Fundación Hospital San Pedro
Diócesis de Pasto

ACREDITACION EN SALUD

INFORME DE GESTIÓN

2025

140 Años
1886 - 2026

Galardón NACIONAL Hospital SEGURO

Campeón Climático 2023



PATRONO

Monseñor Juan Carlos Cárdenas Toro

REVISOR FISCAL Rocío Castillo Chamorro

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE	Pbro. Luis German Rosero Arce
VICPRESIDENTE	Alvaro Ernesto Varela Villota
VOCAL	Víctor Iván Acosta Rodríguez
VOCAL	Alvaro Montenegro Calvachi
VOCAL	Jose Luis Guerra Burbano
AUDITOR INTERNO	Carlos Andres Riascos Bucheli

EQUIPO DIRECTIVO

GERENTE	Oscar Mosquera Daza
SUBGERENTE DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Sandra Liz Calvo Gaviria
SUBGERENTE DE GESTIÓN ADMTIVA Y OPERACIONES	Cesar Mauricio Calvache Gonzales
SUBGERENTE DE GESTIÓN ESTRATÉGICA Y DE CALIDAD	Lillian Santacruz Gándara
DIRECTOR DE GESTIÓN FINANCIERA	Jaime Guzman Rosero
DIRECTOR DE GESTIÓN HUMANA	Luis Alberto Almeida Moreno
DIRECTOR A DE GESTIÓN JURÍDICA	Maria Elena Caicedo Paredes

Mensaje de Gerencia

“2025: resiliencia, eficiencia y liderazgo en salud”

El año 2025 representó un periodo de alta complejidad para el sector salud en Colombia, marcado por tensiones estructurales, incertidumbre financiera y una demanda creciente de servicios en un entorno social desafiante.

En este contexto, la Fundación Hospital San Pedro demostró una vez más su capacidad de gestión, adaptación y liderazgo institucional, consolidando resultados que fortalecen nuestra posición como referente regional en atención centrada en la persona.

Los avances presentados en este informe reflejan una gestión orientada a la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad. Se lograron mejoras sustanciales en procesos clínicos y administrativos, optimización del uso de recursos, modernización tecnológica y fortalecimiento del modelo de atención humanizado.

Estos logros son el resultado de una ejecución disciplinada, del compromiso de nuestros equipos y de una visión estratégica que prioriza la seguridad del paciente, la excelencia operativa y la sostenibilidad a largo plazo.

Agradezco de manera especial a nuestro patrono y a su junta directiva, a nuestros directivos, colaboradores y aliados en general. Su dedicación permitió convertir un año retador en una oportunidad para reafirmar nuestra identidad institucional y avanzar con determinación hacia un modelo de salud más humano, más eficiente y más cercano a las necesidades de la comunidad.

Presentamos este informe con la convicción de que los resultados alcanzados en 2025 consolidan nuestra misión y proyectan un futuro institucional robusto, responsable y alineado con los desafíos y expectativas del entorno.

Oscar Mosquera Daza
Gerente General

Contenido

1. INFORME GESTION FINANCIERA 2025 12
   1.1. EJECUCIÓN PRESUPUESTO AÑO 2025 12
      1.1.1. Ejecución Ingresos por Unidad Funcional 12
      1.1.2. Ejecución de Costos por unidad Funcional 13
      1.1.3. Ejecución de Gastos, Deuda e Inversiones 14
      1.1.4. Ejecución de Inversiones 14
   1.2. ESTADO DE ACTIVIDADES 15
      1.2.1. Análisis de Ingresos 15
      1.2.2. Análisis de Costos 18
      1.2.3. Análisis de Gastos 19
   1.3. ESTADO SITUACIÓN FINANCIERA 20
      1.3.1. Pasivos 21
      1.3.2. Indicadores Financieros 21
   1.4. CARTERA 24
      1.4.1. GESTION DE GLOSAS 25
   1.5. TESORERIA 27
      1.5.1. Indicadores 28
   1.6. COSTOS 30
   1.7. BENCHMARKING SECTORIAL – HOSPITALES III NIVEL COLOMBIA 32
   1.8. ANÁLISIS DE RIESGO FINANCIERO 33
   1.9. CONCLUSIONES 34
2. GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 39
   2.1. PERFIL DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD 39
   2.2. GESTIÓN DE CONTRATACION Y MERCADEO 43
   2.3. GESTIÓN CLÍNICA 45
      2.3.1. Componente médico 45
      2.3.2. Componente Enfermería 46
      2.3.3. Modelo de atención 47

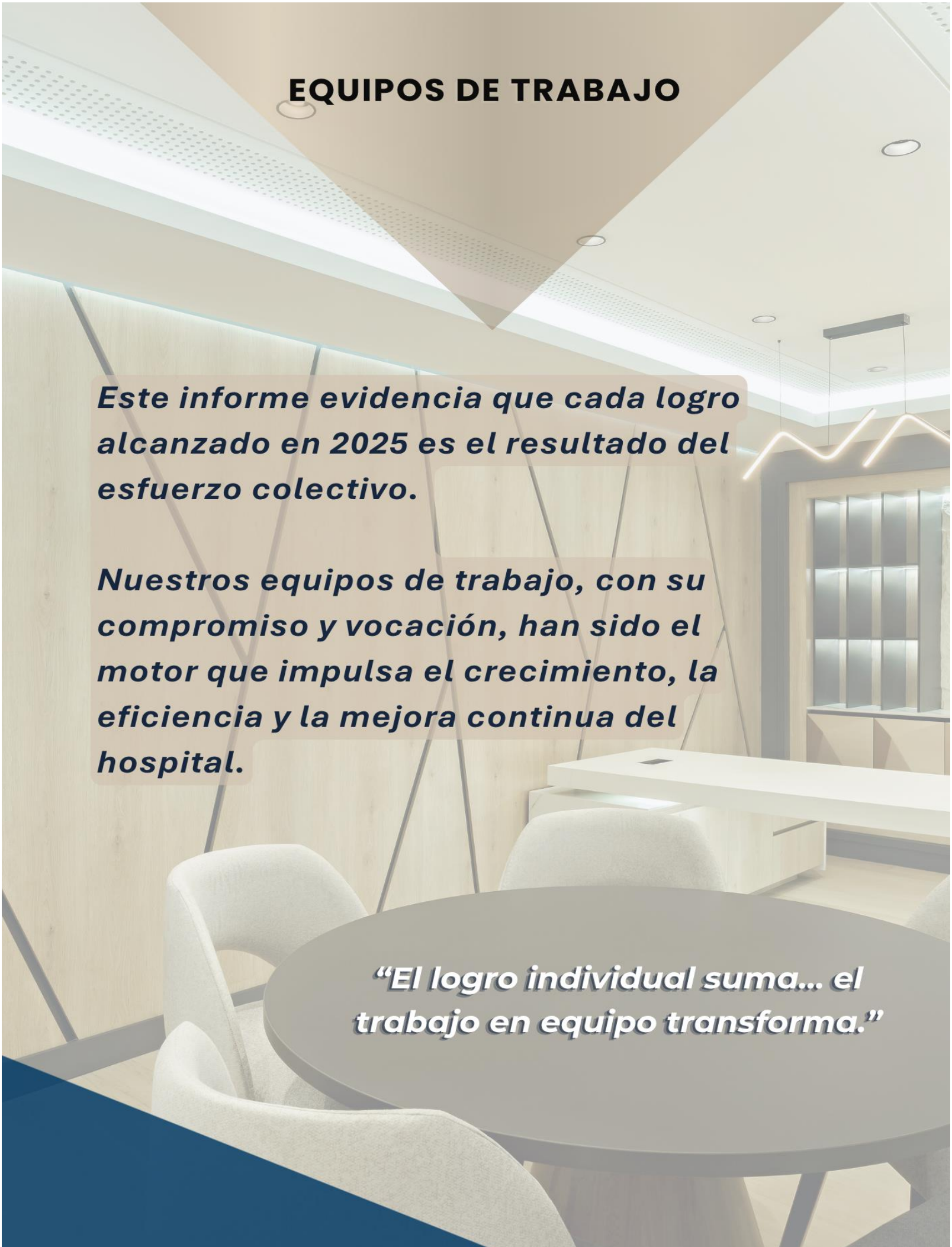
2.4. EXPERIENCIA DEL USUARIO 48
2.5. GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA 50
2.6. SERVICIOS AMBULATORIOS 50
2.6.1 Consulta externa 50
2.6.2. Unidad funcional de cáncer del adulto 52
2.6.3. Unidad renal 54
2.6.4. Unidad de trasplantes 54
2.7. SERVICIOS HOSPITALARIOS 55
2.7.1. Urgencias medico quirúrgicas 55
2.7.2 Hospitalización 58
2.7.3 Cirugía 60
2.7.4. Unidad de cuidados intensivos e intermedios adultos 61
2.7.5 Unidad de cuidados neonatales 63
2.8. SERVICIOS APOYO 64
2.8.1. Rehabilitación 64
2.8.2. Apoyo diagnostico 64
2.8.3. Patología 67
2.8.4. Laboratorio clínico 68
2.8.5. Banco de sangre 69
2.8.6. Servicio farmacéutico 70
2.8.7. Vigilancia epidemiológica 70
2.8.8. Promoción y mantenimiento de la salud 71
2.8.9. Comité de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud-IAAS Y PROA 73
2.8.10. Estrategia IAMI-I (Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia Integral) 74
2.9. GESTIÓN DE DOCENCIA SERVICIO 75
2.10. CENTRO DE INVESTIGACIONES CLINICAS 76
3. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y OPERACIONES 81
3.1. GESTIÓN DE COMPRAS, SUMINISTROS Y ABASTECIMIENTO 84
3.2. GESTIÓN DE ALMACÉN 89

3.3. GESTIÓN AMBIENTAL Y DE HOTELERÍA HOSPITALARIA 91
3.4. GESTIÓN DOCUMENTAL 95
3.5. GESTIÓN INFORMÁTICA 99
3.6. GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO 103
3.7. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA 106
3.8. GESTIÓN DE OBRAS CONSTRUCTIVAS 109
4. GESTIÓN ESTRATÉGICA Y DE CALIDAD 113
4.1. ACREDITACIÓN 113
4.2. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA 115
4.3. PLANEACIÓN OPERATIVA ANUAL 121
4.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE 124
4.5. INFORME RIESGOS 127
4.5.1. Modelo de gobernanza del riesgo 127
4.5.2. Herramientas de gestión del riesgo 130
4.5.3. Gestión del Riesgo en Salud 131
4.5.4. Gestión del Riesgo Operacional 133
4.5.5. Gestión del Riesgo actuarial 134
4.5.6. Gestión del Riesgo de crédito 135
4.5.7. Gestión del Riesgo de liquidez 135
4.5.8. Gestión del Riesgo de mercado de capitales 136
4.5.9. Gestión del Riesgo de fallas del mercado 136
4.5.10. Gestión del riesgo reputacional 137
4.5.11. Protección de datos personales - reportes ante la SIC de las bases de datos con datos personales 138
4.5.12. Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo –SARLAFT 139
4.5.13. Implementación de módulo de riesgos en ALMERA 139
4.6. REFERENCIACIONES 143
4.7. SISTEMA DE GESTIÓN DE PROCESOS- Implementación Almera 145
4.7.1. Documentos 145
4.7.2. Mecanismos de integración: 145

4.7.3. Indicadores 146
4.7.4. Auditorias: 148
5. GESTIÓN JURÍDICA 150
5.1. ACCIONES DE TUTELA 150
5.1.1. Órdenes Judiciales en fallos de acción de tutela para la Fundación Hospital San Pedro: 150
5.1.2. Fallos judiciales en Acciones de Tutela por áreas de la Fundación Hospital San Pedro: 151
5.1.3. Desacatos 151
5.2. DERECHOS DE PETICIÓN 152
5.3. PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS 153
5.4. CONCILIACIONES EXTRAJUDICIALES 154
5.5. ASUNTOS JUDICIALES 154
5.6. CONTRATACIÓN 156
5.6.1. Contratación apoyo para operar los servicios de salud. 156
5.6.2. Contratación con pagadoras de servicios de salud. 157
5.7. PROCESOS DISCIPLINARIOS 159
6. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO 164
6.1. ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE TALENTO HUMANO 164
6.1.1. Costo Promedio Mes Nomina Vs Productividad Años 2021 – 2025. 164
6.1.2. Costo Promedio Horas Extras y Recargos 2021 – 2025 166
6.1.3. Comparativo Gestión Libranzas 2022 – 2025: 167
6.1.4. Comparativo Gestión Planta de Personal 2021 – 2025 170
6.1.5. Comparativo y Gestión Cuotas de Aprendizaje SENA. 171
6.1.6. Análisis Comparativo Rotación de Personal 2.021 – 2.025. 172
6.1.7. Ausentidmo Comportamiento Acumulado Anual 2021 – 2025. 174
6.1.8. Análisis Comparativo Pasivo Vacacional 2021 - 2025. 177
6.1.9. Análisis Estructural Planta de Personal a 31/12/2025. 178
6.2. GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 184
6.2.1. Metas y resultados alcanzados 185
6.2.2. Indicadores 186

6.3. GESTIÓN EN BIENESTAR SOCIAL.....189

EQUIPOS DE TRABAJO



Este informe evidencia que cada logro alcanzado en 2025 es el resultado del esfuerzo colectivo.

Nuestros equipos de trabajo, con su compromiso y vocación, han sido el motor que impulsa el crecimiento, la eficiencia y la mejora continua del hospital.

"El logro individual suma... el trabajo en equipo transforma."

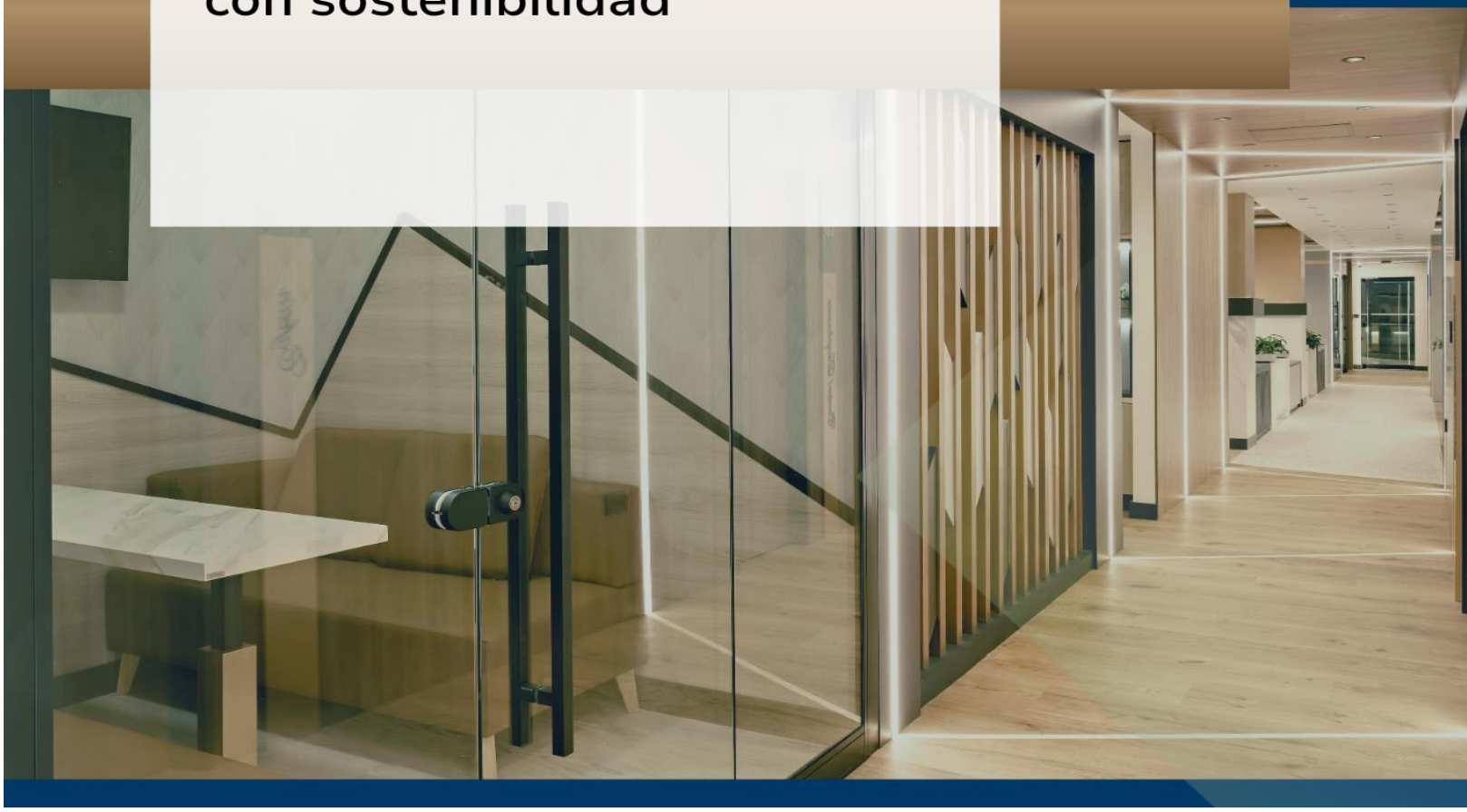
Fundación Hospital San Pedro
Diócesis de Pasto

140 Años
1886 - 2026

PERSPECTIVA DE RESULTADOS

2025

"Crecemos con responsabilidad, avanzamos con sostenibilidad"



Equipos de trabajo

Financiera	
Ximena Narváez	Contadora
Diana Valencia	Tesorera
Germán Lucero	Profesional Univ. Costos
Cartera	
Roberto Bastidas	Jefe de Cartera
Martha Bolaños	Profesional de Cartera
Yomaira Gómez	Auditora Cuentas cartera
Facturación	
Hugo Ricardo Hormaza	Jefe Facturación
Karol Inampués	Técnico administrativo facturación

1. INFORME GESTION FINANCIERA 2025

El presente informe resume los desafíos críticos del entorno actual y el desempeño de Fundación Hospital San Pedro frente a la crisis sistémica de recursos.

El sector salud enfrenta un déficit de recursos crónico y el hospital opera en un entorno de alta vulnerabilidad donde la demora en los giros de las EPS, la intervención y liquidación de la mayoría de ellas han tensionado la cadena de pagos. El hospital, aunque muestra crecimiento, no es ajena a la presión sobre el flujo de caja operativo necesario para mantener la prestación del servicio, se presentan enormes dificultades con la suscripción y firma de contratos que afectan los intereses de la institución y los recursos recaudados a través de giro directo es inferior al valor facturado.

El informe de gestión financiera con corte a diciembre de 2025 refleja un desempeño de nuestra institución positivo en contraposición a los desafíos críticos del entorno actual en el sector.

1.1. EJECUCIÓN PRESUPUESTO AÑO 2025

La gestión financiera se encuentra alineada al objetivo presupuestal mostrando un cumplimiento y control efectivos. El hospital ha mantenido sus operaciones dentro de los límites establecidos, logrando eficiencia y mitigando a través del control de costos y gastos el riesgo de tipo financiero.

Ingresos Totales	Costos Servicios	Gastos Operacionales	Excedente Neto
$282.6 MM	$181.9 MM	$53.6 MM	$47.1 MM
Presup: $285.3 MM · 99.0% cumpl.	*Presup: $181.2 MM · 100.4% cumpl.*	*Presup: $86.2 MM · 62.1% cumpl.*	*Presup: $18.0 MM · 161.7% cumpl.*

El excedente neto ejecutado de $47.100 millones de pesos supera ampliamente el presupuesto, siendo el factor determinante el control en el cumplimiento de costos que fue de 100% y la ejecución de provisiones por deterioro al 36% generando un ahorro que termina impactando positivamente el resultado del ejercicio.

1.1.1. Ejecución Ingresos por Unidad Funcional

Los ingresos operacionales superaron el presupuesto en $300 millones. Las unidades de Urgencias (+8%), Consulta Externa (+17%) y Quirófano (+4,2%) lideraron el cumplimiento. Hospitalización tuvo subejecución de $4300 millones (-9,0%). se explica por la redistribución de gases medicinales a farmacia y la salida de alta dependencia obstétrica.

Descripción	Presupuesto Año 2025	Ejecución 2025	% Cumplimiento
INGRESOS OPERACIONALES	**274,426**	**274,689**	**100%**
U.F. Urgencias	18,241	19,668	108%
U.F Consulta Externa	2,943	3,440	117%
U.F Hospitalización	47,984	43,652	91%
U.F Ginecobstetricia	7,366	7,492	102%
U.F. Quirófanos	33,123	34,539	104%
U.F. Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	165,589	169,939	103%
U.F. Especiales	9,023	8,836	98%
Otras Actividades	28	551	1969%
Devolución, Rebaja, Descuento	-9,870	-13,428	136%
No Operacionales	10,903	7,870	72%

Las devoluciones y glosas superaron el presupuesto en 35,9%, Dicho resultado debido a que a partir del mes de febrero del año 2025, entran en vigencia la Resolución 2275 y la 2284 que transforma la facturación en salud en Colombia dado que integra los RIPS como soporte de la factura electrónica, implementando así un estándar único de glosas y soportes para mejorar la trazabilidad y reducir tiempos de pago, Esta situación obliga a modificar la plataforma de las diferentes EPS y del hospital cuyo acople toma un tiempo importante generando de esta manera un alto porcentaje de glosa y devolución.

1.1.2. Ejecución de Costos por unidad Funcional

Descripción	Presupuesto Año 2025	Ejecución 2025	% Cumplimiento
COSTOS	**181,153**	**181,859**	**100%**
U.F. Urgencias	19,556	17,579	90%
U.F. Consulta Externa	6,696	3,261	49%
U.F Hospitalización	40,816	36,246	89%
U.F Ginecobstetricia	8,418	9,434	112%
U.F. Quirófanos	25,362	22,696	89%
U.F. Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	63,173	84,231	133%
U.F. Especiales	17,132	8,365	49%
Otras Actividades	86	46	54%

El presupuesto de costos se ejecuta al 100% mostrando un excelente comportamiento en general de las Unidades Funcionales.

Apoyo Diagnóstico ejecutó al 133,2%, relacionado con el crecimiento de ingresos de esta unidad y de igual manera por la reorganización de centros de costo

Ginecobstetricia con respecto al año 2024 crece solo el 2.79%, por lo tanto, su costo se encuentra muy bien controlado.

1.1.3. Ejecución de Gastos, Deuda e Inversiones

Los gastos operacionales totales se ejecutaron al 62,1%, generando un ahorro de $32,6 MM. Dicho valor se concentra en Provisiones por Deterioro ($38,2 MM menos que lo presupuestado), compensado parcialmente por el sobrecosto en Gastos de Administración (+$7,1 MM, 131,2%) que obedece a traslado de honorarios por asesoría jurídica.

Descripción	Presupuesto Año 2025	Ejecución 2025	% Cumplimiento
GASTOS	86,204	53,571	62%
Gastos de administración	22,830	29,948	131%
Provisiones	59,816	21,631	36%
Gasto de Ventas	39	66	171%
Gastos Operacionales y No oper	3,520	1,926	55%

1.1.4. Ejecución de Inversiones

Se ejecuta un 56% ($12,1 MM de $21,6 MM presupuestados) representados en los siguientes conceptos:

Concepto	Valor
Construcciones en curso	7,824,093,981.60
Edificios	593,570,014.13
Maquinaria y equipo	173,351,197.00
Equipo de oficina	201,124,917.00
Equipo de cómputo y comunicación	660,533,711.00

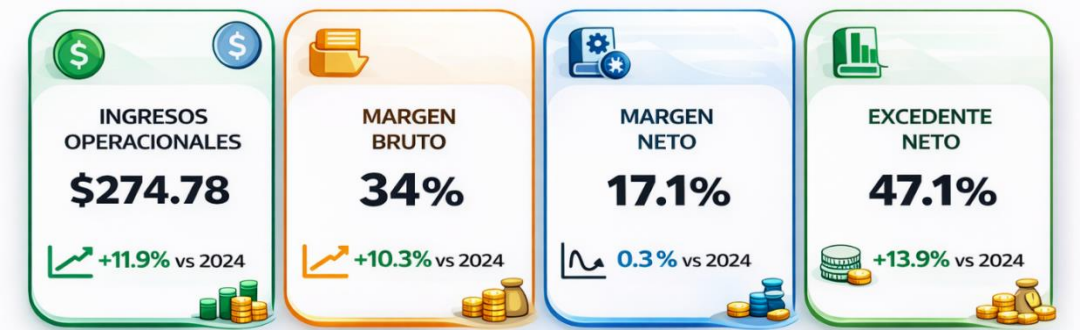
Concepto	Valor
Maquinaria y equipo médico científico	2,310,580,034.00
Equipo de hotelería, restaurante y cafetería	169,015,080.00
Acueductos, plantas y redes	125,936,839.71
Total	**12,058,205,774.44**

Conclusiones

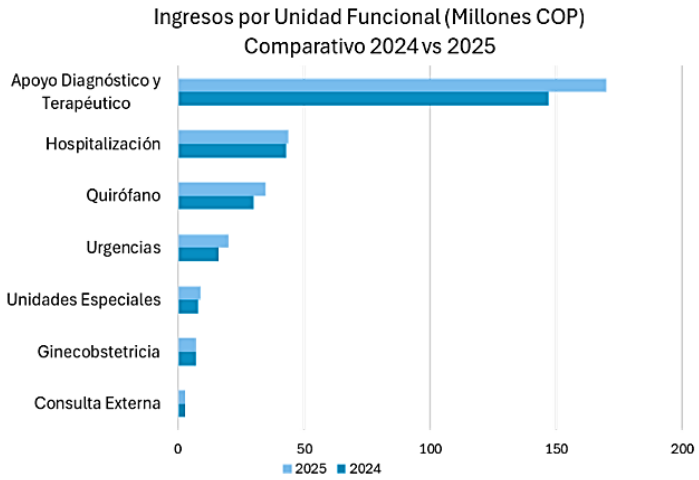
- Control y eficiencia: La entidad está controlando sus finanzas de manera efectiva, manteniendo los gastos dentro del presupuesto y alineando los costos con los ingresos.
- Logro de objetivos: El cumplimiento presupuestario sugiere que se están alcanzando las metas financieras y operativas planificadas.
- Gestión proactiva: Demuestra una buena capacidad para planificar y ejecutar el presupuesto, minimizando la incertidumbre y el riesgo financiero.
- Disciplina financiera: Implica una disciplina en la administración de recursos, ya que los resultados reales coinciden con las proyecciones.
- Base para futuras decisiones: Los datos de un presupuesto cumplido son una base sólida para la toma de decisiones futuras, ya que reflejan el rendimiento real del negocio.

