

REVISIÓN ANUAL DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD (SGC) – DE LA CLINICA SAN LUIS

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA

Clínica San Luis
Para la mujer y el niño

Revisión por la Dirección año 2025

Proyectado por: Representante de la Dirección. – Faride Cure Ruiz
Profesional en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – Yury Rodríguez

Corte de Indicadores: 1 enero de 2025 a 31 de diciembre 2025

Corte de Análisis: año 2025, Plan de mejoramiento desarrollado en el PAMEC año 2026.

Fecha de Revisión: 29 de mayo de 2026

Revisado por: Gerente y Representante Legal – Sergio Prada Marín.

Información para la Revisión por la Dirección

1. Revisión de la Política Integral de Calidad y Seguridad y Salud en el trabajo de acuerdo y los objetivos de la Clínica. Revisión de otros compromisos institucionales.
2. Resultados de las Auditorías Internas:
   - **a)** Cumplimiento en la programación
   - **b)** Oportunidad en la realización
   - **c)** Oportunidad en la entrega de Informes
   - **d)** Acciones Correctivas
   - **e)** Directrices Gerenciales para evaluar en el programa de Auditorías Internas
     - Nivel de desempeño del Auditado de acuerdo a Seguridad del paciente.
     - PAMEC
     - UACAI
3. Retroalimentación de los grupos de interés:
   - Satisfacción de la Empresa Cliente
   - Satisfacción de los Usuarios
   - Satisfacción de los Entes de Vigilancia
   - Retroalimentación de Proveedores
   - Desempeño de Proveedores Externos
   - Gestión hacia los colaboradores
   - Retroalimentación con las entidades educativas
   - Revisión de F-CSL-170 Matriz de Grupos de Interés
4. Desempeño de los Procesos y Conformidad del Servicio
   - No Conformidades Acciones Correctivas
   - Índice de Prevención
   - Eficacia del Sistema de Gestión de Calidad
   - Gestión de las Salidas No Conforme diferentes a Eventos Adversos.
5. Contexto
6. Acciones de Seguimiento a las Revisiones anteriores.
7. Cambios que pueden afectar al Sistema de Gestión de la Calidad
8. Recomendaciones para la mejora Adecuación de recursos para el SGC.

9. Eficacia de acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades
10. Resultados de la revisión

1. Oportunidades de mejora
2. Cambios propuestos al SGC y a los procesos
3. Necesidad de recursos
4. Plan de acción generado en la revisión por la dirección.

POLITICAS DOCUMENTADAS A LA FECHA EN LA CLÍNICA SAN LUIS



No se presentaron políticas o compromisos nuevos en el 2025.

1. REVISIÓN DE LA POLÍTICA DE CALIDAD Y DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, DE ACUERDO AL DESPLIEGUE DE OBJETIVOS DE LA CLÍNICA.

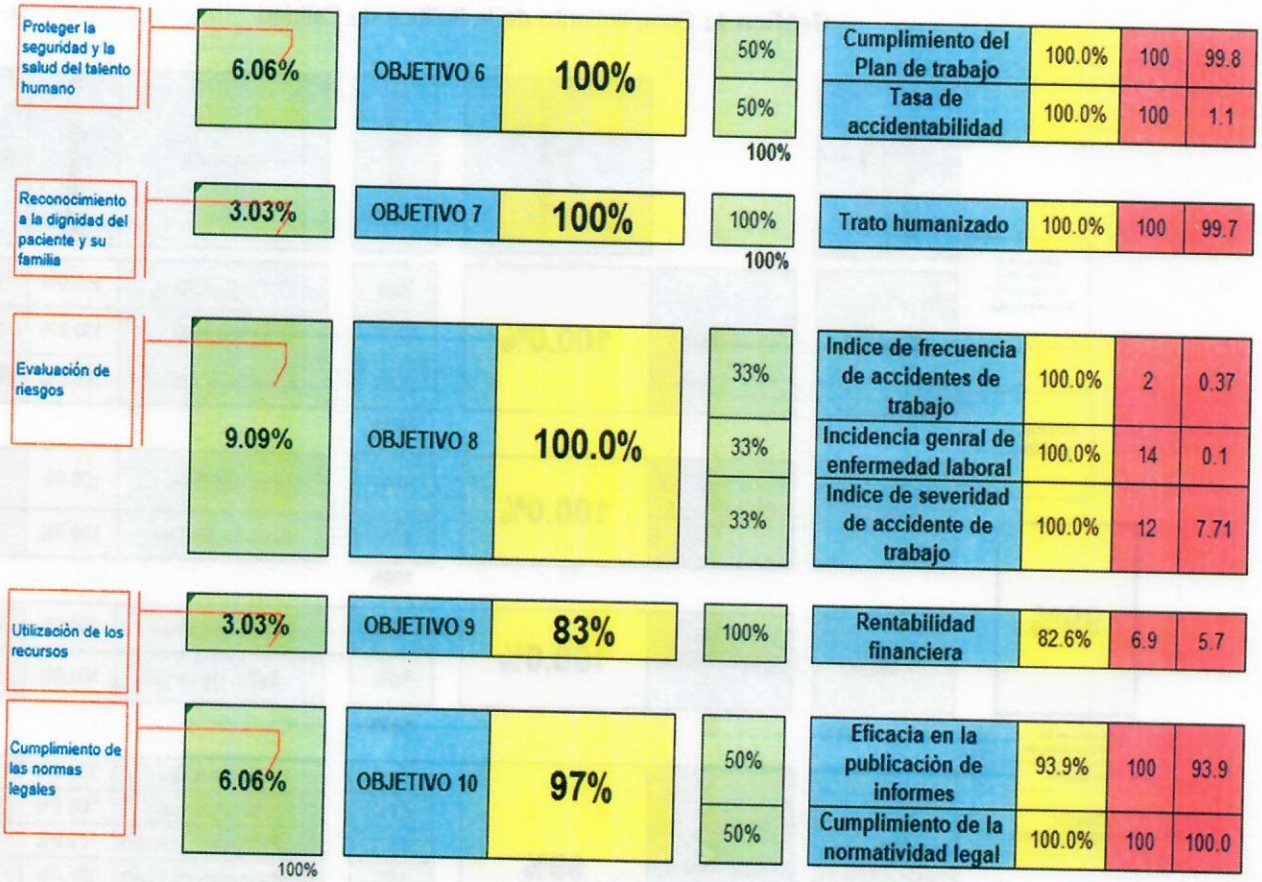
De acuerdo con lo establecido en la medida 58 de la C.E. 0003 de 2018, se deben ejecutar acciones, en lo relacionado con el ambiente de control, en cuanto a establecer objetivos coherentes y realistas, que deben estar alineados con la misión, visión y objetivos estratégicos de la Clínica que deben incluir: objetivos operativos, de reporte y de cumplimiento. La mencionada norma establece que se definan políticas para la gestión de la salud, la gestión operativa, contable, de información, la ética, la seguridad, etc. Por lo anterior en está fracción se revisan los compromisos o lineamientos que se asocian con la toma de decisiones y el camino a seguir en diferentes aspectos del trabajo.

Política Integral Calidad – Seguridad y Salud en el Trabajo

Quienes servimos en la Clínica Materno Infantil San Luís, estamos comprometidos a satisfacer las necesidades en salud de la mujer y el niño, proporcionando un ambiente de trabajo, sano y seguro para el desarrollo del mejor talento humano, oportunidad en la atención y el mejoramiento continuo de nuestros Sistemas de Gestión. Nos apoyamos en el conocimiento científico, la tecnología y el cumplimiento de la normatividad vigente, para ofrecer una atención de alta calidad a nuestros clientes manteniendo la seguridad, la confianza y un servicio humanizado.

OBJETIVOS DE CALIDAD

1. Promover el desarrollo y desempeño del talento humano para garantizar un servicio seguro, confiable y personalizado.
2. Mejorar los procesos fortaleciendo el conocimiento científico, tecnológico y la prestación del servicio.
3. Satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros clientes.
4. Ofrecer un servicio oportuno en la atención en salud para la mujer y el niño.
5. Garantizar a cada paciente, que su proceso de atención es seguro y que se realiza con el mínimo riesgo, manteniendo la confianza durante su estancia en la clínica.
6. Proteger la seguridad y la salud del talento humano proporcionando ambiente de trabajo sano y seguro, disminuyendo la accidentalidad y las enfermedades laborales, cumpliendo la normatividad vigente referente a riesgos laborales.
7. Identificar los peligros, evaluar los riesgos e implementar los controles necesarios, para minimizar la exposición de sus trabajadores a los mismos, con el fin de planificar las acciones preventivas que eviten o disminuyan sus efectos sobre la salud y la seguridad de todos los colaboradores de la Clínica.
8. Brindar servicios fundamentados en el reconocimiento de la dignidad intrínseca del paciente y su familia, a través de la atención, el acompañamiento integral y humano de la comunidad San Luis.
9. Utilizar los recursos obtenidos en la operación de la Clínica de manera transparente, eficaz y eficiente, con el fin de conseguir nuestros propósitos de mejoramiento continuo.
10. Asegurar el cumplimiento de las normas legales y los reglamentos que le sean aplicables, incluyendo aquellas que requieren la preparación y publicación de informes.


Proteger la seguridad y la salud del talento humano
6.06%
OBJETIVO 6
100%
50%
50%
100%
Cumplimiento del Plan de trabajo
100.0%
100
99.8
Tasa de accidentabilidad
100.0%
100
1.1
Reconocimiento a la dignidad del paciente y su familia
3.03%
OBJETIVO 7
100%
100%
100%
Trato humanizado
100.0%
100
99.7
Evaluación de riesgos
9.09%
OBJETIVO 8
100.0%
33%
33%
33%
Indice de frecuencia de accidentes de trabajo
100.0%
2
0.37
Incidencia genral de enfermedad laboral
100.0%
14
0.1
Indice de severidad de accidente de trabajo
100.0%
12
7.71
Utilización de los recursos
3.03%
OBJETIVO 9
83%
100%
Rentabilidad financiera
82.6%
6.9
5.7
Cumplimiento de las normas legales
6.06%
100%
OBJETIVO 10
97%
50%
50%
Eficacia en la publicación de informes
93.9%
100
93.9
Cumplimiento de la normatividad legal
100.0%
100
100.0

CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA DE CALIDAD AÑO 2025

Gráfico 1: Cumplimiento de la Política de Calidad

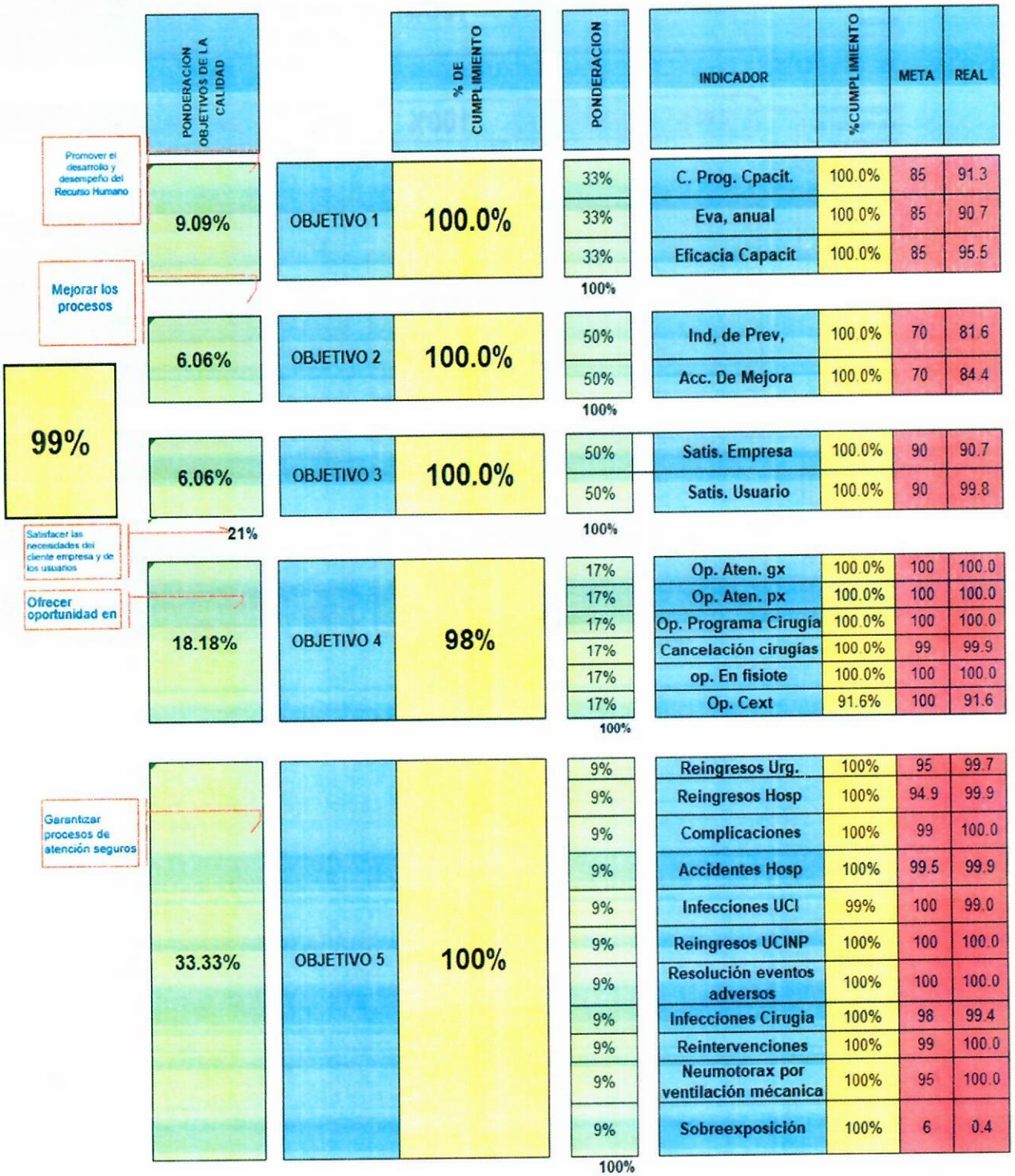
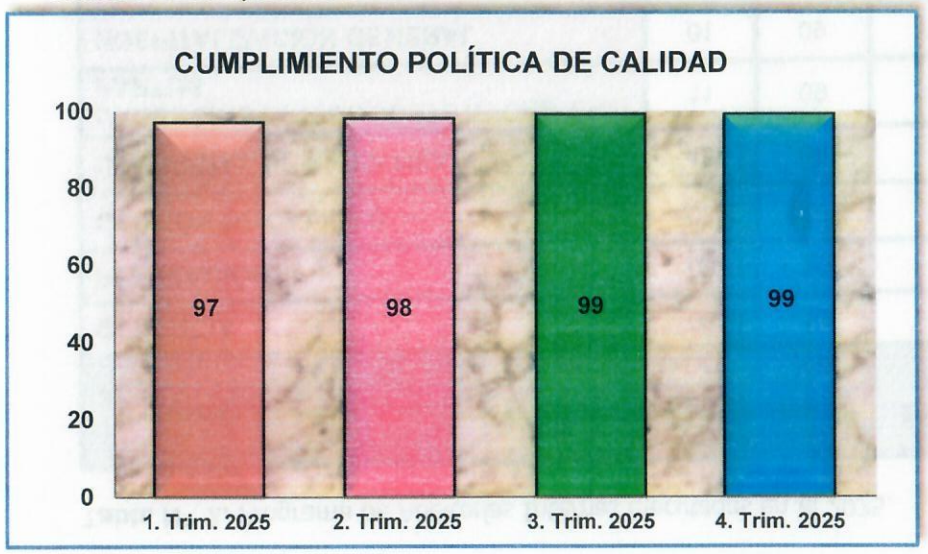


Tabla N° 1. Indicador de Cumplimiento de la Política de Calidad

AÑO 2025	CUMPLIMIENTO
1 Trimestre 2025	97%
2 Trimestre 2025	98%
3 Trimestre 2025	99%
4 Trimestre 2025	99%

Gráfica N°2 Comparativo anual de la Política de Calidad



Análisis: Se da cumplimiento anual a los objetivos establecidos en la política integral de calidad y seguridad y salud en el trabajo con resultado del 3% mayor, comparándolo con el año anterior. Se evidencian las siguientes oportunidades de mejora y conclusiones:

1. En comparación al año anterior se presentaron resultados similares y con incumplimientos en las mediciones parciales del objetivo identificado como 4, eventos ocurridos en los cuatro trimestres a expensas de la oportunidad en la asignación de consulta en las especialidades de consulta externa, aunque esta inobservancia es pequeña oscilando en obstetricia y se presentan casos Ginecología Oncológica, debido a que son escasas las consultas de esta especialidad y algunas veces en infectología.
2. El indicador referente a la utilización de los recursos (rentabilidad), inició su medición trimestral se halló en incumplimiento con una leve mejoría en el primer y segundo trimestre y generando cumplimiento para el tercer y cuarto periodo de medición, aumentando el %.
3. Los resultados de mejora continua hasta la fecha no se vieron afectados de acuerdo con las disposiciones de la NTC ISO 9001: 2015, ni los cambios realizados, ni la medición de los indicadores de mejora que a la fecha se miden más ajustados.
4. A raíz de las circulares de riesgos se ha iniciado la modificación y la creación de las diferentes políticas requeridas por la norma.

2. RESULTADOS DE LAS AUDITORIA INTERNAS

Tabla N° 2. Programa de Auditorías Internas ejecutadas en el 2025.

PROCESO	FECHA DE AUDITORIA		N° de NC	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE SEGUIMIENTO		NC EN EL SEGUIMIENTO
	DD	MM			DD	MM	
GERENCIA	08	10	0	**100,0%**	02	02	0
PLANEACIÓN	09	10	1	**95,2%**	30	01	0
GESTIÓN DE CALIDAD	03	10	0	**100,0%**	30	01	0
URGENCIAS DE PEDIATRIA	15	09	5	**89,6%**	23	01	0
URGENCIAS GINECOOBSTETRICAS Y PARTOS	11	09	0	**100,0%**	27	01	0
HOSPITALIZACIÓN GENERAL	01	09	1	**97,8%**	21	01	0
HOPE	09	09	0	**100,0%**	23	01	0
CIRUGÍA	30	07	3	**91,9%**	30	01	0
UCI NEONATAL	11	09	2	**95,7%**	29	01	0
UCI PEDIATRICA	20	08	0	**100,0%**	02	02	0
UCI ADULTOS	30	07	9	**80,4%**	28	01	0
CONSULTA EXTERNA	17	09	1	**97,3%**	30	01	1
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	07	08	1	**97,5%**	12	01	0
PROCESO FARMACEUTICO	03	10	0	**100,0%**	30	01	0
NUTRICIÓN	23	09	0	**100,0%**	30	01	0

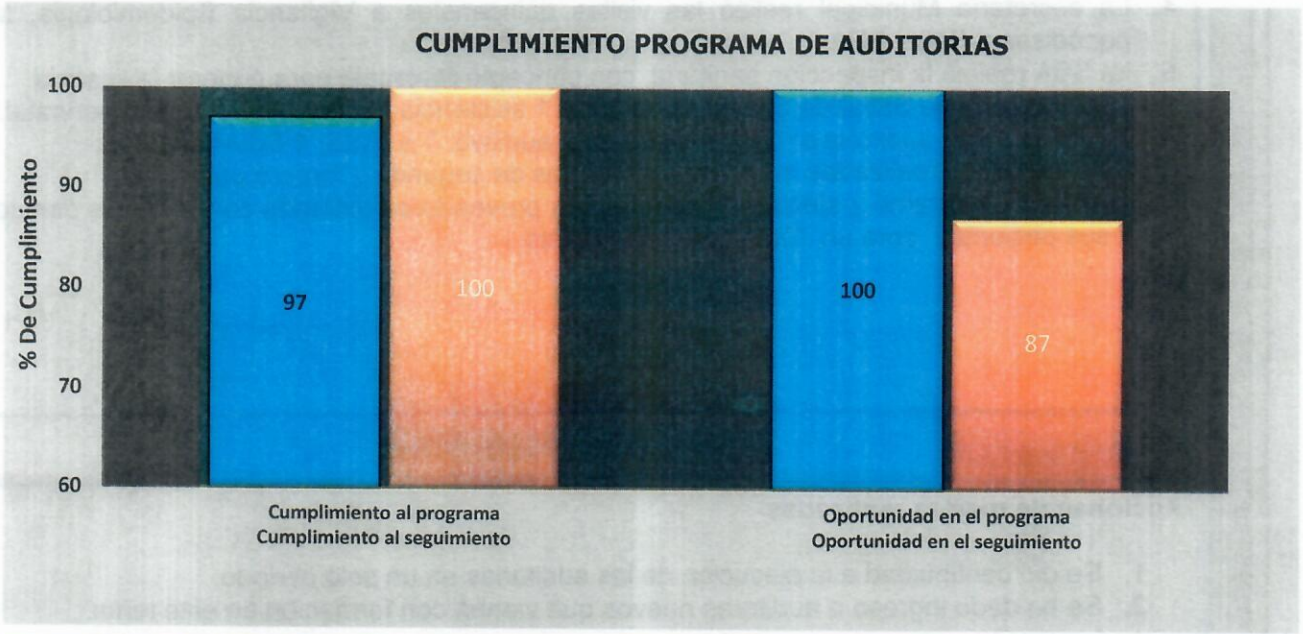
VACUNACIÓN	29	08	2	**95,1%**	22	01	0
HISTORIAS CLINICAS	28	08	0	**100,0%**	30	01	0
IAMII	28	08	1	**96,9%**	29	01	0
CONVENIOS	---	---	---	**---**	---	---	---
COMPRAS E INVENTARIOS	26	08	0	**100,0%**	06	02	0
SISTEMAS Y CENTRO DE INFORMACIÓN	24	09	5	**83,9**	30	01	1
SIAU	15	09	0	**100,0%**	28	01	0
DESARROLLO DE TALENTO HUMANO Y SST	08	09	2	**94,4%**	19	01	0
PLANTA Y ACTIVOS FIJOS	08	10	1	**96,9%**	05	02	1
MANTENIMIENTO BIOMEDICO	29	09	0	**100,0%**	29	01	0
SERVICIOS GENERALES	08	08	0	**100,0%**	29	01	0
TERAPIA	11	09	0	**100,0%**	27	01	0
SUBPROCESO SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	08	09	0	**100,0%**	30	01	0
SUBPROCESO GESTION AMBIENTAL	19	09	1	**96,4%**	30	01	1
SUBPROCESO AIRE MEDICINAL	23	07	0	**100,0%**	---	---	---
PROGRAMA DE DONACIÓN DE ORGANOS	15	09	1	**94,1%**	28	01	0
IMPLANTE DE TEJIDO OSEO	25	09	0	**100,0%**	30	01	0
PAMEC	03	10	0	**100,0%**	30	01	0

Para el año 2025 se programó 1 periodo de auditoría, es decir, las auditorías a los procesos, subprocesos o servicios auditables del SGC fueron evaluados en una sola programación de acuerdo con las solicitudes del Comité, y dentro de cada una se incluyeron los parámetros de SST.
En este programa se dividieron las evaluaciones en 2 meses. Con base al procedimiento, las fechas se asignaron clasificándolas en primera y segunda fecha, desde el 15 de julio al 15 de septiembre. No obstante, desde los primeros días de septiembre se observó un inminente incumplimiento, para lo que se emitió una no conformidad gestionada por corrección, ampliando el programa hasta el 10 de octubre.
De 33 procesos programados, se auditaron 32 para un 97% de cumplimiento. La auditoría no realizada fue la de Convenios, debido a que se contrató un dueño de proceso nuevo y estaba en conocimiento del cargo. Su realización se ejecutará con el seguimiento a la auditoria., según lo estipulado en el proceso.
También se realizó auditoria al PAMEC y a los servicios de donación de órganos e implante de tejidos. El Subproceso de Producción de Aire Medicinal quedó programado para este mismo periodo con la empresa Pharmaceutical. Queda pendiente la realización de los seguimientos que iniciarían el 15 de enero, con el fin de que se cumpla el tiempo esperado mínimo para el seguimiento que es de 3 meses. Aunque auditorias como la de Aire Medicinal, podrán realizar su seguimiento más temprano, así como para aquellos procesos que se evaluaron en julio y agosto.

