

Ciudad y Fecha: Cali, 20 de enero de 2025

Señores: Asamblea General De Fundación Clínica Infantil Club Noel

Asunto: INFORME DE GESTION 2025

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 2025, 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, de bienestar 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 Gestión Comercial
Liliam Patricia Alfonso, Subgerente de Proyectos
Lizeth Codognotto, Subgerente de Gestión Humana
María Eugenia Hurtado, Subgerente Jurídica
Maribel Valencia Benavides, Subgerente Médica

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 100 años en prestar servicios pediátricos, somos la única institución exclusivamente pediátrica de la región, centro de referencia en diferentes diagnósticos.

Se tiene un portafolio de prestación de servicios integral en donde se maneja un servicio de urgencias 24 horas, hospitalización en UCI para la atención de pacientes de alta complejidad, hospitalización en piso, cirugía, oncología, ayudas diagnósticas como laboratorio clínico, patología, rayos x, ecografía, resonancia, tomografía y Electrodiagnóstico.

3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN FINANCIERA DE LA SOCIEDAD

Los principales indicadores financieros de la entidad son los siguientes:

INDICADOR	2025	2024	Variación
RAZON CORRIENTE	5,06	4,26	0,80
CAPITAL DE TRABAJO NETO	80.182.278	58.696.611	21.485.666
PRUEBA ACIDA	4,93	4,08	0,85
INDICE DE SOLVENCIA	6,25	5,23	1,02
NIVEL DE ENDEUDAMIENTO TOTAL	16,00	19,11	-311%
INDICE DE APALANCAMIENTO NETO	0,04	0,06	-0,02
ROTACIÓN DE CARTERA (VECES)	1,52	2,34	-0,82
ROTACIÓN DE INVENTARIO (DIAS)	43	39	4,10
MARGEN DE EXCEDENTES OPERACIONALES	6,2%	-1,6%	7,8%
MARGEN DE EXCEDENTE NETO	15%	3%	0,12
INDICE DE RETORNO SOBRE EL CAPITAL PROPIO (ROE)	15,97%	3,66%	12,31%
INDICE DE RETORNO SOBRE LOS ACTIVOS (ROA)	13,41%	2,96%	10,45%

Para el año 2025, los activos de la sociedad ascienden a \$192.306. millones, presentando un crecimiento anual de 15 % con respecto al año 2024. Los activos en los años 2025 y 2024 están representados principalmente por el Efectivo Equivalente, el cual tuvo una disminución del 6%, los Deudores Comerciales por Cobrar en términos generales incrementaron en un 78%, esto debido a la aplicación del deterioro de cartera por las entidades que se encuentran en medida de inspección o intervención, con \$34.410 millones, creciendo el 6% (con las entidades Pareto de ventas de la clínica con mayor deterioro, el cual se realiza basados en las Normas Financieras Internacionales).

Las cuentas de Clientes Nacionales subieron en un 42%, lo cual afectó el flujo de caja de este período, en donde se tuvo que incurrir en apalancamiento de pago en proveedores, honorarios personales asistencial y varios. las Cuentas Comerciales y Otras Cuentas por pagar con un crecimiento del 62% sin embargo el total pasivo disminuyó en el 4% debido a disminución en la cuota de capital de los arrendamientos bajo leasing y a cuentas con destinación específica

en donde se cruzó el valor facturado vs. Lo pagado de la entidad Asmet Salud según modelo de contrato Pago prospectivo; para el año 2025, los pasivos de la sociedad ascienden a \$30.771.

Para el 2025, el patrimonio de la sociedad asciende a \$161.534 presentando un crecimiento anual del 19% debido principalmente por el excedente de ejercicios anteriores.

Los ingresos operacionales para el año 2025 fueron de \$151.211 millones y representaron un incremento del 0,16% con relación al año anterior, lo que indica que se mantuvieron las ventas de acuerdo con las contrataciones e intervenciones de estas, para mantener a su vez el costo fijo y disminuir el costo directo es decir el costo médico e insumos, que se relacionan directamente con la venta. Esta fue una estrategia basada en el bajo recaudo que se estaba teniendo en dicho periodo.

Los costos variables bajaron en un 9%, los costos fijos incrementaron el 5% y los gastos fijos de administración bajaron en un 21%, esto obedece a su vez porque no hubo incremento salarial en este año 2025 por toda la situación presentada en el sector y los factores externos que llevaron a la alta gerencia a esta toma de decisiones, a su vez el valor por deterioro de cartera disminuyó este año en un 44% (\$15.506 millones frente a \$27.803 millones en 2024). Obteniendo así un excedente de \$24.457 millones con una participación del 17% y un incremento del 419%

Factores Externos y Complicaciones del Sector Salud

Nuestra gestión se enfrentó a tres choques sistémicos en Colombia durante 2025:

1. **Regulatorio:** Los cambios en las reglas de juego sobre el giro directo generaron fricciones operativas y administrativas que elevaron el índice de glosas.
2. **Tecnológico:** La obligatoriedad de nuevos estándares de interoperabilidad de datos exigió inversiones no presupuestadas en ciberseguridad y software.
3. **Riesgo de Contraparte:** La Intervención de 5 EPS importantes durante el año obligó a realizar deterioro de cartera extraordinarias bajo NIIF 9, afectando directamente el excedente neto disponible.

A pesar de un entorno adverso, la entidad mantiene su solvencia patrimonial, aunque con una liquidez comprometida. Las metas de 2026 deben reenfocarse en:

- **Recaudo Agresivo:** Negociación de daciones en pago o cesiones de crédito para liberar caja.
- **Eficiencia en Red:** Revisión de contratos con pagadores cuyo costo de oportunidad de recaudo supere el margen operativo.
- **Transformación de Costos:** Migrar hacia un modelo de costos variables en áreas de apoyo para proteger el margen EBITDA ante fluctuaciones en el volumen de pacientes

4. INFORMACIÓN ADICIONAL POR SERVICIO:

4.1. Gestión Comercial y Mercadeo:

La vigencia 2025 ha representado uno de los desafíos más complejos en la trayectoria de Gestión Comercial, enmarcada en una transición normativa sin precedentes y una crisis de liquidez sistémica que ha puesto a prueba la resiliencia institucional. La implementación de diferentes resoluciones que han generado grandes cambios estructurales a nivel de facturación y radicación de cuentas, sumada a la insuficiencia de la UPC, que ha dificultado la concertación de ajustes tarifarios proporcionales al aumento en los costos de operación de la clínica, ha impactado directamente la previsibilidad de nuestro flujo de caja, ocasionando una presión financiera que se vio agravada por la creciente cartera morosa de las EAPB intervenidas. Pese a este entorno de incertidumbre política, hemos implementado estrategias de mitigación orientadas a salvaguardar la sostenibilidad financiera y garantizar la continuidad del ciclo de ingreso.

El presente informe detalla las acciones ejecutadas para asegurar la calidad del dato y la interoperabilidad bajo los nuevos estándares de RIPS (JSON), así como las gestiones para mitigar las barreras administrativas que han transformado el flujo de recursos de una constante técnica en un reto de gestión diaria y estratégica.

Tras la implementación de las estrategias de mitigación mencionadas, el área de Gestión Comercial reporta los siguientes resultados operativos y financieros al cierre de la vigencia:

- Se alcanzó la **renovación contractual del 66% de la base de clientes**, asegurando la operación bajo manuales tarifarios actualizados a 2025. Este dinamismo en la contratación, sumado a la gestión de los servicios, permitió un **cumplimiento de la ejecución presupuestal en ventas del 104%**, superando la meta establecida a pesar de las restricciones del mercado.
- Se logró la implementación exitosa de los nuevos estándares de interoperabilidad contemplados en las resoluciones 2275, 2284 y 2335 de 2023, alcanzando una **tasa de radicación efectiva del 99% de la facturación generada**. Este indicador es relevante, ya que demuestra la capacidad de la institución para superar las barreras técnicas del CUV y el estándar JSON, garantizando el reconocimiento contable y oportuno de la venta ante la EAPB; lo anterior asegura que la cuenta por cobrar nace con una validación técnica del Ministerio, reduciendo el riesgo de rechazos administrativos en etapas posteriores.
- En un año marcado por la crisis de liquidez de los pagadores, se alcanzó un **recaudo sobre ventas del 78%** al cierre de diciembre. Si bien se registró un descenso del **6% en el recaudo total comparado con el año 2024**, este resultado refleja la resiliencia de la gestión de cartera ante la disminución de los giros directos y la parálisis de pagos de las EAPB intervenidas, logrando mantener la operatividad institucional en un entorno sistémico de baja liquidez.

