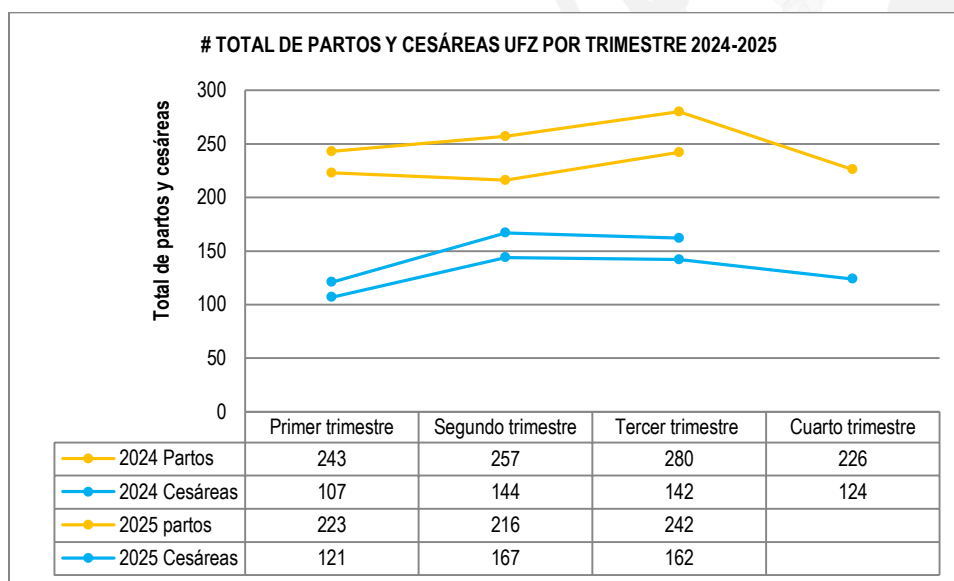
REDUCCIÓN DE LA ROTACIÓN: La tasa de GIRO CAMA es menor en el primer trimestre de 2025 (15 frente a 17) y se mantiene igual en el segundo trimestre de 2025 (17 frente a 18 en 2024). Esta tasa, generalmente menor, es consecuencia directa de una estancia media diaria más larga. Las camas se ocupan durante más tiempo, por lo que la rotación es menor.

IV. CONCLUSIÓN

El desempeño operativo del hospital en los dos primeros trimestres de 2025 muestra una tendencia de mayor utilización de camas (77% Ocupación) impulsada por hospitalizaciones más prolongadas de pacientes (Estancia promedio de 3.85 días), a pesar de un menor volumen de altas de pacientes.

Este patrón sugiere que el hospital está manejando casos más complejos o severos que requieren estadias más prolongadas, lo que aumenta la utilización, pero ralentiza el flujo de pacientes, como se refleja en la menor rotación de camas.

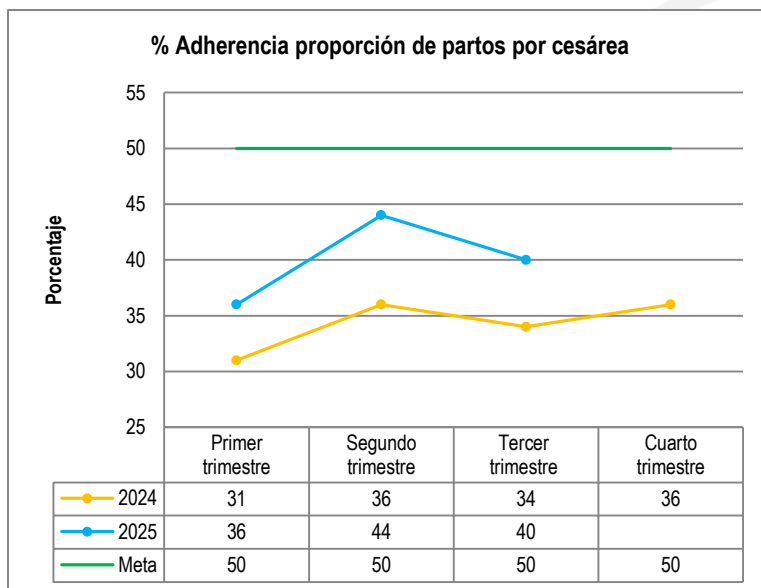
9.4 SERVICIO DE SALA DE PARTOS



Fuente: Indicadores registrados en ALMERA

Comportamiento 2024: El año 2024 tuvo un pico de partos muy marcado en el Tercer Trimestre (280), seguido por una fuerte caída en el Cuarto Trimestre (226), con una diferencia de 54 partos menos en el último trimestre.

Comportamiento 2025: Para 2025 muestra una disminución en el volumen de partos en los primeros tres trimestres en comparación con 2024. Esto podría indicar una reducción real de partos naturales o, alternativamente, una posible reclasificación de procedimientos.



Fuente: Indicadores registrados en ALMERA

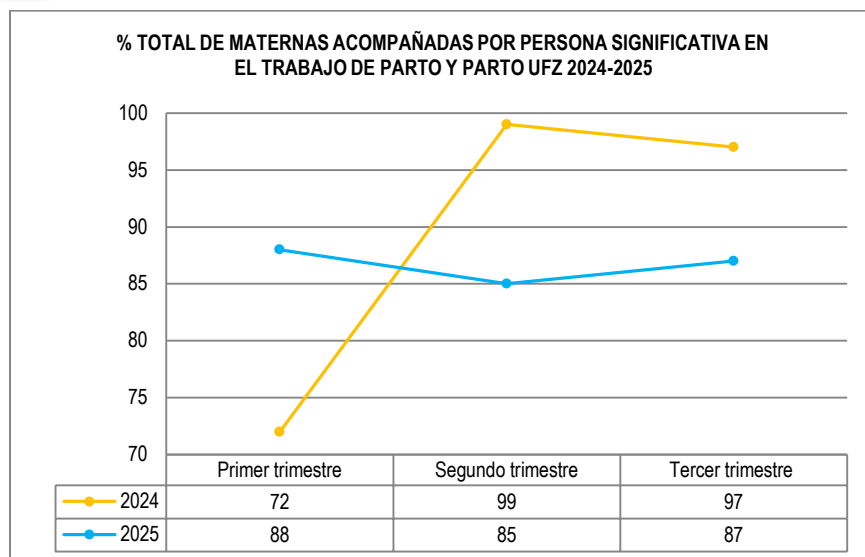
Para el 2024 la proporción fue relativamente estable, con una leve alza en el segundo y cuarto trimestre (36.00% y 35.63%) y un punto más bajo en el primer trimestre (30.66%).

Mientras que para el 2025 muestra una clara tendencia al aumento continuo desde el primer trimestre (35.59%), alcanzando el máximo en el segundo trimestre (43.83%), y luego descendiendo ligeramente en el tercer trimestre (40.30%).

Aunque el número total de nacidos vivos en los trimestres de 2025 es generalmente menor que en 2024, el total de cesáreas es significativamente mayor en 2025, lo cual explica el aumento en la proporción.

La institución se encuentra dentro de los estándares del indicador de no superar el límite máximo del 50% en la proporción de nacimientos por cesárea en todos los trimestres analizados de 2024 y 2025.

PARTO HUMANIZADO: ACOMPAÑAMIENTO POR PERSONA SIGNIFICATIVA



Fuente: Base de información (Registro diario de Excel servicio de salas de parto, salas de cirugía y hospitalización ginecología UFZ)

Ambos años muestran una tendencia general al aumento en el número de acompañamientos a medida que avanza el año. Sin embargo, la magnitud de este aumento es diferente.

- 2024: Muestra un incremento significativo entre el primer y el segundo trimestre observándose que, de los 350 nacidos vivos atendidos entre partos y cesáreas, el 77% de los mismos para el primer trimestre tuvo acompañamiento por una persona significativa, para el segundo trimestre se observa una adherencia del 99% y para el tercer trimestre una adherencia del 97%. La tendencia general en 2024 es de mejora y mantenimiento de un nivel alto de cumplimiento de la ley después del primer trimestre.
- 2025: El primer trimestre muestra una mejora considerable respecto al año anterior, alcanzando el 88%, pero el segundo trimestre presenta una disminución en la adherencia, cayendo al 85%, lo cual representa el porcentaje más bajo del 2025 hasta ahora y una desviación significativa comparada con el año anterior y para el tercer trimestre asciende a 87%.

Es importante tener en cuenta que existen factores que limitan que la materna se encuentre en acompañamiento permanente siendo estos la decisión propia de la materna que no desea acompañante, las condiciones propias de la paciente que al momento de complicarse por directriz de especialista se requiere el egreso de los familiares y las cesáreas programadas que en ocasiones asisten sin acompañante.

La unidad funcional de Zipaquirá vela porque se dé cumplimiento a los requerimientos de la ley 2244 de 2022 logrando así que la materna se sienta segura y acompañada.

La implementación efectiva del derecho al acompañamiento durante el trabajo de parto y el nacimiento, tal como se evidencia en la alta tasa de cumplimiento, ha generado una mejora sustancial en los indicadores de calidad de la atención del servicio de salas de parto, en línea con el enfoque de la Resolución 3280 de 2018.

El acompañamiento continuo por una persona significativa está directamente relacionado con la humanización del parto, un pilar de la atención materno perinatal moderna. Su impacto positivo se refleja en la mejora de indicadores clínicos y de experiencia:

- **Satisfacción Materna (Calidez):** El apoyo emocional y físico del acompañante mejora la percepción de trato respetuoso y digno, transformando la experiencia del parto. Esto se convierte en un indicador de Calidez y Pertinencia en la prestación del servicio.
- **Resultados Clínicos (Seguridad):** La evidencia científica global, que sustenta las guías de práctica clínica (incluida la RIAS Materno Perinatal de la 3280), indica que el acompañamiento continuo se asocia a:
 - Menor necesidad de analgesia farmacológica.
 - Menor riesgo de parto instrumentado.
 - Menor riesgo de cesárea.
- **Cumplimiento Normativo:** El alto porcentaje de acompañamiento demuestra la adherencia a los lineamientos de la RIAS Materno Perinatal, que promueve la participación de la familia en el proceso de atención, fortaleciendo el componente de apoyo familiar y social.

El acompañamiento opera como una estrategia de mitigación del riesgo psicosocial y de comunicación, siendo un factor clave en la reducción de las PQR, ya que la presencia de un acompañante ofrece a la madre un sentido de seguridad y control, y al mismo tiempo, garantiza la transparencia de los procedimientos realizados por el personal de salud.

