

Ciudad y Fecha: Cali, 13 de marzo de 2024

Señores: Asamblea General De Fundación Clínica Infantil Club Noel

Asunto: INFORME DE GESTION 2023

1. INTRODUCCIÓN:

Dando cumplimiento a los estatutos de la sociedad y de conformidad con las normas legales vigentes (los artículos 46 y 47 de la Ley 222 de 1995 y la Ley 603 de 2000), presento a la asamblea general, el informe de gestión en donde se describen las actividades más relevantes ejecutadas durante el año 2022, con respecto a los proyectos establecidos para el periodo 2023, basados en las actividades misionales de la entidad, indicando los resultados relevantes obtenidos en desarrollo de las funciones institucionales y los lineamientos definidos en el Plan Operativo Anual (POA). La gestión institucional se enmarcó dentro de los objetivos estratégicos. En este período se desarrollaron actividades como el fortalecimiento de las áreas administrativas y asistenciales, inversión tecnológica e infraestructura física, llevando a cabo el plan arquitectónico, el fortalecimiento financiero y comercial, el mejoramiento de los mecanismos de comunicación internos y externos y el cumplimiento de las normas e información requerida por los entes de control.

REPRESENTANTE LEGAL

Jaime Domínguez Navia

EQUIPO GERENCIAL:

Catalina Domínguez Uribe, Gerente Administrativa
Luz Myriam Claros, Gerente Médica
Diana Codognotto, Subgerente de Calidad
Gloria Patricia Ospina, Subgerente Financiera
Julieth Cristina, Subgerente Comercial
Liliam Patricia Alfonso, Subgerente de Proyectos
Luis Alfonso Rodríguez, Director de Comercial
Lizeth Codognotto, Subgerente de Gestión Humana
María Eugenia Hurtado, Subgerente Jurídica

2. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

La Fundación Clínica Infantil Club Noel, se constituyó en el año 1926, como Sociedad Sin Ánimo de Lucro. Su objeto social es la prestación de servicios de salud a la población infantil entre cero (0) y dieciocho años, siendo sus principales actividades las siguientes:

a. **OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD Y TECNOLOGÍAS:** La FCICN tiene 99 años en prestar servicios pediátricos, somos la única institución exclusivamente pediátrica de la región, centro de referencia de patologías de alta complejidad.

Los servicios que ofertamos son:

➤ **Consulta Externa:** Contamos con más de 35 especialidades que nos permiten una atención integral y continua. Con atención de lunes a viernes de 7 am-7 pm y sábados de 7 am-1 pm, de las siguientes especialidades:

Alergología, Anestesiología, Cirugía Ortopédica y traumatología, Cirugía Urológica, Cirugía Dermatológica, Cirugía otorrinolaringológica, Oral y Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Plástica Reconstructiva y Craneofacial, Neurocirugía, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Fisiatría, Gastroenterología, Genética, Hemato-Oncología, Infectología, Inmunología, Nefrología Neumología, Neurología Neurocirugía, Nutrición, Neuropsicología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Psicología, Pediatría, Reumatología, Urología, Odontología, Odontopediatra, odontólogos generales, ortodoncia, ortopedia maxilar, Maxilofacial.

➤ **Urgencias Pediátricas:** Atención 24 horas, áreas de admisión, triage, consultorios, observación, reanimación, habitación de aislamiento, sala ERA, sala de rehidratación oral.

➤ **Hospitalización Pediátrica:** Atención integral con disponibilidad de 75 en hospitalización general, con médicos especialistas pediatras, intensivistas, nefrología, neurocirugía, cirujanos pediatras, reumatología.

➤ **Otras especialidades:** Como nutrición y dietética, psicología, trabajo social, terapias respiratorias, terapia física, terapia del lenguaje.

➤ **Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos:** Con 20 camas (pediatra intensivista 24 horas).

➤ **Laboratorio Clínico y Patología:** Microbiología y Medicina Transfusional.

➤ **Cirugía Ambulatoria y Hospitalaria:** Salas de cirugía dotadas con tecnología de punta en: Ortopedia y Traumatología Infantil, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica y Reconstructiva Cirugía, Maxilofacial, Neurocirugía Pediátrica, Cirugía Pediátrica.

➤ **Servicio De Ayudas Diagnosticas Y Terapéuticas:** Endoscopia pediátrica de vías digestivas altas y bajas, con toma de biopsia diagnóstica y terapéutica.

➤ **Imágenes Diagnosticas:**

- Rayos x convencional.
- Ecografía Convencional y Doppler
- Ecocardiograma.
- TAC
- Resonancia magnética

➤ **Otras ayudas diagnosticas:**

- Electrodiagnóstico: electroencefalografía, electromiografía, electrocardiografía.
- Ayudas Diagnosticas de Cardiología: Holter ECG, MAPA (monitoreo ambulatorio de presión arterial)

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN FINANCIERA DE LA SOCIEDAD

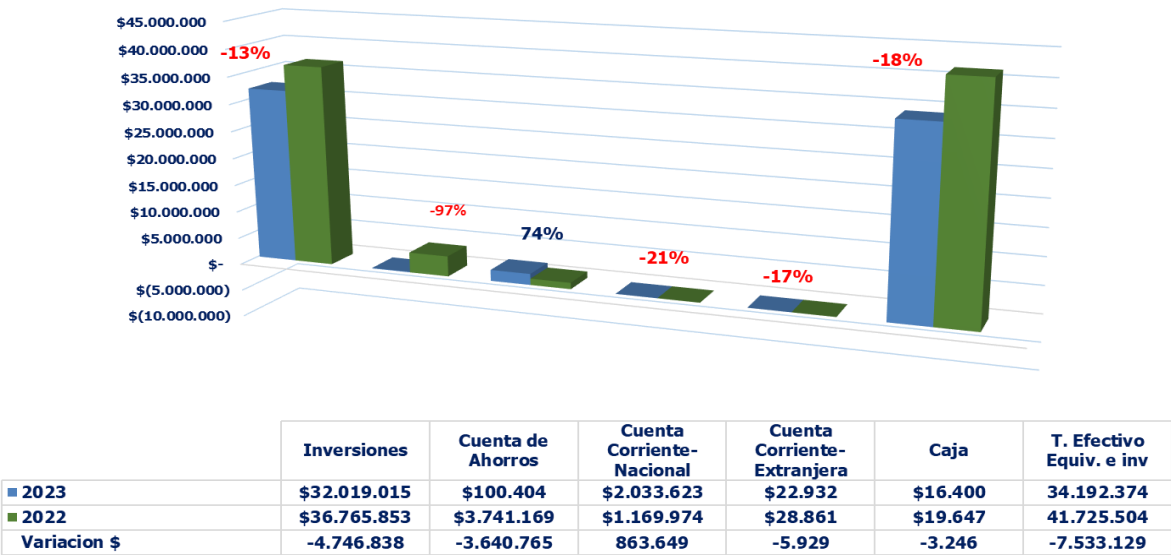
Los principales indicadores financieros de la entidad son los siguientes:

INDICADOR	2023	2022	Variación
RAZON CORRIENTE	4,33	5,93	-1,59
CAPITAL DE TRABAJO NETO	55.899.253	55.760.624	138.628,40
PRUEBA ACIDA	4,19	5,66	-1,47
INDICE DE SOLVENCIA	5,31	7,00	-1,69
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO TOTAL	18,84%	14,29%	5%
INDICE DE APALANCAMIENTO NETO	0,13	0,16	-0,03
ROTACION DE CARTERA (VECES)	2,94	3,17	-0,23
ROTACION DE INVENTARIO (DIAS)	56	66	-10,44
MARGEN DE EXCEDENTES OPERACIONALES	-11,030%	-31,900%	21%
MARGEN DE EXCEDENTE NETO	3%	-2%	0,05
INDICE DE RETORNO SOBRE EL CAPITAL PROPIO (ROE)	0,28%	-0,11%	0,40%
INDICE DE RETORNO SOBRE LOS ACTIVOS (ROA)	0,23%	-0,10%	0,33%
ROTACION PROVEEDORES	0,33	0,74	-0,41

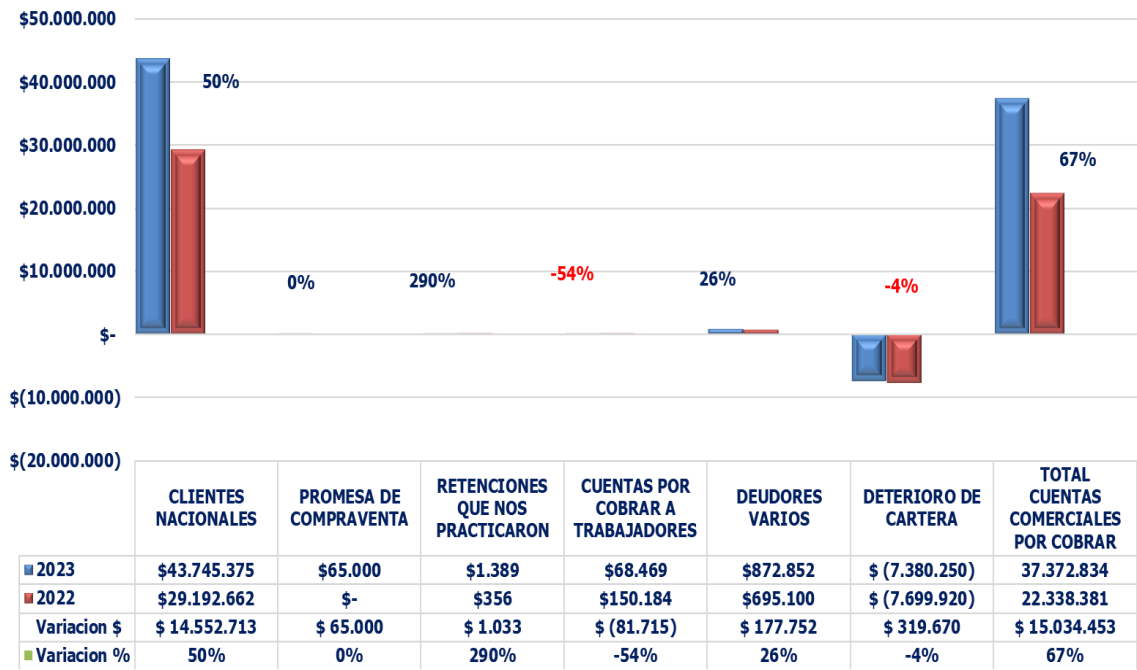
Para el año 2023, los activos de la sociedad ascienden a \$161.131.200 millones, presentando un crecimiento anual de 15 % con respecto al año 2022. Los activos en los años 2023 y 2022 están representados principalmente por el Efectivo Equivalente con una disminución del 18%, debido a las inversiones de infraestructura y equipos que se han adquirido con recursos propios, Cuentas Comerciales y Otras Cuentas por pagar con un crecimiento del 61% donde a pesar de tener un buen recaudo en el año, las ventas han crecido significativamente que hicieron tener una cartera con un crecimiento del 50%, y del activo no corriente: Propiedad Planta y Equipo con un crecimiento total del 22%, creciendo dentro de este grupo significativamente la cuenta de construcciones y edificaciones con el 141%.

A continuación, se detallan los rubros más significativos:

EFFECTIVO EQUIVALENTE E INVERSIONES



DETALLE DE CUENTAS COMERCIALES Y OTRAS CUENTAS POR COBRAR



Para el año 2023, los pasivos de la sociedad ascienden a \$30.352.270 millones, presentando un crecimiento anual del 52% con respecto al año 2022. Los pasivos en los años 2023 y 2022 están representados principalmente por las cuentas comerciales por pagar (proveedores) con un crecimiento del 82%, esto obedece que las compras a proveedores incrementaron de acuerdo a incremento a ventas y para este año no se realizaron pagos adicionales para obtener descuentos por pronto pago ya que se concentró el flujo de caja en el pago de las obligaciones del periodo y a las inversiones mencionadas anteriormente de equipamiento e infraestructura. Otras Cuentas Comerciales por Pagar con un crecimiento del 33%, incrementando los honorarios a personal asistencial y pago por Servicios, beneficios a empleados creció en un 23%, por ingreso de personal a cargos nuevos según necesidad institucional, Corporaciones

Financieras con el 37%, por adquisición de equipamiento bajo leasing de los nuevos quirófanos.

DETALLE OTRAS CUENTAS COMERCIALES POR PAGAR

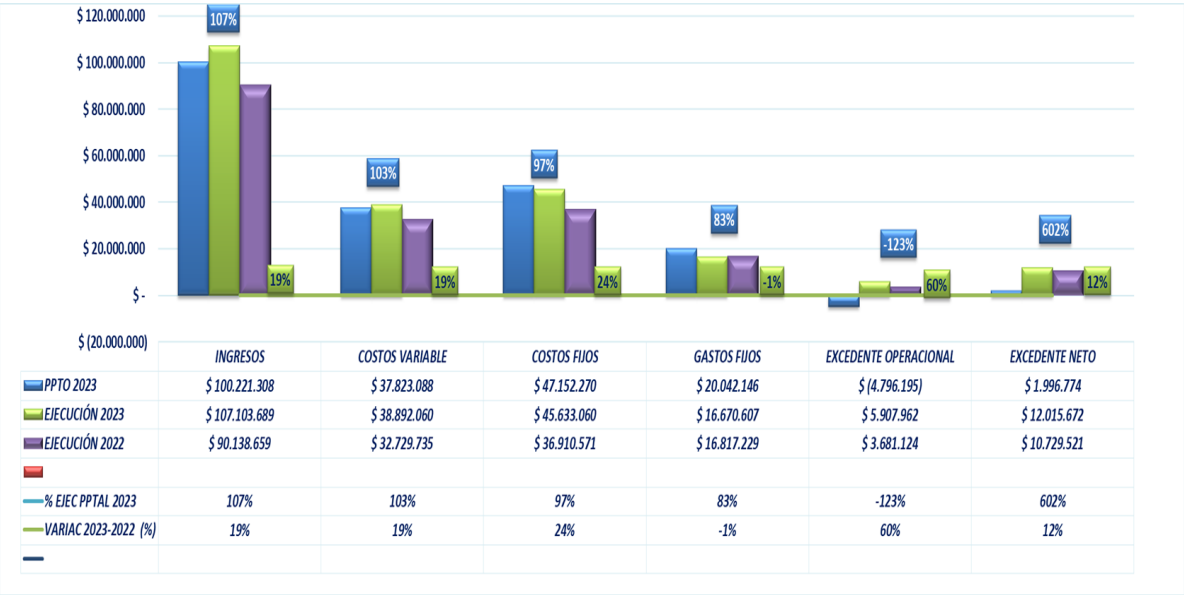
DESCRIPCION	2023	2022	Variación	%
OTROS CUENTAS COMERCIALES POR PAGAR				
HONORARIOS MEDICOS	\$ 3.805.469	\$ 2.736.171	\$ 1.069.298	39%
HONORARIOS VARIOS	\$ 199.032	\$ 144.762	\$ 54.270	37%
SERVICIOS	\$ 1.001.470	\$ 600.971	\$ 400.498	67%
SERVICIOS PUBLICOS	\$ 23.580	\$ 22.040	\$ 1.540	7%
PROVEEDORES VARIOS	\$ 61.319	\$ 100.396	\$ (39.077)	-39%
RETENCION EN LA FUENTE	\$ 250.508	\$ 294.256	\$ (43.747)	-15%
IMPUESTOS A LAS VENTAS RETENIDO	\$ 875	\$ -	\$ 875	#DIV/0!
RETENCION ICA	\$ 23.137	\$ 21.340	\$ 1.798	8%
RETENCIONES Y APORTES DE NOMINA	\$ 193.987	\$ 244.635	\$ (50.648)	-21%
IMPUESTOS GRAMENES Y TASAS	\$ 50.777	\$ 38.059	\$ 12.718	33%
TOTAL OTRAS CUENTAS COMERCIALES POR PAGAR	\$ 5.610.154	\$ 4.202.630	\$ 1.407.525	33%

Para el 2023, el patrimonio de la sociedad asciende a \$130.778.930, presentando un crecimiento anual de 9% debido principalmente por el excedente de ejercicios anteriores.

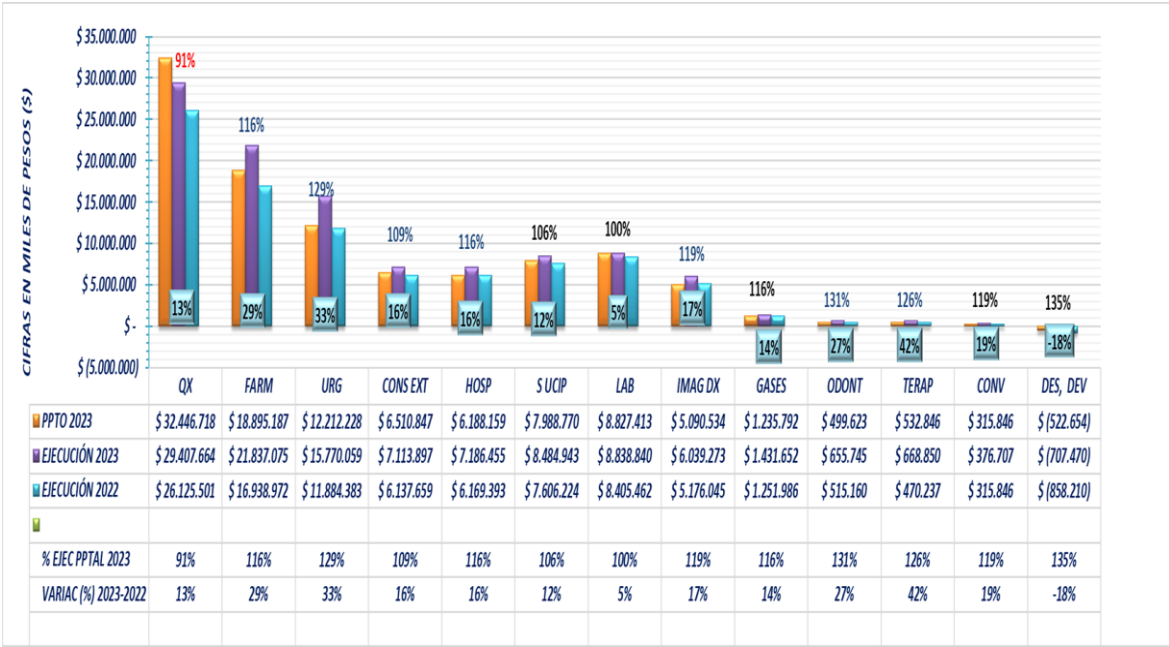
Los ingresos totales para el año 2023 fueron de \$107.103.689 millones y representaron un incremento del 19% con relación al año anterior, lo que indica una buena gestión, relacionada principalmente en la prestación de los servicios de Urgencias que crecieron un 33%, Consulta Externa creció un 16%, quirófanos logró un 13%, laboratorio clínico el 5%, imágenes dx el 17%, odontología el 27% y apoyo terapéutico el 42%

Los costos variables incrementaron en un 19%, los costos fijos el 24% y los gastos fijos de administración disminuyeron un 14%.

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS, COSTOS Y GASTOS ACUMULADA DE ENERO A DICIEMBRE DE 2023



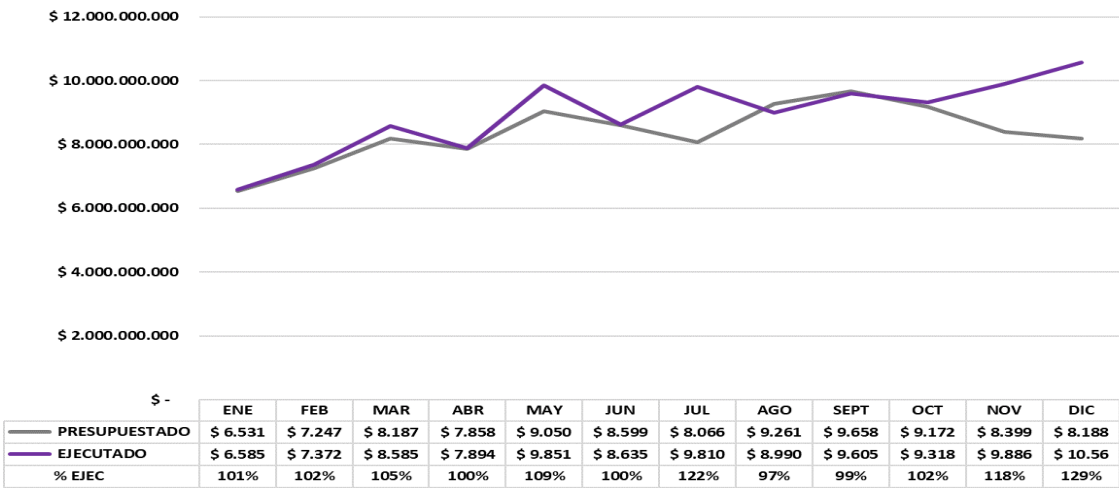
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS POR UNIDAD FUNCIONAL DE
ENERO A DICIEMBRE DE 2023



4. INFORMACIÓN ADICIONAL POR SERVICIO:

4.1. Gestión Comercial y Mercadeo: Durante el año 2023 el proceso de Gestión Comercial y Mercadeo, continuó desarrollando estrategias para promover un óptimo ejercicio financiero que nos permitiera alcanzar los indicadores principales que miden el nivel de gestion de área, los cuales corresponden al indicador de ventas, radicación, recaudo e índice de glosas/devoluciones.

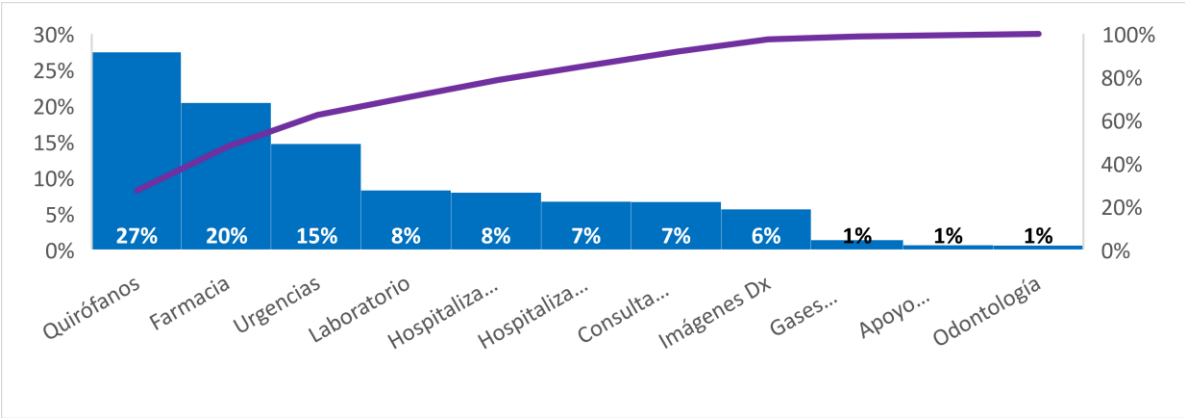
Teniendo en cuenta el indicador de ventas, cuya ficha técnica se encuentra conformada por el presupuesto en ventas vs ejecución real en ventas, teniendo como presupuesto total acumulado año 2023 la meta de **\$100.221.311.942** y unas ventas totales acumuladas año 2023 correspondiente a **\$107.103.702.123**, logrando un cumplimiento del **107%**. (Ver grafica No. 1)



Cifras expresadas en millones de pesos

Actualmente la institución cuenta con once unidades funcionales, las cuales todas generan ingresos y se encuentran dentro del portafolio de servicios ofertado por la institución.

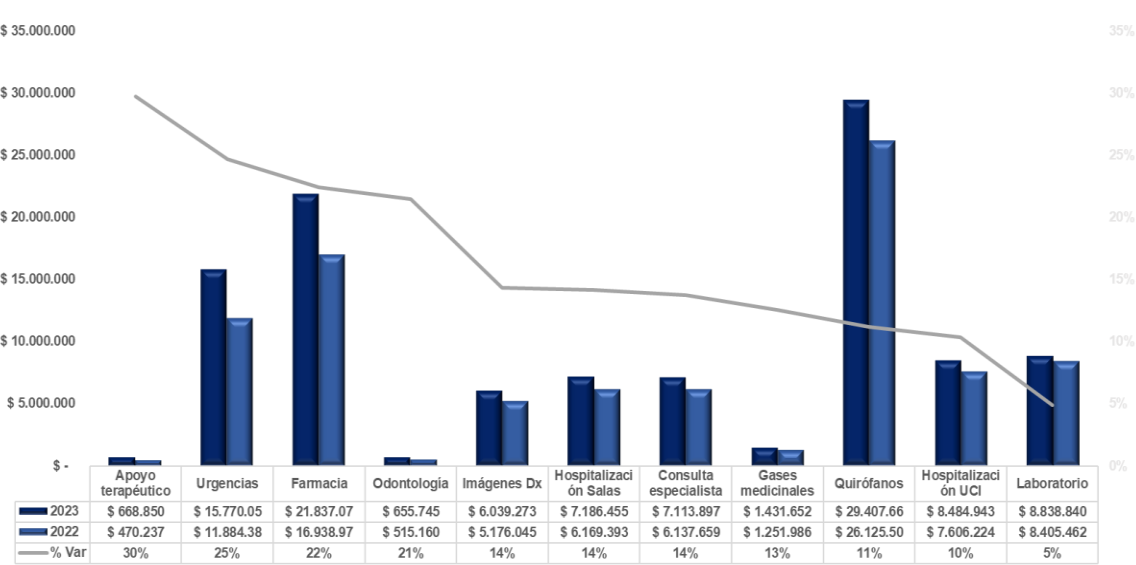
La participación de las unidades funcionales frente al ingreso se encuentra de la siguiente manera:



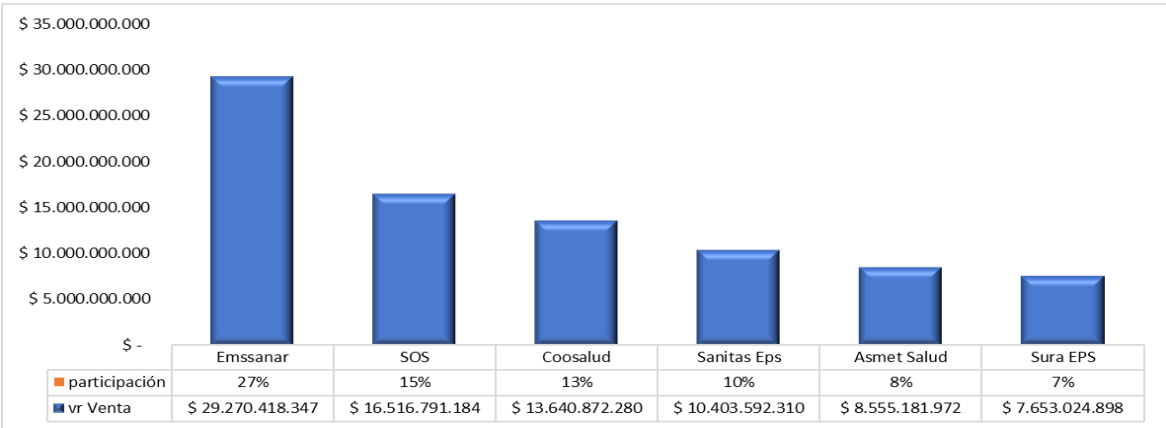
Entidad	2023
Apoyo terapéutico	\$ 668.850
Urgencias	\$ 15.770.059
Farmacia	\$ 21.837.075
Odontología	\$ 655.745
Imágenes Dx	\$ 6.039.273
Hospitalización Salas	\$ 7.186.455
Consulta especialista	\$ 7.113.897
Gases medicinales	\$ 1.431.652
Quirófanos	\$ 29.407.664
Hospitalización UCI	\$ 8.484.943
Laboratorio	\$ 8.838.840

Cifras expresadas en miles de pesos

En comparación con las ventas del año 2022, obtuvimos un crecimiento del 19% en ventas, teniendo un total de ventas en el año anterior correspondiente a \$90.256.913.127 y la siguiente variación entre unidades funcionales:



Actualmente contamos con más de 50 clientes activos dentro del portafolio de entidades, en donde el 80% de las ventas se encuentran concentradas en tres entidades del régimen contributivo: SOS, Sanitas EPS y Suramericana EPS y tres entidades del régimen subsidiado, las cuales corresponden a: Emssanar, Coosalud EPS y Asmet Salud EPS, para un total de seis entidades administradoras de planes de beneficios. Su participación respecto a las ventas acumuladas del año 2023 es el siguiente:



Entre otros clientes representativos para la institución, encontramos entidades como: Salud Total, Asociación Indígena del Cauca y Nueva EPS, siendo este último un convenio reciente, el cual se concretó en mayo de 2023, después de permanecer por casi diez años sin relación comercial. El convenio con Nueva EPS, se propició especialmente por la incertidumbre que hay frente a la reforma de salud y las entidades aseguradoras que continuarán en el rol de administrador del riesgo.

Entidad	vr Venta	participación
Emssanar	\$ 29.270.418.347	27%
SOS	\$ 16.516.791.184	15%
Coosalud	\$ 13.640.872.280	13%
Sanitas Eps	\$ 10.403.592.310	10%
Asmet Salud	\$ 8.555.181.972	8%
Sura EPS	\$ 7.653.024.898	7%
Salud Total	\$ 7.138.001.880	7%
Aic	\$ 4.676.452.304	4%
Nueva Eps	\$ 4.238.508.257	4%
Otras entidades	\$ 3.311.748.602	3%
Comfenalco	\$ 1.699.110.089	2%
	\$ 107.103.702.124	

Frente al proceso de radicación ante las diferentes entidades, quedamos con una facturación pendiente por radicar por valor de \$956.356.771, que corresponde al 0.9% de la facturación generada. Esto se debe principalmente por malas prácticas de las entidades, en el cual condicionan la radicación de las cuentas, supeditado a la generación de “autorizaciones de egreso”, lo cual no es normativo, pero ha sido legitimado en el sector y practicado por la mayoría de las aseguradoras.

ENTIDAD	TOTAL PENDIENTE POR RADICACIÓN	OBSERVACIONES FACTURACIÓN
ASMET SALUD EPS	\$ 31.177.658	Facturas covid con error en sismuestra
AIC EPS-S	\$ 1.161.400	Facturas pendientes por ops hospitalaria.
COMPENSAR EPS	\$ 65.593.304	Facturas pendientes por ops hospitalaria.
EMSSANAR SAS	\$ 37.313.081	Facturas covid con error en sismuestra
FAMISANAR	\$ 37.521.835	Facturas pendientes por ops hospitalaria.
SANITAS	\$ 99.162.649	Facturas pendientes por ops hospitalaria.
SURA	\$ 93.627.423	Facturas pendientes por ops hospitalaria.
SOS	\$ 590.799.421	Facturas pendientes por ops hospitalaria.

Lo anterior lleva al siguiente comportamiento en cuanto al indicador de recaudo y glosas/devoluciones, durante la vigencia 2023 a la institución se le fue notificado objeciones (no conformes) a la facturación por un monto de \$14.044.254.955, de los cuales el 64% corresponde a glosas (\$8.957.608.139 - Objeciones parciales) y el 36% restante a devoluciones (\$5.086.646.816 - Objeciones totales), impactando un 13% las ventas operacionales acumuladas, comparado con la vigencia 2022 se obtiene un incremento del 26% frente la notificación acumulada (\$11.155.406.541) en la cual se había impactado el 12% de las ventas operacionales.

Del total de objeciones por glosa, se obtiene el siguiente tipificado por concepto definidos en la Resolución 3047/2008 en su anexo técnico 6 “Manual único de glosas, devoluciones y respuestas”, es importante tener en cuenta que dicho tipificado es construido y consolidado a partir de la información reportada directamente por las diferentes EAPB, aseguradoras (SOAT / Póliza Estudiantil), entes territoriales, entre otros:

TIPIFICADO CONSOLIDADO GLOSAS 2023			
CODIGO	CONCEPTO	VALOR	%
1	FACTURACIÓN	\$ 1.381.535.828	15%
2	TARIFA	\$ 3.874.518.301	43%
3	SOPORTES	\$ 575.964.606	6%
4	AUTORIZACIÓN	\$ 859.050.811	10%
5	COBERTURA	\$ 1.621.554.525	18%
6	PERTINENCIA	\$ 644.984.068	7%
TOTAL		\$ 8.957.608.139	100%

Los conceptos de tarifa y cobertura tienen un mayor impacto con un 43% y 18% respectivamente del total notificado, ambos conceptos considerados de ámbito administrativo que no interfiere en la clínica y pertinencia médica del proceso de atención a los usuarios (Población Pediátrica) encontrándose ligados en su mayoría a dificultades en la parametrización de los servicios por parte de las diferentes entidades responsables de pago (ERP), generado por procesos automáticos de las diversas plataformas validadoras de las EAPB; muy seguido se encuentra el concepto de facturación con un (15%) y autorización con un (10%).

Dentro del ranking de las entidades con mayor participación en la notificación de glosas y devoluciones se encuentran las EAPB Sanitas, SOS, Asmet Salud, Sura, Coosalud y Salud Total con un 80% del total reportado, las 2 primeras EAPB (Sanitas y SOS) tienen una participación del 42%, entidades que presentan novedades en los procesos contractuales, con EAPB Sanitas se presentó servicios en su mayor proporción bajo el contrato de vigencia 2018, a pesar que durante la vigencia 2022 se llevó a cabo renovación contractual no ha permitido una fluidez en los acuerdos del total de servicios por la manera de cómo se actualizan los anexos en la entidad bajo anexos temporales (TN) lo que ha generado el incremento del 33% de la notificación comparando la vigencia 2022 y la EAPB SOS a expensas que se generó renovación tarifaria no se ha logrado una parametrización efectiva en las plataformas validadoras por parte de la entidad generando este tipo de reprocesos.

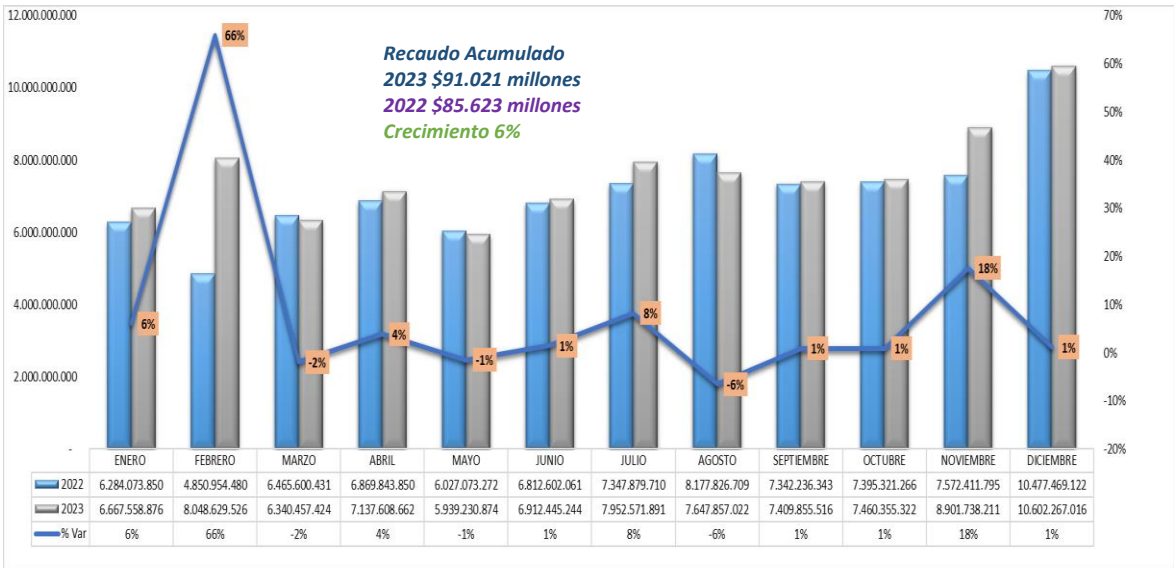
RANKING NOTIFICACIÓN DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES COMPARATIVO VIGENCIA 2023 V.S 2022					
EAPB	NOTIFICACION 2023	PARTICIPACIÓN 2023	NOTIFICACION 2022	PARTICIPACIÓN 2022	VARIACIÓN
SANITAS	\$ 3.154.792.844	22%	\$ 2.379.392.631	21%	33%
SOS	\$ 2.799.758.634	20%	\$ 2.942.759.519	26%	-5%
ASMET	\$ 1.602.771.233	11%	\$ 895.455.227	8%	79%
SURA	\$ 1.477.903.725	11%	\$ 2.268.553.570	20%	-35%
COOSALUD	\$ 1.268.877.696	9%	\$ 544.199.966	5%	133%
SALUD TOTAL	\$ 975.237.208	7%	\$ 742.755.910	7%	31%
EMSSANAR	\$ 841.845.272	6%	\$ 818.302.355	7%	3%
NUEVA EPS	\$ 761.550.161	5%	\$ 115.035.553	1%	562%
AIC	\$ 526.896.106	4%	\$ 104.104.529	1%	406%
OTRAS	\$ 380.950.184	3%	\$ 184.348.746	2%	107%
COMFENALCO	\$ 253.671.892	2%	\$ 160.498.535	1%	58%
TOTAL	\$ 14.044.254.955	100%	\$ 11.155.406.541	100%	26%

Teniendo en cuenta el contexto previo se puede concluir que las principales causales de glosa son:

- Servicios no incluidos en la contratación (Debido a error o no parametrización de la EAPB – Servicio ofertado bajo cotización y no parametrizado por EAPB en sus validadores) (Generan Glosas Automáticas)
- Tarifas no pactadas (Debido a error o no parametrización de la EAPB y/o servicio ofertado bajo cotización y no parametrizado por EAPB en sus validadores) (Generan Glosas Automáticas)
- Autorización y/o validación de servicios que están incluidos dentro de la atención inicial de urgencias y estancia hospitalaria

Dentro del proceso conciliatorio se puede obtener un panorama de la no objetividad de las objeciones reportadas, debido a que del total conciliado en la vigencia 2023 (\$6.390.928.573) con las diferentes entidades responsables de pago, la IPS solo reconoció inconsistencias en la facturación del 8% correspondiente a \$526.432.056, liberando para pago el 92% restante por \$5.864.496.517 considerado en su mayor proporción glosa injustificable y automática.