Sin embargo, durante la vigencia 2025, hemos enfrentado dos variables externas que han distorsionado completamente los indicadores de gestión del área y por ende la salud financiera de la institución:

 Calle 5 # 22 - 76 Cali, Colombia

 NIT: 890.399.020-1

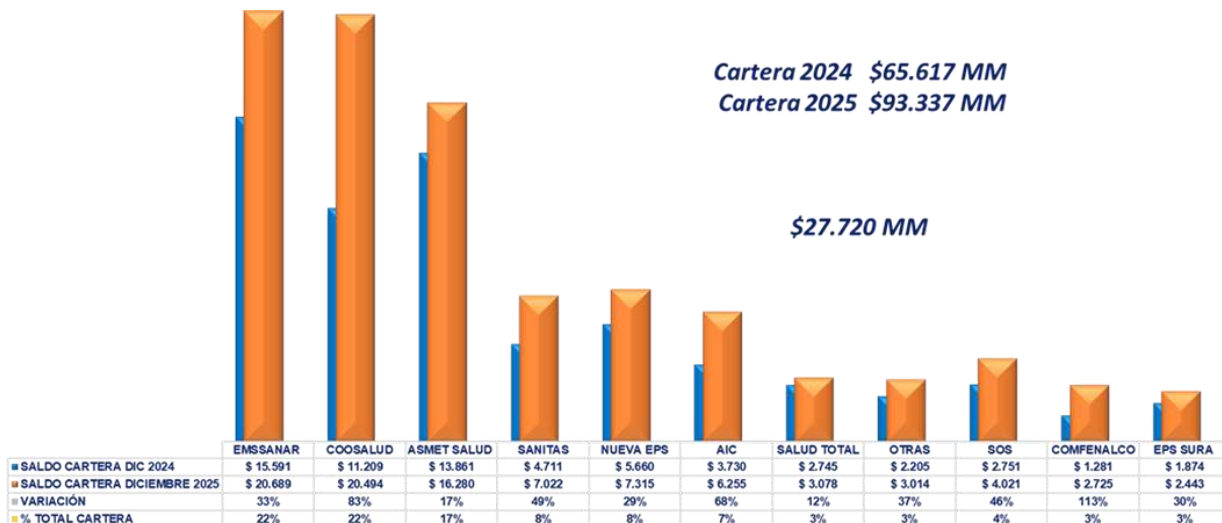
 602 4854404

 www.clubnoel.org



- **Deterioro de la Cartera:** Al cierre de diciembre 2025, la cartera institucional registró un **crecimiento del 42%** en comparación con el cierre de 2024. Este incremento no responde a una falta de gestión de cobro, sino a la retención de liquidez por parte de las EAPB y a la disminución en los flujos del Giro Directo, lo que ha generado un apalancamiento forzado de la operación con recursos propios.

Gráfico crecimiento cartera clientes principales a corte diciembre 2025



El crecimiento del **42%** en la cartera se concentra en un **75%** en EPS bajo medida de intervención, lo que complica su normalización debido al permanente cambio de políticas en las EAPB por el cambio constante de interventores.

- **Malas Prácticas de Auditoría y Barreras en el Reconocimiento:** Se evidencia una crisis en la conciliación de cuentas debido a la intermediación de firmas auditoras externas contratadas por las EAPB. Estas entidades han implementado prácticas de auditoría de corte restrictivo, resultando en una **glosa notificada del 32% sobre el total de la cartera**, la cual se encuentra en etapa de objeción, ya que obedece principalmente a criterios de forma impuestos por estas firmas y no a fallas en la prestación o facturación de nuestro servicio. Este volumen de glosa técnica y administrativa ha impactado directamente el reconocimiento de las cuentas por cobrar, generando una incertidumbre sobre la fecha cierta de recaudo y la disponibilidad del flujo del recurso.

Glosa pendiente por conciliar acumulada enero – diciembre 2025

ENTIDAD	GLOSA POR CONCILIAR	PORCENTAJE
EMSSANAR SAS	\$ 9.650.788.042	33%
COOSALUD EPS	\$ 8.759.212.529	30%
ASMET SALUD EPS SAS	\$ 5.834.322.682	20%
EPS SANITAS	\$ 1.580.824.505	5%
SALUD TOTAL EPS	\$ 1.530.185.674	5%
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURA	\$ 1.021.880.187	3%
NUEVA EPS	\$ 429.446.337	1%
EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	\$ 254.381.985	1%
OTRAS ENTIDADES	\$ 550.885.646	2%
TOTAL	\$ 29.611.927.587	100%

Es importante precisar que el **100%** de la glosa reportada (**\$29.612 MM**) se encuentra en etapa de objeción dentro de los términos legales. Esto significa que la institución ha presentado los soportes técnicos y científicos para desvirtuar los hallazgos de las firmas auditoras, manteniendo así la firmeza del reconocimiento del ingreso y la gestión activa para su recaudo efectivo.

Para la próxima vigencia, el proceso de Gestión Comercial centrará sus esfuerzos en los siguientes pilares:

- **Normalización y Depuración de Cartera:** Establecer un plan de choque para reducir el saldo acumulado, priorizando la recuperación de cartera mayor a 180 días mediante mesas de flujo de recursos y, de ser necesario, proponer a la gerencia acciones legales ante los entes de control para restablecer la liquidez.
- **Mitigación de la Glosa:** Transformar el modelo de respuesta ante la glosa del **32%**, migrando de una gestión operativa manual a un **proceso de conciliación automatizado**. El reto para 2026 desde el proceso es implementar herramientas tecnológicas que permitan el cruce masivo de datos y la gestión de objeciones en tiempo real, facilitando la ejecución de múltiples mesas de trabajo simultáneas con las diferentes EAPB. Esta automatización es fundamental para agilizar la depuración de la cartera, neutralizar las barreras impuestas por las firmas auditoras externas y asegurar un reconocimiento veraz del ingreso que permita estabilizar los procesos conciliatorios.

La gestión del ciclo de ingreso durante la vigencia 2025 confirma que nos encontramos ante una de las crisis estructurales más severas del sistema de salud colombiano, donde la presunta insolvencia de los pagadores y la inestabilidad normativa han desplazado el riesgo financiero directamente hacia los prestadores. Para la Fundación Clínica Infantil Club Noel, el incremento del **42%** en la cartera y el desafío de una glosa del **32%** no representan una debilidad operativa, sino el reflejo de un sistema en transición que exige una transformación profunda en la forma en que defendemos el recurso.

Desde el proceso de Gestión Comercial, enfocaremos nuestros esfuerzos en la conciliación masiva y el fortalecimiento de los canales de recaudo para asegurar que cada servicio prestado a nuestra población pediátrica sea reconocido y pagado de manera justa. En un año donde el flujo de caja ha dejado de ser predecible, nuestra determinación es convertir la eficiencia administrativa en la garantía de supervivencia de nuestra misión institucional.

4. 2. Gestión Humana:

- ✓ Durante el año 2025, la planta de personal se redujo en un 2,67%, pasando de 748 a 728 colaboradores, como respuesta a la situación económica del sector.
- ✓ Se ajustó la cuota de aprendices SENA de 34 a 37, en cumplimiento de la normatividad vigente.
- ✓ Se dio cumplimiento a la Ley 2101 de 2021, mediante la reducción de la jornada laboral semanal de 46 a 44 horas.
- ✓ En cumplimiento de la reforma laboral – Ley 2466 del 25 de junio de 2025, se implementaron los siguientes ajustes:

 Calle 5 # 22 - 76 Cali, Colombia

 NIT: 890.399.020-1

 602 4854404

 www.clubnoel.org



A partir del 25 de junio de 2025, se ajustaron los contratos de aprendizaje SENA, garantizando el pago de la cuota de sostenimiento, la afiliación a seguridad social y el reconocimiento de las prestaciones sociales durante la etapa productiva. Ajuste del recargo dominical y festivo del 75 % al 80 %, a partir del 1 de julio de 2025. Modificación del inicio de la jornada nocturna, establecida desde las 7:00 p. m. a partir del 25 de diciembre de 2025.

- ✓ La institución accedió a subsidios gubernamentales por un valor total de \$353.600.813, derivados de la vinculación de jóvenes y la creación de nuevos cargos.
- ✓ Durante la vigencia 2025 se realizaron cuatro (4) indemnizaciones por despido sin justa causa, que representaron un valor total de \$61.575.175.
- ✓ El proceso de selección gestionó 3.813 citaciones, logrando la vinculación de 203 colaboradores. De manera complementaria, se ejecutaron 269 actividades de capacitación, y a través del programa “El Club que te escucha” se brindó acompañamiento a 36 colaboradores principalmente de áreas asistenciales, atendiendo situaciones de índole personal, familiar y de salud.
- ✓ En 2025, el SG-SST alcanzó un 90% de cumplimiento del Plan Anual, desarrollando 49 capacitaciones que impactaron a más de 706 colaboradores. Se ejecutaron actividades de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica, mediciones higiénicas y 495 inspecciones de SST, fortaleciendo la gestión preventiva del riesgo. Así mismo, se realizó la Semana de la Salud, beneficiando a 600 colaboradores. El COPASST investigó 21 accidentes de trabajo, la Brigada de Emergencias realizó el simulacro institucional y se logró la certificación de 14 brigadistas.