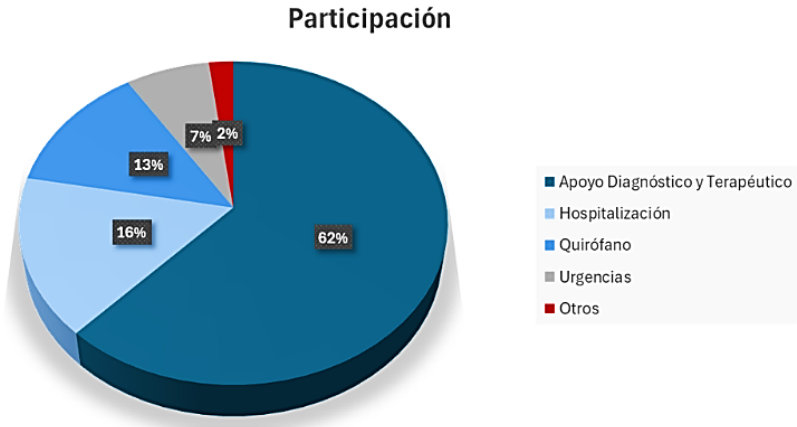
1.2. ESTADO DE ACTIVIDADES

1.2.1. Análisis de Ingresos

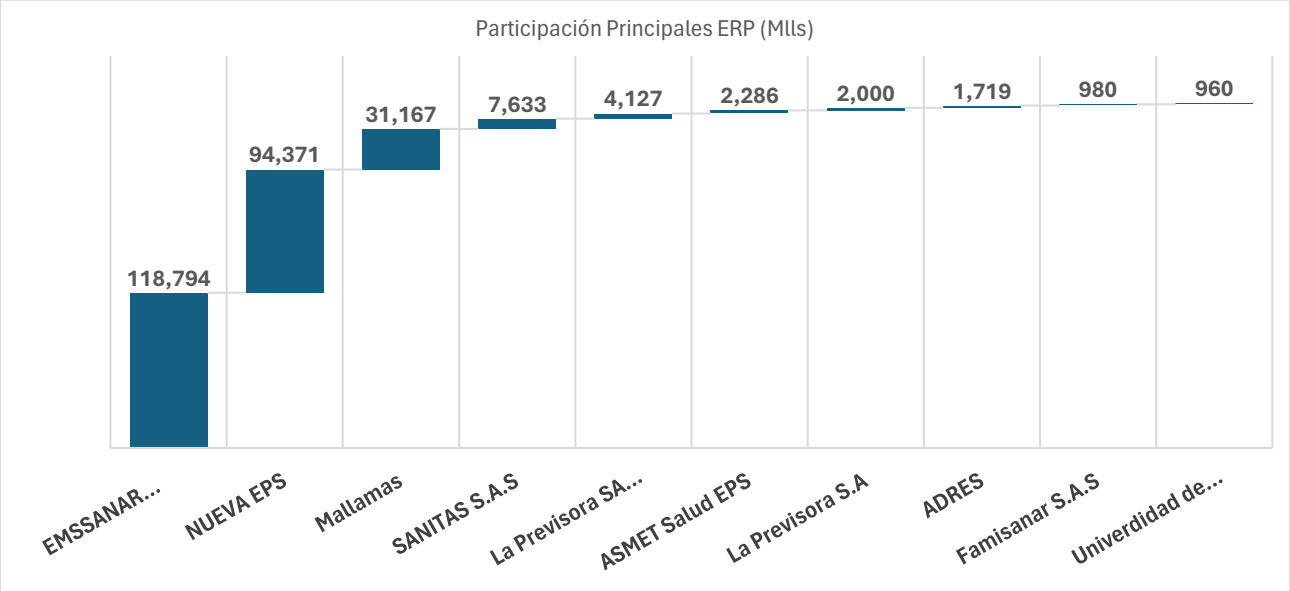


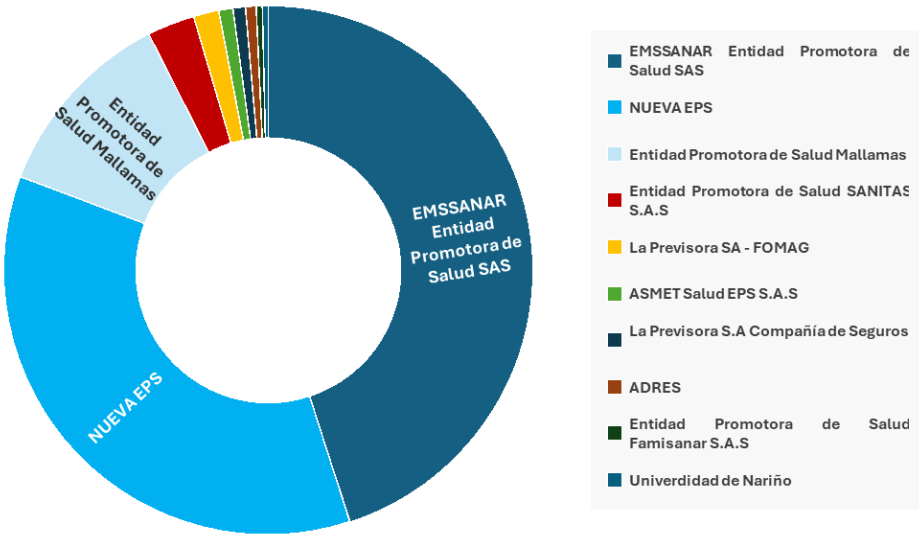
El hospital registró un crecimiento sólido en 2025, con ingresos operacionales de $274.7 millones, lo que representa un incremento del 11.9% frente a los $245.427 millones de 2024. El excedente neto del ejercicio alcanzó $47.1 millones (margen neto del 17.1%), superior en $5.732 millones al resultado del año anterior. Este desempeño demuestra una gestión eficiente y un crecimiento orgánico robusto de la operación.



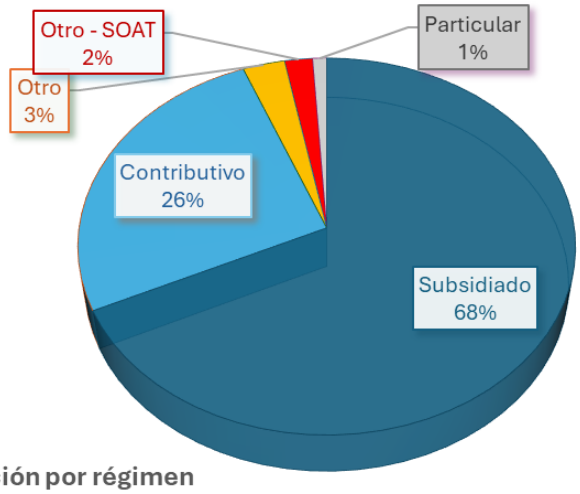


- Con el reordenamiento realizado a las unidades funcionales y centros de costo, la unidad de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico se convierte en el motor del hospital aportando el 62% de participación sobre los ingresos operacionales generando un margen de utilidad bruta de 50%. La mayor participación de esta Unidad Funcional se encuentra representada en farmacia con un 54.5%.
- Unidad Funcional de Hospitalización participa con un 16%, y presenta un crecimiento de 1%, el cual se explica debido a que a partir de este año se afecta Medicina Interna con un -43% de decrecimiento motivado por la salida de gases medicinales cuyos ingresos se facturan en su totalidad a partir de este año a farmacia. Se destaca de manera muy importante en el aporte de ingresos UCI Adultos que participa con un 44% sobre los ingresos de esta unidad.
- La Unidad Funcional de quirófanos presenta un crecimiento de 14.6% porcentaje logrado como se había manifestado por la puesta en marcha de un Quinto muertos y reorganización de agendas.
- La Unidad Funcional Especial crece en un 9% se encuentra dentro de los ingresos esperados,
- Finalmente, bajo la Unidad Funcional de Otras Actividades, se destaca los ingresos recibidos con ocasión de la realización del congreso.





Los ingresos por régimen presentan para este año una mayor participación de régimen Subsidiado, EPS Emssanar crece en su participación, pasando de un 41% a 44%; Nueva EPS pierde participación el cual se explica por un mayor control a la demanda de servicios ante la ausencia de pagos que compensen de manera razonable la facturación generada por prestación de servicios a sus afiliados.



Participación por régimen

1.2.2. Análisis de Costos.

Comparativo Centro de Costos

Centro de Costo	2024	2025	Variación
Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	70,166,166,347	84,231,061,826	20.00%
Hospitalización	32,917,917,161	36,245,917,242	10.10%
Quirófano	23,588,526,688	22,695,713,229	-3.80%
Urgencias	15,376,935,200	17,579,363,217	14.30%
Ginecobstetricia	9,178,474,103	9,434,348,596	2.80%
Especiales	8,004,215,961	8,365,003,331	4.50%
Consulta Externa	1,998,299,005	3,261,444,117	63.20%
Total	**161,282,028,163**	**181,859,021,328**	**12.80%**

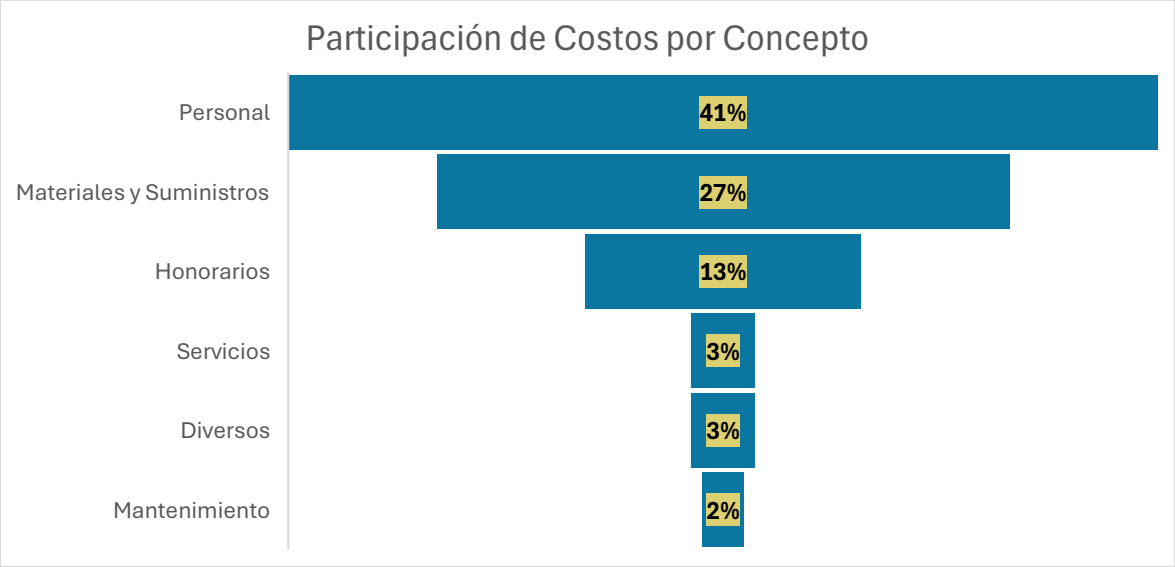
El costo de ventas creció un 12.8%, ligeramente por encima del crecimiento de ingresos (11.9%), lo que indica una leve presión sobre el margen bruto, que se mantuvo en 34%. Se destaca positivamente Quirófano que logra reducir sus costos un 3.8% (reclasificación costo especialistas) mientras incrementó ingresos un 14.6%, mejorando significativamente su contribución marginal. Ginecobstetricia opera con costos superiores a sus ingresos ($9.434M vs $7.492M), lo que la convierte en una unidad deficitaria que requiere intervención estratégica.

Se presentan variaciones considerables en el comportamiento del costo al interior de las unidades funcionales debido a la nueva conformación de estas. Esta situación genera variaciones importantes como la presentada en Unidad funcional de Consulta Externa la cual crece un 63% motivado principalmente por la reclasificación del costo de algunos especialistas.

Apoyo Diagnostico: Con un cumplimiento y crecimiento por encima de las expectativas, motivado también por reclasificación de costo, contratación de especialistas en radiología y hemodinamia y a partir de mayo 2025 el Hospital asume el costo de personal de gastroenterología.

Urgencias: La sobre expansión incrementa el costo por horas extras, la distribución porcentual del salario integral de algunos especialistas, así como de ortopedistas y neurología antes cargados a quirófanos en su totalidad.

En la participación de costos clasificándolo por concepto es posible apreciar que personal representa un 41% del costo total, cifra que conjuntamente con los principales ítems relacionados en el gráfico se encuentran ajustados a los parámetros que permiten el cumplimiento en la operación y estabilidad financiera. Así lo demuestra la participación alcanzada de un 66% respecto a los ingresos.



1.2.3. Análisis de Gastos

Gastos Operacionales (Mlls)

Concepto	2025	Participación	2024	% Crecimiento
Operacionales de Administración	29,948	10.90%	21,022	42%
Deterioro de Clientes	21,630	7.90%	28,325	-24%
Operacionales de Ventas	65	0.00%	40	62%

Concepto	2025	Participación	2024	% Crecimiento
Gastos Financieros	504	0.20%	1,435	-65%
G. Financ - Comisiones Cartera	382	0.10%	906	-58%
TOTAL	**52,531**	**19.10%**	**51,730**	**2%**

Los gastos operacionales totales crecieron solo 2%, una señal positiva de disciplina en el gasto.

• Gastos de Administración: aumentaron un 42.5% ($29.948M vs $21.023M). Este incremento de $8.926M corresponde de manera puntual a pago de Honorarios con por concepto de demandas interpuestas a las dos principales EPS.

• Deterioro de Clientes: disminuyó 23.6% ($21.631M vs $28.325M), una mejora notable que sugiere mayor gestión de cartera y recuperación de cuentas previamente deterioradas.

• Gastos Financieros: se redujeron en un 64.9% ($504M vs $1.435M), debido a traslado contable de cuenta por concepto de honorarios que pasa a formar parte de Gasto Administrativo.

1.3. ESTADO SITUACIÓN FINANCIERA



La estructura financiera es muy sana: el activo neto representa el 88,8% del total de recursos y el endeudamiento se mantiene en el 11,2%, muy por debajo del promedio sectorial de hospitales de III nivel.

El hospital presenta un crecimiento del 16% en activos totales, impulsado por una utilidad neta de $47.075M. Sin embargo, la salud financiera está condicionada por una concentración en Cuentas por Cobrar (Deudores) y con un índice de deterioro del 42% sobre la cartera, lo que exige una transición de una estrategia de facturación a una de recuperación de flujo de caja, aspecto que el hospital viene trabajado con resultados positivos dadas las circunstancias del sector logrado un 88% de recaudo de cartera sobre ingresos.

El activo corriente creció del 53,0% al 72,4% del total, impulsado por nuevas inversiones de $60.550 MM (migración desde inversiones no corrientes) y el crecimiento de la cartera corriente. La reducción del activo no corriente (-32,1%) refleja principalmente la reclasificación de inversiones y la recuperación de cartera mayor a un año.

1.3.1. Pasivos

Obligaciones laborales: $7,969M (19% del pasivo total). Cifra controlada lo cual sugiere estabilidad en la planta de personal

Proveedores; $15.589M Crecimiento mínimo del 3%, indicando buena negociación y control sobre las condiciones de compra (pronto pago y descuentos financieros).

1.3.2. Indicadores Financieros

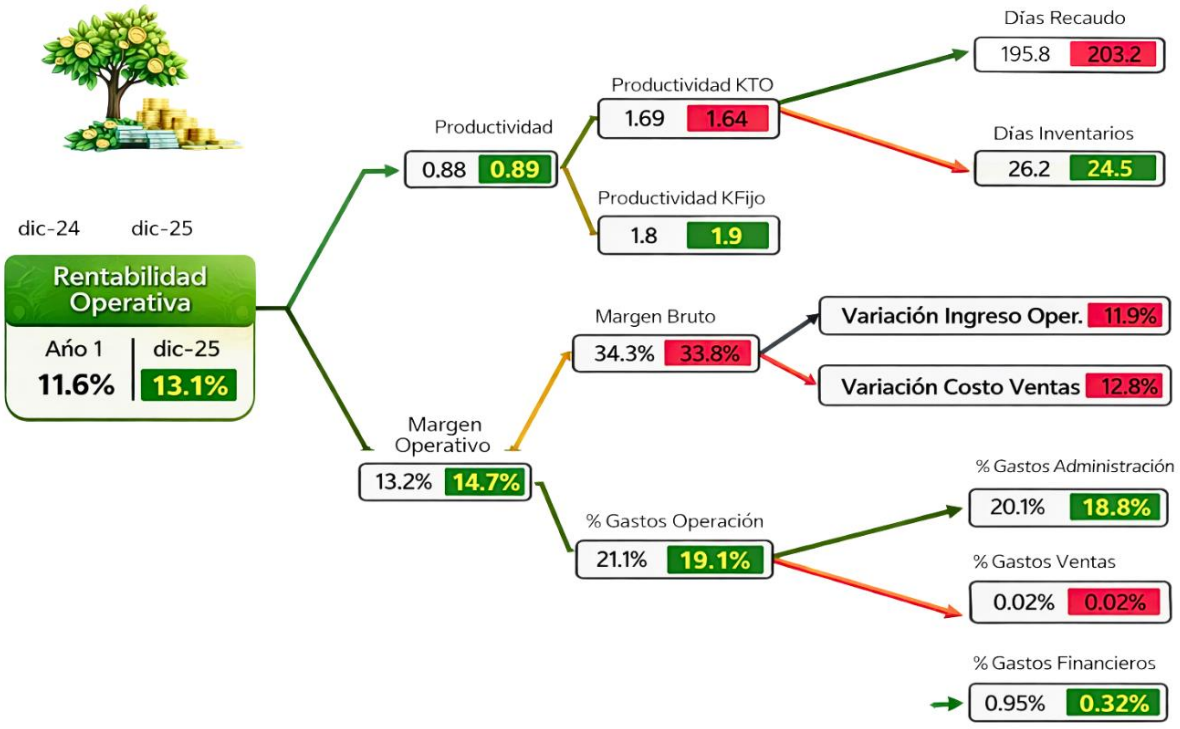
INDICADOR	2025	2024	Referencia	Posición	Observación
LIQUIDEZ					
Razón Corriente	**6,58x**	**4,53x**	**≥ 1,5x**	✓ **FAVORABLE**	Excelente cobertura de obligaciones corrientes
Prueba Ácida	**6,27x**	**4,22x**	**≥ 1,0x**	✓ **FAVORABLE**	Liquidez sólida sin inventarios
Autonomía Financiera	**88.8**	**88**		✓ **FAVORABLE**	Dueña de sus activos
ENDEUDAMIENTO					

INDICADOR	2025	2024	Referencia	Posición	Observación
Endeudamiento Total	11,2%	12,0%	≤ 40%	✓ FAVORABLE	Estructura financiera muy sana
Apalancamiento	0,13x	0,14x	≤ 1,0x	✓ FAVORABLE	Muy baja dependencia de deuda
Obligaciones Fin. / Activo	0,32%	0,20%	≤ 15%	✓ FAVORABLE	Deuda financiera mínima
RENTABILIDAD					
Margen Neto	17,1%	16,8%	≥ 5%	✓ FAVORABLE	Mejora sostenida del excedente
Margen Bruto	33,8%	34,3%	≥ 20%	✓ FAVORABLE	Ligera compresión — revisar eficiencia de costos
Margen Operacional	14,7%	13,2%	≥ 8%	✓ FAVORABLE	Notable mejora operacional (+1,5 pp)
EFICIENCIA					
Rotación Cartera (días)	~203 d	~218 d	≤ 90 d	⚠ CRÍTICO	Período de cobro muy alto — riesgo futuro
Costo / Ingreso	66,2%	65,7%	≤ 70%	✓ FAVORABLE	En rango aceptable — presión leve al alza
Gasto Adm. / Ingreso	10,9%	8,6%	≤ 12%	✓ FAVORABLE	Aumento por monitorear — sigue en rango

La estructura de capital es sólida. El nivel de endeudamiento se redujo ligeramente del 11.96% al 11.23%, lo que indica una dependencia mínima de financiación externa. Consecuentemente, la autonomía financiera es sobresaliente (88.77%), demostrando que la institución es dueña de casi la totalidad de sus activos. La cobertura de deuda

mejoró a 1.13 veces, lo que significa que el excedente neto de un solo año es suficiente para cubrir la totalidad de los pasivos de la entidad. Esta posición otorga al hospital una capacidad de endeudamiento intacta para futuros proyectos de expansión.

Arbol de Rentabilidad
Fundación Hospital San Pedro



Para el periodo en análisis se encuentra que la Rentabilidad Operativa es de 13,1%. Se obtiene un aporte importante en la productividad generada a través de los activos, principalmente los fijos los cuales son determinantes para lograr el margen de rentabilidad final. El activo fijo crece, producto de reinversiones en equipos e infraestructura.

De igual manera es muy positivo el resultado de gastos de administración que termina aportando al crecimiento de margen operativo.

1.4. CARTERA

Las EPS donde se concentra el 82% del saldo de cartera Institucional se encuentran bajo medida de intervención forzosa administrativa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, intervenciones caracterizadas por la inestabilidad en la permanencia de los interventores asignados lo cual a su vez han tenido consecuencias en repentinos cambios en sus modelos de gestión, contratación, flujo de recursos, giro directo, gestión de glosas y devoluciones e interlocución con los responsables de dichas entidades.

Por otra parte, la entrada en vigor e implementación institucional de nueva normatividad que regula aspectos técnicos del proceso de facturación de servicios de Salud y trámite de glosas afectó el proceso de radicación de facturas con efecto en la labor de cobranza y trámite del giro directo realizado por las diferentes EPS e incremento la formulación de glosas en un 134% con respecto al año 2024 por causales de tipo administrativo relacionadas con datos en RIPS y facturación.

Entre las principales estrategias implementadas para lograr el recaudo de cartera están las siguientes:

- Gestión de cobranza con enfoque en Conciliación y Depuración de Saldos de cartera y suscripción de acuerdos de pago.
- Participación en mesas de trabajo de circular 030 organizadas por el IDSN, mesas de Flujo de Recursos organizadas por la Supersalud orientadas a lograr reuniones gerenciales para suscripción de acuerdos de pago con las principales EPS. deudoras.
- Cobro a través de Procesos Jurídicos con resultados positivos y de alto impacto en el saldo de cartera Institucional.
- Actualización permanente de los estados de cartera de las diferentes empresas responsables de pago a través del registro oportuno de pagos, glosas aceptadas y ajustes contables detectados en los procesos de conciliación de cartera.

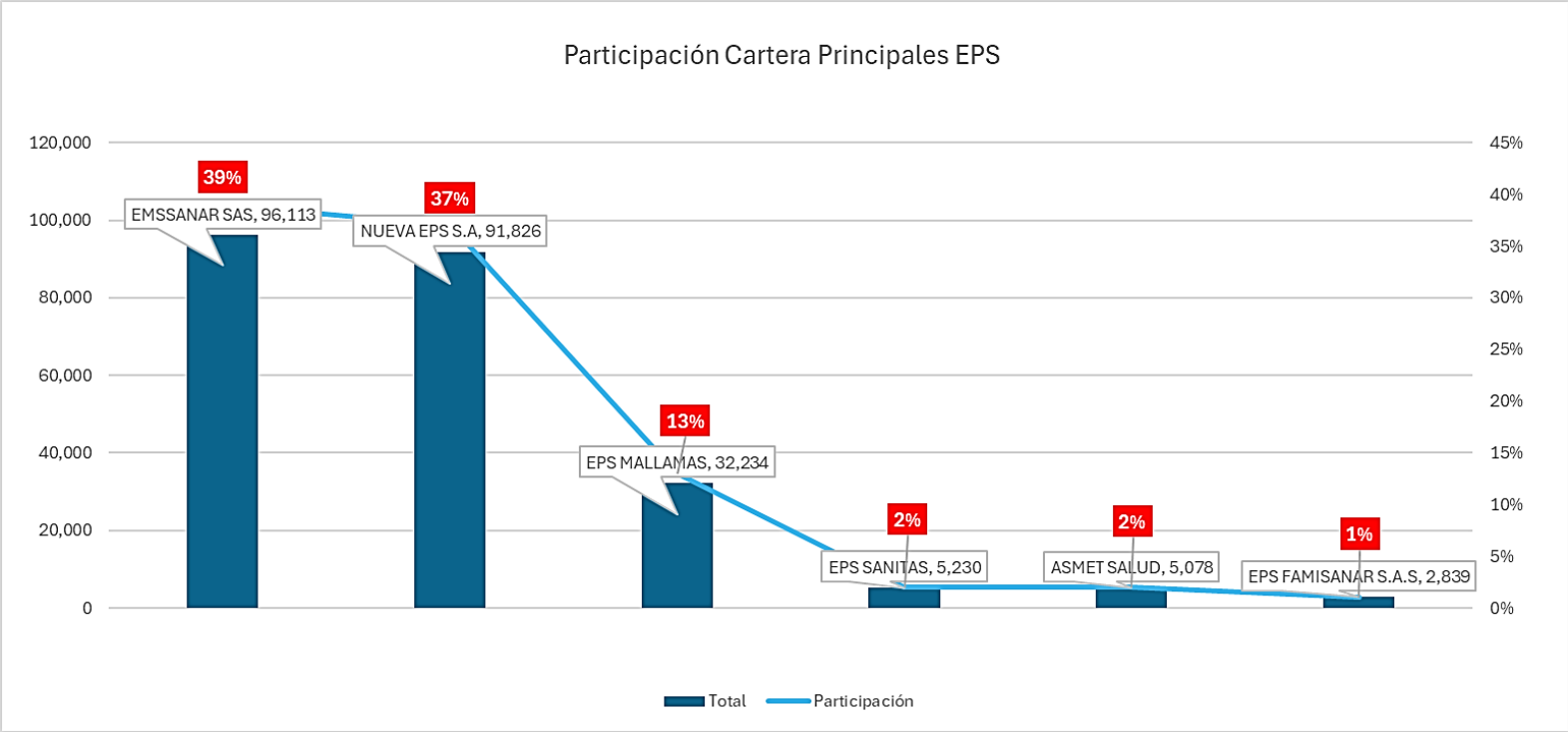
La cartera en el trascurso de los años 2023 y 2024 presenta un crecimiento promedio de 35%; sin embargo, para el año 2025 su crecimiento fue de un 7% producto de pago de la demanda interpuesta a Nueva EPS, de la labor de recaudo y permanentes procesos conciliatorios.

Promedio de recaudo mensual sobre promedio de radicación mensual

AÑO	PROMEDIO VALOR RADICADO	PROMEDIO VALOR RECAUDADO	% CUMPLIMIENTO
2024	19,562,086,849	14,308,037,771	73%
2025	22,158,519,482	18,090,502,318	82%

1.4.1. GESTION DE GLOSAS

AÑO	INGRESOS OPERACIONALES	GLOSA FORMULADA		GLOSA ACEPTADA	
		VALOR	%	VALOR	%
2024	254,229,367,772	19,410,917,992	8.0%	5,110,303,149	2.0%
2025	274,688,826,703	45,428,794,381	16.5%	6,910,982,542	2.5%



Emssanar EPS tiene la mayor participación con un 39%, Nueva EPS pierde participación producto de la gestión jurídica adelantada con esta entidad siendo posible aplicar pagos a la cartera más antigua.

Glosas y Devoluciones

Durante la vigencia 2025 se gestionó un valor total de glosas por **$45.428.794.381**, con el siguiente comportamiento:

Tipificación de Glosa	VR. Glosa Total Formulada	VR Aceptado IPS	VR Levantado EPS	VR Conciliado	Glosa Pte por Conciliar
Soporte	11,739,663,834	354,164,144	3,523,772,303	3,877,936,447	7,861,727,387
Tarifa	11,204,338,856	1,729,797,796	3,085,480,060	4,815,277,856	6,389,061,000
Facturación	9,458,115,970	1,726,120,241	1,095,225,012	2,821,345,253	6,636,770,717
Cobertura	4,859,649,823	465,019,871	1,164,537,348	1,629,557,219	3,230,092,604
Devoluciones	2,933,854,074	373,603,122	1,233,937,927	1,607,541,049	1,326,313,025
Pertinencia Médica	2,626,129,138	396,724,101	535,007,647	931,731,748	1,694,397,390
Autorización	2,607,042,686	87,523,462	578,246,442	665,769,904	1,941,272,782
TOTAL	**45,428,794,381**	**5,132,952,737**	**11,216,206,739**	**16,349,159,476**	**29,079,634,905**

Se evidenció un **incremento en el valor total glosado y en los saldos pendientes de conciliación**, el comportamiento menos **favorable en términos de volumen y dificultad operativa en comparación con la vigencia 2024**, se debió principalmente a la entrada en vigencia de las Resolución 2275 de 2023 y Resolución 2284 de 2023, que modificó los requisitos técnicos para la reclamación de servicios de salud y los criterios de auditoría en la reclamación de servicios de salud respectivamente.

Conclusiones.