Respecto a la gestión realizada por el área de cartera, durante la vigencia 2023 se presupuestó recaudar \$95.000.000.000 y se logró un recaudo efectivo por valor de \$91.020.575.584 con un cumplimiento del 96% y un crecimiento del 6% comparado con la vigencia 2022 donde se recaudó (\$85.623.292.888), debido a estos resultados se obtuvo una participación del 85% del recaudo sobre las ventas realizadas de la vigencia 2023 que estuvieron en un valor de \$107.103.702.123, con una rotación promedio de la cartera de 120 días.



Recaudo Comparativo 2022-2023

Como proceso, debido a al incremento en ventas y actividades en cada una de las unidades funcionales, se ha tenido que llevar a cabo una reingeniería en varios procesos y reforzamiento en los mismos, es por ello que durante el 2023 se incorporaron las siguientes plazas nuevas:

- Coordinación de facturación
- Analista de auditoría y mesa control
- Cinco auxiliares de facturación consulta externa
- Dos auxiliares de facturación en admisiones urgencias
- Un auxiliar de facturación en ayudas diagnosticas
- Un auxiliar de facturación en cirugía

Estos refuerzos, se convierte en calidad de la atención, optimización de tiempos y recursos y adicionalmente se traduce en facturación confiable y eficiente, lo cual permitirá disminuir el índice de glosa justificada y aumentar el flujo de recursos para la operación de la institución. Sin perder de vista que próximamente inicia la oferta de oncología para lo cual debemos estar preparados y fortalecidos, dado a que las cuentas serán de mayor impacto financiero en caso de alguna inconsistencia en el proceso de admisiones y facturación.

El proceso de Gestión Comercial y Mercadeo, en el año 2023 y durante el primer trimestre del 2024 debe enfrentar varios cambios normativos y de operación, entre los más relevantes se encuentran:

- Aplicación de resolución 2335 de 2023 – Procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución y seguimiento de acuerdos de voluntades.
- Aplicación de resolución 2275 de 2023 – Resolución única reglamentaria de RIPS, soporte de factura electrónica de venta en salud.
- Resolución 2284 de 2023 – Establece los soportes de cobro de la factura de venta en salud, el manual unico de devoluciones, glosas y respuestas.

4.2. Gestión Proyectos:

El presente informe de gestión y resultados tiene como objetivo presentar los logros alcanzados y el cumplimiento del direccionamiento estratégico en concordancia con el Plan Operativo Anual y Plan de Adquisición Tecnológica de la Fundación Clínica Infantil Club Noel. Este informe se estructura de acuerdo con el mejoramiento continuo, en el cual se evidencia el avance y desarrollo de cada uno de los proyectos propuestos, de lo cual queda evidencia en el Sistema de Gestión Documental Institucional (Daruma).

Proyectos plan operativo anual:

1. Proyecto Plan Maestro Arquitectónico

A continuación, se relacionan los proyectos desarrollados en la infraestructura de la organización, los cuales permitieron ampliar la capacidad instalada, ampliar y mejorar las condiciones de los servicios, permitiendo así ofrecer servicios con mayor calidad y seguridad.

Ampliación Servicio cirugía:

Se entrega el servicio 115 m2 comprendida por la ampliación de las áreas: admisión cirugía que consta de 5 cubículos adicionales, baño pmr, puerto de enfermería y ropa limpia. Transfers camillas para pacientes remitidos de hospitalización y urgencias, sala de procedimientos endoscópicos, cuarto de material estéril y un espacio de almacenamiento para los equipos biomédicos. Todas las áreas están dotadas de redes eléctricas, voz y datos, sistema CCTV, sistema RCI y RDI, control de acceso en puertas, mobiliario, central de aire acondicionado, pasillo de acceso, cuarto para rack. Cuarto de compresores, vestier y cuarto de descanso de anestesiólogos.



Nuevo Quirófano:

Se entrega Quirófano con un área de 49,15 m2 el cual cuenta con sus respectivos acabados, pisos vinílico antiestático, mobiliario, central de aire acondicionado con sistema de flujo laminar, cuarto técnico de equipos, red de gases medicinales, sistema CCTV, red de voz y datos, sistema eléctrico, puerta automática con baterías de emergencia, control de acceso, equipos biomédicos (torres de equipos y lámparas ciélfíticas) y puesto de trabajo.



Recuperación cirugía:

Se entrega área para 9 recuperación de pacientes intervenidos que cuenta con un área de 91.59 m2 cuenta con un espacio dividido por cubículos con instalaciones de gases medicinales, llamados de enfermería, esclusa de ingreso y salida de pacientes con baño, puesto de enfermería, aire acondicionado, sistema CCTV, puntos de voz y datos, red de detección de humo y mobiliario.



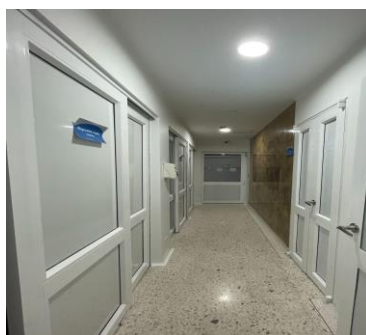
Ampliación y Admisión Urgencias:

Se entrega un área de 450 m² dotada de mobiliario, puestos de trabajo, 13 cubículos, 1 habitación de aislamiento y 18 sillas de observación, puestos de enfermería con sus respectivos trabajos limpio, sala de procedimientos, área de reanimación, cuartos de aseo, sistema eléctrico, sistema CCTV, red de voz y datos, central de aire acondicionado, baños pacientes y pmr, espacios para almacenamiento de insumos, depósitos equipos biomédicos y sistema RCI y RDI, ambiente para descontaminación de pacientes, área de admisión urgencias, sala de espera,



Áreas de apoyo Urgencias:

Se entrega una ampliación de Urgencias de 65m². Consta de cuarto de aseo, descanso médico, cuarto de equipos, baños para colaboradores por sexo, baño PMR, habitación de aislamiento, cuarto de hidratación oral, depósito de residuos (negro blanco), cuarto de ropa sucia



Ampliación UCI:

Se entrega una nueva área de 46m² el cual consta de baño PMR, baño, depósito de equipos, depósito ropa sucia, lavapatos, sala de estar o área didáctica para pacientes, un nuevo cubículo paciente,



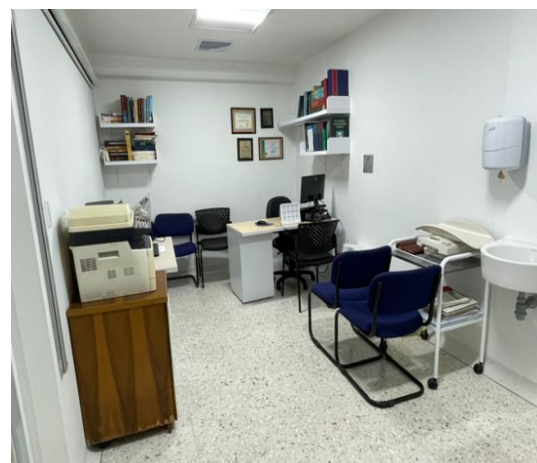
Acceso vehicular Urgencias sobre calle 5ta:

Se entrega un área de 349m² de intervención donde se incluye andén calle 5ta, puerta de acceso, punto de información con su respectivo baño, cuarto de equipos, sistema de iluminación, sistema CCTV.



Ampliación Centro pediátrico:

Se entrega un espacio con área de 123m². Lo componen 7 consultorios de los cuales 3 cuentan con baño, redes de voz y datos



Patio de juegos:

📍 Calle 5 # 22 - 76 Cali, Colombia

📞 NIT: 890.399.020-1

📠 602 4854404

🌐 www.clubnoel.org

Se entrega espacio con área de 245.72 m2 con mobiliario fijo (banacas), iluminación, piso especial, juegos principales, juegos secundarios, zonas verdes y espacios de circulación



Laboratorio:

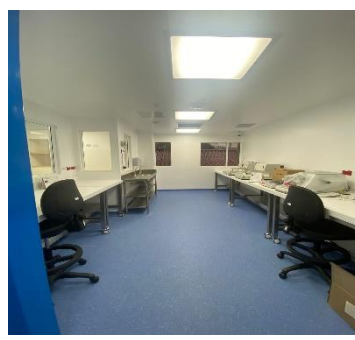
Se entrega en funcionamiento un nuevo servicio de laboratorio de 190m2, el cual de consta de las áreas de filtro vestier, baño hombres, baño mujeres, ducha, ropa sucia, gestión pre-transfusional, recepción, microbiología, biología molecular, microscopía, copiado, inmunología, hematología, química clínica, esclusa, alistamiento, zona de coloración, armario ropa limpia, bodega de insumos, cafetín, cuarto de aseo, oficina jefe de servicio



Patología:

Se entrega el área para un servicio nuevo para la institución de 92 m2, el cual consta de:

recepción, zona de coloración, macroscopia, histología, microscopía, almacenamiento de insumos, almacenamiento de canastillas, almacenamiento de especímenes, esclusa, insumos inflamables/insumos no inflamables, cuarto de aseo, cuartos de residuos, depósito de ropa sucia.



Obras Generales

Se realizaron diferentes intervenciones en oficinas administrativas y servicios de apoyo de la organización.

Todo lo anterior, conlleva a una inversión que supera los diez mil millones de pesos (\$10.000.000.000), donde los proyectos de mayor inversión fueron:

- Proyecto Cirugía - \$3.183.317.330
- Proyecto Urgencias - \$2.258.424.539
- Administración general - \$1.570.278.296
- Proyecto laboratorio - \$517.477.549

Los siguientes proyectos relacionados con el Plan Operativo Anual, contemplan la fase I, que corresponde a la etapa de planeación del proyecto, en los cuales se relacionan los entregables macros que fueron alcanzados en el año 2023.

2. Proyecto Unidad de Atención de Cáncer Infantil:

- Creación herramienta de autoevaluación de requisitos para la habilitación UACAI
- Autoevaluación de los criterios de habilitación de la UACAI, en la cual se establecen los criterios y se indica el cumplimiento parcial de cada ítem evaluado:
 - Existencia de estructura física y organizacional para la implementación de UACAI, se cumple con 17 criterios y se incumple con 13, con un 57% de cumplimiento.
 - Gestión de la prestación de los servicios: este estándar busca identificar la existencia de metodologías e instrumentos definidos para la prestación de servicios a los pacientes con cáncer, se cumple con 10 criterios y se incumple con un 8, con un 56% de cumplimiento.
 - Seguimiento y evaluación a la gestión de prestación de servicios y a los resultados en salud: En este estándar se evalúa la existencia del seguimiento y evaluación a la gestión de la prestación de los servicios
 -

o (administrativos y asistenciales), en el cual se observa un cumplimiento de 7 ítems y un incumplimiento de 9, con un cumplimiento de 44%.

3. Proyecto estructuración del centro de referencia para enfermedades huérfanas:

- Creación de herramienta con requisitos de habilitación de centro de referencias para la atención de enfermedades huérfanas (resolución 0651/2018).
- Autoevaluación de requisitos para la habilitación del centro de referencia, en la cual se establecen los criterios y se indica el cumplimiento parcial de cada ítem evaluado:
 - Estándares y criterios de habilitación para centros de referencia de diagnóstico para la atención integral de enfermedades huérfanas: En este estándar se observa un cumplimiento de 1 punto y un incumplimiento de 5 dando como resultado el 17%.
 - Respecto a la gestión de la prestación de los servicios para el diagnóstico no existe cumplimiento parcial de los requerimientos, se debe lograr un cumplimiento de 7 puntos, este estándar da como resultado el 0%.
 - Seguimiento y evaluación de la prestación de servicios y resultados en salud (diagnóstico) para este estándar no existe cumplimiento parcial de los requerimientos, se debe lograr un cumplimiento de 9 puntos, este estándar da como resultado el 0%.

4. Proyecto modelo de hospitales seguros, saludables y sostenibles.

- Creación herramienta autoevaluación de requisitos para la implementación del modelo - criterios según los 10 objetivos de la Agenda Global de Hospitales Verdes de Salud sin Daño.

5. Proyecto Modelo de Empresa Familiarmente Responsable (EFR)

- Diseño de la encuesta de clima y cultura organizacional con sus variables.

6. Proyecto Central de Adecuación de Medicamentos (CAM)

- Autoevaluación de los requisitos para la certificación ante el INVIMA de la CAM con base en la norma, teniendo en cuenta que no contamos aún con el servicio se tiene un cumplimiento actual del 0%.

7. Proyecto Servicio de Cirugía Cardiovascular - Fase I

- Creación herramienta autoevaluación para habilitación con la resolución 3100, de los lineamientos específicos del área de Cirugía, el cual evidencia un cumplimiento de 113 criterios normativos, pendiente la documentación específica para la prestación del servicio.

8. Proyecto Acreditación Internacional en Salud - Fase 1

- Autoevaluación de los estándares del grupo de mejoramiento de calidad
- Estructuración y desarrollo de planes de acción orientados a la acreditación.

Teniendo en cuenta el contexto externo e interno institucional, en el cual se vio impactada la institución en el flujo de recursos, conllevo a que muchas de las actividades propuestas dentro de los proyectos estratégicos no se pudieran ejecutar, por ende algunos proyectos tuvieron un avance parcial con base a lo planeado en el año 2023, para el año 2024 se va reemplazar el alcance de ejecución de los mismos, tal como se evidencia en la siguiente gráfica.



PLAN DE ADQUISICIÓN TECNOLÓGICA:

En el año 2023 se adquirieron en total 188 equipos con una inversión aproximada de dos setecientos millones de pesos \$2.700.000.000. Entre los cuales, los más representativos fueron:

Servicio de Cirugía

- Intensificador de Imágenes.

- Instrumental Quirúrgico de Laparoscopia.
- Máquina Anestesia.
- Monitores Multiparámetros.

Salas de Hospitalización y Urgencias

- Monitores de signos vitales.
- Camillas Paciente.
- Básculas.
- Neveras Medicamentos.

Unidad de Cuidado Intensivo

- Central de Monitoreo.
- Cama Paciente.
- Monitor Multiparámetro.

Con esta tecnología se logró la dotación de las nuevas áreas entregadas, lo que permite aumentar las posibilidades de atención para los pacientes, con mejores condiciones, oportunidad y calidad.

4.3. Gestión Humana:

El siguiente informe tiene como objetivo mostrar las cifras y evidencias de los resultados que se obtuvieron en el año 2023 desde el proceso de gestión humana y las áreas de selección/desarrollo y seguridad y salud en el trabajo.

Gestión realizada durante el año 2023 del proceso de gestión humana y el área de selección y desarrollo.

- Se fortaleció el equipo de gestión humana con el ingreso de una asistente encargada de toda la gestión de las incapacidades generadas por los colaboradores, desde la recepción, la radicación y la gestión de cobro a las diferentes aseguradoras. Adicional como apoyo al proceso de liquidación de vacaciones y liquidación de nómina.
- Desde el mes de junio se fortaleció el equipo de selección de personal, con el ingreso de un psicólogo organizacional adicional, lo que ha permitido dar una mayor respuesta a las necesidades de personal por apertura de nuevos servicios, sobredemanda de pacientes en el servicio de urgencias, cubrimientos de vacaciones, rotación de personal, entre otros.
- Durante el año 2023 se crearon 92 cargos nuevos en la planta de nómina como respuesta a las necesidades de los diferentes servicios y al cumplimiento del personal requerido para el número de actividades realizadas, capacidad instalada y apertura de nuevos servicios/áreas.
- Se logró el cumplimiento de los requisitos exigidos por la resolución 3100 de 2019 de los estándares de talento humano para la certificación de habilitación de los servicios de oncología y cirugía plástica.
-
- Se realizó actualización de todos los contenidos temáticos de la inducción corporativa quedando dinámicos, claros, de fácil entendimiento y agradables a la vista. Adicionalmente, se adquirió una plataforma e-learning la cual se

utilizará para la gestión y el acceso a recursos educativos en línea como la inducción corporativa, cursos, capacitaciones, material de apoyo, entre otros.

- En cuanto al proceso de capacitación y desarrollo se ofertaron desde el área de gestión humana diversas capacitaciones al personal como respuesta a las necesidades en los procesos, al fortalecimiento de habilidades y al cumplimiento de requisitos legales, con una cobertura total de 218 colaboradores, en temas tales como:
 - Comunicación asertiva
 - Trabajo en equipo
 - Salud mental
 - Planificación y organización
 - Sentido de pertenencia, cultura y clima organizacional
 - Gestión del Cambio Organizacional
 - Gestión del Duelo
 - Gestión y manejo del estrés.
- Como parte de las medidas preventivas para mitigar el riesgo en las enfermedades de salud mental se creó desde el mes de junio un espacio denominado “El Club que te escucha”. Este espacio está diseñado para todos los colaboradores que tiene como objetivo principal garantizar espacios seguros de escucha donde todos los colaboradores puedan interactuar, expresar y compartir sus estados emocionales causados por situaciones personales y/o laborales por medio de un acompañamiento no desde una atención clínica psicológica sino desde un espacio orientador a diversas situaciones. Durante el año 2023 tuvimos la oportunidad de escuchar y orientar a 19 de nuestros colaboradores.
- Durante todo el año se realizaron un total de 2.743 procesos, esta cifra determina el número de personas que fueron llamadas a presentar pruebas psicotécnicas y de conocimiento para participar en los diversos procesos de selección. De lo anterior se obtuvo 282 procesos efectivos entendiendo que son aquellos que pasaron los filtros del proceso de selección y firmaron contrato.
- Se incluyó dentro del proceso de selección pruebas psicotécnicas adicionales para fortalecer este proceso con el fin de poder determinar a través de diferentes pruebas de evaluación psicológica rasgos que permitirán un perfil cada vez más exacto de los candidatos. Actualmente se están aplicando las siguientes pruebas:
 - Test Valanti, es una prueba psicológica utilizada para medir los valores y antivalores de una persona.
 - Test Million III, El Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III) es un autoreporte de evaluación integral de la personalidad para adultos, que evalúa los trastornos de personalidad descritos en el DSM-IV.
 - Test de la figura humana, evalúa la personalidad a través del dibujo de la figura humana, proyectando toda una gama de rasgos significativos y útiles para un mejor diagnóstico.
 - Test de competencias básicas, permite conocer la eficacia conductual del candidato en el trabajo y presenta sus puntos fuertes y sus limitaciones clasificadas en cuatro grupos. Las Competencias se evalúan en función de las

- siguientes variables: Cooperación, Motivación para obtener beneficios, Liderazgo, Autogestión, Arbitraje, Responsabilidad, Autonomía, Inteligencia social.
 - MIDOT Lite, proporciona una puntuación de recomendación general que está basada en la evaluación del potencial de riesgo de que un candidato pueda cometer delitos ocupacionales en el futuro.
- Dentro de las actividades macro de bienestar institucional se realizaron las siguientes:
- En el mes de diciembre se realizó la primera edición del concurso navideño denominado “musical Club Noel” en donde se puso a prueba el talento de los colaboradores y sus destrezas en el teatro, la música y el baile. Para esta primera oportunidad participaron 4 equipos conformados por distintas áreas en donde se destacó el trabajo en equipo, la alegría y la creatividad.
 - Se desembolsaron préstamos a los colaboradores con una tasa del 0.80% por valor de \$ 145.008.486 para cubrimiento de necesidades tales como: calamidades domésticas, estudio, salud, libre inversión, adquisición o remodelación de vivienda, entre otros.
 - Durante el año 2023, se otorgaron becas a nuestros colaboradores a través de los convenios docente – asistencial y con recursos propios, en programas de pregrado, posgrado y doctorado, de los cuales se otorgaron, 7 becas para maestría, 2 becas para especializaciones y 1 beca para doctorado.

Gestión realizada durante el año 2023 de todo el sistema de seguridad y salud en el trabajo.

- Cumplimiento del Plan de Trabajo Anual de SST, en un **91%**.
- Se realizaron **73 capacitaciones**/socializaciones, impactando a más 300 colaboradores, en temas como:
- Administración y manejo de emergencias
 - Manual de bioseguridad
 - Reportes de accidentes de trabajo
 - Primeros auxilios básicos
 - Riesgo biológico y manejo de elementos cortopunzantes
 - Responsabilidades y elementos del programa de protección radiológica
 - Higiene postural
 - Inducción contratistas

SVE	ACTIVIDAD
Osteomuscular	Se realizaron 24 inspecciones de puesto de trabajo.

 Calle 5 # 22 - 76 Cali, Colombia

 NIT: 890.399.020-1

 602 4854404

 www.clubnoel.org



Radiaciones	Se realizo control mensual de la Dosimetría a 34 Colaboradores con exposición a radiaciones (Tecnólogos de imágenes y circulantes e instrumentadores)
Auditivo	Se realizaron 49 Audiometrías a diferentes colaboradores con exposición auditiva
Biológico	-Se realizaron 73 tomas de títulos para Varicela y Hepatitis B al personal asistencial -Se realizaron 6 pruebas de mercurio para el personal de Odontología -Se realizaron 10 pruebas de manipulación de alimentos, al personal de Nutrición -Se realizaron 61 pruebas de PPD al personal asistencial y de laboratorio clínico.
Psicosocial	Se realizó taller del manejo del estrés: interviniendo a 151 colaboradores
Vacunación	Se realizó jornada de vacunación para la influenza con 110 dosis de vacunas, para nuestros colaboradores.
Reintegro laboral	Se realizaron valoraciones físicas y medicas laborales (<i>en conjunto con la ARL</i>) a 40 colaboradores con recomendaciones y/o restricciones médicas.

- Durante todo el año se logró llevar a cabo diferentes actividades en los sistemas de vigilancia, tales como:
- Se realizaron mediciones higiénicas en la institución tales como: Sonometrías, iluminación, exposición al formaldehido, peróxido de hidrogeno y óxido de etileno.
- En la semana de la salud, se logró intervenir a **182 colaboradores**; realizando diversas actividades de bienestar como:

ACTIVIDADES:	
Aromaterapia	Estética y limpieza facial
Masaje relajante	Prevención de riesgo cardiovascular y metabólico
Actividad capilar	Salud visual especializada
Aero rumba	Cuídate tu corazón

- Para el año 2023 se creó un nuevo espacio para los colaboradores llamado *DESCONEXIÓN LABORAL* el cual tiene como finalidad desconectar a los colaboradores de su labor por un tiempo corto para que recarguen energías mediante diferentes actividades tales como: destreza, yoga y retos. Este espacio se llevó a cabo en los meses de abril, junio, agosto, septiembre y octubre, impactando a un total de **88 colaboradores**.



- Se lograron realizar diferentes inspecciones en materia de SST:

TIPO INSPECCIÓN	CANTIDAD INPS.
Bioseguridad	166
Uso de EPP	28
Implementos de Emergencia	38
Kit de Derrames	51

- En los meses de noviembre y diciembre se realizaron exámenes ocupacionales periódicos con un alcance de **395 colaboradores**.
- Se logró realizar el simulacro de emergencias evacuando a **114 colaboradores** y realizando ejercicios prácticos con la brigada de emergencia.
- En el mes de noviembre, se logró certificar a **14 Brigadistas** de la institución en FORMACIÓN INTEGRAL DE BRIGADAS DE EMERGENCIAS.



- Por parte del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo – COPASST se realizó la siguiente:
 - Se logró realizar y cumplir con las **21 investigaciones** de accidentes de trabajo reportados.
 - Se realizaron **11 inspecciones** programadas en el año de verificación de condiciones de trabajo.
- El comité de convivencia laboral realizó la siguiente gestión:
 - Atendió, gestionó y cerró **2 quejas** recibidas en el año 2023.
 - Realizaron campañas y capacitaciones, impactando a **80 colaboradores**.

4.4 Gestión Jurídica:

MATRIZ DOFA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
✓ El cargo es directo de la Institución	


 Calle 5 # 22 - 76 Cali, Colombia


 NIT: 890.399.020-1


 602 4854404


 www.clubnoel.org



✓ Asesoría constante a la Subgerencia de talento Humano ✓ Participación en los comités de Morbimortalidad	✓ Ser reconocida como una clínica que presta servicios a la población Infantil, se tiene Credibilidad. ✓ Diversificación en los productos que vendemos.
✓ Seguimiento a los casos de pacientes fallecidos con riesgo jurídico. ✓ Confianza de la parte asistencial para realizar las consultas. ✓ Realimentación continua en cuanto al contenido de la Historia Clínica. ✓ Participación en las Juntas medicas a petición de la Gerencia Medica cuando el caso lo amerita. ✓ Integración de equipos conformados por los médicos tratantes abogados externos, para armar la defensa de los casos de responsabilidad de médica. ✓ Contar con Pólizas de responsabilidad Civil médica. ✓ Revisión y creación de las minutas contractuales. Participación directa en los procesos disciplinarios.	✓ Realizar atención integral mientras la ley lo permita. ✓ Abogados externos con experiencia y sentido de pertenencia con la Clínica. Abogados externos contratados por prestación de servicios de acuerdo con las especialidades requeridas.

DEBILIDADES	AMENAZAS
✓ Ser solamente un abogado el contratado directamente por la Institución ✓ Sobrecarga de Responsabilidades para el nivel de complejidad que actualmente tiene la Clínica. ✓ Firmar contratos con las diferentes aseguradoras; a pesar de las consecuencias jurídicas desfavorables para la Clínica. ✓ No se alcanza la revisión del 100% de contratos con las EPS y proveedores.	✓ A medida que nos proyectamos aumentan los riesgos jurídicos. ✓ Reforma de las normas de pensión salud y laboral ✓ La inestabilidad de la ley ✓ Negación por parte de la aseguradora cuando se llama en garantía. ✓ No contar con las pólizas de responsabilidad civil médica. ✓ Aumento de las actividades sin capacidad de respuesta por parte de jurídica, para prevenir riesgos jurídicos. ✓ Revisión del 30% de las minutas contractuales

ALGUNAS ACTIVIDADES REALIZADAS DEL AÑO 2015 AL 2023

CONSOLIDADO DE TUTELAS CONCEPTOS Y DERECHOS D EPETICION DEL AÑO 2015 HASTA AÑO 2022

MES	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
TUTELAS	96	165	229	321	313	170	162	311	653
CONCEPTOS	10	68	274	461	447	218	231	758	1592
DERECHOS DE PETICION	4	9	11	13	9	9	19	28	56
TOTAL	110	2258	2531	795	2788	2417	412	1097	2301

PROCESOS EN LITIGIO

Respecto a los Procesos en Litigio, es de anotar lo siguiente:

Los Litigios en los que se ha visto involucrada la Fundación Clínica Infantil Club Noel, que se **adelantan por Responsabilidad Civil** (Responsabilidad Médica) extracontractual o contractual por contratos de seguro de salud, están asegurados con las Compañías de Seguro ALLIANZ SEGUROS S.A. Y CHUBB. y la afectación de estas pólizas por los mismos procesos no ha existido, es decir que el 100% de las Sentencias emitidas por la Jurisdicción Contenciosa Administrativa y Civil han sido favorables a esta Fundación. Lo que significa que el actuar de la Fundación, ha sido transparente en este sentido. Y esto redunda en que desde el 2012, la Fundación nunca ha sido condenada a pagar jugosas cifras de dinero por las múltiples pretensiones. todo esto se evidencia con las sentencias dictadas a favor de la Fundación.

Por lo anterior, de los procesos de Responsabilidad Médica, que están en curso, y mientras tengamos las pólizas considero que, no se debe hacer ninguna Provisión de Contingencia Pasiva, por cuanto, como ya se dijo, estos posibles futuros pagos están respaldados por las diferentes pólizas de seguro, como se dejó expuesto anteriormente, lo que se puede confirmar, con las pólizas correspondientes, por lo cual están excluidos de una Contingencia Pasiva. Se podría provisionar los deducibles.

En cuanto a los procesos laborales, tampoco ha habido necesidad de hacer provisión de contingencia pasiva, pues se ha vinculado a la Fundación Clínica Infantil Club Noel, como Tercero, por si tiene interés en las Resultados del Proceso y no como directa demandada. Las demandas que se tienen actualmente son por solicitud de régimen de transición y por liquidación de la mesada pensional demandas que son directas contra el Seguro Social de entonces hoy Colpensiones.

Lo anterior significa que en la actuación de los Litigios representados por el Área Jurídica Interna, como Externa, es decir, mediante Apoderada Externa, nunca se ha detectado error alguno o fraude que pueda implicar colusión, falsificación, omisiones deliberadas o manifestaciones intencionadamente erróneas. Es decir que esta Área, no ha contribuido ni contribuye a un Deterioro de Cartera de la Fundación Clínica Infantil Club Noel.

RELACION DE PROCESOS QUE ACTUALMENTE ESTAN EN CURSO
TRIBUNAL CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO

N	DEMANDANTE	RADICACIÓN	CLASE DE PROCESO	CUANTIA	ESTADO	PROBAB. DE EXITO
---	------------	------------	------------------	---------	--------	------------------

1	DOLLY FLOREZ	76001233100020040066600	REPARACION DIRECTA ESCRITURAL	500.000.000	PENDIENTE SENTENCIA	50%
2	JESUS ERNESTO CARDOZO	76001233100020120056500	REPARACION DIRECTA ESCRITURAL	150.000.000	PENDIENTE SENTENCIA	50%

JUZGADOS ADMINISTRATIVOS

N .	DEMANDANTE	RADICACIÓN	CLASE DE PROCESO	CUANTIA	ESTADO	PROBABIL DE EXITO
1	ELIANA MARCELA PABON	760013333013201700186 00	REPARACION DIRECTA FALLA EN EL SERVICIO	1.305.058	REALIZADA AUDIENCIA INICIAL	50%
2	LINA ASPRILLA Y OTROS	7610934000201600073	REPARACION DIRECTA FALLA EN EL SERVICIO	682.617.000	REALIZADA LA PRIMERA AUDIENCIA	50%
3	MARIA HURTA DO MARTINEZ	080013333014201800500	REPARACION DIRECTA FALLA EN EL SERVICIO	736.000.000	REALIZADA LA PRIMERA AUDIENCIA	50%
4	BETTY JOHANNA VILLE QUINTERO	GAS 760013: 3301520190033 300	REPARACION DIRECTA FALLA EN EL SERVICIO	736.000.00 0	SIN FECHA DE AUDIENCIA INICIAL	INCIERTO
5	RUBEN DARIO ALVARAN	761113333001202200058 00	REPARACION DIRECTA FALLA EN EL SERVICIO	900.000.000	SIN FECHA DE AUDIENCIA INICIAL	INCIERTO
6	LEDA NUBIA BALANTA COLPENSIONES	761113333006202300128 00	REVOCATORIA DIRECTA	SIN CUANTIA	SIN FECHA DE AUDIENCIA INICIAL	INCIERTO
7	DORIAN MARTINEZ BECERRA SAMUEL STIVEN MARTINEZ PEREA	761113333006202300128 00	REPARACION DIRECTA	300.000.000	SIN FECHA DE AUDIENCIA INICIAL	INCIERTO

JUZGADOS CIVILES DEL CIRCUITO

N.	DEMANDANTE	RADICACIÓN	CLASE DE PROCESO	CUANTIA	ESTADO	PROBABILIDAD DE EXITO
1	SANDRA YULITEH GARCIA SALDARRIAGA	76001310300220190011200	RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	500.000.000	GAMNADO EN PRIMERA INSTANCIA ESTA EN APELACION	80%
2	JHONATAN GIOTTO SALAZAR	760013103003201900236 400	PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL	544.398.000	GAMNADO EN PRIMERA INSTANCIA ESTA EN APELACION	80%

JUZGADOS LABORALES

N.	DEMANDANTE	RADICACIÓN	CLASE DE PROCESO	CUANTIA	ESTADO	PROBABILIDAD DE EXITO
1	YOLANDA MANZANO	76001310501020160028700	REGIMEN DE TRANSICION	SIN CUANTIA	PENDIENTE FIJACION FECHA DE ALEGATOS Y SENTENCIA	80%

En Conclusión, el Área Jurídica, no ha contribuido a una posible incertidumbre material que tenga relación con hechos o condiciones que puedan generar dudas significativas sobre la capacidad de la entidad para continuar como empresa en funcionamiento.

PROYECTOS AÑO 2024

Para el año 2024 se hace necesario

- 1. Revisión del 100% de los contratos
- 2. Ofrecer oportunidad en la respuesta a las consultas solicitadas
- 3. Aumentar la mano de obra directa

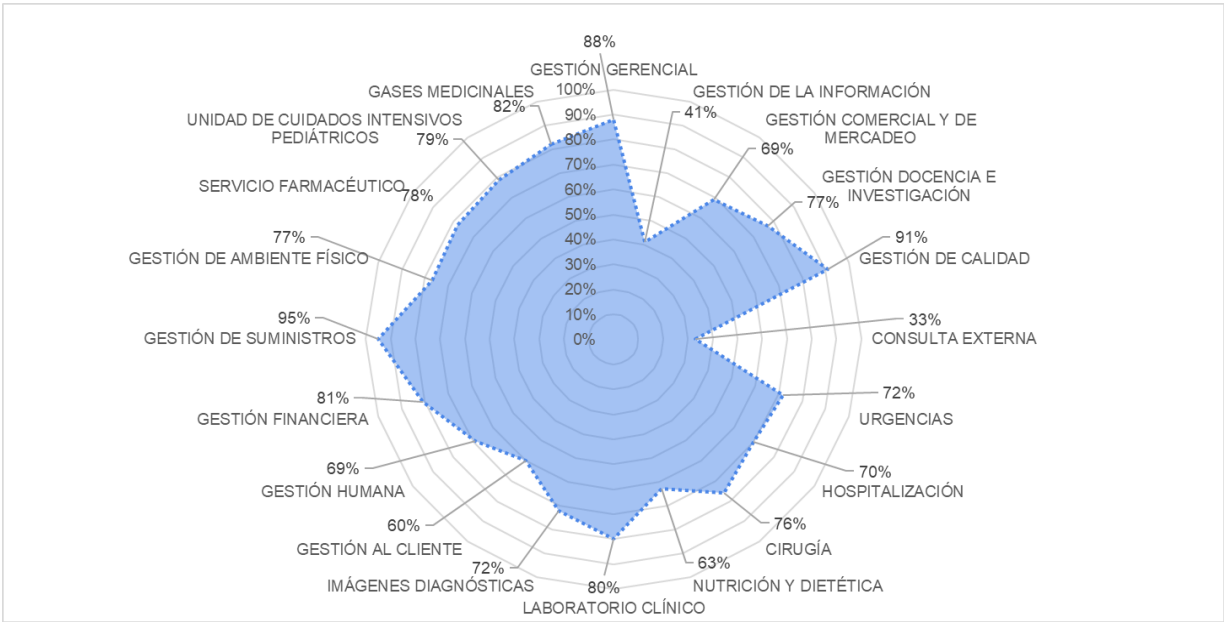
4.5. Gestión de Calidad:

Con el objetivo de mantener y mejorar nuestro Sistema de Gestión de Calidad, durante el año 2023 se alcanzaron los siguientes logros:

- ✓ Se logra la re-certificación del SGC por el ICONTEC, después de visita realizada por parte del ente certificador en el mes de febrero de 2023.
- ✓ Se logra con éxito la habilitación de los servicios de oncología pediátrica, quimioterapia, cirugía oncológica, patología, laboratorio de histotecnología y laboratorio de citologías cérvico - uterinas. Fue un logro en el que participamos todos los procesos de la organización.
- ✓ Se logró gestionar con el apoyo de los líderes de proceso, la actualización de los documentos vencidos, con corte al mes de diciembre se tiene el 86,26% de documentos actualizados (1.758 documentos).

- ✓ Se inició un nuevo proyecto de mejora bajo la metodología de ciencia de la mejora del IHI (Institute for Healthcare Improvement) en conjunto con la subgerencia de proyectos, y el equipo de mejora conformado, con el fin de

implementar estrategias enfocadas a disminuir la proporción de pacientes pediátricos internados con estancias mayores o iguales a 3 días en el servicio de urgencias.
- ✓ Se da cumplimiento al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) el cual tuvo los siguientes resultados:
 - Cumplimiento del 100% al programa de auditorías internas dando alcance a 19 procesos de la organización y el subproceso de gases medicinales, con un cumplimiento promedio global del 74%. Los pales hallazgos fueron por actualización documental, análisis de indicadores y competencia.

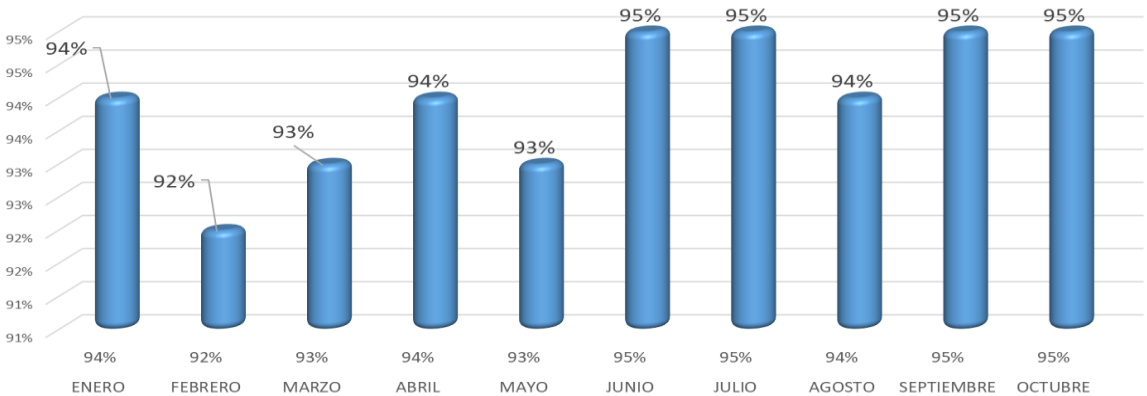


- proveedores y/o terceros priorizados de la organización, logrando evaluar 13 proveedores.