4.3. Gestión de Suministros:

1. Resumen General del Presupuesto



El cumplimiento del 79,37% fue una gestión financiera conservadora en los rubros de mayor peso (medicamentos y dispositivos), compensando los excesos en mantenimiento y tecnología. El ahorro global de \$5.950.329.259 frente al presupuesto, otorga un margen de maniobra significativo.

4.3.1. Indicadores de Gestión de Compras: Durante el año 2025, el proceso de suministros mantuvo niveles óptimos de cumplimiento en la reposición de stock y atención de requisiciones, para las principales bodegas:

- Bodega de Medicamentos y Dispositivos: Se mantuvo un cumplimiento superior al 95% durante todo el año. En diciembre, el cumplimiento fue del 97.8%, con 1,062 unidades pendientes principalmente por agotados.
- Bodega de Almacén: El cumplimiento osciló entre el 96.4% y el 99.9%.

- Servicio Farmacéutico: Presentó variaciones debido a la alta rotación y desabastecimiento nacional de moléculas, cerrando diciembre con un 93% de cumplimiento.

4.3.2. Eficiencia Financiera y Ahorro: El control estricto de los días de inventario permitió ahorros significativos al posponer compras innecesarias de productos con stock suficiente, durante la operación mensual, según requisiciones iniciales y revisión de rotación diaria:

- Ahorro total gestionado en 2025: Se superaron los \$1.100 millones de pesos en ahorro proyectado por control de stock.
- Gestión de Vencimientos: Entre mayo y agosto se gestionaron devoluciones por valor de \$8.305.068 bajo cartas de compromiso.

4.3.3. Gestión de No Conformidades: Se implementó un seguimiento riguroso a las fallas de proveedores por el aplicativo (GLPI):

- Consolidado Anual: Se recibieron 495 tickets de no conformidad de los cuales se cerraron 443 casos, logrando una gestión de cierre efectivo del 89%.
- Proveedores con mayor incidencia: Droguerías y Farmacias Cruz Verde, Alcopharma, Global Healthcare, B. Braun.

Acciones de Mejora Implementadas

- Reuniones con Proveedores: Se iniciaron mesas de trabajo con los proveedores de mayor incidencia para agilizar la emisión de documentos legales y técnicos necesarios para el cierre de casos.
- Fortalecimiento del Proceso: La aplicación de correctivos ha permitido que los proveedores sean más cuidadosos con los productos enviados, disminuyendo la tendencia de errores hacia el final del año.

4.3.4. Gestión ambiental: Se implementaron estrategias de ahorro y optimización de recursos

- Entrega por consumo real: Se realizan rondas de revisión periódicas en las bodegas de las áreas para verificar los despachos.
- Sustitución de insumos: Se evalúa el reemplazo de tecnologías de alto costo por alternativas funcionales, como el uso de sierras oscilantes en lugar de sistemas más costosos.
- Infraestructura hidráulica: Reemplazo progresivo de llaves tradicionales por automáticas con sensor en áreas como UCI y Urgencias.
- Digitalización de formatos: Se trabaja en la eliminación de talonarios físicos para traslados y órdenes de salida mediante procesos digitales.

Gestión de Calidad:

Gestión de hallazgos en el Sistema de Gestión de Calidad:

el año 2025, se generaron un total de 6.181 hallazgos.

La efectividad en el cierre de los hallazgos es uno de los puntos más fuertes trabajados durante el periodo, a continuación, se muestra la gestión por cada uno de los orígenes:

- 📌 **100%** Gestión en Quejas
- 🟢 **91%** Auditorías Externas
- 🟢 **90%** Fallas entre Procesos
- 📊 **85%** Reportes Clínicos
- 🟣 **74%** Auditorías Internas

4.4.2. Programa de Auditorías al Sistema de Gestión de Calidad

Auditorías Internas:

- Se cumplió en un 100% el programa de auditoría.
- Se auditaron 24 procesos, identificando 79 hallazgos mayores y 94 menores.
- Se obtuvo un promedio de cumplimiento del 87% para los procesos estratégicos y de apoyo, del 33% para los procesos misionales y de apoyo técnico asistencial. Este último resultado se debe al cambio de metodología de evaluación. Los requisitos que tuvieron mayor número de hallazgos mayores fueron:
 - Requisito 7.1.6 Conocimientos de la Organización.
 - Requisito 8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio.

Auditoría Clínica de Calidad: Se realizó medición de adherencia a la calidad del registro de historia clínica, con un cumplimiento promedio global del 93% de las historias clínicas evaluadas. Se realizó medición de adherencia a las Guías de Práctica Clínica con un cumplimiento promedio global del 98%.

Auditorías Externas:

- Se recibieron 37 visitas de auditorías por entes externos.
- En las visitas de auditoría recibidas, se generaron 60 hallazgos mayores y 40 menores.
- Se obtuvo un promedio de cumplimiento del 93% en las listas de chequeo aplicadas.
- Dentro de los hallazgos más frecuentes se encuentran: Fallas en los trámites administrativos para la atención en salud.

Auditoría Comités Institucionales: Se evaluaron 12 comités institucionales, con un cumplimiento promedio del 90%.

Auditoría a Proveedores y Terceros:

- Se cumplió en un 100% el cronograma de auditoría a proveedores y terceros.
- Se auditaron 26 proveedores priorizados.
- Se obtuvo un promedio de cumplimiento del 86%

4.4.3. Estrategias de Mejora e Impacto realizadas 2025: Se implementaron tres ejes estratégicos para simplificar la gestión de la calidad:

- **Estandarización de la clasificación de los hallazgos:** Clasificación unificada de hallazgos para mejorar el análisis de los hallazgos basados en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- **Depuración de Indicadores en Daruma:** Optimización en 14 servicios asistenciales para medir lo que realmente aporta valor y cumplir requisitos de la Joint Commission International (JCI).
- **Integración de Auditorías:** Reducción de tiempos de gestión y duplicidad de informes.

4.4.4. Otros Logros

- Se logra dar cumplimiento a los requisitos de la ISO 9001:2015 ante la visita de seguimiento del ICONTEC.
- Se llevo a cabo la semana de la Calidad, en la que se trabajó el eslogan “La receta perfecta para una atención con Calidad”, logrando una participación de 257 personas en los días de jornadas de stands.

4.5. Gestión de Proyectos:

4.5.1. Plan Maestro Arquitectónico

Los proyectos desarrollados en la infraestructura incluyen actividades de obra civil, redes técnicas, carpinterías, y equipos eléctricos. La inversión fue de 3 mil millones de pesos aproximadamente. A continuación, las intervenciones más representativas.

Proyecto	Alcance	Observación
Urgencias III	Entrega en funcionamiento de nueva área de expansión de Urgencias	Área intervenida 510 m2
Cuartos Técnicos	Construcción y ampliación de cuartos técnicos de gases medicinales, subestación eléctrica, vías internas, circulación áreas técnicas	Área intervenida 459 m2
Crecimiento Subestación Eléctrica	Crecimiento capacidad instalada de energía de la clínica en 300kva a 208V.	Transformador 300 Kva. En trámites con Emcali para energización.
Obras Varias	Actividades de mejoramiento de la infraestructura física: • Casa Archivo • Laboratorio de Marcha • Oficina jefatura facturación. • Cuarto eléctrico casa administrativa. • Sala ERA procedimientos • Baño casa administrativa.	

Se obtuvo la aprobación del Esquema de Implantación y Regularización de la edificación (EIR) por parte de Planeación Municipal, para el crecimiento por etapas de la infraestructura clínica.

4.5.2. Plan de Adquisición Tecnológica:

Se adquirieron en total 70 equipos con una inversión de \$ 1.571.068.238, las compras más representativas fueron:

- Monitores Multiparámetros.
- Motor Ortopedia.
- Ventilador Transporte.
- Airvo 2.
- Ups.

4.6. Ambiente Físico y Gestión de la Información

4.6.1. Ingeniería Biomédica:

Durante el año 2025, el área de Ingeniería Biomédica gestionó un total de 4263 órdenes de trabajo, correspondientes a actividades de mantenimiento preventivo, predictivo y correctivo, metrología y otros requerimientos técnicos. Estas acciones estuvieron orientadas a asegurar la disponibilidad, confiabilidad y adecuado funcionamiento de los equipos biomédicos de la institución, contribuyendo de manera directa a la seguridad del paciente y del personal asistencial.

Como resultado de la gestión realizada, se alcanzó una disponibilidad aproximada del 98% de los equipos biomédicos, lo que permitió garantizar condiciones seguras y eficaces para la prestación de los servicios de salud y la continuidad de la atención clínica.