- **Mejora en la Comunicación:** El acompañante actúa como un facilitador de la comunicación entre la gestante y el equipo médico. Al sentirse apoyada e informada, la madre y su familia tienen menos motivos para generar inconformidades.
- **Reducción de la Violencia Obstétrica:** Al fomentar el trato respetuoso y la vigilancia de la experiencia de la madre, el acompañamiento reduce los factores que históricamente han motivado quejas relacionadas con la violencia obstétrica o el maltrato percibido, mejorando así la confianza institucional.

En conclusión, los datos de la gráfica, que reflejan un alto nivel de cobertura de acompañamiento, son un indicador de gestión positiva que se traduce directamente en la mejora de la calidad percibida y la disminución de las PQR, cumpliendo con los estándares de atención humanizada y segura exigidos por el marco normativo colombiano.

9.5 SERVICIO DE SALAS DE CIRUGÍA

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

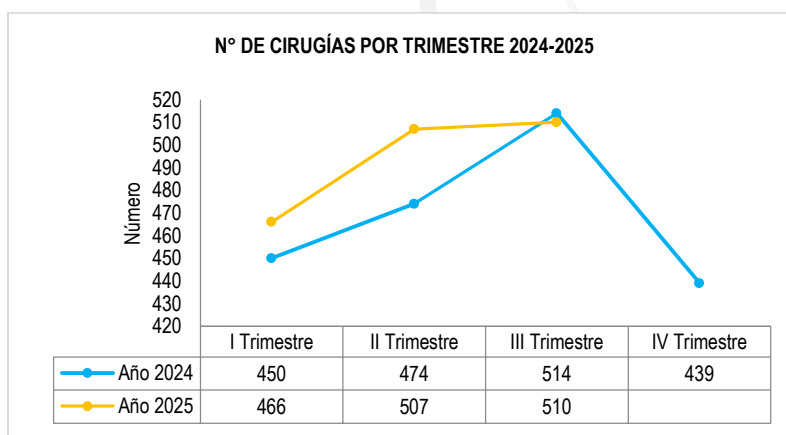
Las especialidades, disciplinas que se desempeñan en el área quirúrgica son:

TALENTO HUMANO DE LA UNIDAD QUIRURGICA	2024				2025		
	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	I TRIM	II TRIM	III TRIM
Líder del servicio (Profesional Especializado)	1	1	1	1	1	1	1
Técnico III apoyo administrativo unidad quirúrgica	1	1	1	1	1	1	1
Anestesiólogos	7	7	7	7	7	7	7
Instrumentadoras quirúrgicas	4	4	4	4	4	4	4
Enfermeros Profesionales	1	1	1	1	1	1	1
Auxiliares de enfermería	6	6	6	6	6	6	6
Total	21	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%.

Durante el tercer trimestre del año 2025, se mantiene la tendencia de crecimiento en el número de cirugías realizadas en comparación con el mismo período del año anterior.

En este periodo, se llevaron a cabo 510 cirugías, frente a 489 realizadas en el tercer trimestre de 2024, lo que representa un incremento de 21 procedimientos, equivalente a un aumento del 4.3%.

Este comportamiento reafirma la continuidad en la mejora de la capacidad operativa y la eficiencia del servicio quirúrgico durante el presente año.

Este comportamiento ascendente refleja mejora en la capacidad operativa del servicio quirúrgico, 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	III TRIM
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	299	339	365	299	302	350	342
CIRUGIA GENERAL	144	132	143	135	156	151	161
ODONTOLOGIA	7	3	6	5	8	6	7
TOTAL	450	474	514	439	466	507	510

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.

Esta especialidad continuó siendo la de mayor volumen quirúrgico en el tercer trimestre de 2025. Se realizaron 342 procedimientos, frente a 328 en el mismo periodo de 2024, lo que representa un incremento de 14 cirugías, equivalente a un aumento del 4.3%. Este crecimiento, aunque moderado, reafirma la estabilidad en la demanda de procedimientos obstétrico-ginecológicos observada durante todo el año.

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%.

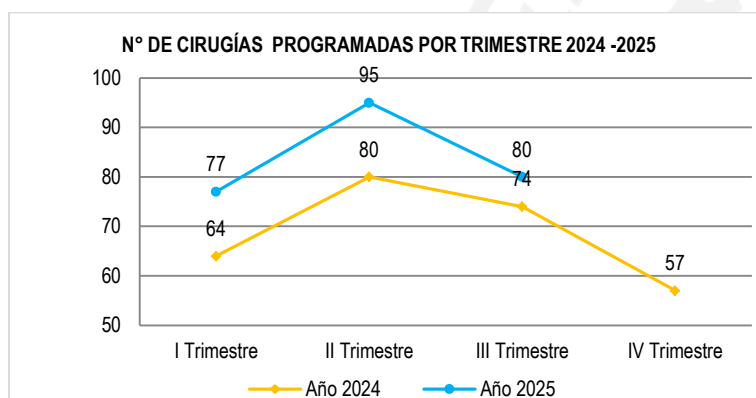
Durante el tercer trimestre de 2025 se llevaron a cabo 161 cirugías, lo que representa un aumento de 12 procedimientos respecto a las 149 realizadas en el mismo trimestre de 2024, equivalente a un incremento del

8.1%. Esta cifra confirma la recuperación del crecimiento observado en el primer trimestre y muestra un comportamiento positivo sostenido de la especialidad a lo largo del año.

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.

En el tercer trimestre de 2025 se realizaron 7 procedimientos odontológicos, una leve disminución frente a los 9 realizados en el mismo periodo de 2024, lo que representa una reducción del 22.2%. Aunque el impacto es limitado en términos absolutos, esta variación interrumpe la tendencia positiva de los trimestres anteriores y sugiere la necesidad de evaluar factores que puedan haber influido en esta baja.



Fuente: Sistema de información Dinámica Gerencial

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%.

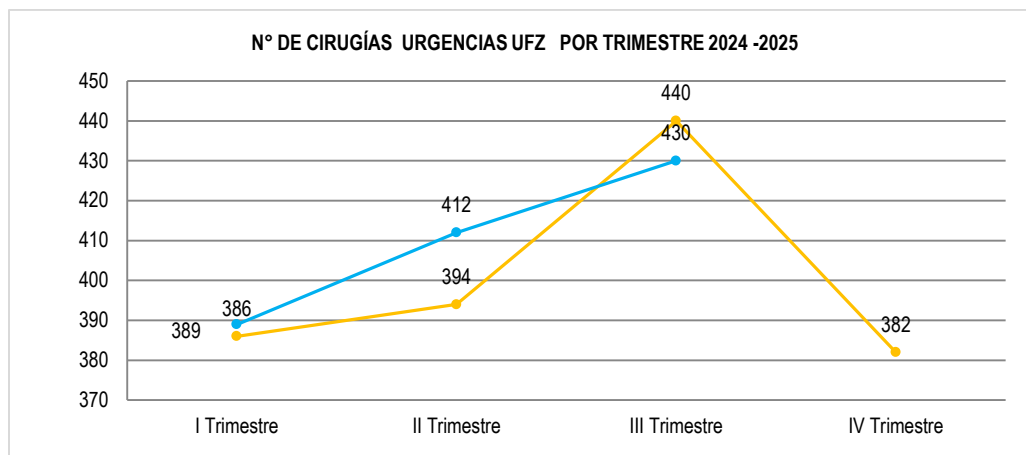
Esta tendencia positiva continuó en el segundo trimestre, donde se programaron 95 cirugías en 2025, frente a 80 en 2024, con un aumento del 18.8%.

Durante el tercer trimestre, se programaron 80 cirugías en 2025, frente a 74 en el mismo periodo de 2024, lo que representa un incremento de 6 procedimientos, equivalente a un aumento del 8.1%.

Aunque el crecimiento fue más moderado en comparación con los trimestres anteriores, la evolución general continúa siendo positiva, reflejando una mejora constante en la planificación quirúrgica del año.

Este comportamiento ascendente evidencia una mayor eficiencia en la agenda quirúrgica, 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.

CIRUGÍAS DE URGENCIAS UFZ



Fuente: Sistema de información Dinámica Gerencial

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%.

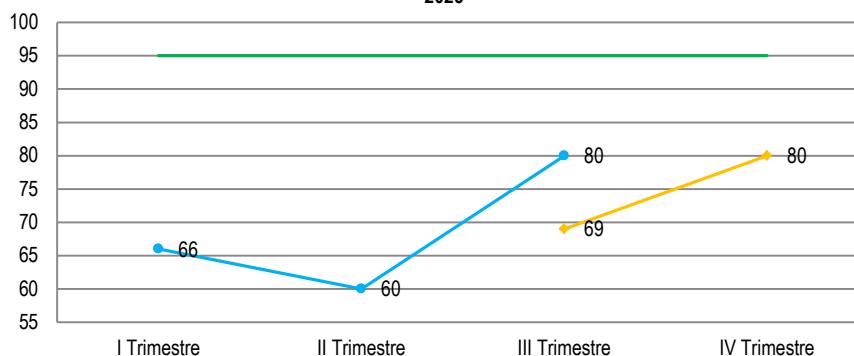
Sin embargo, en el tercer trimestre, se observó una disminución, con 430 cirugías de urgencia en 2025, frente a 440 en 2024, lo que representa una reducción de 10 procedimientos, equivalente a un descenso del 2.3%.

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.

Esta leve baja podría deberse a variaciones estacionales o a una mejora en la atención preventiva, aunque sería necesario un análisis más profundo para determinar las causas con precisión.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE PACIENTES CON PROFILAXIS ANTIBIOTICA 2024-2025



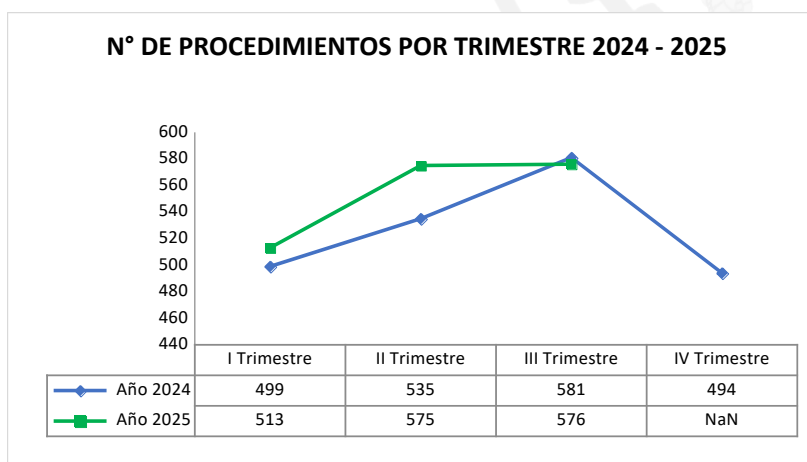
Durante el primer trimestre de 2025, el cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica fue del 66%, valor significativamente por debajo de la meta institucional del 95%. En el segundo trimestre, se observó una disminución adicional, alcanzando apenas el 60%, lo que representa una caída de 6 puntos porcentuales frente al trimestre anterior. Esta reducción podría indicar debilidades en la adherencia clínica, problemas en la documentación o falta de seguimiento de las órdenes médicas.