N°	NOMBRE PROVEEDOR	CONFORME	OPORTUNIDAD DE MEJORA	NO CONFORME	% CUMPLIMIENTO
1	ALLERS SA	16	2	0	89%
2	B BRAUN	8	1	0	89%
3	BECTON DICKINSON DE COLOMBIA LTDA	23	0	0	100%
4	CORPORACION MUNDO DE LA MUJER	8	1	0	89%
5	DIAMANTE	12	2	0	86%
6	GRANERO ALAMEDA	3	12	0	20%
7	I.M.H DISTRIBUCIONES SAS	13	3	0	81%
8	JC DISTRIBUCIONES MEDICAS LTDA	4	7	1	33%
9	LA SEVILLANA	9	5	1	60%
10	LAVACLÍNICAS	8	0	1	89%
11	TRULY NOLEN	17	1	0	94%
12	UNDOSIS	79	5	6	88%
13	VEOLIA	10	2	0	83%

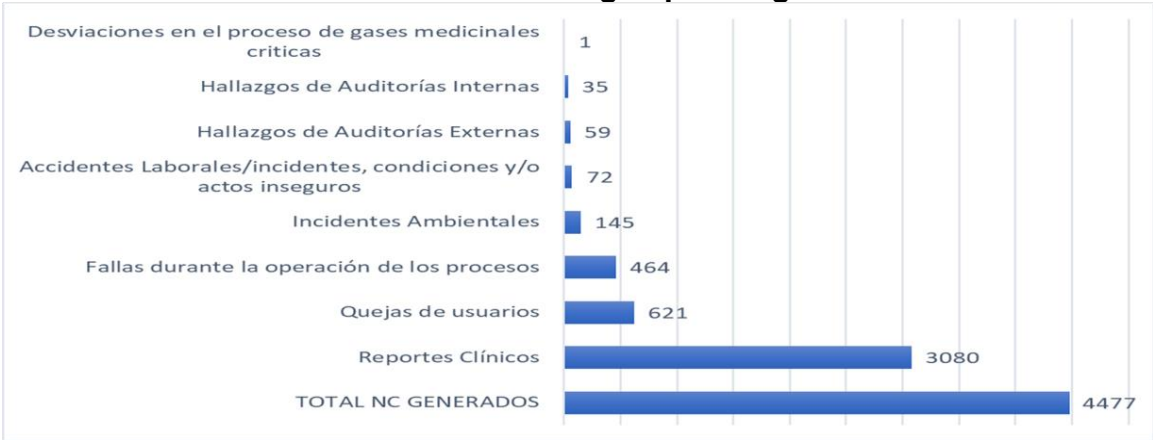
- Se realizó medición de adherencia a las Guías de Práctica Clínica con un cumplimiento promedio global del 98% de las historias clínicas evaluadas de enero a octubre de 2023.
- Se realizó medición de adherencia a la calidad del registro de historia clínica, con un cumplimiento promedio global del 94% de las historias clínicas evaluadas de enero a octubre de 2023.

Porcentaje de Adherencia a la Calidad del Registro de Historia Clínica de enero a octubre 2023



- Se realizaron evaluaciones mensuales de pacientes notificados con dengue, se evaluó el 100% de los pacientes con dengue grave y se completó la muestra con el resto de pacientes con dengue positivo con signos y sin signos de alarma. El porcentaje de adherencia promedio fue del 78%.
- Se realizaron 10 pacientes trazadores durante el año, se generaron las respectivas intervenciones a los hallazgos identificados.
- Se recibieron 36 auditorías externas de las Entidades administradoras de planes y beneficios (aseguradoras, EPS) y de los entes de control, logrando un cumplimiento global promedio del 95%.
- Se realizó gestión de los hallazgos generados por las diferentes fuentes, y la implementación de acciones de mejora.

Número de Hallazgos por Origen



- Se llevó a cabo el comité de calidad 3 veces en el año, donde se analizaron los resultados anteriores, y se definieron acciones de mejoramiento.

○
Área de Vigilancia Epidemiológica

- ❖ Se dio cumplimiento a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, que se complementa con guías, protocolos de los diferentes eventos de interés en Salud Pública, participando en las actividades de socialización, recolección, asistencia técnica y notificación en el SIVIGILA.
- ❖ Se realizó campaña Día Mundial contra la Tuberculosis a pacientes, familiares, personal, administrativo y asistencial el día 27 de marzo 2023.
- ❖ Se realizaron 2 campaña “Todos contra el Dengue” a pacientes, familiares y al personal asistencial y varias socializaciones en la prevención del Dengue en pasillos, salas de esperas y diversos servicios de la FCICN.
- ❖ El 31 de Octubre 2023 en compañía de los estudiantes de Enfermería de último Semestre de la Universidad Libre.
- ❖ Se elaboró Cartilla ilustrativa de Vigilancia Epidemiológica.
- ❖ Se participó de los COVES y capacitaciones programados, por la Secretaría distrital de Salud.

Ranking UPGD – dengue casos notificados menores 15 años, Cali, semana epidemiológica 39, 2023

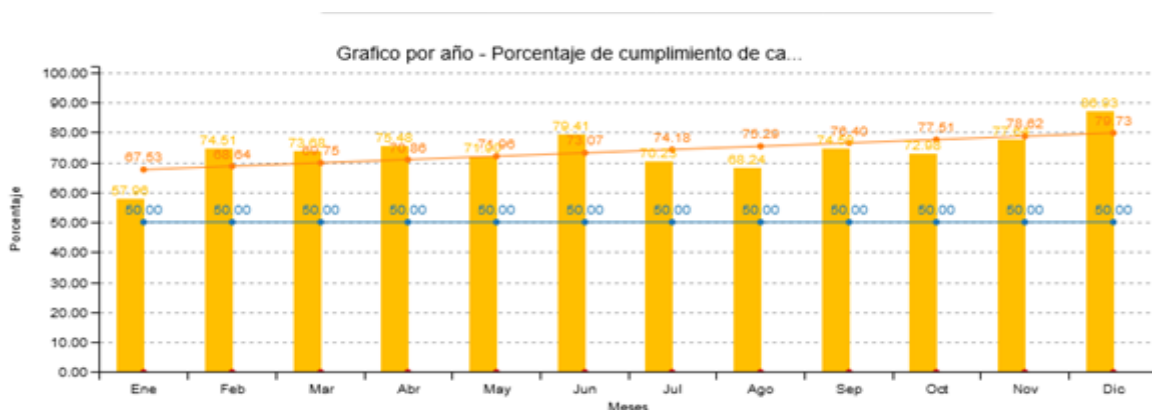
UPGD	No.	%	% Acum.	DG < 5
FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL	802	26,29	26,3	3
CLINICA NUEVA DE CALI SAS SEDE LA QUINTA	323	10,59	36,9	
SURA PASOANCHO	270	8,85	45,7	
CENTRO MEDICO CALI SANITAS EPS	256	8,39	54,1	
CLINICA VERSALLES SA	235	7,70	61,8	
HOSPITAL CARLOS HOLMES TRUJILLO - RED DE SALUD DEL	121	3,97	65,8	
FUNDACION VALLE DEL LILI	111	3,64	69,4	
CLINICA DE OCCIDENTE SA	106	3,47	72,9	
HOSPITAL JOAQUIN PAZ BORRERO. ESE NORTE	102	3,34	76,2	
IPS COMFANDI TORRES	72	2,36	78,6	
CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI SA	62	2,03	80,6	1
CS DECEPAZ - RED DE SALUD DEL ORIENTE	56	1,84	82,5	
IPS COMFANDI ALAMEDA	48	1,57	84,0	
CLINICA COLSANITAS SA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	35	1,15	85,2	
SERVIMEDIC QUIRON SAS	28	0,92	86,1	
CLINICA NUESTRA	27	0,88	87,0	
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA	27	0,88	87,9	
CLINICA REGIONAL DE OCCIDENTE	25	0,82	88,7	
CLINICA FARALLONES S A	24	0,79	89,5	

Fuente: SIMENSA - Secretaría de Salud Cali, 2.023

- ❖ Se realizaron 23 Unidades de Análisis distribuidas así:
 - **Unidades de Análisis de Mortalidad:** 12 Interna ejecutada con los profesionales que participaron en la atención del paciente y una de estas fue ejecutada también con los entes externos. Utilizando la metodología de la ruta de la vida.
 - **Análisis de Morbilidad :**11 Unidades de Análisis Internas Se realizó también de manera externa con 3 de los casos presentados
- ❖ Se ejecutó el cronograma de Necesidades de capacitación Interna de las patologías de Enfermedades de interés en salud Pública, donde evidencia

mayores falencias para un cumplimiento del correcto diligenciamiento de las fichas epidemiológicas.

- ❖ Se realizó gestión en la entrega de medicamentos y vacunas controlados por los Entes Territoriales: como el Oseltamivir para la influenza tipo A y B Positiva. Medicamentos para tratamiento de Malaria, Tuberculosis, Leishmaniasis. Vacuna antirrábica y suero Homólogo (Para los pacientes con exposición rábica leve y grave).
- ❖ Se realizó acompañamiento a los profesionales médicos y de enfermería, enfocado en el diligenciamiento de fichas epidemiológicas, resaltando la importancia del diligenciamiento oportuno, correcto y la toma de muestras en los casos que aplica, así dar cumpliendo con el envío de la muestra al Laboratorio Departamental, de acuerdo con las guías del Instituto Nacional de Salud.
- ❖ Se realiza medición de la adherencia al correcto diligenciamiento de las fichas epidemiológicas, en el cual se evidencia un cumplimiento promedio de 73.63 %, con una disminución frente al año anterior, a pesar de las múltiples socializaciones, capacitaciones a los pediatras y médicos asistenciales de los servicios Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa y UCI.



Se requiere un proyecto a mediano plazo, contar con la sistematizar todas las fichas epidemiológicas de los diferentes eventos de interés en salud, para poder cumplir con la meta propuesta que actualmente es de un 90%.

Área de Seguridad del Paciente

Desarrollo procesos internos del programa:

- Se realizó referenciación interna por solicitud de farmacovigilancia donde la temática de interés fueron los procesos de monitoreo de prácticas seguras de seguridad del paciente.
- En el fomento del desarrollo del talento humano del programa, al auxiliar de seguridad del paciente fue certificada como auditor interno por medio de diplomado patrocinado por la institución.
- Como estrategia de incentivos al talento humano del programa se le otorgaron cupos en el Simposio de Calidad de clínica Imbanaco y Foro regional de mejoramiento de la atención en salud de la Fundación Valle del Lili, al auxiliar de seguridad del paciente. Cupo en el Simposio de higiene de manos de la Fundación Valle del Lili al auxiliar de calidad.

- El talento humano del programa de seguridad del paciente y programa de prevención de infecciones desarrolla en conjunto un comité primario, dentro del cual durante el año 2023 se trabajaron temas como: Planeación estratégica, presentación de aprendizajes de los simposios asistidos por parte del personal auxiliar del programa, estrategias de Feed Back, taller de comunicación asertiva, valores institucionales, autoconocimiento del equipo y actividad de reconocimientos de finalización del año.
- Fue otorgado por la gerencia un aprendiz para el programa, con el fin de dar apoyo en rondas de seguridad del paciente.
- Durante el año se contó con el apoyo del proceso docente asistencial de la clínica, en el cual fueron asignados cuatro estudiantes de enfermería de último semestre de la Universidad Santiago de Cali, de distintos ciclos de rotación, los cuales aportaron a la revisión de historias clínicas de casos de seguridad, recolección de información de casos en tiempo real en los servicios relacionados, autoevaluación interna del programa en habilitación y divulgación de prácticas de autocuidado en los usuarios y depuración de bases de datos.
- Durante el proceso de la visita de habilitación para el servicio de oncología, fue resaltado el desempeño del equipo de seguridad del paciente.

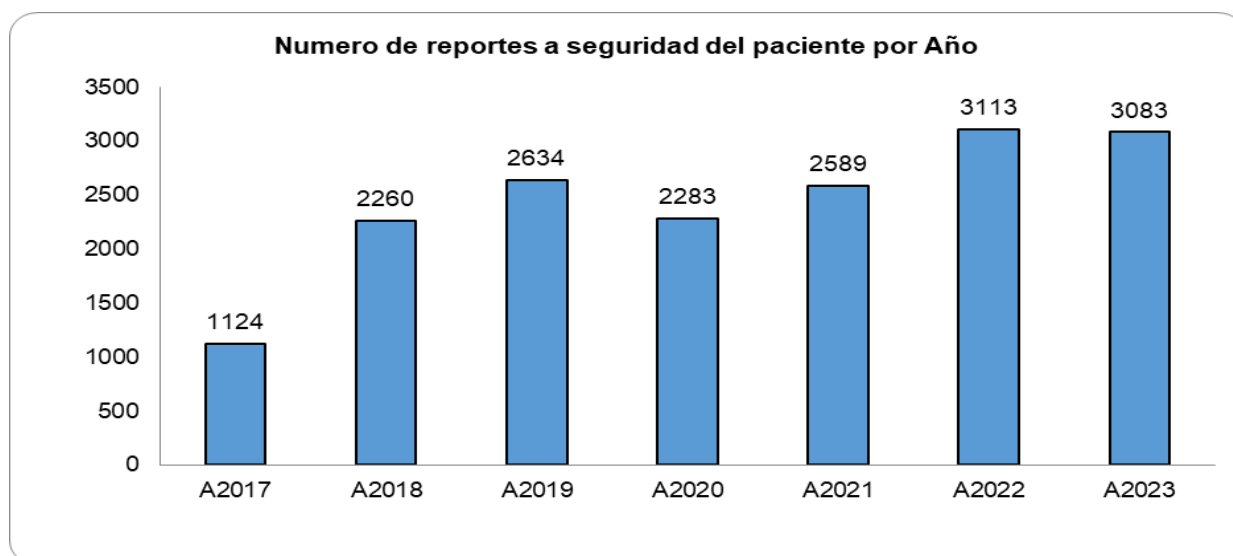
Gestión de la Seguridad del Paciente:

- **Promoción de la cultura:** Se celebró el día mundial de la seguridad del paciente con la temática “Prácticas de Autocuidado para la propia seguridad en la atención en Salud” dando respuesta a la iniciativa de la OMS para el año 2023. En el recorrido por todos los servicios asistenciales se llevó el tema a usuarios y colaboradores con ayuda pedagógicas y se entregó un prendedor de cinta naranja como insignia.
- **Educación continua:**
Se desarrollaron 1.243 intervenciones de capacitación y socialización en temas de seguridad del paciente como: Taxonomía, política institucional, cultura, cultura del reporte, investigación de eventos clínicos, prácticas seguras, hospitales seguros, autocuidado para la propia seguridad.
- **Rondas diarias de seguridad del paciente:** A través del procedimiento de monitoreo de prácticas seguras, el cual consiste en realizar observación directa en los servicios asistenciales para evaluar la adherencia a los protocolos de seguridad del paciente en identificación correcta del paciente, comunicación efectiva, uso seguro de medicamentos, cirugía segura, prevención de infecciones, prevención de caídas y prevención de úlceras por presión; , durante el año 2023 se alcanzó una muestra ejecutada de 3.402 observaciones.
- **Rondas líder:** Se ejecutaron rondas líder a los servicios de urgencias, hospitalización, UCI, cirugía, consulta externa, laboratorio clínico,

imágenes diagnósticas y central de esterilización. Se logró evidenciar el avance en infraestructura y procesos internos de los servicios visitados.

● Resultados

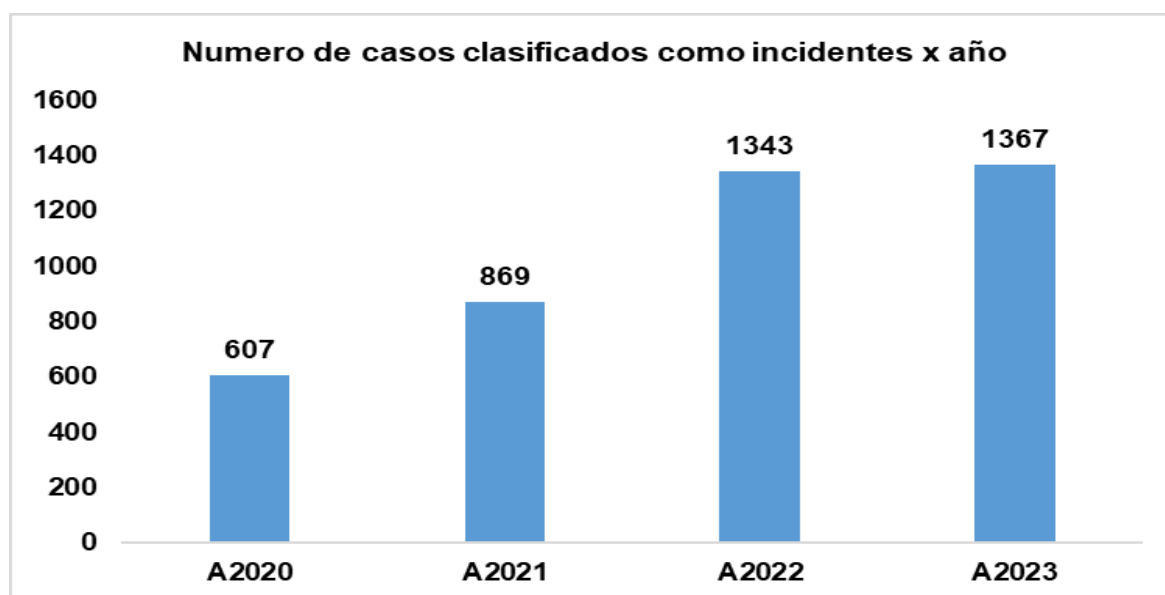
Cultura de reporte:



Fuente: Programa de seguridad del paciente Fundación Clínica Infantil

El año 2023 con 3.083 reportes reflejando el alcance del trabajo por años en la cultura. Dentro de nuestras experiencias exitosas para el fomento del reporte se encuentra el proceso de capacitación continua y el proceso de educación en las distintas modalidades de rondas de seguridad que se realizan en la institución, no solo del programa de seguridad del paciente sino también de otros como tecnovigilancia, farmacovigilancia, prevención de infecciones, terapia intravascular segura.

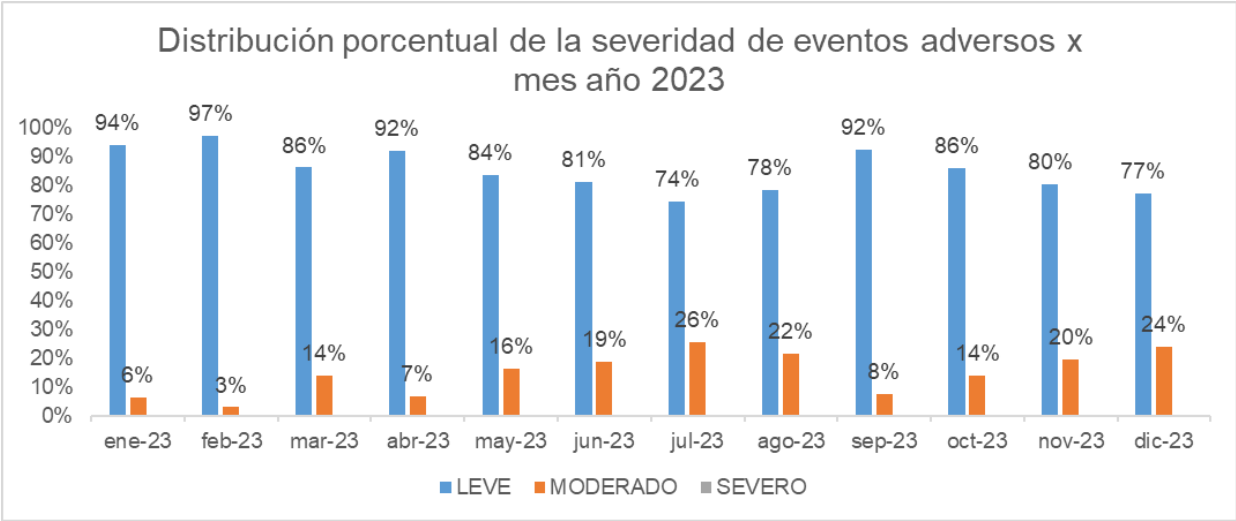
Incidentes:



El año 2023 se evidencia una estabilidad en cultura de reporte desde un enfoque preventivo como son los riesgos potenciales y errores sin daño. Desde la experiencia

de los programas de tecnovigilancia, farmacovigilancia, prevención de infecciones y seguridad del paciente, las rondas o inspecciones favorecen esta cultura.

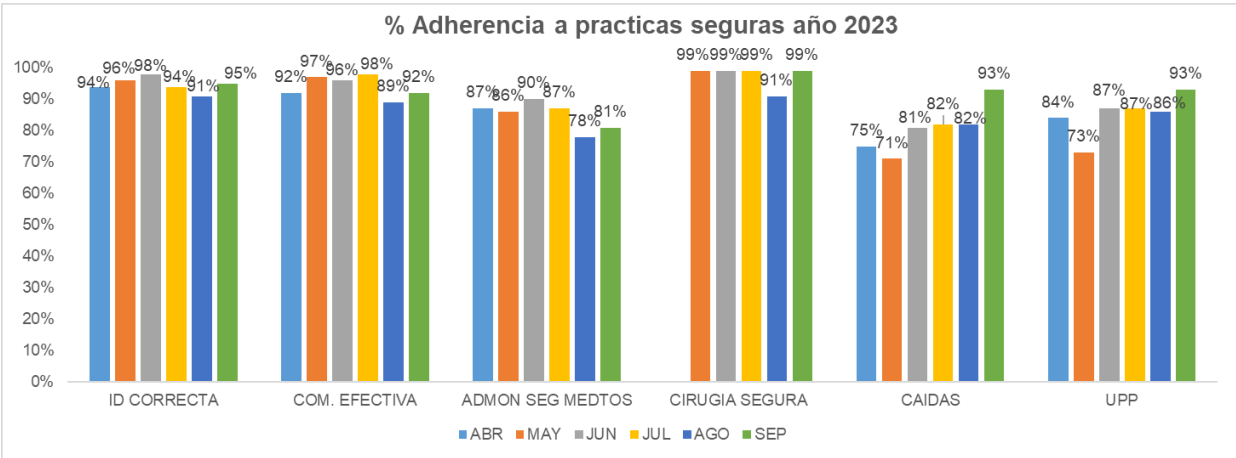
Eventos Adversos:



Fuente: Programa de seguridad del paciente Fundación Clínica Infantil

Teniendo en cuenta el nivel de complejidad clínica y el número de pacientes atendidos durante el año 2023, hemos logrado mantener la severidad de los eventos adversos principalmente en la categoría leve (Solo genera cuidados básicos adicionales). Lo anterior corresponde también a un trabajo conjunto con los distintos programas de la institución en captar las situaciones evitando que lleguen al daño por medio de estrategias preventivas, capacitación y rondas.

Adherencia a prácticas seguras:



Fuente: Programa de seguridad del paciente Fundación Clínica Infantil

Durante el año se logra ejecutar el proceso de rondas de seguridad gracias al apoyo otorgado del aprendiz del programa que se vinculó durante este año, lo cual mitigó la ausencia del auxiliar de calidad por rotación del talento humano. Se han logrado alcanzar las adherencias alrededor de un 90%.

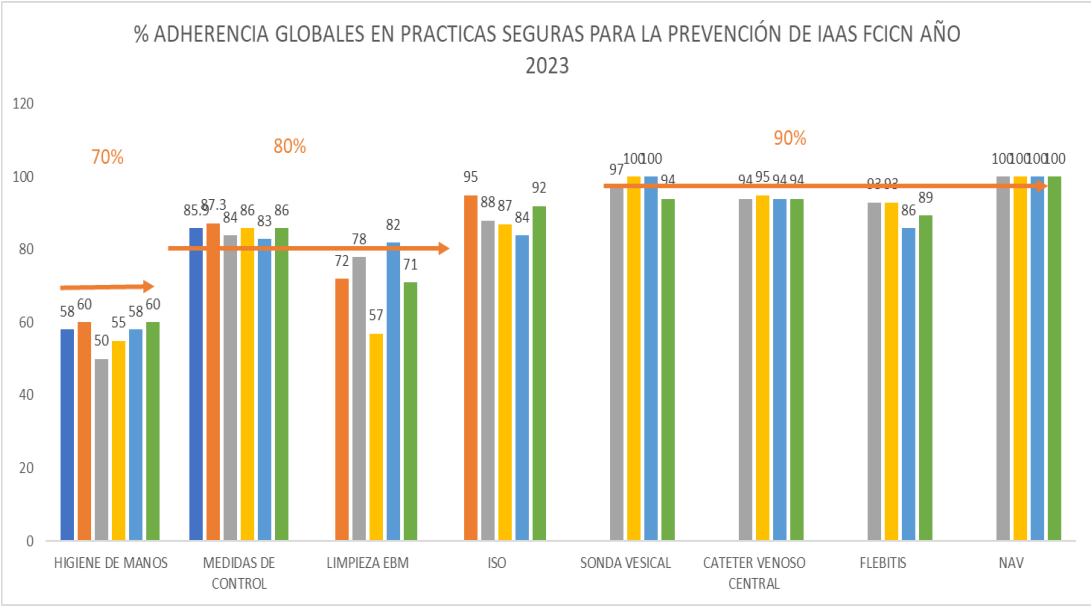
Área Programa de Prevención de Infecciones

- Se realizó monitoreo de prácticas seguras en prevención de infecciones, con consolidación de los resultados y entrega en los comités mensuales de las adherencias, propiciando la socialización al personal comprometido en la atención de los pacientes. Se realizaron 3.237 observaciones de higiene de manos, considerando la estrategia de oro en la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.
- Se destaca el cumplimiento del 100% en la notificación ante el ente de salud correspondiente de los eventos relacionados con Infecciones asociadas a dispositivo en la UCIP e Infecciones del sitio operatorio.
- Participación de las auxiliares de infecciones y calidad y la jefe del programa en el taller de entrenamiento de entrenadores en higiene de manos asistencia de forma presencial a la Fundación valle del Lili, con entrega de certificación
- Participación activa en el taller de Terapia intravascular segura, con enfoque en la prevención de eventos relacionados con infecciones asociadas a dispositivos.
 - Se realizó Autoevaluación del programa de prevención de infecciones a nivel de instituciones de atención de salud con un puntaje de 725 para nuestra clínica con una interpretación de avanzado.
 - Se realizó autoevaluación de la implementación del programa de optimización de antimicrobianos, para una calificación de 52 a un nivel básico para nuestra clínica, con una clasificación del instrumento de medición: avanzado, básico e inadecuado.
- **Gestión del Programa de Prevención De Infecciones Asociadas A La Atención En Salud:**
 - **Comité de prevención de infecciones:** En el año 2023 el comité definió como meta de trabajo anual, incrementar el reporte de infecciones asociadas a la atención en salud, 250 reportes de eventos relacionadas con probables IAAS (21 reportes mensuales), cumpliendo con un 89,2%, con la finalidad de disminuir el subregistro y trabajar en la prevención de estos eventos.
 - Se realizaron las siguientes evaluaciones enviadas a los entes gubernamentales:
 - Autoevaluación de las estrategias de higiene de manos formato establecido por el ministerio de salud y protección social con un puntaje de 465 para nuestra clínica. con una interpretación de avanzado.
 - Se realizó Autoevaluación del programa de prevención de infecciones a nivel de instituciones de atención de salud con un puntaje de 725 para nuestra clínica con una interpretación de avanzado.
 - Se realizó autoevaluación de la implementación del programa de optimización de antimicrobianos, para una calificación de 52 a un nivel básico para nuestra clínica, con una clasificación del instrumento de medición: avanzado, básico e inadecuado.

Gestión del riesgo de infecciones:

- Se participó en el 100% de rondas líder de seguridad del paciente evaluando los procesos frente a la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.
 - Se realiza diariamente seguimiento al uso de dispositivos en UCI, revisión de resultados de cultivos positivos, revisión de base de datos de medicamentos para identificar antibióticos trazadores con un total anual de seguimiento de 2.460 antibióticos instaurados involucrando a los profesionales en infectología y el grupo de residentes de la universidad libre y revisión de base de datos de uso de catéter periférico, que permite captar desde una búsqueda actividad situaciones de riesgo e infecciones asociadas a la atención incrementando las estrategias enfocadas en la prevención de infecciones.
 - Se incrementaron las rondas de seguimiento al estado y dotación de los dispensadores de alcohol glicerinado en los servicios, además se implementó la rotulación de la fecha de dotación de estos dispensadores para identificar los riesgos de inadecuada adherencia a la higiene de manos por falta de dotación.
 - Se realizaron rondas mensuales conjuntas con el outsourcing de servicios generales en las verificaciones de limpieza de áreas con mediciones con tecnología del luminometría, realizando recomendaciones.
 - Se realizaron rondas de prevención de infecciones asociadas a construcciones, con integrantes del equipo de obras en las intervenciones de infraestructura programadas cumpliendo con lo establecido en el protocolo institucional, prevención de infecciones en construcciones hospitalarias y en la ubicación de los dispensadores de alcohol glicerinos.
 - Se participó en el 100% de las rondas programadas al año de evaluación al paciente trazador con enfoque en la prevención del riesgo.
 - Se inició a trabajar en el seguimiento de la limpieza de las áreas de preparación de medicamentos en conjunto con el servicio farmacéutico, ambiente físico y coordinaciones de enfermería.
 - Se realizaron estrategia de prevención de infecciones de diferentes ámbitos: Paciente, grupo familiar y colaboradores.
- **Promoción de la cultura en prevención de infecciones:** Se incrementaron las actividades de promoción de higiene de manos y de limpieza de superficies en alianza estratégica con proveedores de insumos y productos relacionados a la prevención de infecciones, para fomentar actividades pedagógicas y de promoción
- las actividades realizadas fueron:
- Campañas de higiene de manos con proveedores: Participación importante de los proveedores: WEST y Familia, realizando 4 actividades al año en los meses de marzo, mayo, octubre y noviembre.

- Actividades de educación en campo de limpieza de superficies de áreas de preparación de medicamentos.
- **Capacitaciones:**
 - Se desarrollaron capacitaciones y socializaciones en la prevención de infecciones en el marco del plan de capacitación anual, rondas diarias de seguridad, campañas, educación a usuarios e inducciones corporativas con un total de 1.566 participaciones.
 - Participación en el taller de prevención de infecciones asociadas a acceso vasculares, trabajo coordinado con la líder del programa TIVAS: terapia intravascular segura.
 - La semana del Café: actividad realizada en un mes cada semana con personal de las diferentes áreas de atención.
- **Monitoreo de prácticas seguras:** Se llevó a cabo la medición de las prácticas seguras asociadas a la prevención de flebitis, infección del sitio operatorio, neumonías asociadas a ventilación, infecciones asociadas a catéter urinario, infecciones asociadas a catéter venoso central. También adherencia a las medidas de control de infecciones, higiene de manos y limpieza de equipos biomédicos.
-



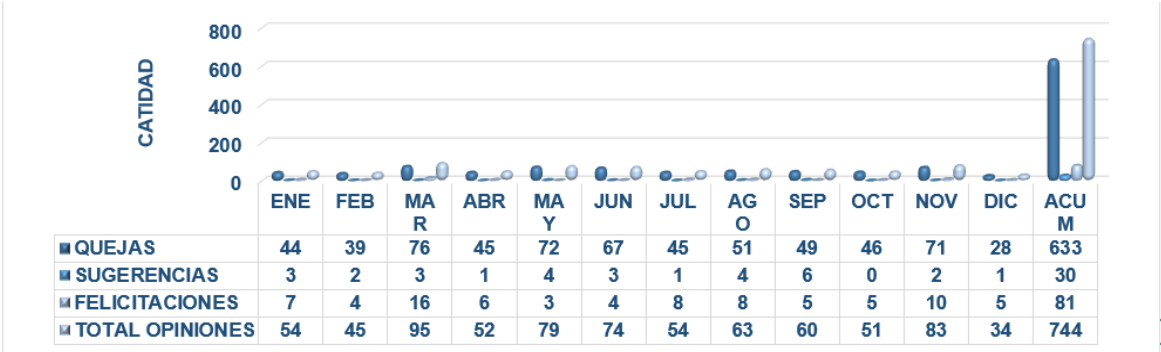
Tasa global de infecciones

En esta gráfica se evidencia que la tendencia disminuye, de acuerdo a la meta establecida de 1.74 Se cumple, de enero a noviembre con un valor promediado de 1.79 en el año 2021; de 1,54 en el año 2022 y el año 2023 de 1,39

4.6. Servicio al Cliente:

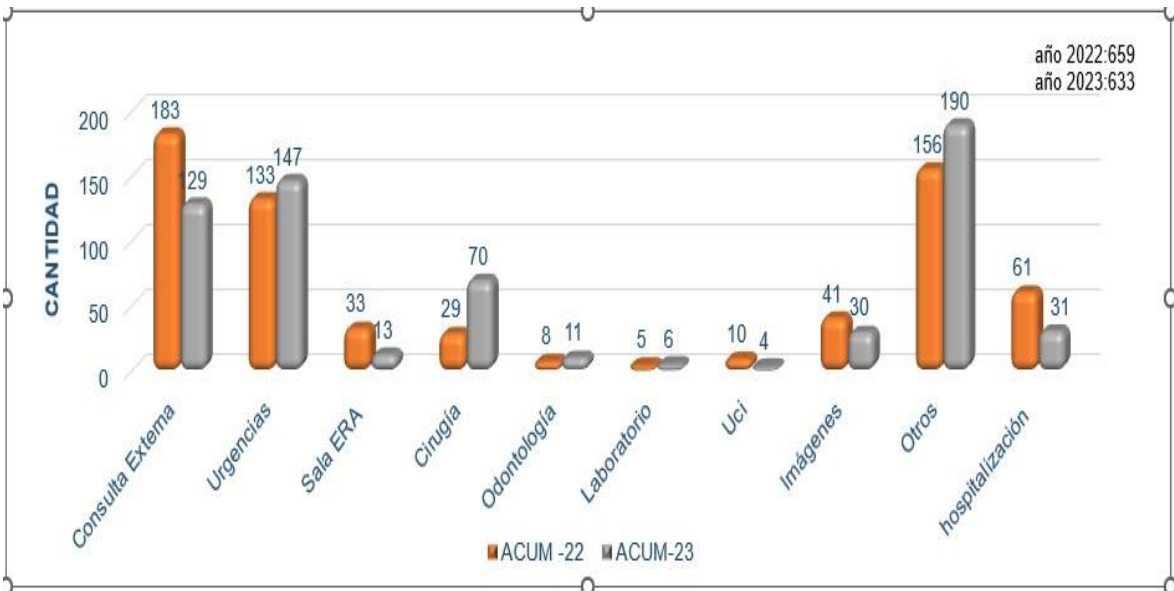
- Consolidado de PQRS, f año 2023

Gráfico: PQRS,F año 2022-2023



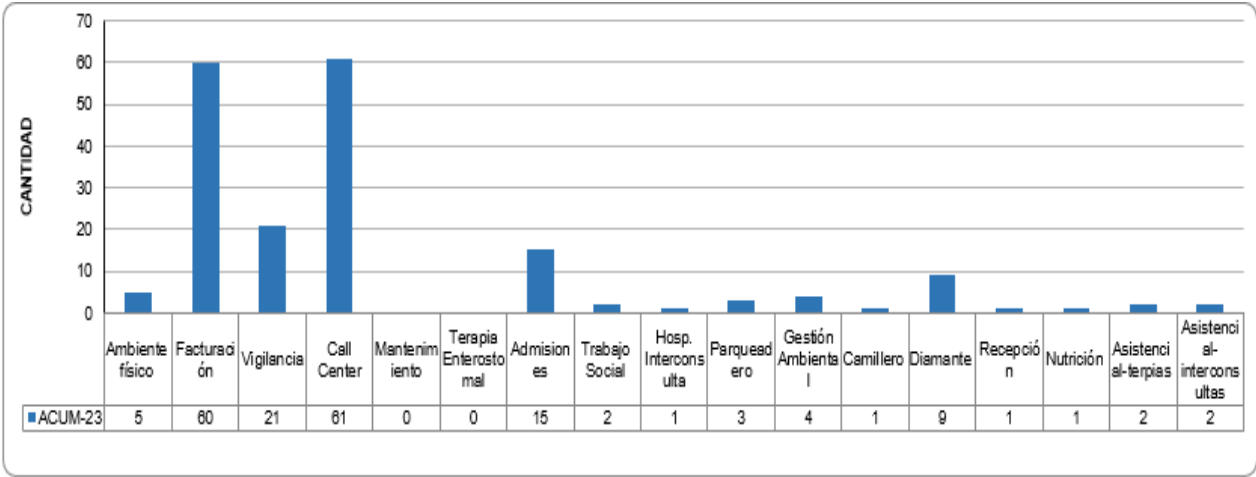
- PQRS, f por servicios año 2023

Gráfico: Comparativo porcentaje de satisfacción global año 2022-2023



Se evidencia para el año 2023 una disminución de quejas del 4% respecto al año 2022. Los servicios que recibieron el mayor número de quejas fueron Consulta externa, urgencias, cirugía y la clasificación de otros que incluye quejas de diferentes áreas como Diamante, Admisiones, Gestión ambiental, facturación. Etc. En total el área de facturación recibió en el año 60 quejas de facturación las cuales en su mayoría corresponden al servicio de consulta externa, los tiempos prolongados de espera para la atención fueron el factor contribuyente en esta área. Asimismo, el call center recibió un alto número de quejas en total 61 quejas por dificultad en la comunicación a los canales y por fallas relacionadas con la asignación de citas. Finalmente, quejas de Coaseguridad en total 21 quejas en su mayoría por falta de humanización en la atención.

Gráfico: quejas clasificadas como “otros” año 2022-2023



Quejas por atributos de calidad año 2023

CLASIFICACIÓN POR ATRIBUTO DE CALIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC	Suma total	%
Accesibilidad	6	6	12	8	17	26	22	13	12	9	19	5	155	24%
Continuidad	0	0	0	1	2	0	0	1	0	2	0	0	6	1%
Humanización	17	16	29	16	23	17	14	13	14	15	18	7	199	31%
Oportunidad	14	11	27	12	19	23	8	16	20	17	33	15	215	34%
Otro	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0%
Pertinencia	0	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1%
Satisfacción	1	2	3	2	2	1	0	4	1	2	1	0	19	3%
Seguridad	5	3	1	4	9	0	1	4	2	1	0	1	31	5%
Total													633	100%

El 65% de las quejas están distribuidas en oportunidad y humanización, siendo la oportunidad la causa por la que más se recibieron quejas correspondientes al 34%, seguidode humanización con el 31%.

Conclusiones

A nivel general respecto a las principales causas de quejas que fueron por humanización específicamente por trato, desde el área de Gestión al Cliente, se empezó a trabajar desde el año 2023 en el proyecto ACP - modelo de atención centrada en las personas planetree Fase 1, a fin de implementar prácticas que promuevan mejorar la relación de los profesionales con los pacientes y sus familias, así como la atención de manera integral con excelencia y calidad.

Por otro lado, se realizaron capacitaciones a diferentes servicios sobre temas relacionados con la humanización.