El área brindó soporte técnico permanente al personal de salud, atendiendo de manera oportuna los incidentes asociados al uso de la tecnología biomédica. Para ello, Ingeniería Biomédica mantuvo una disponibilidad operativa 24 horas al día, 7 días a la semana, minimizando el impacto de fallas técnicas en la atención de los pacientes.

Se fortaleció la gestión del riesgo asociado a la tecnología crítica, mediante la identificación, análisis y mitigación oportuna de situaciones que pudieran afectar la seguridad del paciente y la continuidad del servicio. En este periodo se gestionaron 190 casos de tecnovigilancia, correspondientes a eventos e incidentes adversos presentados en la institución, y se realizó la revisión permanente de 1982 alertas de seguridad emitidas por agencias nacionales e internacionales como el INVIMA, ANVISA, MHRA, entre otras, lo que permitió la adopción de medidas preventivas y correctivas orientadas a minimizar riesgos y garantizar el uso seguro de la tecnología biomédica.

4.6.2. Mantenimiento

En cuanto a infraestructura se realizó la atención de 6665 órdenes 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 realizó traslado y adecuación de bomba de vacío al cuarto técnico de Central de Esterilización, certificación de sistema de red de incendios de la clínica, implementación de puerta automática de la UCI por personal de mantenimiento, estandarización del proceso para seguimiento de cubiertas por filtraciones de agua, entrenamiento y certificación en soldadura en soldadura de oxicorte para instalación de red de gases medicinales, se centralizó sistema de monitoreo CCTV en cuarto técnico en el ático de sala Mariana, se asumió el mantenimiento de zonas verdes y jardines que antes era llevado a cabo por un proveedor externo.

Se realiza dotación y puesta en marcha del nuevo servicio de Urgencias 3 que empezó a funcionar a partir del mes de febrero.

Acompañamiento de proyecto de red de gases medicinales del servicio de urgencias 3, se hace acompañamiento continuo a la ampliación de la subestación eléctrica, se incluyó tecnología nueva del sistema de succión en la clínica.

Con aval de la gerencia médica se retiró el uso de las pijamas de UCI, Imágenes, Odontología, Coralitos y Oncología (uso exclusivo de pijamas verdes en sala de procedimientos, lo cual impactó positivamente en la disminución de costos en la facturación a partir de agosto.

4.6.3. Gestión Ambiental

- **Programa de Uso Eficiente:** Se continúa con la implementación de luminarias LED en las instalaciones, los equipos cuentan con cronogramas de mantenimiento para maximizar su vida útil, se cuenta con infraestructura bioclimática para optimizar el uso de ventilación e iluminación natural.
- **Programa de Control de Vertimientos:** Según caracterización de vertimientos del año 2025, se observa que conforme a las acciones implementadas, se cumplieron con todos los parámetros de vertimientos según Resolución 0631 de marzo de 2015 para vertimientos líquidos puntuales de aguas residuales no domésticas a un alcantarillado público (Art.16) de actividades de atención a la salud humana - atención médica con o sin internación (Art. 14 - 14.5) en el efluente final ARnD ubicado sobre la calle 5 y denominado como caja nro 2. Lo cual indica la efectividad del plan y el cumplimiento de la meta en un 100%.
- **Programa de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud:** En febrero de 2025 se recibió concepto sanitario favorable con cumplimiento del 100% por parte de la Secretaría de Salud. Se continua con la entrega de residuos orgánicos del servicio de alimentación a Ciudad Limpia.
- **Programa de Mitigación y Adaptación al Cambio Climático:** Se continuó trabajando con la secretaría de Salud en la estimación de la huella de carbono institucional y se entregó el reporte 2024 para participar en la adquisición de bonos de carbono. esto como parte de las estrategias en la mitigación contra el cambio climático. Se encuentra en

proyecto ejecutar 3 compensaciones arbóreas según solicitudes de erradicación realizada con Dagma.

- **Programa de Compras Sostenibles:** Cirugía es un servicio libre de óxido nitroso, se utilizan jeringas libres de aguja en los servicios asistenciales, se cuenta con un programa de economía circular de textiles hospitalarios en pro de la reducción de plásticos de un solo uso
- **Programa de Control Integral de Plagas y Protección de Fauna:** Se reforzaron áreas perimetrales de la clínica en jardines y zonas externas mediante la implementación de estaciones de monitoreo para controlar la presencia de roedores y voladores.
- **Programa de Movilidad Sostenible:** Se continúa esperando respuesta por parte del ente ambiental para la implementación del plan de movilidad sostenible.
- **Programa de Cultura Ambiental:** Se realizaron capacitaciones a 794 colaboradores conforme al cronograma y disponibilidad de las diferentes áreas.
- **Publicaciones ambientales:** Se recibieron reconocimientos nacionales e internacionales a la gestión ambiental hospitalaria y programa de economía circular por CARE de Salud sin Daño y Alcaldía de Santiago de Cali.

4.6.4. Tecnologías de la Información

El presente informe resume las actividades, logros y avances realizados durante el período en el área de Tecnologías de la Información (TI), enfocándose en los subprocesos de Desarrollo, Infraestructura, Soporte de Equipos y Adquisiciones de Activos Fijos. Estos esfuerzos han contribuido a mejorar la eficiencia operativa, garantizar el cumplimiento normativo y optimizar la experiencia de los usuarios.

Subproceso de Desarrollo: Se suben a producción **103 proyectos de desarrollo**, lo que representa un **crecimiento del 13 %** frente a 2024. Estos proyectos corresponden exclusivamente a soluciones implementadas en ambiente productivo y disponibles para los usuarios, generando mejoras directas en la operación y en la experiencia del uso del sistema SIIS.

Los desarrollos implementados se agrupan en las siguientes categorías:

1. Cumplimiento normativo y RIPS – Ministerio de Salud

Una proporción relevante de los proyectos estuvo orientada a garantizar el cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes del Ministerio de Salud y la DIAN, especialmente en relación con RIPS JSON, resoluciones 2275, 2335 y reportes a SISPRO.

2. Procesos de facturación, cuentas médicas y gestión financiera

3. Procesos clínicos y asistenciales

4. Integraciones, interoperabilidad y seguridad de la información

5. Optimización de la experiencia del usuario y control operativo

Subproceso de Aplicativos e Implementación: Durante el año 2025, el proceso de Aplicativos gestionó y elaboró a 106 requerimientos, provenientes principalmente de las áreas asistenciales, comerciales, administrativas y financieras.

Los requerimientos se concentraron, en su mayoría, en ajustes normativos y regulatorios (RIPS, RIPS JSON, anexos técnicos, resoluciones del Ministerio de Salud), mejoras funcionales en módulos clínicos (Historia Clínica, Cirugía, Imágenes Diagnósticas, Farmacia, Hospitalización) y optimizaciones en los procesos de facturación, cuentas médicas y radicación electrónica, lo que evidencia el rol estratégico del área en el aseguramiento de la continuidad operativa y el cumplimiento regulatorio de la institución.

Adicionalmente, se desarrollaron múltiples correcciones, validaciones y mejoras de seguridad y calidad de datos, orientadas a reducir reprocesos, mitigar riesgos operativos y mejorar la experiencia del usuario final. La diversidad y complejidad de los requerimientos atendidos reflejan un alto nivel de dependencia institucional del sistema SIIS y la necesidad permanente de evolución tecnológica alineada a los cambios normativos y operativos del sector salud.

Tercerización de proyecto: Requerimiento y Desarrollo

En el mes de agosto de 2025 se suscribió contrato con el proveedor Informatic Consulting Services S.A.S. (ICS) para el desarrollo del proyecto de Sábana de Enfermería en el sistema SIIS. La ejecución del proyecto inició en septiembre de 2025 y, a la fecha, presenta los siguientes avances:

1. **Signos vitales:** Desarrollo entregado y recibido a satisfacción.
2. **Ventilación mecánica:** Desarrollo finalizado; pruebas funcionales programadas entre el 21 y el 23 de enero de 2026.
3. **Exploración física cefalocaudal / Tipo de acceso vascular:** Requerimientos consolidados y enviados al proveedor para desarrollo.
4. **Registro de líquidos:** En proceso de levantamiento del acta de inicio interna.
5. **Valoración neurológica:** Pendiente de validación posterior a las pruebas de ventilación mecánica.
6. **Valoración del dolor y riesgos:** Pendientes de inicio del levantamiento interno.
7. **Cuidados de enfermería:** Programado para la fase final del proyecto, dada su dependencia de los módulos base para la generación automática de registros.