En contraste, durante el tercer trimestre de 2025 se registró una mejora importante, con un cumplimiento del 80%. Este aumento de 20 puntos porcentuales frente al segundo trimestre sugiere que se implementaron acciones correctivas que generaron un impacto positivo en la adherencia al protocolo.

A pesar de esta recuperación, los niveles de cumplimiento durante todo el año 2025 se han mantenido **por** debajo de la meta establecida del 95%, lo que evidencia una brecha persistente. Se recomienda continuar con la capacitación del personal médico, el monitoreo activo de cumplimiento en tiempo real y auditorías clínicas que permitan detectar oportunamente los casos en los que no se esté aplicando la profilaxis antibiótica según el protocolo institucional.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR TRIMESTRE 2024-2025

N° DE PROCEDIMIENTOS POR TRIMESTRE 2024 - 2025



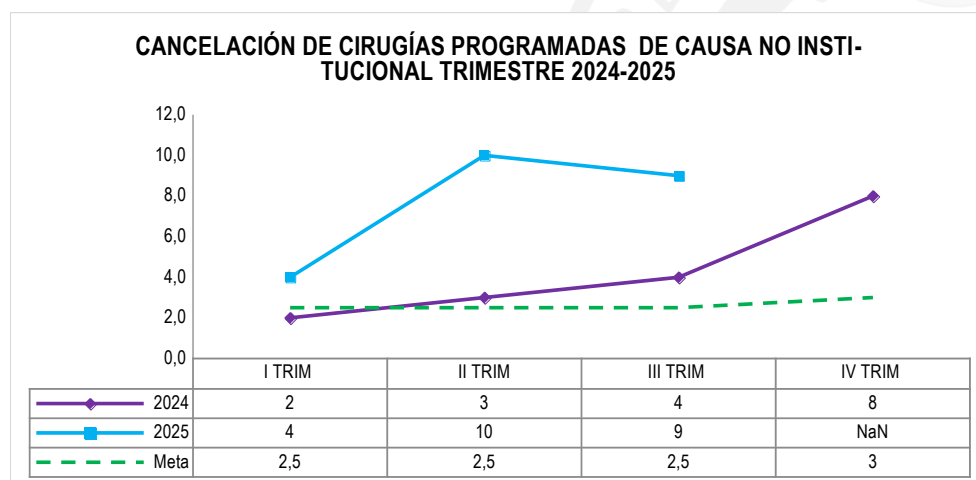
Durante los tres primeros trimestres del año 2025 se observa un comportamiento general positivo en el número de procedimientos quirúrgicos realizados, comparado con el mismo periodo del año 2024.

En el primer trimestre, se realizaron 513 procedimientos en 2025, frente a 499 en 2024, lo que representa un aumento de 14 procedimientos, equivalente a un crecimiento del 2.8%. Este incremento, aunque moderado, marca una tendencia de crecimiento desde el inicio del año.

Para el segundo trimestre, el aumento fue más notable: en 2025 se realizaron 575 procedimientos, mientras que en 2024 se registraron **535**, lo que corresponde a un incremento de 40 procedimientos, es decir, un 7.5% más. Este resultado refleja una mejora sustancial en la capacidad operativa o en la eficiencia de programación quirúrgica.

En el tercer trimestre, ambos años presentan cifras prácticamente iguales, con 576 procedimientos en 2025 y 581 en 2024, lo que representa una leve disminución de 5 procedimientos (-0.86%). Esto sugiere una estabilización en la producción quirúrgica durante este periodo.

CANCELACIÓN DE CIRUGÍA ELECTIVA DE CAUSA NO INSTITUCIONAL POR TRIMESTRE 2024 – 2025



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.
- Durante el tercer trimestre de 2025, se programaron 80 cirugías, de las cuales 9 fueron canceladas, lo que representa un índice de cancelación del 11.25%.
- Este porcentaje supera ampliamente la meta institucional del 2.5%, indicando una problemática persistente en la fase preoperatoria.
- Cabe destacar que la totalidad de las cancelaciones se debieron a una inadecuada preparación del paciente, lo cual evidencia la necesidad urgente de fortalecer los protocolos de preparación quirúrgica, mejorar la comunicación entre equipos asistenciales y reforzar la educación al paciente, con el fin de reducir cancelaciones evitables y optimizar la eficiencia del recurso quirúrgico.

Principales causas:

1. Patologías no controladas en los pacientes.
2. Ausentismo del paciente.
3. Inadecuada preparación del paciente (no tener las horas de ayuno, pacientes femeninas con periodo menstrual)

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	III TRIMESTRE
Cumplimiento del protocolo de pacientes con profilaxis antibiótica	272	Porcentaje	90%			69	80	66	60	80
Participación de la Cirugía electiva en la programación quirúrgica	2411	Porcentaje	75%	14,2	17	14	13	16,5	19	16
Porcentaje Cancelación cirugía electiva por causas no atribuibles a la institución	215	Porcentaje	3,0	2	4	6	8	14	10,5	11,25
Porcentaje de adherencia a las listas de chequeo de seguridad del paciente quirúrgico	1749	Porcentaje	99%	100	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	0,0
Porcentaje Ocupacional de Salas en Cirugía Programada	204	Porcentaje	80%	58	35	40	35	40	45	36
Porcentaje de Complicaciones inmediatas (24 horas)	1610	Porcentaje	3,80%	0,3	0,2	0,2	0,2	0,0	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	0,0
Porcentaje de cancelación cirugía electiva	212	Porcentaje	4,50%	3,1	3,8	5,4	14	5,2	10,5	9
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	0,0
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	1
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	0,0
Porcentaje de complicaciones anestésicas	245	Porcentaje	0,5%	0,0	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 trimestre de 2025, el cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica fue del 66%, disminuyendo al 60% en el segundo trimestre. Esta caída del 6% podría estar relacionada con deficiencias en la adherencia médica o en los procesos de registro. Sin embargo, en el tercer trimestre se evidenció una recupe-

ración importante, alcanzando el 80%, aunque aún por debajo de la meta del 90%. Se recomienda continuar fortaleciendo la capacitación clínica, los controles internos y el seguimiento de cumplimiento del protocolo para alcanzar el estándar esperado.

Participación de la Cirugía electiva en la programación quirúrgica

La participación de la cirugía electiva en la programación quirúrgica mostró un comportamiento oscilante. En el primer trimestre fue del 16.5%, ascendió a 18.7% en el segundo trimestre y descendió nuevamente a 15.7% en el tercero. Estos resultados están considerablemente alejados de la meta institucional del 75%, lo que refleja una baja proporción de cirugías programadas frente al total de procedimientos quirúrgicos. Este patrón sugiere una carga operativa elevada de urgencias, limitaciones en la capacidad de planificación o una inadecuada gestión de la agenda quirúrgica. Se recomienda analizar la distribución de recursos, optimizar la programación y mejorar el acceso a cirugía electiva.

Porcentaje cancelación cirugía electiva por causas no atribuibles a la institución:

El porcentaje de cancelación de cirugía electiva por causas no atribuibles a la institución fue del 14% en el primer trimestre, disminuyó al 10.5% en el segundo, pero volvió a incrementarse ligeramente al 11.25% en el tercero. A pesar de la leve mejoría con respecto al inicio del año, todos los valores superan ampliamente la meta del 3%, lo que indica persistencia de causas evitables como la mala preparación del paciente. Es fundamental implementar estrategias orientadas al acompañamiento prequirúrgico, reforzar la información entregada al paciente y mejorar el control de condiciones clínicas antes del procedimiento.

PORCENTAJE DE ADHERENCIAS A LAS LISTAS DE CHEQUEO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO:

La adherencia a las listas de chequeo de seguridad del paciente quirúrgico fue del 100% en los tres trimestres, superando la meta del 99%. Este resultado demuestra un alto compromiso con la seguridad del paciente en sala de cirugía, y se sugiere mantener el monitoreo constante y la retroalimentación al equipo quirúrgico.

PORCENTAJE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

El porcentaje de complicaciones quirúrgicas se ubicó en 0.1% en el primer trimestre y en 0.0% tanto en el segundo como en el tercer trimestre, cumpliendo con la meta institucional del 1.5%. Estos datos reflejan una adecuada ejecución técnica de los procedimientos y un efectivo seguimiento clínico posoperatorio.

PORCENTAJE OCUPACIONAL DE SALAS EN CIRUGÍA PROGRAMADAS:

El porcentaje de ocupación de salas para cirugía programada fue de 40% en el primer trimestre, subió levemente a 45% en el segundo y descendió a 36% en el tercero. Estos valores están significativamente por debajo de la meta del 80%, lo cual sugiere una subutilización de la infraestructura quirúrgica programada, posiblemente asociada a la alta tasa de cancelaciones y a la baja participación de la cirugía electiva. Se recomienda revisar la eficiencia operativa en la asignación de quirófanos.

PORCENTAJES DE COMPLICACIONES INMEDIATAS (24 HORAS):

En cuanto a las complicaciones inmediatas dentro de las primeras 24 horas postoperatorias, el resultado fue de 0.0% en los tres trimestres, lo cual se encuentra ampliamente por debajo de la meta del 3.8%, indicando un adecuado manejo clínico en el periodo inmediato posterior a la cirugía.

PROPORCIÓN CANCELACIÓN CIRUGÍA ELECTIVA POR CAUSAS ATRIBUIBLES A LA INSTITUCIÓN:

No se reportaron cancelaciones de cirugía electiva por causas atribuibles a la institución durante ninguno de los tres trimestres, manteniendo el indicador en 0.0%, lo cual cumple con la meta establecida del 1.5% y refleja una adecuada gestión institucional de recursos y procesos logísticos

PORCENTAJE DE CANCELACIÓN CIRUGÍA ELECTIVA:

El porcentaje total de cancelación de cirugía electiva fue del 5.2% en el primer trimestre, subió a 10.5% en el segundo y disminuyó ligeramente a 9.0% en el tercero. Aunque se evidencia una reducción reciente, el valor sigue siendo el doble de la meta institucional del 4.5%, lo cual indica que las estrategias de contención aún no logran los resultados esperados. Se recomienda continuar con los ajustes en la preparación preoperatoria y el seguimiento de causas de cancelación.