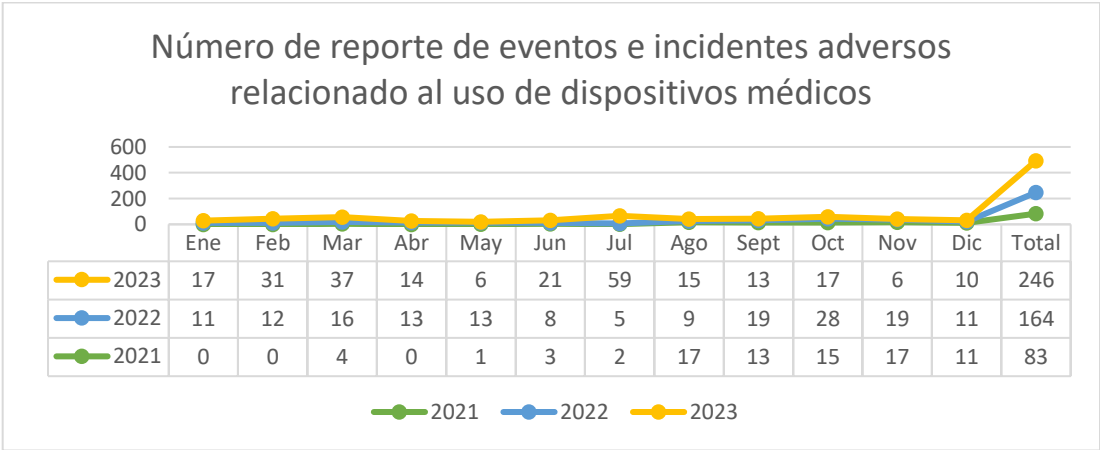
4.7. Gestión de Ambiente Físico e Infraestructura:

• Biomédica

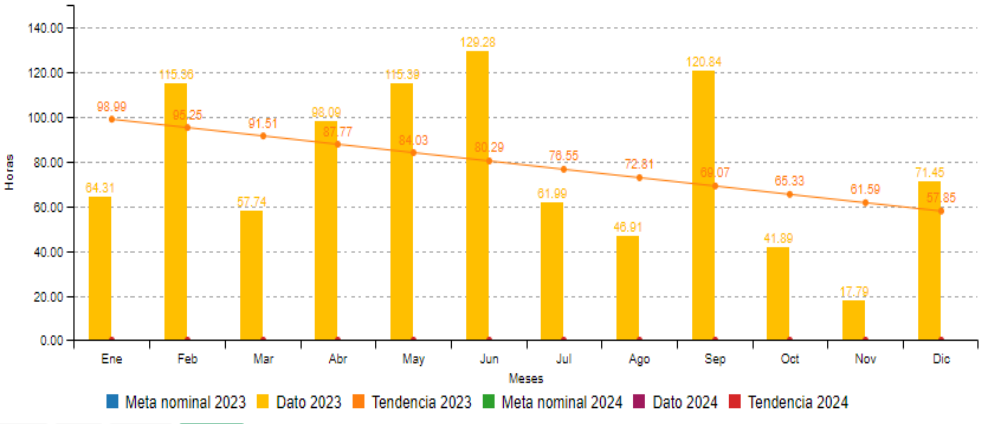
Durante el 2023 se atendieron 3268 órdenes de trabajo en el área biomédica; de mantenimientos preventivos, predictivos, correctivos y otros, con el fin de garantizar la disponibilidad de todos los equipos biomédicos de la institución en las mejores condiciones físicas y funcionales aportando a la seguridad de los colaboradores y pacientes.

La capacitación en el manejo adecuado de equipos biomédicos es esencial para prolongar su vida útil. Incluye instrucciones sobre la correcta instalación, operación, mantenimiento preventivo y reparación básica. Un personal capacitado puede identificar problemas tempranos para garantizar un uso seguro, lo que, en última instancia, ayuda a maximizar la inversión en tecnología médica es por ello por lo que durante el 2023 se dictaron 187 capacitaciones enfocadas en el uso y buen cuidado de los equipos biomédicos.

Con efecto se logró aumentar el reporte de eventos e incidentes adversos relacionado al uso de dispositivos médicos logrando impactar en el personal la importancia de la gestión de estos riesgos como se puede observar a continuación.



El equipo de ingeniería tuvo el ingreso de un nuevo integrando quedando con; la jefe de ingeniería biomédica, un ingeniero biomédico, dos técnicos biomédicos y un gestor de tecnovigilancia. Esto genero un resultado positivo en cuanto a los tiempos de atención en ordenes de trabajo pasando de 5 días a un tiempo menor a los 3 días como se puede observar en el siguiente gráfico.



Se realizó una inversión en tecnología de punta de aproximadamente \$ 2.600 millones de pesos colombianos en equipos biomédicos como; mesas quirúrgicas, máquinas de anestesia, monitores multiparámetros, central de monitoreo, sistema de columnas inteligentes para quirófanos, lámparas cielíticas, arco en C, llamados de enfermería, desfibriladores, termómetros, aspiradores entre otros. Fortaleciendo la dotación tecnológica de varias áreas y la apertura un quirófano y dos salas de procedimiento además de la dotación completa para laboratorio de patologías y la adquisición de una Tablet para realizar de manera más eficiente la ronda de seguridad de equipos biomédicos.

Con la renovación del laboratorio de clínico y de patologías se realizó la instalación de un sistema de correo neumático interno que permite el envío de muestras desde UCI, urgencias y toma de muestras al servicio de laboratorio permitiendo entregar las muestras con mayor efectividad contribuyendo a la oportunidad de respuesta en atención de pacientes.

- **Mantenimiento**

En cuanto a infraestructura se realizó la atención de 5560 ordenes de trabajo, que tienen como fin mantener la infraestructura y el mobiliario hospitalario, ayudando a prolongar la vida útil de los activos y asegurando el funcionamiento eficiente y seguro de las instalaciones y servicios esenciales.

Se realizaron adecuaciones y dotación de mobiliario hospitalario para realizar apertura de áreas como ampliación urgencias, apertura sala oncohematología, quirófano y sala de procedimiento de cirugía, admisiones, recuperación 2, farmacia cirugía, electromiografía y un cubículo nuevo para UCI, también se apoyó en el traslado interno de áreas como: Ropería, Diamante, nuevo Almacén y oficinas administrativas.

Se aumentó la capacidad instalada del manifold de aire en un 70% y se acondicionó un nuevo cuarto de Manifold de oxígeno con el fin de garantizar el suministro continuo de estos gases medicinales a los pacientes que los requiera. Además de la instalación del compresor con capacidad de 120 Galones, una unidad secadora y válvulas en sitio, para asegurar el correcto funcionamiento del sistema de evacuación de gases institucional. En cuanto al sistema de alarmas se realizaron adecuaciones como; instalación de alarma maestra de gases medicinales y alarmas locales del mismo sistema para dar cumplimiento normativo en BPM.

Se vinculó supervisor de seguridad quien se encuentra encargado de verificar el cumplimiento de las funciones y normas de seguridad privada y vigilancia del outsourcing de Cooseguridad.

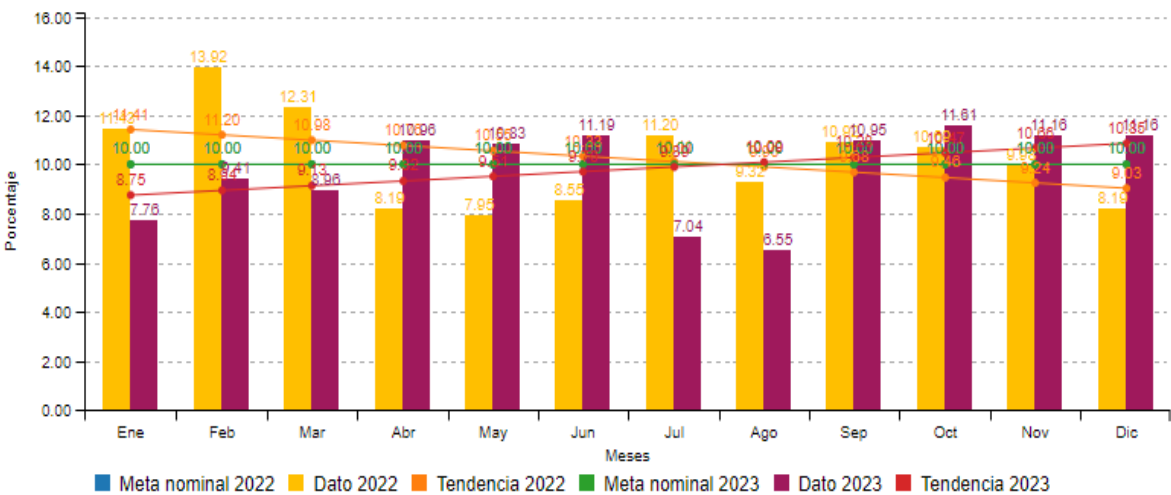
Se mejoró la oportunidad en la entrega y recolección de la ropa en las diferentes áreas, para lo cual se modificaron los turnos de trabajo del personal unificando su horario de trabajo; permitiendo de esta forma, fortalecer el funcionamiento del servicio.

Se reestructuraron las funciones de los responsables del proceso de Ambiente Físico, para lo cual fue autorizado por la gerencia dividir el área en 2 jefaturas (Jefe de Biomédica, Jefe de Mantenimiento y Ambiente) y la Coordinación de Mantenimiento; fortaleciendo de esta manera al equipo de trabajo.

Gestión Ambiental

Programa residuos

- Durante el año 2023 para el indicador de residuos aprovechables que incluyen: Residuos de archivo, cartón, plegadiza, plástico, chatarra, pasta y viaflex; se presentó un comportamiento constante teniendo como resultado un aumento del 16% con relación al año 2022.



Programa compras sostenibles

- Implementación de jeringas libres de aguja, lo cual se llevó a cabo por parte del Comité Ambiental con apoyo de las áreas de Suministros, Servicio Farmacéutico y salas de hospitalización, lo cual permite disminuir el riesgo de accidentalidad por riesgo biológico y el impacto ambiental por la generación de residuos incinerables.

Programa carbono neutro

- Se cuenta con un inventario e identificación forestal de 71 árboles y 22 especies diferentes agrupados en 13 familias botánicas, para lo cual Club Noel ratifica su compromiso ambiental como un hospital más verde y siendo un pequeño pulmón de la ciudad,

Programa cultura

- Durante el año se llevaron a cabo inspecciones y rondas de seguridad para realizar seguimiento a la adherencia del sistema de gestión ambiental.
- Se realizaron capacitaciones a 423 personas en temas relacionados a los diferentes programas de gestión ambiental dirigido a personal interno y externo de la clínica.
- Se conformo el equipo de 37 Ecoamigos, quienes son líderes ambientales encargados de velar por las buenas prácticas ambientales en sus respectivas áreas.

Publicaciones ambientales

- La coordinación del área de gestión ambiental fue destacada en la publicación de Hospitales que curan el planeta edición 2023, donde se resalta su historia de liderazgo, contando sobre su biografía y trayectoria profesional en la Fundación Clínica Infantil Club Noel; Institución que actualmente es miembro de la red global de salud sin daño.

- Reconocimiento enviado por el Ministerio de Salud y el Programa de Naciones Unidas - Salud Sin Daño sobre la participación Fundación Clínica Infantil Club Noel en el proyecto a nivel nacional sobre "estimación de la

huella de carbono del sector salud en Colombia", lo cual permite aportar como institución a la construcción de las estrategias en la mitigación contra el cambio climático.

4.8. Gestión de Comunicaciones:

Se realiza la compra de 800 calendarios institucionales diseñado de forma in-house por el área. El costo total de material fue de \$6.453.600 + IVA.

- Capacitaciones

Durante el año 2023, el área de Comunicaciones llevó a cabo un total de seis capacitaciones dirigidas al personal de Cooseguridad y Diamante sobre la comunicación efectiva y manejo de conflictos, además se abordó brevemente el tema de Enfoque Diferencial. En dichas capacitaciones se logró un alcance a **53** miembros de estos outsourcing.

- Atención de requerimientos 2023

Se brinda atención a los requerimientos de las áreas/servicios con un 94% de oportunidad en la respuesta, logrando un promedio de 38 solicitudes resueltas en el mes, por el equipo de comunicaciones. Las solicitudes con contadas por una, independientemente de que la misma haya requerido la intervención de varias personas en el área.

- Atención y apoyo a campañas, actividades y eventos 2023

En respuesta a diversas solicitudes y temas propuestos por Comunicaciones, el área brindó apoyo a un total de 79 campañas institucionales. Estas campañas se llevaron a cabo de manera presencial, virtual o combinada, y se enfocaron a colaboradores, pacientes y familiares, y clientes

- Participación en medios de comunicación masivos

En lo corrido del 2023, Club Noel fue mencionado en 37 noticias de diferentes medios de comunicación

- Gestión de redes sociales y página web

- Tráfico:

RESUMEN DE TRÁFICO			
Mes	Facebook	Instagram	Página Web
Enero	2.789	2.273	8.176
Febrero	7.708	1.355	5.242
Marzo	4.581	2.281	8.746
Abril	9.662	2.392	7.712
Mayo	5.408	1.695	12.678
Junio	6.520	1.717	12.139
Julio	5.301	2.311	1.120
Agosto	4.792	1.732	14.000
Septiembre	4.462	2.882	14.000
Octubre	5.139	1.483	14.000
Noviembre	5.874	2.015	13.000
Diciembre	3.196	1.498	9.300
Promedio mes	5.453	1.970	10.009

En relación con el tráfico de usuarios (personas que visitaron las cuentas), se evidencia que se mantiene un alto tráfico lo que ha permitido que se mantenga una comunicación constante con los usuarios.

En relación con la página web, la cual fue renovada y lanzada en el mes de febrero se evidencia como existe un incremento a partir del mes de marzo en dichas visitas. A excepción del mes de julio donde se mantiene un registro de 1.120

visitas, no obstante, esto corresponde a un error por desconexión del Google Analytics.

- Temas, publicaciones y pauta

El área de Comunicaciones realizó **583 publicaciones** en las redes sociales de Facebook e Instagram donde su mayoría están relacionadas con contenido educativo para el paciente y registro fotográfico de las actividades de la institución.

El contenido digital se distribuyó así:

- **En Facebook, se realizaron 225 publicaciones**, de las cuales 110 corresponden a piezas gráficas, 51 videos y 64 historias.
- **En Instagram se realizaron 358 publicaciones**. De esta cifra, 108 son piezas gráficas, 42 son videos y 208 son historias en esta red social.
- Se realiza pauta de 21 publicaciones, 10 en Instagram y 11 en Facebook, por un total de \$1.368.300; \$745.000 en Instagram y \$623.300 en Facebook.

• Proyectos del área

Se llevan a cabo tres proyectos liderados por el área:

Lanzamiento video institucional: se realiza lanzamiento del video institucional el 16 de enero 2023 a través de contenido digital, mailing y una jornada de activación presencial, tipo cine.

Renovación página web: se realiza proceso de maquetación, desarrollo y lanzamiento de la nueva página web, este último en el 2023, la página queda funcional a partir del 02 de febrero.

Rediseño de marca: el 27 de julio de 2023 se realiza el primer taller de marca con la participación de 15 colaboradores de la institución, a partir de ahí se realiza la concepción de la marca para la posterior presentación por parte de la agencia DSide, el 30 de agosto. Se selecciona marca nueva y se inicia proceso con abogados Sergio Cabrera para registro de marca ante la SIC de la marca figurativa. El rediseño de marca tuvo un costo de \$11.900.000.



• Mejoras generales del área

📍 Calle 5 # 22 - 76 Cali, Colombia

📞 NIT: 890.399.020-1

📠 602 4854404

🌐 www.clubnoel.org



Personal: Se vincula por nómina a Michelle Morales González como auxiliar de diseño gráfico en el mes de enero, luego de terminar su período de práctica. Por lo cual a la fecha el área cuenta con un equipo de 4 personas fijas y un cargo de practicante.

Tecnología: Se efectúa la compra de un computador MAC M1, para el diseñador gráfico con 8GB de RAM y 512 GB de almacenamiento, con teclado y mouse, por un valor total de \$9.044.000, en el mes de abril. El computador MAC anteriormente utilizado por el diseñador, pasa a ser la herramienta de trabajo de la auxiliar de diseño.

Se adquiere una tableta digitalizadora (para ilustración y diseño gráfico) marca WacomOne con lápiz en el mes de abril.

Se realiza compra de micrófono inalámbrico de solapa K9 dúo, para producción y grabación de audio, por un valor de \$142.858 en el mes de mayo.

- Contratos

Se estableció un contrato con el proveedor **KONECTA LIFE & TECHNOLOGY S.A.S con NIT. 901.415.070**, con el objeto de soporte y administración de las 17 pantallas institucionales activas, por un valor mensual de \$40.000 por pantalla para un total a cierre del 2023 de \$680.000 + IVA con vigencia de 1 año.

4.9. Gestión de Riesgos y Auditoría Interna

La gestión desarrollada durante el año 2023, de la Auditoría Interna y Gestión de riesgos de la Fundación Clínica Infantil Club Noel

• **Antecedentes y alcance de la Auditoría Interna y Gestión del Riesgo**

La auditoría interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar los procesos de gobierno, gestión de riesgos y control de la organización. Ayuda a la organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno, con una actitud imparcial y libre de conflictos de interés. En este sentido la Auditoría Interna lleva a cabo una supervisión de manera independiente y objetiva sobre la efectividad del Sistema de Control Interno, la administración de riesgos, orientado a mejorar y proteger el valor de la organización.

• **Criterios Generales de Evaluación**

Las actividades desarrolladas por la Auditoría Interna y Gestión del Riesgo para el año 2023, fueron realizadas con base en las Normas legales definidas, procedimientos internos emitidos por la Administración y buenas prácticas, entre otras.

En el presente informe se incluyen los aspectos de mayor relevancia, tales como, la ejecución del trabajo de acuerdo con la planeación de auditoría basada en riesgos, el resultado de las evaluaciones realizadas, la emisión de informes y el seguimiento a los planes de acción informados a las diferentes áreas auditadas.

Los resultados y hallazgos de las evaluaciones fueron socializados a los dueños de los procesos, la Administración y al Comité de Auditoría de Fundación Clínica Infantil Club Noel. Sobre los hallazgos informados se generaron planes de acción por parte

de la administración los cuales contribuyeron al fortalecimiento del Sistema de Control Interno de la entidad, así como el cumplimiento normativo.

• Metodología

Para el logro de los objetivos de la Auditoría Interna y Gestión de Riesgos, fue diseñado el Plan Anual de Auditoría del año 2023, acorde con los procedimientos internos, metodología y normas internacionales.

Para el desarrollo de nuestro trabajo, la Administración de Fundación Clínica Infantil Club Noel suministró la información requerida y mantuvo siempre disposición para apoyar las evaluaciones y atender las gestiones de mejoramiento planteadas.

Dentro de los procesos de seguimiento establecidos por la auditoría interna está el de supervisar y verificar que los planes de acción determinados por la administración como respuesta a los informes de la auditoría interna y demás entes de control sean implementados.

• Áreas y Procesos Evaluados

El alcance de la auditoría de Fundación Clínica Infantil Club Noel se establece en la evaluación del sistema de control interno y riesgos de la entidad. A continuación, se describen las principales actividades realizadas durante el año 2023:

1. En relación con la evaluación de los Sistemas de Administración de Riesgo y demás requerimientos legales, se efectuaron para el año 2023, trabajos de auditoría sobre los siguientes sistemas:

- Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT).
- Seguimiento al proceso de implementación de la Circular Externa 2021170000000005- 5 de 2021 emitida por la Superintendencia de Salud. (Código de Ética, Gobierno Corporativo, Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación de la proliferación de destrucción de Armas Masivas - SARLAFT/PDAM y el Subsistema de Administración del Riesgos de Corrupción, Opacidad y Fraude - SICO).
- Seguimiento al proceso de implementación de la Circular Externa 202117000000004- 5 de 2021 (Sistema Integrado Gestión de Riesgo y Subsistema de administración de riesgos), emitida por la Superintendencia de Salud.
- Seguimiento al proceso de implementación de la Circular Externa 2022151000000053- 5 de 2022, emitida por la Superintendencia de Salud. (Programa de Transparencia y Ética Empresarial)

2. Evaluación sobre el elemento Ambiente de control, se efectuó revisión de los siguientes procesos de la compañía:

Procesos Misionales y Asistenciales

Se realizó revisión a los procesos de Control del Inventario (Servicios Farmacéuticos; Cirugía; Carros de Paro; Maletas de respuesta rápida); evaluación a los procesos de Control de medicamentos denominados aprovechamiento (medicamentos que no son utilizados en su totalidad por un paciente), actas de vencimiento (mezcla de medicamentos que no son suministrados a los pacientes por suspensión médica o por egreso del paciente), auditorías nocturnas.

Procesos de Apoyo

📍 Calle 5 # 22 - 76 Cali, Colombia

📞 NIT: 890.399.020-1

📠 602 4854404

🌐 www.clubnoel.org



Gestión Financiera: Evaluación la Sistema de Control Interno Contable, procesos de arqueos de cajas generales y arqueos de cajas ubicadas en áreas asistenciales, liquidación y pago de Honorarios al personal Médico y Asistencial.

Gestión Humana: Evaluación a perfiles de archivo Excel donde se realiza el cálculo de honorarios, administración de permisos, soportes de las carpetas de contratación de prestación de servicio, cálculo de retención en la fuente por renta de trabajo, procesos de ingreso del personal, gestión y administración de nómina, recalcular de retenciones en la fuente, horas extras, reloj biométrico, prestaciones sociales, vacaciones.

Gestión de Suministros: Evaluación en los procesos de toma física de inventarios de almacén, ajustes al inventario.

Otras actividades ejecutadas por Auditoría

- Se realizó seguimiento de forma periódica sobre los planes de mejora establecidos por parte de la administración de Fundación Clínica Infantil Club Noel, a los informes y memorandos emitidos por la Auditoría Interna y la Revisoría Fiscal.
- Consolidación de los procesos de SARGLAFT y procesos de gestión y administración de temas asociados al Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

Comité de Riesgos y Auditoría

La planeación de Auditoría del año 2023, así como el resultado de las evaluaciones y el seguimiento efectuado a los planes de acción definidos por la Administración de Fundación Clínica Infantil Club Noel, fueron presentados al Comité de Auditoría en forma periódica.

Las actividades efectuadas para el 2023, se realizaron cumpliendo con los requerimientos de independencia establecidos en la Política de Auditoría y Reglamento de Comité de Auditoría.

Deficiencias Materiales

Durante el año 2023, en Fundación Clínica Infantil Club Noel no se evidenciaron deficiencias materiales relacionadas con el Sistema de Control Interno y Gestión del Riesgo que puedan afectar la efectividad del mismo. En los informes presentados por los diferentes órganos de control y supervisión, así como por parte de la administración, no se determinaron deficiencias materiales que pusieran en riesgo la efectividad del Sistema de Control Interno ni de información Financieros o situaciones que requieran de especial revelación en el Informe de Gestión al 31 de diciembre de 2023.

Obtención de evidencias y soporte de las conclusiones

Para el desarrollo de las auditorías, se efectuaron solicitudes de información, por medio de las cuales se obtuvo acceso a la documentación soporte y demás elementos requeridos para el desarrollo de las auditorías y gestión del riesgo. Por otra parte, se obtuvo las evidencias suficientes que soportan los hallazgos, las cuales reposan en los papeles de trabajo.

Limitaciones para realizar las evaluaciones

No se presentaron limitaciones en la entrega de información por parte de Fundación Clínica Infantil Club Noel para todos los procesos evaluados durante el año 2023, que pudieran afectar la naturaleza, oportunidad y alcance de nuestros procedimientos de auditoría y gestión de riesgos.

Declaración de Independencia

La actividad de la auditoría interna se desarrolló durante el año 2023, de manera independiente de forma neutral y objetiva, permitiendo que el desempeño de la función de auditoría se realizara de manera adecuada, sin que se hubieran presentado impedimentos ni limitaciones en el alcance de la información, restricciones en el acceso de registro de personal o conflictos de interés, frente a los trabajos efectuados.

Sistema de Control Interno

El Sistema de Control Interno de Fundación Clínica Infantil Club Noel durante el año 2023, continuó con su proceso de fortalecimiento a través de la generación, actualización, promulgación y aplicación de principios, políticas, procedimientos y mecanismos de evaluación orientados a brindar mayor seguridad a los diferentes grupos de interés que interactúan con la entidad consolidando la estructura de control interno así:

- a) Ambiente de Control: Fundación Clínica Infantil Club Noel establece y articula la importancia de la integridad y los valores éticos corporativos, el cumplimiento de las normas al interior de la sociedad y las responsabilidades en todos los niveles de su estructura, adicionalmente se realizan programas de capacitación, entrenamiento y aplicación de metodologías que garantizan niveles de competencia adecuados para sus funcionarios.
- b) Actividades de control: Los procesos de la entidad se encuentran debidamente documentados; cada uno de ellos cuenta con controles asociados a los riesgos que han sido identificados, son actualizados de forma periódica de acuerdo con los cambios organizacionales o normativos. Por otra parte, se han establecido y actualizado controles generales y medidas de seguridad en las aplicaciones de los sistemas de la entidad.
- c) Información y comunicación: Se documentan, actualizan, difunden y evalúan los procedimientos de seguridad que apoyan el modelo de seguridad de la información de la entidad.
- d) Monitoreo: Fundación Clínica Infantil Club Noel realiza de manera permanente ejercicios de monitoreo y seguimiento a su gestión, con el fin de verificar la efectividad de los procesos, controles, planes y proyectos alineados a la estrategia del negocio, así mismo, la auditoría interna realiza sobre estos evaluaciones periódicas y puntuales.

Gestión del Riesgo

La gestión de riesgo en la Fundación Clínica Infantil Club Noel, se convierte en un proceso dinámico en el cual se identifican, se analizan y se evalúan los riesgos institucionales, con el fin de prevenirlos y/o mitigarlos.

La Metodología del modelo de riesgos utilizada en tres enfoques de riesgos (Riesgos Estratégicos, Riesgos Procesos Administrativos y Riesgos SARLAFT) corresponde al Modelo Enterprise Risk Management (ERM), para los riesgos de procesos asistenciales, se evalúan bajo la metodología de Análisis de Efecto y Modo de Falla (AMEF). Ambos modelos están compuestos por dos variables para valorar el índice de riesgo. Las dos variables son: Amenaza e Impacto.

La evaluación del riesgo, la identificación, análisis y valoración de los riesgos se encuentra registrada en el módulo de Riesgos del aplicativo DARUMA, para cada área o proceso en el cual se describe, analiza y valorarán.

Sistema De Administración Del Riesgo De Lavado De Activos, financiación Del Terrorismo y Financiación De La Proliferación De Armas De destrucción Masiva Y Reporte De Información (SARLAFT/FPADM)

Se continúan tomando las medidas necesarias para promover una cultura de prevención, detección y reporte del riesgo de lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, se cumple con los criterios normativos y se cuenta con un Oficial de Cumplimiento y su respectivo suplente.

Para el año 2023, no se recibieron reportes de operaciones sospechosas, intentadas o inusuales. Se realizaron 70 recomendaciones (alertas informativas) y se realizó un total de 2.021 verificaciones en listas vinculantes y restrictivas de clientes, proveedores, empleados y miembros de los máximos órganos de control de la organización.

Conclusión:

Fundación Clínica Infantil Club Noel, para el año 2023, cuenta con un proceso continuo de mejoramiento y fortalecimiento del Sistema de Control Interno, materializando el logro de sus objetivos estratégicos, por lo cual concluimos que:

1. La estructura, entorno y actividades de control están acordes con los objetivos, proporcionando seguridad adecuada para administrar los riesgos a los cuales se encuentra expuesta la entidad.
2. Cuenta con Sistemas de Administración de Riesgos que le permiten gestionar los riesgos a los que se encuentra expuesta la Entidad.
3. Cuenta con Sistemas de Información que le permiten administrar sus operaciones de acuerdo con las necesidades y expectativas de la Entidad.
4. Tiene implementados controles respecto a la preparación y presentación de la información financiera, los cuales garantizan su confiabilidad y el cumplimiento de las normas y políticas aplicables.

Teniendo en cuenta los elementos mencionados, se concluye que Fundación Clínica Infantil Club Noel, cuenta con un Sistema de Control Interno Adecuado; y si bien se presentan oportunidades de mejora sobre los procesos, la calificación de cumplimiento es satisfactoria y no se observaron aspectos críticos que requieran de mención especial.

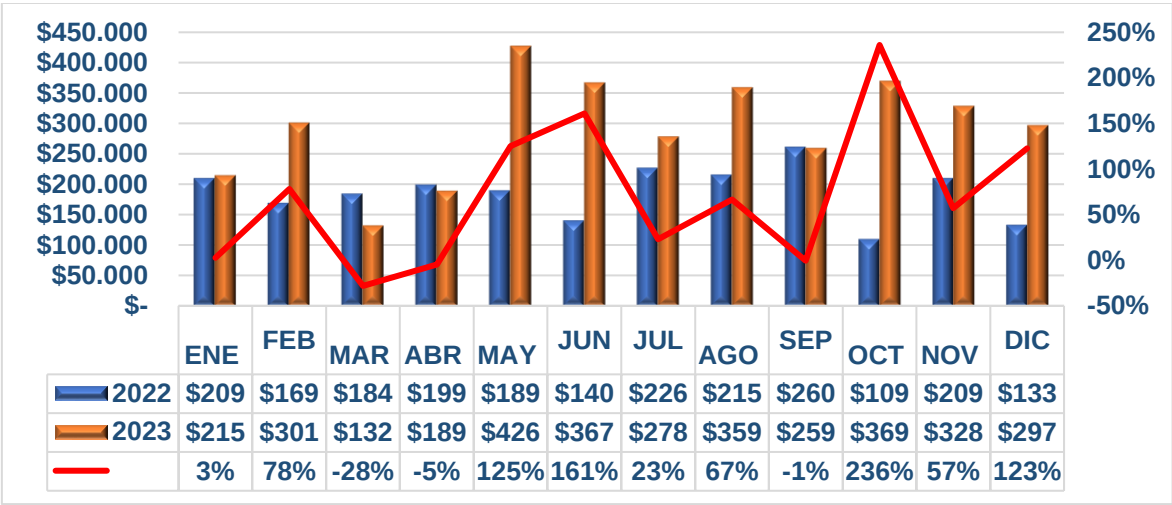
4.10 Gestión de Suministros:

• CUMPLIMIENTO EN EL PRESUPUESTO DE COMPRAS

CONCEPTO	PRESUPUESTO ANUAL	COMPRAS EJECUTADAS	CUMPLI %
MEDICAMENTOS	\$ 5.493.689.924	\$ 4.600.027.262	84%
DISPOSITIVOS MEDICOS	\$ 7.936.043.078	\$ 9.217.546.473	116%
GASES MEDICINALES	\$ 549.389.173	\$ 396.223.567	72%
MATERIALES REACTIVOS	\$ 2.718.080.377	\$ 2.913.567.957	107%
CONSUMO	\$ 1.943.732.309	\$ 1.558.376.597	80%
UTILES OFICINA Y PAPELERIA	\$ 221.857.864	\$ 292.913.462	132%
VIVERES RANCHO Y LICORES	\$ 786.699.752	\$ 777.119.114	99%
ASEO Y UTENSILIOS DOMESTIC	\$ 636.063.810	\$ 606.164.153	95%
TOTAL ROPA Y LENCERIA	\$ 654.354.117	\$ 218.009.432	33%
RESPUESTO Y MAQ Y EQUIP	\$ 595.415.146	\$ 505.652.650	85%
REPUESTOS MANTTO	\$ 482.422.408	\$ 525.699.601	109%
REPUESTO EQP COMPUTO	\$ 136.813.108	\$ 140.758.496	103%
MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN	\$ 262.800.252	\$ 687.064.409	261%
PRESUPUESTO	\$22.417.361.317	\$22.439.123.173	100,10%
VARIACIÓN	-\$		21.761.856

Se evidencia el buen manejo del presupuesto asignado por la Subgerencia Financiera para el ejercicio del 2023, el cual fue de \$ 22.417’361.317 pesos, evidenciando un cumplimiento del 100,10% con compras de \$ 22.439’23.173. Donde la principal variación corresponde a incremento de autorizaciones en el uso de material de osteosíntesis por las entidades y a las inversiones en el mejoramiento de la infraestructura física.

• COMPORTAMIENTO DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS COMPARATIVO 2022 VS 2023



• COMPORTAMIENTO DE INVERSIÓN EN MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN.

COMPRAS DE MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN POR MES													TOTAL X	% INC
AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	AÑO	/DEC
2019	\$ 120.117	\$ 102.387	\$ 83.178	\$ 65.530	\$ 85.954	\$ 60.442	\$ 121.261	\$ 93.016	\$ 202.056	\$ 161.215	\$ 163.349	\$ 167.990	\$ 1.426.495	0%
2020	\$ 125.414	\$ 190.008	\$ 168.378	\$ 142.267	\$ 92.729	\$ 71.133	\$ 130.357	\$ 91.398	\$ 218.521	\$ 132.394	\$ 481.629	\$ 512.943	\$ 2.357.169	65%
2021	\$ 167.457	\$ 151.797	\$ 259.254	\$ 301.213	\$ 201.092	\$ 189.248	\$ 194.678	\$ 496.236	\$ 259.729	\$ 260.425	\$ 288.888	\$ 438.319	\$ 3.208.337	36%
2022	\$ 257.301	\$ 374.703	\$ 261.901	\$ 435.115	\$ 467.292	\$ 319.734	\$ 388.774	\$ 521.937	\$ 434.271	\$ 549.178	\$ 395.728	\$ 676.239	\$ 5.082.172	58%
2023	\$ 759.238	\$ 422.702	\$ 867.683	\$ 439.058	\$ 382.404	\$ 324.506	\$ 329.267	\$ 316.539	\$ 555.214	\$ 412.549	\$ 380.247	\$ 342.866	\$ 5.532.274	9%

Datos expresados en miles de pesos.

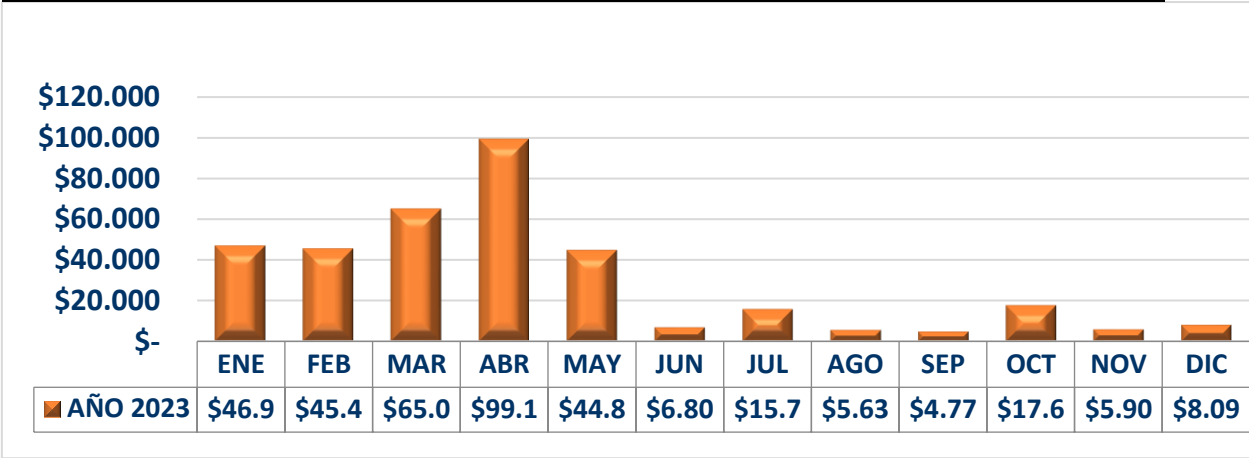
• COMPORTAMIENTO DE COMPRAS DEL 2022 VS 2023

TIPO DE INVENTARIO	PROMEDIO DE COMPRAS POR MES		COMPRAS ACUMULADAS POR AÑO		VARIACIÓN ANUAL	
	AÑO 2022	AÑO 2023	AÑO 2022	AÑO 2023	% INC/DEC	VARIACIÓN EN PESOS
MEDICAMENTOS	\$ 382.219.500	\$ 383.312.092	\$ 4.586.634.004	\$ 4.599.745.099	0,3%	\$ 13.111.095
DISPOSITIVOS MÉDICOS	\$ 570.365.039	\$ 767.763.113	\$ 6.844.380.471	\$ 9.213.157.350	34,6%	\$ 2.368.776.879
CONSUMO	\$ 114.145.107	\$ 129.866.883	\$ 1.369.741.288	\$ 1.558.402.597	13,8%	\$ 188.661.309
GASES MEDICINALES	\$ 32.555.263	\$ 33.018.631	\$ 390.663.157	\$ 396.223.567	1,4%	\$ 5.560.410
REACTIVOS LABORATORIO	\$ 209.305.311	\$ 241.476.341	\$ 2.511.663.726	\$ 2.897.716.091	15,4%	\$ 386.052.365
MATE. ODONTOLOGICO	\$ 1.017.313	\$ 1.031.868	\$ 12.207.754	\$ 12.382.421	1,4%	\$ 174.667
MATE. IMAGENOLOGÍA	\$ 485.567	\$ 1.663.568	\$ 5.826.801	\$ 19.962.810	242,6%	\$ 14.136.009
UTILES DE OFICINA Y PAPELERIA	\$ 15.617.293	\$ 24.429.228	\$ 187.407.518	\$ 293.150.738	56,4%	\$ 105.743.220
MENAJE Y UTENSILIOS	\$ 8.008.521	\$ 7.989.210	\$ 96.102.250	\$ 95.870.522	-0,2%	-\$ 231.728
VIVERES, RANCHO Y OTROS	\$ 62.080.795	\$ 64.759.926	\$ 744.969.538	\$ 777.119.114	4,3%	\$ 32.149.576
ELEMNT DE ASEO Y LAVANDERIA	\$ 40.237.950	\$ 46.882.162	\$ 482.855.396	\$ 562.585.947	16,5%	\$ 79.730.551
ROPA HOSPITALARIA	\$ 35.596.886	\$ 18.167.453	\$ 427.162.626	\$ 218.009.432	-49,0%	-\$ 209.153.194
REP. EQUIPO DE COMPUTACION	\$ 11.012.308	\$ 11.729.875	\$ 132.147.690	\$ 140.758.496	6,5%	\$ 8.610.806
REP. PARA MMTO	\$ 77.484.016	\$ 85.196.210	\$ 929.808.193	\$ 1.022.354.523	10,0%	\$ 92.546.330
REP. MAQ EQUIPO MEDICO	\$ 26.642.098	\$ 42.137.721	\$ 319.705.181	\$ 505.652.650	58,2%	\$ 185.947.469
MATERIALES DE CONSTRUCCION	\$ 346.030.329	\$ 375.826.607	\$ 4.152.363.953	\$ 4.509.919.289	8,6%	\$ 357.555.336
DOTACION TRABAJADORES	\$ 19.766.571	\$ 7.305.799	\$ 237.198.850	\$ 87.669.588	-63,0%	-\$ 149.529.262
AF MUEBLES Y ENSERES	\$ 43.153.650	\$ 137.821.056	\$ 517.843.799	\$ 1.653.852.673	219,4%	\$ 1.136.008.874
AF MAQ Y EQUIPO MDC CIENTIFICO	\$ 108.537.043	\$ 250.582.208	\$ 1.302.444.514	\$ 3.006.986.494	130,9%	\$ 1.704.541.980
AF EQUIPO DE COMPUTACION	\$ 49.974.216	\$ 56.268.283	\$ 599.690.589	\$ 675.219.391	12,6%	\$ 75.528.802
TOTAL	\$ 2.154.234.775	\$ 2.687.228.233	\$ 25.850.817.298	\$ 32.246.738.792	25%	\$ 6.395.921.494

Se evidencia la gestión realizada con las negociaciones de precios, acuerdos comerciales e inclusión de nuevos proveedores, con el fin de buscar la mejor oferta de precios en el mercado y garantizar la rentabilidad de la institución. Se apertura nueva bodega para la custodia del material de construcción, con el fin de mejorar la estimación de necesidades para cada proyecto de renovación de infraestructura.