- Decrece la participación de la cartera con vencimiento mayor a 360 días se consolida en un 27%
- Alcanzar el 82% de recaudo promedio sobre el promedio de la facturación radicada con lo cual se ha suplido el requerimiento del flujo de caja Institucional durante el año 2025.
- Proceso jurídico exitoso ante NUEVA EPS con impacto significativo reflejado en una disminución de un 42% del saldo total de cartera Institucional con corte al 30 de abril de 2025.
- Se implementó la inteligencia empresarial (BI) para le gestión de Glosas y Devoluciones que permite en tiempo real retroalimentar a los diferentes servicios misionales, de apoyo diagnóstico y terapéutico de las principales causales de glosa formuladas por las diferentes EPS, estadística e información detallada de la situación de glosa general y aquellas causales que competen a la respectiva área o servicio.

1.5. TESORERIA

- Recaudo: La Fundación cierra con un recaudo aproximado de $235.416 millones, con una concentración de riesgo muy alta puesto que el 90% del recaudo se concentran en Emssanar, Nueva EPS y Mallamas.

- Optimización del Proceso: Se implementaron procedimientos estandarizados como lineamientos para garantizar el registro oportuno del recaudo. Este ajuste fortalece el control interno, disminuye riesgos asociados al uso de herramientas ofimáticas (como archivos externos que no alimentan el sistema actual) y asegura mayor confiabilidad en la gestión financiera.

- Recaudo por Ventanilla: Se implementó un instructivo formal para la entrega de caja, el cual fue socializado con todo el personal de facturación. se logró:

    - Asegurar la entrega diaria del recaudo.
    - Fortalecer el control sobre el efectivo disponible.
    - Garantizar la correcta afectación de las consignaciones que ingresan a la fundación bajo el concepto de depósitos por atención a pacientes.

- Flujo de Caja A pesar de las fluctuaciones estacionales del sector salud, la Tesorería mantuvo saldos finales positivos en la mayoría de los periodos. Se refleja una capacidad de maniobra que permitió cubrir no solo los gastos operativos, sino también las inversiones en infraestructura, equipo médico, proveedores, nomina, entre otros.

Al cierre del ejercicio 2025, la Fundación Hospital San Pedro alcanzó un cumplimiento excepcional de sus metas financieras. La gestión se enfocó en la optimización del flujo de caja y en la transparencia de la ejecución presupuestal, logrando superar en un 4% los ingresos proyectados y en 1% los egresos estimados.

- Ingresos totales recaudados: $245.932M
- Egresos totales ejecutados: $202.340M

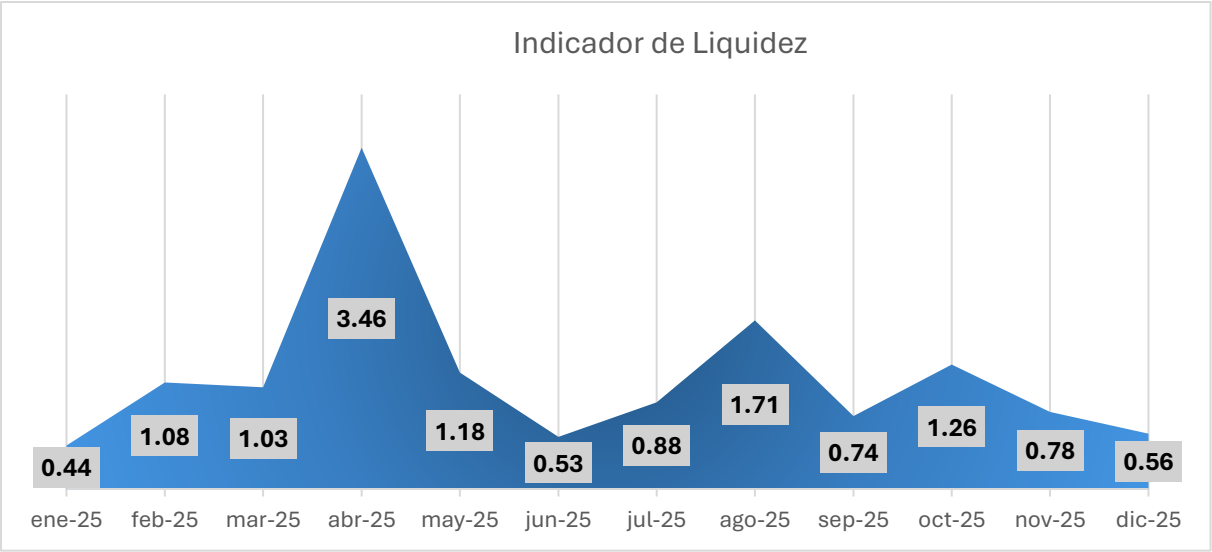
La oportunidad en el cumplimiento de las obligaciones fue una prioridad para proteger el score crediticio de la institución y la relación con los proveedores.

- Priorización de Pagos: Se implementó un cronograma de pagos que permitió mantener orden operativo y financiero. Esta medida garantizó el acceso a descuentos por pronto pago, fruto de negociaciones con proveedores, que en 2025 representaron un ahorro de $650M para la Fundación. Este esquema fortaleció la disciplina financiera, optimizó el uso de recursos y consolidó relaciones estratégicas con los aliados comerciales.

- Gestión de inversiones y excedentes de liquidez: Se implementó el procedimiento de gestión de inversiones, con el propósito de establecer lineamientos claros para el manejo de los excedentes. Bajo los principios de seguridad, liquidez y rentabilidad.
- A partir de mayo de 2025 se adoptó un giro estratégico hacia una mayor utilización de fiducias, con el objetivo de optimizar los rendimientos de los recursos que anteriormente se gestionaban en cuentas de ahorro. Estas fiducias se emplearon principalmente para el manejo de recursos con destinación específica y como mecanismo de protección de la liquidez frente a posibles contingencias.

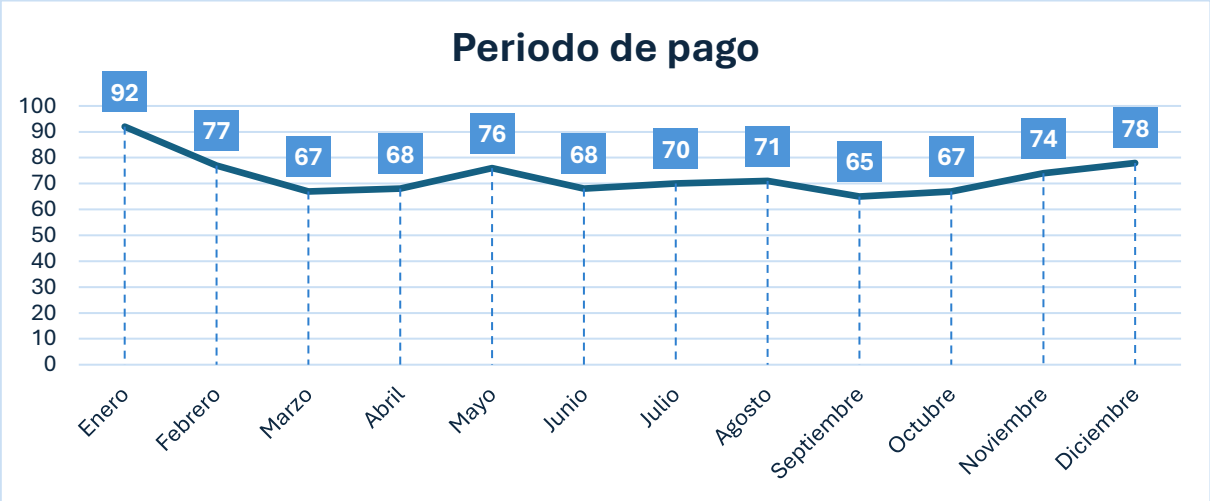
1.5.1. Indicadores

- Indicador de liquidez: El promedio del indicador para el 2025 se sitúa en 1.14, un resultado impulsado significativamente por la gestión jurídica exitosa frente a Nueva EPS en abril de 2025. Técnicamente, esto significa que, por cada peso de obligación exigible, la Fundación cuenta con $1.14 en flujo de caja para su respaldo inmediato. Por tanto, se podría indicar que la operación no solo es capaz de cubrir sus gastos corrientes, sino que genera un "excedente" de seguridad que ha permitido alimentar las inversiones en CDT y fiducias mencionadas durante el informe.



- Periodo de pago:

El indicador promedio para el ejercicio 2025 se estableció en 73 días. Este resultado refleja una estrategia de gestión de pasivos estable y equilibrada.



Conclusión

Al cierre del ejercicio 2025, la gestión de Tesorería se consolida como un subproceso de la Gestión Financiera buscando ser un pilar para la sostenibilidad de la Fundación buscando pasar de un enfoque netamente operativo hacia una gestión financiera estratégica de alto impacto.

El indicador de liquidez promedio de 1.14 es el reflejo de una administración de recursos excelente donde, a pesar de las volatilidades del sector salud y la alta concentración de riesgo en los pagadores principales, la Fundación ha logrado mantener un flujo de caja saludable, no obstante existe la probabilidad que la Fundación experimente una ruptura en su ciclo de caja debido a la falta del recaudo de cartera, por las condiciones de liquidez especialmente de los pagadores críticos (Emssanar, Nueva EPS y Mallamas).

1.6. COSTOS

Durante el período 2025 se lograron resultados significativos vinculados a la reorganización de los centros y subcentros de costo, reflejada en el ajuste de su estructura funcional dentro del software institucional. Los cambios más relevantes incluyeron la agrupación de los centros de costo por unidades funcionales, considerando sus niveles de atención y su interrelación, así como la correspondiente alineación de las cuentas contables asociadas.

Se actualizó la distribución porcentual de servicios públicos, nómina y facturación electrónicas por centro de costo, lo que permitió estimar costos de consumo más ajustados a la realidad.
Se implementa la distribución del costo del personal de la unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico, que desarrolla actividades en dos o más centros de costo, de igual manera la distribución del costo por honorarios de los médicos especialistas que prestan sus servicios en diferentes Centros de costo, considerando para ello la asignación de horas semanales.

Se realiza la distribución porcentual del gasto administrativo hacia los centros de costo asistenciales, con el fin de incorporarlo en el cálculo del costo unitario de las diferentes tecnologías prestadas, para dicha distribución se tuvieron en cuenta variables como el costo propio, ingresos, incidencia y número de trabajadores por centro de costo.

Se identificaron 34 centros de costo asistenciales y 1 administrativo que prestan servicios en nuestra institución, logrando un alcance del 94% del total de centros de costo (33/35). Sin embargo y con relación al cálculo del costo unitario por tecnología realizado bajo la metodología de costos ABC, se obtuvo un 45% del total de tecnologías (1404/3146) de acuerdo con el reporte de producción, en donde se identificaron y priorizaron las más frecuentes por centro de costo

				INDICADORES				
				A		B		C
				CENTROS DE COSTO ABORDADOS		Nº DE TECNOLOGIAS COSTEADAS		% TECNOLOGIAS COSTEADAS POR C.COSTO
COD	CENTRO DE COSTOS	cnt	%	2024	2025	Total tecnologías (R. Producción 2024)	Tecnologías costeadas	% Por Centro de costo y total general
51525	DOCENCIA SERVICIO	**1**	2,9%	29%	94%	6	6	100%
72512	CENTRAL DE ESTERILIZACION	1	2,9%			4	4	100%
73011	RADIOLOGÍA	1	2,9%			61	57	93%
73012	ECOGRAFIAS	1	2,9%			59	56	95%
73013	TOMOGRAFIAS	1	2,9%			33	33	100%
73014	RESONANCIAS	1	2,9%			57	56	98%
73024	ANGIOGRAFIA	1	2,9%			128	47	37%
73041	BANCO DE SANGRE	1	2,9%			29	29	100%
73511	UNIDAD RENAL Y NEFROLOGIA	1	2,9%			18	11	61%
73512	UNIDAD FUNCIONAL DE CANCER ADULTO	1	2,9%			81	45	56%
73022	GASTROENTEROLOGIA	1	2,9%	0%		62	44	71%
73021	PERINATOLOGIA	1	2,9%			14	14	100%
73025	CARDIOLOGIA	1	2,9%			6	6	100%
73023	CIRUGIA VASCULAR	1	2,9%			24	23	96%
73032	LABORATORIO DE PATOLOGIA	1	2,9%			27	22	81%
71011	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	1	2,9%			116	73	63%
73031	LABORATORIO CLINICO	1	2,9%			480	97	20%
72511	QUIROFANO SALAS DE CIRUGIA	1	2,9%			1121	142	13%
71511	URGENCIAS GINECO-OBSTETRICAS	1	2,9%			52	47	90%
71512	GINECO-OBSTETRICIA -SALA DE PARTOS Y TP	1	2,9%			3	3	100%
71513	HOSPITALIZACION GINECO-OBSTETRICIA	1	2,9%			71	58	82%
71514	ALTA DEPENDENCIA OBSTETRICA	1	2,9%			56	45	80%
72011	QUIRURGICA BLOQUE A	1	2,9%			76	63	83%
72012	MEDICINA INTERNA	1	2,9%			65	55	85%
72013	QUIRURGICAS BLOQUE B	1	2,9%			74	64	86%
72014	QUIRURGICAS CUIDADO ESPECIAL	1	2,9%			64	56	88%
70511	URGENCIAS GENERALES	1	2,9%			181	136	75%
72021	UNIDAD CUIDADO CRITICO INTENSIVOS ADULTO	1	2,9%			85	66	78%
72022	UNIDAD CUIDADO CRITICO INTERMEDIOS ADUL	1	2,9%					
72031	CUIDADOS BASICOS NEONATALES	1	2,9%			49	26	53%
72032	CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATALES	1	2,9%					
72033	CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	1	2,9%					
73042	FISIATRIA Y REHABILITACIÓN	1	2,9%			22	20	91%
73513	UNIDAD DE TRANSPLANTES	1	2,9%		0%	22	0	0%
73043	SERVICIO FARMACEUTICO	1	2,9%			0	0	0%
TOTALES		35	100%	29%	94%	3146	1404	74%
						45%		
				A		B		D

Conclusiones

- Mayor interrelación con contratación de servicios de salud y con las coordinaciones de los servicios asistenciales.
- Aportes de información relevantes y significativos para toma de decisiones.
- Mejoramiento en el control y optimización del consumo de recursos en los diferentes centros de costos
- De manera conjunta con los servicios asistenciales, se ha logrado conocer, organizar y mejorar los procesos operativos.

- La información de costos indirectos se obtiene directamente de los registros contables institucionales, Su cálculo se realiza considerando la capacidad instalada de cada centro de costos, lo que permite una asignación más precisa y técnica de dichos costos. Anteriormente, la metodología aplicada consistía en la asignación de un porcentaje fijo del 12%, sin contemplar otro tipo de criterios.
- Desde el proceso de costos, se brinda apoyo en el cálculo de costos de tecnologías nuevas o innovadoras, facilitando una planificación y evaluación de su viabilidad más eficiente.

1.7. BENCHMARKING SECTORIAL – HOSPITALES III NIVEL COLOMBIA

Indicadores de referencia de hospitales públicos de III nivel (Hospital Universitario del Valle, Hospital San Vicente Fundación, Hospital General de Medellín, ESE Departamentales) según reportes de la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud.

Indicador	FHSP 2025	P25 Sector	Mediana Sector	P75 Sector	Posición	Observación
Margen Neto	17,1%	2%	5%	12%	✓ FAVORABLE	Superior al percentil 75 sectorial
Margen Bruto	33,8%	15%	22%	30%	✓ FAVORABLE	Por encima de la mediana del sector
Endeudamiento Total	11,2%	35%	52%	68%	✓ FAVORABLE	Muy inferior al sector — fortaleza estructural
Rotación Cartera (días)	~203 d	90 d	120 d	180 d	✗ CRÍTICO	Por encima del P75 — punto crítico de gestión
Costo / Ingreso	66,2%	72%	78%	85%	✓ FAVORABLE	Eficiencia superior al sector
Gasto Adm. / Ingreso	10,9%	8%	11%	15%	✓ FAVORABLE	En línea con la mediana sectorial
Deterioro / Cartera Bruta	41,8%	25%	38%	55%	✓ FAVORABLE	Próximo a la mediana — gestión comparable

El Hospital supera a sus pares en rentabilidad, endeudamiento y eficiencia de costos

1.8. ANÁLISIS DE RIESGO FINANCIERO

ALTO **Cartera en mora prolongada**	Rotación de 203 días expone la liquidez futura. Deterioro acumulado de $109.330 MM = 41,8% de la cartera bruta. El principal desafío estructural continúa siendo la gestión de cartera y el deterioro acumulado. *Mesas Conciliación, firma de acuerdos con EPS; cobro persuasivo y saneamiento contable de cartera mayor a 3 años.*
ALTO **Centros de costos Deficitarios**	Desequilibrio financiero, costos que superan sus ingresos, generando un déficit operativo lado. *Intervención estratégica.*
ALTO **Liquidación EPS intervenidas**	Perdida de los saldos adeudados. *Negociación de cartera con descuentos que permitan un mayor recaudo, establecer techos máximos de facturación.*
MEDIO **Incremento en glosas y descuentos**	Las glosas aumentaron de $8.803 MM a $13.428 MM (+52,6%), erosionando el margen bruto. ***Auditoría de facturación preventiva; reducción de glosas en origen, fortalecimiento plataforma de información.***
MEDIO **Presión en costos de servicios**	Los costos crecieron 12,8% vs ingresos 11,9%. El margen bruto comprimió levemente (34,3% → 33,8%). ***Gestión hospitalaria*** ***optimización procesos y auditoría concurrente.***
MEDIO **Concentración de ingresos en Apoyo Diagnóstico**	El 61,9% de ingresos proviene de una sola unidad funcional — alta concentración de riesgo. ***Fortalecimiento de consulta externa y unidades especiales, Quirófanos.***

ESTRUCTURAL Riesgo de reforma al sistema de salud colombiano	La reforma al sistema de salud en curso, normatividad puede afectar flujos de contratación y tarifas. *Monitoreo legislativo activo y diversificación de pagadores (privados, seguros, SOAT).*

1.9. CONCLUSIONES

El sistema de salud colombiano atraviesa su periodo más crítico en tres décadas. Déficit Sistémico, Presión en el Flujo de Caja, Incertidumbre Regulatoria. En donde el hospital actúa como un financiador neto del sistema.

La entidad navega en un entorno de crisis de liquidez sectorial. Aunque la operación es superavitaria, el sistema de salud en Colombia enfrenta una desfinanciación de la UPC y una mora prolongada en los pagos de las EPS.

La meta de recaudo mensual para el siguiente año deberá contemplar el “Mínimo Vital Operativo" ($21.300M) y generar un excedente para el servicio de la deuda y el fortalecimiento del fondo de maniobra.

Es vital mantener el control sobre los costos de unidades como Urgencias y Ginecobstetricia, que presentan una presión constante.

✓ 01	**Crecimiento sostenido y rentabilidad superior al sector** Los ingresos operacionales crecieron 11,9% hasta $274.690 MM y el excedente neto alcanzó $47.076 MM (margen 17,1%), superando la mediana sectorial de hospitales de III nivel en Colombia.
✓ 02	**Solidez patrimonial y bajo endeudamiento** El activo neto representa el 88,8% del total de activos con endeudamiento del 11,2%, posicionando a la institución entre las ESE con mejor estructura financiera del país.
✓ 03	**Fortalecimiento del activo corriente y nuevas inversiones** El activo corriente pasó del 53% al 72,4% del total, con nuevas inversiones de $60.550 MM. La diversificación del portafolio mejora la capacidad de respuesta institucional.

✓ 04	**Eficiencia operacional por encima del promedio sectorial** La relación costo/ingreso de 66,2% es inferior al 78% mediano del sector. Los gastos administrativos se mantienen en el 10,9%, en línea con hospitales comparables.
⚠ 05	**Cartera y deterioro: el principal desafío institucional** La rotación de cartera de ~203 días y el deterioro de $109.330 MM representan el mayor riesgo operacional.
⚠ 06	**Contexto de reforma al sistema de salud colombiano** La coyuntura regulatoria exige fortalecer la diversificación de pagadores y la eficiencia en facturación y glosas, para mantener la estabilidad financiera ante posibles cambios en la contratación.

Fundación Hospital San Pedro
Diócesis de Pasto

PERSPECTIVA DEL CLIENTE 2025

"Compromiso, eficiencia y cuidado centrado en la persona"











Equipos de trabajo

Subgerencia de Gestión de Servicios de salud

Heyman Bolaños	Coordinador gestión Clínica
Diana Pechené Mora	Coordinadora de Contratación
Milena Muñoz	Líder Gestión de Enfermería
Carlos Alberto Hidalgo	Epidemiólogo SGSS
Natalia Bolaños	Enfermera Subg SGSS
Karen Portilla	Enfermera Cuenta alto costo
Maria Isabel Guerrero	Auditor Médico concurrencia

UCI

Jorge Martínez	Director Médico
Ruth Elena Navia	Coordinadora Enfermería UCI

UCN

Martin Navia	Coordinador Médico
Sandra López	Enfermera Administrativa UCN

Alta Dependencia Obstétrica

Rosa Figueroa Bravo	Md Especialista Unidad Alta Dep.

Hospitalización

Winny Jurado	Coordinadora Hospitalización (E)
Cristina Ordoñez	Coordinadora Enfermería
Isabel Cristina Gavilanes	Gestora IAMI
Judith Burbano	Gestora Clínica
Ricardo López	Psicólogo IAMI

Urgencias

Jose Leonel Zambrano	Director Médico
Dorian Valenzuela	Gestora Clínica
Aleyda Martínez	Coordinadora Enfermería

Quirófanos

Cristina Jacho	Coordinadora Médica Quirófanos
Vanessa Segura	Enfermera Administrativa quirófanos

UFCA

Andrés Pantoja	Coordinador Médico
Rocio Terán	Trabajadora Social UFCA

Esterilización

Deibys Usamá	Gestora Central de Esterilización

Unidad Renal

María Victoria Burgos	Enfermera Administrativa U renal

Equipos de trabajo

Unidad de Trasplantes	
Paola Muñoz	Cirujana de Trasplantes y Hepatobiliar
Adriana Timaná	Coordinadora Médica Trasplantes y Cons. externa
Mery Jurado	Enfermera Administrativa trasplantes
Romel Gómez	Coordinador Operativo trasplantes
Jorge Luis Burbano	Coordinador Operativo trasplantes
Consulta Externa	
Amparo Yascualt	Enfermera Administrativa Consulta
Apoyo Diagnóstico	
Yaneth Rubiano	Coordinadora Apoyo Diagnóstico
Débora Muñoz	Líder Laboratorio
Angela Guerrero	Profesional Apoyo diagnóstico
Ana Milena Gonzales	Enfermera Administrativa
Diana Bravo	Bact. Referente reactivovigilancia
Sandra Perea	Bact. Apoyo administrativo Laboratorio
Banco de Sangre	
Mónica Caicedo	Directora Banco de Sangre
Marcela Aguilar	Coordinadora Banco de Sangre
Atención al Usuario	
Álvaro Rodríguez	Coordinador Atención al Usuario
Jair Caicedo	Enf. referencia y contrarreferencia
Ximena Betancourth	Trabajadora Social
Rehabilitación	
Gladys Romo	Coordinadora Rehabilitación
Servicio Farmacéutico	
Guido Peña	Director Servicio Farmacéutico
Albeiro Jiménez	Director Administrativo SF
Ingrid Ceballos	Qf Referente Farmacovigilancia
Angie Burgos	Qf Aseguramiento de la calidad
Vigilancia Epidemiológica	
Camilo Díaz	Coordinador Epidemiología
Infecciones	
Héctor Fabio Sánchez	Md Especialista Infecciones
Liliana Gómez	Coordinadora Admtiva. Infecciones
Jenny Cisneros	Enfermera Control de Infecciones
Docencia Servicio	
Erika Insuasty	Coordinadora Docencia Servicio
Investigaciones	
Franco Montenegro	Coordinador Investigaciones

2. GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2.1. PERFIL DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Durante el año 2025, desde Gestión clínica y con el apoyo de Epidemiologia clínica, se analiza las tendencias, frecuencias y proporciones de la morbi-mortalidad general hospitalaria de los años 2023 y 2025 en seis grandes causas agrupadas.

La morbilidad se divide en servicios ambulatorios y hospitalarios, y solo se registraron casos de mortalidad en servicios hospitalarios.

MORBILIDAD

6 grandes causas agrupadas de Morbilidad Hospitalaria por Diagnóstico de Egreso 2023-2025

Grandes Causas de Morbilidad (GBD)	2023		2024		2025	
	N°	%	N°	%	N°	%
Enfermedades No Transmisibles	17.964	55.0%	17.439	55.7%	16.937	54.7%
Condiciones maternas y perinatales	4.918	15.1%	5.168	16.5%	5.775	18.6%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	5.306	16.2%	4.946	15.8%	4.654	15.0%
Enfermedades transmisibles y nutricionales	1.947	6.0%	1.960	6.3%	1.890	6.1%
Causas mal definidas	2.152	6.6%	1.477	4.7%	1.416	4.6%
Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y atención de la salud	384	1.2%	317	1.0%	301	1.0%
Total, general	32.671	100.0%	31.307	100.0%	30.973	100.0%

10 primeras causas de Morbilidad Hospitalaria por Diagnóstico de Egreso 2025

Diagnóstico principal de egreso (CIE-10 a 3 caracteres)	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
O82 (parto único por cesárea)	877	4.5%	0	0.0%	877	2.8%
K80 (colelitiasis)	496	2.5%	273	2.4%	769	2.5%
N39 (otros trastornos del sistema urinario)	544	2.8%	175	1.5%	719	2.3%
O47 (falso trabajo de parto)	712	3.6%	0	0.0%	712	2.3%
O36 (atención materna por otros problemas fetales, conocidos o presuntos)	610	3.1%	0	0.0%	610	2.0%
K52 (otras colitis y gastroenteritis no infecciosas)	340	1.7%	198	1.7%	538	1.7%
K29 (gastritis y duodenitis)	279	1.4%	206	1.8%	485	1.6%
M54 (dorsalgia)	251	1.3%	197	1.7%	448	1.4%
R10 (dolor abdominal y pélvico)	353	1.8%	81	0.7%	434	1.4%
G44 (otros síndromes de cefalea)	334	1.7%	95	0.8%	429	1.4%
Otras	14.834	75.6%	10.118	89.2%	24.952	80.6%
Total, general	19630	100.0%	11343	100.0%	30973	100.0%

6 grandes causas agrupadas Morbilidad Ambulatoria por Diagnóstico de Egreso 2023 – 2025

Grandes Causas de Morbilidad (GBD)	2023		2024		2025	
	N°	%	N°	%	N°	%
Enfermedades No Transmisibles	55.202	84.4%	60.314	84.9%	58.704	83.8%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	2.620	4.0%	2649	3.7%	3.102	4.4%
Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y atención de la salud	2.575	3.9%	2754	3.9%	2.734	3.9%

Grandes Causas de Morbilidad (GBD)	2023		2024		2025	
	N°	%	N°	%	N°	%
Causas mal definidas	2.182	3.3%	2.208	3.1%	2.565	3.7%
Enfermedades transmisibles y nutricionales	2.676	4.1%	2.606	3.7%	2.334	3.3%
Condiciones Maternas y Perinatales	153	0.2%	480	0.7%	618	0.9%
Total, general	65.408	100.0%	71.011	100.0%	70.057	100.0%

10 primeras causas de Morbilidad Ambulatoria por Diagnóstico Principal según sexo 2025

Diagnóstico principal de egreso (CIE-10 a 3 caracteres)	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Tumor maligno de la mama	5.596	11.6%	9	0.0%	5.605	8.0%
Otros trastornos de los discos intervertebrales	1.333	2.8%	719	3.3%	2.052	2.9%
Gastritis y duodenitis	1.311	2.7%	518	2.4%	1.829	2.6%
Otros tumores malignos de la piel	1.075	2.2%	689	3.2%	1.764	2.5%
Venas varicosas de los miembros inferiores	1.163	2.4%	371	1.7%	1.534	2.2%
Tumor maligno de la próstata	0	0.0%	1.351	6.2%	1.351	1.9%
Tumor maligno del estomago	558	1.2%	767	3.5%	1.325	1.9%
Supervisión de embarazo de alto riesgo	1.269	2.6%	0	0.0%	1.269	1.8%
Tumor maligno del ovario	1.260	2.6%	0	0.0%	1.260	1.8%
Hipertensión esencial (primaria)	756	1.6%	368	1.7%	1.124	1.6%
Otras	33.998	70.4%	16.945	78.0%	50.943	72.7%
Total, general	48.319	100.0%	21.737	100.0%	70.056	100.0%

MORTALIDAD GENERAL

6 grandes causas agrupadas Mortalidad Hospitalaria por Causa Básica de Defunción 2023-2025

	2023		2024		2025	
	N°	%	N°	%	N°	%
200 – neoplasias	187	26.7%	196	28.4%	252	31.7%
600 - todas las demás enfermedades	205	29.2%	190	27.5%	199	25.0%
300 - enfermedades sistema circulatorio	135	19.3%	153	22.1%	171	21.5%
100 - enfermedades transmisibles	93	13.3%	85	12.3%	101	12.7%
500 - causas externas	59	8.4%	54	7.8%	70	8.8%
400 - ciertas afecciones originadas en el período perinatal	9	1.3%	10	1.4%	2	0.3%
801 - enfermedad por COVID-19	13	1.9%	3	0.4%	0	0.0%
Total, general	701	100.0%	691	100.0%	795	100.0%

10 primeras causas de Mortalidad por Causa Básica según sexo 2025

	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
J15 (neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte)	37	8.7%	25	6.7%	62	7.8%
C16 (tumor maligno del estómago)	18	4.2%	27	7.3%	45	5.7%
I21 (infarto agudo de miocardio)	14	3.3%	16	4.3%	30	3.8%
I63 (infarto cerebral)	19	4.5%	11	3.0%	30	3.8%
I61 (hemorragia intra encefálica)	5	1.2%	15	4.0%	20	2.5%
K56 (íleo paralitico y obstrucción intestinal sin hernia)	7	1.7%	12	3.2%	19	2.4%
K74 (Fibrosis y cirrosis del hígado)	10	2.4%	8	2.2%	18	2.3%
C71 (Tumor maligno del encéfalo)	15	3.5%	2	0.5%	17	2.1%
I50 (insuficiencia cardiaca)	8	1.9%	9	2.4%	17	2.1%

	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
J18 (neumonía, organismo no especificado)	7	1.7%	8	2.2%	15	1.9%
Otras	284	67.0%	238	64.2%	522	65.7%
Total, general	424	100.0%	371	100.0%	795	100.0%

2.2. GESTIÓN DE CONTRATACION Y MERCADEO

Estudio de oferta y demanda de servicios

Durante el año 2025, a partir del Estudio de oferta y demanda de servicios de salud del Hospital, se determinó la demanda real de servicios frente a la oferta en el contexto del mercado regional, que sirvió para orientar las decisiones sobre la apertura, el fortalecimiento o reorientación de servicios y tecnologías en salud, acorde a los objetivos institucionales.