Conclusiones:
1. Los procesos de la Clínica San Luis dan cumplimiento a los requisitos de organización, del PAMEC, de la NTC ISO 9001:2015 y los legales requeridos para su buen funcionamiento. Sin embargo, presenta algunas debilidades e incumplimientos menores que deben ajustarse para no afectar su operación.
2. El SGC implementado en LA CLÍNICA SAN LUIS tiene la capacidad de cumplir los requisitos legales y reglamentarios aplicables al mismo. Haciendo énfasis en aquellos que se evalúan específicamente por este concepto, como donación de órganos, implante de tejido óseo, PAMEC, Aire Medicinal, Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo.
4. En el proceso de auditoría se identificaron recomendaciones que facilitan que el SGC implementado en LA CLÍNICA SAN LUIS aumente la capacidad para cumplir con los requisitos establecidos.
5. Se identificaron fortalezas importantes que confirman el compromiso de los colaboradores de LA CLÍNICA SAN LUIS frente a la mejora continua del SGC y el logro de los propósitos organizaciones.
6. En 17 procesos no se hallaron no conformidades, en 29 evaluaciones se obtuvo un resultado igual o mayor al 90% de cumplimiento
8. Como resultado de la auditoría se hallaron 36 no conformidades, que inician el proceso de análisis y justificación por parte de los procesos.
9. Al finalizar la auditoría se obtuvo un cumplimiento general del 97% En cuanto a la oportunidad de las 32 auditorías ejecutadas se realizaron las 32 dando un cumplimiento del 100% según la fecha de ampliación tomada (10 de octubre)

Tabla N° 3. Cumplimiento a Programa de Auditorías Internas 2025		**Realizados en el Tiempo**	**%**	**NO Realizados en el tiempo**
PROGRAMA DE AUDITORIA AÑO 2025	CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA	**32**	**97%**	**1**
	CUMPLIMIENTO AL SEGUIMIENTO	**31**	**100%**	**0**
	OPORTUNIDAD EN EL PROGRAMA	**32**	**100%**	**0**
	OPORTUNIDAD EN EL SEGUIMIENTO	**27**	**87%**	**4**

Grafica N°3 Cumplimiento y Oportunidad de la Programación de Auditoria del 2025



ANALISIS: Para el año 2025 se programó 1 periodo de auditoría, es decir, las auditorías a los procesos, subprocesos o servicios auditables del SGC fueron evaluados en una sola programación de acuerdo con las solicitudes del Comité, y dentro de cada una se incluyeron los parámetros de SST. También se realizó auditoria al PAMEC, al proyecto UACAI y a los servicios de donación de órganos e implante de tejidos.

En la fecha de cierre del indicador se ejecutaron el 97.14% de las auditorias con una oportunidad del 100%. Es decir, de las 33 evaluaciones programadas se realizaron 32 y estas se hicieron antes del 10 de octubre de 2025 (fecha de corte o límite establecido). La auditoria no realizada fue la de Convenios por dueño de proceso nuevo.

AUDITORIAS EXTERNAS Y MEJORA AL PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS

Conclusiones:

1. Aproximadamente se realizaron 23 auditorías externas por EPS, algunas con su respectivo seguimiento. Se suman a estas las visitas por programa y los seguimientos trimestrales de Salud Total de manera y las revisiones virtuales de EPS Sanitas a su PCR preventivo y a la oportunidad del servicio.
2. En cuanto a los entes de vigilancia, fueron realizadas evaluaciones de seguimiento mensuales a los indicadores de gestión de la Clínica, de parte de la Secretaría Municipal y trimestrales por parte de la Secretaría Departamental por res. 256/16. Así mismo este organismo hizo verificación trimestral al PAMEC institucional.
3. Del mismo modo, la SSA realizó seguimientos mensuales al Servicio de Urgencias (12) y 12 vistas a la clínica en general. Del mismo modo realizó la inspección sanitaria periódica, auditorías a las RIAS y al programa de infecciones.
4. La secretaria Municipal realizó las visitas quincenales a Vigilancia Epidemiologia, las periódicas a Salas ERA.
5. La SSA realizó la inspección sanitaria, con concepto favorable para generar la licencia.
6. La Secretaría de Salud de Santander, realizó 1 asistencia técnica: RIA materno perinatal.
7. La SSA realizó auditoria a la RIA de tamizaje auditivo, 1 a IASS, 1 SOAT.
8. En total fueron realizadas más de 57 auditorías de segunda y tercera parte.
9. La Clínica programó y ejecutó 16 auditorías a proveedores externos con servicios directos a sus pacientes, para un 100% de cumplimiento.

Acciones de mejora realizadas

1. Se dio continuidad a la ejecución de las auditorias en un solo periodo.
2. Se ha dado ingreso a auditores nuevos que vienen con formación en este tema.

Acciones de mejora solicitadas para el programa del 2026:

1. Seguir entrenamiento a profesionales asistenciales.
2. Documentar los criterios bajo los cuales durante un periodo de auditorías pueden o no quedar procesos no auditados.
3. Seguir revisando hojas de vida de nuevos dueños de proceso, con el fin de revisar la posibilidad de que puedan ser auditores, obviando el entrenamiento de la Clínica.

ANEXO 1. Tabla con no conformidades de auditoria anulada con causalidad.

HALLAZGOS ANULADOS

PROCESO	ID	OBSERVACION DE ANULACION
UCI ADULTOS	**1819**	Se revisan los análisis de los indicadores y se encuentran acorde al resultado. Se anula.
UCI ADULTOS	**1815**	Se anula por cuanto el formato indicado estaba en proceso de actualización y ya está en flujo documental de Almera.
UCI ADULTOS	**1812**	Buenas tardes Jefe Se inda con el auditor quién indica que se revisó una HC y estando presentes auditor y auditado evidenciaron este evento o problema que es real. No obstante, debido a que no se presentó la evidencia adecuada no quedó en firme y se anula. Es necesario que desde el proceso verifique si tiene el problema para que tome las acciones necesarias
UCI ADULTOS	**1813**	Se evidencia justificación y soportes en mecanismos de integración. Se anula
URGENCIAS PEDIATRÍA	**1841**	Se revisa la justificación del Dueño de Proceso y se evidencia que está correcta. Se anula

DIRECTRICES GERENCIALES PARA EVALUAR EN EL PROGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS

I. Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad. "PAMEC"

1.7.1 Tabla N° 4. CONSOLIDACIÓN EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO FEBRERO 2025 A 31 DE DICIEMBRE DE 2025

RESULTADOS								
No. / Grupo ESTANDAR	PALABRA CLAVE EN EL ESTANDAR	RESPONSABLE	No DE ACCIONES PLANIFICADAS	No DE ACCIONES EJECUTADAS	% AVANCE			TERMINADO
					CUMPLE	EN RIESGO	NO CUMPLE	PENDIENTE PARA OTRO PERIODO
5 CLIENTE ASISTENCIAL	Política de seguridad del paciente	Seguridad del Paciente	2	2	100			
7 CLIENTE ASISTENCIAL	Guia técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente	Seguridad del paciente RH NUT	15	14	93			
8 CLIENTE ASISTENCIAL	Plan de prevención y control de infecciones	Infecciones	3	3	100			
12 CLIENTE ASISTENCIAL	Disponibilidad en la agenda con el profesional de la salud	Admisiones	3	3	100			
14 CLIENTE ASISTENCIAL	Criterios respuesta oportuna de interconsultas	URG HOSP	4	1			25	
16 CLIENTE ASISTENCIAL	Estandarización en la asignación de citas y autorizaciones	CEXT Admisiones	3	3	100			
29 CLIENTE ASISTENCIAL	Oportunidad y efectividad de las intervenciones	Dirección Medica Subdirección Enfermería	2	2	100			
34 CLIENTE ASISTENCIAL	Plan de tratamiento farmacológico	Servicio Farmacéutico	2	2	100			
38 CLIENTE ASISTENCIAL	Mecanismos de reporte y entrega de resultados	CIRU	2	2	100			
42 CLIENTE ASISTENCIAL	Educación y entrega de información al usuario	CIRU GIN HOPE	3	3	100			

44 CLIENTE ASISTENCIAL	Identificación de victimas	Vigilancia Epidemiológica	3	3	100			
78 DIRECCIONAMIENTO	Estrategias de divulgación a otros niveles de la organización	Calidad Planeación	2	2	100			
82 DIRECCIONAMIENTO	Ejecución del plan estratégico y planes operativos	Calidad Planeación	2	2	100			
95 GERENCIA	Planes operativos	Planeación	2	2	100			
100 GERENCIA	Protección y control de los recursos	Financiero Contabilidad	22	22	100			
104 TALENTO HUMANO	Necesidades de la comunidad organizacional	Talento Humano	2	2	100			
110 TALENTO HUMANO	Evaluar proceso de educación, capacitación y entrenamiento	Talento humano	2	2	100			
115 TALENTO HUMANO	Salud ocupacional del personal	Seguridad y salud en el trabajo	5	5	100			
123 AMBIENTE FISICO	Mejora en la gestión ambiental	Gestión ambiental	3	2		66		
124 AMBIENTE FISICO	Gestión de los residuos	Gestión ambiental	3	1			33	
125 AMBIENTE FISICO	Ejecución del plan hospitalario de emergencias	Seguridad y salud en el trabajo	2	2	100			
126 AMBIENTE FISICO	Evacuación y reubicación de usuarios	Seguridad y salud en el trabajo	4	4	100			
132 GESTION DE LA TECNOLOGIA	Proceso para la planeación, gestión y la evaluación de la tecnología	Servicios planta y activos fijos	2	2	100			
133 GESTION DE LA TECNOLOGIA	Política Organizacional para reposición de la tecnología	Servicios planta y activos fijos	2	2	100			

146 GERENCIA DE LA INFORMACION	**Seguridad y confidencialidad de la información**	**Sistemas y centro de información**	**1**	**1**	**100**			
151 GERENCIA DE LA INFORMACION	**Plan de contingencia de los sistemas de información de la organización**	**Historias Clínicas Infecciones**	**2**	**2**	**100**			
157 MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	**Plan de mejoramiento continuo identificado**	**Calidad**	**2**	**2**	**100**			
158 MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	**Monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo**	**Calidad**	**2**	**2**	**100**			

TERMINADO	SE EJECUTARON TODAS LAS ACCIONES PLANIFICADAS DEL ESTANDAR- PUEDE EXISTIR PARA EL MISMO ESTANDAR OTRAS ACCIONES QUE TENIAN UNA PRIORIZACIÓN MENOR Y PUEDEN QUEDAR O NO CON ACCIONES DE MEJORAMIENTO PLANIFICADAS EN EL PERIODO INMEDIATO.
PENDIENTE PARA OTRO PERIODO	POR EL RIESGO – COSTO – BENEFICIO TAN ALTO, ESTAS ACCIONES QUEDAN INCLUIDAS EN EL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL AÑO SIGUIENTE.
PENDIENTE EN VERIFICACIÓN	UNA TAREA QUE QUEDO PROCESO Y QUE SE PUEDE TERMINAR SIN QUE SE AFECTE EL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL SIGUIENTE AÑO O UNA ACCION QUE AL VALORAR DE NUEVO SU COSTO- RIESGO – VOLUMEN Y SUS BENEFICIOS PUEDE ESPERAR PARA OTRO PERIODO Y NO INCLUIRSE EN EL QUE CONTINUA.
SE INTERRUMPE	SE INTERRUMPE ACTIVIDAD POR NO APROBACIÓN O IMPOSIBILIDAD DE EJECUCIÓN DURANTE LA VIGENCIA DE LA AUTOEVALUACIÓN

Tabla N° 5. Estándares de Acreditación incluidos en el PAMEC 2026

No	GRUPO	ESTANDAR	OPORTUNIDADES DE MEJORA
9	Asistencial	La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	1. Realizar análisis de barreras de acceso a la Clínica en relación a las autorizaciones y hacer mediciones de demanda insatisfecha
14	Asistencial	La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad.	1. Garantizar la medición de tiempos para la realización de interconsultas. 2. Analizar la demanda insatisfecha.
16	Asistencial	Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.	1. Implementar el registro y seguimiento a las mediciones de uso para la mejora de la efectividad de cada canal de asignación de citas. 2. Implementar una estrategias que permitan disminuir el riesgo de inasistencia de los usuarios mediante la confirmación previa de citas.
22	Asistencial	La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología.	1. La organización prevé mecanismos para prevenir riesgos de diseminación de infecciones por contagio intramural