PORCENTAJE DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO (CONSOLIDADO SEGÚN TIPO DE ISO)

La tasa de infección del sitio quirúrgico fue de 0.0% en el primer trimestre, aumentó ligeramente a 0.1% en el segundo y retornó a 0.0% en el tercero, muy por debajo del valor meta de 4.0%. Este resultado evidencia un adecuado cumplimiento de las medidas de asepsia y control de infecciones en el entorno quirúrgico.

PROPORCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS RADICADOS EN LA INSTITUCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO:

En relación con la proporción de quejas y reclamos en el proceso de atención quirúrgica, no se presentaron casos en el primer y segundo trimestre, y se registró un 1.0% en el tercer trimestre, lo cual sigue estando dentro de la meta del 5.0%. Aunque el volumen es bajo, se recomienda analizar los motivos específicos del reclamo presentado y tomar medidas correctivas si es necesario.

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

Finalmente, el porcentaje de complicaciones anestésicas se mantuvo en 0.0% en todos los trimestres cumpliendo con la meta institucional del 0.5%. Estos resultados reflejan un buen desempeño del equipo de anestesiología y una adecuada valoración preanestésica.

2. SATISFACCIÓN DEL USUARIO (PQRS) EN EL I TRIMESTRE II TRIMESTRE Y III TRIMESTRE 2025

PROCESO O SERVICIO	NUMERO (consecutivo asignado)	QUEJA	RECLAMO	CAUSA	ID - PLAN DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES
GESTIÓN DE SERVICIOS QUIRURGICOS		1	0	no se presentó todo el equipo quirúrgico y no ingreso el familiar	se socializa al personal de salas de cirugía la importancia de hacer la pausa quirúrgica antes de iniciar el procedimiento, se indica que el familiar de la gestante debe ingresar con la paciente al área de salas de cirugía para alistamiento y acompañamiento de la gestante dentro del procedimiento quirúrgico cumpliendo lineamientos iamii	N/A

TOTAL	1			

3. 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 0	No aplica	N/A	N/A
TOTAL		0	0			

Durante el año 2024 y los dos primeros trimestres de 2025, el servicio de Gestión de Servicios Quirúrgicos no recibió quejas ni reclamos registrados en el sistema institucional PQRS, lo cual refleja un desempeño sostenido en términos de calidad percibida por el usuario y ausencia de inconformidades formales atribuibles al área quirúrgica.

Sin embargo, en el tercer trimestre de 2025 se recibió una queja relacionada con el proceso de atención, la cual fue debidamente gestionada por el equipo responsable. En respuesta, se implementó un plan de mejora correctivo, enfocado en prevenir la recurrencia del evento y fortalecer los procesos involucrados. Esta situación resalta la importancia de mantener activos los mecanismos de escucha del usuario y de respuesta oportuna ante cualquier señal de insatisfacción, garantizando una mejora continua en la calidad del servicio quirúrgico.

4. 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

5. CONCLUSIONES

Durante los tres primeros trimestres del 2025, el servicio de Gestión de Servicios Quirúrgicos presentó un comportamiento general positivo en varios indicadores clave, con un aumento progresivo en el número de cirugías programadas y procedimientos totales frente al año anterior. También se mantuvieron buenos resultados en seguridad quirúrgica y control de complicaciones. No obstante, persisten oportunidades de mejora en el cumplimiento de protocolos clínicos como la profilaxis antibiótica, así como en la tasa de cancelaciones quirúrgicas por causas no atribuibles a la institución. La identificación temprana de desviaciones y la implementación de planes correctivos han contribuido a mantener la estabilidad y calidad del servicio.

FORTALEZAS IDENTIFICADAS

- **Aumento sostenido en el número de procedimientos quirúrgicos** en los trimestres I y II en comparación con 2024, reflejando mejora en la eficiencia operativa.

- **Incremento en las cirugías programadas** durante los tres trimestres respecto al año anterior, lo que sugiere una mejor gestión de agenda y priorización.
- **Cero complicaciones quirúrgicas y anestésicas reportadas**, evidenciando un adecuado control clínico y técnico.
- **100% de adherencia a la lista de verificación de seguridad quirúrgica**, cumpliendo con la meta institucional.
- **Baja incidencia de infecciones del sitio quirúrgico (0%)**, lo cual refleja efectividad en los protocolos de asepsia y antisepsia.
- **Gestión oportuna de PQRS**, con solo una queja en el tercer trimestre, atendida mediante un plan de mejora.

DEBILIDADES DETECTADAS

- **Cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica por debajo de la meta (95%)** en los trimestres I (66%) y II (60%), aunque con recuperación en el III (80%).
- **Alta tasa de cancelación de cirugías electivas por causas no atribuibles a la institución** en todos los trimestres (14% en el I, 10.5% en el II, 11.25% en el III), superando ampliamente la meta del 3%.
- **Baja participación de la cirugía electiva en el total de procedimientos quirúrgicos**, muy por debajo del estándar esperado (16.5%, 19%, y 16% en los tres trimestres, frente a una meta del 75%).
- **Ocupación de salas quirúrgicas programadas inferior a la meta del 80%**, con valores entre 36% y 45%, lo que indica subutilización del recurso físico disponible.

5. FORTALEZAS DEL PROCESO QUIRÚRGICO:

INCREMENTO SOSTENIDO EN LA PRODUCCIÓN QUIRÚRGICA ANUAL

Durante los tres primeros trimestres de 2025, la institución mantuvo un incremento sostenido en la producción quirúrgica. Se pasó de 1.033 cirugías realizadas en los tres primeros trimestres de 2024 a 1.098 cirugías en el mismo periodo de 2025, lo que representa un crecimiento del 6.3% interanual.

A nivel de procedimientos, el aumento fue aún más notorio, pasando de 1.615 procedimientos en 2024 a 1.664 en 2025, con un crecimiento del 3%.

Este comportamiento refleja una mejora progresiva en la eficiencia operativa, planificación quirúrgica, y optimización del uso de salas, que ha permitido dar respuesta a una mayor demanda sin comprometer la seguridad ni la calidad del servicio prestado.

CUMPLIMIENTO DE METAS EN CANCELACIONES POR CAUSAS INSTITUCIONALES

Durante los tres primeros trimestres de 2025, la institución mantuvo en 0% la tasa de cancelaciones por causas atribuibles a la institución, logrando un cumplimiento absoluto de la meta establecida ($\leq 1.5\%$). Este resultado refleja una buena planeación operativa, adecuada disponibilidad de insumos, dotación y talento humano, así como una capacidad de respuesta efectiva ante imprevistos internos.

RESILIENCIA OPERATIVA FRENTE A LIMITACIONES DE INFRAESTRUCTURA

Durante los tres primeros trimestres del 2025, la institución demostró una alta capacidad de adaptación ante restricciones de infraestructura y agenda quirúrgica. A pesar de mantener niveles de ocupación de salas por debajo de la meta (36% en el tercer trimestre), se alcanzaron **niveles superiores de producción quirúrgica**, en comparación con el año anterior.

Los resultados que evidencian esta resiliencia incluyen:

- **6.3% de incremento en cirugías realizadas** frente al mismo periodo del 2024.
- **Mayor eficiencia en tiempos quirúrgicos** y programación flexible.
- **41% de las cirugías electivas realizadas fueron ambulatorias**, favoreciendo la desocupación de camas y reduciendo tiempos de hospitalización.
- **Cancelaciones institucionales en 0%**, demostrando un control riguroso de los factores internos que afectan la productividad.

Estos logros son indicativos de un sistema quirúrgico **ágil, adaptable y enfocado en resultados**, incluso en contextos operativos retadores.

ATENCIÓN EQUILIBRADA ENTRE URGENCIAS Y CIRUGÍAS ELECTIVAS

Durante los tres primeros trimestres del 2025, la atención quirúrgica se distribuyó de forma equilibrada entre procedimientos electivos y de urgencia, lo cual permitió garantizar tanto la continuidad de la programación como la respuesta oportuna ante situaciones agudas.

- **Electivas:** 247 procedimientos programados (77 en T1, 90 en T2, 80 en T3)
- **Urgencias:** 1.231 procedimientos (389 en T1, 412 en T2, 430 en T3)

Esto representa una proporción de aproximadamente **83% cirugías de urgencia y 17% electivas**, lo cual refleja una prioridad institucional hacia la resolución inmediata de eventos críticos. Si bien esto evidencia capacidad de respuesta, también indica la necesidad de seguir fortaleciendo la participación de la cirugía electiva (muy por debajo de la meta del 75%)

Aun así, se logró:

- Sostener la continuidad operativa sin afectar las agendas programadas.
- Optimizar el recurso humano y tiempos quirúrgicos.
- Garantizar flexibilidad en el uso de quirófanos para responder a la demanda clínica real.

GESTIÓN EFICIENTE DEL RECURSO HUMANO EN CIRUGÍA

Desde el primer trimestre de 2024 hasta el tercer trimestre de 2025, la Unidad Quirúrgica ha mantenido una estructura de recurso humano estable, comprometida y altamente resolutiva, a pesar del aumento sostenido en la demanda quirúrgica.

Sin ampliar su planta, el equipo quirúrgico logró:

- Responder a un incremento del 6.3% en el volumen de cirugías.
- Mantener una tasa de complicaciones quirúrgicas y anestésicas en 0%.
- Sostener el 100% de adherencia a las listas de chequeo de seguridad quirúrgica.
- Asegurar una baja rotación del talento humano, con continuidad del conocimiento técnico y clínico.

Esto refleja una gestión efectiva del recurso humano, con enfoque en resultados, cultura de seguridad y alto compromiso institucional.

9.6 SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

El Laboratorio Clínico de la Unidad Funcional de Zipaquirá, institución de segundo nivel de atención, constituye un pilar fundamental en el proceso asistencial, al proporcionar apoyo diagnóstico oportuno y confiable a los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa. Con el propósito de evaluar el comportamiento del servicio y orientar la toma de decisiones gerenciales, se presenta el análisis estadístico del tercer trimestre de 2025, comparado con el mismo periodo del año 2024.

Este informe ofrece una visión integral del desempeño del laboratorio, desagregado por servicios de atención y por especialidades de hospitalización, destacando variaciones, tendencias y posibles implicaciones para la planeación institucional.