Subproceso de Infraestructura: Durante el año 2025 se ejecutaron avances estratégicos en la infraestructura tecnológica de la Clínica, orientados a fortalecer la continuidad del servicio, la capacidad operativa, la seguridad y la experiencia de usuarios y pacientes. Entre los principales logros se destacan:

- Optimización de la conectividad institucional, mediante el **reemplazo del canal de internet de banda ancha de TIGO por un canal dedicado 1:1 de 300 Mbps con el proveedor Liberty**, garantizando mayor estabilidad, disponibilidad y desempeño para los sistemas tecnológicos críticos. El nuevo esquema de conectividad se formalizó bajo un **contrato de internet dedicado**, garantizando mayor confiabilidad y calidad del servicio.
- Ampliación de la red de comunicaciones con **la implementación de nuevos enlaces de fibra óptica para la Casa Administrativa y la Casa Archivo**, mejorando la interconexión y la confiabilidad de los servicios tecnológicos.
- Despliegue integral de infraestructura tecnológica para el servicio de **Urgencias 3**, habilitando puntos de red para equipos de cómputo, impresoras, cámaras de seguridad, sistemas de control de acceso y conectividad WiFi, asegurando la operación del servicio desde su apertura.
- Renovación y activación del **servicio de televisión para 70 camas de hospitalización**, contribuyendo a una mejor experiencia del paciente durante su estancia. El servicio es prestado por el proveedor Claro.
- **Actualización y ampliación del sistema de turnos**, extendiendo su cobertura a las áreas de Imágenes Diagnósticas y Laboratorio, lo que permitió optimizar la gestión de la atención, mejorar la organización del flujo de pacientes y reducir los tiempos de espera. El servicio es prestado por el proveedor Netux.
- **Migración del Data Center desde EMCALI hacia ETIX**, fortaleciendo los niveles de disponibilidad, seguridad y resiliencia de la infraestructura tecnológica institucional.
- **Actualización del equipo principal de red (CORE)**, mejorando el rendimiento, la capacidad de crecimiento y la estabilidad de la red corporativa. Si bien la adquisición de los equipos se realizó en 2024, la implementación y puesta en operación se ejecutó durante 2025, consolidando la modernización de la infraestructura de red.
- Ampliación de la cobertura inalámbrica institucional, mediante la **instalación de 10 nuevos Access Points**, fortaleciendo la conectividad para usuarios, equipos clínicos y administrativos y mejorando la disponibilidad del servicio en áreas operativas críticas.
- Fortalecimiento de la cultura de seguridad de la información, a través de **capacitaciones en seguridad sobre Google Workspace**, orientadas a la prevención de incidentes y al uso seguro de las herramientas corporativas.

Disponibilidad promedio: La infraestructura de Tecnología de la Información de la Clínica que comprende servidores locales, servidores en Data Center, el sistema SIIS, los servicios de conectividad a Internet, Call Center y ciberseguridad— alcanzó un **promedio anual de disponibilidad del 93,75 %**, asegurando la continuidad operativa de los servicios tecnológicos críticos que soportan la operación clínica y administrativa.

Subproceso de Soporte Técnico: Estandarización de las herramientas de soporte remoto, mediante la migración de la aplicación VNC a UltraVNC, habilitando conexiones remotas seguras en más de 500 equipos de cómputo. Esta mejora permitió optimizar los tiempos de atención y soporte, incorporando además una política de aceptación de conexión por parte del usuario, fortaleciendo los controles de seguridad y la trazabilidad de las sesiones de soporte.

Alto nivel de **cumplimiento del cronograma anual de mantenimiento preventivo, alcanzando un 99,4 %** de ejecución, lo que refleja una gestión eficiente del parque tecnológico y contribuye a la continuidad operativa, la reducción de incidentes y el adecuado desempeño de los equipos de cómputo de la institución.

- El subproceso de Soporte Técnico atendió **2.639 solicitudes** provenientes de **72 áreas y servicios de la clínica**, relacionadas con categorías como soporte a equipos de cómputo, periféricos, aplicaciones, servicios en la nube y unidades compartidas, mantenimiento preventivo y correctivo de equipos, capacitaciones a usuarios, gestión de impresoras y organización de cableado, entre otros.

Adquisición De Equipos: se realizó la adquisición de equipos para renovación y para cubrir nuevas necesidades de servicios

4.6.5. Gestión Documental

- **Valoración Historia Clínica (HC) para Eliminación Según Resolución 0839 de 2017:** se valoran y se alimenta en base de datos 521 cajas y 25.153 historias clínicas. Consolidado total 737 cajas y 34.204 historias clínicas valoradas.
- **Digitalización de Documentos:** proyecto que se reinicia en agosto 2025 para dos series documentales (pagos electrónicos del año 2022 e historias clínicas del año 2012), con los siguientes resultados a diciembre 2025.

TEMA	UNIDAD	FOLIOS
PAGOS ELECTRONICOS 2022	416	7120
HISTORIA CLINICA 2012	839	1101
TOTAL	1255	8221

- **Valoración y Organización Pacientes Fallecidos Hasta 2024:** se agregan 23 HC de 2024 y se actualiza base de datos quedando en total 39 cajas y 329 pacientes, para conservación permanente.
- **Oportunidad en la Entrega de HC al Servicio de cirugía:** se entregaron 6316 historias clínicas para procedimientos quirúrgicos con un cumplimiento del 99,97%.
- **Atención Presencial a Usuarios para Entrega de Historia Clínica:** se entregaron 608 HC en soporte físico.
- **Atención por Correo electrónico para Entrega De Historia Clínica:** se entregaron 4220 HC en soporte electrónico.
- **Gestión de Historias Clínicas En Soporte Físico:** se gestionaron 47.831 historias clínicas físicas (disminución del 11,84% con respecto a 2024).
- **Elaboración de Actas de Destrucción Documental:** se elaboraron 13 actas y se desecharon 958,4 kgs de papel.
- **Adherencia a la Política de Gestión De Documentos Electrónicos y al Programa Cero Papel:** se alcanza una adherencia global del 79% que representa un 4% de incremento frente a 2024. La adherencia por área oscila entre el 67% y el 91%

4.6.6. Comunicaciones

- **Inversión en Pauta Publicitaria en Redes Sociales e indicadores de posicionamiento:**
Durante el año 2025, la estrategia de comunicación digital del Club Noel se desarrolló bajo las **directrices de la Gerencia orientadas a la optimización de recursos y control del gasto**, priorizando el uso de estrategias digitales orgánicas y de alto impacto, sin recurrir de manera recurrente a inversión en pauta paga.

En este contexto, solo se realizó una acción puntual de pauta publicitaria en el mes de julio de 2025, enfocada en la promoción del servicio de cirugía, mediante un reel difundido en las plataformas Instagram y Facebook. Esta pauta tuvo una duración de tres (3) días, alcanzando un impacto de **13.380 personas**, lo que evidencia una alta eficiencia en términos de costo–alcance.

- **Crecimiento de la comunidad digital (2024–2025):** Durante 2025 se evidenció un crecimiento sostenido de la comunidad digital, con un desempeño destacado en Instagram.

Red Social	Seguidores dic. 2024	Seguidores dic. 2025	Variación	Crecimiento %
Facebook	20.396	20.866	470	2,30%
Instagram	9.607	10.606	999	10,30%

Cabe resaltar que durante el año se definió e implementó la línea gráfica institucional para las redes sociales de la Clínica, lo que permitió consolidar una comunicación visual coherente, consistente y diferenciadora frente a otras instituciones. A partir de esta línea se estructuró un feed de Instagram ordenado y atractivo, alineado con los colores corporativos y las formas del logotipo, fortaleciendo la identidad visual de la marca y favoreciendo la recordación y reconocimiento por parte del público.

- **Participación en medios de comunicación:** la Clínica logró un total de **40 participaciones en medios de comunicación**, resultado de una **gestión 100% cuantifiorgánica de relacionamiento y posicionamiento institucional**, sin inversión en pauta publicitaria durante el periodo. Esta visibilidad se obtuvo de manera **gratuita**, evidenciando el interés de los medios en los temas institucionales y el reconocimiento de la Clínica como referente en el sector salud.

Las participaciones se dieron en medios de **alcance nacional**, como **El País, Semana, El Tiempo, RCN Noticias, El Espectador y Caracol Radio**, así como en medios **regionales** como **El Nuevo Siglo, Telepacífico, Noti5 y 90 Minutos**, fortaleciendo la presencia y recordación de la institución en diferentes audiencias.

Adicionalmente, se destacan **menciones positivas** que aportan al posicionamiento reputacional, entre ellas la publicación en la **Sala de Prensa de la Alcaldía de Cali** sobre el programa de **Aulas Hospitalarias**, y la emisión realizada por **Canal Caracol junto a Reino Alado**, en la que se visibilizó el **programa de humanización**, alineado con los valores y el **enfoque social de la Clínica**.

4.7. Gestión Jurídica:

Desde el proceso de Gestión Jurídica se ha dado respuesta oportuna a las tutelas, conceptos y derechos de petición para el año 2025, siendo un número significativo de respuestas:

➤ Consolidado de Tutelas, Conceptos y Derechos de Petición del Año 2015 Hasta Año 2025

MES	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
TUTELAS	96	165	229	321	313	170	162	311	653	945	925
CONCEPTOS	10	68	274	461	447	218	231	758	1592	1734	1786
DERECHOS DE PETICION	4	9	11	13	9	9	19	28	56	19	16
TOTAL	110	2258	2531	795	2788	2417	412	1097	2301	2698	771

➤ 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. A la fecha estas pólizas no se han afectado por los mismos procesos, 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 redundo en que desde el 2012, la Fundación nunca ha sido condenada a pagar cifras de dinero por las múltiples pretensiones. todo esto, se puede evidenciar 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 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.