31	Asistencial	La organización garantiza que el paciente y su familia son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.	1. Informar al paciente acerca de los esfuerzos conjuntos para el manejo de su enfermedad y, junto con el usuario, se presenta un plan para las actividades correspondientes.
			2. Evaluar las competencias de los pacientes para el cuidado después del egreso
			3. Documentar y desarrollar las competencias del personal para que sus intervenciones en educación al paciente para el egreso sean eficientes
			4. Asegurar que en los registros clínicos del paciente se consigna la información del usuario sobre la prevención de enfermedades y promoción de la salud.
32	Asistencial	La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado.	1. Obtener un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, en el que se le explican el objetivo, primando la autonomía del paciente
			2. Apoyar al personal en la obtención de habilidades de comunicación y dialogo, con el fin de que la información brindada y registrada sea suficiente
33	Asistencial	En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad:	1. Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa, a partir de la promoción de la cultura de trato digno y respetuoso, en los servicios cirugía ginecología
			2. Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares, fortaleciendo las capacidades de afrontamiento del talento humano para mitigar los efectos del agotamiento laboral, promoviendo entornos de trabajo saludables y potenciando la capacidad de respuesta frente al estrés laboral.
40	Asistencial	La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos que incluyen:	1. Estandarización, implementación y seguimiento a la adherencia de técnicas de aislamiento.
			2. Estandarizar el uso de perfil de resistencia antibacteriana
			3. Mejorar los procesos de desinfección
			4. Estandarizar el reporte de los resultados del programa de infecciones a la gerencia u otros grupos relevantes de la organización
76	Direcciona miento	Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes criterios:	1. Replantear el direccionamiento estratégicode la organización que incluya los criterios del estándar, enfocado a la seguridad del paciente, gestión del riesgo, humanización del servicio, gestión de la tecnología, la responsabilidad social y el mejoramiento continuo.
85	Direcciona miento	Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva.	1. Mantener en el tiempo la educación continuada y la asesoría externa a la Junta Directiva
100	Gerencia	Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante:	1. Ajustar los procesos de monitorización y gestión de Cartera
			2. Desarrollar indicadores para el análisis sistemático y gestión sobre resultados financieros.
104	Talento Humano	Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estos	1. Implementar acciones para mejorar los resultados del clima organizacional en relación a la fatiga y el riesgo psicosocial, fortaleciendo las capacidades de afrontamiento del talento humano para mitigar los efectos del agotamiento laboral, promoviendo entornos

		procesos incluyen la información relacionada con	de trabajo saludables y potenciando la capacidad de respuesta frente al estrés laboral.
123	Ambiente Físico	La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental. Incluye:	1. Generar como institución aportes a la conservación del medio ambiente, midiendo la huella de carbono
124	Ambiente Físico	La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos. Los procesos consideran:	1. Garantizar la capacitación, el entrenamiento, la evaluación de conocimiento y el seguimiento a la disposición y segregación de los residuos a todo el personal de la institución.
128	Ambiente Físico	La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.	1. Ajustar la política de prevención de alcohol, tabaco y consumo de sustancias psicoactivas al contexto actual.
132	Gestión de la Tecnología	La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.	1. Estandarizar un proceso para la planeación y la gestión de la tecnología
149	Gerencia de la información	Existe un mecanismo formal para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.	1. Analizar y actualizar el sistema de información central ICOSALUD para optimizar la gestión de los procesos asistenciales y administrativos, en articulación con el Plan Maestro TIC.
158	Mejoramiento de la calidad	Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.	1. Alinear los procesos de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento de la calidad al PAMEC

Análisis cumplimiento PAMEC 2025:
Para el 2025, el plan de mejoramiento se desarrolló en relación con el número de los estándares en estudio. En total se planificaron 29 estándares de acreditación. Aclarando que el estándar 100 de gerencia, se sumó o contó como 1, aunque trató 6 oportunidades de mejora y para cada una se registró un plan de acción. Debido a que de esta manera se trataron las acciones del plan estratégico operativo. Los estándares se aplicaron así:
Grupo asistencial: 5, 7, 8, 12, 14, 16, 29, 34, 38, 42, 44.
Direccionamiento: 78, 82
Gerencia: 95, 100.
Talento Humano: 104, 110, 115.
Ambiente físico: 123, 124, 125, 126
Gestión de la Tecnología 132, 133
Gerencia de la información: 146, 151
Mejoramiento: 157, 158
Cada uno con número variable de oportunidades de mejora, de los cuales se obtuvo 1 estándar en 0; y 2 en incumplimiento, en otros términos, con resultado menor a 66%, (1 en 50% y otro en 33%) 1 estándar1 en cumplimiento igual a 66% y menor a 100%; y 25 estándares con el 100% de actividades realizadas. Es decir, de 29 estándares planificados se cumplieron 26 para un cumplimiento del indicador del 89.7%. El incumplimiento está dado en:

1. Estándar 14: Falta la implementación de indicadores de interconsulta y demanda insatisfecha en las 2 oportunidades de mejora planificadas. (Reiterativo)
2. Estándar 124: relacionado con la capacitación total del manejo seguro de desechos.
3. Estándar 123

25 estándares obtuvieron un cumplimiento del 100%. Estos se encuentran identificados en el Manual de acreditación como 5, 7, 8, 12, 14, 16, 29, 34, 38, 42, 44, 78, 82, 95, 100, 104, 110,115, 123, 124, 125, 126, 132, 133, 146, 151, 157, 158. Con el 66% y menos de 100, se obtuvo 1 estándar 123.

las acciones de mejoramiento que hacen parte de este análisis con meta y formula, no son requeridas y no hacen parte del indicador que se notifica a Supersalud, los datos graficados en este indicador se mantienen por proporcionar mejora dentro de la Clínica al indicar la situación de cada estándar y por tanto que acciones pendientes se deben tener en cuenta para la elaboración del plan del siguiente periodo.

II. Nivel de Desempeño del auditado de acuerdo con la Seguridad brindada a los pacientes.

Tabla N° 6. Evento Adverso del 1 de enero de 2025 a 31 de diciembre de 2025 de acuerdo con egresos hospitalarios.

MES	TASA DE EVENTOS
ENERO	**6.1**
FEBRERO	**5**
MARZO	**6.8**
ABRIL	**5.1**
MAYO	**7.7**
JUNIO	**6.1**
JULIO	**6.6**
AGOSTO	**7**
SEPTIEMBRE	**6.1**
OCTUBRE	**6**
NOVIEMBRE	**4.2**
DICIEMBRE	**3.2**

Análisis:
No se observa variabilidad en el comportamiento del 2025, en relación con la tasa de eventos. Revisando el mes a mes se evidencia una leve disminución. En su mayoría, los eventos clínicos fueron de carácter prevenible (90%) y en su totalidad la mayor parte en la especialidad de pediatría. Los eventos más frecuentes que se evidenciaron en los 12 meses de estudio fueron según su aparición mensual y con poca variabilidad fueron: los accidentes, fallas en los procesos, los problemas relacionados con el uso de medicamentos (PRUM), fallas en los registros entre otros.
Siendo los accidentes y las fallas en los procesos, los más frecuentes.
Se consideran accidentes, las multipunciones, las lesiones en piel en las UCI debido a las largas estancias, las caídas y los desgarros entre otros, evidenciándose con poca diferenciación en el orden.
Dentro de las fallas en los procesos, los más comunes fueron la falta de adherencia a protocolos y errores en los traslados de pacientes (adherencia), también se incluyen programaciones y cancelaciones erradas.
Los PRUM incluyen errores en la administración ya sea de frecuencia, omisión o medicamento erróneo y errores en la elaboración de tarjetas.
Por servicios la mayoría se presentaron HOSP –URGP- UCIN-CIRU- UCIP (las lesiones se presentan en otra institución), cambiando el orden de manifestación.
En los meses de mayo y agosto de 2025 se evidencian los picos más altos de casos.
Este indicador es dependiente de la capacidad de notificación o reporte del personal, de los egresos y del número de eventos. Durante este año casi la totalidad de eventos se reportaron en el sistema ICOSALUD Teniendo en cuenta el número de egresos, Hospitalización registra el número de eventos más alto, por notificación y tipo de paciente tratado.
Las RAM y RAT se presentaron como eventuales se clasificaron en su mayoría como no prevenibles.

Acciones de mejora realizadas en el 2025:
1. Videovigilancia para el lavado de manos
2. Optimización de la consecución y registro del consentimiento informado
3. Incremento de la exigencia de los indicadores, con metas más ambiciosas.

Acciones de mejora propuestas para el 2026.
1. Mejorar el registro de la HC.
2. Implementar la aplicación del registro de pacientes multi transfundidos en plataforma SIHEVI y establecer un protocolo de manejo.
3. Fortalecer la identificación de los pacientes con difícil acceso venoso.

Grafica N°4 Trazabilidad Mensual según ocurrencia de Eventos Adversos



Tabla N°7 Número de casos de eventos adversos por servicio del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025.

SERVICIO	No DE EVENTOS	EGRESOS	PORCENTAJE %
HOSPITALIZACIÓN	189	12358	1.53
URG. PEDIATRIA	179	51694	0.35
URG. GINECOLOGÍA	35	19887	0.18
SALA DE PARTOS	39	647	6.03
CIRUGÍA	162	12322	1.31
UCIP	80	157	50.96
UCIN	97	1550	6.26
UCIA	49	330	14.85
HOPE	42	221	19.00
FARMACIA	11	No generan egreso	
NUTRICION	1		
EXTERNO	39		
IDIME	24		
UNIDOSIS	6		
C. EXTERNA - VACUNACION - CANGURO	6		
IMAGENOLOGIA	8		
TERAPIA	2		
CRUZ VERDE	35		
SIAU	1		
LACTARIO	1		
PLANTA FISICA			
PATOLOGIA	2		
ADMISIONES	4		

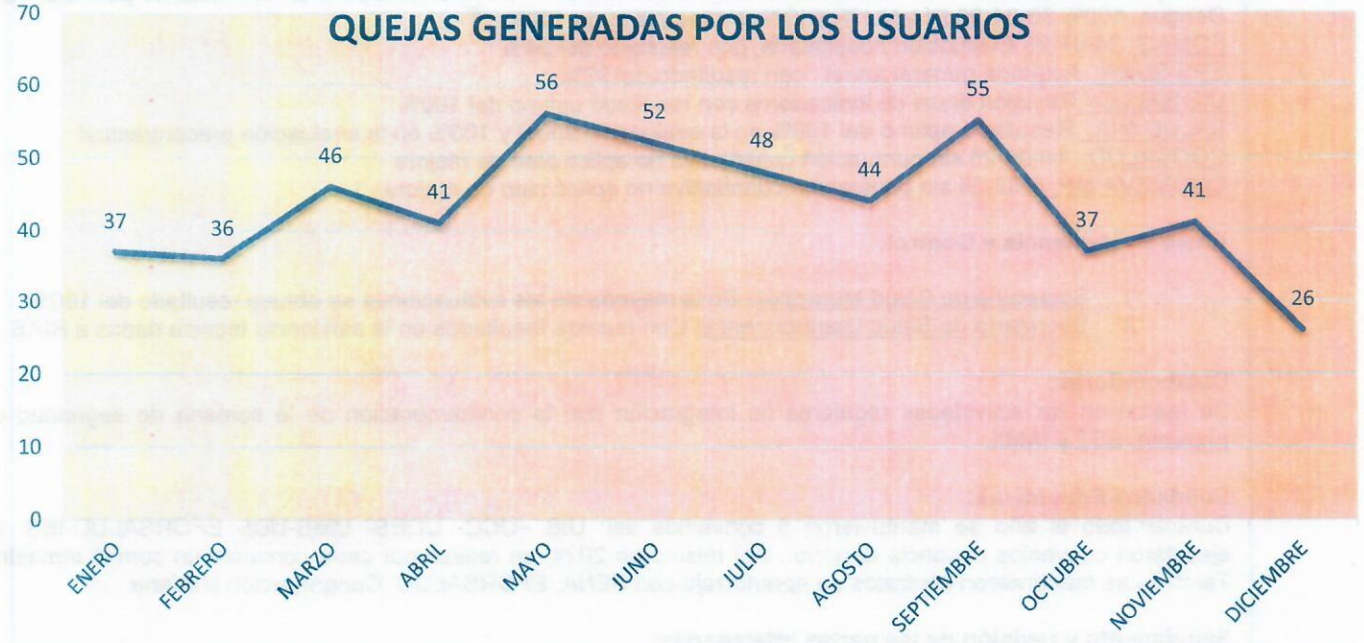
1. RETROALIMENTACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERES

En atención al boletín te informa de ICONTEC publicado el 8-03-24, se evidencia que las partes interesadas pertinentes pueden tener ciertas necesidades y expectativas, (requisitos) relacionados con el cambio climático. En este orden de ideas se deben tener en cuenta los requisitos de las EAPB, los usuarios, entes de vigilancia, las empresas tercerizadas (Idime - Cruz Verde), por cuanto se puede presentar aumento en la demanda de servicios de salud por aparición de enfermedades y alteración en la cadena de suministro por problemas en la distribución.

Tabla N° 8. Retroalimentación con los usuarios del 1 de enero al 31 de diciembre 2025.