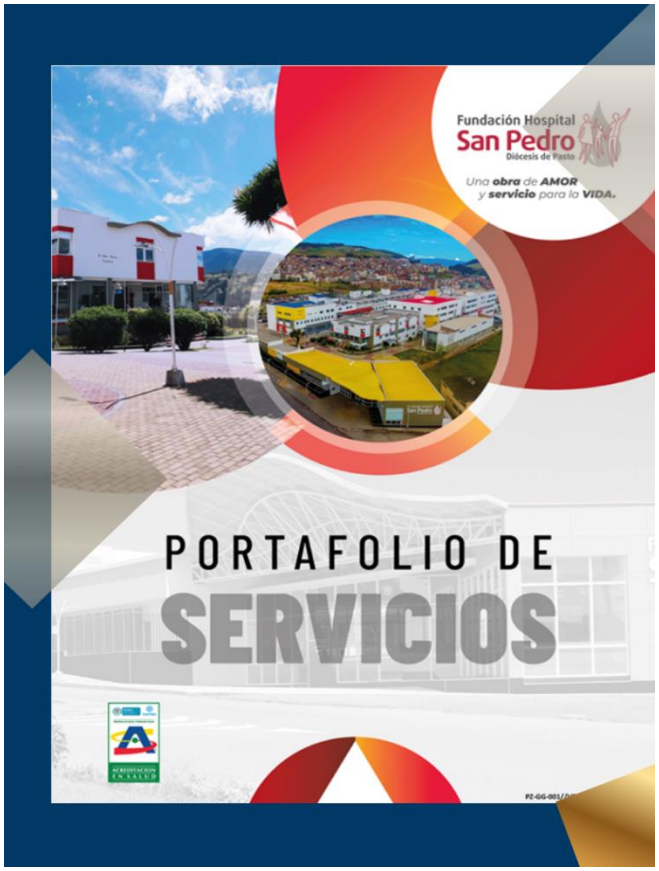
Del mencionado estudio se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Las mayores necesidades del Departamento de Nariño se concentran en los siguientes grupos de Riesgo:
    - Enfermedades crónicas cardiovasculares
    - Neoplasias
    - Salud Mental
    - Trauma
    - Enfermedades crónicas
    - Hospitalización
    - Otras condiciones
- Frente a lo anterior se priorizo la implementación en estos siguientes años de:
    - Certificación Centro de Referencia ACV
    - Programa de Cardiología Integral.
    - Reorganización física de Patología
    - Proyecto de Radioterapia-Acelerador lineal.
    - Complementación atención Ortopedia
    - Implementación de tecnología para Urología: litotripsia, prostatectomía por láser.
    - Clínica de Obesidad.

- Rutas diferenciales de atención.

Actualización de portafolio

El portafolio de servicios fue actualizado de modo que se convierte en una herramienta vital para la Gestión de Mercadeo institucional.



Contratación

En el año 2025 se cuenta con contratos con la mayoría de Las empresas responsables de pago que operan en el Departamento:

Tipo de ERP	N°
ARL	7
EPS	8
Medicina prepagada	5
Pólizas de salud	6
Régimen especial	3
Total, contratos ERP	29

El proceso de contratación se consolido como un líder en la Actualización del sistema tarifario personalizado institucional (tarifas propias) dentro del sistema de información, con desarrollo en la programación de SIO SALUD y ajuste definitivo en la liquidación de procedimientos quirúrgicos múltiples cuando estos se encuentran contratados como paquetes.

Se continúa trabajando en el costeo de servicios en trabajo articulado con los procesos asistenciales y costos.

2.3. GESTIÓN CLÍNICA

2.3.1. Componente médico

En búsqueda de la mejora continua en la atención teniendo en cuenta el costo efectividad y la satisfacción del paciente y su familia, la gestión clínica en el año 2025 se fortaleció en los siguientes aspectos:

Auditoría concurrente en PRU

Se incentivo el proceso de auditoría concurrente con enfoque en el Protocolo de Revisión de Utilización de estancias (PRU), lo que permitió mejorar la trazabilidad clínica y administrativa en los servicios hospitalarios de la ocupación de las camas, e identificar la inadecuada estancia para poder corregirla.

Desde la auditoría concurrente se realiza seguimiento a la inadecuación de la estancia en el hospital, con los siguientes resultados:

Categoría PRU	2024	2025
Estancia inadecuada	57.89%	24.63%
Estancia adecuada y prolongada	42.11%	75.37%

Implementación de análisis de pacientes de larga estancia
Se implementó un modelo sistemático para el análisis de pacientes con estancias prolongadas, con enfoque interdisciplinario, resolución de barreras y definición de responsables.

Seguimiento constante a las barreras de atención institucionales y análisis en reunión de tiempos y barreras

Se consolidó un seguimiento continuo a las barreras de atención institucional, con reporte sistemático en el aplicativo que permite comunicación continúa entre servicio y traslado para la gestión de barreras. Además, análisis en las reuniones de Tiempos y Barreras y Cliente Asistencial Hospitalario y Ambulatorio.

Puesta en marcha del plan piloto para la creación de un Grupo de Alta Temprana
Se inició la conformación del Grupo de Alta Temprana, orientado a mejorar la oportunidad del egreso hospitalario. Esto permitió identificar tiempos entre la orden médica de salida y la ocupación de la cama por un nuevo usuario. Se proyecta como una estrategia clave para mejorar la rotación de camas y la experiencia del paciente.

Avance en la identificación de los diagnósticos principales al egreso:
Se fortaleció el proceso institucional para identificar y analizar los diagnósticos principales al egreso, con la retroalimentación a los equipos asistenciales sobre la apropiada forma de registro, para su ajuste.

2.3.2. Componente Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) continúa siendo el eje de la práctica profesional: permite identificar necesidades, formular diagnósticos coherentes, planear resultados (NOC), ejecutar intervenciones basadas en evidencia (NIC) y evaluar progresos por turno. La actualización NANDA-NOC-NIC 2024–2026 y su integración en SIO fortalecen la continuidad y trazabilidad del cuidado.

En alineación estratégica, se implementaron condiciones habilitantes que consolidan el juicio clínico. La mejora de la relación enfermera-cama en hospitalización (24:1 → 12:1) aumentó el tiempo de valoración clínica y redujo la variabilidad en la ejecución del PAE. En la Unidad de Cuidado intensivo Adulto, la evidencia del estudio TISS 2024–I SEM 2025 soportó la aprobación de una relación 4:1 para 2026, garantizando respuesta oportuna en cuidados críticos. Asimismo, se definieron perfiles especializados por servicio y se ejecutaron procesos formativos clave, como el Diplomado en Cuidado Crítico Materno y la certificación institucional en terapia de infusión.

En la perspectiva de procesos, se actualizaron protocolos institucionales (Caídas, UPP, Administración de Medicamentos Segura, Plan de Cuidados, integración NANDA en SIO) y se instalaron tableros de riesgos en centrales de enfermería, fortaleciendo la vigilancia clínica y la toma de decisiones.

Todo lo anterior condujo a la disminución del número de caídas, pacientes ulcerados durante su estancia hospitalaria y flebitis además de contribuir en la mayor satisfacción del paciente y su familia.

2.3.3. Modelo de atención

Etapa del modelo	% máximo por etapa índice global	Resultado 2023	Resultado 2024	Resultado 2025
Entorno	10%	10%	10.0%	10.0%
Atención	50%	44%	44.0%	41.2%
Ingreso	20%	19%	18.2%	19.4%
Egreso	20%	18%	18.6%	17.6%
Índice global	100%	90.7%	90.8%	88.2%

El índice global muestra un comportamiento estable a lo largo de los 3 años para la etapa de entorno, una leve tendencia al crecimiento en ingresos y una disminución en egreso y atención. Los indicadores de la etapa de atención que determinan la disminución de más de 2 puntos porcentuales son los relacionados con adherencia a guías y protocolos médicos, y los de oportunidad en inicio de tratamiento de cáncer; los primeros por dificultades en la generación de mediciones durante el año 2025 y los segundos por barreras no organizacionales de relacionamiento con aseguradoras.

La siguiente tabla muestra los resultados de dinámica hospitalaria, es relevante el incremento del porcentaje de ocupación y promedio de estancia hospitalaria siendo un punto importante para gestionar ante las Empresas Responsables de pago debido a que en este indicador incide muy fuertemente las barreras por parte de estas.

Indicador	Meta	2023	2024	2025
Giro Cama Institucional	> 7	9.06	9.35	9.3
Promedio Estancia Institucional	< 10 días	3.92	4.06	4.11
Porcentaje De Ocupación	93%	103.40%	107.00%	110.50%

2.4. EXPERIENCIA DEL USUARIO

Con el objetivo de garantizar una atención integral, humanizada, oportuna y de calidad a los usuarios, sus familias y la comunidad, mediante la orientación, información, recepción y gestión de solicitudes, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, el proceso midió la satisfacción del usuario y trabajo permanentemente en la mejora continua de los servicios de salud logrando:

- Fortalecer la atención centrada en la persona y la comunicación con usuarios.
- Mayor inclusión y accesibilidad, gracias a la formación en lengua de señas. Treinta (30) colaboradores certificados en Lengua de Señas Colombiana (nivel básico 40 horas).
- Implementación del taller de prevención del burnout, con cobertura del 100% del personal del proceso, contribuyendo al bienestar laboral y a la mejora del clima organizacional.
- Optimización de procesos internos, especialmente en el agendamiento de servicios especializados.
- Fortalecimiento de los canales institucionales de atención, mejorando la oportunidad en la asignación de citas.
- Realización de la segunda jornada de donación de insumos de aseo, logrando beneficiar a pacientes y familias, recolectando 2.387 insumos de aseo para nuestros pacientes.
- 51 kits de aseo entregados a población vulnerable: 38 a mujeres gestantes y 13 a adultos mayores en articulación con pastoral social de la Diócesis de Pasto.
- Se desarrollaron 5 espacios educativos a través de la estrategia “conversando con nuestros usuarios”, con un total de 155 participantes.
- Realización del primer Simposio Regional de Atención Centrada en la Persona con la participación de 317 asistentes.
- Conformación de la asociación de usuarios, fortaleciendo los mecanismos de participación social y control ciudadano.
- Estrategias de humanización replicables, como “Dibujando una sonrisa”, que fortalecen el vínculo paciente - familia - institución y mejoran la experiencia del usuario.

Indicadores

Experiencia y satisfacción del usuario

Porcentaje de satisfacción	Año	
	2024	2025
Adecuación en el trato	98	98
Satisfacción del usuario	99	99
Usuarios que recomendarían el hospital	99	99
Asignación de consulta con medico de elección o preferencia	81	76

El porcentaje de satisfacción con respecto a la asignación de consulta con medico de su elección o preferencia es del 76%, no se logra alcanzar la meta establecida debido a la alta demanda de citas para algunos Especialistas que desborda la capacidad instalada del Hospital.

Gestión de PQRSF (peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones)

PQRSF por modalidad de manifestación	Año	
	2024	2025
Peticiones	1.509	247
Quejas	1.077	277
Reclamos	17	2.108
Sugerencias	69	71
Felicitaciones	921	1.037
Total	3.593	3.740

Se realizo reclasificación de las manifestaciones de acuerdo con la circular externa de la Supersalud.

La principal causa de manifestación durante el año 2025 se presentó por: inoportunidad en la asignación de citas de medicina especializada y apoyo diagnóstico, debido al alto número de

direccionamientos por parte de las Empresas Responsables de Pago sin tener en cuenta la capacidad instalada ofertada por el Hospital.

2.5. GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Referencia y contrarreferencia hace parte del proceso de Atención al usuario, tiene como objetivo, realizar las actividades necesarias garantizar la continuidad de la atención de los pacientes, garantizar las gestiones para el traslado asistencial de pacientes, de igual manera la asignación de camas hospitalarias y el seguimiento al plan de egreso de pacientes que recibieron atención en el Hospital.

Durante el año 2025 se realizó la primera semana de socialización institucional de los procedimientos de referencia y contrarreferencias, denominada “Conociendo referencia y contrarreferencia en Fundación Hospital San Pedro”, logrando la una cobertura del 99.5%, de 381 funcionarios convocados, con evaluación al 100% de los participantes y una nota promedio de 4.5.

En el periodo 2025 se implementa formalmente el procedimiento para la asignación de camas hospitalarias, estructurado bajo criterios de priorización y dando sentido más humano a la asignación de las camas hospitalarias en benefició de los pacientes que más la necesitan,

Indicadores

- Número de pacientes remitidos: 1.396
- Número de pacientes comentados: 70.605
- Número de pacientes aceptados: 1.064
- Principales solicitudes de referencia hacia el hospital: Medicina Interna, Cirugía, Ortopedia, Ginecobstetricia, Neurocirugía.

2.6. SERVICIOS AMBULATORIOS

2.6.1 Consulta externa

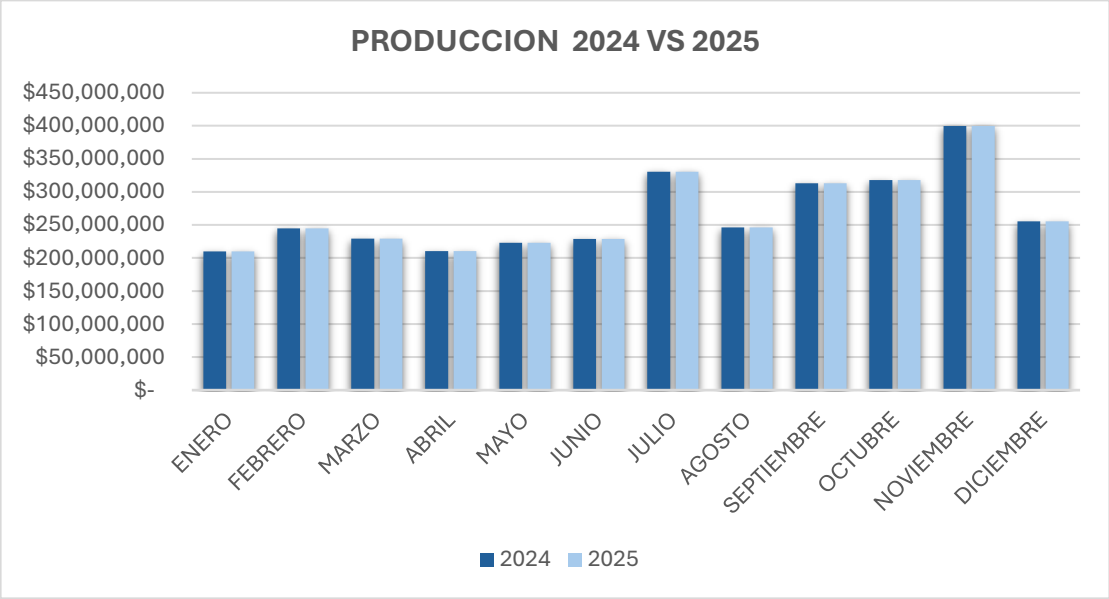
El proceso de Consulta Externa garantiza la prestación eficiente de los servicios de salud ambulatorios, asegurando accesibilidad, continuidad del tratamiento, cumplimiento de agenda programada y uso adecuado de los recursos, bajo estándares de calidad y seguridad del paciente, cuenta con 11 consultorios habilitados en los que presta atención 53 médicos de las especialidades de : Ortopedia y Traumatología (5 especialistas), Cirugía General (6),Neurología (2), Neurocirugía (1), Endocrinología (1),Reumatología (1), Dermatología (1), Neumología(1), Medicina Interna (3), Cardiología (2), Cirugía de columna (2), Otorrinolaringología (4), Urología (2), Ginecología (3), Ginecología y obstetricia (1), Perinatología (3), Oftalmología(1), la atención

se presta de lunes a viernes en jornada mañana y tarde, garantizando cobertura continua para los usuarios.

Indicadores:

En el año se obtuvieron los siguientes resultados:

Incremento en la producción del servicio



Durante el año 2025, el servicio de Consulta Externa alcanzó ingresos por ventas de $ 3.209.104.155, lo que representa un incremento de 23,7% frente al año inmediatamente anterior, equivalente a un aumento de $614.743.510, en especial debido a dos acciones de impacto:

Mejora el cumplimiento de la agenda médica:

- Cumplimiento promedio de agenda superior al 90%
- Disminución de cancelaciones no justificadas

Optimización de la ocupación de consultorios

- Ocupación promedio entre el 90 y 95%
- Mejor distribución de horarios entre los especialistas
- Control de tiempos muertos en jornada laboral

Estrategias aplicadas:

- Llamar al paciente el día anterior para recordar su hora de la cita y que debe estar 15 minutos antes, para facturar

- Recordar al paciente que debe asistir con los exámenes y autorizaciones respectivas.
- El especialista debe esperar en el consultorio hasta completar su agenda

2.6.2. Unidad funcional de cáncer del adulto

La Unidad Funcional para la Atención Integral del Cáncer del Adulto, cuenta con consulta programada de Mastología, Oncología, Hematología, Gineco-oncología, Cirugía maxilofacial, dolor y cuidado paliativo, Cirugía Oncológica y Dermatología, además de otros profesionales de apoyo como psicología, nutrición, trabajo social, enfermería, quienes durante el 2025 realizaron 20.551 consultas y 4.623 procedimientos.

En la junta de tumores se han valorado 395 pacientes, entre los cuales se encuentran todos los pacientes de primera vez con cáncer a los cuales se les definirá conducta medica en forma multidisciplinaria.

En la sala de infusión de medicamentos especiales, tenemos 14 sillas y dos cubículos para la aplicación de quimioterapia, con dos turnos de aplicación de medicamentos, en donde contamos con médico general y enfermera especialista en oncología, auxiliares entrenados en el manejo de paciente oncológico y dolor y cuidados paliativos.

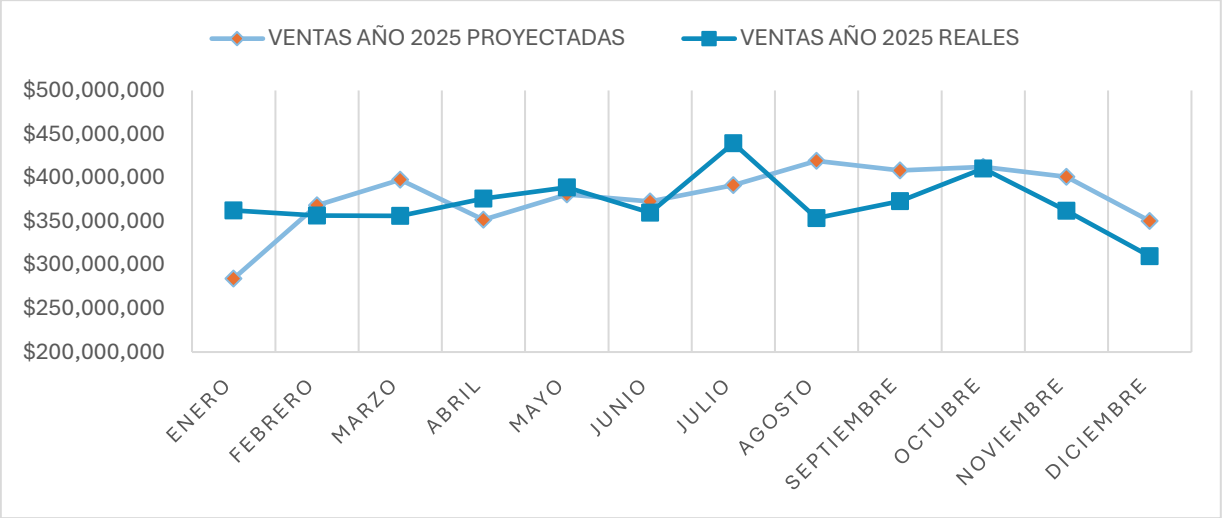
Tenemos alianzas estratégicas con instituciones como el Instituto Cancerológico de Nariño, con quienes nos articulamos para brindar el servicio de radio-oncología, y además contamos con la participación del Especialista en Radio-oncología del Hospital Departamental de Nariño.

Los días 23, 24 y 25 de abril se llevó a cabo el 1er congreso internacional de cáncer y 1ra convocatoria de investigación, en conjunto con el centro de investigaciones clínicas, se presentaron 32 conferencias por parte de 27 expositores, de las cuales 29 fueron presenciales y 3 virtuales con una participación general de 963 personas.

Los días 3 y 4 del mes de diciembre se celebró la 8va feria de la luz, con la venta de los faroles se obtuvo un aporte de aproximadamente 11 millones de pesos, los cuales serán utilizados para la alimentación y alojamiento de pacientes y familiares de bajos recursos, en la feria hubo una participación de 38 pacientes y sus colaboradores quienes presentaron los productos de sus emprendimientos.

Indicadores:

Con respecto a la producción, se cumple con el 98% de la meta planteada, facturando 4.448.202.201 millones de pesos, frente a 4.532.220.404 millones proyectados, con un promedio mensual de 378.185.034 millones.



La falta de entrega de medicamentos para aplicación de quimioterapia por algunas entidades responsables de pago, afectan directamente en la producción del proceso.

Con respecto a las barreras que corresponden a nuestra institución disminuyen con respecto a los años anteriores; aumentan las estructurales o del sistema, es decir las relacionadas a las EPS.

Los indicadores de detección temprana muestran como los pacientes llegan en estadios avanzados.

Indicador	Meta	2025
Oportunidad diagnostica cáncer de cérvix	15	15
Oportunidad diagnostica cáncer de mama	15	45
Oportunidad diagnostica cáncer UFCA	15	32
Oportunidad inicio de tratamiento cáncer UFCA	15	42
Oportunidad inicio de tratamiento cáncer de cérvix	15	42
Oportunidad inicio de tratamiento cáncer de mama	15	48
Detección temprana cáncer de cérvix	80%	22.00%
Detección temprana cáncer de mama	60%	18%

Indicador	Meta	2025
Cumplimiento a tratamientos oncológicos quimioterapia	95%	87%
Continuidad de tratamiento oncológico- radioterapia	90%	77%
Cumplimiento a tratamiento oncológico - cirugía oncológico	80%	77%
Tratamientos terminados de quimioterapia	85%	32%
Tratamientos terminados de radioterapia	85%	94%
Pacientes fallecidos en tratamiento de quimioterapia y radioterapia	5%	2.70%

2.6.3. Unidad renal

La unidad renal de la Fundación Hospital San Pedro es un servicio en el cual se atiende al paciente tanto en urgencia dialítica como en forma crónica, con la participación de un equipo multidisciplinario**.**

Para el año 2025 la unidad renal tuvo un crecimiento de 4 % con Ventas reales de 4,082,096,923

Dentro de la ampliación de servicios hospitalarios se cuenta con planta de osmosis alterna ubicada en UCI norte que favorece la calidad en la prestación del servicio, además se ha obtenido resultados excelentes en los reportes de calidad de agua para las terapias de hemodiálisis, evitando los riesgos de complicaciones asociadas a este proceso.

El personal asistencial de unidad renal cada año recibe actualización y certificación en terapias de reemplazo renal hemodiálisis y diálisis peritoneal por el laboratorio VANTIVE el cual es una institución con reconocimiento a nivel internacional.

2.6.4. Unidad de trasplantes

La Unidad de trasplantes Renales de la Fundación Hospital San Pedro, única en el Departamento de Nariño y habilitada en enero de 2022, atendiendo hasta el año 2024 las alertas de toda la red de Unidades generadoras del Departamento hasta el año 2025 cuando desde el Instituto Nacional de Salud se determina que cada unidad generadora gestione sus propias alertas

Alertas atendidas 2022-2025:

Año	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep.	Oct	Nov	Dic	Total
2022	0	0	6	5	11	8	7	11	11	6	9	7	81
2023	6	4	6	5	7	9	7	6	9	2	7	8	76
2024	7	6	10	7	8	6	6	5	5	8	7	5	80
2025	6	6	4	3	4	7	3	4	3	2	1	2	45

Se han realizado rescates efectivos cuyos órganos se han enviado en especial a unidades trasplantadoras de Cali y Bogotá

Rescates

Año	Riñón	Corazón	Hígado	Páncreas	Total, órganos	Total, pacientes
2022	12	2	1		15	6
2023	16	1	2		19	8
2024	10	0	1		11	5
2025	14	1	4	3	22	7
Total	52	4	8	3	67	26

Además, la Unidad de Trasplantes realiza Cirugía Hepatobiliar a los pacientes que lo requieren y se ha intervenido por cirugía hepatobiliar 159 pacientes desde enero del 2022, con un promedio de 40 pacientes al año.