➤ **Procesos laborales**, no ha existido la 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. Para este año no se presentaron demandas laborales. Esto 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.

A continuación, se relacionan los procesos que actualmente están en curso por tribunal y juzgados

No	FECHA RAD. DEMANDA	TIPO DE DEMANDA	VALOR DE LAS PRETENSIONES	ESTADO	PRETENSIONES
1	2004	REPARACION DIRECTA	\$ 410.000.000	Ganado en primera instancia, está en apelación	PERJUICIOS MATERIALES Y MORALES
2	2012	REPARACION DIRECTA	\$ 2.000.000.000	Ganado en primera instancia, está en apelación	PERJUICIOS MATERIALES Y MORALES
3	2018	REPARACION DIRECTA	\$ 641.285.000	Ganado en primera instancia, está en apelación	PERJUICIOS MATERIALES Y MORALES
4	2020	REPARACION DIRECTA	\$ 911.040.000	Ganado en primera instancia, está en apelación	PERJUICIOS MATERIALES Y MORALES
5	2021	REPARACION DIRECTA	\$ 1.209.975.000	Programada audiencia de pruebas	PERJUICIOS MATERIALES Y MORALES
6	2023	REPARACION DIRECTA	\$ 284.700.000	Está para fijación fecha primera audiencia	PERJUICIOS MORALES
7	2024	RESPONSABILIDAD CIVIL	\$ 306.000.000	Está para fijación fecha primera audiencia	PERJUICIOS MORALES
8	2024	REPARACION DIRECTA	\$ 2.562.500.000	Está para fijación fecha primera audiencia	PERJUICIOS MATERIALES Y MORALES
9	2023	REVOCATORIA DIRECTA	\$ 20.000.000	Esta para sentencia de primera instancia	PERJUICIOS MATERIALES Y MORALES
TOTAL PRETENSIONES			\$ 8.345.500.000		

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.

Dejo así, rendido el informe requerido.

4.7. Gestión Médica:

4.8.1. Servicio de Consulta Externa

Logros:

- Con el ingreso de nuevo estudiante, se logra contar con cobertura del cargo de orientador en horario de 7 am – 5 pm de manera continua.
- Aumento de horas médicas en las siguientes especialidades: Endocrinología, cirugía pediátrica, Cirugía plástica, Infectología, psiquiatría, logrando incremento en número de consultas.
- Se presenta un crecimiento en consulta de especialidades de un 12% distribuido en las siguientes especialidades: Laboratorio de marcha 278%, cirugía plástica 45%, cirugía pediátrica 14%, otorrinolaringología 11%, psiquiatría 7%, Endocrinología 5 %, e infectología 4%.
- El servicio con mayor incremento en el año fue laboratorio de marcha, el cual pasó de realizar 9 procedimientos en el año 2024 a 34 procedimientos en el 2025, incrementando el 278%.
- Inauguración de Biblioteca de consulta externa, donde desde el mes de diciembre los estudiantes tienen una hora en su jornada laboral dedicada a realizar proceso de lectura con nuestros pacientes.

Oportunidades de mejora:

- El área de consulta requiere un proceso de identificación de los pacientes donde se relacione paciente con adulto responsable del menor.
- Se requiere control físico en la puerta del segundo piso, el tiempo de cierre de la puerta automática es lento y puede propiciar fugas.
- Se requiere atención en el área de facturación de consulta; este desde las 6:30 am hasta las 5 pm con las 10 cajas, logrando continuidad en las atenciones.

4.8.2. Servicios de Laboratorio Clínico y Patología

Logros:

- Se tuvo un rendimiento muy sólido durante la primera mitad del año, con un promedio de 20,782 pruebas al mes, la operatividad de los tres servicios y la demanda fueron favorables.
- En el 2do semestre, se presenta un periodo que impacta la dinámica del servicio, presentando una disminución del número de pruebas; fue un periodo de ajustes operativos en el que el servicio demostró su recuperación, logrando cerrar el mes

diciembre con un registro de 15,741 exámenes. La variación con respecto al año 2024 fue del -30%. Se cierra el año 2025 con un margen de rentabilidad del 33.99%

- El servicio transfusional registró un incremento del 15% en el volumen de pruebas realizadas entre el año 2024 y el cierre del 2025.
- Se establece por comité de Medicina Transfusional, realizar fenotipo extendido a pacientes con Diagnóstico de Anemia de células falciformes
- Se capacitó al personal auxiliar de enfermería en el proceso de toma de muestra, con apoyo de la Universidad del Valle.
- Participación en el XXVII SIMPOSIO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD con el trabajo de grado de la estudiante de Bacteriología de la alianza académica con la Universidad del Valle titulado: “FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN Y REPORTE DE VALORES CRÍTICOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO DE LA FUNDACIÓN CLÍNICA INFANTIL CLUB NOEL. CALI, FEBRERO A MAYO DE 2025”.
- El área de microbiología participa en el PROA, realizando el reporte de cultivos y alertas de resistencias bacterianas.
- Se programan 4 auxiliares en el servicio 24 horas para cubrir la toma de muestra en servicios hospitalarios, logrando una disminución en el número de eventos adversos reportados por multipunciones.
- En Patología, se logra disminuir el tiempo de oportunidad del reporte de resultados entre 2 a 5 días.
- Se establecen alianzas académicas con el Dr. Jorge Arredondo, patólogo especializado en patología pediátrica de la Universidad MACMASTER de Canadá, y con el Dr. Ricardo Rueda Dermatólogo especialista en enfermedades ampollas de la infancia - Universidad del Valle, para revisión de casos difíciles en patología pediátrica

4.8.3. SERVICIO DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

Logros:

El año 2025 se consolidó como un periodo de optimización operativa en el servicio de Oncología Pediátrica, transformando la capacidad instalada en una operación de alta eficiencia. A continuación, se describen los pilares de impacto que generó el servicio de oncología pediátrica:

Crecimiento exponencial de la demanda: Se registró un aumento del 78.8% en los ingresos totales, en el servicio de oncología pediátrica, pasando de 194 (2024) a 347 pacientes (2025). Este incremento posiciona a la clínica en atención de alta complejidad, generando así confianza a nivel regional.

Excelencia en oportunidad clínica: Logramos reducir el tiempo de inicio de tratamiento (desde el diagnóstico) de 2 días a 0 días. Esto significa que el paciente inicia su lucha contra el cáncer de forma inmediata, esto lleva al mejoramiento de la curva en el pronóstico clínico.

Eficiencia de recursos (giro de cama): A pesar de tener una ocupación alta (72% promedio, llegando al 91% en meses pico), el Giro Cama aumentó de 7.5 a 9.6. Esto permitió atender a 153 niños adicionales respecto al año anterior sin necesidad de ampliar físicamente la planta

de camas, gracias a una gestión de egresos más ágil.

Utilidad del recurso: Se observa un aumento significativo del uso de sillas en sala de infusión (42%), dado que el flujo de pacientes ha mejorado en el año 2025 respecto al año anterior. Este aumento se asocia directamente con la mejora en los procesos de agendamiento y navegación, lo que permitió optimizar el uso del recurso físico disponible, reducir tiempos muertos y atender un mayor número de pacientes sin ampliar la capacidad instalada, fortaleciendo así la continuidad del tratamiento oncológico y de Enfermedades huérfanas (Pacientes con Drepanocitosis que requieren exsanguíneo-transfusión), y la productividad del servicio.

4.8.4. Servicio de Imágenes Diagnósticas

En 2025 se consolidó avances en eficiencia operativa, calidad asistencial y seguridad radiológica y ferromagnética. Se gestionaron 44.298 procedimientos mediante la optimización de procesos administrativos, fortalecimiento del talento humano e implementación de mejoras en la atención al usuario, garantizando la continuidad del servicio en un contexto de restricciones contractuales de las EAPB.