PERIODO: 1 de Enero al 31 de Diciembre 2025												
MES	**ENE**	**FEB**	**MAR**	**ABR**	**MAY**	**JUN**	**JUL**	**AGO**	**SEP**	**OCT**	**NOV**	**DIC**
Satisfacción al cliente	**99,9**	**99,7**	**99,9**	**99,9**	**99,4**	**99,6**	**99,6**	**99,6**	**99,9**	**99,9**	**99,9**	**99,9**
N° de quejas del cliente	**37**	**36**	**46**	**41**	**56**	**52**	**48**	**44**	**55**	**37**	**41**	**26**
Egresos	**11780**	**11163**	**12900**	**12758**	**14194**	**12835**	**14706**	**13531**	**13673**	**12773**	**12207**	**11906**

Grafica N°5 . Número de quejas del cliente del 1 de enero al 31 de diciembre 2025.



Satisfacción de los Usuarios: Con un promedio anual de **99.8%** obtenido mediante encuesta con una muestra representativa de encuestas por servicio de acuerdo con el promedio de egresos mensuales, dando un resultado similar al compararlo con el periodo anterior. La encuesta se sigue realizando de forma personalizada en medio magnético.

Encuesta Empresa-Cliente: De las 35 empresas clientes contratadas dieron respuesta a la encuesta 7, para un 20% de encuestas resueltas. El resultado para el 2024 fue 90.6% disminuyendo en un 0.3%, en relación con el año anterior; presentándose comentarios favorables en accesibilidad, seguridad. Pertinencia.

Queja de los Usuarios: Con un promedio de 43 quejas mensuales (3 menos que el año anterior) para un promedio de 12860 usuarios al mes en todos los servicios, cuya resolución fue del 100%.

Satisfacción y Auditorias Empresa-Cliente (EAPB)- Información relevante:

EPS SANITAS: 13-05-25 auditoria anual y su seguimiento , con resultado general 89.1%. y a HOPE de 94.6%. En el seguimiento a la ejecución de los planes de mejora: 94%. Así mismo una visita precontractual del servicio de consulta externa en la sede 3 con resultado de 95.2%
ECOPETROL: 4 auditorías realizadas al contrato, subdivididas en 3 para indicadores con resultado del 100%
SALUD TOTAL: Se realizaron visitas a toda la clínica y a las diferentes rutas así: 13 y 14 de noviembre: 94.5% y el respectivo seguimiento a los planes de mejora por fecha. 1 de julio revisión a la RIA materno perinatal 100% Dengue: 100% 30-04-26 RIA NUTRICIÓN con resultado de 100%
FOMAG: 24-07-25 Evaluación hospitalaria, con resultado del 94%
EPS SURA: Auditoria general anual: con resultado del 97%
UIS SALUD: Revisión anual de indicadores con resultado optimo del 100%
SALUD MIA: Resultado óptimo del 100% en la evaluación anual y 100% en la evaluación precontractual
COOSALUD: 14-08-25 sin puntuación cuantitativa no aplicó plan de mejora
COOMEVA MP: 5-03-25 sin puntuación cuantitativa no aplicó plan de mejora

Entes de Vigilancia y Control:

1. Secretaria de Salud Municipal: En la mayoría de las evaluaciones se obtuvo resultado del 100%
2. Secretaría de Salud Departamental: Con buenos resultados en la asistencia técnica dadas a RIAS.

Colaboradores:
Se realizaron las actividades regulares de integración con la conmemoración de la semana de seguridad del paciente, SST y IAMII.

Entidades Educativas:
Durante todo el año se mantuvieron 5 convenios así: UIS –UCC- UDES- UMB-UDI- EFORSALUD-IES. Se ejecutaron convenios docencia servicio. Así mismo en 2024, se realizó por cada convenio un comité trimestral. También se mantuvieron contratos de aprendizaje con SENA, EFORSALUD, Congregación Mariana.

Seguimiento y revisión de las partes interesadas:
Se concluye que las partes interesadas y los requisitos determinados para ellas en la matriz F-CSL-170 son pertinentes al SGC, se revisan y se concluye que las calificaciones se mantienen, y se evidencia que se encuentran calificados de acuerdo con los intereses de las partes.

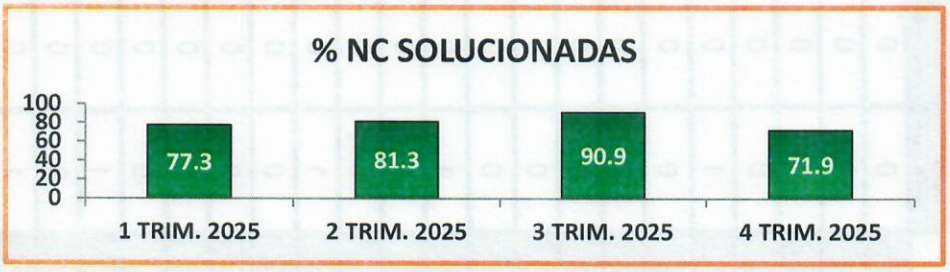
Desempeño de los Proveedores Externos:
Los procedimientos realizados para el control de proveedores contratados externamente se encuentran en la matriz F-CSL-170 donde se consolidaron las actividades de control que se han venido ejecutando y se planificaron como medidas de revisión y seguimiento. En el marco de este control, se programaron 17 auditorías a 17 proveedores que se establecen pueden causar mayor afectación al usuario con sus intervenciones, de los cuales se realizaron 17 para un 100% de cumplimiento.

PROVEEDOR	# DE HALLAZGOS O ASPECTOS POR MEJORAR
AMBULANCIAS PROJECTION LIFE	6
AMBULANCIA H&S	6
CENTRAL ESTERILIZACIÓN FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	3
IDIME – ADMINISTRADOR DE LABORATORIO CLINICO	5
CENTRAL DE MEZCLA UNIDOSIS	1
SUPERLOGISTICA LAVANDERIA	5
SANDESOL	0
ABG	0
RECICLAJE	0
CRYOGAS	2
PHARMACEUTICAL	0
PRAMAR	72/100
CRUZ VERDE	1
SIGMA	1
AIRCOL	1
SUPERLOGISTICA	5
HIGUERA ESCALANTE	0

4. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DE LOS SERVICIOS:

Tabla N° 9. Desempeño de procesos en producción de mejora y cierre. del 1 de Enero al 31 de diciembre de 2025.	1er TRIMESTRE 2025	2do TRIMESTRE 2025	3er TRIMESTRE 2025	4er TRIMESTRE 2025
NO Conformidad Solucionada	**77,3**	**81,3**	**90,9**	**71,9**
Índice de Prevención	**85,7**	**88,9**	**85,3**	**78,9**

Gráfica N°6. Número de Nas conformidades solucionadas



Gráfica N°7. Índice de Prevención

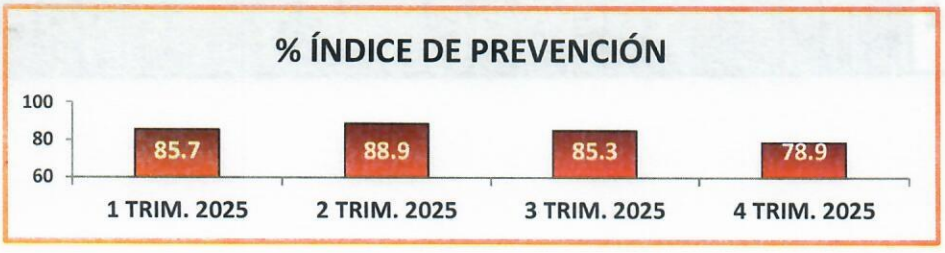
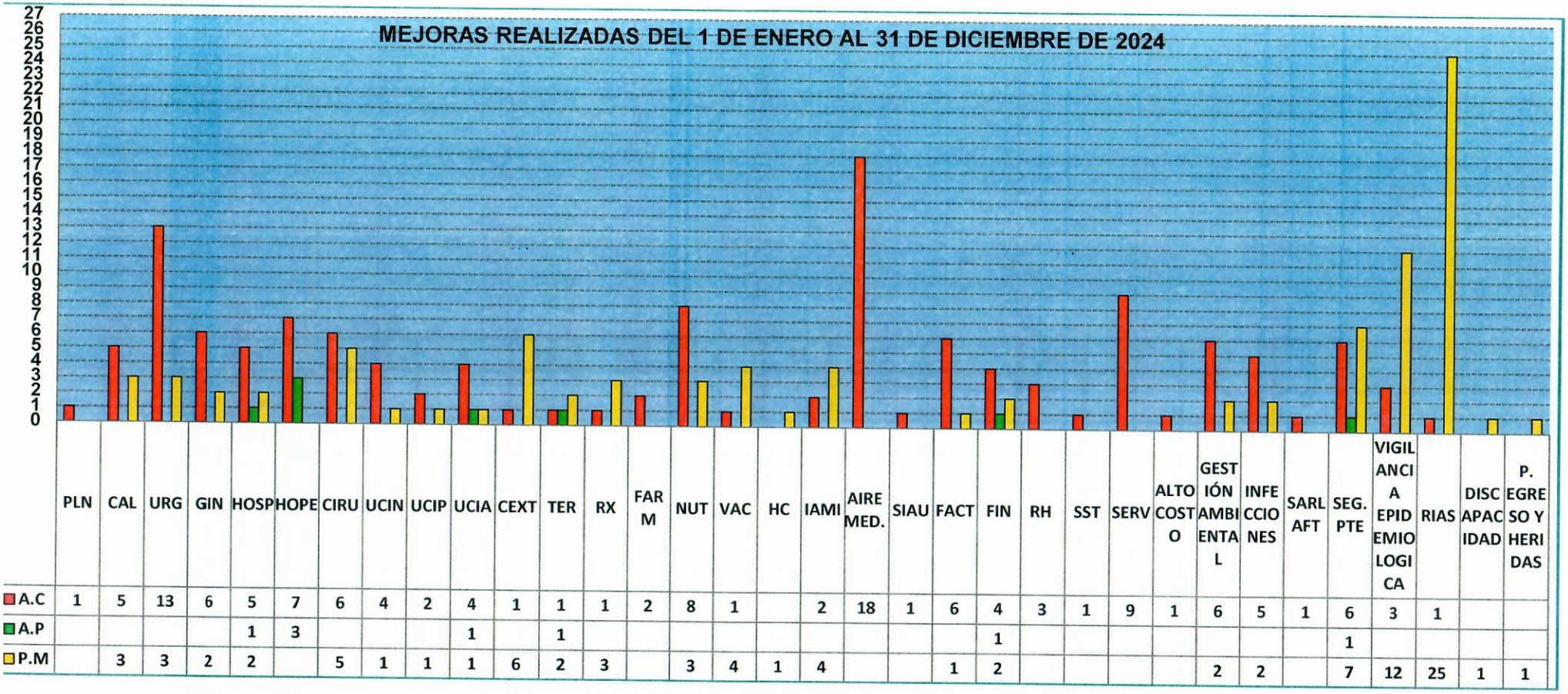


Tabla N° 10. Mejoras realizadas del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2025.

	1 TRIMESTRE 2025			2 TRIMESTRE 2025			3 TRIMESTRE 2025			4 TRIMESTRE 2025		
PROCESO	ACCIÓN CORRECTIVA	ACCIÓN PREVENTIVA	PLAN DE MEJORA	ACCIÓN CORRECTIVA	ACCIÓN PREVENTIVA	PLAN DE MEJORA	ACCIÓN CORRECTIVA	ACCIÓN PREVENTIVA	PLAN DE MEJORA	ACCIÓN CORRECTIVA	ACCIÓN PREVENTIVA	PLAN DE MEJORA
PLN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
CAL	0	0	0	0	0	2	5	0	1	0	0	0
URG	1	0	0	6	0	2	3	0	0	3	0	1
GIN	0	0	1	5	0	1	0	0	0	1	0	0
HOSP	1	0	0	2	0	1	0	0	0	2	1	1
HOPE	0	0	0	2	3	0	1	0	0	4	0	0
CIRU	2	0	1	3	0	4	1	0	0	0	0	0
UCIN	0	0	0	3	0	0	0	0	1	1	0	0
UCIP	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0
UCIA	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2	0	0
CEXT	1	0	2	0	0	3	0	0	0	0	0	1
TER	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0
RX	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1
FARM	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
NUT	0	0	0	0	0	1	7	0	2	1	0	0
VAC	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0
HC	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IAMI	0	0	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0
AIRE MED.	1	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0
SIAU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
FACT	1	0	0	0	0	1	2	0	0	3	0	0
FIN	0	0	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0
RH	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0

SST	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SERV	2	0	0	2	0	0	4	0	0	1	0	0
ALTO COSTO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
GESTIÓN AMBIENTAL	0	0	0	0	0	1	6	0	0	0	0	1
INFECCIONES	0	0	1	3	0	1	1	0	0	1	0	0
SARLAFT	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SEG. PTE	2	0	0	0	0	5	3	0	1	1	1	1
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	0	0	0	2	0	1	0	0	11	1	0	0
RIAS	0	0	1	0	0	12	1	0	6	0	0	6
DISCAPACIDAD	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
PLAN EGRESO Y HERIDAS	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	**14**	**0**	**12**	**39**	**5**	**41**	**52**	**0**	**29**	**29**	**3**	**12**

Gráfico N°8: Mejoras realizadas por Proceso.