Comparativo de la Producción de servicios en el laboratorio clínico en la Unidad Funcional de Zipaquirá, tercer trimestre de las vigencias 2024 al 2025

LABORATORIO CLÍNICO	III TRIMESTRE 2024	III TRIMESTRE 2025	II TRIMESTRES 2025
Exámenes de laboratorio Hospitalización	18638	15491	19504
Exámenes de laboratorio Externos	11605	12174	11300
Exámenes de laboratorio Urgencias	14446	20753	14299
EXÁMENES DE LABORATORIO TOTALES	44689	48418	45103
EXÁMENES POR ESPECIALIDAD EN HOSPITALIZACIÓN	8419	9653	8507
Medicina Interna	3785	3733	3604
Cirugía General	12	143	108
Ginecología y Obstetricia	3839	4786	3818
Pediatría	402	449	508
Recién Nacidos	381	542	469

Fuente: Laboratorio clínico, software Dinámica Gerencial

En términos globales, el laboratorio clínico realizó 44.689 exámenes en 2024 y 48.418 en 2025, lo que equivale a un aumento absoluto de 3.729 exámenes y una variación porcentual positiva del 8,3%. Este incremento global refleja un fortalecimiento en la capacidad productiva del servicio y mayor impacto en la atención integral de los pacientes de la Unidad Funcional de Zipaquirá.

En el tercer trimestre de 2024 se realizaron 14.446 exámenes en el servicio de urgencias, mientras que en el mismo periodo de 2025 se procesaron 20.753 exámenes, lo que representa un incremento absoluto de 6.307 exámenes y una variación porcentual positiva del 43,7%. Este crecimiento significativo consolida a urgencias como el principal generador de demanda en el laboratorio clínico y puede estar relacionado con un mayor número de consultas por patologías agudas, incremento en la capacidad resolutoria del servicio y limitaciones en el primer nivel de atención que derivan en mayor presión sobre el hospital. Durante 2024 se registraron 18.638 exámenes de hospitalización, frente a 15.491 en 2025, lo que evidencia una reducción absoluta de 3.147 exámenes y una variación porcentual negativa del 16,9%. Esta disminución puede estar asociada a estancias hospitalarias más cortas, al manejo ambulatorio de patologías que antes requerían internación y a una mayor racionalización en la solicitud de pruebas de laboratorio, alineada con protocolos clínicos más estrictos. En el tercer trimestre de 2024 se procesaron 11.605 exámenes de consulta externa, mientras que en 2025 se realizaron 12.174, lo que corresponde a un incremento absoluto de 569 exámenes y una variación porcentual positiva del 4,9%. Este comportamiento refleja estabilidad con leve tendencia al alza, atribuible a un mayor acceso de la población a programas de prevención, seguimiento de pacientes crónicos y

fortalecimiento de la atención ambulatoria.

En cuanto al análisis por especialidades de hospitalización, para Medicina Interna en 2024 se registraron 3.785 exámenes, mientras que en 2025 fueron 3.733, lo que representa una disminución absoluta de 52 exámenes y una variación porcentual negativa del 1,4%. Esta ligera reducción indica estabilidad en la demanda, posiblemente asociada a una mayor racionalización en la solicitud de pruebas repetitivas. El área de cirugía pasó de 12 exámenes en 2024 a 143 en 2025, lo que constituye un incremento absoluto de 131 exámenes y una variación porcentual positiva del 1.089%.

Este aumento refleja un repunte en la actividad quirúrgica, mayor volumen de procedimientos y una demanda creciente de soporte diagnóstico para pacientes intervenidos. Para Ginecología y Obstetricia, en 2024 se reportaron 3.839 exámenes, frente a 4.786 en 2025, lo que representa un aumento absoluto de 947 exámenes y una variación porcentual positiva del 24,7%. Este comportamiento evidencia un crecimiento sostenido del servicio, en concordancia con el incremento en la atención obstétrica, controles prenatales y partos hospitalarios. Pediatría se registraron 402 exámenes en 2024 y 449 en 2025, lo que corresponde a un incremento absoluto de 47 exámenes y una variación porcentual positiva del 11,7%. Este crecimiento moderado refleja mayor atención en pacientes pediátricos hospitalizados y el fortalecimiento de la atención integral en esta población. Recién nacidos, el servicio pasó de 381 exámenes en 2024 a 542 en 2025, con un incremento absoluto de 161 exámenes y una variación porcentual positiva del 42,3%. Este aumento relevante refleja el crecimiento en la atención de partos y en la implementación de programas de vigilancia perinatal y tamizaje neonatal.

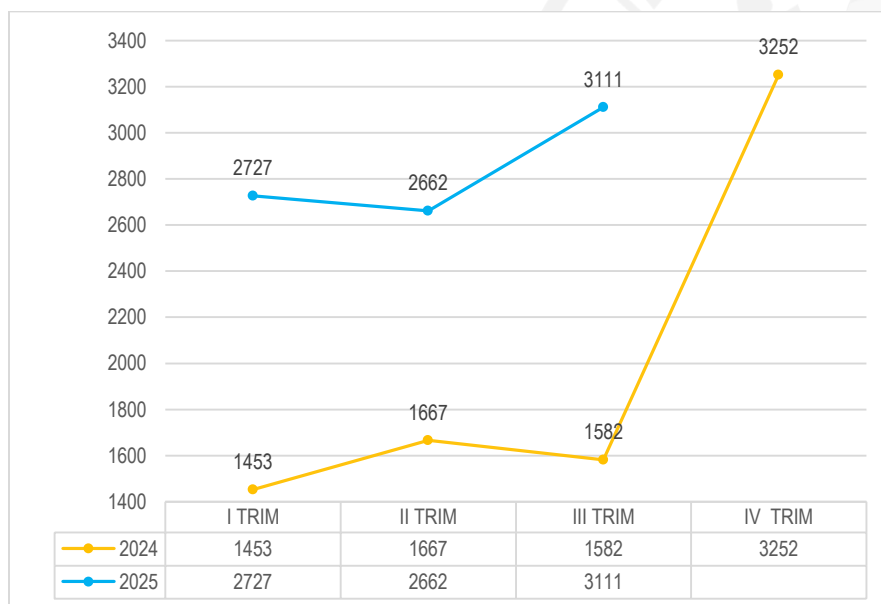
Durante el tercer trimestre de 2025 se evidenció una mejora significativa en la oportunidad del reporte de laboratorio en comparación con 2024. En el servicio de hospitalización, el promedio trimestral pasó de 71.6% en 2024 a 87.1% en 2025, lo que representa un incremento absoluto de 15.5 puntos porcentuales, equivalente a un 21.6% de mejora. En el servicio de urgencias, el promedio trimestral aumentó de 63.0% en 2024 a 77.0% en 2025, con una variación absoluta de 14.0 puntos porcentuales, correspondiente a un incremento del 22.2%. Estos resultados aseguran que la mejora en la oportunidad no es aislada, sino sostenida a lo largo del trimestre, consolidando un avance global superior al 20% en ambos servicios y respaldando la efectividad de las estrategias implementadas.

El comportamiento comparativo de los exámenes por área entre los años 2024 y 2025. Se evidencia un incremento significativo en química, que pasó de 28.441 a 30.977 exámenes (aumento del 8,9%), consolidándose como el área con mayor volumen. Hematología también presentó un crecimiento, de 3.891 a 4.290 exámenes (10,3%), al igual que biología molecular, que subió de 1.221 a 1.344 (10,1%). En áreas como inmunología (1.169 a 1.174; 0,4%) y parasitología (1.116 a 1.181; 5,8%) las variaciones fueron leves. Por su parte, coagulación registró una disminución de 1.297 a 1.187 (-8,5%). En conjunto, la tendencia lineal refleja un crecimiento global en la demanda de exámenes, lo que indica una mejora del servicio y mayor cobertura en 2025.

Durante el tercer trimestre de 2025, el comportamiento de las tomas de muestras en los puestos de salud de San Cayetano y Cogua presentó diferencias relevantes. En San Cayetano, los exámenes realizados fueron 440 en julio, 278 en agosto y 353 en septiembre; esto representa una disminución del 36,8% de julio a agosto y luego un incremento del 27,0% en septiembre respecto a agosto, mostrando un comportamiento fluctuante con recuperación al cierre del trimestre. Por su parte, en Cogua, el volumen fue mucho mayor, iniciando con 1148 en julio, 1000 en agosto y 903 en septiembre, lo que equivale a una reducción del 12,9% de julio a agosto y del 9,7% de agosto a septiembre, evidenciando una tendencia descendente pero sostenida en cifras altas frente a San Cayetano. En conclusión, San Cayetano mostró variabilidad con recuperación final, mientras Cogua presentó un descenso progresivo, aunque mantuvo una actividad hasta tres veces superior a la de San Cayetano en el trimestre.

Durante el segundo y tercer trimestre de 2025, el Laboratorio Clínico de la Unidad Funcional de Zipaquirá procesó 45.103 y 48.418 exámenes respectivamente, con un incremento global de 3.315 pruebas (7,3%); este comportamiento estuvo marcado por una disminución en hospitalización (-4.013; -20,6%), un aumento en exámenes de consulta externa externos (874; 7,7%) y un crecimiento significativo en urgencias (6.454; 45,1%). En hospitalización, los exámenes por especialidad aumentaron de 8.507 a 9.653 (13,5%), destacando Ginecología y Obstetricia (25,4%), Cirugía General (32,4%) y Recién Nacidos (15,6%), mientras que Pediatría presentó una disminución (-11,6%). En conclusión, el trimestre evidenció una menor demanda hospitalaria compensada por el alto incremento en urgencias y consulta externa, lo cual generó un resultado global positivo y mayor presión asistencial en servicios críticos.