• DESCUENTOS FINANCIEROS, BONIFICACIONES Y ACUERDOS POR REBATE.

TIPO DE BENEFICIO	TOTALES
DESCUENTOS FINANCIEROS	\$253´900.755
REBATE Y BONIFICACIONES	\$112´132.072
TOTAL AÑO 2023	\$366´032.827

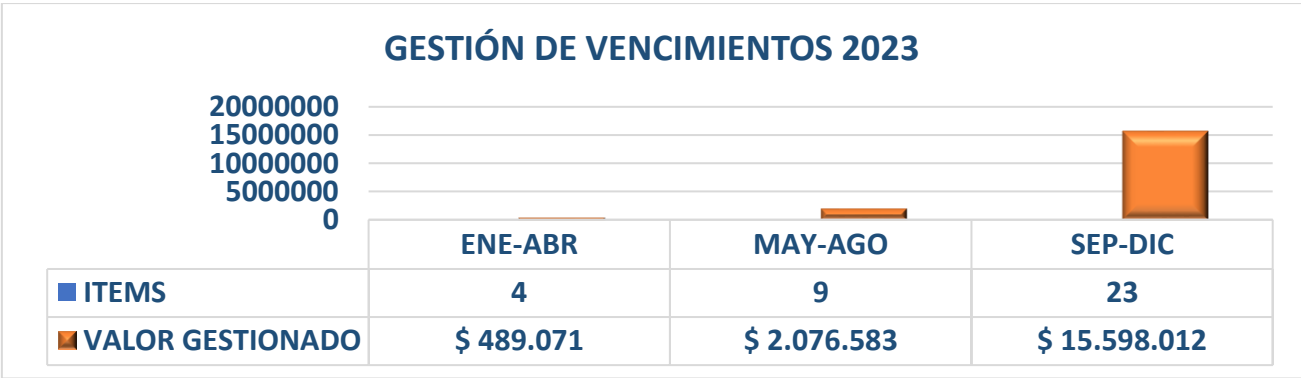


Datos expresados en miles de pesos.

Se renuevan las negociaciones con los proveedores en cuanto a las negociaciones por descuentos financiero, Rebates o bonificaciones. Obteniendo un beneficio financiero de \$366´032.827.

• NOVEDADES EN EL SERVICIO.

1. Se implementa seguimiento del control de vencimientos en las bodegas a custodia de suministros, en las cuales se evidencia una gestión de 36 productos por valor de \$18´163.666, en donde el producto con mayor gestión en fecha de vencimiento fueron los catalogados como nutriciones.



2. Se implementa seguimiento del ingreso de la recepción técnica, con triple verificación generando indicador por # de errores identificados durante el proceso, como seguimiento al personal.

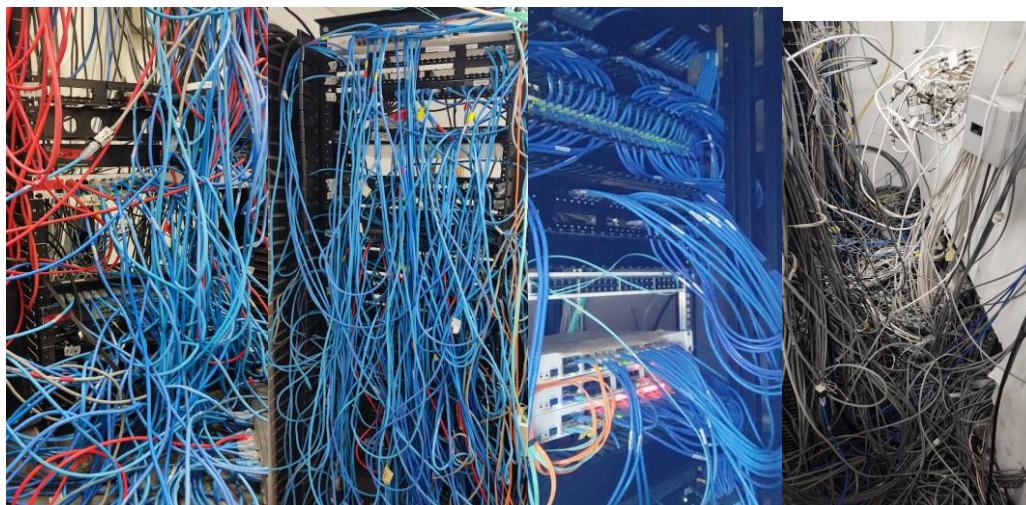
4.11. Informe De Gestión de la Tecnología:

Durante el año 2023, el equipo de Tecnologías de la Información ha dirigido sus esfuerzos hacia diversos frentes, abarcando la infraestructura de red, la gestión de servidores, el desarrollo de aplicaciones SIIS y la administración de casos en la mesa de ayuda. Estas iniciativas contribuyen de manera significativa a la atención de incidentes y solicitudes de los usuarios de Club Noel y que impactan en el servicio de atención al paciente.

Infraestructura de Red

- Realización de ajustes en la red física y lógica de la institución (Activación de nuevos enlaces en fibra óptica).
- Arreglo de cuartos técnicos existentes y de nuevos servicios (Mariana, Imágenes, Casa Administrativa, Cirugía, Laboratorio, Sala ERA, DIRCO).
- Reubicación de dispositivos de red.
- Instalación de 09 switches ARUBA.
- Activación de más de 250 nuevos puntos de red de nuevas áreas.
- Adquisición de nuevos Acces Point para mejorar la cobertura de red wifi.
- Configuración y ajustes de planes de backup para servicios de imágenes mediante SAN, a través de Infraestructura como servicio IaaS, NAS y Acronis en entorno web.
- Actualización de sistemas virtuales de VMware y Hyper-V.
- Ampliación del canal de internet con el operador Claro de 120 M a 300 M.
- Segmentación redes de infraestructura, redes de Invitados, redes de médicos y de estudiantes.
- Normalización red de control de acceso y CCTV.
- Migración de la página web a un modelo de Software como Servicio (SaaS).
- Documentación de la arquitectura de servidores, y de red.
- Ampliación del centro de cableado de mantenimiento.
- Migración de carpetas de Farmacia de servidor local a recurso de Google Drive.
- Campañas de ciberseguridad.

CENTRO DE CABLEADO “MARIANA” - ANTES



CENTRO DE CABLEADO “MARIANA” - DESPUÉS

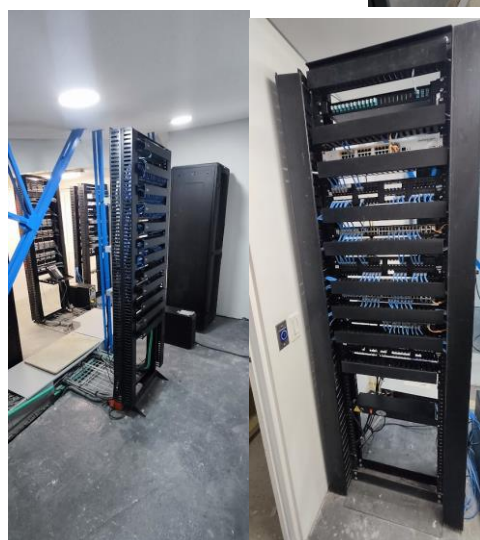
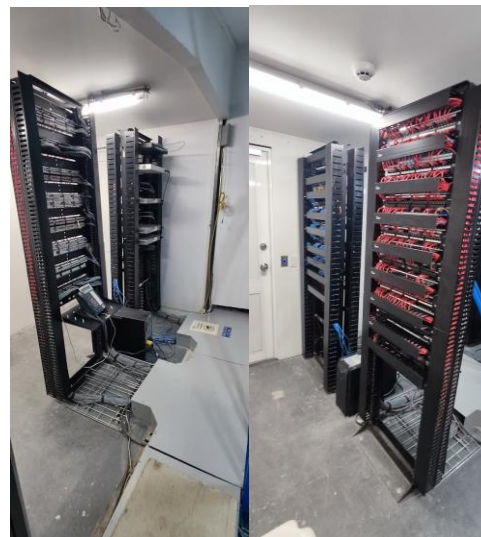
📍 Calle 5 # 22 - 76 Cali, Colombia

📞 NIT: 890.399.020-1

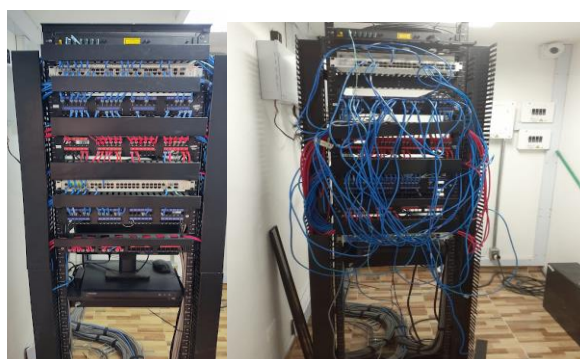
☎ 602 4854404

🌐 www.clubnoel.org





Casa Administrativa - ANTES y DESPUÉS



Gabinete Sala ERA

📍 Calle 5 # 22 - 76 Cali, Colombia

📞 NIT: 890.399.020-1

📠 602 4854404

🌐 www.clubnoel.org

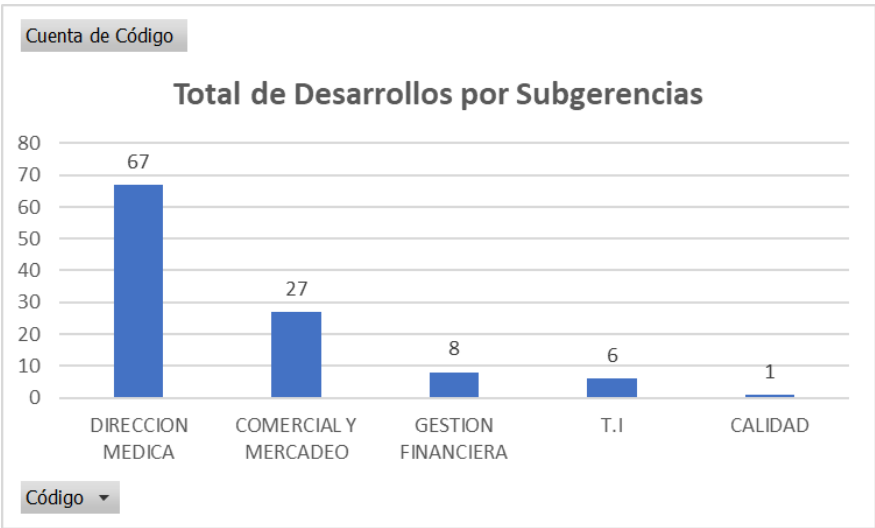




Nuevo Rack Laboratorio

Gestión de Desarrollo de Software

- Se realizaron un total de 109 desarrollos a lo largo del año 2023, con especial énfasis en aquellos destinados al manejo de historias clínicas oncológicas y al soporte en interfaces entre laboratorio para temas como glucometrías y patología. Estas iniciativas jugaron un papel crucial en la mejora y habilitación de los servicios de Oncología.



Otras actividades realizadas por el grupo de desarrollo son:

- Ajustes de cierre automático de bodega:**

Anteriormente, la actividad de cierre de bodega se realizaba manualmente todos los meses a medianoche. Ahora, se ha implementado un sistema automático para llevar a cabo estos ajustes.

- Implementación de servicios para proyectos de glucometría:**

Calle 5 # 22 - 76 Cali, Colombia

NIT: 890.399.020-1

602 4854404

www.clubnoel.org



Se ha implementado una serie de servicios que permiten la ejecución eficiente de proyectos relacionados con glucometría en los distintos entornos, incluyendo Servidores de Desarrollo, Implementación y Producción.

- **Apoyo en la generación de circulares SISMED y Anexo técnico RIP185RIPS xIPS:**

Se brindó apoyo en la generación manual de circulares SISMED y en la preparación del Anexo técnico RIP185RIPS xIPS.

- **Implementación de consola HTOP para monitoreo de procesos:**

Se ha llevado a cabo la implementación de la consola HTOP para facilitar el monitoreo de procesos en los servidores de Desarrollo, Implementación y Producción.

- **Capacitación en estándar HL7 para desarrollo de interoperabilidad:**

Se recibió una capacitación integral en el estándar HL7 con el objetivo de fortalecer el conocimiento en el desarrollo de interoperabilidad.

- **Implementación de DBaver para gestión de reportes en GLPI:**

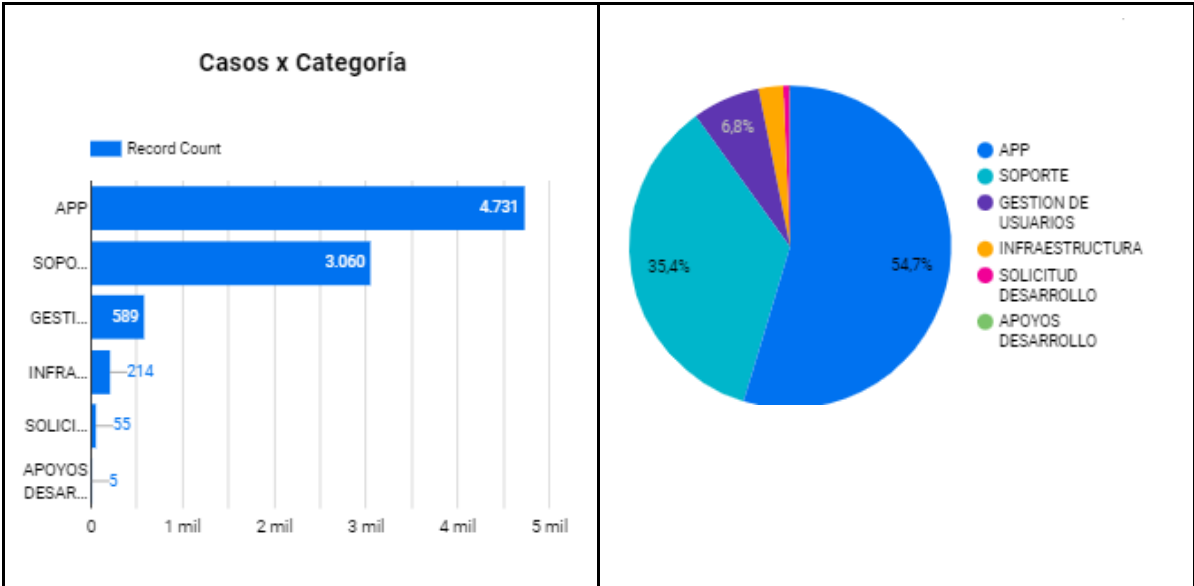
Se implementó DBaver con el propósito de gestionar de manera eficiente los informes generados en proyectos de desarrollo que son manejados a través de la aplicación GLPI.

Mesa de servicios

Atención de solicitudes e incidentes de casos registrados a través de la mesa de servicio GLPI. Se recibieron un total de 8.654 casos, de los cuales 6.428 corresponden a solicitudes y 2.256 a incidentes. El cumplimiento para las solicitudes es del 90.97%, mientras que para los incidentes es del 91.7%.



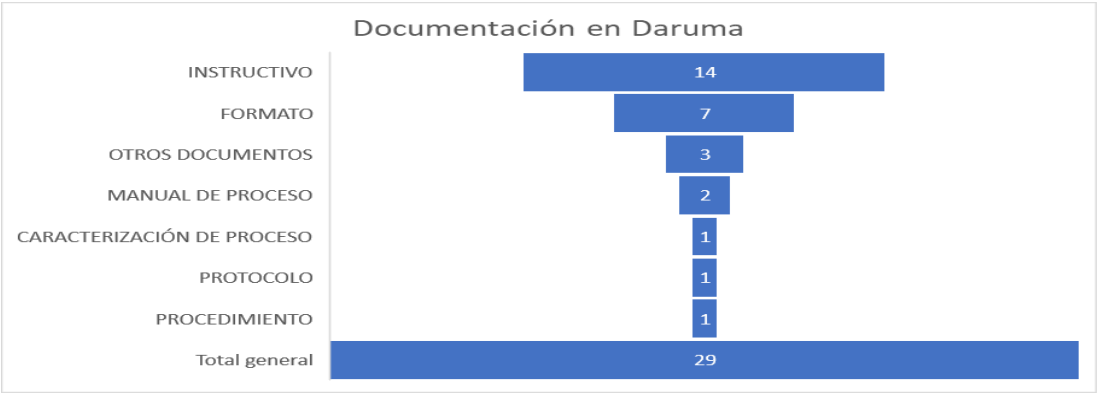
La mayoría de los casos están relacionados con el soporte a la aplicación SIIS, abarcando diversas áreas como Facturación, Historia Clínica, parametrizaciones, entre otros. A este grupo le siguen los temas vinculados al soporte técnico, que incluyen el mantenimiento de equipos de cómputo, impresoras, configuraciones de equipos, repotenciación de equipos, y la gestión de usuarios en términos de creación, desactivación y modificación. Además, se atienden solicitudes e incidencias relacionadas con Infraestructura, así como nuevas solicitudes de desarrollo y brindamos apoyo al área de desarrollo desde la mesa de servicio.



Anualmente, llevamos a cabo dos planes de mantenimiento, abarcando tanto equipos de cómputo como impresoras, con el objetivo de identificar mejoras en su rendimiento y realizar reparaciones preventivas. Hasta la fecha, gestionamos un total de 486 equipos, que incluyen laptops, desktops, workstations y tablets. Asimismo, nuestro parque de impresión consta de 135 máquinas, que comprenden tanto aquellas de propiedad institucional como las que se encuentran en régimen de alquiler. Este enfoque proactivo garantiza la eficiencia y la durabilidad de nuestros activos tecnológicos.

Documentación

Estamos continuamente actualizando y generando nueva documentación, promoviendo la estandarización de procesos a través de la aplicación institucional Daruma.



Ejecución de Presupuesto

Se logró un significativo ahorro total de \$75.013.837 en relación con el presupuesto asignado para el área, destacando la importancia de estas economías en la eficiencia y gestión financiera del departamento.

PRESUPUESTO	EJECUCIÓN	VARIACIÓN	% VARI
\$ 1.130.108.045	\$ 1.055.094.208	\$ 75.013.837	93%

Consumo de papel

Desde el proceso de Tecnologías de la Información, se ha alcanzado un ahorro significativo en el consumo de papel mediante prácticas sostenibles, como la reutilización de papel reciclado, la impresión únicamente de documentos necesarios y la implementación de herramientas como Google Docs para la socialización, firma y aprobación de documentos.

CONSUMO 2023	CONSUMO 2024	VARIACIÓN	RESULTADO
4	6	-33%	disminuyó

Durante el año 2023, el equipo de Tecnologías de la Información ha dirigido sus esfuerzos hacia diversos frentes, abarcando la infraestructura de red, la gestión de servidores, el desarrollo de aplicaciones SIIS, gestión de mantenimientos de equipos y la administración de casos en la mesa de ayuda. Estas iniciativas contribuyen de manera significativa a la atención de incidentes y solicitudes de los usuarios de Club Noel y que impactan en el servicio de atención al paciente.

Respecto a la Infraestructura de Red y gestión de servidores, durante el año 2023, se llevaron a cabo diversas iniciativas para fortalecer la infraestructura de red de la institución. Esto incluyó la activación de nuevos enlaces en fibra óptica, la mejora y reorganización de cuartos técnicos en áreas clave como Mariana, Imágenes, Casa Administrativa, Cirugía, laboratorio, sala ERA, y DIRCO. Además, se realizaron ajustes y reubicaciones de dispositivos de red, la instalación de 9 switches ARUBA, y la adquisición de nuevos Access Points para mejorar la cobertura de la red wifi. También se implementaron planes de backup optimizados para servicios de imágenes mediante SAN, a través de Infraestructura como servicio IaaS, adicionalmente se realizó implementación de backup para los demás servicios en NAS y Acronis en entorno web. Otras acciones incluyeron la actualización de sistemas virtuales de VMware y Hyper-V, la ampliación del canal de internet con el operador Claro, la segmentación de redes para infraestructura, invitados, médicos y estudiantes, la normalización de la red de control de acceso y CCTV, la migración de la página web a un modelo de Software como Servicio (SaaS), la documentación detallada de la arquitectura de servidores y red, la migración de carpetas a recursos de Google Drive, y la ejecución de campañas de ciberseguridad. Estas acciones fueron fundamentales para mejorar la eficiencia y seguridad en el manejo de la infraestructura tecnológica de la institución.

Por otra parte en lo que se refiere a la Gestión de Desarrollo de software a lo largo del año 2023, llevó a cabo un total de 109 desarrollos, focalizándose especialmente

en la implementación de soluciones para el manejo de historias clínicas oncológicas y el respaldo en interfaces entre laboratorio para aspectos como glucometrías y patología, lo cual desempeñó un papel esencial en la mejora y habilitación de los servicios de Oncología. Además, se realizaron diversas acciones para optimizar

procesos, como la automatización del cierre mensual de bodega, la implementación de servicios para proyectos de glucometría en diferentes entornos, el respaldo en la generación de circulares SISMED y Anexo técnico RIP185RIPS xIPS, la capacitación en el estándar HL7 para fortalecer el conocimiento en desarrollo de interoperabilidad. Estas iniciativas contribuyeron significativamente a la eficiencia y mejora continua en el ámbito de desarrollo de software.

Desde la mesa de servicios de T.I, se gestionó la atención de solicitudes e incidentes registrados a través de la mesa de servicio GLPI, recibiendo un total de 8.654 casos. De estos, 6.428 fueron solicitudes y 2.256 incidentes, logrando un cumplimiento del 90.97% para las solicitudes y del 91.7% para los incidentes. La mayor proporción de casos está relacionada con el soporte a la aplicación SIIS, abarcando áreas como Facturación, Historia Clínica y parametrizaciones, seguido por temas vinculados al soporte técnico, mantenimiento de equipos, impresoras, configuraciones y gestión de usuarios. Adicionalmente, se atendieron solicitudes e incidentes de Infraestructura, nuevas solicitudes de desarrollo y se brindó apoyo al área de desarrollo desde la mesa de servicio.

Nos hemos destacado por mantener una actualización constante y generar nueva documentación, promoviendo la estandarización de procesos mediante la aplicación institucional Daruma. Durante el año 2023, hemos intervenido un total de 29 documentos, marcando un progreso significativo para un total de 62 documentos vigentes hasta la fecha. Este esfuerzo refleja nuestro compromiso continuo con la mejora y optimización de los procesos en el departamento.

Anualmente, llevamos a cabo dos planes de mantenimiento, abarcando tanto equipos de cómputo como impresoras, con el objetivo de identificar mejoras en su rendimiento y realizar reparaciones preventivas. Hasta la fecha, gestionamos un total de 486 equipos, que incluyen laptops, desktops, workstations y tablets. Asimismo, nuestro parque de impresión consta de 135 máquinas, que comprenden tanto aquellas de propiedad institucional como las que se encuentran en régimen de alquiler. Este enfoque proactivo garantiza la eficiencia y la durabilidad de nuestros activos tecnológicos.

En cuanto a la ejecución del presupuesto, logramos un notable ahorro total de \$75.013.837, representando un 93% de eficiencia en la gestión financiera del departamento en comparación con el presupuesto asignado de \$1.130.108.045.

Adicionalmente, en el consumo de papel, hemos implementado prácticas sostenibles que han llevado a un significativo ahorro. Estas incluyen la reutilización de papel reciclado, la impresión selectiva de documentos esenciales y el uso de herramientas como Google Docs para la socialización, firma y aprobación de documentos, contribuyendo así a nuestra responsabilidad medioambiental.

5. OPERACIONES CELEBRADAS CON LOS SOCIOS O ACCIONISTAS Y CON LOS ADMINISTRADORES

La Fundación Clínica Infantil Club Noel de acuerdo a sus estatutos y a su constitución y personería jurídica no tiene socios por ende no aplica la realización de préstamos o negocios a los mismos por su inexistencia en ambos sentidos.

A su vez la Fundación no realizó ningún tipo de contratación con sus gerentes y/o subgerentes médicos y administrativos dando continuidad a la independencia de sus labores contractuales asociadas al contrato laboral.

6. ESTADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR POR PARTE DE LA SOCIEDAD

En cuanto a la propiedad intelectual, a los derechos de autor, y a las licencias para el funcionamiento de la Fundación Clínica Infantil Club Noel, cumple a cabalidad con los contratos y pagos a los proveedores según materialidad y se detalla a continuación, la información más significativa en cuanto a licencias:

RELACIÓN DE LICENCIAS POR SOFTWARE Y PROVEEDOR SISTEMA	PORVEEDOR
SIIS ERP (Sistema de Información Integral en Salud)	IPSOFT
SIIS CODIGO FUENTE	IPSOFT
CGUNO 8,5 (SIESA)	SISTEMAS DE INFORMACION EMPRESARIAL
SOFTWARE MANTENIMIENTO	WIN SOFTWARE ASOCIADOS LTDA
SOFTWARE DARUMA	TIQAL SAS
SOFTWARE ARQUITECTO	INFOTECH
INTERPRISE ERP	SISTEMAS DE INFORMACION EMPRESARIAL
SOFTWARE PGP	MD&CO CONSULTING
LICENCIA SOFTWARE CMW -PACS	AJOVECO SAS
LICENCIAS (Equipos RX)	RX
LICENCIAS-CETEC	CENTRO DE TECNOLOGIA ESPECIALIZADO DE COLOMBIA S.A
LICENCIAS-ANTIVIRUS	INFOTECH
LICENCIAS (AUTOCAD)	INFOTEHC
SOFTWARE INDEMIX	MD&CO CONSULTING
LICENCIAS -SIGE ARCONET	SITI SOLUCIONES
LICENCIAS WINDOWS SERVER 2022(DEVICE CAL-USER CAL)	INFOTECH
LICENCIAS MICROSOFT BUSINES	INFOTECH
LICENCIAS WINDOW PROFESIONAL	INFOTECH
LICENCIAS SOFTWARE NOMINA PLUS	INGECON GROUP
LICENCIAS Microsoft 365	INFOTECH
SOFTWARE - PL COLAP- FACTURACIÓN ELECTRÓNICA	FACTURE
SOFTWARE MIPRESENLINEA	SALUD ELECTRONICA
G-SUITE -GOOGLE WORKSPACE ENTERPRISE STANDARD	NUVA
MI TURNO (Atril-Gateway)	NETUX
AUDIMENSAJES (Creación y Producción)	MUSICAR
CALL CENTER (ASPEC)	INFOVOX

También se da cumplimiento a las obligaciones laborales y a la liquidación y pago oportuno de seguridad social de todos los colaboradores como lo enmarca la ley para contratación laboral.

El pago de los intereses a las cesantías se realizó en el mes de enero por un valor de \$156.854.572 y las cesantías en el mes de febrero por \$ 1.369.290.989, consignado al Fondo de Cesantías correspondiente. A su vez se realizó la liquidación y pago de la Prima de servicios en el mes de junio por \$ 878.429.755 y en diciembre por \$ 944.290.742.

Se cumplió con la liquidación y pago de Horas Extras, recargos y festivos, como liquidación de contratos, entrega de dotación y demás obligaciones labores. A continuación, se presenta la relación de los pagos consolidados realizados en el año 2023 por parte de la Fundación Clínica Infantil Club Noel por Seguridad Social a los

diferentes Fondos de Pensiones, Parafiscales (SENA, ICBF, CCF), ARL y Entidades de Salud.

PERIODO	VALOR
ENERO	\$ 661.060.100,00
FEBRERO	\$ 650.610.000,00
MARZO	\$ 644.108.500,00
ABRIL	\$ 661.628.500,00
MAYO	\$ 760.001.800,00
JUNIO	\$ 769.264.500,00
JULIO	\$ 783.073.000,00
AGOSTO	\$ 802.289.200,00
SEPTIEMBRE	\$ 817.010.300,00
OCTUBRE	\$ 792.658.700,00
NOVIEMBRE	\$ 819.294.200,00
DICIEMBRE	\$ 822.106.400,00
TOTAL	\$ 8.983.105.200,00

7. LIBRE CIRCULACIÓN DE FACTURAS

En cumplimiento de lo indicado en el artículo 87 de la Ley 1676 de agosto 20 de 2013,

“El artículo 87 de la Ley 1676 de 2013 introdujo un párrafo al artículo 7 de la Ley 1231 de 2008, con el fin de prohibir expresamente primero, la retención del original de la factura de venta y segundo, en general todo acto del acreedor dirigido a impedir su libre circulación”.

Con respecto a lo anterior la Fundación Clínica Infantil Club Noel en ningún caso dificulta alguna operación bajo factoring, sobre la facturación generada por parte de los proveedores a su cargo y a su vez se confirma que para este periodo no hubo ninguna operación de factoring o intensión de los proveedores bajo esta modalidad.

8. Anexo: ver informe de Gestión Áreas Asistenciales

1.1. CONSULTA EXTERNA

Estrategia: aumenta la participación en ventas del servicio de consulta externa realizando autogestión frente a las plataformas de las entidades, con el propósito de aumentar la rentabilidad de la institución.

Se ejecuta la estrategia al 50%, hasta el mes de junio, por motivo de nueva contratación se incrementa la venta sin necesidad de realizar autogestión. En el mes octubre realizamos la consecución de más horas de las siguientes especialidades: cirugía pediátrica, gastroenterología, neurología, ortopedia, por incremento de ventas en consulta externa por contrato con EPS NUEVA EPS.

1.2. TERAPIAS

Estrategia: aumenta la participación en ventas del servicio de consulta externa realizando autogestión frente a las plataformas de las entidades, con el propósito de aumentar la rentabilidad de la institución.

Desde el mes de noviembre se tiene un decrecimiento por renuncia de terapeutas de terapia ocupacional, hasta el mes de diciembre no se ha logrado reiniciar el servicio.

1.3. ODONTOLOGIA:

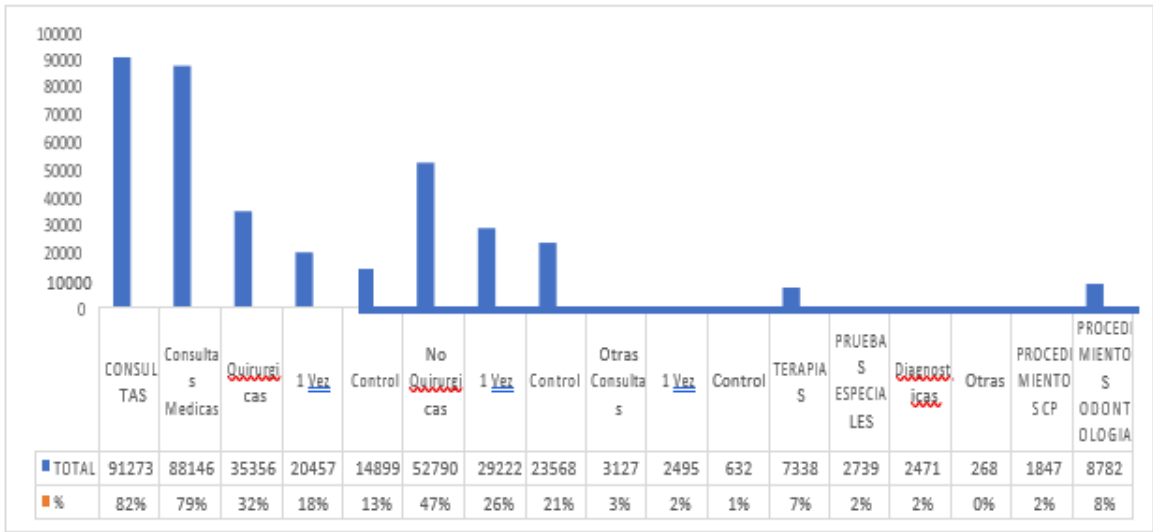
Estrategia: Fortalecer la atención del usuario con implementación de criterios de atención y diferenciación entre las especialidades no medicas de odontología y odontopediatría.

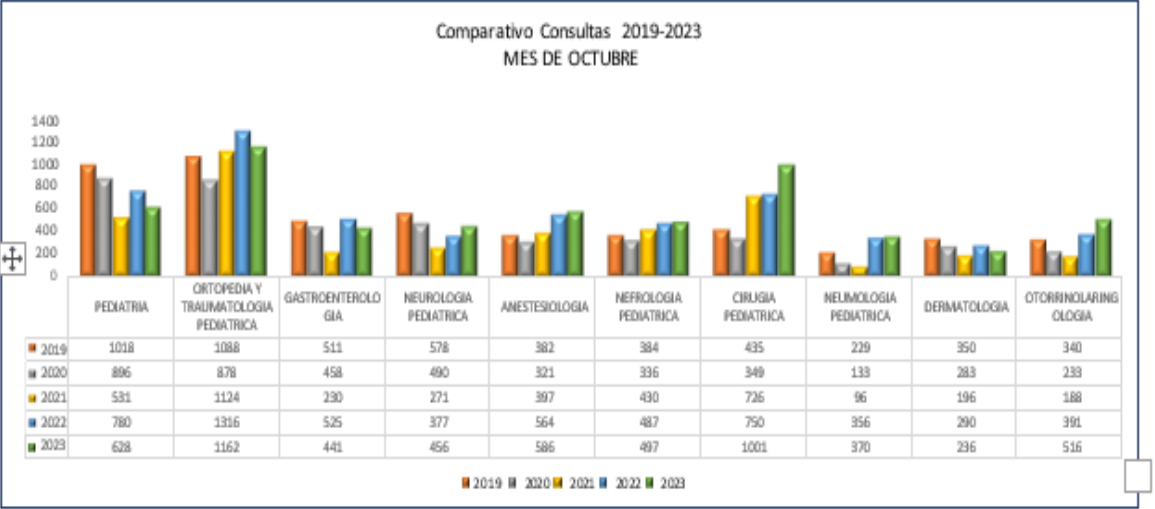
2. ACTIVIDADES ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS

Durante el año 2023 se realizaron un total de 111979 de actividades, desagregado en consultas de especialidades médicas, especialidades no médicas, terapias, pruebas especiales diagnosticas y/o terapeutas y procedimientos.

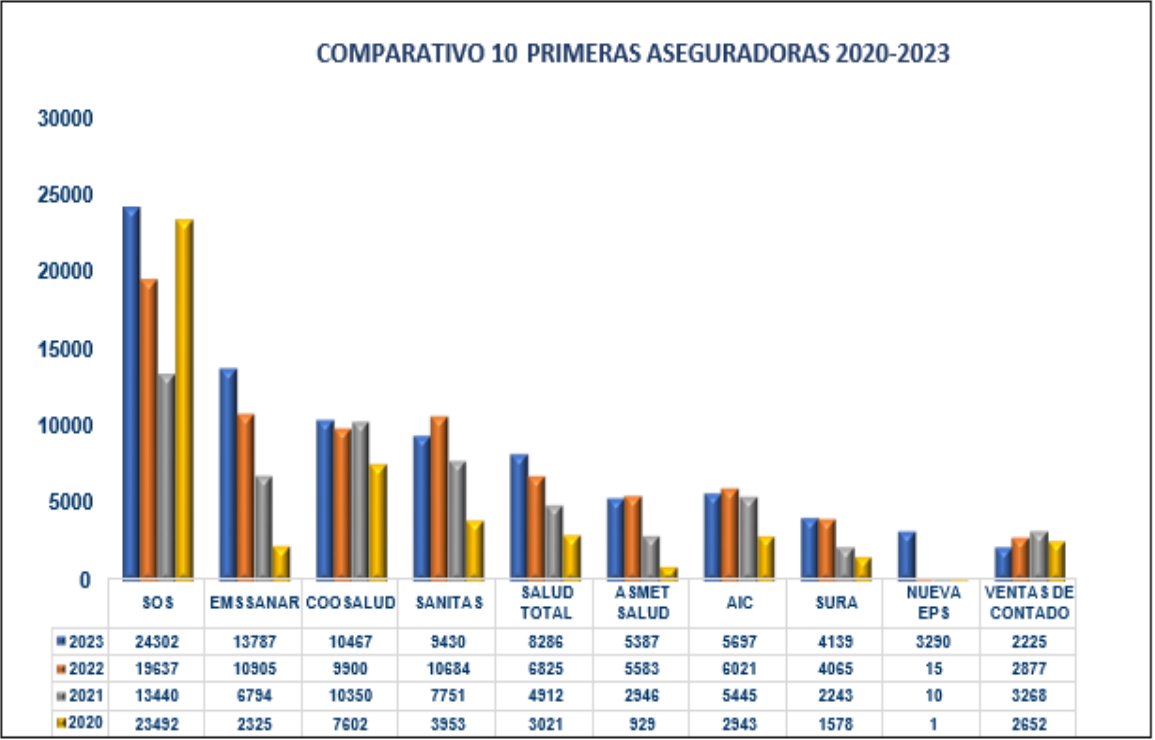
El número de consultas médicas realizadas comparadas con el año inmediatamente interior presenta un crecimiento del 9% promediado con todas actividades de centro pediátrico, siendo otorrinolaringología la especialidad con mayor crecimiento con un reporte de 67%, seguido de psiquiatría con un 57%, hematología y alergología con 43% de crecimiento.