	PLN	CAL	URG	GIN	HOSP	HOPE	CIRU	UCIN	UCIP	UCIA	CEXT	TER	RX	FARM	NUT	VAC	HC	IAMI	AIRE MED.	SIAU	FACT	FIN	RH	SST	SERV	ALTO COSTO	GESTIÓN AMBIENTAL	INFECCIONES	SARLAFT	SEG. PTE	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	RIAS	DISCAPACIDAD	P. EGRESO Y HERIDAS
A.C	1	5	13	6	5	7	6	4	2	4	1	1	1	2	8	1		2	18	1	6	4	3	1	9	1	6	5	1	6	3	1		
A.P					1	3				1		1										1								1				
P.M		3	3	2	2		5	1	1	1	6	2	3		3	4	1	4			1	2					2	2		7	12	25	1	1

Análisis: De acuerdo con los datos anteriores que son una muestra representativa del trabajo de un año (periodo evaluado), en la mejora continua de todos los procesos, se evidencia que la Clínica propende por el mejoramiento continuo organizacional. En cuanto a la producción de acciones que disminuyan los riesgos se tuvieron en cuenta las AP realizadas para el SOGC, no obstante, estás se han visto disminuidas al ser reemplazadas por los riesgos en la matriz de riesgos. Los procesos mayormente productivos son URG, RIAS que se encuentra en implementación, AMB, HOPE, GIN y CIRU. Lo anterior, aunque existen procesos que se observan con mayor producción debido a auditorías externas que se incluyen en Almera. Con menor productividad en cuanto a la mejora continua: HC, PLN, SST Y SIAU. No obstante, esto se ve relacionado directamente con el tamaño del proceso y su participación como de apoyo.

Desempeño Seguridad y Salud en el Trabajo

DEL 1 DE ENERO DE 2024 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025

La ARL – SURA anualmente realiza la evaluación de los estándares mínimos del SG-SST, para el mes de enero del 2026 teniendo en cuenta los requerimientos establecidos en la Resolución 0312 de 2019. Se obtiene como resultado 100% interpretado como "Aceptable", conforme a esta evaluación se propusieron actividades con el fin de mantener la mejora continua en la implementación del Sistema, las cuales se establecieron en el Plan de la mejora continua para el año 2026.



El mes de octubre del 2025 se realizó la auditoria de calidad al SG: SST y no se encontró ninguna no conformidad por parte del auditor.

El mes de febrero del 2026 se realizó una auditoría por parte del presidente del COPASST con el fin de evaluar el cumplimiento de la Resolución 0312/2019 y se obtuvo un cumplimiento del 100%. Se realizaron observaciones por parte del COPASST en cuanto al seguimiento de la efectividad de los planes de acción de los accidentes de trabajo.

PLAN DE TRABAJO DEL SG-SST

Se da cumplimiento al 99.5% del plan de trabajo programado para el año 2025. Se realiza la actualización de 51 documentos de seguridad y salud en el trabajo durante el año 2025, así mismo se actualizo la matriz de requisitos legales teniendo en cuenta todas las normas emitidas por las entidades de control durante el 2025 y se da cumplimiento a las mismas.

GESTION DE COMITES DEL SG-SST

- Se realizo 2 nombramientos de nuevos integrantes al COPASST por renuncia de los colaboradores.
- Se realizo cursos de 50 horas en SG-SST al COPASST y formación en Plan Estratégico de Seguridad Vial – PESV-
- En el mes de febrero del 2026 se realizó auditoria del SG-SST por parte del COPASST.
- Se da cumplimiento a las 13 reuniones del COPASST, 3 reuniones del CHE y 18 reuniones del comité de convivencia laboral.

HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

- Ejecución de inspecciones de seguridad locativas, orden y aseo, inspecciones técnicas y realización de inspecciones generales de botiquines, extintores, señalización y elementos de emergencias.
- En total se realizaron 58 inspecciones en el año con su respectivo plan de mejora.

- Se realizaron 50 acciones de mejora derivadas de los reportes de actos y condiciones inseguras, así como de las inspecciones de seguridad realizadas.
- Se realiza gestión de 39 reporte de condiciones inseguras por medio de la tarjeta de observaciones.
- Reporte y análisis de indicadores mensuales, trimestrales y anuales en ALMERA.
- Verificación de entrega de elementos de protección personal EPP mensualmente.

IDENTIFICACION Y CONTROL DE RIESGOS

- **Control del riesgo biológico:** Se realiza capacitaciones en medidas de bioseguridad y uso adecuado de epps, se investigan los accidentes de origen biológico y definen planes de mejoramiento, no se presentaron casos de enfermedades laborales Covid-19. En febrero se estructuro el IN-RH-36 instructivo de definición verificación y seguimiento de vacunación para el personal, y se realizó seguimiento detallado de a los soportes de esquemas de vacunación de todo el personal de la Clinica. Se diseño video para uso adecuado del escalpelo en el área de cirugía el cual fue socializado con todo el personal asistencial del área en especial con instrumentación quirúrgica, debido a la alta accidentalidad presentada.

- **Control de Riesgo Biomecánico:** Se realizo seguimiento de caso confirmados y sospechosos incluidos en el PVE de riesgo Biomecánico, se realizaron inspecciones de puestos de trabajo con el apoyo de la profesional de prevención de ARL SURA y se realizaron las mejoras correspondientes, se realizó seguimiento al uso de los apoya pies y elevadores de pantalla y se les instalo codificación para facilitar el control y seguimiento de estos, se realizaron pausas actividad con enfoque biomecánico, se realizaron capacitaciones de movilización y traslado de pacientes para la prevención de enfermedades osteomusculares.

- **Control del riesgo a exposición a radiaciones Ionizantes:** Se da continuidad al seguimiento del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes los cuales a la fecha no presentan alteraciones en el control de dosimetría, se socializa mensual y trimestralmente los resultados de reportes de dosímetros, se realizaron las inspecciones programadas de equipos emisores de radiación y elementos de protección personal a los cuales se les realizo mantenimiento requerido. Se realizo compra y suministro de 3 chalecos plomados y 3 cuellos plomados para dar cobertura total al personal expuesto. Se realizo gestión para el cambio de velcro por ganchos a todos los EPP plomados para mayor durabilidad. Se realizo capacitación al personal de imagenología en radio protección por la plataforma SIEVERT y SURA ARL.

- **Control del riesgo psicosocial:** Se planifico y desarrollo plan de trabajo derivado de los resultados de la batería de riesgo psicosocial aplicada en el mes de agosto 2024, seguimiento y capacitación al personal que por ausentismo tiene DX por este riesgo a fin de aportar pautas de afrontamiento, adicional se realiza campaña de salud mental con apoyo de la psicóloga de la clínica.

- **Control del Riesgo Químico:** Se realiza seguimiento e inspecciones al proceso de manejo de patologías verificando el cumplimiento de las normas para la prevención de enfermedades, se realiza tamizaje de exámenes para la auxiliar de patologías específico para su cargo, se dará continuidad a las visita con asesor de ARL para implementar más mejoras, se realiza capacitaciones frente a la exposición del área y se gestionan reuniones para el 2025, se realiza medición ambiental de formaldehido en 3 puntos, donde uno de los puntos presenta riesgo alto y se debe trabajar plan de acción para el 2026.

- **Control de Riesgo Locativo**: se realizó cambios de las cintas antideslizantes de las escaleras de la institución que lo requerían, se realizaron inspecciones de seguridad locativas y se realizó seguimiento del cumplimiento de las mejoras solicitadas, entre otras acciones correctivas con el apoyo del área de mantenimiento y se realizó formación en identificación de condiciones inseguras para la prevención de la accidentalidad.

1. **Control de Riesgo físico**: En el mes de septiembre se realizó visita al área de cocina por un profesional higienista para validar las condiciones de calor ya que el servicio reporta de altas temperaturas.

PREVENCION Y PREPARACION ANTE EMERGENCIAS

- Se da cumplimiento a las reuniones trimestrales del CHE.
- Se realiza seguimiento a la implementación de los planes de acción correspondientes a la evaluación del índice de capacidad hospitalaria con apoyo del CHE.
- Se establecieron los planes de ayuda mutua de los contratistas IDIME, CRUZ VERDE Y SUPERLOGISTICAS con apoyo de los interventores de contrato por parte de la Clinica San Luis.
- Se realizó el simulacro de evacuación en septiembre en el área de HOPE, enfocado en el traslado de pacientes por escaleras por fallas de ascensores.
- Se realizo la gestión para la compra de silla para evacuación de pacientes por escaleras en caso de falla por ascensores. En el mes de noviembre se aprueba la compra se silla para evacuación de pacientes por escaleras.
- Se da continuidad a la capacitación en emergencias a todo el personal de la Clinica para dar atención como brigadista en caso de una emergencia.
- Dotación de insumos para botiquines y adquisición de extintores para realizar cambios de multipropósito a CO2 en la sede administrativa, recarga de extintores de la clínica con apoyo de planta física. Está pendiente por planta física realiza la instalación de 2 extintores CO2 en el área de PLENIHUM.
- Se socializaron los procedimientos operativos normalizados del Plan Hospitalario para la gestión del riesgo a todo el personal.
- Se realizo gestión de compra e instalación de la señalización de las áreas de expansión para afluencia masiva de pacientes.

CAPACITACIONES DE SST

- Se organizaron y desarrollaron 50 capacitaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo. Se cumplió a cabalidad con el cronograma de capacitación planeado.
- Desarrollo de inducciones y reinducciones en Seguridad y Salud en el Trabajo a 796 colaboradores de la clínica.

SEMANA DE SEGURIDA Y SALUD EN EL TRABAJO

La XVI Semana de Seguridad y Salud en el trabajo tiene por lema "**CONSTRUYE TU SEGURIDAD**" se realizó del 15 al 17 de octubre donde se desarrollaron diferentes actividades para que los trabajadores tuvieran espacios de revisar su salud, descansar, distraerse y socializar, conjuntamente se desarrolló la noche de talentos, además se premió su asistencia con regalos suministrados por la gerencia y los proveedores.

MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

- Exámenes médicos ocupacionales de ingreso 264, periódicos 86, medicina laboral 45, de retiro 55 estos realizados por la IPS SAOCSS contratada por la clínica y 16 de manipulación de alimentos.
- Se analiza el informe diagnóstico de condiciones de salud de los exámenes médicos ocupacionales.
- En abril se realizó análisis de puesto de trabajo de MONICA DIAZ ACEVEDO – Terapeuta física de UCI NEO, para calificación de origen de enfermedad laboral.
- En noviembre se realizó análisis de puesto de trabajo de JENNIFER ANDREA VARGAS DUARTE – Enfermera jefe de Cirugía, para calificación de origen de enfermedad y fue calificada como enfermedad común.

- Actividades de estilos de vida saludable en conjunto con bienestar y pausas activas.
- Se da continuidad a la aplicación del perfil sociodemográfico, contando con una cobertura del 100% de los colaboradores que ingresan a la institución.
- Se realizan videos de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y es socializado con todo el personal de la institución por medio de los diferentes medios de comunicación.
- Se da cumplimiento al Programa de reincorporación laboral, se realiza socialización de recomendaciones, seguimiento de todo el personal con recomendaciones laborales y se actualizo matriz de seguimiento de casos. El año 2025 se cerró con 33 trabajadores activos en el programa.

VERIFICACION DEL SG-SST

- Reporte de indicadores de estructura, impacto, proceso y resultado por medio de ALMERA, así como los de reincorporación en los cuales no hay alteraciones y nos mantenemos meta estándar de cumplimiento.
- Se planifico y realizo la auditoría interna por parte del COPASST.
- Se ejecutó la auditoría interna del SG-SST.
- Se recibe auditoria del Ministerio de Trabajo.
- Se realiza rendición de cuentas del COPASST y del Comité de Convivencia Laboral.