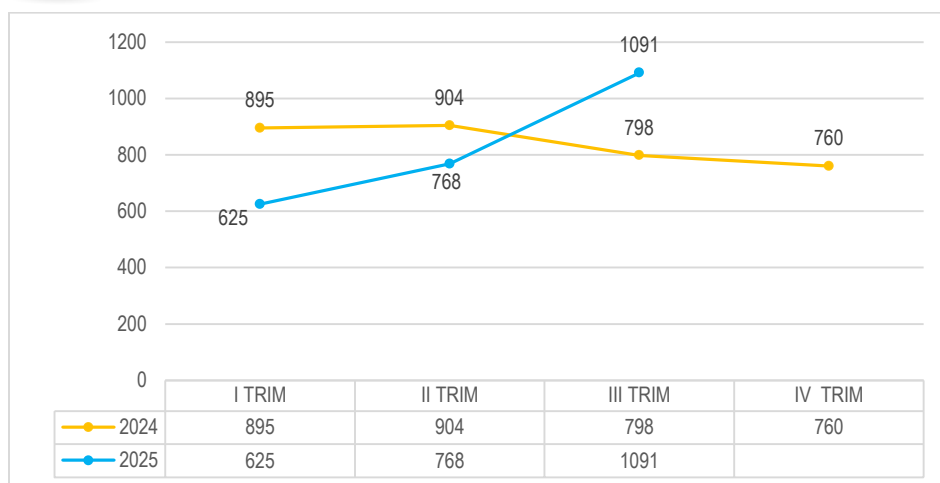
Grafica comparativa exámenes enviados por puesto de salud de Cogua



FUENTE: Laboratorio clínico, software Dinámica Gerencial

En el tercer trimestre de 2025 se evidenció un aumento del 96,6 % en los exámenes enviados frente al mismo periodo de 2024 (de 1.582 a 3.111 pruebas). Este incremento refleja una mejora significativa en la productividad y gestión del servicio, respaldada por la tendencia ascendente sostenida durante 2025, lo que demuestra un fortalecimiento en la articulación con el laboratorio y en la cobertura **diagnóstica** del puesto de salud.

Grafica comparativa exámenes enviados por puesto de salud de San Cayetano



FUENTE: Laboratorio clínico, software Dinámica Gerencial

Durante el tercer trimestre de 2025, el Puesto de Salud de San Cayetano registró un incremento del 36,7 % en los exámenes enviados respecto al mismo periodo de 2024 (de 798 a 1.091). La tendencia de 2025 muestra un crecimiento sostenido, a diferencia de la disminución observada en 2024, reflejando mejoras en la gestión, cobertura y eficiencia del servicio.

9.7.- 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.

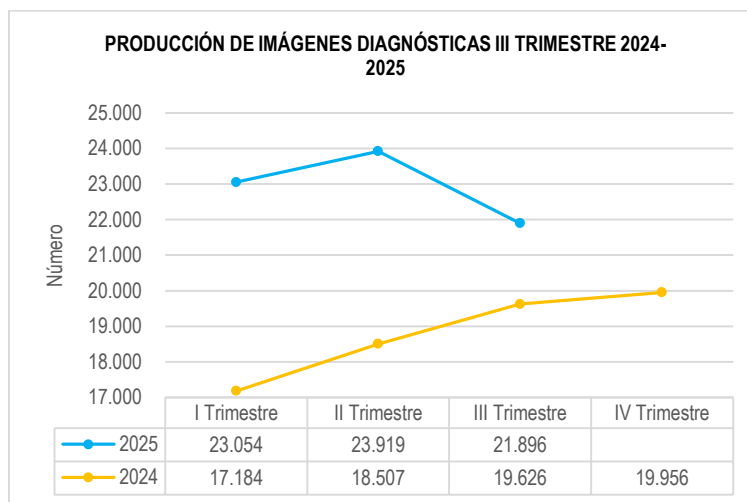
Los equipos con los que cuenta el servicio de Imágenes son los siguientes:

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

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

INDICADORES DE PRODUCCIÓN:



Fuente: Sistema de Información RIS Lumier

En el comparativo de producción del III Trimestre 2025 se observa una producción total de 21.896 estudios reflejándose un aumento frente a la producción del III Trimestre 2024 en 2.270 estudios, lo que corresponde a un aumento de la producción de un 12%.

MODALIDADES CON MAYOR FRECUENCIA POR AREA:

PROCEDIMIENTOS	%	%	2024	2025	
	III TRIM 2024	II TRIM 2025	III TRIM	II TRIM	III TRIM
RADIOLOGIA CONVENCIONAL					
Radiografías realizadas consulta externa	-9%	-63%	485	1191	440
Radiografías realizadas hospitalizados	11%	-4%	2492	2886	2757
Radiografías realizadas urgencias	15%	7%	6194	6633	7123
TOTAL ESTUDIOS RX	13%	-4%	9171	10710	10320
ECOGRAFIA					
Ecografías realizadas consulta externa	-23%	-30%	1566	1716	1207
Ecografías realizadas hospitalización	-16%	9%	771	591	647
Ecografías realizadas urgencias	34%	10%	1841	2246	2471
TOTAL ESTUDIOS ECOGRAFIA	4%	-5%	4178	4553	4325
TAC					
TAC realizadas consulta externa	137%	-52%	369	1821	875
TAC realizadas hospitalizados	-2%	-4%	1056	1085	1039
TAC realizadas urgencias	-4%	4%	3869	3566	3720
TOTAL ESTUDIOS TAC	6%	-12,9%	5294	6472	5634
RESONANCIA					
Resonancias realizadas consulta externa	229%	-31%	283	1339	930
Resonancias realizadas hospitalizados	-26%	-25%	270	267	201
Resonancias realizadas urgencias	13%	-16%	430	578	486
TOTAL ESTUDIOS RESONANCIA	64%	-26%	983	2184	1617
TOTAL IMÁGENES DIAGNÓSTICAS			19626	23919	21896

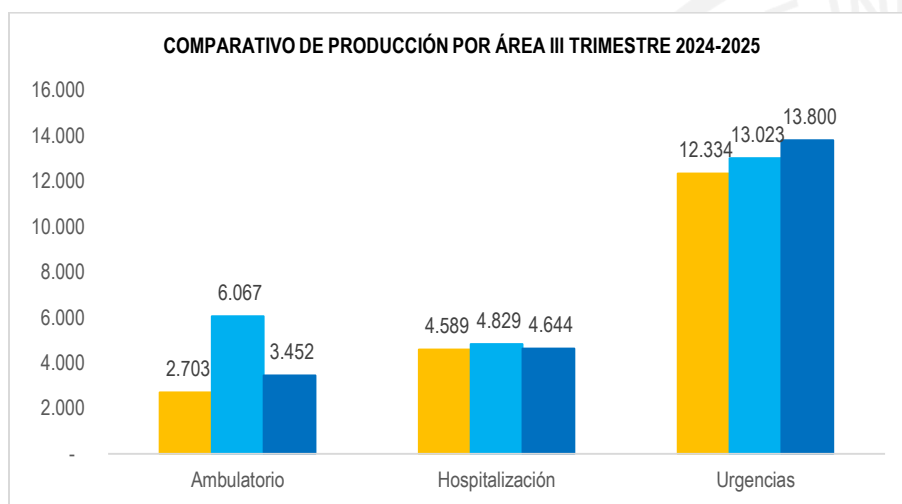
Fuente: Sistema de Información RIS Lumier

En comparativo del III Trimestre 2025 con III Trimestre 2024, la modalidad que representó mayor crecimiento durante el trimestre corresponde a Resonancia Magnética con un aumento del 64% en su producción,

seguido de RX con un 13%, TAC con un 4%, finalizando con Ecografía con un 4%.

En el comparativo de producción del III Trimestre 2025 frente al II Trimestre de 2025 se refleja una disminución en 2.023 estudios lo que representó un -8,4% en la producción, el cual se encuentra demostrado en las modalidades de Resonancia con una disminución del -26%, TAC con un -12.9%, Ecografía con un -5% y RX del -4%.

COMPARATIVO DE PRODUCCIÓN POR AREAS DE SERVICIO:



Fuente: Sistema de Información RIS Lumier

En el comparativo de participación por áreas del III Trimestre 2025 frente al II Trimestre 2025, el servicio de Urgencias fue el de mayor demanda el cual representa el 6% de aumento en la producción. En cuanto a Hospitalización disminuyó la producción en un -4% y Ambulatorio con un -43% de la producción, dado por la cancelación de las agendas en el mes de septiembre de 2025, por disminución del presupuesto.

Comparativamente con el III Trimestre 2024 se evidencia crecimiento de los servicios ambulatorios en un 28%, seguido del servicio de urgencias con un aumento del 12% y hospitalización con el 1%.

OPORTUNIDAD DEL SERVICIO:

INDICADORES DE LOS TIEMPOS DE RESPUESTA DEL SERVICIO.

OPORTUNIDAD MODALIDAD DE ECOGRAFIA:

ECOGRAFIA						
PERIODO	2024		2025		META	
	Hosp	Urg	Hosp	Urg	Hosp	Urg
I Trimestre	10,09	13,5	9,49	6,17	18	18
II Trimestre	14,03	13,26	7,85	7,08		
III Trimestre	9,19	11,48	6,87	4,89		
IV Trimestre	13,82	9,89				
PROMEDIO ANUAL	11,78	12,03	8,07	6,05		

Fuente: Sistema de Información Lumier RIS

En el servicio de Ecografía se observa una oportunidad dentro de los rangos establecidos, tanto para el servicio de Urgencias (4,89) como el de Hospitalización (6,87), sin superar la meta de 18 horas, manteniendo la oportunidad con respecto al III Trimestre del año 2024.

OPORTUNIDAD EN RESONANCIA MAGENTICA:

RESONANCIA MAGNETICA (RM)						
PERIODO	2024		2025		META	
	Hosp	Urg	Hosp	Urg	Hosp	Urg
I Trimestre	40,00	45,31	41,12	25,81	72	72
II Trimestre	43,21	28,63	47,22	35,47		
III Trimestre	26,41	21,57	86,85	40,02		
IV Trimestre	39,45	27,19				
PROMEDIO ANUAL	37,27	30,68	58,40	33,77		

Fuente: Sistema de Informacion Lumier RIS

Para la modalidad de resonancia se observa comparativamente un aumento de los tiempos en el área de Hospitalización el cual para el III Trimestre 2025 fue de 88,85 horas contadas desde la generación de la orden hasta la entrega del resultado, comparativamente con el III Trimestre de 2024 se refleja un aumento de 60,44 horas donde se identifica una prolongación en los tiempos de lectura, sobrepasando la meta del indicador en un 20%, dado por el aumento en la demanda de solicitudes médicas. Como medida correctiva, se realiza una retroalimentación a los especialistas encargados de la lectura con el fin de mantener la meta en 72 horas, dando prioridad a la lectura del área de hospitalización.

Con respecto a los resultados obtenidos en los servicios prestados al área de **Urgencias** en 40.02 horas, aunque se presenta aumento del tiempo comparativamente con el III Trimestre de 2024 en aproximadamente 18 horas, no supera la meta de 72 horas.