En cuanto a los procedimientos de centro pediátrico, odontología es la principal especialidad con 8782 actividades.





Las tres entidades con mayor participación durante el 2023 son: SOS 24.302 conactividades realizadas, EMSSANAR 13.787 y COOSALUD 10467.



MATRIZ DOFA 2023

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
✓ Eficiencia de talento humano competente y comprometido ✓ Aumento en la receptividad y adherencia de médicos especialistas en cumplimiento del registro de consentimientos informados y diligenciamiento de historia clínica ✓ Rondas de seguridad del paciente y rondas de grupo líder, identificando comportamientos inseguros para la atención del paciente. ✓ Ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo, correctivo, recalificación y soporte técnico de los equipos adquiridos; acciones orientadas a garantizar la seguridad del paciente. ✓ Entrega de dotación de elementos de protección personal. ✓ Revisión documental del área, modificación y actualización de versiones; como seguimiento a los procesos de la mejora continua de la calidad. ✓ Trabajo mancomunado con el área de cuentas medicas con el objetivo de analizar los reportes de glosa o devolución de las diferentes EAPB o entidades responsables de pago, con el fin de impactar en la disminución de la glosa efectiva y buscar herramientas que conlleven a planes de mejora que mitiguen los riesgos que afectan el flujo de recursos de la institución.	✓ Ejecución mensual del programa de capacitación continua. ✓ Programa de inclusión de insumos medicamentos manejados en consulta externa. ✓ Implementación de nuevos consultorios ✓ Contamos con el área de <u>call center</u> de manera institucional. ✓ Se documenta incremento de pacientes, justificando crecimiento del área de facturación.
DEBILIDADES	AMENAZAS
✓ Personal auxiliar de enfermería requería por el área la cobertura se realiza por estudiantes de enfermería lo que conlleva a ausencia de compromiso para cumplir con funciones propias del área. ✓ En caso de incapacidad o vacaciones el mismo personal cubre el faltante. ✓ Personal con restricciones laborales.	✓ Crisis financiera ✓ Término de contrataciones con EAPB ✓ Falla y daño en equipos. ✓ Aumento en costos y consumo de Elementos de protección personal, insumos y medicamentos por crisis sanitaria (Pandemia COVID-19)
	✓ Daño o deterioro de equipos biomédicos por falta tiempo de uso ✓ Riesgo por daño o deterioro de tecnología. ✓ Pérdida de equipos por ausencia soportes fijos.

PROPUESTAS Y PROYECTOS

- ✓ habilitar laboratorio de marcha.
- ✓ Nuevo consultorio para otorrinolaringología equipado con toda la tecnología que cumpla con las necesidades médicas.
- ✓ Actualización y adquisición de nueva tecnología.
- ✓ Continuar con la medición de la adherencia a diligenciamiento de historia clínica y consentimientos informados,
- ✓ Contribuir al cumplimiento de los indicadores de cumplimiento normativo.
- ✓ Implementar estrategias a cumplir con la oportunidad en la asignación de citas con relación a las especialidades de normatividad.
- ✓ Implementar estrategias para cubrir la oportunidad de las subespecialidades en un tiempo no mayor a 60 días.
- ✓ Continuar con la ejecución del plan de capacitaciones y evaluación de conocimientos del personal de consulta externa, encaminados al alcance de las metas de los estándares de calidad institucional.

CUMPLIMIENTO DE METAS Y LOGROS

1. Estrategias del Plan Operativo Anual del 2023

Habilitar el Servicio de Cirugía Cardiovascular - Fase I

Actividades realizadas:

- Con los cardiólogos institucionales se realiza verificación de códigos CIE 10, de acuerdo con las categorías de riesgo de la clasificación RACHS-1, con las cuales se considera iniciar la atención con pacientes de la Categoría 1 y 2.
- Se realiza autoevaluación de Habilitación con la Resolución 3100 de 2019, de los lineamientos específicos del área de Cirugía y se amplía la información de los estándares con la resolución 2003 de 2014.
- Se identifican los recursos físicos, tecnológicos/dotación y humanos necesarios.

2. ACTIVIDADES ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS

2.1 ACTIVIDADES:

Durante el año 2023 se realizaron en total 14.290 actividades, desagregando cirugías (10.706) y procedimientos (3.584).

El número de cirugías realizadas comparados con el año inmediatamente anterior aumentó en un 20,2% siendo cirugía pediátrica la principal especialidad con 5.253 actividades, seguida de ortopedia con 2.314 y ORL con 1.583 actividades.

En cuanto a los procedimientos, gastroenterología fue la principal especialidad con 1.509 actividades, seguido de procedimientos de odontología con 676.



No. CIRUGÍAS REALIZADAS 2023	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
TOTAL CIRUGÍAS REALIZADAS	669	886	911	660	904	853	964	1047	991	969	1019	833
TOTAL PROCEDIMIENTOS	209	276	316	250	273	331	354	298	343	319	338	277
TOTAL PACIENTES PROGRAMADOS x MES	377	510	561	395	622	578	586	620	605	591	615	463
TOTAL CIRUGÍAS URGENTES (PACIENTES)	177	187	196	194	178	180	249	212	229	216	261	234

2.2 PARTICIPACION POR ENTIDAD:

Las tres Entidades con mayor participación durante el 2023 son la S.O.S con 3.272 actividades realizadas, seguido de Emssanar con 2.596 y Sanitas con 2.166.



MATRIZ DOFA 2023

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
✓ Apertura de quirófano integrado para realización de cirugías de alta complejidad ✓ Reestructuración de las áreas que dan cumplimiento a los estándares de habilitación (admisiones, recuperación, quirófanos, satélite de central de esterilización, cuarto de equipos biomédicos) ✓ Cumplimiento con el programa de capacitación continuada. ✓ Aumento en la receptividad y adherencia con participación de todo el personal. (asistencial y <u>especialistas</u>) en cumplimiento del registro de	✓ Ejecución mensual del programa de capacitación continua. ✓ Programa de inclusión de insumos y dispositivos médicos contando con recursos necesarios para la óptima atención de los pacientes. ✓ Contratación de auxiliares de enfermería para aumentar el cubrimiento de la capacidad instalada. ✓ Inclusión de material de osteosíntesis especializado para la población pediátrica.

consentimientos informados y ejecución de la lista de chequeo de cirugía segura ✓ Eficiencia del talento humano. Personal competente y comprometido. ✓ Optimización y rendimiento de tiempos quirúrgicos. ✓ Con la iniciativa del programa de Seguridad del Paciente se realizan Rondas de Seguridad (tecnovigilancia, farmacovigilancia, comité de infecciones y seguridad del paciente) destacando comportamientos seguros implementados desde el área, igualmente se identifican fallas de seguridad las cuales se intervienen y quedan consignadas en el plan de acción. ✓ Ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo, correctivo, recalificación y soporte técnico de los equipos adquiridos; acciones orientadas a garantizar la seguridad del paciente. ✓ Entrega de dotación de elementos de protección personal, incluyendo renovación tecnológica de chalecos plomados. ✓ Revisión documental del área, modificación y actualización de versiones; como seguimiento a los procesos de la mejora continua de la calidad. ✓ Aumento en adherencia a criterios de calidad de la historia clínica.	✓ Adquisición de tecnología e instrumental quirúrgico para aumento de capacidad instalada. ✓ Convenio docente - asistencial (formación de pregrado, postgrado)
DEBILIDADES	AMENAZAS
✓ Los servicios de cirugía y la central de esterilización se encuentran en edificaciones separadas, afectando en la oportunidad de la entrega de equipos, instrumental y dispositivos estériles solicitados, especialmente en casos de urgencias. ✓ Riesgo de contaminación del servicio de cirugía y central de esterilización por constante ejecución de obras institucionales.	✓ Crisis financiera ✓ Término de contrataciones con EAPB ✓ Falla y daño en equipos biomédicos. ✓ Costos elevados en repuestos y reparación de equipos. ✓ Costos elevados para la preparación de cirugías (aumento de precios de los insumos). ✓ Desabastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos y equipos
✓ En caso de incapacidad o vacaciones el mismo personal cubre el faltante. ✓ Personal con restricciones laborales. ✓ Altos costos de inversión para renovación tecnológica.	biomédicos por déficit de materia prima para su producción. ✓ Daño o deterioro de equipos biomédicos. ✓ Riesgo por daño o deterioro de tecnología. ✓ Pérdida en inventario de ropa por tercerización y falta de trazabilidad de prendas hospitalarias.

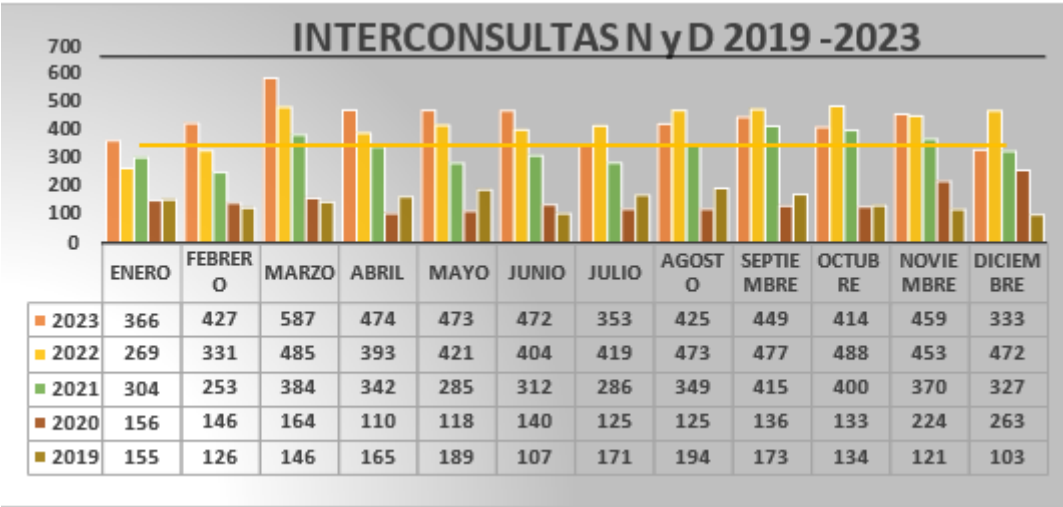
PROPUESTAS Y PROYECTOS

- ✓ Ejecutar el Plan Operativo Anual, orientado en habilitar el servicio de Cirugía Cardiovascular.
- ✓ Dar continuidad a la estrategia de programación de cirugía ampliando el alcance a las órdenes de cirugías de mediana y baja complejidad.
- ✓ Apertura de nuevos quirófanos con implementación de tecnología de punta, lo cual apunta a la perspectiva de cliente y mercado y financiera.
- ✓ Actualización y adquisición de nueva tecnología.
- ✓ Continuar con la medición de la adherencia a listas de chequeo, lavado de manos, limpieza y desinfección de equipos biomédicos apuntando al cumplimiento de las metas de seguridad del paciente.
- ✓ Contribuir al cumplimiento de los indicadores de la unidad quirúrgica.
- ✓ Implementar estrategias encaminadas al cumplimiento de las metas de habilitación de cirugía cardiovascular y al mejoramiento de los procesos del servicio de cirugía.
- ✓ Continuar con la ejecución del plan de capacitaciones y evaluación de conocimientos del personal de cirugía, encaminados al alcance de las metas de los estándares de calidad institucional.

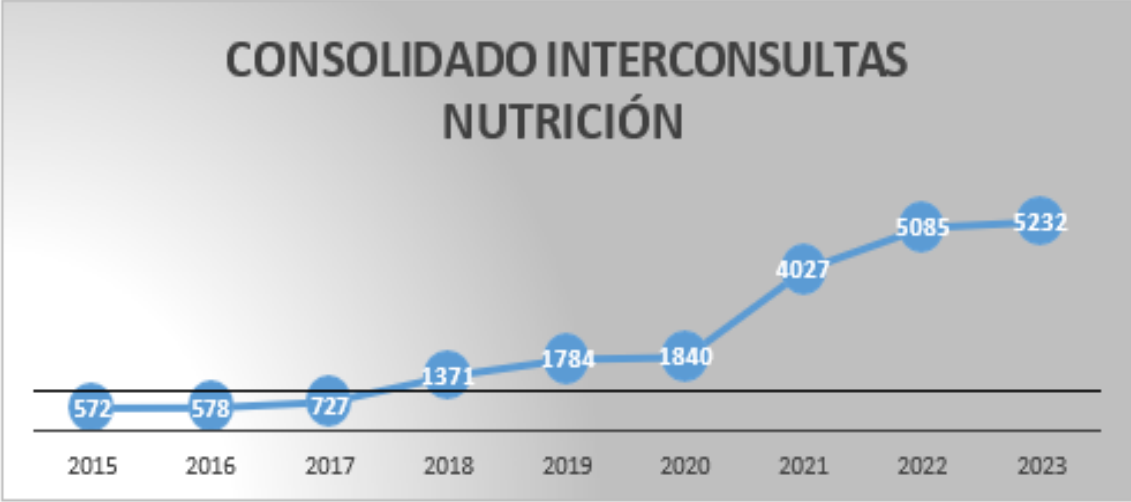
CUMPLIMIENTO DE METAS Y LOGROS

NUTRICION CLÍNICA

1. INTERCONSULTAS POR NUTRICION Y DIETETICA



- El total de interconsultas en 2023 fue de 5,232 siendo un 102% más que el 2022, lo que confirma el crecimiento en la atención por interconsulta y por ende incremento en las actividades diarias de la nutricionista. Dicho crecimiento viene en incremento progresivo a través de los últimos 7 años. La complejidad de la atención también se ha destacado.
- Este crecimiento se debe también a la integración por nómina de una nutricionista adicional desde mayo del 2022, lo que ha contribuido al continuo crecimiento de la atención mediante interconsultas y ha permitido una mayor oportunidad de respuesta a las interconsultas solicitadas y el seguimiento a los pacientes.



2. **TAMIZAJE NUTRICIONAL**

Esta herramienta de detección de riesgo nutricional, encaminada a prevención de la desnutrición hospitalaria, es realizada por estudiantes de práctica de la universidad Javeriana y Escuela nacional del deporte, los resultados para el año 2023 fue en total de 3784 pacientes tamizados, un incremento del 176% con respecto al 2022. Todos lospacientes que arrojaron riesgo alto fueron intervenidos nutricionalmente.

3. **CONVENIOS UNIVERSITARIOS**

Se dio continuidad al convenio con la END (Escuela Nacional del Deporte) con estudiantes de pasantía para el área de Nutricion clínica y servicios de alimentación, además del convenio con la Universidad Javeriana con estudiantes de practica e internado. Con los pasantes se desarrollaron proyectos relacionados con autocuidado y pausas activas, Educación en lecciones aprendidas de seguridad del paciente al personal de enfermería, matriz DOFA del servicio de alimentos y valoración diaria de pacientes y tamizaje Nutricional. Con los practicantes se logró llevar a cabo el programa yo me como todo, en el cual se buscaba educar a pacientes y familiares sobre la importancia y beneficios de consumir todos los alimentos brindando en la institución, así como también el continuar una alimentación saludable en el hogar.

4. **PROGRAMAS DE HUMANIZACIÓN Y FORMACION**

Durante el año 2023 se dio continuidad a 2 programas de humanización en el servicio de nutrición. El primero fue el programa Cumple Kids, el cual busca incrementar positivamente la experiencia de cada paciente y/o acompañantes durante su estancia por cualquiera de nuestras áreas de trabajo clínico; contribuyendo a la humanización en la alimentación de los pacientes en fechas especiales. Este programa busca incluir al paciente al tener presente aquellos que durante su estadía por la clínica estén de celebración por su cumpleaños, esto se realiza por medio de la entrega de un postre, adaptado a las condiciones y necesidades de cada paciente durante su hospitalización.

También continuó **Yo me como todo** el cual tiene como objetivo fomentar en los pacientes la importancia del consumo completo de los alimentos brindados durante su hospitalización, además de incentivar a la continuidad de esto en el hogar. Es dirigido a los pacientes que se encuentran en las salas de

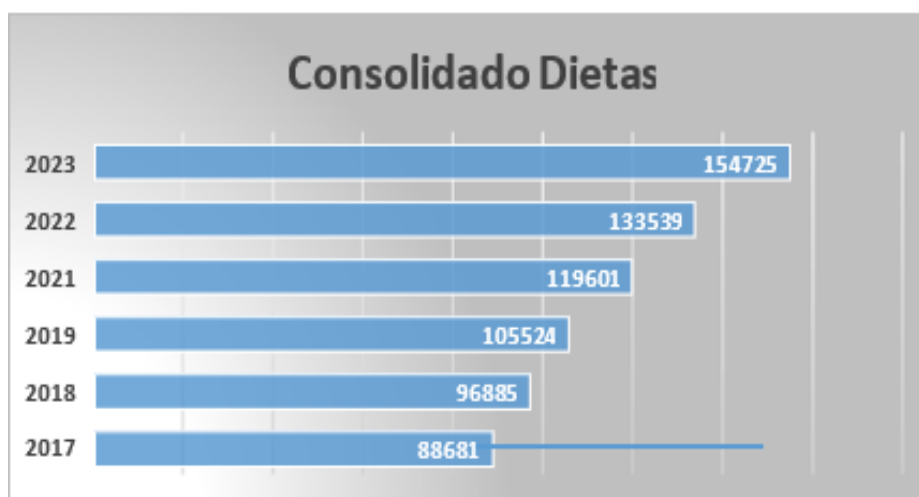
hospitalización y se alimentan por vía oral, su ejecución se llevó a cabo en jornadas educativas y charlas, así como también en rondas por cada habitación donde se explicaron los beneficios del consumo total de los alimentos, utilizando material de apoyo como infografías, carteles, videos, stickers y otro tipo de materiales visuales, que permitieron una mejor aceptación de lo expuesto.

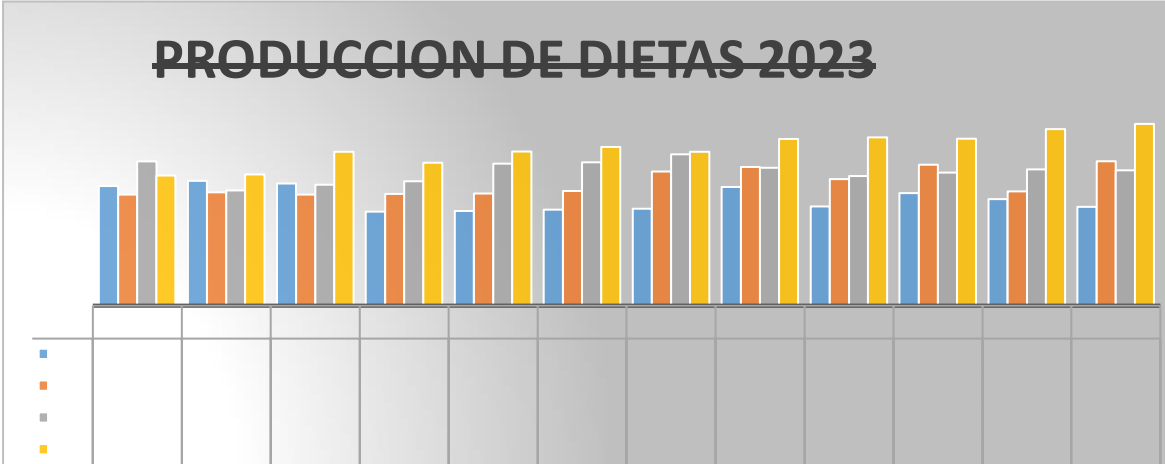
Mediante el programa **saca pecho** que promueve la lactancia materna en colaboradores y personal externo, se realizaron 6 sesiones educativas al personal de Club Noel que se encuentra en licencia de maternidad y embarazo. Adicionalmente se celebro la semana mundial de la lactancia, contando con la participación de la secretaria distrital de salud y educación virtual para acceso a personal externo.

El programa **vigías de Nutrición**, educo en más de 6 sesiones al personal asistencial de enfermería de hospitalización y ucip, en temas relacionados con soporte nutricional, alergia alimentaria, y dieta cetogenica. Educando alrededor de 10 vigías

SERVICIO DE ALIMENTOS

El servicio de Alimentos de la Fundación Clínica Infantil Club Noel es de autogestión y está conformado por 9 auxiliares y 1 Nutricionista jefe del servicio de alimentos (actividad compartida con la jefatura del lactario, del servicio de Nutrición y dietética y labor asistencial como nutricionista clínica) En el 2023 el servicio de alimentos realizó 154725 dietas, siendo la cifra histórica más elevada en los últimos 6 años, es decir 21186 dietas más que en el 2022. Esto asociado al incremento de pacientes y la entrega de alimentación a familiares de pacientes COVID





Además se avanzó en la tecnología del servicio, adquiriendo 2 carros térmicos con calor y frio para la distribución de dietas de una manera más segura, inocua que logre conservar la temperatura de salida de los alimentos y favorezca la aceptación de esta por parte de los pacientes. En la encuesta de satisfacción a usuarios este se año, se logró una aceptación de la dieta con un porcentaje mayor al 90% cumpliendo con la meta establecida.

MATRIZ DOFA 2023

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
✓ Capacitación continua al personal ✓ Un servicio de alimentos que cumple con la normatividad, con adecuada inocuidad. ✓ Concepto sanitario favorable con requerimientos. Expedido por la secretaria distrital de salud. ✓ Buen clima laboral. ✓ Creación de nuevas guías de guías y protocolos ✓ Medición del riesgo de malnutrición con el tamizaje nutricional Educación en lecciones aprendidas ✓ Manejo integrado de la desnutrición aguda primaria (sitio de referencia)	✓ Inspecciones por parte de ICONTEC para certificar al servicio. ✓ Dividir roles entre Servicio de alimentos, <u>Nutricion</u> clínica y Lactario permitirá poder crecer en cada una de las áreas y evitar riesgos. ✓ Contratación de un nutricionista para el servicio de alimentos que permita una mayor supervisión y mejoramiento de este. ✓ Contratación de auxiliar del servicio de alimentos para cubrimiento de vacaciones y para atender las

✓ Adquisición de 2 equipos (carros distribuidores de dieta) con frio y calor. ✓ Mejora en la inocuidad, pruebas microbiológicas adecuadas en alimentos y mesones. ✓ Crecimiento en la atención de interconsultas. ✓ Nutricionistas formadas y con experiencia para el manejo de patologías especializadas.	necesidades de alimentación de reuniones y comités administrativos. ✓ Teniendo en cuenta el crecimiento de la institución y la pronta apertura del servicio de oncología, se requiere de la contratación de nutricionista para este servicio. ✓ Creación e implementación del grupo de soporte nutricional. ✓ Creación de un programa de prevención de la desnutrición en la institución, lo cual es fundamental para la acreditación. ✓ Apoyo o patrocinio para educación continua a las nutricionistas y auxiliares de nutrición, que permita la actualización de sus conocimientos y se logre brindar un mejor servicio. ✓ Incrementar los convenios con universidades. ✓ Ampliar las instalaciones del servicio de alimentos para cubrir en incremento en las necesidades
DEBILIDADES	AMENAZAS
✓ Falta de personal: debido al crecimiento exponencial que ha tenido la clínica, se requiere de más auxiliares de nutrición para dar cumplimiento con las necesidades del servicio. ✓ Trabajo bajo presión para las nutricionistas por alta carga laboral. ✓ Falta de cumplimientos de actividades de supervisión en el servicio de alimentos, debido a una alta carga asistencial para las nutricionistas. ✓ No se cuenta con nutricionista los fines de semana, las nutricionistas actuales reciben llamadas telefónicas para ayudar a resolver casos. Se realizan las TPN de las salas y algunas de UCIP durante los fines de semana por desconocimiento de los médicos y porque esto compete a nutrición, sin embargo no queda un registro de esto. Aumentando el riesgo de incidentes y eventos adversos.	✓ El presupuesto estipulado para el mes puede verse afectado por las alzas de precios o requerimientos por parte del servicio de alimentos, tales como arreglos de infraestructura, etc. ✓ Construcciones cercanas: lo que puede ocasionar contaminación en el área de almacenamiento y de preparación de alimentos. ✓ Instalaciones peligrosas: presencia de rampas en la clínica muy empinadas y lisas, lo que arriesga al personal encargado de distribuir las dietas. ✓ Colapso del personal debido al cansancio generado y que continúan manifestando.

✓ No se cuenta con equipos tecnológicos para optimizar el tiempo de producción y mejorar la preparación de los alimentos ofrecidos a los pacientes. ✓ Cansancio del personal auxiliar del servicio de alimentos por alta carga laboral. ✓ Instalaciones reducidas en el servicio de alimentos: no permiten que la realización de actividades sea de la mejor forma y se altere las características sensoriales de los alimentos, presentando riesgo de deterioro de la materia prima. ✓ Contaminación alrededor del servicio por construcciones, arrojaron resultado de pruebas microbiológicas con contaminación en el ambiente.	✓ Errores en la distribución y entrega de dietas por falta de un nutricionista exclusivo para el servicio de alimentos. ✓ Incumplimiento de las metas administrativas e inasistencia a comités por cruce de tareas por doble rol (jefe de servicio, nutricionista clínica, administradora de servicio de alimentos y jefe de lactario) ✓
---	--

PROPUESTAS Y PROYECTOS

- Dividir roles entre Servicio de alimentos, Nutrición clínica y Lactario, con el fin de contar con un supervisor en cada área y lograr un mayor crecimiento en cada una.
- Contratación a tiempo completo de una auxiliar del servicio de alimento para cubrimiento de vacaciones y disminuir la carga laboral del personal
- Contratación de medio tiempo de nutricionista para cubrimiento del programa de oncología y consulta externa
- Contratación de un nutricionista del servicio de alimentos, con el fin de lograr una supervisión completa de esta área, permitiendo su mejora diaria.
- Continuar con la modernización del servicio de alimentos, es necesario la adquisición de un horno combi para facilitar las preparaciones y ofrecer una alimentación más saludable a los pacientes.
- Conformación del grupo de soporte nutricional institucional
- Dedicar tiempo a la investigación para publicar reportes de caso elaborados con los estudiantes de internado de la universidad Javeriana
- Creación de un área para el consumo de alimentos del personal
- Tener una cafetería para la institución que supla las necesidades de los colaboradores y acompañantes, ya que con frecuencia se acercan personas externas y colaboradores nuevos al servicio indagando sobre venta de alimentos.

URGENCIAS Y HOSPITALIZACION

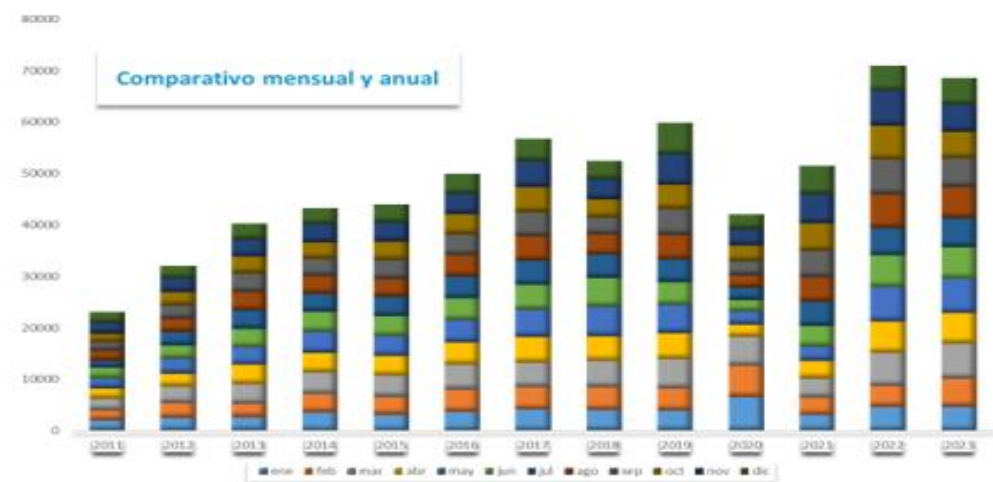
CUMPLIMIENTO DE METAS Y LOGROS

- ☐ En los servicios de urgencias y hospitalización se cuenta con una ocupación por encima del 200%, lo cual ha generado incremento del personal asistencial, nuevas áreas de expansión, y adquisición de tecnología acorde para la atención de más de 6000 pacientes al mes.
- ☐ Se continúa con el Programa de capacitación anual, para fortalecer el trabajo en equipo y la unificación de criterios, mejorando así, la comunicación en el personal asistencial.
- ☐ Las capacitaciones programadas para el año 2023 para el personal médico y enfermería están por encima de las 50, las cuales están

- enfocadas en los siguientes temas: Seguridad del paciente, Prevención de infecciones, tecnovigilancia, Farmacovigilancia, Vigilancia epidemiológica, Gestión ambiental, Violencia de género, Salud ocupacional, Atención al usuario, Programa TINVAS, Nutrición, Auditoría médica, Imágenes diagnósticas, Comité de cuentas médicas, Servicio de Oncohematología y Optimización de camas hospitalarias, entre otras.
- Se logra aprobación en conjunto con el Comité de Gerencia:
 - 3 médicos Pediatras
 - 1 médico General
 - 1 terapeuta respiratoria
 - 19 auxiliares de enfermería
 - 5 enfermeros jefes
 - Compra de 16 monitores de signos vitales
 - Compra de 16 termómetros timpánicos
 - 30 sillas poltronas para Sala Era
 - Percheros para colgar líquidos
 - Brazos metálicos de pared para colgar bombas
- Se realiza una jornada llama CAFÉ en el mes de agosto, la cual se enfocó en la administración segura de medicamentos.
- Se han realizado comités primarios e intervenciones personalizadas donde se han trabajado actividades que corresponden al fortalecimiento de:
 - Trabajo en equipo, comunicación asertiva y efectiva
 - Sentido de pertenencia, liderazgo del profesional de enfermería
 - Espacios de escucha activa ante las situaciones que se presentaron en los diferentes servicios de hospitalización y urgencias.
 - Apoyo con el departamento de talento humano, en los casos que se requiriera de su intervención con el personal de enfermería.
 - Hallazgos de auditorías internas y externa, y planes de acción para mejorarlos
 - Divulgación de cifras de adherencia a metas institucionales de seguridad del paciente y comité de infecciones.
 - Acompañamiento en los diferentes servicios por parte de las coordinaciones, para la resolución de situaciones o soporte en la toma de decisiones a los enfermeros.
 - Comités extraordinarios para revisión de eventos adversos graves o leves que ameriten intervención transversal.

2. Actividades con estadísticas relevantes y análisis.

Servicio de urgencias

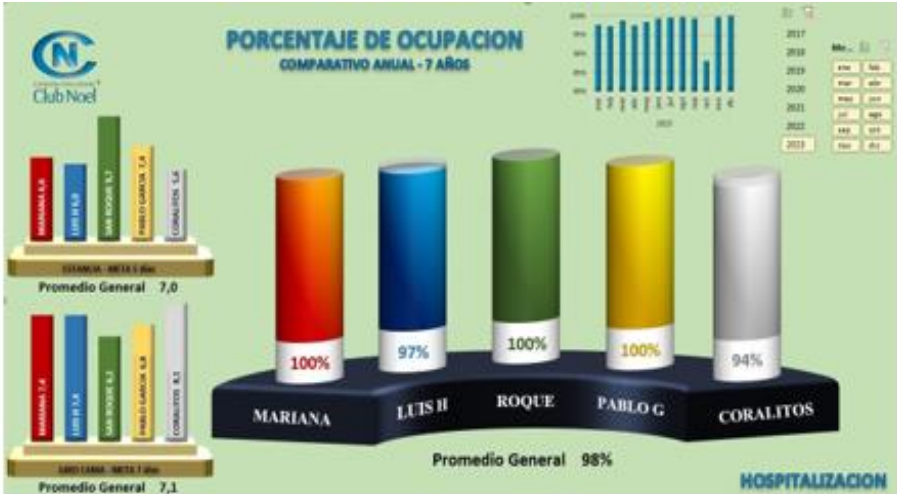


Desde el año 2011 se evidencia un incremento anual progresivo del 11% anual en la consulta de urgencias, con un descenso del 30% en el año 2020 a causa de la Pandemia por Covid-19, y un incremento promedio de los últimos tres años posteriores a ésta, del 19%.

Servicio de Hospitalización



El promedio de egresos mensuales hospitalarios en el 2023 fue de 416 pacientes, con un incremento respecto al año anterior, del 6%; una estancia hospitalaria promedio de 7 días y un porcentaje promedio de ocupación general del 98% en las 5 salas de hospitalización, superior a lo evidenciado en años anteriores, a pesar de los bloqueos programados de las habitaciones de las diferentes salas, para su remodelación.



MATRIZ DOFA 2023

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
✓ Seguimiento al programa de capacitación continuada. ✓ Optimización de recurso. ✓ Habilitación del servicio de sala de infusiones y hospitalización de Oncología pediátrica. ✓ Para aumentar el cumplimiento de estándares superiores de Calidad y fortalecer el Sistema de Gestión Institucional, en la FCICN se ha venido realizando divulgación al personal médico asistencial, Pediatras y personal de enfermería de las Guías de Práctica Clínica-GPC, de las 10 primeras causas de atención en los servicios de urgencias y hospitalización.	✓ Aumentar la capacidad instalada en el área de hospitalización, con el fin de descongestionar el servicio de urgencias. ✓ Contratación de médicos, auxiliares de enfermería y enfermeras profesionales, con el ánimo de mejorar el cubrimiento en los diferentes servicios, acorde a la demanda recibida.
DEBILIDADES	AMENAZAS
✓ Cubrimiento de incapacidades y/o vacaciones con el mismo personal asistencial. ✓ Recurso humano de enfermería no completo. ✓ Modalidad de contratación del personal médico y subespecialistas.	✓ Terminación de contratos con EAPB. ✓ Cierre de servicios de otras entidades de salud que prestan atención pediátrica.

PROPUESTAS Y ROYECTOS

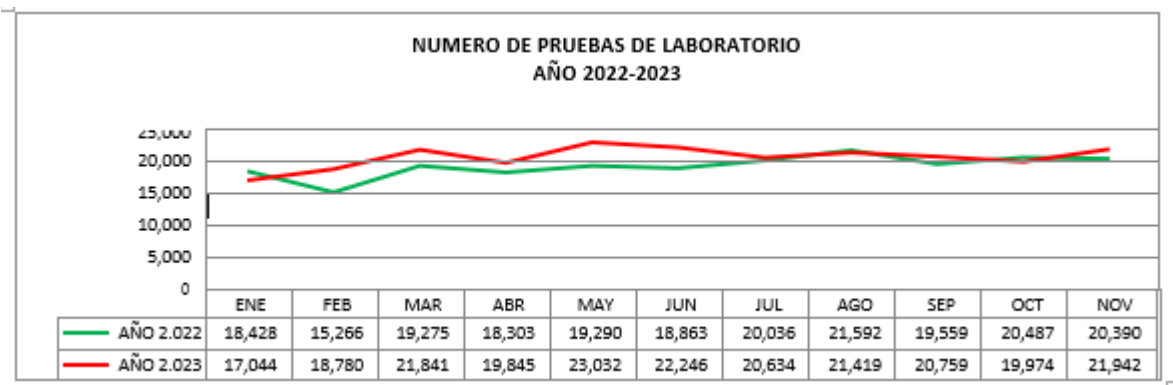
- Seguir contando con el apoyo de la dirección jurídica para la emisión de circulares a la fiscalía para la recepción de las cadenas de custodia que reposan en la coordinación de enfermería.

- Continuar el seguimiento en el cumplimiento de horario laboral a todo el personal, con la marcación de reloj, y la toma de intervenciones a través de anecdotarios por los incumplimientos generados.
- Fortalecimiento de la interdependencia de las coordinaciones médicas y enfermería con el departamento de gestión humana, dando acompañamiento y soporte en el manejo del personal.
- Fortalecer procesos de inducción transversales en el tiempo por áreas, de temas para personal médico, pediatras y enfermería.

Laboratorio Clínico

2. Logros

- Mejora de la infraestructura del laboratorio clínico.
- Habilitación del Servicio de Patología, Histología y Citología.
- Patrocinio educativo para estudio de postgrados.
- En el año 2.023 se realizaron 251.759 exámenes.
- Promedio de 20.980 exámenes por mes.



Las entidades a quienes se les realizo el mayor volumen de exámenes Fueron: Emssanar, CooSalud, SOS, Salud Total y Sura.

Los exámenes más frecuentes fueron: hemograma, Proteína C Reactiva, uroanálisis, coloración de Gram, dengue, sodio y potasio.

El número de exámenes promedio mes por paciente fue de 6.5.

Del total de exámenes recibidos, el 98% corresponde a exámenes de laboratorio, el 1% a Gestión pre-transfusional y el 1% a Patología.

Participación de exámenes por área con mayor volumen: 34% de Bioquímica sanguínea, 26% de inmunología y 20% de Hematología.

Áreas más rentables: Bioquímica sanguínea 86%, Microbiología 74% y Microscopia 70% El Nivel de Satisfacción fue del 95%.

numero de hemo componentes transfundidos: 691. De mayor frecuencia: glóbulos rojos en un 70%. El servicio que más transfundió fue la UCI Pediátrica en un 51%. Los Eventos Adversos más representativos reportados por el laboratorio fue la solicitud de nueva muestra por mal procedimiento en la toma de la muestra. Reactivo vigilancia: Se realizan reporte de reactivos que han presentado fallas de fabricación, evidenciado antes de su uso. Se verifica información emitida por el **INVIMA** en relación con las alertas sanitarias.