Producción de la Unidad de Trasplantes			
Año	2024	2025	Diferencia
Total	228,909,983	431,304,892	202,394,909

En el año 2025 se logró realizar rescate de páncreas, se logró contratación de trasplantes con las principales Empresas Responsables de Pago y se realizó la Fase I protocolo de evaluación del receptor a 3 pacientes.

2.7. SERVICIOS HOSPITALARIOS

2.7.1. Urgencias medico quirúrgicas

El servicio de Urgencias Médico quirúrgicas es la puerta de entrada principal hacia los procesos hospitalarios. Durante 2025, el Servicio mantuvo una atención oportuna, segura y humanizada, pese a la sobreocupación sostenida por el aumento en la demanda y la limitada disponibilidad de camas. Se fortalecieron estrategias de gestión de flujo, articulación con hospitalización y especialidades, y monitoreo de indicadores, mitigando el impacto en tiempos de espera y garantizando la calidad asistencial.

El Programa de Atención Integral al ACV avanzó significativamente hacia su certificación, fortaleciendo rutas, tiempos de atención y trabajo interdisciplinario. En 2025 se inició formalmente el proceso de certificación como Centro Avanzado de ACV ante la World Stroke Organization (WSO), desarrollando capacitaciones, simulacros de visita con acompañamiento del Ministerio de Salud y la Fundación Valle del Lili, autoevaluaciones y envío de documentación, quedando pendiente la visita oficial.

En el marco del Día Mundial del ACV se realizaron actividades académicas y comunitarias, incluyendo un simposio con 200 asistentes, capacitaciones en calidad y seguridad del paciente, y una carrera atlética con cerca de 400 participantes, fortaleciendo la atención, la promoción de estilos de vida saludables y el posicionamiento regional del hospital.

Indicadores

Indicador	2024	2025
Atención de Pacientes	34.796	33.307
Egresos efectivos	14.015	14.19
Procedimientos menores realizados en urgencias	36.99	46.415
Procedimientos quirúrgicos de urgencias	4.994	5.244
Interconsultas	68.771	112.821
Producción	$16,173,010,657	$19,334,054,292

En el año 2025 hay una disminución del número de pacientes que ingresan al servicio de urgencias, pero se observa una mayor complejidad de las patologías, lo cual es el objetivo al cual se apunta institucionalmente, es así como a pesar de que el número de atenciones disminuyó, la producción del servicio se ve incrementada con relación al año 2024.

Para el año 2026 se propone una meta de producción de crecimiento del 10%, frente a lo cual se continuará con las estrategias de gestión de direccionamiento con EPS aliadas estratégicas con priorización de casos con mayor fortaleza en el servicio de urgencias.

Indicador	2023	2024	2025
Promedio día estancia	2.2	2.1	2.2
Porcentaje de ocupación	134%	150%	161%
Giro cama	17.8	18.5	18.99

Durante el año, el servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas se mantuvo en sobreocupación, principalmente por el mayor direccionamiento de pacientes desde el CRUE y las EPS, así como

por la consulta espontánea, debido al reconocimiento de la institución como centro de alta complejidad y calidad.

Frente a esta situación, se fortaleció la optimización del triage mediante reentrenamiento del personal y aplicación estricta de la clasificación, además de la articulación con entidades remitentes para evitar remisiones no justificadas y garantizar atención resolutiva según el nivel de complejidad. Internamente, se reforzó la gestión de camas, el "giro cama" efectivo y estrategias de egreso programado y sin barreras.

Se desarrollaron acciones de educación comunitaria sobre el uso adecuado de urgencias y se mantuvo articulación con IDSN y EPS para casos con demoras en remisión a otras instituciones. Pese a la sobreocupación, el giro cama y el promedio de estancia se mantuvieron estables frente a 2024, gracias a la estandarización de protocolos y criterios de ingreso y permanencia.

Indicador	Meta	2023	2024	2025
Oportunidad de la atención en triage 2	30	29	24.05	25

En 2025, el indicador de Triage 2 se mantuvo dentro de la meta establecida, reflejando un adecuado desempeño en la atención de pacientes urgentes. Este resultado evidencia un control sólido y eficaz en la priorización y manejo oportuno de emergencias reales.

En el año 2025 se mejoró la tecnología disponible con la consecución de equipos como:

Cantidad	Equipo
1	Ecógrafo
1	Electrocardiógrafo
5	Sillas de ruedas
7	Camillas
8	Tablet Lenovo
68	Cortinas para cubículos

2.7.2 Hospitalización

El proceso de hospitalización busca garantizar la atención integral, segura, humanizada y oportuna de los pacientes, optimizando la gestión clínica, el uso eficiente de camas y la coordinación médico–asistencial, con el fin de aportar a los resultados institucionales en salud y la sostenibilidad operativa.

Durante el año 2025, se impulsó el crecimiento profesional del personal mediante el diseño e implementación del Diplomado en Cuidado Crítico Materno realizado desde el mes de octubre al mes de diciembre que incluía la participación de 25 profesionales de medicina y enfermería, construido con base en las necesidades reales del servicio y apoyado por laboratorios de simulación y especialistas clínicos. Asimismo, se capacito a 45 profesionales de enfermería certificándose en Terapias de Infusión AESCULAP–B. Braun, fortaleciendo la seguridad en el manejo de accesos vasculares.

En materia de seguridad del paciente, gestión clínica y alta temprana, se implementaron pantallas para la visualización de riesgos, estrategia que contribuyó a reducir las caídas y fortalecer la prevención entre el año 2024 y el año 2025 se observa una mejoría significativa en el indicador de úlceras por presión, pasando de un promedio anual de 1.89 en 2024 a 0.88 en 2025. Esta reducción del 53% demuestra un fortalecimiento en las prácticas de prevención, mayor consistencia en el cuidado y un mejor control del riesgo en los pacientes hospitalizados.

Paralelamente, la implementación de 74 tableros de necesidades del paciente en la cabecera de la cama permitió una mayor visibilidad de prioridades de cuidado, promovió la participación del paciente y su familia, y facilitó la comunicación en los relevos de turno con un enfoque en seguridad.

Producción

La producción consolidada del servicio de hospitalización para el año 2025 alcanzó un total de: $27,986,673,627. Este resultado representa un desempeño superior frente a la vigencia anterior:

- **Producción 2024:** $23,307,477,525
- **Incremento anual:** cercano al **20%**

Se evidencia un Cumplimiento total 2025: 108% frente a lo proyectado. En la totalidad de los meses, las ventas reales superaron las metas esperadas, destacando periodos de crecimiento especialmente alto en el primer y segundo trimestre.

Producción por Unidad Funcional:

Unidad funcional	Producción	%de participación
Hospitalización Quirúrgicas Bloque A	$5,943 MM	21.20%
Hospitalización Médico Interna	$4,452 MM	15.90%
Hospitalización Quirúrgicas Bloque B	$4,202 MM	15.00%
Hospitalización Quirúrgicas Cuidado Especial	$4,141 MM	14.80%
Hospitalización Ginecoobstetricia	$4,104 MM	14.70%

Fuente: Reporte Producción SIO SALUD

En conjunto, estas cinco líneas concentran **más del 80%** de la producción total del servicio.

El análisis según tipo de asegurador muestra una fuerte concentración en el régimen **Subsidiado**, que representa la mayor parte de la facturación.

Régimen Subsidiado – Total: $18,937,392,712

Principales aportantes:

- **EMSSANAR:** $12,637 millones
- **Nueva EPS:** $2,922 millones
- **Mallamas:** $2,769 millones

Régimen Contributivo – Total: $5,875,162,665

Principales aportantes:

- **Nueva EPS:** $4,233 millones
- **Sanitas:** $566 millones
- **EMSSANAR:** $814 millones

SOAT – Total: $911,286,363

Otros (Particulares, Prepagada, ARL, Entidades): Total aproximado: **$1,468 millones.**

Indicadores :

Dinámica Hospitalaria 2024 vs. 2025		
Indicador	Año 2024	Año 2025
Giro de camas	6.8	10.7
% de ocupación	97.30%	96%

Dinámica Hospitalaria 2024 vs. 2025		
Indicador	Año 2024	Año 2025
Mortalidad <24h	0	0
Mortalidad <48h	3	0
Mortalidad >48h	110	135

La mortalidad tardía (>48h) muestra un incremento (135 vs. 110), asociado a mayor severidad de casos, infecciones asociadas, complicaciones posquirúrgicas y estancias prolongadas por lo que se ha robustecido la auditoria concurrente en los procesos.

2.7.3 Cirugía

Durante el año 2025, el Servicio de Quirófano alcanzó avances significativos en la mejora de infraestructura, fortalecimiento del talento humano y optimización de los procesos asistenciales. La adecuación integral del revestimiento de pisos en salas quirúrgicas con materiales especializados de alta densidad y propiedades bacteriostáticas elevó las condiciones de bioseguridad y cumplió estándares normativos, representando un impacto positivo en la reducción del riesgo de contaminación cruzada.

Igualmente, se consolidó la disponibilidad continua de talento humano especializado en pediatría, hospitalarios para ayudantía quirúrgica con cobertura nocturna, garantizando atención oportuna, especialmente en horarios críticos con alta demanda de urgencias y emergencias.

Entre los principales resultados se destaca la mejora en la adherencia a los protocolos médicos y de enfermería, obteniendo auditorías internas satisfactorias; el incremento en el cumplimiento de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura, particularmente en la administración de profilaxis antibiótica dentro del tiempo recomendado; una evaluación de satisfacción de 5/5 en procesos de referenciación; el cumplimiento del 100% en inducción y plan de capacitación; y la optimización en la programación y coordinación quirúrgica.

Un impacto relevante del 2025 fue la incorporación de tecnología quirúrgica avanzada, incluyendo láser Lumenis 120H, morcelador Piranha, ureteroscopios flexibles y equipo para enucleación láser de próstata, lo que posiciona a la Fundación Hospital San Pedro como pionera regional en procedimientos mínimamente invasivos, ampliando el portafolio de alta complejidad y potencialmente incrementando la competitividad institucional en 2026.

En el análisis de la producción del servicio de quirófano se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta institucional establecida (12%), respaldado por un crecimiento sostenido en la producción, que paso de $29,164,599,469 en el año 2024 a $32,552,779,984 en 2025, reflejando un incremento significativo en la actividad y eficiencia operativa del servicio; durante

el año 2025 se realizaron 25.895 procedimientos quirúrgicos, dentro de los cuales los grupos quirúrgicos más frecuentes correspondieron a los clasificados entre 8 y 13, lo que demuestra una alta demanda en estos segmentos y respalda la consolidación del servicio como un componente estratégico en la atención quirúrgica institucional.

Indicadores:

Cirugía programada a más de 60 días por agenda no disponible del especialista: meta 5 %

El indicador pasa de 16,21% en 2024 a 17,77% en 2025, muy por encima de la meta 5,0%, el comportamiento confirma que la principal especialidad que desvía el indicador es ortopedia ambulatoria (alta demanda de pacientes con Dr. Jesús Bastidas – Dra. Elisa Novillo) y que las demoras se explican tanto por la no aceptación del paciente hacia la especialidad disponible como por la insuficiente disponibilidad de agenda; la intervención de subgerencia con consulta externa para informar a las aseguradoras y redireccionar pacientes es un paso adecuado ante la capacidad instalada superada, además de estrategias realizadas con jornadas quirúrgicas por esta especialidad los días sábados, para poder garantizar mayor oportunidad en agenda.

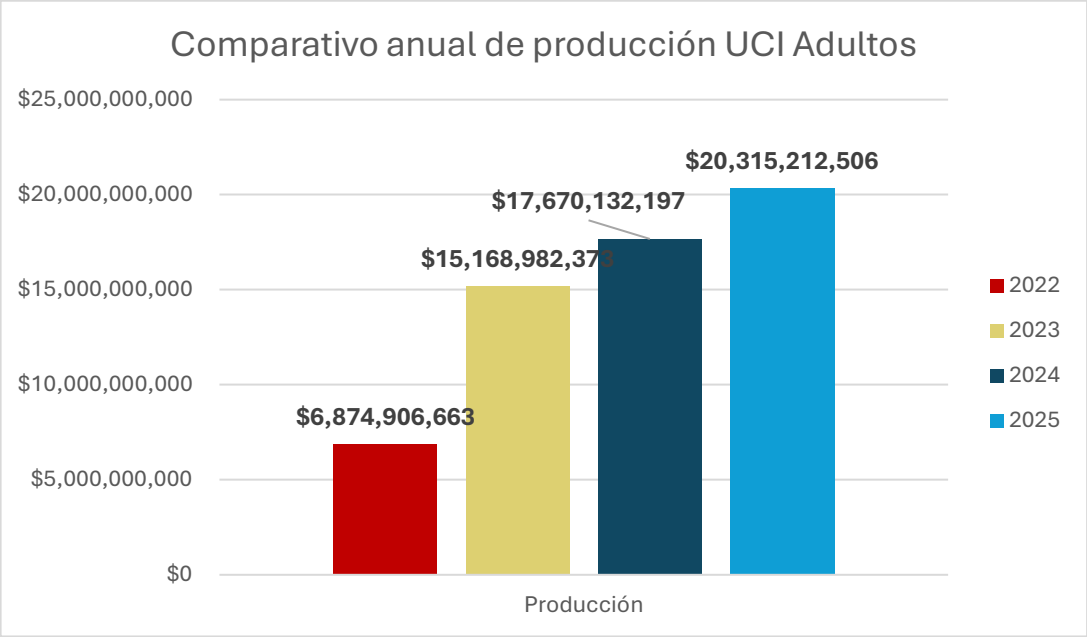
2.7.4. Unidad de cuidados intensivos e intermedios adultos

Durante el año **2025** se logra cumplir las metas propuestas en producción con un crecimiento del 16%, y se consolidó una gestión centrada en la **humanización del cuidado crítico**, logrando la transición efectiva hacia un modelo de **"UCI de Puertas Abiertas"**. Este avance permitió integrar de manera activa a la familia en el proceso de recuperación y el fortalecimiento de la comunicación empática, lo que derivó en una reducción significativa de la ansiedad familiar y una mejora en la adherencia al tratamiento.

Producción de Servicios (Actividad Asistencial)

En cuanto a producción para el año 2025 se logró cumplir con la meta definida y superarla con un % de 116%, un crecimiento del 15% con respecto al año anterior.

En el grafico se evidencia el crecimiento en producción del servicio desde el año 2022, los datos de 2022 a 2023 representan el inicio de funcionamiento del área de cuidado intensivo norte.



	UCI			Intermedios		
Ítem	**2023**	**2024**	**2025**	**2023**	**2024**	**2025**
Giro de camas	6.6	5.7	5.8	7.09	8.04	6.7
% De ocupación	77%	85%	88%	80.1	83.3	86.9
Promedio de estancia	4.9	4.8	5.0	3.3	3	3.9

En cuanto a Indicadores de dinámica hospitalaria durante 2025 se ha logrado mantenerlos dentro de las metas definidas, solamente en el mes de marzo la ocupación se encontró por debajo de la meta, manteniendo el giro cama y el promedio estancia sin variación, comparativamente con años anteriores se evidencia mejora.

Para fortalecer el aprendizaje y crecimiento organizacional se realizó la certificación de 28 enfermeras en Terapias de infusión Aesculap – Braun.

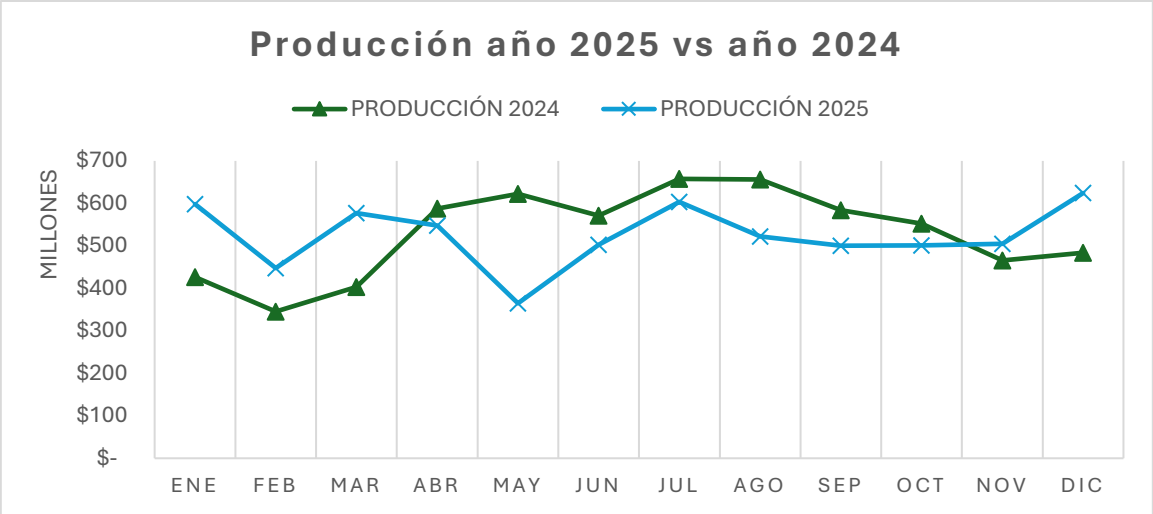
Además, en el 2025 participo 1 especialista, 2 médicos hospitalarios, 2 enfermeras en actualización Terapias extracorpóreas, avalado por U del Rosario

Durante el **III Simposio Regional Sur Occidente: 'Promoviendo la excelencia en la Unidad de Cuidados Intensivos'** Participo como ponentes director UCI, coordinación de enfermería, coordinación de fisioterapia y equipo de fisioterapia

Renovación Tecnológica en la UCI, mediante la sustitución estratégica de 4 equipos de soporte respiratorio Marca Mindray SV300 y 1 ventilador mecánico de transporte. Esta actualización, concretada el 4 de noviembre de 2025, dota al servicio de herramientas elevando el estándar de seguridad y precisión en el tratamiento del paciente crítico.

2.7.5 Unidad de cuidados neonatales

Durante el año 2025 la Unidad de Cuidados Neonatales presenta una menor ocupación en el servicio, disminuyendo la ocupación en intensivos, lo que se ve reflejado en una disminución de la producción en 1% en el presente año; pasando de $6,356,839,418 en el año 2024 a $6,294,586,796 en el año 2025.



Indicador	Meta	2024	2025
Giro cama	2.5 Días	2.3	2.5
Promedio día estancia	10 días	11.6	9.9

En cuanto a las manifestaciones del paciente se recibió: PQRS**:**

Tipo	Sugerenc.	Queja	Petición	Reclamo	Total
2024	11	5	4	1	21
2025	6	4	1	4	15

Se disminuyó el número de manifestaciones de 21 en 2024 a 15 en 2025.

Felicitaciones		Total
2024	60	81
2025	77	92

2.8. SERVICIOS APOYO

2.8.1. Rehabilitación

Durante el año 2025, el servicio de Rehabilitación se caracterizó por la sostenibilidad de sus procesos asistenciales, logrando mantener altos niveles de satisfacción de los usuarios. Esto se reflejó en el significativo número de felicitaciones recibidas durante el periodo, dirigidas al personal de terapeutas y auxiliares de enfermería, lo que resalta la calidad humana y profesional del servicio.

Se alcanzó un cumplimiento del 90 % en el indicador de efectividad, superando la meta institucional establecida en el 80 %.

El servicio participó activamente en la implementación del Código ACV, garantizando la atención oportuna e integral de los pacientes, mediante el trabajo articulado de las diferentes áreas de rehabilitación: terapia física, fonoaudiología, terapia ocupacional y terapia respiratoria, contribuyendo a mejores desenlaces clínicos y continuidad del cuidado.

Desde el punto de vista financiero, el servicio alcanzó una producción de $3.726.591.492 durante el año 2025, lo que representa un crecimiento aproximado del 5 % respecto al año 2024, lo cual evidencia una gestión eficiente y sostenible de los recursos.

2.8.2. Apoyo diagnostico

El Proceso de Apoyo Diagnóstico se divide en tres subprocesos:

- Gastroenterología, Cirugía Vascular periférica, Cardiología.

- Perinatología e Imagenología, incluyendo Tomografía, Rayos X, Resonancia, Ecografía e Intervencionismo básico.
- Servicio de Angiografía y Hemodinamia, gestionado de manera independiente por su complejidad.

Gastroenterología

Durante el 2025, se fortaleció de manera significativa la seguridad del paciente mediante el control de riesgos su capacidad diagnóstica y el talento humano:

- Presencia permanente de anestesiólogo en todos los procedimientos.
- Disminución de eventos adversos y reducción en la activación de códigos azules.
- 100% de los procedimientos realizados bajo sedación, garantizando seguridad y confort del paciente.
- Ingreso de dos gastroenterólogos más.
- Inclusión de procedimientos avanzados: mucosectomía, ligadura de hemorroides, colocación de stents esofágicos y duodenales.
- Participación en la investigación programa HOPE, estudio de investigación de carácter internacional y en la definición de la Ruta Integral de Atención en Salud de Cáncer de Estomago.
- Obtención de la certificación de excelencia en endoscopía digestiva alta para la prevención del cáncer gástrico, otorgada por la Organización Panamericana de Gastroenterología y el CECAN.

Cardiología

- Ingreso de un cardiólogo de base, completando el equipo especializado.
- Vinculación de un médico general de enlace para la articulación clínica.
- Ampliación de los equipos diagnósticos y fortalecimiento operativo del servicio.

Angiografía y Hemodinamia

- Implementación de procedimientos de alta complejidad: MICRA (electrofisiología), SPYGLASS Implante de endoprótesis bifurcada de aorta ilíaca (vascular), Cierre de foramen oval con dispositivo endovascular (hemodinamia), Manejo avanzado de aneurismas con dispositivos de última tecnología (PCONUS y distribuidores de flujo, neuro intervencionismo).
- Implementación del 100% de la metodología de costos para procedimientos nuevos en articulación con contratación.

Imagenología

- Adquisición del equipo portátil Mobieye 700 con control remoto, motor, flat panel para neonatos y visualización inmediata de imágenes.
- Ingreso de médico especialista en radiología sub especializado en Neuro radiología fortaleciendo el proceso de lectura de esta área y la respuesta a rutas como la de código ACV
- Introducción de artroresonancia.
- Aplicación del 100% de B-AcAF de tiroides con técnica ROSE, disminuyendo reprocesos.
- Consolidación como centro de referencia único para biopsia renal.
- Implementación del RIS CWM, un Sistema de Información Radiológica que permite la gestión integral del flujo de trabajo, administración de informes, agendas, inventarios y trazabilidad de procesos radiológicos, optimizando la eficiencia y productividad institucional.

Producción

Imagenología			
Año	**2024**	**2025**	**% crecimiento**
Producción	15,409,499,852	18,299,022,554	19%
Utilidad bruta	12,130,495,039	15,585,032,244	28%
Rentabilidad	62%	63%	

Servicio	Gastroenterología			Perinatología		
Año	**2024**	**2025**	**% crec**	**2024**	**2025**	**% crec**
Producción	4,084,388,488	5,494,028,752	35%	1,119,897,674	1,396,209,512	25%
Utilidad bruta	1,776,662,846	3,025,060,852		412,697,958	441,996,875	
Rent. Producción	45%	56%		37%	36%	

Servicio	Vascular			Cardiología		
Año	2024	2025	% crec	2024	2025	% crec
Producción	1,271,220,780	1,316,646,172	4%	1,704,176,126	2,067,811,558	21%
Utilidad bruta	404,091,685	252,815,292		921,086,247	1,329,835,053	
Rent. Producción	32%	21%		57%	67%	

Servicio	Angiografía		
Año	2024	2025	% crec
Producción	5,113,023,828	9,586,284,839	87%
Utilidad bruta	2,401,220,559	4,801,832,191	
Rent. Producción	56%	61%	

2.8.3. Patología

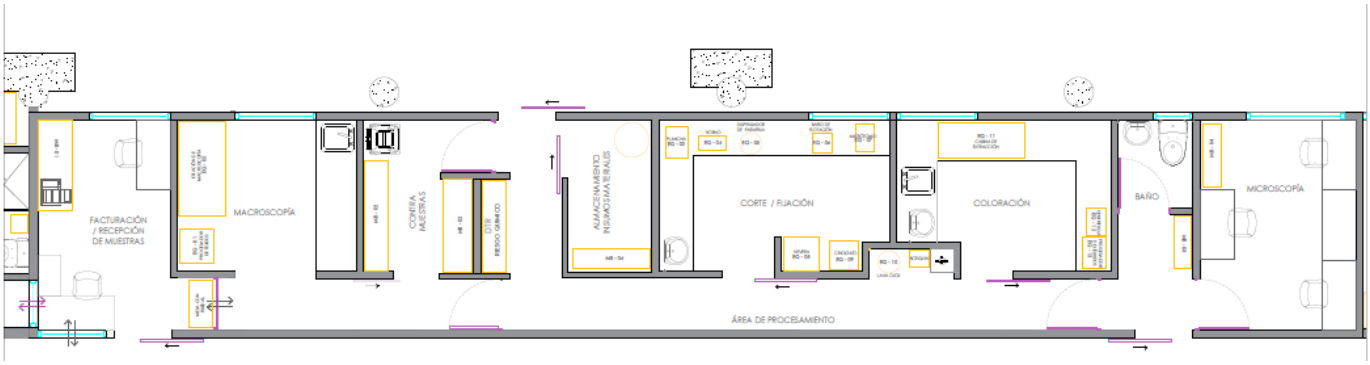
El Servicio de Patología asegura procesos histopatológicos confiables, oportunos y alineados con los estándares institucionales para el soporte diagnóstico de especialidades clínicas y quirúrgicas.

Durante todo el año se fortaleció la interdependencia con mejor manejo de casos, especialmente de mama, para lo cual se cuenta con la junta multidisciplinaria que reúne especialistas de patología, radiología y oncología.

Radiólogos y oncólogos, también se ha trabajado mano a mano con radiología en la mejora de la recolección de muestras de tiroides y líquidos entre otros.

Durante el 2025 se avanzó de manera significativa en la remodelación integral del área de Patología, contemplando un rediseño completo del área, con separación adecuada de áreas y flujos de trabajo. Espacios específicos para macroscopía, inclusión, corte, tinción, montaje, citología y archivo. Zonas adecuadas para almacenamiento temporal de residuos y materiales químicos. Mejora en áreas de trabajo, iluminación, ventilación y ergonomía, favoreciendo la seguridad del personal.

Los planos arquitectónicos actualizados, correspondientes al proyecto de remodelación, se incluyen como soporte del avance de obra.



Plano del área

El fortalecimiento tecnológico del servicio continuará con la instalación y puesta en marcha de los siguientes equipos, actualmente en proceso de alistamiento para su uso en el área nueva:

- Horno de secado para histología.
- Central de inclusión.
- Nevera.
- Estación de macroscopía con sistema de extracción.

Estos equipos permitirán optimizar tiempos de procesamiento, mejorar calidad diagnóstica y cumplir estándares de bioseguridad.

Dado que el servicio utiliza sustancias químicas de alto riesgo como formaldehído, xilol y solventes, la nueva área fue diseñada con medidas reforzadas de seguridad:

Sistema mecánico de inyección y extracción de aire con renovación permanente y filtros químicos, Campana extractora para coloración, Rutas seguras para residuos químicos y biológicos.

2.8.4. Laboratorio clínico

El año 2025 se destaca por un fortalecimiento en la sostenibilidad financiera, alcanzando una rentabilidad del 57%frente al 54% de 2024, con una utilidad neta de $8.430.298.848 (corte a septiembre Informe de Balance por Centro de Costos). En relación con los costos, se destaca la disminución del 31% en horas extras y recargos, con un control del gasto operativo sin afectar la prestación del servicio.

Producción

Se alcanzó una producción acumulada de $19.844.431.126, representando un cumplimiento del 95.73% frente a la meta del 10% de crecimiento planteada. Se tuvo incremento en la producción versus el año 2024.