OPORTUNIDAD PARA LA MODALIDAD DE TOMOGRAFIA:

TOMOGRAFIA (TAC)						
PERIODO	2024		2025		META	
	Hosp	Urg	Hosp	Urg	Hosp	Urg
I Trimestre	17,25	9,78	31,89	12,65	28	24
II Trimestre	25,31	10,49	37,02	11,2		
III Trimestre	30,05	12,56	42,11	12,37		
IV Trimestre	38,68	14,61				
PROMEDIO ANUAL	27,82	11,86	37,01	12,07		

Fuente: Sistema de Informacion Lumier RIS

En Tomografía el resultado del indicador de hospitalización para el III Trimestre del 2025 fue de 42,11 horas evidenciando un aumento comparativamente con el III periodo del 2024 en 12,06 horas y con respecto al II Trimestre 2025 en 5 horas, indicando la aplicación de estrategia en la priorización del servicio de hospitalización.

El indicador para el III Trimestre 2025 en urgencias tiene un resultado de la oportunidad de 12,37 horas, el cual no supera la meta establecida en 24 horas, manteniéndose frente a los resultados obtenidos durante el

2024 y frente a los resultados del II Trimestre 2025, estos resultados se mantienen debido a la priorización de la atención que se realiza a los pacientes de urgencias teniendo en cuenta que los apoyos diagnósticos aportan información clínica con respecto a definición de salida o la hospitalización del paciente.

INDICADORES NORMATIVOS DE NOTIFICACION RES.256

INDICADOR	CODIGO DE ALMERA	UNIDAD MEDIDA	META	AÑO 2025		
				I TRIM	II TRM	III TRIM
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR	1626	DIAS	8 DIAS	4,72	2,23	1,64
TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE ECOGRAFIA	1627	DIAS	8 DIAS	4,33	1,90	1,56

Fuente: Sistema de Informacion Dinamica Gerencial

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR:

Para el III Trimestre de 2025 el tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia fue de 1,64 días encontrándose dentro del rango esperado, el cual no supera la meta establecida de 8 días, manteniéndose su resultado frente al II Trimestre de 2025.

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA TOMA DE ECOGRAFÍA:

Para el III Trimestre de 2025 el tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía fue de 1,56 días encontrándose dentro del rango esperado, el cual no supera la meta establecida de 8 días, manteniéndose su resultado frente al II Trimestre de 2025.

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 y Tomografía, con un total de 28 reclamos los cuales en su totalidad fueron gestionados de acuerdo a la necesidad de los usuarios.

HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA				
DESCRIPCIÓN	JULIO-25	AGOSTO-25	SEPTIEMBRE-25	ACUMULADO
Número de solicitudes resueltas parcialmente en línea	1510	698	48	2256
Número de solicitudes resueltas de forma presencial	564	337	307	1208
Número total de solicitudes realizadas (En línea, parcialmente en línea y presenciales)	2074	1035	355	3464
Número de PQRD recibidas	13	8	7	28

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 III Trimestre de 2025 no se materializa el riesgo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

En el comparativo de producción del III Trimestre 2025 se observa un aumento de la producción total en un 12% lo que representó un aumento en 2.270 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 64% con respecto al III Trimestre de 2024 con un aumento en 634 estudios, derivado de los convenios institucionales en el Hospital.

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.

9.8 SERVICIO DE TERAPIAS.

RELACIÓN COMPARATIVA DE PROCESOS DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIAS Informe Tercer Trimestre Vigencias 2024 – 2025

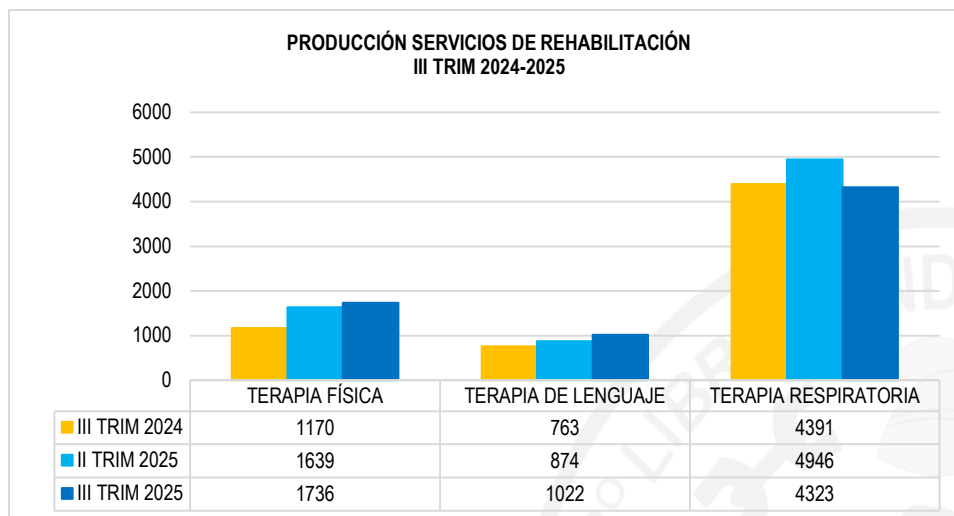
El servicio de terapias de la Unidad Funcional en Zipaquirá constituye un componente esencial dentro de la gestión de los servicios complementarios del hospital, desempeñando un papel estratégico en la atención integral de los pacientes. Su enfoque está orientado hacia la rehabilitación integral, entendida no solo como la recuperación funcional de los usuarios, sino también como la prevención de complicaciones, la promoción de la autonomía y la mejora en la calidad de vida.

La oferta institucional del servicio incluye un portafolio interdisciplinario conformado por terapia física, fonoaudiología, audiolgía (con la realización de exámenes auditivos especializados) y terapia respiratoria. Cada una de estas áreas desarrolla procesos de valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento clínico adaptados a las necesidades específicas de la población atendida. Dichas intervenciones desarrolladas en los servicios de urgencias y hospitalización hasta la atención ambulatoria en consulta externa, garantizando continuidad en el cuidado y articulación con los demás servicios asistenciales.

Con este modelo de atención, el servicio de terapias reafirma su compromiso con la misión institucional de brindar una atención humanizada, segura y basada en la calidad, aportando de manera significativa a los resultados en salud y al bienestar de la comunidad usuaria.

TALENTO HUMANO SERVICIO DE REHABILITACION	COMPARATIVO 2024-2025							
	I TRIM 2024	II TRIM 2024	III TRIM 2024	IV TRIM 2024	I TRIM 2025	II TRIM 2025	III TRIM 2025	IV TRIM 2025
Líder del servicio	0	0	1	1	1	1	1	
Terapia respiratoria y terapia física (consulta externa, hospitalización y urgencias)	6	5	5	5	5	6	6	
Fonoaudiología (consulta externa, hospitalización, ucis, urgencias)	2	2	2	2	2	2	2	
TOTAL	8	7	8	8	8	9	9	

PRODUCCION SERVICIOS DE REHABILITACION III TRIMESTRE 2024-2025



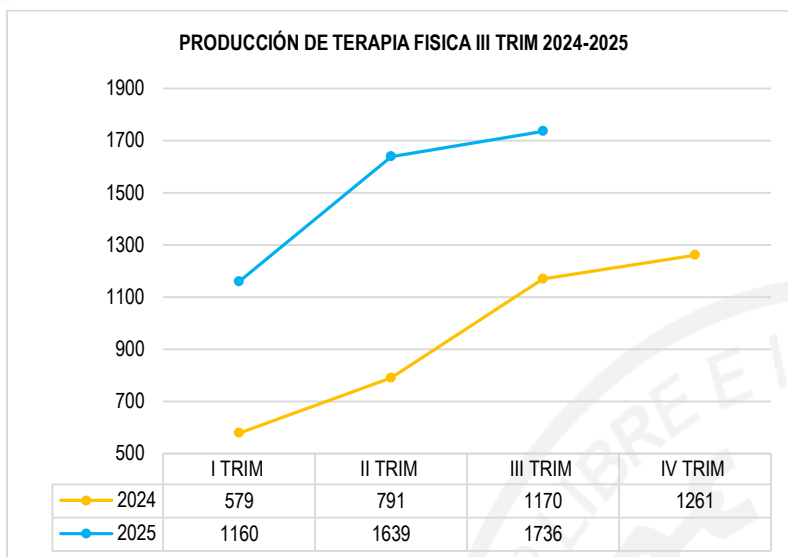
Fuente: Servicio de estadística UFZ, 2025

Durante el tercer trimestre de 2025, el servicio de terapias de la Unidad Funcional de Zipaquirá registró un total de 7.081 procedimientos, lo que representa un incremento del 12% en comparación con el mismo periodo de 2024, cuando se habían realizado 6.324 intervenciones. Este crecimiento refleja el compromiso del equipo profesional con la mejora continua y la capacidad de respuesta del servicio frente a las necesidades de los usuarios. El aumento evidencia también una mayor cobertura asistencial y un fortalecimiento en los procesos de rehabilitación integral ofrecidos a la población pediátrica y adulta en los distintos niveles de atención.

No obstante, en comparación con el segundo trimestre del presente año, se observó una leve disminución del 5% en la productividad, al pasar de 7.459 a 7.081 procedimientos. Esta variación estuvo directamente relacionada con la reducción en la demanda de procedimientos respiratorios —particularmente en paneles virales, inhaloterapia y nebulizaciones— tras superar el primer pico respiratorio del año. Pese a esta disminución puntual, el servicio mantuvo una atención continua y oportuna en las diferentes áreas asistenciales, garantizando la cobertura de los turnos y la continuidad de la atención a los pacientes hospitalizados y ambulatorios.

De manera paralela, se dio continuidad al proceso de auditorías internas de historias clínicas en las áreas de terapia respiratoria, fisioterapia y fonoaudiología. Estas auditorías tuvieron como propósito principal fortalecer los estándares de calidad en la prestación del servicio, garantizar la consistencia y trazabilidad de la información clínica y verificar la adecuada correspondencia entre los procedimientos realizados y los registros consignados en la plataforma Dinámica Web. Este mecanismo de control permitió no solo mejorar la confiabilidad de los datos estadísticos, sino también identificar oportunidades de mejora en la gestión documental y en la estandarización de los procesos de atención.