CONTROL A CONTRATISTAS

Esta actividad continúa siendo desarrollada por los jefes de proceso que tienen a cargo los contratistas, se actualizo el manual de requisitos para contratistas (M-RH-01) y la lista de verificación de estos requisitos (F-RH-20) para ser utilizada por las áreas. Se continúa verificando el cumplimiento con los resultados de las auditorias de calidad y se realizó socialización de los documentos a los jefes de procesos.

Se da continuidad al seguimiento de la entrega del informe de gestión SG-SST semestral de los contratistas, teniendo en cuenta los requisitos relacionados en la plantilla de PowerPoint la cual incluye link de inducción y reinducción, e instructivo de vacunación IN-RH-36, se envía por medio de correo electrónico de manera semestral a los contratistas con copia a los jefes de procesos responsables para la gestión de entrega de la información.

Se establecieron los planes de ayuda mutua de los contratistas IDIME, CRUZ VERDE Y SUPERLOGISTICAS con apoyo de los interventores de contrato por parte de la Clinica San Luis y se capacito de manera presencial el personal en misión en Plan Hospitalario para la Gestión del Riesgo.

Todos los trabajadores son incluidos en las actividades preventivas, sin tener en cuenta el tipo de contratación.

RECURSOS FINANCIEROS, TECNICOS Y HUMANOS

En el 2025 se utilizaron $ 884,702,685 de recursos para ejecutar el SG-SST usados en aportes de ARL SURA, exámenes, extintores, epps, la semana de SST, equipos, elementos, monitoreo de exposición radiológica, señalización, profesionales SST y SVE. Esto a fin de promover la seguridad y salud de los colaboradores de la clínica.

ACCIDENTES, INCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES

Se presentaron 30 accidentes de trabajo en el 2025 los cuales cuentan con su respectiva investigación. Los cuales están asociados a los siguientes riesgos 7 biológicos, 11 biomecánico (8 fueron generadas en actividad deportiva), y 12 por condiciones de seguridad – locativos.

Se presentaron 7 incidentes de trabajo los cuales se generaron por condiciones de seguridad – locativos y públicos, estos fueron investigados oportunamente.

No se presentaron calificaciones de enfermedades de origen laboral.

SEGURIDAD VIAL

Se da continuidad a la creación e implementación del plan estratégico de seguridad vial PESV, se carga documentación en ALMERA, se suministra elementos de protección personal como, guantes con protección para motociclistas, rodilleras, chaqueta reflectiva e impermeable y coderas, se capacito al personal en seguridad vial, se realizó jornada de realidad virtual en la semana SST, se realizó socialización de política del PESV, se da continuidad a la revisión documental de los conductores y sus vehículos, se realizan cursos de formación virtual y presencial en seguridad vial, se da inicio a la realización de exámenes médicos para conductores y se realiza seguimiento a las inspecciones preoperacionales así como a los mantenimientos trimestrales de los vehículos.

En el año 2025 se presentaron 712 días de ausentismo por accidentes de tránsito laboral y común. Se capacita al COPASST en plan estratégico de seguridad vial y se presenta informa mensual de PESV de accidentalidad y ausentismo común y laboral

INDICADORES

Los indicadores definidos para el Sistema de gestión de seguridad y Salud en el Trabajo, en su mayoría se mantuvieron durante todo el año dentro de la meta programada. En el mes de diciembre el indicador de severidad incumplió la meta debido al alto ausentismo por accidentes de trabajo generados por actividad deportiva, se realizo el plan de trabajo respectivo en Almera.

El indicador del ausentismo por causa médica en el 2025 es del 3.34 días de ausencia, presentado leve disminución en comparación con el año 2024. Este ausentismo se atribuye por diversas causas médicas, así distribuidas: 659 días por AT, 5.113 por enfermedad general, 2.800 por licencias de maternidad o paternidad y 312 días por enfermedad laboral. Las causas del ausentismo más relevantes son 1.548 días se perdieron debido a condición de salud con DX traumatismos, fracturas, contusiones y esguinces, 3.557 días por condiciones de salud de embarazos y 1.037 por condiciones de salud del sistema osteomuscular.

En el año 2025 se presentaron 30 accidentes de trabajo, correspondiendo una tasa de accidentalidad del 4.33%, lo que significa que, por cada 100 trabajadores, 4.33 sufrieron algún tipo de accidente laboral.

De acuerdo con el informe de la ARL SURA, la tasa general de accidentalidad laboral para el sector salud en Colombia para el mismo año fue del 4.57% por cada 100 trabajadores. En este sentido, la Clínica San Luis se encuentra por debajo del promedio nacional.

Estos resultados evidencian la relevancia de continuar fortaleciendo las actividades de promoción y prevención desarrolladas dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

La aplicación constante de estas acciones favorece la disminución de incidentes y accidentes laborales, impulsa el desarrollo de una cultura de autocuidado entre los trabajadores y contribuye al mejoramiento progresivo de las condiciones de seguridad y salud en todas las áreas de la institución.

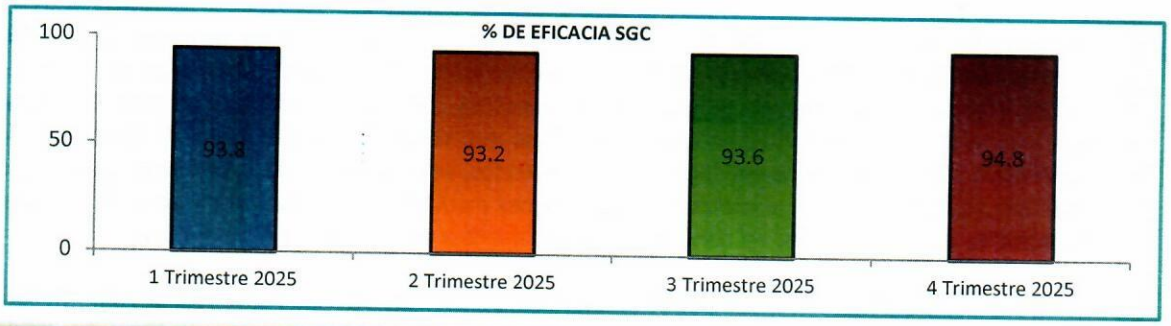
No se presentaron calificaciones de enfermedades de origen laboral.

Cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad

Tabla N° 11. Eficacia del SGC.

	1er TRIMESTRE 2025	2do TRIMESTRE 2025	3er TRIMESTRE 2025	4er TRIMESTRE 2025
Eficacia	**93,8**	**93,2**	**93,6**	**94,8**

Gráfico N° 10 Comparativo de la Eficacia del SGC



Análisis: El indicador se presentó en cumplimiento durante los periodos evaluados, con el mismo comportamiento comparándolo con el año anterior, con un resultado similar. Para un promedio anual del **93.2%.** Las mediciones que en su momento tuvieron incumplimiento, algunas hacen parte de los indicadores incluidos en la medición de cumplimiento de la política de calidad y fueron analizados en los apartes correspondientes a este informe. Aquí analizamos otras mediciones que permiten evaluar el nivel de desempeño de acuerdo con lo dispuesto por cada proceso. las demás:

En Consulta Externa Las mediciones de oportunidad en la asignación de citas en la mayoría de las especialidades, fluctúa en su cumplimiento sin tanta variabilidad en el trimestre, debido a que, la aplicación de agendas abiertas. No obstante, los tiempos de oportunidad mejoraron en comparación al año anterior. Las especialidades en las que se pudo observar incumplimiento fueron ginecología de piso pélvico, y de manera ocasional (una vez) obstetricia, neumología y perinatología.

En Hospitalización durante el primer semestre del 2025, se evidencia un incumplimiento en el indicador trimestral de porcentaje de adherencia a protocolos y guías de enfermería. Existe una debilidad en la medición y es que en cada trimestre miden un protocolo diferente, alternando el de entrega de turno, con plan de egreso, notas de enfermería. Se realizaron reinducciones obteniendo mejoramiento en el segundo semestre.

Durante el año se incumplieron de manera variable, los **indicadores de Canguro**, relacionados con el crecimiento y desarrollo, lactancia materna, no obstante, hay que tener en cuenta que en su mayoría las mediciones del programa Canguro, son dependientes de los pacientes y su auto cuidado por lo anterior, es difícil generar mejoras.

Otro indicador que marcó varios incumplimientos durante el 2025, fueron los relacionados con consumo de alcohol glicerinado y jabón antiséptico. Así mismo, también se presentó incumplimiento en él % de muestras tomadas antes de iniciar el antimicrobiano y profilaxis antibiótica. Lo anterior debido a que el consumo es inferior a lo esperado que para los debe ser de 20lt. Se planifica realizar jornadas de concientización, dentro de las cuales se encuentra campañas educativas con personal externo, reuniones con personal de cirugía, adecuación de protocolos.

Otros incumplimientos trimestrales importantes pero variables en ellos periodos, se presentaron en los indicadores de **seguridad del paciente**, en lo que tiene que ver con eventos adversos por fallas en la identificación de pacientes El % de errores de medicación se dio fuera de metas por diferentes causas que se generan en la prescripción, transcripción o administración.
Del mismo modo, se evidenciaron incumplimientos relacionados la adherencia al protocolo de prevención de caídas. En la medición de adherencia al lavado de manos, hubo incumplimientos, pero con tendencia a la mejoría, de acuerdo con todas las acciones establecidas, se seguirán implementando otras que permitan afianzar la adherencia a este procedimiento.

Durante el 2025, se incumplieron los indicadores de porcentaje de facturación por cuanto los mismos estaban recién definidos y se aplicó una frecuencia de medición semanal que no permitía tener los datos suficientes para la ejecución por ello se realizó el cambio. Así mismo incumplieron los de calidad del dato en admisiones, por fallas en el registro en la admisión de pacientes, calculado a través de la medición de adherencia de los errores de la admisión. De ello se están generando acciones correctivas en otros procesos como consulta externa y RIPS.

Tabla N° 12. Gestión de las Salida No Conforme diferentes a eventos adversos 2024

PROCESO	TIPO DE SALIDA NO CONFORME	DETECCIÓN POR EL CLIENTE			TOTAL
		Antes	Durante	Después	
Farmacia (Cruz Verde)	**Periodo: 2025** - 7 por entrega de productos inadecuados, (dispositivos y reactivo de autoclave) antes de la prestación de servicios - 2 falta de disponibilidad.	x	x		9

Los presentados en la Tabla 12. Corresponden a aquellas salidas no conformes originadas en los procesos administrativos y de apoyo que no afectan al paciente y/o ni siquiera lo ponen en riesgo, por cuanto la clínica puede subsanarlos antes de que se produzca afectación. Es decir, no alcanzan ni a clasificarse como incidentes en el ámbito de seguridad del paciente.

A continuación, se presentan los incidentes clínicos notificados por las empresas cliente, para el análisis y la planificación de acciones de mejora, de acuerdo con lo sucedido, no queriendo decir que todos correspondan a eventos originados en el proceso de atención, por cuanto una buena parte se generan por la enfermedad de base del paciente.

Tabla N° 13. Eventos adversos notificados por las empresas cliente durante el 2025.

No. DE CASOS	EMPRESA	ORIGEN DEL EVENTO
1	SALUD MIA	Complicaciones de procedimiento y cirugía obstétrica.
1	SURAMERICANA	IAAS.
1	FAMISANAR	Infección del sitio de incisión quirúrgica.
1	MEDPLUS	Inoportunidad.
3	ECOPETROL	IAAS, Calidad en el diligenciamiento de historia clínica, Reingreso.
3	COLSANITAS	IAAS, ISO.
4	COLMEDICA	Complicación quirúrgica, IAAS, Reingreso.
6	COOMEVA	Reingreso, Infección consecutiva a procedimiento celulitis, Error en los procedimientos, Multifunción, IAAS.
6	POLICIA NACIONAL	Multi venopunción, Sepsis, ISO, Toxicidad neuronal, Infección vías urinarias, Inoportunidad, Celulitis.
6	SURA	Apendicitis aguda, ISO, Reingreso, IAAS, Complicación quirúrgica.
168	SALUD TOTAL	Mal funcionamiento, Hemorragia pos procedimiento, Ingreso no programado a UCI, IAAS, Asfixia perinatal, Reingreso, Distocia inadvertida, ISO, Mortalidad neonatal temprana, tratamiento equivocado, Endometritis, Neumonía, Formulación incorrecta, Procedimiento cancelado, Lesiones o traumatismo al nacimiento, Caída de paciente, Neumotórax, Derivado de procedimiento diagnóstico, Derivado de procedimiento quirúrgico, Neumonía, Trastorno respiratorio, Bajo peso para la edad gestante, Estado asmático, Preeclampsia severa, Flebitis, IRA, Inoportunidad, RAM.
298	SANITAS	Código rojo, Drenaje de hematoma, Infección vías urinarias, Infección de asociada a dispositivos, Asfixia perinatal, Registro de valoración materna, Hematoma de pared abdominal, Fuga de paciente, Error en los procedimientos quirúrgicos, Derivado de procedimiento quirúrgico, Derivado de procedimiento diagnóstico, Complicaciones relacionadas con oxigenoterapia, Hematómetra post parto, Caída de paciente, Pendiente valoración pos gastroenterología, IAAS, Reingreso, Inoportunidad, Flebitis, Apendicitis, Disponibilidad de camas, Falla en registro de la historia clínica, ISO, Procedimiento quirúrgico, RAM.