Actividades realizadas durante el año 2.023:

Infraestructura:

- Apertura de la nueva área de laboratorio, cumpliendo con todos los requisitos exigidos por norma, respecto a: áreas específicas como son: Gestión Pre-transfusional, Microbiología, Biología molecular, proceso y alistamiento.
- Aire acondicionado central, con presión negativa las áreas de microbiología, biología molecular y patología-macros-copia.
- Implementación del área de patología, tanto en infraestructura, como equipamiento necesario para el proceso.
- Implementación del tubo neumático para el transporte de las muestras, mejorando la oportunidad en el proceso.
- Habilitación del servicio de Patología, Histología y citológica. Recurso humano:
- Patrocinio económico para la formación académica de estudio de postgrado en Hematología y Gestión de la Calidad para dos profesionales.
- Se estandarizan las actividades propias de los cargos estructurales para la mejora del proceso en el laboratorio clínico: Líder de Garantía de la Calidad en Laboratorio Clínico, Líder en Microbiología, Líder en Gestión Pre-transfusional, con educación superior de Especialidad y Magister, Citohistotecnóloga para el área de Patología y Bacterióloga del área de Remisiones a laboratorio de referencia.
- Vinculación de Patólogo, para estandarización del servicio de Patología.
- Capacitación por mejoramiento del proceso: Aplicación clínica de hemo

- componentes y documentación del servicio de Gestión Pre-transfusional, para el personal médico y de enfermería. Re-inducción en el proceso del área de Gestión Pre-transfusional: Manejo del Sistema de información Hexabank, equipos bio médicos y procedimientos propios del área. Socialización de los Documentos Daruma, a todo el personal de Laboratorio. Capacitación en Toma de muestra y adherencia al instructivo de alistamiento, protocolo de seroteca, filtración de colorantes y sistema de información Enterprise al personal auxiliar de laboratorio clínico. Capacitación de practicas seguras en Toma de muestra punción venosa y arterial al personal de enfermería de todos los servicios hospitalarios.
- Capacitación con Secretaria de Salud Pública Departamental: Lectura de baciloscopias, coloración de Gram y hemoparasitos.
- Evaluación Directa e Indirecta para las pruebas de malaria, serologia, hepatitis, HIV, PCR Covid, baciloscopia, coloracion de gram y secreción vaginal.
- Trabajo en equipo con el personal: Celebración de cumpleaños, cena de fin de año, Día del Bacteriologo y de la Auxiliar.
- Reuniones con el personal: *Comité Primario: 12 reuniones – 1 mensual. Presentación de indicadores y eventos adversos.
- Mejora de procesos:
- Actualización de 181 documentos vigentes en el Daruma.
- Estandarización del proceso de referencia de muestras para pruebas de alta complejidad. Estandarización del proceso de patología, histología y citología.
- Adquisición del sistema de información para el manejo de Patología - Cohorte
- Implementación del programa POINT OF CARE TESTING: para las pruebas de: Glucometria, Gases sanguíneos y electrolitos en sudor.
- Disminución del costo:
- Renovación tecnologica de equipos del área de bioquímica sanguínea y hematología, con la casa comercial Roche, por cumplimiento de vida útil de los equipos. Las fallas constantes generaban sobre costo por realización de pruebas en laboratorios de referencia.
- Control de calidad:
- Ampliación de cobertura, del control de calidad externo, en un 98% del total de las realizadas en nuestro laboratorio.

- Tratamiento de aguas residuales emitidas por el laboratorio
- Implementación de equipos científicos para el diagnóstico de tuberculosis.
- Mejora tecnológica con los equipos del área de Gestión Pre-transfusional, pasar de modo manual al automático, con la Casa Comercial Annar
- Generación de sticker que identifica el hemo componente destinado al paciente, asegurando la aplicación al paciente correcto.
- Realizar la toma de muestra con el personal de laboratorio clínico.

MATRIZ DOFA DEL LABORATORIO CLINICO

FACTORES INTERNOS FACTORES EXTERNOS	FORTALEZAS (F)	DEBILIDADES (D)
	* Se cumple con la normatividad establecida para infraestructura. * Apertura del área de patología. * Implementación del programa POINT OF CARE TESTING. * Dispone de tecnología apropiada acorde a la complejidad de los servicios ofertados por la institución. * Personal capacitado en cada una de las áreas del laboratorio. * Estandarización de procesos documentados. * Oportunidad en la entrega de resultados	* Eventos adversos por solicitud de nueva muestra. * Falta de adherencia a: - lavado de manos y limpieza de superficies. - Diligenciamiento de formatos propios del proceso del laboratorio - Utilización correcta de los elementos de protección personal
OPORTUNIDADES (O) * Implementación de pruebas para diagnóstico de tuberculosis. * Tratamiento de aguas residuales emitidas por el laboratorio * Mejora tecnológica en la automatización del área de Gestión Pretransfusional. * Generación de sticker que identifica el hemocomponente destinado al paciente, asegurando la aplicación al paciente correcto.	ESTRATEGIAS PARA MAXIMIZAR LAS FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES (FO) * La infraestructura del laboratorio, el recurso humano capacitado y la estandarización de los procesos, genera una imagen de calidad a nivel regional que repercute positivamente en las negociaciones con las aseguradoras. * El tratamiento de aguas residuales, aporta la política de hospital verde. * Garantizar la seguridad del proceso transfusional * Asegurar el diagnóstico de la tuberculosis.	ESTRATEGIAS PARA MINIMIZAR LAS DEBILIDADES Y MAXIMIZAR LAS OPORTUNIDADES (DO) *Realizar la toma de muestra con el personal de laboratorio clínico, para minimizar los eventos adversos por solicitud de nueva muestra.
AMENAZAS (A) * Suspensión de convenios con aseguradoras que ocasionan disminución del volumen de pruebas, generando aumento del costo. * Competencia con otros laboratorios que ofrezcan una mejor tarifa y servicios. * Suspensión del fluido eléctrico y del sistema de información *Rotación de personal técnico y profesional. *Asegurar las condiciones ambientales (T° y H) de las áreas de laboratorio para evitar daños en los equipos científicos.	ESTRATEGIAS PARA FORTALECER EL LABORATORIO Y MINIMIZAR LAS AMENAZAS (FA) *Fortalecer el área de Costos para asegurar la rentabilidad operacional de la unidad funcional del laboratorio y poder ofertar tarifas competitivas en el mercado local. * Asegurar continuidad del internet, para garantizar los resultados en la historia clínica.	ESTRATEGIAS PARA MINIMIZAR LAS DEBILIDADES Y LAS AMENAZAS (DA) * Vinculación de personal Auxiliar para laboratorio clínico que realice la toma de muestra * Capacitación continua al personal del laboratorio que garantice calidad en los procesos enfocado en la seguridad.

CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

CUMPLIMIENTO DE METAS Y LOGROS

- Se realiza revisión del “Manual de Uso y Reúso de dispositivos médicos de un solo uso”, haciendo seguimiento a fichas técnicas según especificaciones del fabricante para estar acorde a recomendaciones y normatividad involucrando al personal auxiliar de la central de esterilización, coordinadora de cirugía, seguridad del paciente y comité de infecciones.
- Entrega oportuna a Cirugía de: equipos, ropa, dispositivos médicos y material de osteosíntesis, entre otros; realizando chequeo continuo de las necesidades según la programación quirúrgica, de esta manera cumplimos con los atributos de calidad con la clínica.
- Se logra adquisición de pinzas de colonoscopio y gastroscopio para utilizar una pinza por paciente.
- Cumplimiento al plan de mantenimientos preventivos de los equipos del área.
- Requisición de instrumental quirúrgico y equipos de laparoscopia para la apertura del 5 quirófano.
- Requisición de personal adicional para la operatividad del quirófano 5.
- Apertura de la satélite de central de esterilización en el área de cirugía.
- Se adquiere 2 motores (airpen y colibrí) para dar oportunidad a las urgencias de ortopedia.
- Se crea nuevo puesto en la central de esterilización Profesional de material de osteosíntesis para la solicitud del material de osteosíntesis y la verificación del registro Invima.

MATRIZ DOFA 2023

o FORTALEZAS	❖ OPORTUNIDADES
❖ Planta física y equipos modernos y actualizados para cubrir las necesidades de la institución. ❖ Optimización de recursos ❖ Distribución a todos los servicios de la institución instrumental e insumos en condiciones óptimas de esterilidad para la atención de pacientes ❖ Ejecución del Programa de mantenimiento preventivo, recalificación y soporte técnico de los equipos adquiridos ❖ Validación de los procesos, equipos, insumos y materiales necesarios para procesar productos de óptima calidad y seguros para los pacientes. ❖ Mínima rotación del personal. ❖ Adherencia a los procesos con cumplimiento de todo el personal. ❖ Disposición del personal, sentido de pertenencia apoyando implementación del plan de contingencia por cambios en infraestructura. ❖ Validación de los procesos de esterilización con los diferentes métodos, ofreciendo productos seguros al paciente.	❖ Adquisición de pinzas de gastro endoscopia y colonos copio. ❖ Conocimiento de áreas y funcionamiento de equipos por parte de todo el personal que labora en el servicio deesterilización. ❖ contar con recursos materiales y de consumo necesarios. ❖ Cobro de servicios de esterilización a EPS (material de osteosíntesis que ellos envían)

❖ Detectar problemas que afectan el buen desempeño de los procesos de la central de esterilización y junto con ellos las causas para desarrollar planes de acción que permitan modificarlas (apoyo de Sistema integrado de Gestión Calidad) ❖ La implementación de nuevas tecnologías que reducen los tiempos de respuesta en liberación de carga. ❖ La apertura de la satélite de central de esterilización en el área de cirugía generandomayor oportunidad de respuesta a las solicitudes de los especialistas en medio de los procedimientos quirúrgicos.	
○ DEBILIDADES	❖ AMENAZAS
❖ El servicio de cirugía y la central de esterilización se encuentran en edificaciones separadas, afectando en la oportunidad de la entrega del materialsolicitado, especialmente en casos de urgencia, y alto riesgo de exposición a infecciones por el traslado. ❖ En caso de incapacidad el mismo personal cubre la necesidad. ❖ El instrumental de los equipos de laparoscopia está cumpliendo su vida útil (instrumental en mal estado, se presentan bajas).	❖ Crisis EPS lo cual afectaría nuestra parte financiera ❖ Fallas detectadas en los equipos de endoscopios. ❖ Falla en el equipo esterilizador a vapor. ❖ Reducción del equipo de laparoscopia reduce la cantidad de pacientes atendidos.

SERVICIO FARMACÉUTICO

CUMPLIMIENTO DE METAS Y LOGROS

Se revisaron teniendo en cuenta la caracterización de un servicio farmacéutico de mediana y alta complejidad según la Resolución 1043 de 2007:

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL MEDICAMENTO	Disponibilidad de los medicamentos Calidad Acceso Direccionar actividades concernientes al costo de la utilización de los medicamentos Farmacovigilancia Farmacoepidemiología Promoción Farmacéutica
ACTIVIDADES ORIENTADAS AL PACIENTE	Seguimiento Farmacoterapéutico Auditoría de la calidad de la farmacoterapia Educación en salud Prevención farmacéutica Farmacoepidemiología Protocolización y guías de manejo de la farmacoterapia

Figura 2. Actividades orientadas al medicamento y al paciente.

Identificación de las actividades orientadas al medicamento:

del listado de actividades del servicio farmacéutico definidas e identificadas en el informe del año anterior, las actividades de tipo generales se están cumpliendo casi en su totalidad, hay que fortalecer algunos procesos.

PROCESOS GENERALES:												
A. Selección: Se cuenta con un proceso de Inclusión y selección de medicamentos, que permiten controlar el inventario y evitar pérdidas por productos que no se requieren o no tienen buena Rotación, sin embargo, se han creado algunos productos que quedan sin rotar porque son muy específicos para la especialidad que lo solicitó y el paciente que lo ha requerido le dan de alta, quedando estos productos en inventario con alto riesgo de vencimiento. En estos casos se ha socializado con el área médica que realizó la solicitud, las unidades disponibles para que gestionen su rotación, con el área de auditoría médica también se realiza la gestión para en caso de ser posible el paciente se lleve el medicamento, después del alta.												
MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECEMBRE
# Solicitudes de inclusión recepcionadas	4	5	4	4	12	5	6	2	20	5	22	9
# Solicitudes aprobadas para inclusión	4	4	4	4	11	5	6	2	18	5	22	9
% SOLICITUDES CODIFICADAS	100	80	100	100	92	100	100	100	90	100	100	100
En el proceso también se devolvieron solicitudes porque no contaban con soportes de uso en pediatría o en la Indicación INVIMA no se aprobaba el uso para el diagnóstico o rango de edades. Desde la selección también se controla la gestión de inventario y evitar pérdidas de productos que no se requieren o no tienen buena rotación. Dentro de este proceso, se verifica que contemos con marcas de productos de un alto grado de calidad y ofrecen altos niveles de seguridad clínica.												
B. Adquisición: Con el apoyo del departamento de compras y dirección Financiera, se han logrado mantener inventarios óptimos, con alto grado de disponibilidad y stock de seguridad, lo que garantiza disponibilidad de productos y en caso de un desabastecimiento poder suplir el periodo sin afectar la atención de los pacientes, además se disminuye las compras por fuera del pedido mensual a droguerías o proveedores locales que son mucho más costosas, generando control del gasto, contribuyendo al beneficio institucional. Se solicitaron 5228 pedidos.												
Para los casos de medicamentos especiales, como el caso de Magistrales, Biológicos, y otros se cuenta con un proceso de comunicación directa que permite definir necesidades, pertinencia, tiempos y entregas ajustadas a los factores asociados al proceso logístico dependiente del proveedor y consensuar estos tiempos de entrega con la estancia hospitalaria, para evitar pérdida de preparaciones.												
C. Recepción Técnica: Con la herramienta sistematizada en "SIIS" que permite identificar qué productos tienen los registros sanitarios o códigos CUM, inactivos o activos, vencidos o vigentes, que se actualiza de manera mensual, se lograron evitar glosas por estos motivos. Además, permite identificar si la fecha de vencimiento es mayor a un año, de lo contrario se devuelve o se recibe con carta de compromiso, sin embargo, tiene desventajas por ser manual, ocupa mucho tiempo operativo ejecutar esta tarea y en algunas ocasiones se pasan estos controles generando riesgos al cargar medicamentos con registros sanitarios vencidos, inactivos o cancelados. Para el año 2023 aumentaron los tiempos de recepción técnica dado la nueva trazabilidad de lote y fecha de vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos, <u>estos tiempos</u> fueron ajustados para realizar el nuevo proceso y se implementaron mejoras en el sistema SIIS que permitió verificar las siguientes variables; descripción del producto, concentración, presentación comercial, lote, fecha de vencimiento, cantidad.												
Esta verificación se realiza desde los documentos generados para la orden de Compra, la recepción técnica, la solicitud de adquisición y los traslados a los diferentes servicios, lo que permite realizar una trazabilidad y verificación cruzada por parte del equipo del área de suministros y el servicio farmacéutico.												

ORDENES DE COMPRA - OPCIONES

MENU

GENERAR ORDEN DE COMPRA

CONSULTA ORDEN DE COMPRA

INACTIVAR PRODUCTOS ORDENES DE COMPRAS

En el módulo de órdenes de compra la implementación se visualiza de la siguiente manera:



FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL

NIT: 890399020

DIRECCIÓN: CALLE 5 #22 76

TELÉFONO: 4854404

CIUDAD: CALI

ORDEN DE COMPRA

NÚMERO: 34320

FECHA: 2024-01-02

Proveedor: ABBOT LABORATORIOS DE COLOMBIA SAS

NIT: 962022134

Dirección: CL 100 54 45P 14

Teléfono: 6285600

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Orden de Pedido: 34320

Estado: ACTIVA

Número de Productos: 2

CODIGO	DESCRIPCIÓN	CONCENTRACIÓN	CUM	UNIDAD	PRESENTACIÓN	LABORATORIO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR BRUTO	EVA	TOTAL		
010201353	CITRABERNA 100mg SOLUCIÓN INYECTABLE VIAL X 1 ML DE SOLUCIÓN INYECTABLE VIAL. Lquidose	100 mg / 1 ml	20066709	VIAL	COMERCIAL	ROPSOM THERAPEUTICS LTDA	2	818,00	1.636,00	0,00	1.636,00		
010201369	TIOSULFATO 200mg ML DE SOLUCIÓN INYECTABLE VIAL. Lquidose	200 mg / 1 ml	20009827	VIAL	COMERCIAL	ADS PHARMA S.A.S	1	818,00	818,00	0,00	818,00		
TOTAL BRUTO								2.454,00	VALOR IVA		0,00	VALOR TOTAL	2.454,00

EMPRESA

FUNDACION CLINICA INFANTIL CLUB NOEL

CENTRO DE UTILIDAD

CALI

BODEGA

ALMACEN

TIPO MOVIMIENTO

T

DOC BOD ID

T001

DESCRIPCION

TRASLADO ENTRE BODEGAS

NUMERO

TR-65765

FECHA

2024-01-02

OBSERVACIONES

TEST TR1

USUARIO

408-STEPHANIA GAVIRIA

DATOS ADICIONALES

BODEGA DESTINO

[01][01][CM] : CARRO DE PARO SALA MARIANA

CONFIRMACION

SIN CONFIRMAR

PRODUCTOS QUE CONTIENE ESTE DOCUMENTO

GRUPO: Medicamentos

CODIGO	DESCRIPCION	CONCENTRACIÓN	CUM	UNIDAD	PRESENTACIÓN	LABORATORIO	LOT	FEC VEN	UNI	CANT	% GRAV	TOTAL
1101031039	LECHE NAN SIN LACTOSA x 400 g 400 g - 1 LATA. Solidos	100 g - 1	CN-101031039	LATA	COMERCIAL	NO DEFINIDO	31070346AA	31/10/2024	LATA	1	0.00	32.661
SUBTOTAL												32.661
TOTAL												32.661

FECHA DE IMPRESION

2024-01-02

USUARIO IMPRESION

408-STEPHANIA GAVIRIA

Para el año 2024 se espera desarrollar un módulo de recepción técnica que permita disminuir los tiempos y operativizar el proceso.

D. Almacenamiento: Se generaron controles sobre las averías. Se realizó la implementación de nuevas estrategias de mejoras dentro del servicio para cumplir con las buenas prácticas de almacenamiento con el espacio con el que se cuenta actualmente, que requirió entre otros una segregación adecuada de los espacios dentro del SF. Se remodeló el área de farmacia cirugía, generando espacios adecuados para el número de dispositivos médicos y medicamentos nuevos solicitados, proyectando el crecimiento de los quirófanos, se compraron nuevos muebles de almacenamiento y mobiliario para el personal.

Se valida que el almacenamiento se realice con la metodología FIFO/FEFO, y se hace la gestión del Inventario mostrando los siguientes resultados de los últimos cuatro inventarios:

FECHA DE INVENTARIO	% ITEMS FALTANTES	% DE ITEMS SOBANTES	% DE ITEMS TROCADOS	CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO
ABRIL 2022	9%	17%	9,5%	74%
AGOSTO 2022	8%	23%	5,8%	69%
DICIEMBRE 2022	10%	13%	6,0%	77%
MAYO 2023	11%	17%	11,5%	72%
OCTUBRE 2023	13%	18%	14,8%	69%

Tabla: Resultados en porcentaje de los últimos 5 inventarios administrativos de la bodega de servicio farmacéutico

Se evidencia que en el año 2023 hay un incremento en los items sobrantes, trocados, faltantes y por lo tanto una disminución en la confiabilidad del inventario, esto generado posiblemente por varios factores: el aumento en el número de solicitudes y devoluciones de parte de los servicios, la rotación de personal, y la insuficiencia del mismo. Sin embargo para el año 2024 se tiene proyectado desarrollar estrategias de control sobre el doble chequeo, la entrega en piso, el pedido de 24 horas para todos los servicios y gestión y mayor cobertura sobre los devolutivos, adicional completar el equipo de trabajo, disminuyendo la carga laboral y los errores generados por la misma.

FECHA DE INVENTARIO	% ITEMS FALTANTES	% DE ITEMS SOBANTES	% DE ITEMS TROCADOS	CONFIABILIDAD DE INVENTARIO
ABRIL 2022	1%	13%	3%	86%
AGOSTO 2022	1%	12%	1%	87%
DICIEMBRE 2022	1%	9%	2%	90%
MAYO 2023	2%	24%	3%	74%
OCTUBRE 2023	3%	30%	5%	65%

Tabla: Resultados en porcentaje de los últimos 5 inventarios administrativos de la bodega de farmacia cirugía

FECHA DE INVENTARIO	% ITEMS FALTANTES	% DE ITEMS SOBANTES	% DE ITEMS TROCADOS	CONFIABILIDAD INVENTARIO
ABRIL 2022	1%	2%	0,0%	97%
AGOSTO 2022	0%	0%	0,0%	100%
DICIEMBRE 2022	1%	2%	0,5%	97%
MAYO 2023	0%	0%	0,0%	100%
OCTUBRE 2023	0%	0%	0,0%	100%

Tabla Resultados en porcentaje de los últimos 5 inventarios administrativos de la bodega de almacenamiento temporal

Frente a la gestión de los productos próximos a vencer se evidenció que durante el año se cumplió con la meta establecida, sin embargo se desea para el 2024 implementar nuevas estrategias para que el objetivo mensual sea mayor al 50%, sin embargo cabe aclarar que depende del tipo de dispositivo médico o medicamento la gestión que se puede realizar dado que por ser una institución pediátrica algunos de estos son de difícil consecución y por lo tanto rotación.

COMPARATIVO 2023				
MES	ESTIMACIÓN VALOR DE LOS PRODUCTOS PROXIMOS A VENCER	VALOR REAL DE LOS PRODUCTOS PROXIMOS A VENCER	VALOR GESTIONADO DE LOS PRODUCTOS PROXIMOS A VENCER	% DE VENCIDOS DE LOS PRODUCTOS PROXIMOS A VENCER
ENERO	3.000.000	1.367.424	1.632.576	45,6%
FEBRERO	2.000.000	807.365	1.192.635	40,4%
MARZO	1.896.551	1.058.703	837.848	55,8%
ABRIL	6.230.815	1.684.351	4.546.464	27,0%
MAYO	4.674.067	1.518.904	3.155.163	32,5%
JUNIO	2.000.000	427.828	1.572.172	21,4%
JULIO	4.588.946	954.864	3.634.082	20,8%
AGOSTO	4.630.349	4.361.743	268.606	94,2%
SEPTIEMBRE	578.466	54.744	523.722	9,5%
OCTUBRE	8.422.310	494.141	7.928.169	5,9%
NOVIEMBRE	3.398.500	886.093	2.512.407	26,1%
DICIEMBRE	1.069.985	758.063	311.922	70,8%
TOTAL:	\$ 42.489.989,33	\$ 14.374.223,00	\$ 28.115.766,33	37,50%

En cuanto a las condiciones ambientales, se evaluaron opciones de medición en tiempo real de: Temperatura y humedad por telemetría, se cambió para el mes de Diciembre el proveedor del software que realiza las mediciones.



E. **Distribución:** Tenemos un sistema de distribución de reposición para 24 horas, pero no se cumple con lo establecido en la norma dado que no es un Sistema de Distribución de Dosis Unitaria (SDMDU), sino un sistema mixto. Con base en lo anteriormente descrito y de acuerdo a la USP en el capítulo 797 que establece:

USP-NF- CAPITULO 797) Preparación Magistral-Preparaciones Estériles

2. A menos que la preparación lo requiera, el procedimiento de preparación magistral es un proceso continuo que no debe exceder 1 hora.

3. Durante la preparación, se sigue una técnica aseptica y, de no administrarse inmediatamente, la PME terminada permanece bajo supervisión continua para minimizar el potencial de contacto con superficies no estériles, la introducción de partículas o líquidos biológicos, la mezcla con otras PME y el contacto directo de las superficies externas.

4. La administración comienza a más tardar una hora después de haber comenzado la preparación de la PME.

5. A menos que el preparador administre inmediata y completamente la PME, o el preparador vigile la administración inmediata y completa de la misma, la PME debe llevar una etiqueta que indica la información de identificación del paciente, los nombres y las cantidades de todos los ingredientes, el nombre o iniciales de la persona que preparó la PME, así como la FLU de 1 hora y la hora exactas.

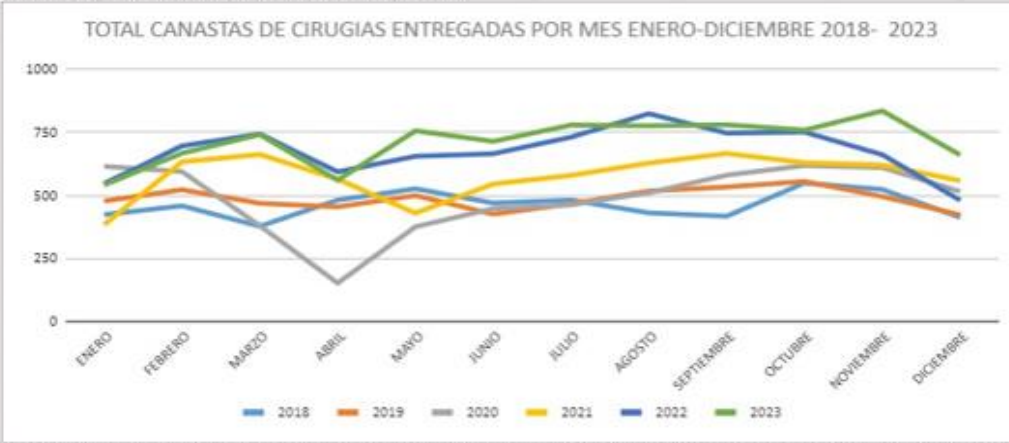
6. Si la administración no ha comenzado dentro de 1 hora de haberse iniciado la preparación de la PME, ésta debe descartarse de inmediato en forma segura y adecuada.

La preparación en condiciones inferiores a ISO Clase 5 (ver Tablo 1) aumenta la probabilidad de contaminación microbiana, y la duración de la administración de PME contaminadas con microbios cuando excede de unas cuantas horas aumenta el po-

as preparaciones magistrales estériles que son de uso inmediato tienen un tiempo límite de uso de 1 hora. Posterior a esto y cumpliendo los parámetros previamente establecidos por el INVIMA en la sanción de 2021 (proceso sancionatorio N°201608034) debe ser desechado.

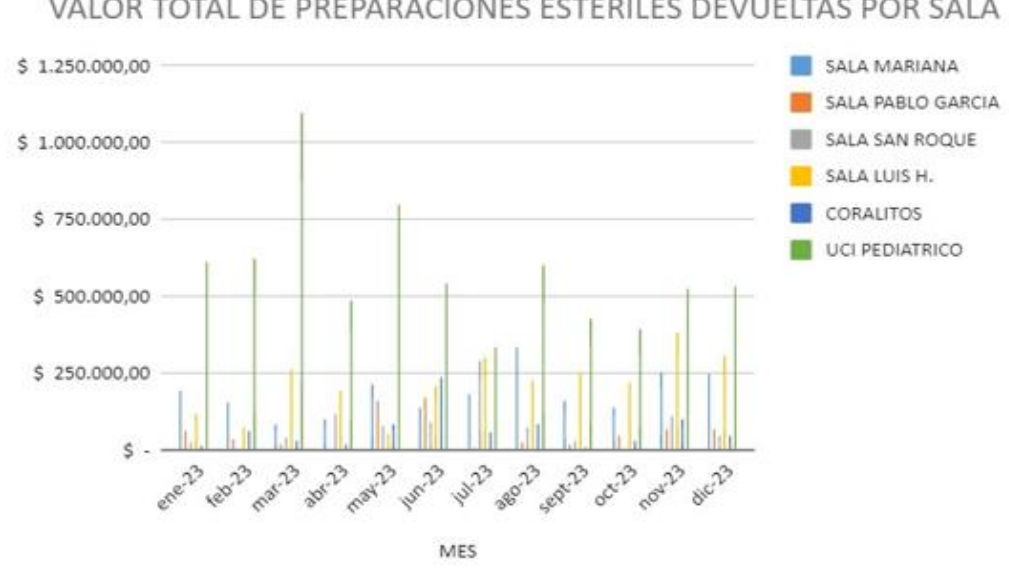
En Cirugía, se entregaron un total de 8580 canastas en el 2023. Se logró justificar la extensión del horario laboral del personal de la farmacia de cirugía, así mismo se vio la necesidad imperante de la modificación y ampliación de la infraestructura de esta área. Para el 2024 se espera un aumento en los tiempos de dispensación y entrega dado el aumento en el número de quirófanos habilitados, sin embargo este no se considera que impacte dado que se autorizó personal nuevo para el área, por parte de la gerencia.

TOTAL CANASTAS DE CIRUGIAS ENTREGADAS POR MES ENERO-DICIEMBRE 2018- 2023



F. Disposición final de medicamentos: Al tener un SDMDU parcial, se desperdician muchos productos, los cuales generan mayor número de residuos y pesan mucho incrementado el valor a pagar por los residuos de medicamentos. Con las preparaciones de medicamentos que poseen estabildades mayores a las 48 horas y que son preparados en la Central de Mezclas externa, en el año se expresó la dificultad con el área de infectología y se implementaron nuevas estrategias, las cuales se vieron reflejadas en una disminución en las pérdidas, sin embargo durante los meses de noviembre y diciembre por la alta rotación del personal de enfermería hubo nuevamente un aumento, manteniendo el promedio mensual.

VALOR TOTAL DE PREPARACIONES ESTERILES DEVUELTAS POR SALA



Gráfica: Valor mensual de devoluciones de preparaciones estériles por sala.

Calle 5 # 22 - 76 Cali, Colombia

NIT: 890.399.020-1

602 4854404

www.clubnoel.org





Identificación de las actividades orientadas al paciente: Actualmente se ha ampliado la cobertura frente a estas actividades, gracias a los planes de mejora realizados durante el año y el ingreso de nuevo personal enfocado en los procesos asistenciales, con esto se ha impactó de forma positiva frente a lo planteado en los estándares de habilitación, la norma farmacéutica, lineamientos de la seguridad del paciente por el ministerio y en la prestación del servicio.



- a) **Atención farmacéutica y Seguimiento Terapéutico:** Con la incorporación del Nuevo Químico Farmacéutico se realiza de forma sistemática revisión de la medicación y rondas a partir del mes de junio, seguimientos y selección de pacientes para la intervención farmacéutica. Dada la complejidad de los pacientes (pediátricos), se desea para 2024, implementar un estudio que permita determinar con el personal existente la mayor cobertura de pacientes para seguimiento que impacte.

fármaco-económicamente en la población pediátrica, garantizando una disminución en gasto por problemas relacionados con la medicación. Se ha solicitado validar los diferentes proyectos pendientes por parte del área de Tecnologías de la información para potencializar el proceso, dado que en la actualidad las herramientas que se utilizan no se encuentran sistematizadas, por lo que los tiempos en la revisión de historia clínica y la realización del perfil farmacoterapéutico conlleva $\frac{2}{3}$ del tiempo destinado a la revisión de la medicación realizada por el profesional Químico farmacéutico.

En el año 2023 se implementaron 3 nuevas bases de datos:

- Base de datos de interacciones de medicamentos de tipo mayor
- Base de concentraciones máximas y mínimas y dosis dosis máximas y mínimas diarias por superficie corporal y peso.

- Base de datos de incompatibilidad de administración en y adicionalmente el equipo del Farmacovigilancia y Seguimiento farmacoterapéutico se encuentra en proceso de actualización de la Guía Farmacoterapéutica de la institución con los medicamentos que se han incluido de los años anteriores, y los medicamentos oncológicos, que serán utilizados en la habilitación del servicio de oncología.
- Se encuentra en proceso de actualización el procedimiento de Atención farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico con las nuevas variaciones. Así mismo para el mes de octubre de 2023 se actualizó el documento **P19-PD-19 PROCEDIMIENTO DE ADECUACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**
- **SÓLIDOS ORALES**, donde se diseñó un algoritmo para la toma de decisiones frente a la terapia de los pacientes y su forma de administración, este avance es muy importante dado la situación actual del país frente a los desabastecimientos de medicamentos y la población con la que se trabaja en la institución, quienes por ser pediátricos tienen condiciones particulares frente a las formas farmacéuticas de administración que en ciertas circunstancias complejizan la terapia medicamentosa.
- Adicionalmente el Químico farmacéutico realizó una labor importante en el acompañamiento y entrenamiento de las Regentes asistenciales, para poder impactar manera positiva el seguimiento farmacoterapéutico de la siguiente manera:
- Se realizó trimestralmente una infografía de medicamentos que hubiesen presentado errores ya sea de prescripción, dispensación y/o administración
- Se realizó de manera conjunta con las coordinaciones de enfermería la actividad “CAFE: Cátedra Abierta de Farmacia y Terapéutica” impactando al 83 % del personal asistencial, en el uso seguro y adecuado de medicamentos y dispositivos médicos.
- Se incrementó en aproximadamente un 62 % el seguimiento a medicamentos trazadores.
- Con el personal asistencial nuevo las rondas técnicas de medicamentos a los servicios asistenciales se pudieron regularizar después del segundo semestre del año, generando 14 informes a las diferentes áreas asistenciales.

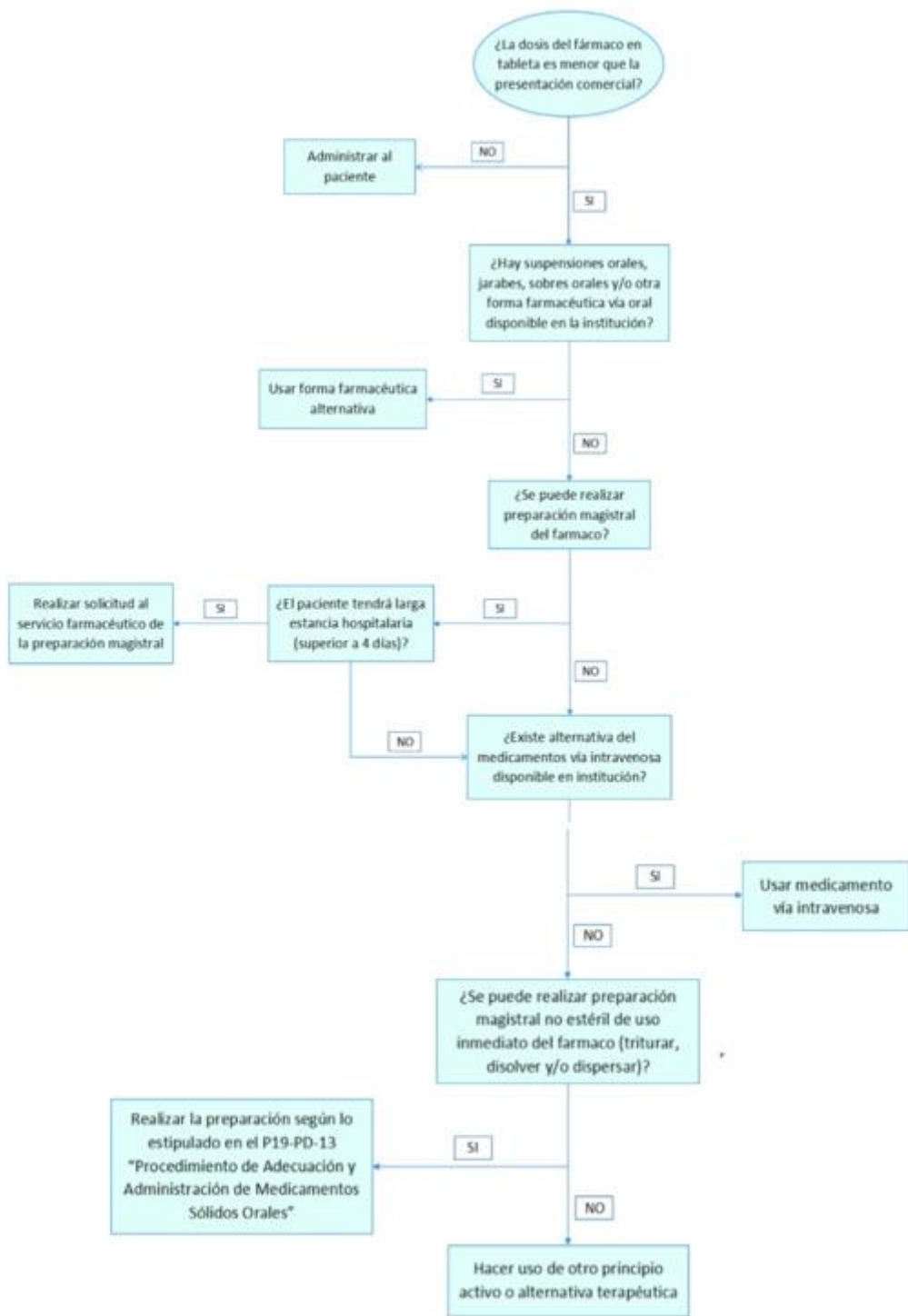


Gráfico: Algoritmo para toma de decisiones clínicas relacionadas a la manipulación de medicamentos sólidos orales

- b) **Fármaco-epidemiología:** fármaco-economía, farmacia clínica, uso de antibióticos y terapia anticoagulante: Actividades que se realizan de manera continua desde el servicio farmacéutico, con la inclusión del personal nuevo se ha logrado impactar en la cobertura, aumentando respecto al año anterior en un 48.8 %, esto teniendo en cuenta que el personal nuevo ingreso en segundo semestre del año.
- c) **Farmacovigilancia:** El programa de farmacovigilancia al igual que los procesos asistenciales ha generado mayor impacto respecto al año anterior, mostrando un incremento 104.7 %:

	Año 2022	Año 2023	Porcentaje
PRM	156	396	153,9
RNM	79	85	7,59
Total	235	481	104,7

Tabla comparativa reportes año 2022- año 2023

Estadística de impacto diferencial entre farmacovigilancia activa y farmacovigilancia pasiva:

Tipo de Farmacovigilancia	Año 2022	Año 2023	Porcentaje de incremento
FARMACOVIGILANCIA ACTIVA	177	320	80,8
FARMACOVIGILANCIA PASIVA	58	161	177,6

Tabla de impacto diferencial entre farmacovigilancia activa y farmacovigilancia pasiva

Como se evidencia en la tabla, el impacto del programa de farmacovigilancia activa aumentó en un 80.8%, esto evidencia que el proceso de reporte activo desde el SF se ha fortalecido acorde a lo planteado según las metas establecidas el año anterior. En el caso del reporte por parte de los servicios asistenciales aumentó consistentemente en un 177.6 % por lo cual se evidencia que el fortalecimiento desde el plan de capacitaciones anuales cumplió la meta y se generó conciencia de la importancia de la cultura del reporte relacionada con medicamentos.

- d) **Preparación de magistrales:** No se preparan en la clínica, nos apoyamos con las farmacias SAN JORGE y FAGRON.
- e) **Nutriciones parenterales:** No se preparan en la clínica, se tiene Contratado con UNIDOSSIS SAS.