PRODUCCIÓN TERAPIA FISICA



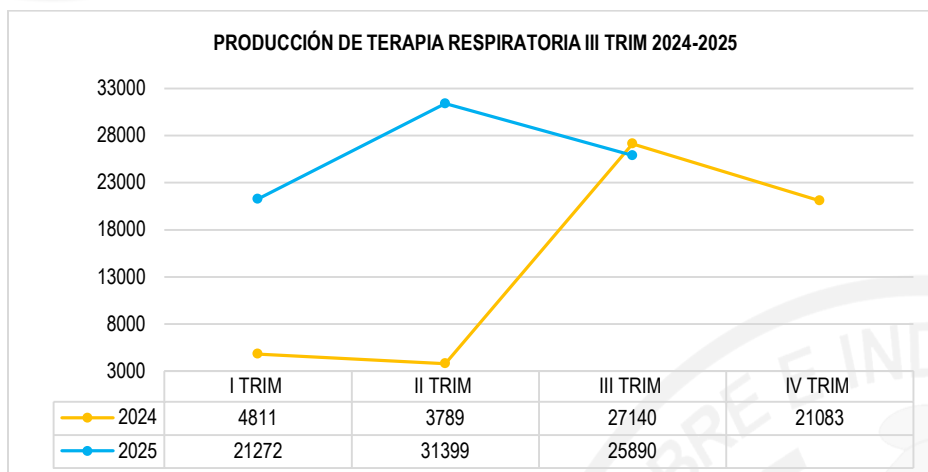
Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ, 2025

Durante el tercer trimestre de 2025, el servicio de terapia física registró un incremento del 48% en el número de atenciones en comparación con el mismo periodo de 2024. Mientras que en el tercer trimestre de 2024 se realizaron 1170 procedimientos, en el mismo periodo de 2025 se llevaron a cabo 1736 intervenciones. Frente al segundo trimestre de 2025, también se evidenció un crecimiento del 6%, 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 que durante el tercer trimestre se realizaron 161 actividades de promoción y prevención, prevención y estimulación temprana, beneficiando a los más de 400 bebés que actualmente asisten a dicho servicio.

PRODUCCION TERAPIA RESPIRATORIA



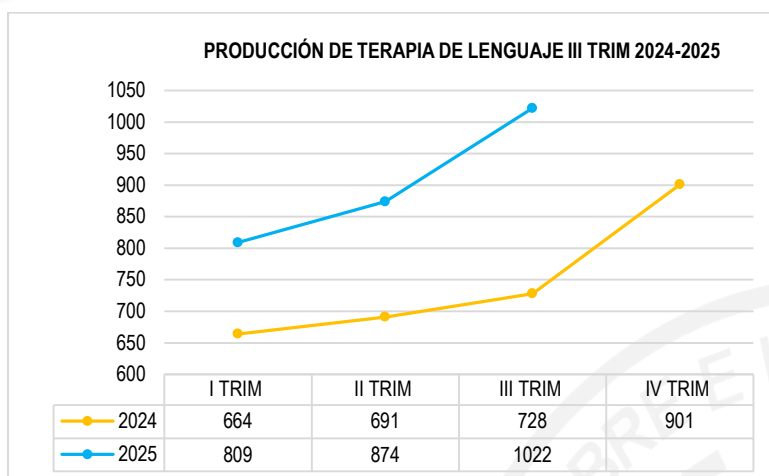
Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ, 2025

Para el servicio de terapia respiratoria en el tercer trimestre de 2025 se realizó un total de 6113 procedimientos frente a los 5443 procedimientos en el mismo periodo del 2024, lo que significa un aumento del 13%. En comparación al segundo trimestre de 2025, se presentó una disminución del 9% con un total de 6745 procedimientos, esto a causa del fin del pico respiratorio, que abarco parte del primer y segundo trimestre del año en curso.

No se realizó conteo de inhaloterapia debido a que el dato que suministraban los terapeutas respiratorios en julio de 2024 era un dato sin trazabilidad, lo cual se ha venido mejorando con las distintas auditorias y seguimientos de historias clínicas, cuadro de programación diaria y estadísticas mensuales con el fin de evitar datos erróneos o no completos. Sin embargo, se evidencia una disminución del 20%, como consecuencia del final del pico respiratorio como se explicaba anteriormente.

Se ha evidenciado un aumento importante de interconsultas al servicio de terapia respiratoria alcanzando 592 interconsultas al servicio durante el tercer trimestre de 2025, cuando para el mismo periodo del 2024 solo se solicitaron 61 interconsultas al servicio, 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 y pediatría, lo que evidencia la necesidad del apoyo de un terapeuta respiratoria que logre completar todos los procedimientos programados por turno puntualmente en el servicio de urgencias ya que 512 de las interconsultas fueron realizadas en este servicio.

PRODUCCION DE TERAPIA DE LENGUAJE

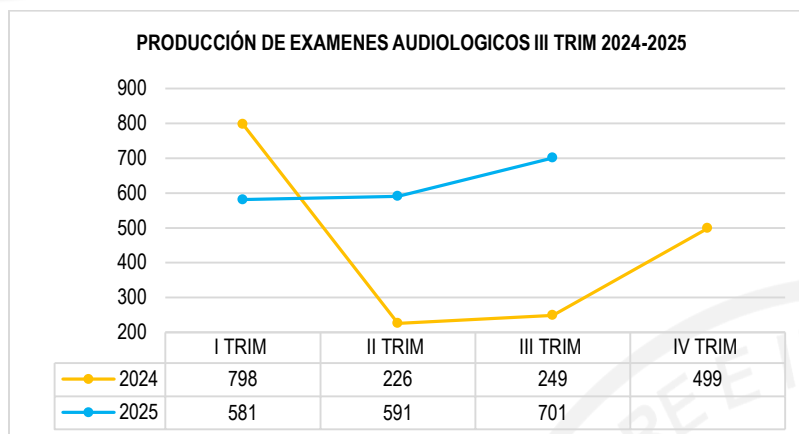


Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ, 2025

En el tercer trimestre de 2025, el servicio de terapia de lenguaje evidenció un crecimiento significativo en su productividad, con una variación positiva del 52% en comparación con el mismo periodo del año 2024. En total, se realizaron 1.022 procedimientos, frente a 763 intervenciones registradas en el año anterior. En el caso de los exámenes audiológicos —que incluyen impedanciometría, logaudiometría, audiometría y potenciales evocados— se ejecutaron 667 procedimientos, lo que representa casi el doble de los 342 exámenes realizados en el tercer trimestre de 2024. Estos resultados reflejan no solo una mayor demanda del servicio, sino también una mejor organización interna que ha permitido responder oportunamente a las necesidades de los usuarios y de las EPS.

En relación con el segundo trimestre de 2025, se registró un aumento del 17% tanto en el número de sesiones de terapia de lenguaje como en la cantidad de exámenes audiológicos practicados. Procedimientos específicos como los potenciales evocados, la impedanciometría, la logaudiometría, la audiometría y el lavado de oídos, duplicaron su productividad (100% de incremento), lo que evidencia la consolidación del servicio en términos de oportunidad, cobertura y capacidad de respuesta. Cabe resaltar que este desempeño estuvo directamente vinculado a la gestión de autorizaciones por parte de las EPS y a la disponibilidad de un profesional asignado en jornada continua dos días por semana, lo que garantizó la prestación regular de los servicios.

Adicionalmente, durante este periodo se implementó una reorganización estratégica del servicio, estableciendo tiempos exclusivos en las dos primeras semanas de cada mes para la realización de valoraciones de terapia de lenguaje. Esta medida permitió asegurar el cumplimiento de los controles periódicos y el seguimiento oportuno de los pacientes atendidos en esta especialidad, optimizando los recursos disponibles y mejorando la continuidad del tratamiento.



Fuente: Estadística Dinámica Gerencial UFZ, 2025

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	2	0	0			
TOTAL		0				

Para el segundo trimestre de 2025, se recibieron 2 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.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

No NOVEDADES ANALIZADAS	CLASIFICADAS			ID PLANE DE MEJORA
	EVENTOS ADVERSOS	INCIDENTES	COMPLICACIONES	
5		5		

Se realizaron 5 novedades de seguridad, por la no toma de gases arteriales en el servicio de urgencias a tiempo y la no respuesta al llamado de terapia respiratoria, con seguimiento y firma de acta de profesional, además de seguimiento oportuno de interconsultas, porque en dos de las novedades no se había cargado en el sistema, por lo cual la terapeuta no había respondido en el tiempo correspondiente.

DOCUMENTOS ACTUALIZADOS EN EL TRIMESTRE

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO	TIPO DE DOCUMENTO	FECHA DE ACTUALIZACION	PUBLICADO EN ALMERA (SI/NO)	OBSERVACION

PERSONAL EN FORMACIÓN – QUE ROTO EN EL SERVICIO:

INSTITUCION EDUCATIVA	2025				OBSERVACION
	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	
Escuela Colombiana de Rehabilitación	5	5	10		5 estudiantes de la jornada mañana y 5 estudiantes en la jornada tarde de fisioterapia
Universidad de La	5	5	0		

Sabana					
Total	10	10	10		

El servicio de terapia física y terapia respiratoria, durante el tercer trimestre de 2025 conto con un total de 10 estudiantes de la Escuela Colombiana de Rehabilitación, los cuales rotaron por los servicios de consulta externa, plan canguro, hospitalización y urgencias, con el enfoque para los estudiantes de la Universidad de La Sabana en pediatría y de la ECR paciente adulto.

La participación de estudiantes de fisioterapia en prácticas hospitalarias es fundamental tanto para su formación profesional como para el fortalecimiento del servicio de salud. Estas experiencias les permiten aplicar los conocimientos teóricos en contextos reales, desarrollar habilidades clínicas, adquirir seguridad en la toma de decisiones y aprender a trabajar en equipo con otros profesionales de la salud. Además, su presencia en el entorno hospitalario contribuye a mejorar la cobertura y oportunidad en la atención de los pacientes, siempre bajo la supervisión de fisioterapeutas y docentes. De esta manera, las prácticas no solo benefician el aprendizaje del estudiante, sino que también aportan significativamente a la calidad y eficiencia del servicio asistencial.

CONCLUSIONES

En el tercer semestre de 2025, el servicio de rehabilitación de la Unidad Funcional 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.

Sin embargo lo anterior evidencia la necesidad de contar con un profesional que pueda completar la función de los terapeutas respiratorias, en los servicios de hospitalización y urgencias, lo que se evidenciara en la facturación del servicio.

FORTALEZAS O LOGROS

Durante el segundo semestre de 2025, en el servicio de rehabilitación de la Unidad Funcional de Zipaquirá, se pudieron identificar las siguientes fortalezas y logros:

- Aumento de la presencia en servicios de urgencias, hospitalización, garantizando continuidad en el proceso de rehabilitación, evidenciado en el aumento de interconsultas en los servicios ya mencionados.
- Implementación permanente de auditorías clínicas internas, 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.

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.
- Se requiere contratación de personal de terapia respiratoria para los servicios de urgencias, con el fin de poder responder a todas las necesidades