5. CONTEXTO

Para el 2025 se continúa aplicando la metodología DOFA para revisión del contesto institucional, por cuanto evalúa el equilibrio entre los recursos y las capacidades internas de la Clínica y las oportunidades y amenazas externas. De igual manera, sirven de referencia para crear las estrategias pertinentes. En la tabla presentada a continuación se encuentran los resultados del seguimiento y revisión.

Tabla N° 14. Seguimiento y Revisión de las Cuestiones Internas y Externas.

ANALISIS INTERNO					
DEBILIDADES			**FORTALEZAS**		
Alta	**DA**	36	Importante	**FI**	68
Moderada	**DM**	51	Media	**FM**	33
Leve	**DL**	18	Baja	**FL**	4
ANALISIS EXTERNO					
AMENAZA			**OPORTUNIDADES**		
Alta	**AA**	15	Alta	**OA**	17
Moderada	**AM**	24	Media	**OM**	17
Leve	**AL**	11	Baja	**OL**	7

Conclusiones:
Qué el análisis de Contexto de la CSL cumple con el propósito de aumentar la integración de ese ítem con otros del SGC. De igual modo, la herramienta DOFA aplicada es simple, eficaz y cumple con suficiencia, la demanda de evaluación que exige las cláusulas normativas de ISO 9001, del manual de acreditación y la circular externa 20211700000004-5. Se realiza actualización en el 2025 en relación con el eje temático de legislación generando una amenaza valorada como media debido a la necesidad de realizar más contratación de personal por la disminución de horarios.

6. ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS REVISIONES ANTERIORES

Tabla N° 15. Acciones de Seguimiento.

ESTADO DE LAS ACCIONES PLANEADAS EN REVISION ANTERIOR	
EN PROCESO 	1. Automatizar la automatización del consentimiento informado. 2. Mejorar ICOSALUD para sustraer datos.
PENDIENTE 	1. Nombrar líder administrativo en HOPE.
EJECUTADAS 	1. Charlas de neuro liderazgo para lideres 2. Evaluar el indicador de rentabilidad 3. Aumentar la exigencia de los indicadores de seguridad 4. Crear información documentada de la materialización del riesgo 5. Articular la rendición de cuentas con comité de riesgos, junta directiva y asamblea 6. Fortalecer el área de estadística 7. Incluir en la plataforma Almera al laboratorio 8. Nombrar subdirectores de especialidad y subdirección general

7. CAMBIOS QUE PUEDEN AFECTAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

- **UACAI:** Norma que refiere contratación externa (ambulancias – cuidado paliativo) y que puede afectar la interdependencia de servicios. Requieren alianzas dependientes, una certificación expedida por la secretaría posterior a su visita. Hecho no controlable por la Clínica. Servicio que después de habilitado requiere de acciones específicas para su mantenimiento.

- **Res. 0031/19:** Actualización en la norma de habilitación con altas exigencias en procesos prioritarios asistenciales, infraestructura y dotación.

- **Circular 003/18:** Norma que en un principio se define como voluntaria, sin embargo, al finalizar define la posibilidad de sanciones. Norma que requiere la reestructuración organizacional afectando el Máximo Órgano Social, Órganos de Administración. Órganos de Control. De igual modo se encuentran sus múltiples modificaciones.

- **Altas legislación por los entes de vigilancia:** Que requieren gran cantidad de información y en algunos casos requieren cambios estructurales en la organización.

- **La reforma a la salud:** Para la prestación de servicios se propone las redes integradas e integrales de salud, conjunto de organizaciones que prestan servicios o hacen acuerdos para brindar servicios. Según la norma, las EPS que permanezcan en el sistema de salud durante la transición, dividirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios. Básicamente, se cambia el rol de las EPS, migrando de la administración de los recursos del sistema a ser Instituciones Prestadores de Salud (IPS).

8. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA:

- Asegurar y desarrollar estrategias desde contratación para establecer la integralidad de la atención de pacientes UACAI, coordinando relaciones planificadas y documentadas con las empresas responsables de pago. Acuerdos para obtener alianzas con la Ambulancia.
- Optimizar la asignación de citas de consulta externa de HOPE.
- Solicitar una auditoria a IAMII con Proinapsa
- Revisar la viabilidad de crear un área encargada de todo el programa de humanización, que garantice la participación y culturización de todos los trabajadores, desarrollando capacidades de comunicación, atención calidad y humana como un requisito para laborar en la Clínica San Luis.
- Realizar Benchmarking con la Fundación Santa Fe.
- Fortalecer el área de estadística; teniendo en cuenta la pensión de quién actualmente ocupa el cargo.
- Ante NC de ICONTEC, automatizar la consecución del consentimiento informado.
- Tomar como criterio obligatorio documentar en una mejora por proceso en Almera, las acciones planificadas para mitigar riesgos desde la matriz, con el fin de incluir soportes y realizar un mejor control.
- Planeación, contratación para la adquisición y mantenimiento de una nueva ERP que administre e integre los procesos asistenciales automatizados de la Clínica, unificándolo con la facturación y la contabilidad.
- Establecer el modelo e instrumento metodológico (interno o externo) a aplicar por medio del cual se definen insumos básicos para la formulación de las finalidades y propósitos de la Clínica, para replantear el direccionamiento estratégico y desarrollar un cronograma de trabajo.
- Contratar asesor externo para la Junta Directiva, en cumplimiento a las normas de buen gobierno.
- Mantener en el tiempo la educación continuada y la asesoría externa a la Junta Directiva, documentando el procedimiento y los instrumentos necesarios e iniciar con la aplicación 2026.
- Implementar mecanismos para prevenir riesgos de diseminación de infecciones por contagio intramural
- Evaluar las competencias de los pacientes para el cuidado después del egreso.
- Estandarizar el reporte de los resultados del programa de infecciones a la gerencia u otros grupos relevantes de la organización

9. ADECUACIÓN DE RECURSOS PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

1. Además de los recursos permanentes con los que cuenta el Sistema de Gestión de Calidad, para el 2025 se asignaron $35.003.040 por concepto de pago mensual de la licencia del software Almera SGI.
2. Se contrató auditor externo para realizar la auditoría interna a Aire Medicinal.
3. Afiliación a ICONTEC
4. Auditoria de tercera parte con ICONTEC para evaluar el SGC

10. EFICACIA DE LAS ACCIONES TOMADADAS PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES:

Tabla N° 16: Riesgos y Oportunidades con plan de acción por proceso

PROCESO	No DE RIESGOS CALIFICADOS	PRIORIZADOS	TRABAJADOS	No DE OPORTUNIDADES ABORDADAS
GER	318	65	130	0
FACT	8	2	7	2
CAL	15	4	4	1
CARTERA	6	0	1	6
CIRU	45	6	11	1
COMP	8	0	1	2
CEXT	11	5	5	2
GC	7	3	8	0
RH - SST	17	3	7	0
FARM	6	1	4	3
FIN	10	1	4	3
HC	7	1	4	0
HOPE	15	4	4	6
HOSP	25	4	16	2
IAMII	6	0	4	0
RX	12	2	1	1
MERCADO DE CAPITALES	4	1	1	0
NUT	11	4	4	0
PLN	5	0	0	1
SERV	14	4	9	0
SIAU	8	1	4	1
SYCI	8	5	3	0
TER	10	1	2	1
UCIA	6	0	3	3
UCIN	5	0	4	3
UCIP	7	0	4	3
GIN	22	7	7	1
URG	8	4	6	3
VAC	12	2	2	3
TOTAL	318	65	130	48

CONCLUSIONES:

Para el 2025, con los datos aquí evidenciados se dio cumplimiento al 100% de las acciones planificadas para abordar riesgos. No obstante, se aclara que algunos procesos implementaron planes de mejora a riesgos priorizados y a otros que no se encontraban con nivel de tolerancia alto y ejecutaron, enmascarando el verdadero resultado de cumplimiento. Los pendientes quedaron evaluados para lo cual desde control interno con motivo de la implementación de la circular externa 20211700000004-5 hizo el seguimiento y propició las acciones correspondientes. El consolidado de riesgos priorizados, se dejó en la matriz gerencial, a partir de la cual se realiza el seguimiento. Los procesos que no cumplieron con la meta de 75% de acciones ejecutadas vs. Las planificadas fueron: VAC-RX-CEXT-URGP-TER-SERV-NUT-IAMII-HC-FARM. Para el 2026 se planifica aplicar la mejora en la medición teniendo en cuenta que se estandarizará la forma de actuar y los momentos en los cuales un riesgo se materializa con o sin indicadores.

11. OBSERVACIONES Y DIRECTRICES DEL GERENTE

OPORTUNIDADES DE MEJORA AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD:

- Estandarizar el reporte de los resultados del programa de infecciones a la gerencia u otros grupos relevantes de la organización.
- Mantener en el tiempo la educación continuada y la asesoría externa a la Junta Directiva, documentando el procedimiento y los instrumentos necesarios e iniciar con la aplicación 2026.
- Realizar Benchmarking con la Fundación Santa Fe.

CAMBIOS PROPUESTOS A LOS PROCESOS

- Contratar asesor externo para la Junta Directiva, en cumplimiento a las normas de buen gobierno.
- Planeación, contratación para la adquisición y mantenimiento de una nueva ERP que administre e integre los procesos asistenciales automatizados de la Clínica, unificándolo con la facturación y la contabilidad. Para mejorar , automatizar la consecución del consentimiento informado.

CAMBIOS PROPUESTOS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

- Establecer el modelo e instrumento metodológico (interno o externo) a aplicar por medio del cual se definen insumos básicos para la formulación de las finalidades y propósitos de la Clínica, para replantear el direccionamiento estratégico y desarrollar un cronograma de trabajo.

RECURSOS: Económicos.
Disponer de recursos económicos para la planificación y ejecución de las siguientes actividades:

- Auditoria INVIMA
- Semana de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Auditoria ICONTEC

12. PLAN DE ACCION GENERADO EN LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN:

Tabla N° 17. Plan de Acción por la Dirección

ACTIVIDAD	OBJETIVOS	RECURSOS	RESPONSABLE	FECHA
① Estandarizar el Reporte de los resultados del programa de Infecciones a la gerencia y otros grupos de interés	Desarrollar metodología para dar cumplimiento al estándar de buen gobierno	Propios Talento Humano	-Calidad - Comité de Infecciones -Epidemiología	30/03/26
② Educación a la junta directiva y asesoría externa,	Mantenerán el tiempo la educación continuada y la asesoría externa a la junta directiva, documentando el procedimiento y los instrumentos a aplicar.	Propios Talento Humano	-Calidad Comité de Gobierno Organizacional.	30/06/26
③ Realizar Benchmarking con la Fundación Santa Fe	Implementar el programa de Humanización de servicios apoyados en otras experiencias	Propios Talento Humano	Calidad Subdirección de enfermería	30/11/26
④ Contratar asesor externo para la junta directiva	Dar cumplimiento a las normas de buen gobierno	Económico mensual	Gerente	30/03/26
⑤ Planeación, contratación y adquisición nueva ERP.	Realizar de manera planificada la gestión del cambio correspondiente para fortalecer la gestión institucional mediante la implementación de información integral.	Económico.	Planeación	Junio/26 Nov/27.

V.Bo
29-05-2026

ACTIVIDAD	OBJETIVOS	RECURSOS	RESPONSABLE	FECHA
⑥ Establecer el modelo e instrumento metodologico a aplicar para implmentar direccionamiento estrategico	Replantear el direccionamiento Estrategico y desarrollar cronograma de trabajo → 2029.	Economicos Propios	Planeación Calidad	30-11-26

V.Bo
29-05-2026