Año	Meta	Producción acumulada	Cumplimiento
2024	8%	$18,819,658,200	109.72%
2025	10%	$19,844,431,126	95.73%

El año 2025, a nivel de implementaciones de sistemas de información, se finalizó la del Software GENWEB plus, que permite el seguimiento de gases arteriales de UCI objetivo del programa de POCT.

2.8.5. Banco de sangre

El banco de sangre demuestra un trabajo colaborativo que deja una rentabilidad del 31%.

Durante el año 2025 se colecta en total 6904 donantes, si bien no cumple la meta de captación planteada, que permite satisfacer la demanda interna y externa de hemocomponentes.

Se evidencia el resultado de las intervenciones realizadas en cuanto a la oportunidad de la entrega de hemocomponentes y su aplicación, logrando mejorar sustancialmente el indicador frente a años anteriores.

Indicadores banco de sangre	Meta	2023	2024	2025
Oportunidad de entrega de hemocomponentes inmediata	**15 minutos**	12,5	12,5	10,9
Oportunidad de entrega de hemocomponentes muy urgente	**60 minutos**	67,4	49,5	50,7
oportunidad de entrega de hemocomponentes urgente	**180 minutos**	130,7	123,7	129,5

El resultado de control de calidad externo del año 2025 está en 100% de cumplimiento tanto en los controles del Instituto Nacional de Salud como en los controles de desempeño de tercera opinión de comparación internacional.

Se logra incrementar la fidelización de donantes de sangre total y aféresis de plaquetas, posicionándonos como la única institución del sur occidente colombiano que realiza y mantiene la oferta de este último a través del tiempo.

2.8.6. Servicio farmacéutico

En junio de 2025, la Institución obtuvo la recertificación en Buenas Prácticas de Elaboración por cinco años más tras la visita del INVIMA, certificando también una nueva línea automatizada para nutriciones parenterales, lo que mejora la calidad de las preparaciones, la seguridad del paciente y el control de infecciones.

En el año 2025, se logró optimizar el aprovechamiento de ampollas con respecto del 2024, en un 30% de optimización en el uso de opioides y sedo analgesia; impactando directamente en disminución en compras de estos.

Producción del servicio farmacéutico efectivamente obtenida fue de $94.275.355.389, lo que representa un crecimiento del 11,7 % respecto al año 2024.

En cuanto al balance contable del servicio farmacéutico, se determinó para el año 2025 con corte a septiembre 30, una rentabilidad del 47 %,

Se logro el control total de dispensación de medicamentos de control especial desde el proceso de central de mezclas farmacéuticas, impacto en uso racional de los mismos de parte de personal asistencial y paciente.

2.8.7. Vigilancia epidemiológica

El Comité de Vigilancia Epidemiológica consolidó su rol en la gestión del riesgo institucional, evidenciando mejoras significativas en desenlaces maternos y perinatales, así como fortalecimiento del análisis epidemiológico con enfoque predictivo mediante uso de herramientas informáticas.

En el componente materno el resultado más relevante del período fue la reducción a cero “o” muertes maternas directas, de manera complementaria, la mortalidad perinatal presentó reducción significativa en 2025 con 13 casos.

Aunque los casos de morbilidad materna extrema - MME aumentaron (557 en 2025 vs. 495 en 2024), este comportamiento se asocia al fortalecimiento del rol institucional como centro de referencia regional de alta complejidad.

Respecto a la vigilancia centinela IRAG continuamos siendo parte de las 12 unidades centinelas del país durante 10 años continuos, durante el periodo se procesaron 436 muestras, igualmente en el marco del programa de tuberculosis se realizaron 813 pruebas PPD, fortaleciendo la detección precoz y tratamiento oportuno de TBC latente.

Se certificaron 21 líderes en Código Rojo a través del Diplomado en Emergencias Obstétricas, fortaleciendo la realización de simulacros de Morbilidad Materna Extrema, alcanzando un 100% de cumplimiento en la ejecución de simulacros programados en el 2025.

2.8.8. Promoción y mantenimiento de la salud

Durante el año 2025, se definieron acciones estratégicas que permitieron fortalecer el impacto de programa de PYM, que incluyen:

- Capacitación del personal en el Programa de Promoción y Mantenimiento (PYM), con el objetivo de fortalecer el conocimiento y la aplicación de los lineamientos establecidos, a través de plataforma Moodle, logrando la participación y evaluación de 730 trabajadores.
- Participación en las diferentes celebraciones de días mundiales programados: Semana ACV, Semana de Seguridad del Paciente, Semana de lactancia Materna

Participación en semanas específicas de promoción de la salud 2025	
Actividad	**Participantes**
Campaña de seguridad del paciente	1373 trabajadores
Campaña de ACV	400 trabajadores 1000 personas extramurales 400 inscritos en carrera atlética 270 asistentes a simposio
Campaña de lactancia materna	1180 trabajadores
Campañas de salud mental (incluye prevención de suicidio y violencia)	829 trabajadores

Participación en semanas específicas de promoción de la salud 2025	
Actividad	**Participantes**
	6741 visualizaciones de video en redes sociales

- Estrategia de Refuerzo Educativo; dentro de esta estrategia se alcanza la siguiente cobertura en actividades de Educación por parte del personal en formación.

Participación en estrategia de refuerzo educativo 2024-2025	
2024	**2025**
Estrategia de Refuerzo Educativo con estudiantes	**Estrategia de Refuerzo Educativo con estudiantes**
4923 pacientes, familiares o cuidadores educados 9319 actividades educativas ejecutadas	5838 pacientes, familiares o cuidadores educados 11524 actividades educativas ejecutadas

Fuente: Drive Refuerzo Educativo 2024-2025

- Actividades de Promoción y Mantenimiento de la Salud. El total de actividades de PYM, capturadas desde la Matriz CONSOLIDADO DE EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION CODIGO: FO-PV-023, se ilustra en la siguiente tabla

Actividades de PYM 2023 - 2025			
Ruta	**2023**	**2024**	**2025**
Promoción y mantenimiento	442.172	324.091	222.192
RIAMP	57.910	56.546	83.277
Cáncer de cuello uterino	837	1.342	177
Cáncer de mama	801	1.233	289
Otros tipos de cáncer	65	5.060	312
Cardio vascular metabólica	6.482	15.510	9.696
Infecciosas	34.035	15.585	18.209
Salud mental	3.253	18.732	22.002
Total	**548.331**	**439.508**	**357.538**

Dentro de las actividades de Promoción Y Mantenimiento, se realizó la identificación de los servicios que remiten pacientes para continuidad del manejo, como es el caso de:

- Los Recién Nacidos Prematuros y su articulación con el programa canguro y vacunación;
- Desde Consulta Externa la remisión a los programas de acuerdo con los ciclos de vida y las Rutas Integrales de Atención en salud;
- En UFCA y Unidad Renal la garantía de la continuidad de los tratamientos, a través de la gestión de casos de manera individualizada,
- Vigilancia Epidemiológica y el seguimiento de los trabajos de campo en todas las enfermedades de salud pública priorizadas
- Unidad de Trasplantes con el seguimiento individualizado a los donantes y pacientes.
- Urgencias seguimiento a pacientes por ACV

2.8.9. Comité de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud-IAAS Y PROA

Durante la vigencia 2025, el Comité de Infecciones de la Fundación Hospital San Pedro desarrolló de manera continua y sistemática las acciones establecidas en el Plan de Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y el Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA), orientadas a la gestión del riesgo en salud y al fortalecimiento de la seguridad del paciente.

Como parte de este proceso, se generaron de manera trimestral los informes de consumo de antibióticos, medidos en Dosis Diarias Definidas (DDD), concluyendo que durante el año 2025, se realizó de manera satisfactoria la determinación de la DDD para cada uno de los servicios asistenciales, evidenciándose un comportamiento adecuado de consumo de antibióticos, siguiendo principalmente las recomendaciones incluidas en la guía de manejo de infecciones del Hospital y las intervenciones realizadas por el Comité de Infecciones. De igual forma durante este periodo se llevó a cabo seguimiento de las intervenciones farmacéuticas relacionadas con el uso adecuado de antimicrobianos, así como el seguimiento de los demás indicadores establecidos dentro del programa, contribuyendo al uso racional de los antimicrobianos y al control de la resistencia bacteriana.

Indicadores:

Nombre	Meta	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023	Año 2024	Año 2025
Índice global de IAAS	<2.5	2.0	2.0	1.6	0.9	0.9	0.7
Incidencia de infección sitio operatorio	<1	0.6	0.6	0.8	0.6	0.8	0.6

Índice global de IAAS

El índice global de IAAS durante 2025 presento un acumulado de 0.7 IAAS por cada 100 egresos, valor por debajo de la meta (menor de 2.5 IAAS por 100 egresos) e inferior al presentado en años anteriores, siendo meritorio este resultado en cuanto a la prevención y control de las IAAS.

Incidencia de infección sitio operatorio

La proporción del indicador de Infección Asociada a Procedimiento Médico-Quirúrgico (IAPMQ) presenta una tasa de 0,6, valor inferior a la meta institucional establecida de 1,0. La tasa acumulada se encuentra dentro del rango normal tolerable y es inferior a la registrada en el año anterior, periodo en el cual se alcanzó una tasa de 0,8.

La institución se consolida como referente y líder académico en la prevención y control de infecciones, evidenciado en la realización exitosa del V Simposio de Prevención y Control de Infecciones, que contó con la participación de 464 asistentes. Este espacio académico permitió la actualización en temas de infecciones asociadas a la atención en salud, resistencia bacteriana y optimización del uso de antimicrobianos, fortaleciendo la articulación entre profesionales de distintas disciplinas y promoviendo la cultura de seguridad del paciente. Asimismo, el simposio continúa posicionándose como uno de los eventos de mayor acogida a nivel regional.

2.8.10. Estrategia IAMI-I (Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia Integral)

Durante 2025, como institución IAMI con enfoque integral, continuamos aportando a la atención segura al binomio madre hijo a través de la aplicación juiciosa de la normatividad colombiana vigente para la atención de esta población, contribuyendo a la disminución de la

morbimortalidad materna e infantil y avanzando en el trato amable, cálido y respetuoso que permitió a las familias experiencias positivas durante su paso por la institución,

Se ofreció Consejería en alimentación del lactante y niño pequeño con abordaje integral: Experiencia innovadora, transformada para que sea una vivencia integral en cuidados de la madre, el recién nacido y la lactancia materna, con resultados positivos, medibles que le aportan a un egreso seguro. Se realizó el apoyo a las madres con los lineamientos del paso 5 y 6 de IAMII a través de consejería integral con 2 y 3 sesiones realizadas por consejeras certificadas por el IDSN, de dedicación exclusiva y aplicación de estrategias educativas estandarizadas.

Indicador de lactancia materna exclusiva al egreso: en el egreso de bebés con lactancia exclusiva se logro en el año 2025 un porcentaje que supera el 80%,

Acompañamiento al parto o cesárea por un familiar cercano a la madre: Número de acompañamientos corresponde al 60% económicas con la familia.

Abriguemos, 100% calor humano: aportando a la resolución de problemas de abrigo, protección y acogida para familias de escasos recursos quienes reciben ropa de recién nacido nueva o usada en buen estado y como respuesta a situaciones repentinas de hospitalización de la madre mientras la familia resuelve esta situación inesperada, ABRIGUEMOS garantiza que el recién nacido y su madre tengan la ropa y los implementos básicos necesarios para el parto o cesárea. Total familias beneficiadas 2025: 45 Familias.

2.9. GESTIÓN DE DOCENCIA SERVICIO

Desde el proceso de Docencia en el año 2025 se han suscrito y dado continuidad a **11** convenios docencia servicio dando cobertura **a** 21 programas de posgrado, pregrado y técnicos para el trabajo de salud, así:

Posgrado: especialidad en medicina interna, especialización en ginecología y obstetricia, Especializaciones en cirugía general, cirugía oncológica, especialización enfermería cuidado del paciente crítico, especialización enfermería para el cuidado del paciente oncológico, especialización en enfermería materno perinatal.

Pregrado: Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Nutrición y dietética, Terapia ocupacional, Psicología, Odontología, Instrumentación quirúrgica, Terapia respiratoria, Atención prehospitalaria.

Técnicos para el trabajo: Técnico Auxiliar de enfermería, Técnico en promoción y mantenimiento de la salud, Tecnologías de Regencia de farmacia, Tecnología de Radiodiagnóstico y Radioterapia.

Otros programas profesionales: Administración de servicios de salud, Trabajo social, Derecho y Comunicación Social.

Otros técnicos: Técnicos administrativo en Salud, Salud Pública, salud ocupacional.

Capacidad instalada docencia servicio			
Año	**Promedio no de estudiantes por jornada**	**Capacidad instalada**	**Porcentaje de ocupación**
2021	276	349	79%
2022	287	362	79%
2023	254	379	67%
2024	233	331	70.34%
2025	293	343	85%

Con la aplicación del procedimiento PT-DS-003 V5 de 2025, se analiza anualmente de los beneficios y los costos de tener en sus instalaciones a estudiantes de los diferentes programas y universidades, con los que la alta gerencia toma decisiones adelantando reuniones con las instituciones de educación llegando a acuerdos que permiten mejorar los resultados en las contraprestaciones económicas y la ejecución de las contraprestaciones no económicas así

Año	Contraprestación Económica	Ejecución Contraprestaciones no económicas	Total, Contraprestaciones
2022	$286.620.000	$41.100.000	$327.720.000
2023	$292.352.000	$44.340.000	$336.692.000
2024	$298.199.440	$97.760.000	$395.959.440

2.10. CENTRO DE INVESTIGACIONES CLINICAS

El proceso de investigación busca generar conocimiento científico y desarrollo tecnológico en salud, logrando reconocimiento y difusión de sus resultados, lo cual permite fortalecer los servicios integrales de alta complejidad.

En el año 2025 se logró un incremento del 9% en artículos publicados y un aumento del 33% en publicaciones en cuartil 1. La tasa de aprobación de proyectos sometidos al Comité de Investigaciones alcanzó el 100% (15 de 15), frente al 82.6% en 2024. La participación en eventos académicos se disparó en un 121%, y se cuadruplicó la participación de estudiantes

en estos. Además, se pasó de no tener investigadores categorizados a clasificar cuatro, y se duplicaron los premios obtenidos en investigación.

Indicadores:

Indicador	2024	2025
# Artículos proyectados de publicación/ # artículos publicados	(5/11)	(5/12)
# Proyectos Sometidos al CI / Proyectos Aprobados por el CI	(23/19)	(15/15)
# Resúmenes enviados a eventos/ # Resúmenes aprobados en eventos	(19/19)	(42/42)
# Asesorías Solicitadas al CIC/ Asesorías atendidas por el CIC	(70/68)	(62/59)
# Capacitaciones en investigación programadas/# Capacitaciones efectuadas	(2/2)	(1/1)

Número de artículos publicados en revistas indexadas y otros productos de nuevo conocimiento.

Tipo de producto	2024	2025
Artículo en cuartil 1 – SJR, WOS, Scopus	3	4
Artículo en cuartil 2 - SJR, WOS, Scopus	0	0
Artículo en cuartil 3 - SJR, WOS, Scopus	3	0
Artículo en cuartil 4 - SJR, WOS, Scopus	5	8
Artículo en revista sin cuartil, pero indexada en Publindex C	0	0
Otros Artículos de Divulgación	2	1
Capítulos de libro	2	0
Total	15	13

Se incrementó en un 33% la producción de artículos en cuartil 1.

Se aumentó en un 60% la publicación de artículos en cuartil 4.

Reconocimientos o certificaciones

Tipo de reconocimiento	Institución	Logro
Categorización Grupos de Investigación	MINCIENCIAS Conv. 957 de 2024	Obtención categoría "C" Grupos GINFYCA y GMC
Categorización de Investigadores		Clasificación categoría Inv. Asociado Franco Montenegro Clasificación categoría Inv. Junior

Tipo de reconocimiento	Institución	Logro
		José Zambrano, Diana Ávila & Darío Portillo
Primer Puesto Presentación Trabajos Libres IX Congreso Internacional One Health	Universidad Cooperativa de Colombia Pasto	Ponente: Franco Montenegro Autores: Arnoldo Riquelme, et al. Task Force Proyecto HOPE
Primer Puesto en Simposio Regional de Investigaciones Facultad de Medicina Udenar, línea Salud Pública	Universidad de Nariño	Ponente: Franco Montenegro Autores: Arnoldo Riquelme, et al. Task Force Proyecto HOPE
Primer Puesto modalidad de trabajos libres 1 Congreso Internacional de Cáncer FHSP categoría caso clínico	FHSP	Ponente: Felipe Portilla Arenas Autores: Faustino Bastidas, Mónica Arcos & Felipe Portilla
Segundo puesto modalidad de trabajos libres 1 Congreso Internacional de Cáncer FHSP categoría Trabajos originales cualitativos	FHSP	Ponente: Carlos Alberto Hidalgo Autores: Anderson Rocha, Carlos Hidalgo, Andrés Pantoja

Fundación Hospital San Pedro
Diócesis de Pasto

PERSPECTIVA DE PROCESOS 2025

"Gestión que transforma desafíos en resultados"







Ministerio de Salud y Protección Social
icontec
ACREDITACION EN SALUD

Equipos de trabajo

Subgerencia Gestión Administrativa	
Jessica Paz	Profesional esp. Subgerencia Adtiva.
Juan José España	Ingeniero Biomédico
Compras y Suministros	
Álvaro Lucero	Jefe Compras y Suministros
Jorge Andrés Martínez	Profesional Univ Almacén
Gestión ambiental	
Andrés Mora	Gestor Ambiental
Diana Morillo	Gestora Hotelería Hospitalaria
Sistemas	
Martha Ortiz	Coordinadora de Sistemas
Martha Narváez	Profesional Esp. Sistemas
Carlos Andrés Saadat	Profesional Esp. Sistemas
David Bolaños	Web Master
Gestión Documental	
Ivonne Rosero	Coordinadora Gestión documental

3. GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y OPERACIONES

Objetivo del proceso

Garantizar la planeación, coordinación y ejecución eficiente de los procesos administrativos, contractuales, tecnológicos, de infraestructura y mantenimiento, orientados al fortalecimiento institucional y al mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud, bajo los criterios de eficiencia operativa, sostenibilidad financiera y cumplimiento normativo.

Resumen ejecutivo

Durante la vigencia 2025, la Subgerencia de Gestión Administrativa y Operaciones desarrolló una misión integral enfocada en la modernización tecnológica, el fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria, la renovación de equipos biomédicos y la optimización de los servicios institucionales.

Se priorizó la adquisición de tecnología de alta complejidad, en áreas críticas como imagenología, quirófanos y unidades especializadas, junto con la implementación de estrategias de mantenimiento preventivo y correctivo que garantizaron la continuidad operativa.

Adicionalmente, se fortalecieron los servicios tercerizados estratégicos, mejorando la calidad, oportunidad y eficiencia en su prestación, contribuyendo así al cumplimiento de los objetivos institucionales y al mejoramiento de la experiencia del usuario.

Se lograron los siguientes resultados:

Fortalecimiento Tecnológico

- Adquisición de equipos Cisco para red de datos. inversión de $ 217.672.625
- Licenciamiento Microsoft 365, inversión $ 229.826.250

Resultado: Una inversión de $ 447.498.875 que ayudo a la modernización de la infraestructura tecnológica y fortalecimiento de la seguridad y gestión de la información.

Dotación y Equipos Biomédicos

- Morcelador Piranha: para quirófano. Inversión $ 256.077.648
- 4 ventiladores SV300 y 1 ventilador TV50 para UCI. Inversión $256.802.000

- Sistema láser de holmio Lumenis Pulse 120H y equipos complementarios. Inversión $897.070.244
- Equipo de Rayos X portátil Mobieve 700. inversión $ 450.447.250
- Contenedores y software para control de instrumental quirúrgico (99). Inversión $ 510.104.329.

Resultado: Una inversión de $ 3.900.814.458 logrando un incremento en capacidad instalada, mejora en seguridad quirúrgica, fortalecimiento de unidad de cuidados intensivos e imagenología, y optimización de procesos de esterilización.

Dotación de Personal

- Calzado institucional. Una inversión de $ 208.165.000.
- Uniformes administrativos y asistenciales. Una inversión de $ 99.583.000

Resultado: Con una inversión de $ 307.748.000. Cumplimiento normativo en dotación laboral y fortalecimiento de imagen institucional.

Mantenimiento Especializado

- Tomógrafo Brivo CT385. inversión $ 237.279.253
- Equipos de patología. inversión $ 40.249.370
- Sistemas de aire acondicionado y ventilación. Inversión $101.166.374
- Sistema de aire medicinal. Inversión $71.336.782

Resultado: Con una inversión de $ 450.031.779 Que implica reducción de riesgos operativos, continuidad en la prestación del servicio y disminución de fallas críticas.

Procesos de Selección y Servicios Tercerizados

Para la vigencia 2025, la institución adelantó la renovación de contratos de servicios con el propósito de garantizar el control eficiente de los procesos institucionales que requieren apoyo de proveedores externos. Para ello, se estructuraron tres términos de referencia orientados a mantenimiento de infraestructura, mantenimiento de equipos biomédicos e industriales y prestación del servicio de alimentación intrahospitalaria.

- Mantenimiento infraestructura física mobiliario y enseres de las áreas asistenciales y administrativas: Se invitó a Backing Group Arquitectura y Soluciones Empresariales S.A.S., Ingesur Nariño S.A.S. y Techmedic S.A.S. Tras la evaluación de cumplimiento y

calificación de propuestas, se adjudicó el contrato a Techmedic S.A.S. por $1.867.427.772, destacándose como valor agregado la implementación de una plataforma de software para la gestión de infraestructura, optimizando la respuesta operativa.

- Mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos e industriales: Participaron CGR Biomedical S.A.S., Ingesur Nariño S.A.S. y Techmedic S.A.S. Luego del análisis técnico y evaluación, se adjudicó a Techmedic S.A.S por $2.324.279.782 e incluyó como valor agregado la incorporación de herramientas tecnológicas para la gestión institucional, tales como sistemas de llamado de enfermería, SITRAD y control de cadena de frío.
- Prestación de servicios de elaboración y suministro de dietas intrahospitalarias: Se invitó a Ardiko A&S Suministros y Servicios S.A.S., Comnutrir, Fundación Jardín de Esperanzas y Servinariño EU. Tras la evaluación final fué seleccionada Servinariño por presentar la propuesta más favorable $4.377.273.430 al año.

Prestación de servicios:

- Soporte SIO Salud y SIO ERP con Soluciones Integrales de Oficina S.A.S. Valor $542.640.000
- Pruebas funcionales y calibración biomédica con Precisión Biomédica S.A.S. Valor $247.420.800

Resultado: Con una inversión de $ 790.060.800 se enfoca en la estandarización de procesos, mejora en tiempos de respuesta y fortalecimiento del control técnico institucional.

Indicadores

Durante el período evaluado no se dispuso de indicadores cuantitativos consolidados; sin embargo, se garantizó la ejecución integral de los procesos contractuales conforme a los tres términos de referencia realizados, renovación de los contratos, supervisión y seguimiento, asegurando el cumplimiento técnico y administrativo de las actividades a cargo de la Subgerencia Administrativa.

Principales logros

- Planeación anticipada de renovación de servicios tercerizados.
- Fortalecimiento de los servicios por la adquisición de nueva tecnología.
- Gestión contractual alineada con eficiencia operativa y sostenibilidad.

- Gestión de la infraestructura hospitalaria y nuevos proyectos.

Lecciones aprendidas

- La estructuración clara de términos de referencia mejora la calidad de las propuestas.
- El mantenimiento preventivo reduce costos correctivos a mediano plazo.
- La adquisición de equipos destinados a los servicios optimiza la oportunidad en la realización de procedimientos, mejorar la calidad del servicio y fortalecer el soporte interdependiente.

3.1. GESTIÓN DE COMPRAS, SUMINISTROS Y ABASTECIMIENTO

Objetivo del proceso

Garantizar el abastecimiento oportuno de insumos para el funcionamiento del hospital mediante la planificación, coordinación, ejecución y control del proceso de compras, asegurando el cumplimiento de normas institucionales y promoviendo eficiencia, transparencia e integridad en la gestión.

La oficina de suministros, logística y abastecimiento mantiene una actitud proactiva para dar respuesta a las exigencias tanto internas como externas, y asume y promueve durante su gestión diaria los principios y valores institucionales recogidos en el código de ética. Se manifiesta que en ningún momento la Fundación Hospital San Pedro ha obstaculizado la libre circulación de las facturas emitidas por los proveedores y contratistas durante la vigencia 2025.

Resumen ejecutivo

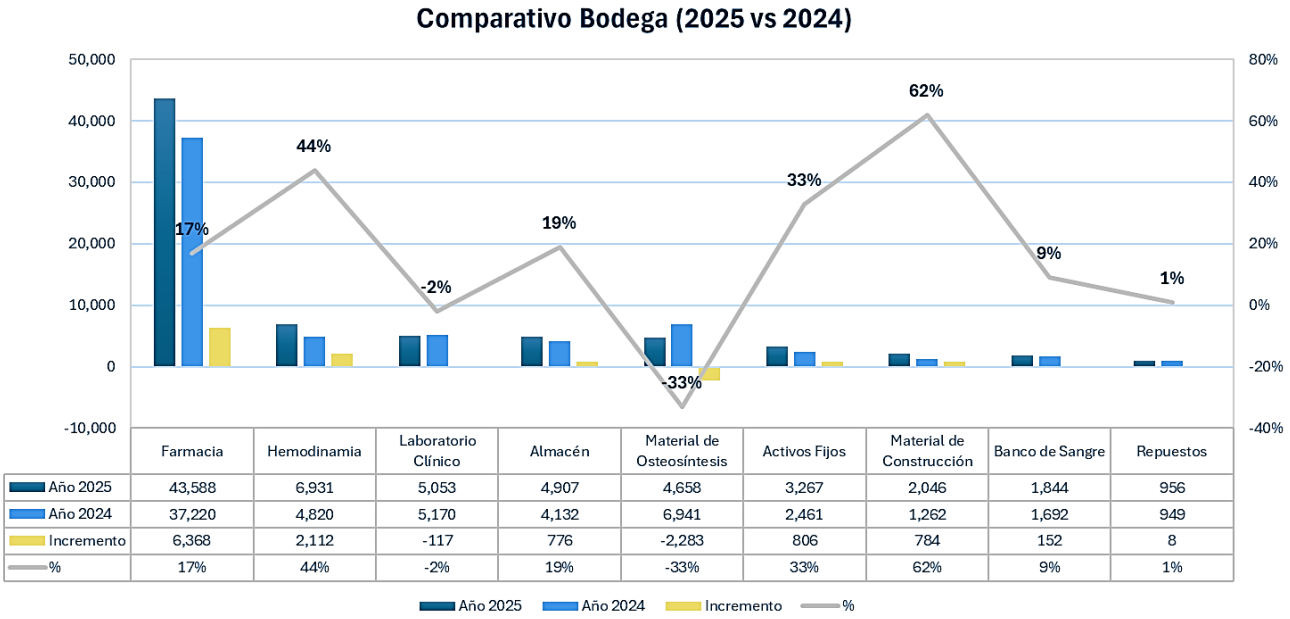
Durante el año 2025, la oficina de compras consolidó un proceso de adquisición eficiente, transparente y alineado con los lineamientos del Manual de Contratación. El total de compras ascendió a $73.251 millones, representados principalmente en medicamentos, dispositivos médicos, material médico quirúrgico, reactivos y material de osteosíntesis, cifra que refleja un incremento del 13% respecto al 2024.

La participación de cada bodega en el total de las compras correspondientes al año 2025 podemos observarla en la siguiente gráfica.