- f) **Reempaque:** Se realiza con proveedor externo con UNIDOSSIS SAS Para estos últimos puntos se está avanzando en el POA 2023 con la nueva implementación de una central de Adecuación de medicamentos, proyectado para el año 2024 seguir con el desarrollo de las actividades para materializar el proyecto.
- g) **Educación Sanitaria:** Como acción de mejora, se ha implementado la actividad de educación sanitaria, infografía que se titula “EL MEDICAMENTO DEL MES”, la cual es socializada a los líderes de los servicios asistenciales para que sea divulgada a través de medios electrónicos a su personal a cargo y a su vez también se hace educación de manera presencial por los servicios asistenciales. Así mismo las capacitaciones a las áreas de enfermería y medicina del manejo de la GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA.

La actividad realizada de manera conjunta con las coordinaciones de enfermería en el mes de agosto denominada “CAFE, cátedra Abierta de Farmacia y Enfermería”. Con una cobertura del 83% del personal asistencial. Desarrollo del documento P19-PG-001 PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA aún en elaboración, donde se busca estandarizar y complejizar las metodologías de educación sanitaria del servicio farmacéutico, enfocado a generar impacto en el personal asistencial, el personal médico y el paciente y sus familiares, con un enfoque diferencial, medible y aplicando la estrategia de mejoramiento continuo, con base en los estándares de calidad de la institución.

- h) **Oncología:** Con el proyecto para la habilitación de Oncología, se requirió de que el nuevo QF apoyara el proceso de enfermería y medicina, generando bases de datos de los medicamentos oncológicos para la parametrización adecuada de los mismos en SIIS, así mismo validando la ruta de manejo de medicamentos oncológicos y realizando la verificación y proyección del inventario y la rotación del stock de medicamentos citotóxicos y todos los nuevos procesos del sistema que se relacionan con el tema como la trazabilidad de lotes y fechas de vencimiento y el cumplimiento de los estándares de habilitación que se relacionan con Medicamentos y dispositivos médicos.

El servicio farmacéutico fue visitado en octubre de 2023, durante la visita por parte de la secretaría distrital a la institución, cumpliendo con todos los requisitos establecidos por la norma 3100 del 2019 y habilitando a la Fundación Clínica Infantil Club Noel (incluyendo el SF) para prestar el servicio de tratamiento farmacológico de pacientes pediátricos oncológicos.

- i) **Medicamentos LASA y ALTO RIESGO:** Como estrategia para la prevención de Errores de Medicación (dispensación y administración segura de medicamentos), se actualiza el listado de medicamentos LASA y de ALTO RIESGO P19-PD-21.

PROPUESTAS Y PROYECTOS

Gestión Gerencial: Modernización y mejoramiento del servicio con las siguientes propuestas:

Códigos de Barras: Proceso de Captura de Datos de medicamentos (Lote- Fecha de Vencimiento- Paciente- Despacho- Suministro) por Códigos de barras 3D, en todas las fases del proceso logístico asociado a los medicamentos y dispositivos médicos en la Clínica, mejorando trazabilidad, uso seguro de medicamentos, control de inventarios, disminución de errores de medicación. En proceso.

Sistematización del proceso de manejo de inventario, Despachos y Administración de Medicamentos con la captura de datos a través de un sistema de Códigos de barras: Con esto se lograría optimizar los tiempos de gestión de inventarios, disminuyen los errores de dispensación, se garantiza trazabilidad de los productos utilizados, mejora el control y seguimiento de las entregas, pedidos y compras, facilita el registro de la administración, evita errores de dispensación, asegura los registros en tiempo real, mejora el control de cantidades de los productos que se entregan por pacientes. En proceso.

Propuesta de la construcción de la central de mezclas: Teniendo en cuenta el volumen de medicamentos que se desechan, el valor de esos productos el incremento de los residuos asociados a medicamentos desechados y que pueden ser optimizados, además de los múltiples errores de preparación y de cálculo de dosis que se han evidenciado, centralizando las preparaciones de medicamentos, la opción que garantiza este objetivo es una central de mezclas intravenosas propia, con el volumen de desechos, los nuevos modelos de contratación que se requieren implementar en el país y el crecimiento proyectado en camas y demás servicios de las institución,

ya se debe plantear esta necesidad a mediano plazo. Hay que tener en cuenta que además de las instalaciones, el funcionamiento de una central de preparación de medicamentos necesita: Dotación, equipos, y recurso humano exclusivo y con tiempo disponible solo para esta área, de acuerdo con los requerimientos de la norma.

Diseño del Perfil Farmacoterapéutico Sistematizado: que permita en un módulo verificar la historia farmacología de los pacientes, que permita realizar análisis de información de forma fácil, así fortalecer la actividad de seguimiento a la terapia.

Modelo de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes pediátricos: Implementar en la institución un modelo robusto de seguimiento farmacoterapéutico relacionado con la actualización de la metodología de atención farmacéutica y SFT como Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales, que ponga a la institución como vanguardia a nivel Colombia en el desarrollo de nuevos procesos fármaco-económicos implementados a nivel asistencial, mostrando en espacios académicos el impacto en la rentabilidad y la calidad en la prestación del servicio desde el área farmacéutica.

MATRIZ DOFA 2023

MATRIZ DOFA 2023	
FORTALEZAS - El servicio farmacéutico es transversal, su participación permanente y colaborativa favorece la interacción con los demás servicios, disposición a cualquier requerimiento de las áreas y respuesta inmediata, permanentemente en cambios y mejoras continuas, adaptando a los requerimientos Internos, normativos y del cliente. - Existencia, permanencia y continuidad de reuniones del Comité de Farmacia y Terapéutica, y otros comités de carácter Gerencial, que permiten presentar avances y mejoras pendientes, y tomar decisiones de alto nivel en la institución. - Personal con capacidad técnica para Garantizar el correcto cumplimiento de la normatividad y procesos del Servicio Farmacéutico - Listado Básico de medicamentos y DM muy amplio y completo según necesidades y comportamiento epidemiológico de la población atendida, con un proceso de Inclusión de productos nuevos o que no se han utilizado en la institución si así se requiere, cumpliendo los pasos del procedimiento asociado. - Identificación, marcación y separación de medicamentos LASA y alto riesgo en el SF. - Control de inventario y planeación, selección de necesidades que se realiza de forma manual actualmente. - Disposición para resolver dificultades de trámites administrativos al alcance del SF de forma inmediata. - Recepción técnica, válida en tiempo real si un producto que ingresa tiene su registro INVIMA y CUM vencidos o inactivos. - Área, mobiliario y equipos que garantizan la calidad y seguridad de los medicamentos, permitiendo medir permanentemente las variables críticas de almacenamiento, con equipos calibrados y certificados, asegurando así su integridad. - Fórmula sistematizada para prescripciones de medicamentos de control especial.	OPORTUNIDADES - Generar estrategias de disminución en la alta rotación del personal. - Capacitación orientada al rápido aprendizaje de los procesos y aceleramiento de la curva para el personal nuevo. - Crecimiento de la población atendida y procedimientos de mediana y alta complejidad, aumento de ventas de medicamentos y especialidades farmacéuticas y de alto costo. - La inclusión de nuevos servicios en la clínica para aumentar ingresos y rentabilidad del servicio farmacéutico. Entrega de medicamentos Ambulatorios. - Montar la central de adecuación de medicamentos propia, y facturar los servicios de preparación de medicamentos y TPN y garantizar cubrimiento en oportunidad de entrega al área de oncología y ofrecer servicios a clientes externos. - Disminuir los desechos de medicamentos, preparados en la central de mezclas y ampliación de la cobertura de medicamentos. - Promover estrategias en el servicio que fortalezcan el programa de seguridad del paciente. - Implementación del programa de Atención farmacéutica a pacientes oncológicos. - Automatización de la planeación y pedidos de necesidades de medicamentos y DM, Optimizando los tiempos destinados a esta tarea. (reposición automática). - Implementación de un sistema de manejo de inventarios a través de un sistema de códigos de barras y captura de datos de forma sistematizada. (actualmente se realiza de forma Manual. Para Garantizar la trazabilidad y contribuir a la eficiencia y seguridad del uso de medicamentos) - Realizar todos los requerimientos de software necesarios para la mejora de los procesos del SF. - Base de datos de fichas técnicas y registros sanitarios del LBM y LBDM.

• Facilidad de conocer detalladamente los tratamientos farmacológicos de pacientes con medicamentos específicos de baja rotación, para realizar la adquisición y proyección correcta, evitando vencimientos y pérdidas. • La institución cuenta con un programa de Farmacovigilancia protocolizado, como pilar fundamental y apoyo del programa de seguridad del paciente. • El programa de Farmacovigilancia cuenta con la conformación del comité, con programación anual del cronograma de reuniones, donde se socializa los indicadores, definición de mecanismos o barreras de prevención de errores de medicación, seguimiento a la meta definida anualmente y seguimiento a los planes de acción y tareas generadas en el mismo con el uso seguro de medicamentos. • Gestión de alertas sanitarias como una estrategia para evitar adquisición de medicamentos fraudulentos y alterados. • A través de las rondas de inspección técnica de medicamentos en las estaciones de enfermería, se garantiza que las condiciones bajo la cual fueron elaborados los medicamentos se mantengan estables fisicoquímicamente hasta la administración a los pacientes. • Análisis y gestión desde la vigilancia pasiva de los eventos clínicos y reporte a entes regulatorios. • Cumplimiento de las directrices propuestas por el INVIMA, en cuanto al proceso sancionatorio llevado a cabo. • Se realizan aprovechamientos semanales de viales, generados en la producción desde la central de mezclas contratada, realizando trazabilidad con reportes sistematizados de consumo de los medicamentos en una base de datos. • Mayor precisión y confiabilidad en la validación de dosis y volúmenes de dilución máximas y mínimas, según reportes y bases de datos sistematizados. • Se dispone de sistemas automatizados que facilitan el control, la trazabilidad y la seguridad del proceso de producción de estériles. • Seguimiento a los procesos mediante indicadores de gestión, en cuanto a las cantidades de medicamentos devueltos encada una de las salas de hospitalización, por especialidades, causas, costos, facilitando el análisis del comportamiento de las devoluciones.	• Ajuste al proceso de trazabilidad de lotes y fechas de vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos según las necesidades del SF y los servicios asistenciales. • Mayor adherencia de los profesionales al proceso de inclusión, donde realizan la solicitud con el debido formato en menor tiempo cuando identifican alguna necesidad del paciente. • Mejoramiento en la gestión de productos próximos a vencer. • Realización de ajustes en el proceso de gestión y validación de entrega de medicamentos por 24 horas y manejo de devolutivos. • Proceso de actualización del conocimiento sobre los trabajos en farmacia hospitalaria y cómo aportan a la salud de la población.
---	--

• Apoyo al personal asistencial con todo lo relacionado a la preparación y administración correcta de medicamentos, con la guía farmacoterapéutica. • Fortalecimiento de dotación de equipos e infraestructura del SF, principalmente de la farmacia de cirugía • Fortalecimiento y crecimiento del programa de Farmacovigilancia Pasiva. • Incluir al QF en las revistas médicas para favorecer la comunicación y la integración con otros profesionales de la salud. • Implementación de estrategias para intervención farmacéutica a los pacientes de egreso referente al tratamiento farmacoterapéutico ambulatorio	
--	--

DEBILIDADES	AMENAZAS
• No requiere completar con personal idóneo el equipo de QFs para darle mayor cobertura al programa de seguimiento farmacoterapéutico. • Se han identificado errores de dispensación y administración de medicamentos pasando las barreras establecidas en los procedimientos, por lo cual se han planteado planes de mejora y nuevas barreras, en pro de la seguridad del paciente. • Falta documentar, actualizar y organizar varios procesos o mejorar y actualizar algunos Procedimientos en el SGD. • No se cuenta con herramientas óptimas para realizar el seguimiento de pacientes, a pesar de que IT facilitó un reporte con los datos básicos del paciente, sigue siendo dispendioso generar el perfil farmacoterapéutico, se espera poder tener un perfil sistematizado para el 2024. • La ubicación de la farmacia principal no es estratégica, no está cerca de servicios de gran afluencia y puntos críticos (urgencias y UCI), el tiempo de desplazamiento para ellos es alto, lo que genera creación de stock's en los servicios o de pedidos en mayor cantidad. • El número de pedidos por urgente supera los pedidos por 24 horas lo que genera retrasos en la entrega, dificultad en el manejo y un riesgo mayor de entrega errónea de las solicitudes. • La ubicación de la Bodega principal, se encuentra muy alejada del SF y en el segundo piso, lo que implica desplazamiento y riesgo de caída del auxiliar encargado de transportar los pedidos semanales por usar la rampa, no se cuenta con un ascensor de carga. • Se tiene implementado un Sistema mixto de entrega de medicamentos y no en dosis unitaria "SDMDU", esto implica que los medicamentos deberían salir desde el SF listos para su administración. Para esto se requiere diseño de una central de adecuación de medicamentos propia, porque contratada es limitante. • Limitación de espacio y para ampliación. Se debe tener en cuenta el crecimiento en atención de pacientes, esto incrementa el número de actividades y # Rotación de productos y almacenamiento. En la bodega y farmacia de cirugía los espacios quedaron muy apretados. • Manejo de inventario en todas las fases de forma manual, lo cual incrementa los riesgos	• Se pueden presentar actualizaciones en normatividad y en la política farmacéutica a nivel nacional que afecten el servicio farmacéutico. • Los servicios intrahospitalarios no cumplen los procesos como están definidos, afectando el funcionamiento del servicio farmacéutico, generando reprocesos y afectando el tiempo para realizar todas las actividades propias del servicio. • Errores en la planificación de enfermería de los pedidos de 24 horas, ocasionando fraccionamiento de un pedido incrementando reprocesos y número de actividades controlables, lo que consume mucho más tiempo del planificado. • Necesidad de mejoramiento del software, el cual limita la ejecución de actividades, y la implementación de proyectos anteriores. • Variabilidad de requerimientos de insumos para los mismos procedimientos no permiten estandarizar las canastas quirúrgicas. • Incumplimientos o violaciones permanentes de los procesos por parte del personal asistencial, generando desviaciones y afectando al servicio. • Variabilidad en la norma que regula los medicamentos, falta de claridad frente a los medicamentos con CUM o por principio activo lo cual demora el análisis y puede generar glosas. • Registros inadecuados del uso de los productos de las canastas entregadas en cirugía, lo cual afecta los controles de inventario, e información errada del consumo de productos por paciente, afectando resultados del gasto clínico. • Demoras de los desarrollos del sistema Informático, a pesar de que hacen parte de las mejoras de los procesos asociados o dando respuesta a los riesgos identificados o eventos adversos analizados, las demoras incrementan la incertidumbre y probabilidad de seguir generando problemáticas similares a las detectadas y analizadas previamente. • Módulo de programación de cirugía: en las observaciones y requerimientos especiales la información no es clara y precisa acorde a lo incluido en el listado base de la clínica.

asociados a la generación de errores de dispensación. - El proceso de proyección y estimación de necesidades está consolidado en una base de Excel, la cual puede presentar errores sistemáticos o humanos, al ser muchas columnas por revisar manualmente. - No se ha implementado un proceso para realizar una dispensación desde bodegas alternas a servicio farmacéutico, y así mitigar el impacto y retraso en las actividades de farmacia durante los inventarios administrativos. - Proceso manual de control de fechas de vencimiento, el cual puede generar retrasos o la no identificación oportuna de los medicamentos y dispositivos médicos próximos a vencer. - El proceso de capacitación a personal nuevo o entregas de puesto no está 100% diseñado para que se cumpla un ciclo de aprendizaje, dado que se espera a que el personal salga de la institución para hacer el requerimiento del nuevo personal, lo que genera retraso en la curva de <u>aprendizaje</u>. - Organización del trabajo enfocado en el día a día, es decir, la falta de planeación hace que se consuma la mayor parte del QF en las actividades diarias e inmediatas. - Limitación de recursos que provoca la necesidad de mejora y eficiencia en el desarrollo de las actividades. - Poca interacción del grupo multidisciplinario para el análisis de casos clínicos debido a las múltiples tareas del equipo asistencial, conduciendo a la baja proporción de acciones de mejora en los mismos. - Contar con un boletín institucional con tema de actualidad en Farmacovigilancia, farmacia clínica, atención farmacéutica - Dificultad en la incorporación de estudiantes de química farmacéutica en prácticas, para el desarrollo de proyectos con valores innovadores para la mejora en la atención de la clínica.	- Desabastecimientos de laboratorios y/o proveedores por diferentes factores como escasez de materia prima, problemas de importación entre otros. Así como retrasos en la entrega de órdenes de compra de medicamentos y dispositivos médicos. - Desabastecimiento de dispositivos médicos especiales, que afectan principalmente al área de cirugía, no hay oferta por parte de los proveedores por la exclusividad que tienen en la importación. - Falencias en la recepción técnica por el área de almacén, dado que los horarios del personal capacitado no cubren la totalidad del tiempo que se encuentran en funcionamiento. - Falta de desarrollo normativo específico en Seguimiento Farmacoterapéutico, Atención Farmacéutica. - La iniciativa de otros profesionales de salud en el seguimiento de los pacientes y principalmente en el paciente crónico. - Subregistros de eventos adversos en el módulo de seguridad del paciente por el personal asistencial, lo que genera no visualización y no gestión de las barreras a implementar. - Limitación en recursos para adquirir bases de datos actualizadas y que se puedan integrar con la historia clínica, para generar sistemas de alertas en la toma de decisiones médicas. - En la <u>participación activa</u> del QF en la administración de medicamentos, que enfermería no cuenta con hojas de administración impresas para el seguimiento de constante de la misma y, evitar administraciones incorrectas.
---	---

GESTIÓN COORDINACION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

1.1 AMBIENTE LABORAL, ACTITUD, MOTIVACION

Para el año 2023 se trabajaron diferentes estrategias para mejorar el clima laboral. En este frente se destaca el compromiso ejemplar de cada uno de los colaboradores para asumir el reto de mejorar cada día en todos los aspectos técnico-laborales, como propósito superior, y para ratificar la acertada orientación estratégica que ha adoptado la unidad.

1.2 ESTADO ACTUAL Y SEGUIMIENTO A PROYECTOS.

- Se llevo a cabo la Actualización y creación de protocolos en UCI.
- Se inicio con el proceso de Divulgación del manual de información a familiares o acudientes.

- Se brindo Educación Continua, al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos, durante el año 2024
- Se llevaron a cabo actividades de integración y talleres de salud mental, con el fin de mejorar el clima laboral
- Se realizo la celebración del cumpleaños de la unidad de cuidados intensivos y se dio un reconocimiento de 10 años de servicio.
- Se dio apertura a la sala Lúdica del área denominada Salita arcoíris, área dotada de elementos psicopedagógicos para brindar un cuidado humanizado
- Se hizo apertura de la salita colibrí, sala en donde se brinda información de manera humanizada a la familia.

RESUMEN Y ACCIONES DE LA COORDINACION DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS.

- Se continuó con el Programa de capacitación anual, y con el fin de a fortalecer el trabajo en equipo, unificar criterios, mejorando de esta manera la comunicación en el personal asistencial, se realizaron diferente tipo de talleres en compañía de otros lideres, como seguridad del paciente, comité de infecciones TINVAS, gestión humana, seguridad y salud en el trabajo
- Se realiza una jornada llama CAFÉ en el mes de agosto, el cual se enfocó en la administración segura de medicamentos.
- Se realizo análisis de cumplimiento de los indicadores de gestión de la UCIP.
- Actualización y socialización los documentos, manuales, instructivos, formatos correspondientes a la atención de enfermería.
- Participación en los diferentes Comités asignados (Asistencial, Seguridad del paciente, No conformes, Lideres, Infecciones, Medicina Transfusional, COVE, Historia Clínica, Comité UCIP y otros)
- Se llevó a cabo reunión primaria mensual con el personal a cargo.
- Proceso de evaluación de desempeño al personal de enfermería, Terapia Respiratoria y seguimiento al cumplimiento de los compromisos de mejora.
- Inducción al personal de enfermería y Terapia Respiratoria
- Se Gestionaron traslados efectivos de pacientes a salas.
- Cumplir y hacer cumplir las normas de bioseguridad
- Identificar e informar la necesidad de incorporación de recurso humano de enfermería, Terapia Respiratoria y se participó en el proceso de selección

- Elaboración de la programación de turnos del personal de Enfermería y Terapia

RESUMEN Y ACCIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En el año 2023 se hizo el respectivo análisis de eventos adversos de los cuales se le hizo su respectiva trazabilidad, además estos datos fueron utilizados para elaborar la matriz de Riesgos del año 2024, entre los reportes y tenemos la siguiente clasificación:

Principales eventos adversos:

- Repetición en la toma de muestras de laboratorio.
- Infecciones asociadas a la atención en salud.
- Retiro no programado de dispositivos.
- Úlceras por presión

PRÁCTICAS SEGURAS

En este periodo la unidad de cuidados intensivos ha desarrollado estrategias con todo el equipo de salud para alcanzar promedios de adherencia del 90%. La unidad de cuidado intensivo en el año 2023 ha sido generadora del cumplimiento de las metas de adherencia propias del servicio que han impactado en los indicadores y en los seguimientos que se realizan desde el área de calidad en seguridad del paciente.

RESUMEN DE GESTIÓN DE NO CONFORMES

En el año 2023 todos los no conformes fueron respondidos oportunamente, cuyas fallas fueron por comunicación entre procesos, diligenciamiento de registros e incumplimiento de protocolos, se les realizó la respectiva trazabilidad y seguimiento a los mismos.

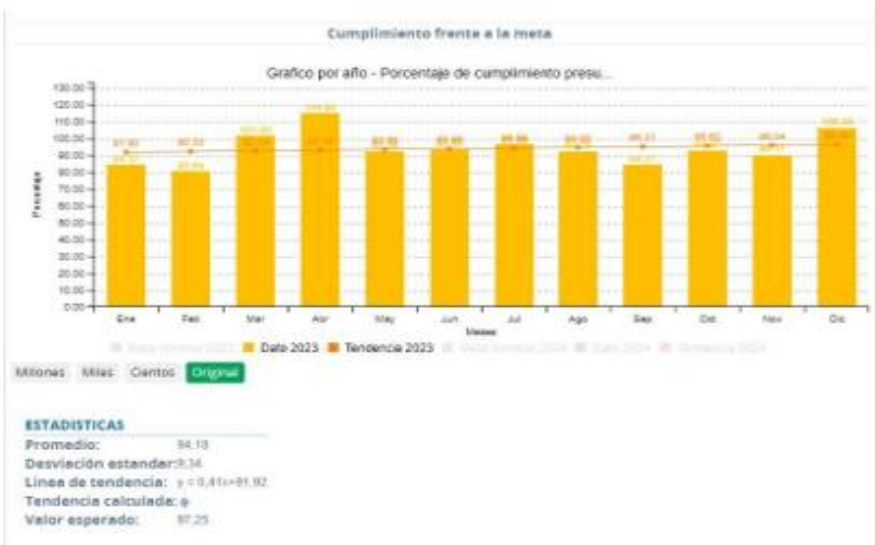
RESULTADOS Y ACCIONES DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE



El servicio de UCI en promedio mantuvo un porcentaje de satisfacción de 98% en el año 2023, por encima de la meta institucional establecida que para este año fue de 93%.

4.1 RESULTADOS ECONOMICOS DEL PERIODO Y ACUMULADOS

Porcentaje de cumplimiento presupuestal de costos y gastos – UCI



Para el año 2023 en la Unidad de Cuidados se evidencia el consumo frente a lo presupuestado, teniendo comportamiento variable según el mes del año, número de pacientes y complejidad de los mismos.

Porcentaje de cumplimiento presupuestal– UCI



Porcentaje de cumplimiento presupuestal de ventas – UCI



Todos las mejoras y logros obtenidos durante este año en la unidad de cuidados intensivos, fue gracias al trabajo en equipo, dedicación y entrega de los colaboradores, quienes pese a las dificultades presentadas en el camino muchas de ellas han sido resueltas.

Cabe destacar el apoyo de la parte Administrativa en cabeza de la Gerencia, quienes de una u otra forma han apoyado nuestro proceso en este camino de mejora continua.

IMÁGENES DIAGNOSTICAS

1.1 AMBIENTE LABORAL, ACTITUD, MOTIVACION

Se han realizado comités primarios, capacitaciones e intervenciones para el fortalecimiento del área tales como:

- Capacitación continúa en humanización, comunicación asertiva, con apoyo de gestión al cliente.
- Se realizó reinducción en cada uno de los procesos del servicio involucrando al personal como expositores y diferentes proveedores para facilitar el proceso de aprendizaje.
- Se generaron capacitaciones conjunto con proveedores y acompañamiento del área de ingeniería biomédica del área.
- Espacios de escucha activa ante las situaciones que se presentaron en el área con el fin de encontrar oportunidades de mejoras o experiencias exitosas.
- Se realiza comité primario mensual donde se les presenta los indicadores y resultados del área haciendo énfasis en indicadores de éxito.
- Apoyo con el departamento de gestión humano cuando ameritaba de su intervención con el personal del área.
- Se realiza cuadro de turno aceptando peticiones de cada uno de los colaboradores.
- Se cuenta con dos trabajadores becados, quienes desde su conocimiento y experiencia aportan al servicio

1.2 ESTADO ACTUAL Y SEGUIMIENTO A PROYECTOS.

a. En Proceso

Fortalecimiento de la adherencia a la política de seguridad del paciente con capacitación.

- Fortalecimiento de la adherencia en cuidados de catéteres venosos con capacitación continua y pruebas en sitio.

- Dado el aumento de complejidad del área se logra aumento de personal en el área de agendamiento y asignación de citas.
- Se demostró la necesidad de crear modulo donde el personal de imágenes pueda visualizar todas las ordenes médicas y sea el personal del área el encargado de la programación de los estudios, pendiente parametrización del módulo.
- Implementación de programa de protección radiológica con el fin de disminuir, detectar y prevenir accidentes e incidentes de carácter radiológico.
- Implementación de plataforma virtual para descargar y visualizar resultados de apoyos diagnósticos.
- Capacitaciones conjunto con los radiólogos del área hacia médicos asistenciales sobre pertinencia del ordenamiento de estudios de imágenes diagnósticas.
- Realizar renovación tecnológica en área de electro diagnóstico por tiempo de obsolescencia de los equipos biomédicos.

b. Realizados

- Desarrollo del programa de capacitación educativa del año 2023 para el personal asistencial. Los temas fueron programados, de acuerdo con las necesidades que se evidenciaron en los servicios.
- Se logró aumento de personal (tecnólogos de imágenes, auxiliar de recepción orientadora, auxiliares de enfermería, radiólogo) ante las necesidades de los servicios (aumento de procedimientos en el área).
- Se traslada el servicio de agendamiento y conformación de citas del Centro de atención telefónica al servicio de imágenes desde el mes de junio garantizando la oportunidad de citas para los usuarios y al mismo tiempo la correcta preparación para estos.
- Aumento de jornadas de sedación quedando con 4 jornadas de lunes a viernes y generando horas extras si el servicio lo requiere.
- Se logró aumentó jornadas de tomas de ecografía de urgencias quedando cubierto el servicio de lunes a viernes 12 hora de 7:00am a 7:00pm.
- Se logra tecnólogo para el área de cx en el día evitando inoportunidad en la toma de imágenes del resto de las áreas.
- Se logra contratación de cuarto radiólogo por aumento de procedimientos del área.

- Creación de formatos los cuales ayudan al mejoramiento continuo en cada uno de los procesos de la institución.
- Se logró cubrimiento de la franja quirúrgica con un tecnólogo asignado para este servicio.
- Actualización de más del 100% de los documentos del área de Imágenes diagnósticas.
- Se realizó seguimiento de jornadas de sedación de los servicios con el fin de asegurar y optimizar el recurso humano y tecnológico.
- Se implementa auditoría interna de insumos de carro de para y maletas de sedación garantizando que estos se encuentran disponible durante la atención de pacientes
- Se gestiono un rubro para tener la asesoría de un Físico medico con la finalidad dar cumplimiento con la normatividad referente al programa de protección radiológica.
- Se logro la migración la nueva versión del CWM, la cual facilitará el flujo de trabajo del servicio y uso de herramientas que permitan mitigar riesgo.
- Conjunto con los auxiliares del servicio se está realizando la confirmación de las agendas garantizando de esta manera el acceso al servicio.

2.1 RESUMEN Y ACCIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Año	No. DE EVENTOS ADVERSOS	PLAN DE ACCIÓN
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	
2022	123	3
2023	32	0

- Se evidencia una disminución en el reporte desde área de imágenes diagnosticas asociado a la rotación de personal.
- Se han gestionado los eventos en la plataforma daruma realizando los análisis dentro de los tiempos esperados para logara realizar una adecuada intervención.

- Se generó capacitaciones de las metas de seguridad del paciente conjunto con el mismo personal a toda el área con el fin de involucrar al personal y generar conciencia y mayor conocimiento.
- Se realizó presencia en las diferentes actividades de campaña de lavado de manos logrando mejorar el indicador de adherencia.
- Se continúa con la socialización de los eventos adversos y lecciones aprendidas de los mismos durante los comités primarios, para generar sensibilización del personal.
- Se trabaja de la mano con el programa de seguridad del paciente, con el fin de identificar oportunamente las fallas de la atención en salud en pro de intervenir inmediatamente al personal e identificar las falencias.

2.2 RESUMEN GESTION DE NO CONFORMES

En el año 2023 se recibieron una totalidad de 15 No Conforme, de los servicios de urgencias, hospitalización, unidad de cuidados intensivos y cirugía, a los cual se le dio respuesta y se efectuaron los correctivos e intervenciones cuando lo amerita y se dieron a conocer al personal del área en los comités primarios para evidenciar lecciones aprendidas y encontrar oportunidades de mejora de los procesos internos del área.

2.3 FACTURACION

En año 2023 desde el servicio de imágenes se implementa seguimiento semanal al tiempo de oportunidad del reporte ambulatorio asegurando de esta manera que para las fechas de cierre cada factura cuente con el soporte y se logre radicar dentro de los tiempos estipulados.

2.4 ESTADO DE GLOSAS ANALISIS DE CAUSAS Y ACCIONES

Se realiza trabajo conjunto con el área de cuentas medicas respecto a todos los casos de glosas en donde no se tenía soporte de resultado de ayudas diagnósticas solicitando al área de TI el acceso a las unidades compartidas para acceder a las mismas obtener los reportes que se manejan el DRIVE, en relación al cobro adicional de medios de contraste se realizó gestión con proveedor del CWM para agregar un

espacio obligatorio para registrar el volumen de contraste utilizado en cada paciente que permita realizar la adecuada solicitud del medio de contraste, se retroalimenta al personal para generar acciones de mejora para asegurar la calidad de registro y el recobro de lo utilizado en cada procedimiento.

2.5 RESULTADOS Y DATOS DE PRODUCTIVIDAD

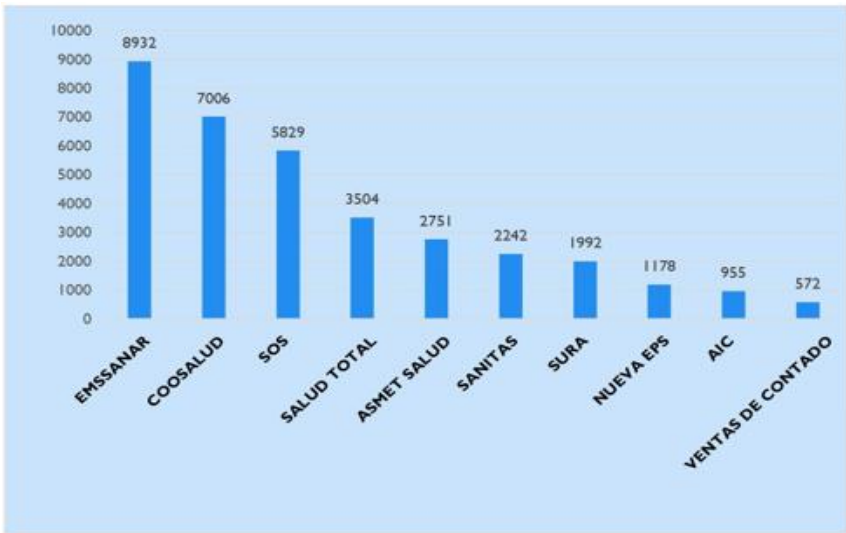


Para el año 2023 se refleja un incremento promedio del 16 % representado en 48.230 estudios de todas las modalidades, con 4239 estudios más que el año inmediatamente anterior. Este incremento se refleja en las modalidades de resonancia, donde se evidencia un importante crecimiento en el área, realizando 1276 estudios más que el año pasado, al igual que en el área de electro diagnóstico con las modalidades de electrocardiograma y holter con 380 por encima del año 2022, esto gracias al fortalecimiento de convenios con los diferentes prestadores, y a la implementación de acciones que permitieron ampliar las franjas y mejorar la oportunidad del reporte

2.6 PARTICIPACION DE LAS EPAB.

Dentro de las entidades con mayor participación tenemos las 10 entidades aquí relacionadas, mirando que dentro estas encuentran entidades como Coosalud, Sura, Nueva EPS, y Sanitas con quienes se viene trabajando de la mano con los diferentes gestores para mejorar la oportunidad en la atención y dando respuesta oportuna a los requerimientos de las misma de manera que nos sigan eligiendo y nos

tengan como un referente en atención pediatría y también de adultos en el servicio de imágenes diagnosticas. Se ha fortalecido la prestación en clientes como SURA, colocando a disposición los diferentes servicios dando apoyo a las contingencias que ellos presentan en los momentos de daño de equipos aumentando así cantidad de procedimientos en el área especialmente en resonancia.



2.7 DEMANDA POR SERVICIOS

Es de gran importancia resaltar que el servicio que mayor demanda para imágenes diagnósticas en el año 2023 sigue siendo urgencias, seguido del servicio ambulatorio, lo cual representó un 55% y 35 % de participación de la prestación del servicio en área de imágenes diagnósticas



OPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS:

Con respecto a la oportunidad del servicio de Imágenes Diagnósticas, encontramos que los tiempos, aunque progresivamente han mejorado como lo muestran los resultados cada fin de mes, aún tenemos tiempos de oportunidad prolongados para la toma, asociados a la disponibilidad de anestesiólogo en el servicio, ya que los días que no se cuenta con esta especialidad los estudios se deben diferir esperando disponibilidad del servicio de cirugía.

Se han implementación actividades de mejora como la lectura remota, integrando un cuarto radiólogo solo dedicado para lectura de resonancia y se inicia el año 2024 con un quinto radiólogo para cubrimiento presencial en el área de ecografía de 7.00 am a 7:00 pm y apoyo técnico en los demás servicios de acuerdo con la necesidad de este. Es importante resaltar que la logística y los ajustes realizados en el área de agendamiento ha permitido tener una mejora importante en el indicador de oportunidad de asignación de citas ambulatorias para los servicios de resonancia y ecografía en los indicadores de ley para lo cual en al cierre año 2023 se logar finalizar con 4 días de oportunidad para resonancia y 3 días para ecografía.

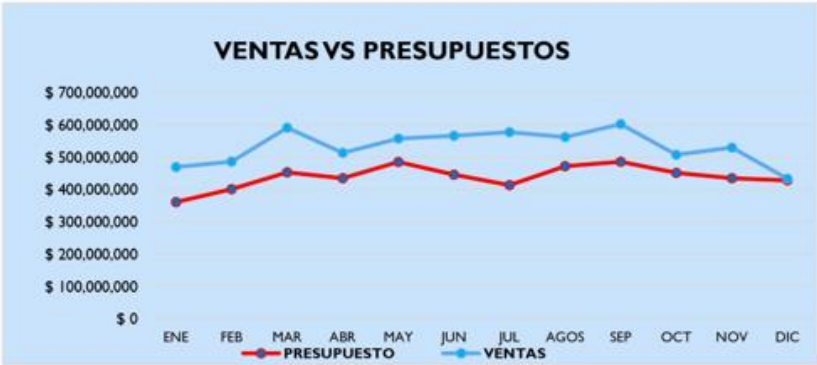
MES	RESONANCIA			ECOGRAFIA		
	NUM	DEN	RES	NUM	DEN	RES
ENERO	3994	115	34,7	8241	147	56
FEBRERO	7489	175	42,8	8539	190	45
MARZO	7571	265	28,6	9346	258	36
ABRIL	8835	221	40,0	10590	324	33
MAYO	12407	239	51,9	5580	217	26
JUNIO	9557	264	36,2	4276	297	14
JULIO	10459	267	39,2	1912	218	9
AGOSTO	5743	245	23,4	721	228	3
SEPTIEMBRE	559	150	3,7	563	182	3
OCTUBRE	504	161	3,1	680	179	4
NOVIEMBRE	452	124	3,6	574	189	3
DICIEMBRE	434	100	4,3	326	108	3

3.1 RESULTADOS Y ACCIONES DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.

Durante el año 2023 se evidencia que se tiene un índice de satisfacción al cliente promedio del 95% esto asociado a 30 quejas que recibió el servicio las cuales afectan los atributos de oportunidad y humanización, para lo cual se realizó la implementación de agendamiento desde el servicio de imágenes lo que permitió corregir los errores de agendamiento y lograr una oportunidad de cita dentro 72 horas en cada uno de los servicios, adicional se identifica que con los cambios de los canales de atención genero un impacto importante dado que asegura tanto el proceso de agendamiento como el de conformación de agendas.

AÑO 2023												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
QUEJAS	2	2	2	0	0	5	1	2	6	3	2	2
SUGERENCIAS	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FELICITACIONES	0	0	0	0	0	0	0	0	21	2	0	0
AÑO 2023												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Nº DE ATENCIONES	2,277	2,275	1,731	1,251	1,444	3,032	1,181	3,075	2,240	2,307	2,104	2,094
Nº DE QUEJAS	2	2	0	0	0	5	1	2	6	3	2	2
PARTICIPACION	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
AÑO 2022-2023												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
QUEJAS 2022	6	6	2	11	8	0	0	3	0	2	2	4
QUEJAS 2023	2	2	0	0	0	5	1	2	6	3	2	2
AÑO 2023												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
SATISFACCION	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%

4.1 RESULTADOS ECONOMICOS DEL PERIODO Y ACUMULADO



En el año 2023 se logró un total de ventas de \$ 6.388.004.374 y se tenía un presupuesto de ventas de \$ 5.258.142.469, por lo que cumplió y se sobrepasó las ventas en \$1.129.861.905 millones con un crecimiento del 21% en ventas, gracias al aumento de actividades en cada una de las áreas lo cual se logró con el trabajo conjunto del área comercial, la coordinación de imágenes y el ajuste e implementación de la logística de atención en el servicio.