- **Gestión Operativa y Administrativa:** Se evidenció una disminución global del 14,61% frente a 2024, atribuida a limitaciones presupuestales y restricciones de pago. Las mayores reducciones se presentaron en Holter, Resonancia Magnética y Rayos X. No obstante, se registraron incrementos en Espectroscopía (+183%) y Fluoroscopia (+13,71%) por ampliación del portafolio y uso racional de ayudas diagnósticas. Se mantuvo seguimiento semanal a los tiempos de oportunidad, garantizando la radicación oportuna de la facturación.
- **Talento Humano y Ambiente Laboral:** Se cumplió el 100% del plan anual de capacitación, fortaleciendo competencias técnicas y asistenciales. Se desarrollaron comités técnicos, campañas de humanización, espacios de escucha activa y se fortaleció la inducción institucional. Adicionalmente, se gestionó una beca de formación para auxiliar de enfermería del servicio de Resonancia Magnética, impactando positivamente la motivación, el desempeño y la seguridad del paciente.
- **Implementaciones y Mejoras del Servicio:** Se realizó la apertura del Servicio de Monitoreo y Neurofisiología con modernización tecnológica, ampliación del portafolio e ingreso de especialistas. Se fortaleció el Electrodiagnóstico mediante arrendamiento de equipos biomédicos. Se mejoró la atención al usuario mediante atención multicanal y el uso de Mango Viewer. Se reforzaron acciones de radioprotección, mantenimiento preventivo, estandarización documental, auditorías internas, confirmación de agendas y mejoras clínicas y tecnológicas en [Resonancia Magnética y Tomografía](#).

4.8.5. Servicio de Trabajo Social

Logros:

- Número de Interconsultas atendidas año 2025: **2241** casos.
- Número de casos notificados a Entes de protección por página Web y/o correo electrónico: **623** casos.
- Número de casos trasladados a entes de protección para restablecimiento de derechos:

 Calle 5 # 22 - 76 Cali, Colombia

 NIT: 890.399.020-1

 602 4854404

 www.clubnoel.org



- 41** casos de niños con vulneraciones.
- Número de niños atendidos en el Aula Hospitalaria -Convenio con la secretaría de Educación Distrital: **445**.
 - Vinculación a Programa de Humanización – Realidad Virtual a partir de Agosto/25 para los pacientes de Oncología y UCI.
 - Cumplimiento semanas educativas presenciales y virtuales- Trabajo articulado multidisciplinario.
 - Desarrollo de 2 proyectos con estudiante del Aula Hospitalaria (Red tecnológica con los pacientes de Oncología y trabajo enfoque diferencial paciente con discapacidad visual).
 - Articulación con la secretaría de salud –Enfoque diferencial para sesiones educativas virtuales dirigidas a los colaboradores.
 - Cumplimiento Semana del Buen trato Virtual
 - Cumplimiento Educación Comunitaria virtual
 - Apertura Grupo de Apoyo – Familiares con pacientes oncológicos (apoyo con Estudiante en Práctica de Trabajo social semestre II -2025).
 - Profesional del área con Certificación fellow Planetree.
 - Articulación Intersectorial /casos de Vulneración de derechos –Trabajo Multidisciplinario con Mesas de Trabajo (ICBF, Secretaría de salud, Veeduría del paciente, Personería, EPS, Home care).
 - Acompañamiento en el cumplimiento del cronograma y las actividades de Humanización.
 - Trabajo de Cocreación con los profesionales de la salud/ familia en aras de disminuir las brechas en la comunicación, las agresiones físicas y verbales en aras de garantizar la atención centrada en las personas.

4.8.6 Servicio De Trabajo Social / Psicología Clínica

En el año 2025 fueron atendidos un total de 1.183 pacientes, los cuales estuvieron distribuidos por las siguientes tipologías de intervención:

Consumo de sustancias psicoactivas: 24, Ideación suicida: 19, Intervención en crisis: 743, Trastorno mental: 200, Oncológicos: 102, Abuso sexual: 95.

Se asistió a la capacitación de humanización impartida por el Icontec, logrando demostrar los avances que teníamos en la clínica frente a la articulación de las áreas administrativas, calidad, servicios y los procesos de atención centrada en la persona. Logrando darlos a conocer bajo el cumplimiento de los requerimientos de calidad que el Icontec solicitaba.

Dentro de los logros del área de psicología clínica está:

La activación del convenio docencia-servicio con la Pontificia Universidad Javeriana Cali, articulando en el segundo semestre del 2025 a 2 estudiantes de noveno semestre de psicología, quienes hicieron su proceso de prácticas con nuestra institución de forma satisfactoria. Quienes durante su proceso de prácticas realizaron proceso de acercamiento con los pacientes interconsultados y realizaron un proceso investigativo sobre el “Abordaje preventivo de la violencia sexual en pacientes pediátricos”, el cual se dio a conocer en el mes de octubre por medio de socialización con personal interinstitucional compuesto por cuidadores, ICBF, comisarías de familia, pediatras y comunidad en general.

Seguidamente, se socializó la ley de salud mental 2460 del 2025 a colaboradores de nuestra clínica, articulando los procesos de humanización y bienestar de nuestros funcionarios. Desde la perspectiva que la estabilidad psicofisiológica hace parte de la eficiencia y eficacia en sus procesos laborales. Lo anterior dio viabilidad que para 2026 se ampliara el convenio para tener 4 estudiantes en proceso de prácticas bajo el liderazgo de nuestra psicóloga clínica Marilyn González.

4.8.7. Servicio de Nutrición y Dietética

Durante el año 2025 se realizaron 4.719 interconsultas presentándose una disminución aproximada del 3,9 % comparado al año 2024, esto obedece a las condiciones clínicas con las que ingresan los pacientes.

Se tienen convenios universitarios con Escuela Nacional del Deporte, Pontificia Universidad Javeriana y producción intelectual: Proyecto de cuantificación de los desperdicios sólidos y líquidos en pacientes de la Fundación Clínica Infantil Club Noel, 1 Guía de manejo nutricional en pacientes con Bronquiolitis, Actualización y elaboración de 3 formatos para el servicio de alimentos.

➤ **Indicadores de Desnutrición Aguda Moderada y Severa**

- 84 pacientes reportados con Desnutrición aguda primaria en 2024.
- El 97% de estos pacientes fueron identificados con desnutrición aguda de etiología primaria de manera correcta. Aproximadamente el 3.5% de estos pacientes presentaron desnutrición aguda severa tipo Kwashiorkor y se recuperaron por completo.
- El 97% de los pacientes lograron una ganancia de peso satisfactoria y el 25% egresaron sin desnutrición.

➤ **Programas de Humanización y Formación**

El Programa saca pecho y el programa vigías de Nutrición: 5 sesiones al personal asistencial de enfermería de hospitalización y UCIP, en temas relacionados con soporte nutricional, formando 10 vigías de nutrición.

- **Dietas:** en el **Año 2025:** 183.438 (16% más que el año anterior, cifra histórica más elevada en los últimos 7 años) comparada con el **Año 2024:** 154.72
- 5
- **Lactario: Extracción Leche Materna:** en el **Año 2025:** 580 usos para extracción (10% más que el año anterior) comparado con **Año 2024:** 520 usos para extracción.

4.8.8. Unidad De Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP)

Logros:

Durante el año 2025, la UCIP mantuvo una ocupación superior al 89%, lo cual evidencia una alta demanda del servicio. El giro cama fue de 3,9, reflejando una rotación eficiente y oportuna de los pacientes. En relación con la mortalidad, el indicador se mantuvo por debajo del 2%, lo

que resalta la calidad, seguridad y efectividad de los cuidados brindados. En este periodo, se registró el egreso de 923 pacientes.

Adicionalmente, la UCI se mantuvo por encima de las metas institucionales en adherencia a prácticas seguras, alcanzando altos niveles de cumplimiento. Este esfuerzo se vio reflejado en el índice de satisfacción, el cual alcanzó un 97%, demostrando la percepción positiva de los pacientes y sus familias frente a la atención recibida.

El enfoque en prácticas pedagógicas fue un pilar fundamental de la gestión, destacándose las estrategias implementadas para la capacitación del personal en procedimientos seguros y en la humanización del servicio. Durante el periodo evaluado, se instauraron y ejecutaron actividades con todos los grupos primarios de la unidad, conformándose un total de ocho (8) grupos primarios, los cuales desarrollaron actividades educativas orientadas al fortalecimiento de la cultura de seguridad y al mejoramiento continuo del cuidado.

Se realizó actualización de Protocolos descritos en la plataforma Daruma relacionados con Terapia Respiratoria y algunos de Enfermería

4.8.9. Servicio Farmacéutico

Logros:

Durante el año 2025, el Servicio Farmacéutico realizó 578.534 actividades operativas, evidenciando una gestión eficiente y alineada con las necesidades institucionales, en un contexto de disminución de la demanda asistencial.

Canastas de cirugía: reducción del 13,74% (de 10.291 a 8.877).

Solicitudes por servicio: disminución del 5,42% (de 507.546 a 479.835).

Devoluciones: incremento del 3,07% (de 87.142 a 89.822).

Aprovechamientos económicos: \$450.241.848,21, con un crecimiento del 16,96% frente a 2024.

Programa de Atención Farmacéutica y Seguimiento Farmacoterapéutico: Se consolidó la participación del químico farmacéutico en el equipo asistencial mediante:

- Rondas clínicas permanentes en UCI.
- Integración del químico farmacéutico a la revista médica del servicio de Oncología.
- Rondas diarias en hospitalización, con cobertura promedio de 180 camas/mes.
- Revisión de 37.545 medicamentos trazadores (-6,41% frente a 2024, acorde con la reducción de pacientes).
- Seguimiento a pacientes con nutrición enteral y parenteral y a aquellos en
- tratamiento con medicamentos vesicantes e irritantes en UCI y Oncología.