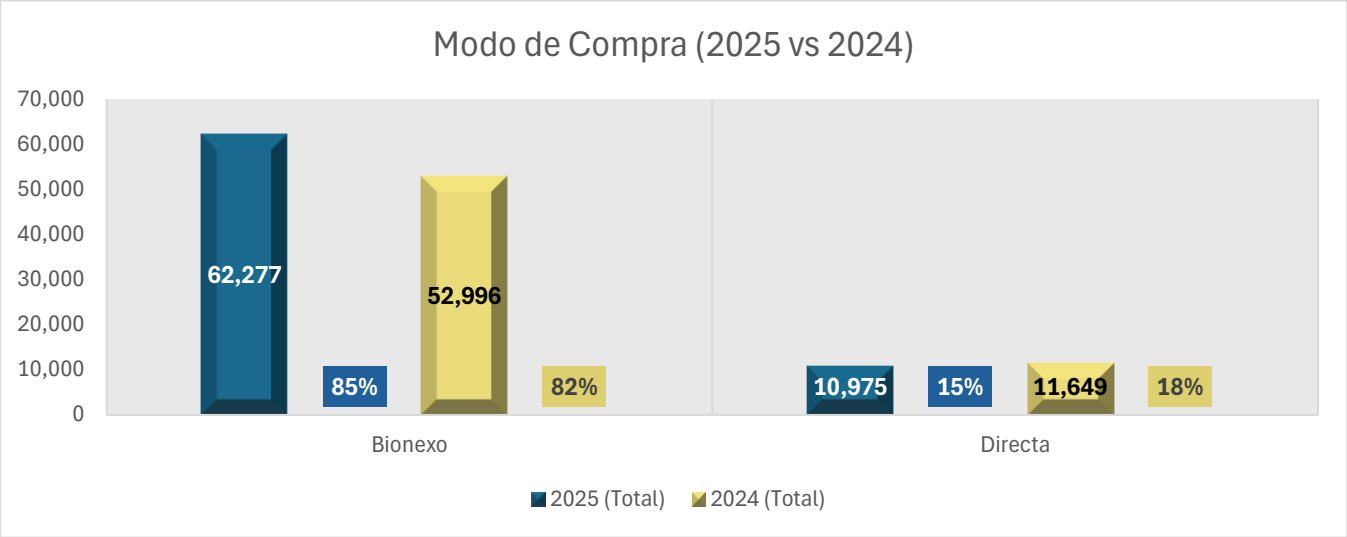
Comparativo Bodega (2025 vs 2024)

Bodega	Año 2025	Año 2024	Incremento	%
Farmacia	43,588	37,220	6,368	17%
Hemodinamia	6,931	4,820	2,112	44%
Laboratorio Clínico	5,053	5,170	-117	-2%
Almacén	4,907	4,132	776	19%
Material de Osteosíntesis	4,658	6,941	-2,283	-33%
Activos Fijos	3,267	2,461	806	33%
Material de Construcción	2,046	1,262	784	62%
Banco de Sangre	1,844	1,692	152	9%
Repuestos	956	949	8	1%

El uso de la plataforma electrónica Bionexo permitió gestionar de manera estructurada el 85% del total de compras, con 4.343 solicitudes tramitadas, fortaleciendo la trazabilidad, la competencia entre proveedores y el control presupuestal.

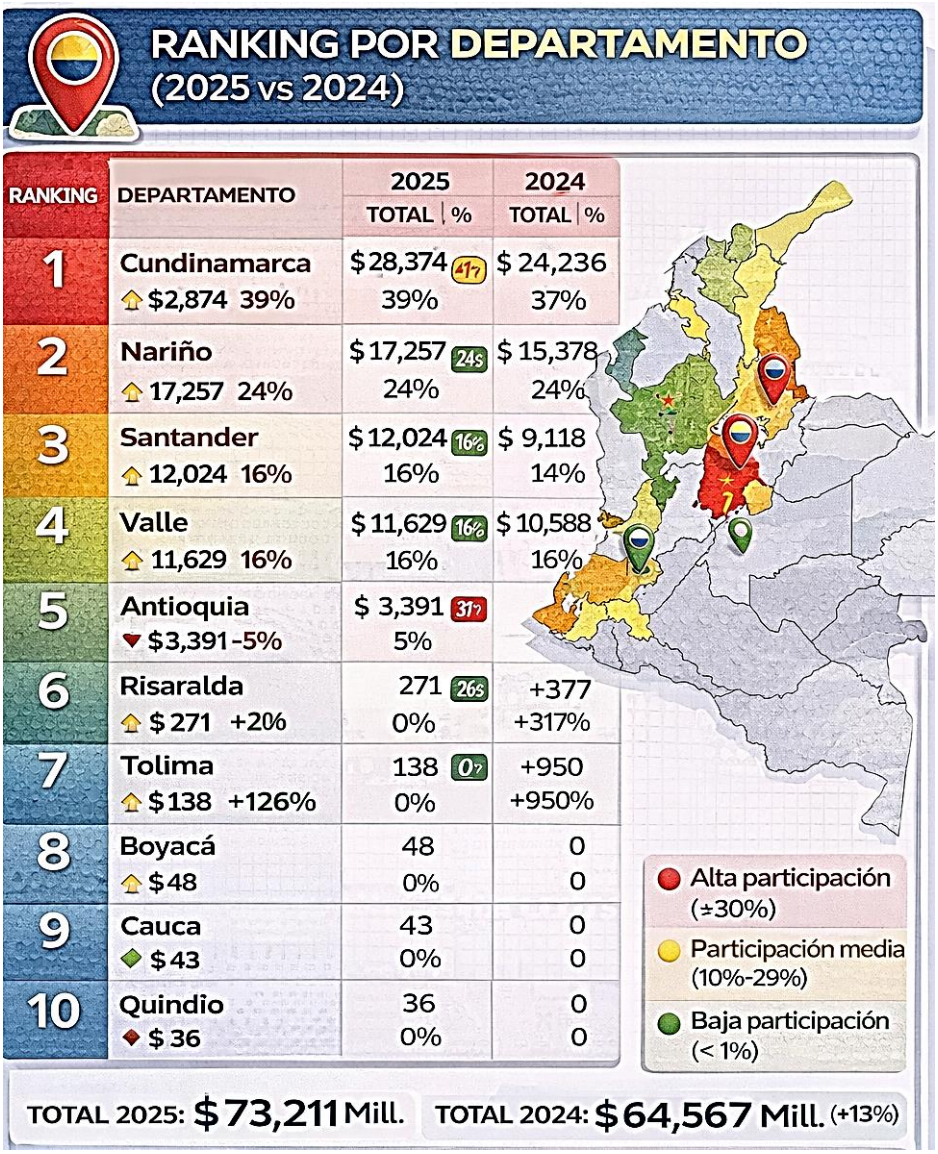


Modo de Compra	2025 (Total)	2025 (%)	2024 (Total)	2024 (%)
Bionexo	62,277	85%	52,996	82%
Directa	10,975	15%	11,649	18%
Total General	**73,251**	**100%**	**64,646**	**100%**



Asimismo, la diversificación de proveedores y el impulso de compras regionales contribuyeron al desarrollo económico del departamento, consolidándose como la segunda región con mayor volumen de adquisiciones.

Ranking	Departamento	2025 total	2025%	2024 total	2024%
1	Cundinamarca	28,374	39%	24,236	37%
2	Nariño	17,257	24%	15,378	24%
3	Santander	12,024	16%	9,118	14%
4	Valle	11,629	16%	10,588	16%
5	Antioquia	3,391	5%	3,768	6%
6	Risaralda	271	0%	65	0%
7	Tolima	138	0%	12	0%
8	Boyacá	48	0%	0	0%
9	Cauca	43	0%	1,401	2%
10	Quindío	36	0%	1	0%
Total muestra		73,211 (99.9%)		64,567 (99.9%)	
Total general		73,251		64,646	



Metas y resultados alcanzados

Meta 1. Garantizar el abastecimiento continuo y oportuno de insumos esenciales. Resultado: Compras totales por $73.251 millones, garantizando disponibilidad para todas las áreas asistenciales y operativas de manera ininterrumpida.

Meta 2. Incrementar la eficiencia del proceso de compras mediante el uso de plataformas electrónicas. Resultado: 4.343 solicitudes tramitadas en Bionexo, representando el 85% del valor total, con un incremento del 3% frente al año anterior.

Meta 3. Promover la competencia y la transparencia en el proceso. Resultado: Ningún proveedor superó el 6% de participación individual; el top 10 de proveedores no supera el 50% del total.

Meta 4. Fortalecer la compra regional para contribuir al desarrollo local. Resultado: Compras por $17.257 millones dentro del departamento y vinculación de 198 proveedores locales.

Indicadores

Participación de compras vía Bionexo: 85%

Compras regionales: $17.257 millones que representan el 24% de las compras generales.

Principales logros

- Gestión operativa y financiera: Optimización del ciclo de compras y reducción de trámites manuales.
- Transparencia y gobernanza: Mayor trazabilidad y evidencia digital para auditorías.
- Desarrollo territorial: Incremento de compras regionales y reducción de costos logísticos.

Dificultades y riesgos

- Ubicación geográfica del hospital: Afectaciones viales que aumentan tiempos de entrega.
- Dependencia de proveedores del centro del país: Riesgos de desabastecimiento.
- Volatilidad en precios de insumos estratégicos.

Lecciones aprendidas

- La planificación anticipada reduce riesgos logísticos.
- Las plataformas digitales fortalecen la eficiencia y transparencia.
- La diversificación de proveedores disminuye vulnerabilidades.
- Las compras regionales mejoran tiempos y fortalecen el territorio

3.2. GESTIÓN DE ALMACÉN

Objetivo del proceso

Planificar, dirigir y coordinar las actividades de abastecimiento, reposición, almacenamiento y distribución de los materiales y productos a cargo, velando por la optimización de los recursos y la continuidad de la operación asistencial de la Institución.

Resumen ejecutivo

Durante la vigencia 2025, el Almacén mantuvo una gestión enfocada en el control eficiente de insumos, activos y materiales, garantizando su disponibilidad oportuna. El proceso cerró con un faltante de inventario del 0,005 % y un sobrante del 0,003 %, en una bodega con movimiento mensual cercano a $2.400 millones, evidenciando control dentro de rangos técnicos adecuados.

Se registraron 9.712 ingresos de mercancía, de los cuales 3.772 fueron gestionados directamente por Almacén, por un valor de $18.071 millones, con un incremento del 18,26 % frente a 2024, principalmente en laboratorio, banco de sangre y activos fijos. También se presentaron aumentos en bonificaciones (8,22 %) y donaciones (200 %).

En la distribución interna, se tramitaron 2.516 pedidos con un tiempo promedio de entrega de 1 día, mejorando respecto al año anterior y cumpliendo la meta. Las salidas alcanzaron $8.750 millones, concentradas en insumos de laboratorio y dispositivos médicos.

En activos fijos, se registraron 589 ingresos por compra y 39 en comodato por $3.266 millones, y se asignaron 712 activos por $4.107 millones, principalmente en áreas asistenciales. Además, se avanzó en el proyecto de identificación y control de activos.

Finalmente, se entregaron 400.181 materiales de construcción por $1.200 millones, con un incremento del 1,11 %. En conjunto, los indicadores reflejan una gestión eficiente, con cumplimiento en oportunidad, control de inventarios y adecuada rotación.

Metas y resultados alcanzados

Durante la vigencia 2025, la gestión del Almacén se orientó al fortalecimiento del control de inventarios, la oportunidad en la entrega de insumos y la administración eficiente de los recursos, en cumplimiento del Plan Operativo Anual. Se mantuvieron niveles mínimos de sobrantes y faltantes, garantizando la confiabilidad de la información y el adecuado manejo de insumos, activos y materiales. Asimismo, se aseguró la atención oportuna de los pedidos internos, contribuyendo a la continuidad del servicio.

La entrega de insumos se ajustó al consumo histórico, optimizando la distribución, mejorando la rotación de inventarios y fortaleciendo la planeación logística.

En cuanto a activos fijos, se cumplió con la asignación y control de los bienes, avanzando en el proyecto de identificación y valoración mediante la formulación del acta de constitución, en articulación con otras áreas, como base para fortalecer su control.

Indicadores

Durante la vigencia 2025 se realizó seguimiento continuo a los indicadores clave, enfocados en la oportunidad en la entrega de insumos y el control de inventarios, como base para una gestión eficiente.

El indicador de entrega de pedidos internos mostró un desempeño favorable, evidenciando eficiencia en la distribución y contribuyendo a la continuidad del servicio. En cuanto al control de inventarios, los sobrantes y faltantes se mantuvieron por debajo de los límites establecidos, gracias al fortalecimiento de procesos de revisión, doble verificación y control en bodegas, mejorando la trazabilidad.

La rotación de inventarios se mantuvo dentro de rangos adecuados, permitiendo el uso oportuno de insumos, reduciendo riesgos de vencimiento y optimizando el uso de recursos. En conjunto, el seguimiento de indicadores facilitó la toma de decisiones para mejorar la gestión logística y el control institucional.

Principales logros

En la vigencia 2025, se consolido avances orientados al fortalecimiento del control de inventarios, la trazabilidad de los bienes y la optimización de los recursos, en articulación con las diferentes áreas institucionales.

En materia de trazabilidad, se mejoró el control de materiales impresos mediante la actualización de la codificación en el sistema SIO ERP y formatos en Almera, en coordinación con la Subgerencia de gestión estratégica y calidad, garantizando el uso de versiones vigentes y reduciendo riesgos operativos.

Asimismo, se reforzó el control del instrumental quirúrgico a través de inventarios físicos y depuración de información, sentando bases para la implementación de herramientas informática con el software Instacaunt.

Se consolidaron prácticas de control mediante inventarios simultáneos, gestión de bajas y acompañamiento del Auditor de Control Interno, fortaleciendo el manejo de bienes.

Desde diciembre de 2025, el Almacén asumió el control de materiales de obra trasladados a la bodega institucional.

Finalmente, se gestionaron $50.083.277 en notas crédito y la reposición de productos por $10.784.380, contribuyendo a la reducción de pérdidas y al uso eficiente de los recursos.

Lecciones aprendidas

La experiencia de la vigencia 2025 permitió identificar aprendizajes orientados al fortalecimiento del control, la trazabilidad y el uso eficiente de los insumos y bienes institucionales.

El control permanente de inventarios y la entrega basada en el consumo histórico contribuyen a reducir sobrantes, faltantes y solicitudes innecesarias, mejorando la eficiencia operativa. Asimismo, la articulación con los servicios favorece la rotación de inventarios y disminuye riesgos de vencimiento y obsolescencia.

La realización periódica de inventarios físicos fortalece la confiabilidad de la información y apoya la toma de decisiones, mientras que la gestión de notas crédito y reposiciones evidencia la importancia del seguimiento a proveedores para evitar pérdidas y reducir costos.

En conjunto, la gestión del Almacén en 2025 reflejó un manejo eficiente, responsable y alineado con los objetivos institucionales, consolidando bases para la mejora continua.

3.3. GESTIÓN AMBIENTAL Y DE HOTELERÍA HOSPITALARIA

Objetivo del proceso

Establecer actividades, requisitos y responsabilidades para minimizar los impactos ambientales generados en el desarrollo de los diferentes procesos de la Fundación Hospital San Pedro, garantizando la protección, conservación y aprovechamiento del agua y la energía, el desarrollo sostenible y el cumplimiento de las normas legales ambientales aplicables.

Resumen ejecutivo

En la vigencia 2025, la Fundación Hospital San Pedro fortaleció su gestión ambiental mediante la ejecución de programas orientados al saneamiento, la sostenibilidad y el cumplimiento normativo, consolidándose como referente regional.
Se generaron 411.319,5 kg de residuos, con un incremento del 11,7 % frente a 2024, asociado al aumento de la actividad asistencial, manteniendo un promedio de 3,2 kg/cama-día. El 100 % de los residuos fue gestionado conforme al PGIRASA, garantizando su adecuada clasificación y disposición. del total, el 43,44 % fue tratado por auto clavado, el 11,65 % por incineración, el 37,08 % dispuesto en relleno sanitario y el 7,84 % (32.245 kg) fue aprovechado, aportando a la economía circular. Se dio cumplimiento oportuno a los reportes normativos ante el IDEAM (SIUR – Corponariño) y la Secretaría de Salud Municipal, asegurando la trazabilidad de los residuos.

El consumo de energía se redujo en un 5,37 % gracias a medidas de eficiencia energética y la implementación de luminarias LED (85,59 % de cobertura), mientras que el consumo de agua aumentó un 8,78 % por efectos del sistema de facturación.

Estos resultados posicionan a la institución como referente regional, evidenciado en el reconocimiento por liderazgo en reducción de huella de carbono y compromiso climático otorgado por la Red de Hospitales Verdes y Saludables.

Metas y resultados alcanzados

Subprocesos	Resultado 2025
Gestión de residuos	Manejo integral del 100 % de los residuos hospitalarios, con >98 % de adherencia al PGIRASA institucional.
Tratamiento de aguas residuales	Fortalecimiento de la PTAR con cumplimiento progresivo de parámetros y reducción estimada >14 t CO_2 eq/año.
Eficiencia energética	Reducción del consumo energético del 5,37% y cobertura del 85,59 % en luminarias LED.
Gestión del recurso hídrico	Incremento del consumo del 8,78%, asociado a facturación por promedios de EMPOPASTO.
Limpieza y desinfección	93% de adherencia a procesos y 98% de satisfacción del usuario.
Economía circular	Aprovechamiento de 32.245 kg de residuos reciclados.

Subprocesos	Resultado 2025
Compensación ambiental	Mantenimiento paisajístico con 3.667 especies, equivalente a una absorción y compensación de 110 t CO_2/año.
Uso de papel	Reducción del 48,9% en papel carta (≈19,5 t CO_2), 13% + en papel oficio.
Control de plagas	Cumplimiento del 100 % del plan de control integrado.
Ropa hospitalaria	Reducción del 79% de prendas con requerimientos de reparación frente a 2024.

Indicadores claves

Componente	Indicador	2024	2025	Variación / Resultado
Residuos	Generación total (kg/año)	368.193,9	411.319,5	+11,7 %
Residuos	Generación (promedio kg/c-día)	2,9	3,2	Estable – OPS estándar
Residuos	Residuos peligrosos (kg/año)	215.361,8	226.572,5	+5,21 %
Residuos	Residuos no aprovechables (kg/año)	127.592,0	152.502,0	+19,52 %
Residuos	Residuos aprovechables (kg/año)	25.240,1	32.245,0	+27,75 %
Residuos	Aprovechamiento (%)	—	7,84 %	Economía circular
Residuos	Auto clavado (%)	—	43,44 %	Tratamiento principal
Residuos	Incineración (%)	—	11,65 %	Tratamiento especial
Residuos	Relleno sanitario (%)	—	37,08 %	Disposición final
Agua	Consumo total (m^3/año)	56.752	62.220	+8,78 % (promedios)
Energía	Consumo total (kWh/año)	1.665.610,96	1.576.042,38	-5,37 %
Energía	Referencia ocupación	315 camas	315 camas	Indicador comparable

Componente	Indicador	2024	2025	Variación / Resultado
Papel	Consumo papel carta (resmas)	5.483	2.800	-48,9 % (≈19,5 t CO_2 evitadas)
Papel	Consumo papel oficio (resmas)	53	60	+13,2 %
Limpieza y desinfección	Adherencia al proceso (%)	87 %	93 %	+6,9 %
Hotelería	Satisfacción del usuario (%)	98 %	98 %	Estable

Principales logros

En la vigencia 2025, se obtuvieron resultados destacados en gestión ambiental, evidenciados en la operación eficiente de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales con tecnología de oxidación avanzada.

La institución recibió reconocimientos por su liderazgo en reducción de huella de carbono, compromiso climático y monitoreo ambiental, así como por proyectos de eficiencia energética en el banco de sangre. Además, participó en BIOEXPO Nariño 2025, fortaleciendo la visibilidad de sus servicios ambientales.

Las prácticas implementadas se consolidaron como experiencias replicables en el sector salud, al integrar sostenibilidad, eficiencia operativa y calidad en la atención. En conjunto, estos resultados reflejan el compromiso institucional con la sostenibilidad, la mejora continua y el cumplimiento normativo, posicionando a la institución como referente regional en gestión ambiental.

Dificultades y riesgos

En la vigencia 2025 se presentaron dificultades operativas que afectaron parcialmente el desempeño ambiental, relacionadas con el aumento de la demanda asistencial, la rotación de camas y la generación de residuos y consumo de agua.
La ausencia de macromedidores propios para el recurso hídrico limitó la medición precisa del consumo por cama ocupada, representando un riesgo para el control del indicador. Asimismo, se registró un incremento del 21,9 % en prendas dadas de baja frente a 2024, evidenciando retos en la durabilidad de los insumos, lo que llevó a reforzar acciones de control, seguimiento y capacitación del personal.

Lecciones aprendidas

La experiencia de 2025 evidenció que la adecuada clasificación de residuos desde la fuente mejora la eficiencia operativa, reduce riesgos y fortalece el cumplimiento normativo. Asimismo, se identificó que el control del consumo de agua basado en promedios limita la precisión del indicador, resaltando la necesidad de implementar medición individual por servicio o cama.

Se destacó que la sustitución de luminarias por tecnología LED contribuye significativamente a la reducción del consumo energético y de la huella de carbono. De igual forma, la marcación y trazabilidad de la ropa hospitalaria fortalecen el control de inventarios y el uso eficiente de los recursos.

Finalmente, la capacitación continua del personal de limpieza asegura la adherencia a los procedimientos, mientras que la reducción de impresiones mediante herramientas digitales aporta a la sostenibilidad ambiental.

3.4. GESTIÓN DOCUMENTAL

Objetivo del proceso

Planificar, implementar, mantener y mejorar el subproceso de Gestión Documental en la Fundación Hospital San Pedro, garantizando la producción, gestión y disponibilidad de los documentos clínicos y administrativos, así como su integridad, confidencialidad y cumplimiento de requisitos legales y archivísticos. Todo ello orientado a fortalecer la calidad del servicio, la seguridad del paciente, la eficiencia operativa y la toma de decisiones, reconociendo la información como un activo estratégico institucional.

Resumen ejecutivo

Gestión de Competencias:

- Capacitación en temas relacionados con gestión documental.
- Capacitación para acceso a bibliotecas (libros y audiolibros) virtuales Universidad de Nariño, Universidad Cooperativa y de acceso libre, al igual que la socialización de acceso a la consulta y préstamo de material bibliográfico propio.
- Capacitación en protección de datos personales.

Gestión del Conocimiento:

- Organización del archivo de planos físicos y digitales de la Fundación Hospital San Pedro desde el año 1952 hasta el año 2026. Se conservan en soporte físico en el archivo central e histórico en 3 plano tecas y en soporte digital en equipo de Subgerencia de Gestión Administrativa y Operaciones con copia de seguridad.
- Difusión de la memoria e historia institución a través de la Octava Exposición de Memoria e Historia "Entre muros y recuerdos, la historia contada por los planos de la Fundación Hospital San Pedro" la cual fue realizada en la Casa de la Cultura de Nariño – Pinacoteca.
- Presentación de proyecto – propuesta, para la organización del archivo fotográfico de la Fundación Hospital San Pedro.

Gestión de Actividades Dirigidas a la Comunidad:

Clubes de lectura: Se realizaron sesiones mensuales del club de lectura de historia regional y del club infantil "Tardes de lectura y cuento con San Pedrito", con participación de trabajadores y sus familias, contando con apoyo del Banco de la República y del Dr. Arturo Bolaños.

Actividad cultural: Se llevó a cabo visita al Observatorio Astronómico de la Universidad de Nariño, donde se desarrolló lectura del cuento Alberto y las Estrellas, destacando la vida del Dr. Alberto Quijano Vodniza.

Promoción de lectura: Se fortaleció la estrategia "San Pedrito Lee Contigo" mediante lectura en voz alta dirigida a pacientes, familiares y trabajadores, con apoyo de voluntarios.

Biblioteca itinerante: Se implementó un espacio de lectura en la Unidad de Cuidados Neonatales, con dotación de libros, promoviendo el vínculo entre padres y recién nacidos.

Capacitación y conmemoraciones: Se conmemoró el día del archivista con capacitaciones en conservación documental y patrimonio arquitectónico y documental, dirigidas a trabajadores y comunidad en general.

Metas y resultados de gestión

- Cumplimiento de metas en indicadores del proceso, los cuales reflejan la respuesta a acceso a información clínica y administrativa oportuna, organización documental, recibo y despacho de correspondencia que incluye la oportunidad entrega de muestras biológicas.
- Organización y optimización del archivo institucional.
- Capacitación y fortalecimiento institucional.
- Conservación documental.
- Cumplimiento normativo.

Indicadores

Indicador	Resultado
Préstamo de documentos y/o expedientes (archivo historias clínicas)	**99%**
Devolución de documentos y/o expedientes (archivo historias clínicas)	99%
Préstamo de documentos y/o expedientes (archivo central e histórico)	100%
Devolución de documentos y/o expedientes (archivo central e histórico)	95%
Recepción y traslado correspondencia	99%
Transferencia de documentos	96%
Oportunidad en la entrega de muestras hasta 24 horas en promedio se entregaron en 9.74 horas	100%

Principales logros

- **Cultura archivística:** Se fortaleció la cultura archivística institucional mediante acciones orientadas a la adecuada gestión, conservación y uso de la información.

- **Difusión de memoria e historia:** Se promovió la identidad organizacional a través de exposiciones de memoria e historia, consolidando el archivo como fuente estratégica para la transparencia, investigación y proyección institucional.
- **Organización de archivo de planos:** Se optimizó la organización técnica del archivo de planos, facilitando la consulta de información estructural y fortaleciendo el soporte técnico y legal para procesos de mantenimiento y planificación.
- **Referenciación institucional:** Se atendieron procesos de referenciación con instituciones nacionales e internacionales, destacándose la vinculación con la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (México), gracias a las buenas prácticas en la organización del archivo, especialmente en patología.
- **Reconocimiento en convocatoria:** Se obtuvo el tercer puesto en la convocatoria nacional "Crece tu Biblioteca 2025" de Make Make, recibiendo dotación de libros físicos, acceso a biblioteca virtual y acompañamiento de FUNDALECTURA, fortaleciendo la estrategia de promoción de lectura.
- **Gestión en contingencia:** Se brindó soporte durante la contingencia por caída de SIO Salud en diciembre de 2025, mediante suministro de maletines de contingencia, garantizando la continuidad en la prestación de servicios.

Lecciones aprendidas

- Mantener actualizado el maletín de contingencia de Gerencia de la Información, para caídas de SIO Salud.

3.5. GESTIÓN INFORMÁTICA

Objetivo Del Proceso

Brindar soluciones informáticas a través de la implementación y mantenimiento de herramientas de software y hardware, garantizando la seguridad, oportunidad, integridad y disponibilidad de los recursos informáticos acuerdo a los lineamientos de la Política de Gerencia de Información.

Resumen Ejecutivo

El año 2025 representó para la institución un periodo de alta exigencia, caracterizado por cambios normativos, fortalecimiento de procesos, expansión tecnológica y retos en seguridad de la información, con impacto en la continuidad de los procesos asistenciales y administrativos.

A nivel normativo y de procesos, se implementaron ajustes derivados de las Resoluciones 2275, 2335 y 2384 de 2025, que implicaron mejoras en la aplicación SIO Salud y en los procesos de contratación, facturación y radicación de cuentas. Se destacan la implementación de controles de calidad del dato, la automatización del envío de RIPS al MUV, la puesta en producción de módulos del anexo técnico de atención y la optimización en la gestión de glosas y configuración tarifaria, lo que mejoró la precisión en la facturación.

En los procesos asistenciales y de apoyo, se amplió el uso de la herramienta Plan Médica mediante la dotación de dispositivos, fortalecimiento del contact center y mejoras en la comunicación, impactando positivamente la atención al usuario.