Resultados en Oncología:

- Preparación y entrega de 839 mezclas oncológicas.
- Seguimiento farmacoterapéutico al 100% de los pacientes (345 atenciones).
- 21 actividades educativas dirigidas a pacientes y familias, promoviendo egresos seguros.

Se garantizó la continuidad operativa mediante redistribución de funciones. Se optimizaron los procesos de dispensación y control de inventarios, alcanzando una **confiabilidad del 91%** en el último inventario.

4.8.10. Servicio de Cirugía

Logros

- El número de cirugías y procedimientos realizadas fueron de 17.113 en 8.991 pacientes atendidos, para una concentración de 1.9 por paciente. El promedio de cancelación estuvo en 5.9%, donde predominó la causa de enfermedad del paciente al momento de la cirugía.
- Donde se aumentó la complejidad de los procedimientos en las diferentes especialidades quirúrgicas, como ortopedia y neurocirugía, principalmente en paciente oncológico.
- En el año 2025 se fortalecieron las capacitaciones del personal, esto con el fin de tener un mejor desempeño desde el área asistencial y administrativa, impactando en la calidad, oportunidad, humanización y seguridad del paciente.
- Se fomentaron estrategias de optimización del recurso humano, de los insumos y elementos de trabajo con el ánimo de generar cultura de evitar desperdicios.
- Se realiza piloto de seguimiento a las notas operatorias previa definición de los criterios de evaluación, con el fin de identificar las oportunidades de mejora para mitigar reprocesos, riesgos jurídicos y de glosas.

4.8.11. Servicio Central de Esterilización

- Se logra cumplir con la política de no re- uso, solo dispositivos avalados por el fabricante. (máscaras laríngeas, máscaras faciales, filtros inspiratorios, filtros espiratorios).
- Se cumple con plan de mantenimientos preventivos de los equipos del área.
- Cumplimiento con el programa de capacitaciones al personal asistencial.
- Elaboración de rutas, formatos y estadísticas de seguimiento por asegurador al material de osteosíntesis.

4.8.12. Servicio de Urgencias y Hospitalización

Logros

- El día 04 de febrero de 2025 se dio apertura a una nueva sala de observación del servicio de urgencias, denominándose “Urgencias 3”, la cual cuenta con 34 cubículos y una sala de reanimación con dos camillas, por ende, se requirió redistribuir la mano de obra del personal asistencial, tanto de médicos como del personal de enfermería.

- Desde el mes de abril de 2025 se ha venido realizando reconocimiento en el desempeño del personal médico del servicio de urgencias, evaluando 5 parámetros concernientes al cargo, y escogiendo a un médico Pediatra y un médico Asistencial por mes, colocando sus fotos en un afiche que resalta su labor, denominado “Guardianes de amor”, ubicado en un lugar visible del área de urgencias; a la fecha se ha realizado 7 reconocimientos a los Profesionales.
- La actividad académica denominada “jueves del casito interesante”, paso de una vez por mes a ser quincenal, con el ánimo de poder realizar una educación médica continuada.
- En el 2025 no hubo cambios en los procesos de atención

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 adjunta a este informe el anexo de relación de licencias más significativa en cuanto a licencias.

6.1. RESPONSABILIDAD OBLIGACIONES LABORALES: 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, así:

	PRIMERSEM 2025	SEGUNDOSEM 2025
PRIMA	\$ 1.237.593.019	\$ 1.194.433.981

*** Los pagos fueron realizados en el mes de junio y diciembre 2025 antes de la fecha límite.

	2024	2025
CESANTIAS	\$ 2.175.935.692	\$ 2.251.679.281

***Se realizó el pago en el mes de febrero de 2025 las cesantías del año 2024 y en febrero del año 2026 se realizó el pago de las cesantías causadas en el año 2025, consignadas en cada fondo de pensiones y cesantías correspondiente.

Igualmente se da cumplimiento al pago de los intereses de cesantías causados en el año 2024 pagados en enero 2025 y a su vez las causadas en el año 2025 se pagaron en enero del año 2026.

	AÑO 2024	AÑO 2025
intereses cesantías	\$ 247.875.195	\$ 263.295.809

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 2025 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.

SEGURIDAD SOCIAL 2025	
PERIODO	VALOR
ENERO	\$ 958.914.900
FEBRERO	\$ 952.232.200
MARZO	\$ 1.003.497.900
ABRIL	\$ 1.022.446.800
MAYO	\$ 1.017.384.100
JUNIO	\$ 1.043.340.300
JULIO	\$ 1.033.953.300
AGOSTO	\$ 1.037.689.900
SEPTIEMBRE	\$ 952.886.300
OCTUBRE	\$ 948.222.800
NOVIEMBRE	\$ 960.790.600
DICIEMBRE	\$ 941.860.300
TOTAL	\$ 11.893.219.400

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.

Se deja informe de Gestión a consideración para aprobación de la Asamblea General y/o Consejo Directivo de la Fundación Clínica Infantil Club Noel.

ANEXO 1: RELACIÓN DE LICENCIAS

Cant	RELACIÓN DE LICENCIAS	CANTIDAD	PROVEEDOR
1	LICENCIAS -SIGE ARCONET	1	SITI SOLUCIONES
2	LICENCIAS (Equipos RX)	1	RX
3	SOFTWARE MANTENIMIENTO	1	WIN SOFTWARE ASOCIADOS LTDA
4	Term ohigrom etros	77	LYNKs
5	Breeze (Resmon)	2	GBARCO
6	PLATAFORMA ASPEC	25	INFOVOX
7	MI TURNO (Atril-Gateway)	1	NETUX
8	AUDIMENSAJES (Creación y Producción)	1	MUSICAR
9	Licencia ADOBE Creative Cloud	2	INFOTECH
10	Cartelería digital (Plataforma Magic Info)	21	KONECTA
11	CGUNO 5.0	1	SIESA
12	CGUNO 7.2	1	SIESA
13	CGUNO 8.5 ANTERIOR	1	SIESA
14	CGUNO 8.5 SIESA	1	SIESA
15	ENTERPRISE ERP (SIESA)	20	SIESA
16	SOFTWARE - PL COLAP- FACTURACIÓN ELECTRÓNICA	1	FACTURE
17	SOFTWARE MIPRESENLÍNEA	1	SALUD ELECTRONICA
18	SOFTWARE DARUMA	1	TIQAL SAS
19	LICENCIAS (AUTOCAD)	3	INFOTECH
20	SOFTWARE ARQUITECTO	1	INFOTECH
21	LICENCIAS SOFTWARE NOMINA PLUS	1	INGECON GROUP
22	LICENCIA SOFTWARE PACS	1	AJOVECO SAS
23	LICENCIA SOFTWARE CMW	1	AJOVECO SAS
24	Mango Viewer	1	AJOVECO
25	Enterprise (integración resultados)	1	ROCHE
26	InfinityPOC	1	ROCHE
27	Software BIOFIRE FIREWORKS	1	BIOMERIEUX COLOMBIA
28	Quorte	1	TARGESOFT
29	Backups Acronis	15	INFOTECH
30	SUITE -GOOGLE WORKSPACE ENTERPRISE STANDARD	201	NUVA
31	LICENCIAS ((Office H&B 2021 ESD))	1	INFOTECH
32	LICENCIAS (Office H&B 2016 ESD)	21	INFOTECH
33	LICENCIAS (Office H&B 2019 ESD)	24	INFOTECH
34	LICENCIAS (Project Standard 2021 ESD)	1	INFOTECH
35	Licencias 365 App for Business - ESD	96	INFOTECH /SOTELCOM /RAFAEL ZABALETA
36	LICENCIAS WINDOWS DEVICE CAL	331	INFOTECH / SOTELCOM
37	LICENCIAS WINDOWS USER CAL	190	INFOTECH / SOTELCOM
38	Licencias (Windows Server 2025 - 1 User CAL)	3	INFOTECH
39	SIIS CODIGO FUENTE	1	IPSOFT
40	SIIS ERP (Sistema de Información Integral en Salud)	1	IPSOFT
41	VMware ESXi, 7.0.3, 21053776	3	INFOTECH
42	Windows Server 2012 R2 Standard	3	INFOTECH
43	Windows Server 2019 Standard	7	INFOTECH
44	Windows Server 2022 Standard	2	INFOTECH
45	Licencia de sophos Xstream Protection bundle (Firewall)	1	INFOTECH
46	Licenciamiento Switche Core (HPE - Aruba Central)	1	ARUS
47	LICENCIAS-ANTIVIRUS MDR ESSENTIALS	260	INFOTECH
	TOTAL LICENCIAS	1333	