En seguridad e infraestructura, se fortalecieron las capacidades mediante ampliación de almacenamiento, respaldo en la nube, implementación de autenticación multifactorial, restricciones en dispositivos USB, actualización del directorio activo y acciones de cultura de seguridad.

No obstante, el 5 de diciembre de 2025 se presentó un incidente de ransomware, evidenciando la necesidad de evolucionar hacia un modelo de seguridad más robusto, con enfoque en resiliencia, segmentación y recuperación ante incidentes críticos.

Metas y Resultados

En articulación con las políticas de gestión de tecnología y gerencia de la información, se logra:

- Mejoras asociadas con procesos de atención al usuario relacionadas

- Ampliación de paquetes de mensajería mensual: de 24.000 a 40.000 mensajes de texto
- Adición de cuatro (4) licencias agentes a nivel de Contac center
- Ampliación de sesiones en Troncal SIP pasando de 30 a 40 sesiones simultáneas

- Renovación tecnológica a nivel de equipos de impresión, pantallas, así como la instalación de nueva tecnología asociada a tablets e impresoras zebra para ampliación de cobertura de herramienta https://planmedica.hospitalsanpedro.org e inicio de pruebas relacionadas con GemWebPlus para la gestión de pruebas POCT con alcance toma de gases arteriales en UCI, lo que permite apoyar mejoras a nivel de proceso asistencial, con la siguiente inversión:

Dispositivos		**Valor**
Impresoras Zebras D220	22	25,448,031
Tablet Lenovo M10 Tb311fu - 128gb Android	35	20,384,000
Impresora Kyocera Ref. M3655idn	4	23,309,720
Impresora Kyocera Pa5500x Bn/de 57 ppm	7	25,539,780
Monitor (Pantalla) para PC de 24" Base Ajustable	50	33,260,500
TOTAL		127,942,031

- Desde el contexto del licenciamiento y mantenimiento de la infraestructura y herramientas tecnológicas existentes se hacen inversiones pertinentes como:

  - Actualización del ancho de banda del canal de acceso dedicado a Internet con IFX de 350 Mbps a 1 Gbps con el mismo valor contratado.
  - Licenciamiento asociado a Servidores, Office 365 y Motor de Base de Datos SQLServer

Tipo de Licenciamiento	**Cantidad**	**Valor**
Licencia Windows server 2025 standard	2	10,664,621
Licencias Microsoft 365 business standard	300	137,175,000
Licencias Microsoft 365 apps for business	250	74,865,000
Licencias Exchange online	70	10,850,000
Licencias Office 365 E5	5	6,936,250
Licencia de Motor de base de datos SQL Server estándar 2019	3	48,375,567
Licencias de Adobe Creative	3	5,586,000
TOTAL		294,452,438

Las herramientas informáticas para la gestión de información actualmente activas en las institución se encuentran debidamente licenciadas y respaldadas bajo un contrato y factura de venta con el proveedor pertinente.

- El mantenimiento de aplicaciones a nivel transversal como SIO Salud permitió abordar las siguientes mejoras:

  - A partir de febrero de 2025 se implementa a nivel productivo el envío automatizado de RIPS de acuerdo con la Res 2275/2025 y la disposición de servidor FEV/RIPS para transmisión y validación de estos registros ante el mecanismo único de validación (MUV) del MSPS. Su estabilización en el marco de las validaciones propias del ministerio y otras en el contexto de la radicación ante las ERP ha conllevado a la necesidad de liberar versiones con mejoras durante el periodo.

  - La Institución aborda nuevos criterios para pactos tarifarios basados en el análisis de costos y la determinación de tarifas personalizadas que conllevaron a la necesidad de implementar mejoras significativas en los módulos de contratación y liquidación de facturas, lo que implicó a su vez etapas de análisis, desarrollo, pruebas, transferencia de conocimiento (a nivel de usuario final) e implementación en SIO Salud. Con una inversión de $ 23.584.763.

  - Se logra establecer contrato para custodia de copias de seguridad a nivel de base de datos y archivos soportes de la gestión clínica en nube a con el proveedor SIO S.A.S, así como un esquema de prueba en nube que permite mantener al alcance un entorno para capacitaciones o pruebas. Con una inversión de $4.600.000 mensuales.

Indicadores

A continuación de se abordan algunos indicadores representativos:

- Cumplimiento de Backup de información,

2025	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
NÚMERO DE BACKUPS EFECTUADOS	30,48	27,50	30,56	29,54	30,55	29,58	30,54	30,40	29,20	30,19	29,38	
NÚMERO DE BACKUPS PROGRAMADOS	31,00	28,00	31,00	30,00	31,00	30,00	31,00	31,00	30,00	31,00	30,00	
CUMPLIMIENTO DE BACKUP DE INFORMACIÓN	98,32 %	98,21 %	98,58 %	98,47 %	98,55 %	98,60 %	98,52 %	98,06 %	97,33 %	97,39 %	97,93 %	

- Caídas del Sistema

2025	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
NÚMERO DE CAÍDAS REPORTADAS	2,00	2,00	4,00	8,00	10,00	7,00	4,00	3,00	5,00	2,00	3,00	10,00
CAÍDAS DEL SISTEMA	2,00	2,00	4,00	8,00	10,00	7,00	4,00	3,00	5,00	2,00	3,00	10,00

- Activación Plan de Contingencia Informático

2025	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic
NÚMERO DE CAÍDAS DEL SISTEMA QUE ACTIVARON PLAN DE CONTINGENCIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00
TOTAL DE CAÍDAS DEL SISTEMA	2,00	2,00	4,00	8,00	10,00	7,00	4,00	3,00	5,00	2,00	3,00	10,00
CUMPLIMIENTO DE BACKUP DE INFORMACIÓN	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	14,29 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	10,00 %

Dificultades y Situaciones Críticas

Durante la vigencia 2025, la institución enfrentó un impacto normativo significativo derivado de nuevas disposiciones del sector salud, que exigieron ajustes tecnológicos con efectos operativos y financieros. El principal reto identificado fue la apropiación transversal de la normativa, evidenciando la necesidad de fortalecer la articulación institucional y la gestión del cambio.

En materia de seguridad de la información, se avanzó en el fortalecimiento de la infraestructura tecnológica mediante respaldos en la nube, autenticación multifactor y restricción de dispositivos externos. No obstante, el incidente presentado evidenció que los controles eran adecuados a nivel básico, se requiere evolucionar hacia un modelo de seguridad más robusto, con énfasis en segmentación, monitoreo continuo, respaldos aislados y capacidades de recuperación ante incidentes, fortaleciendo la gestión del riesgo digital y la resiliencia institucional.

Lecciones Aprendidas

El año 2025 representó no solo un periodo de retos, sino una oportunidad para fortalecer la madurez institucional en gestión del riesgo, articulando seguridad informática, tecnología,

cumplimiento normativo y cultura organizacional. A partir de las situaciones enfrentadas, la institución inició procesos de mejora orientados a redefinir su arquitectura tecnológica, mecanismos de control y enfoque estratégico.

A nivel de infraestructura de seguridad, en el corto plazo (0 a 6 meses) se plantea la integración total al directorio activo, la depuración de consolas de seguridad, la continuidad en la segmentación de redes (VLANs) y el fortalecimiento de las restricciones de navegación. En el mediano y largo plazo, se proyecta la consolidación de sistemas de monitoreo, la implementación de infraestructura de respaldo en entornos multicapa y la adopción de arquitecturas de acceso seguro tipo bastión.

A nivel estratégico, se prioriza la actualización documental en seguridad de la información, alineando políticas, gestión de activos, evaluación de riesgos y respuesta a incidentes con los objetivos institucionales, con el fin de fortalecer la resiliencia tecnológica y la continuidad del servicio.

3.6. GESTIÓN AMBIENTE FÍSICO

Objetivo del proceso

Garantizar el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura hospitalaria, asegurando la operatividad, seguridad y funcionalidad de las instalaciones. Este proceso contribuye a ofrecer espacios dignos y adecuados para la atención de los pacientes y para el adecuado desempeño del cliente interno y externo, en coherencia con la misión institucional.

Resumen ejecutivo

Durante la vigencia evaluada, la gestión de mantenimiento de infraestructura evidenció un desempeño superior frente al año anterior, con cumplimiento del 100 % en los indicadores de mantenimiento preventivo y correctivo, así como mejoras en la oportunidad de respuesta y satisfacción de los servicios, reflejando mayor capacidad de planeación y control.

Se destaca la consolidación de una contratación estratégica a 36 meses mediante el Contrato No. 026-016 con Techmedic S.A.S., garantizando continuidad y calidad técnica. Asimismo, se realizaron intervenciones en áreas críticas, incluyendo el mantenimiento integral de los ocho quirófanos, mejorando las condiciones para la prestación de servicios.

En el ámbito administrativo, se implementó el Sistema de Gestión Documental Planimétrica, mediante la organización de la información física y digital del hospital, fortaleciendo la toma de decisiones y la planificación, en articulación con las diferentes áreas institucionales.

Metas y resultados

- Contratación estratégica de mantenimiento: A través de la Invitación a Cotizar No. 02 de 2025, se adjudicó el Contrato No. 026-016 por 36 meses para el mantenimiento integral de infraestructura, mobiliario y enseres, consolidando una alianza estratégica que garantiza continuidad del servicio, calidad técnica y articulación con las necesidades institucionales.
- Gestión documental planimétrica: Se implementó el Sistema de Gestión Documental Planimétrica mediante el Contrato No. 025-077, logrando la organización de 1.162 registros (814 físicos y 348 digitales), fortaleciendo el control documental y el soporte técnico para la planeación de infraestructura.
- Intervención de áreas críticas: Mediante el Contrato de Obra No. 025-146 con Blocket Colombia S.A.S. y el apoyo de Techmedic S.A.S., se realizó la adecuación integral de quirófanos, incluyendo renovación de pisos y mantenimiento general, mejorando las condiciones físicas y operativas.
- Mantenimiento eléctrico: Se ejecutó el mantenimiento de las subestaciones eléctricas norte y sur, incluyendo renovación de transformadores, fortaleciendo la confiabilidad y continuidad del servicio eléctrico.
- Cumplimiento de indicadores: Se alcanzó un cumplimiento del 100 % en mantenimiento preventivo y correctivo en 2024 y 2025, con mejora en la oportunidad de respuesta y niveles de satisfacción del 100 %, evidenciando mayor eficiencia y control del proceso.

Indicadores Clave

- **Cumplimiento a solicitudes de mantenimiento preventivo en infraestructura:** Durante 2024 y 2025 se alcanzó un cumplimiento del 100%, superando la meta del 95%. En el segundo semestre de 2025 hubo una disminución de actividades debido a la implementación del Plan de Intervención de Infraestructura, que permitió intervenciones integrales y una mejor articulación con las áreas.
- **Cumplimiento a solicitudes de mantenimiento correctivo en infraestructura:** Se mantuvo un cumplimiento mensual del 100% en ambos años, superando la meta. Se evidenció un aumento en las solicitudes, reflejando una mejor cultura de reporte, con una leve disminución en diciembre de 2025 por una contingencia de sistemas.
- **Oportunidad de respuesta ante las solicitudes de mantenimiento de infraestructura:**

El indicador mostró mejora entre 2024 (78,92 horas) y 2025 (75,56 horas), acercándose a la meta de 72 horas, aunque sin alcanzarla completamente.

- **Satisfacción de mantenimiento correctivo en infraestructura:**

La satisfacción mejoró de 88,74% en 2024 a 100% en 2025, evidenciando mayor calidad del servicio, compromiso institucional y buena calificación del contratista.

Principales logros

- Transición de contrataciones anuales a una alianza estratégica a tres (3) años.
- Implementación, por primera vez, de un sistema organizado de planimetría física y digital para la gestión técnica de la infraestructura hospitalaria.
- Formulación y aplicación, por primera vez, de términos de referencia para la contratación del mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura.
- Participación en la Primera Jornada de Referenciación Institucional 2025, con la temática infraestructura hospitalaria con responsabilidad social.
- Asignación de un presupuesto para mantenimiento y reparaciones en la vigencia 2025 por valor de $4.173.923.486, fortaleciendo la capacidad operativa del proceso.

Dificultades y riesgos

- La información técnica y planimétrica se encontraba dispersa entre varios actores y parte de los planos no pudo ser recuperada, en especial los diferentes a los arquitectónicos, debido al tiempo de ejecución de las obras y a la falta de información de antiguos contratistas.
- Las intervenciones en quirófanos estuvieron limitadas por la necesidad de mantener la operación asistencial, lo que obligó a ejecutar los trabajos de forma gradual y en tiempos ajustados.
- Adicionalmente, la limitada oferta de instituciones de tercer nivel en Pasto redujo la participación de proponentes en los procesos contractuales, representando un riesgo para la competencia y selección de oferentes especializados.

Lecciones aprendidas

- La participación en la Jornada de Referenciación Institucional 2025 permitió posicionar a la Fundación Hospital San Pedro como referente en infraestructura hospitalaria a nivel regional y nacional, fortaleciendo el intercambio de experiencias y buenas prácticas.

- Se establecieron lineamientos institucionales para la organización, conservación, custodia y acceso a la planimetría, formalizados mediante el IT-AI-002 Instructivo de Organización, Conservación, Custodia y Acceso de Planos, como base para la gestión futura de la infraestructura.

3.7. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Objetivo del proceso

Garantizar la disponibilidad, seguridad, confiabilidad y uso adecuado de la tecnología biomédica e industrial, mediante la gestión integral de su ciclo de vida, con el fin de apoyar la prestación de los servicios de salud, la seguridad del paciente y el cumplimiento de los requisitos normativos y de calidad institucional.

Resumen ejecutivo

Durante el año 2025, el proceso de Gestión de la Tecnología evidenció un desempeño superior, cumpliendo el 100% de los planes de mantenimiento, las actividades del Comité de Tecnología y las oportunidades de mejora derivadas del proceso de acreditación.
Se destacó la ejecución del plan de renovación tecnológica, la adquisición de equipos estratégicos para servicios críticos, la adecuada supervisión contractual y la actualización de la documentación del proceso, lo que contribuyó a la estandarización, el cumplimiento normativo y la reducción del tiempo de indisponibilidad de los equipos.

Metas y resultados alcanzados

Durante el período 2025, la Gestión Tecnológica se enfocó en fortalecer el control, la trazabilidad y la confiabilidad del parque tecnológico, en línea con los requisitos normativos y de acreditación.
Se optimizó la gestión de mantenimiento preventivo y correctivo, mejorando la oportunidad de atención, el cumplimiento de los planes y la disponibilidad y seguridad de los equipos. Asimismo, se dio cumplimiento total a las oportunidades de mejora del proceso de acreditación dentro de los plazos establecidos.
También se fortaleció la articulación con áreas asistenciales y administrativas, mejorando la identificación de necesidades y el uso seguro de la tecnología. En general, se cumplieron las metas propuestas, evidenciando una gestión orientada a la mejora continua y la seguridad del paciente.

Indicadores

Durante el año 2025 se realizó seguimiento a los indicadores clave del proceso de Gestión Tecnológica, comparando los resultados con las metas establecidas y la vigencia anterior, con el fin de evaluar el desempeño del proceso.

- **Cumplimiento del mantenimiento preventivo:** En 2025 se alcanzó un cumplimiento del 97%, manteniéndose igual al resultado obtenido en 2024. El indicador cumplió la meta establecida (≥ 95 %) y respondió positivamente al ajuste realizado desde octubre, donde la meta se incrementó a ≥ 97 %.
- **Oportunidad de respuesta al mantenimiento correctivo:** El tiempo promedio de respuesta mejoró de 59 minutos en 2024 a 51 minutos en 2025, cumpliendo la meta general (< 60 minutos). Aunque el resultado anual se mantuvo levemente por encima de la meta ajustada desde octubre (< 50 minutos), se evidencia una tendencia positiva de mejora en la eficiencia del proceso.
- **Cumplimiento del plan de renovación tecnológica:** El cumplimiento del plan de renovación tecnológica fue del 96 % en 2025, frente a un 99 % en 2024. A pesar de la disminución, el resultado se mantuvo por encima de la meta definida (≥ 95 %), garantizando la ejecución del plan.
- **Tiempo de parada de la tecnología:** En 2025, el tiempo promedio de parada fue de 102 minutos, comparado con 83 minutos en 2024. Aunque se observa un incremento, el resultado se mantuvo ampliamente dentro de la meta (< 600 minutos), sin afectar la continuidad del servicio.
- **Cancelación de procedimientos por daño o mal funcionamiento:** El indicador aumentó de 0,26 en 2024 a 1,22 en 2025; sin embargo, se mantuvo dentro de la meta establecida (< 2,2). Este comportamiento refuerza la necesidad de fortalecer el uso adecuado y la apropiación tecnológica.
- En general, los indicadores evidencian cumplimiento de las metas, estabilidad operativa del proceso y oportunidades de mejora claramente identificadas para el siguiente período.

Principales logros

- Cumplimiento total de las actividades definidas en el Comité de Tecnología.
- Gestión y ejecución total de las oportunidades de mejora del proceso asociadas a acreditación.

- Adquisición e implementación de tecnología estratégica, destacándose:
    - Láser para urología y equipos complementarios (valor de inversión: $897.070.244).
    - Equipo de rayos X portátil (valor de inversión: $450.447.250).
    - Equipos para patología (valor de inversión: $153.586.738).
    - Ventiladores mecánicos para UCI (valor de inversión: $256.802.000).

- La inversión en tecnología realizada en el año fue:

Año	Inversión
2025	$2.988.855.420
2024	$2.884.069.084
2023	$5.985.627.273
2022	$5.557.000.000
2021	$1.550.000.000
Total	**$18.965.551.777**

Dificultades y riesgos

- Uso inadecuado de la tecnología, evidenciado en daños por mal uso.
- Reporte de 59 bombas de infusión con daños colaterales.
- Falta de implementación sistemática de la evaluación posterior a la adquisición de tecnología.
- Riesgo asociado a la no aplicación efectiva de la documentación actualizada por parte de los servicios.

Lecciones aprendidas

- La gestión preventiva y el seguimiento por indicadores permiten reducir significativamente la indisponibilidad tecnológica.
- Es necesario fortalecer la apropiación tecnológica por parte de los usuarios para minimizar daños y costos asociados.
- La evaluación posterior a la adquisición es clave para mejorar los procesos de planeación y selección tecnológica.
- La actualización documental debe ir acompañada de estrategias de socialización y seguimiento para garantizar su aplicación efectiva.

3.8. GESTIÓN DE OBRAS CONSTRUCTIVAS

Objetivo del proceso

Garantizar la funcionalidad de la infraestructura física hospitalaria, mediante la planificación, ejecución, seguimiento y control de los proyectos de obra, con el fin de apoyar la prestación de los servicios de salud, la seguridad del paciente, el bienestar del personal y el cumplimiento de los requisitos normativos, técnicos y de calidad institucional.

Resumen ejecutivo

Durante el año 2025, la institución presentó avances importantes en el desarrollo y seguimiento de proyectos de obra física, evidenciados en la entrega de áreas estratégicas como los niveles segundo, tercero y cuarto del Bloque Administrativo, lo que fortaleció la funcionalidad y organización de los espacios institucionales.
Así mismo, se realizó un seguimiento técnico y administrativo a proyectos claves como Patología, Morgue, Servicio Farmacéutico, la cubierta de UCI Norte y la Planta de Tratamiento de Agua Potable, garantizando el cumplimiento de lineamientos técnicos, normativos y cronogramas.

De manera complementaria, se fortalecieron la gestión contractual, el control presupuestal y la supervisión técnica de las obras, permitiendo una administración más eficiente de los recursos, una mejor coordinación institucional y contribuyendo al mejoramiento de las condiciones locativas y la continuidad operativa.

Metas y resultados

Durante el período 2025, la institución fortaleció la planeación, supervisión y control de la infraestructura física, en alineación con los lineamientos estratégicos y los requisitos normativos y de acreditación.
Se aseguró la adecuada ejecución de los proyectos de obra, garantizando la calidad, funcionalidad y seguridad de los espacios, así como el cumplimiento de alcances, cronogramas y especificaciones técnicas, lo que permitió un monitoreo continuo y una gestión eficiente de ajustes.

De manera complementaria, se mejoró la articulación con las áreas técnicas y administrativas, optimizando los procesos contractuales, el control presupuestal, el cumplimiento en Seguridad y Salud en el Trabajo y la gestión de materiales.
En conjunto, estos resultados reflejan el cumplimiento satisfactorio de las metas, con una gestión orientada a la mejora continua, la seguridad del paciente, el bienestar del personal y el uso eficiente de los recursos institucionales.

Indicadores

Si bien el proceso de Gestión de Infraestructura no dispone actualmente de indicadores cuantitativos consolidados, durante el período evaluado se realizó el control y seguimiento del desempeño mediante reportes de avance, actas de comité, supervisión de contratos y verificación del cumplimiento técnico, administrativo y normativo de los proyectos en ejecución.

Principales logros

- **Bloque administrativo:** En diciembre de 2025 se culminó el 100 % de la intervención de los niveles segundo, tercero y cuarto piso.
- **Morgue, patología y servicio farmacéutico:** Proyecto ejecutado por fases. En 2025 se finalizó la Fase I – Morgue (2 de octubre). La Fase II – Patología alcanzó un avance del 49,44 % y continúa en ejecución, mientras que la Fase III – Servicio Farmacéutico programada para mediados de 2026.
- **Cubierta de UCI Norte:** Presentó un avance físico del 84,68 %, con inversión de $ 319.621.408 durante la vigencia.
- **Planta de tratamiento de agua potable:** Se gestionó y contrató la adquisición de equipos, con una inversión de $ 287.738.494. Las obras de adecuación para su instalación se proyectan para 2026.

Dificultades y riesgos

- **Materiales:** Dificultades en la consecución oportuna de insumos, especialmente aquellos provenientes de otras ciudades o del exterior, generando ajustes en tiempos y programación.

- **Cumplimiento documental:** Limitaciones por parte de contratistas en la actualización de requisitos de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y seguridad social, requiriendo gestiones adicionales para la ejecución contractual.
- **Restricciones operativas:** Ejecución de obras en un entorno hospitalario activo, lo que exige coordinación y medidas especiales para no afectar la prestación de servicios.
- **Factores externos:** Condiciones climáticas que han impactado algunas actividades, generando reprogramaciones en los cronogramas.

Lecciones aprendidas

- **Planificación inicial:** Definir presupuestos desde el inicio permitió una gestión contractual más ordenada, mejor seguimiento y toma de decisiones oportuna.
- **Planeación y control:** El seguimiento permanente y control son clave para optimizar tiempos, mejorar calidad y reducir riesgos en la operación.
- **Evaluación posterior:** Permite identificar mejoras y fortalecer la planeación de futuros proyectos.
- **Documentación y socialización:** La actualización técnica debe ir acompañada de socialización y articulación para asegurar su aplicación efectiva.

Equipos de trabajo

Subgerencia de Gestión estratégica y de Calidad	
Alexandra Portilla	Coordinadora PAMEC
Christian Córdoba	Coordinadora Seguridad del Paciente
Ingrid Sofía Oviedo	Auditor Médico Calidad
Eliana Caicedo	Líder Enf. Seguridad del Paciente
Mary Jojoa	Líder Mejoramiento de Calidad
Sonia Delgado	Profesional Esp. Calidad
María Fernanda Escobar	Gestora de Proyectos
Angela Portillo	Profesional Esp. de estadística
Comunicaciones	
Gerardo Insuasty	Comunicador
Alejandro Giraldo	Profesional Universitario Diseño
Dirección de Gestión Jurídica	
Alvaro Andrés López	Profesional Univ. Jurídica
Edwin García Muñoz	Funcionario de Investigaciones
Sandra Díaz	Profesional Univ. Jurídica
Nury Patricia Miranda	Profesional Univ. Contratación
Jessica Fernanda Caicedo	Profesional Univ. Contratación
Karen Salas	Profesional Univ. Control disciplinario

4. GESTIÓN ESTRATÉGICA Y DE CALIDAD

4.1. ACREDITACIÓN

La Junta de Acreditación en Salud de ICONTEC en febrero de 2025, aprobó mantener la categoría de Institución Acreditada en Salud a la Fundación Hospital San Pedro, tras la evaluación del nuevo ciclo.

La renovación de la acreditación confirma el alto nivel de desempeño institucional, destacando avances en calidad, humanización y sostenibilidad, a la vez que plantea retos estratégicos clave orientados a fortalecer la gestión clínica, la seguridad del paciente y la transformación digital.

Vigencia: Certificado válido hasta 25 de julio de 2028 e incluye dos visitas de seguimiento durante el ciclo

Aspectos Destacados (Fortalezas)

- Compromiso institucional sólido con la calidad, evidenciado en el cierre de brechas y mejora continua.
- Alta relevancia regional y social, con servicios amplios y enfoque en población vulnerable.
- Reconocimientos y certificaciones externas, junto con liderazgo en sostenibilidad ambiental.
- Inversión en infraestructura y tecnología, fortaleciendo servicios especializados (hemodinamia, neuro intervencionismo, trasplantes).
- Gestión financiera eficiente, que garantiza sostenibilidad y crecimiento.
- Fortalecimiento docente e investigativo, consolidando su rol académico regional.
- Desarrollo del talento humano, con mejores condiciones laborales y cultura organizacional.
- Resultados en seguridad del paciente, especialmente en control de infecciones.
- Modelo de atención humanizada, altamente valorado por pacientes.
- Posicionamiento como referente nacional e internacional en buenas prácticas.

Implicaciones Estratégicas

- La acreditación ratifica a la institución como referente de calidad en el sistema de salud colombiano.
- Implica responsabilidades adicionales, como compartir buenas prácticas y mantener estándares elevados.
- ICONTEC realizará seguimiento periódico y puede efectuar visitas extraordinarias si es requerido.
- Se abre la posibilidad de participación en escenarios nacionales e internacionales como modelo de referencia.

La institución consolida su posicionamiento como referente en calidad en salud, con avances estructurales, tecnológicos y culturales significativos. Sin embargo, el siguiente ciclo exige madurez en gestión clínica, digitalización, gobernanza y control del riesgo, para sostener la acreditación y avanzar hacia niveles de excelencia.


icontec

ENTIDAD ACREDITADORA EN SALUD SEGÚN REGISTRO No 001, RES. 886 de 2022 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
HEALTH CARE ACCREDITATION BODY AS PER REGISTRATION No 001, 396 de 2022 ISSUED BY THE MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL PROTECTION

MIEMBRO INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIÓN ACREDITADA POR LA SOCIEDAD INTERNACIONAL PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - ISQua
INTITUTIONAL MEMBER AND ORGANIZATION ACCREDITED BY THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE - ISQua

ISQuaEEA International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association
Accredited Organisation 2022-2026

ACREDITACION EN SALUD

CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN EN SALUD
CERTIFICATE OF HEALTH CARE ACCREDITATION
ICONTEC certifica que:
ICONTEC certifies that:

FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO
Cód̃g. Prestador 5200100557-01
Calle 16 - Carrera 43 esquina
Pasto, Departamento de Nariño

Ha sido evaluado y aprobado con respecto a los estándares del
SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD - SUA
RESOLUCION 5095 DE 2018 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Has been assessed and approved based on the standards of the
COLOMBIAN HEALTH CARE ACCREDITATION SYSTEM
RES. No. 5095 OF 2018, ISSUED BY THE MINISTRY OF SOCIAL PROTECTION

Esta aprobación está sujeta a que se cumplan y mantengan los requisitos de los estándares, lo cual será verificado por ICONTEC
This approval is subject to the fulfillment and maintenance of requirements established in the standards, which will be verified by ICONTEC

Certificado No. 068
Certificate No. 068

Fecha de aprobación: 2024 07 26
Approval date:
Fecha de Vencimiento 2028 07 25
Expiration date:

Roberto Enrique Montoya Villa
DIRECTOR EJECUTIVO DE ICONTEC

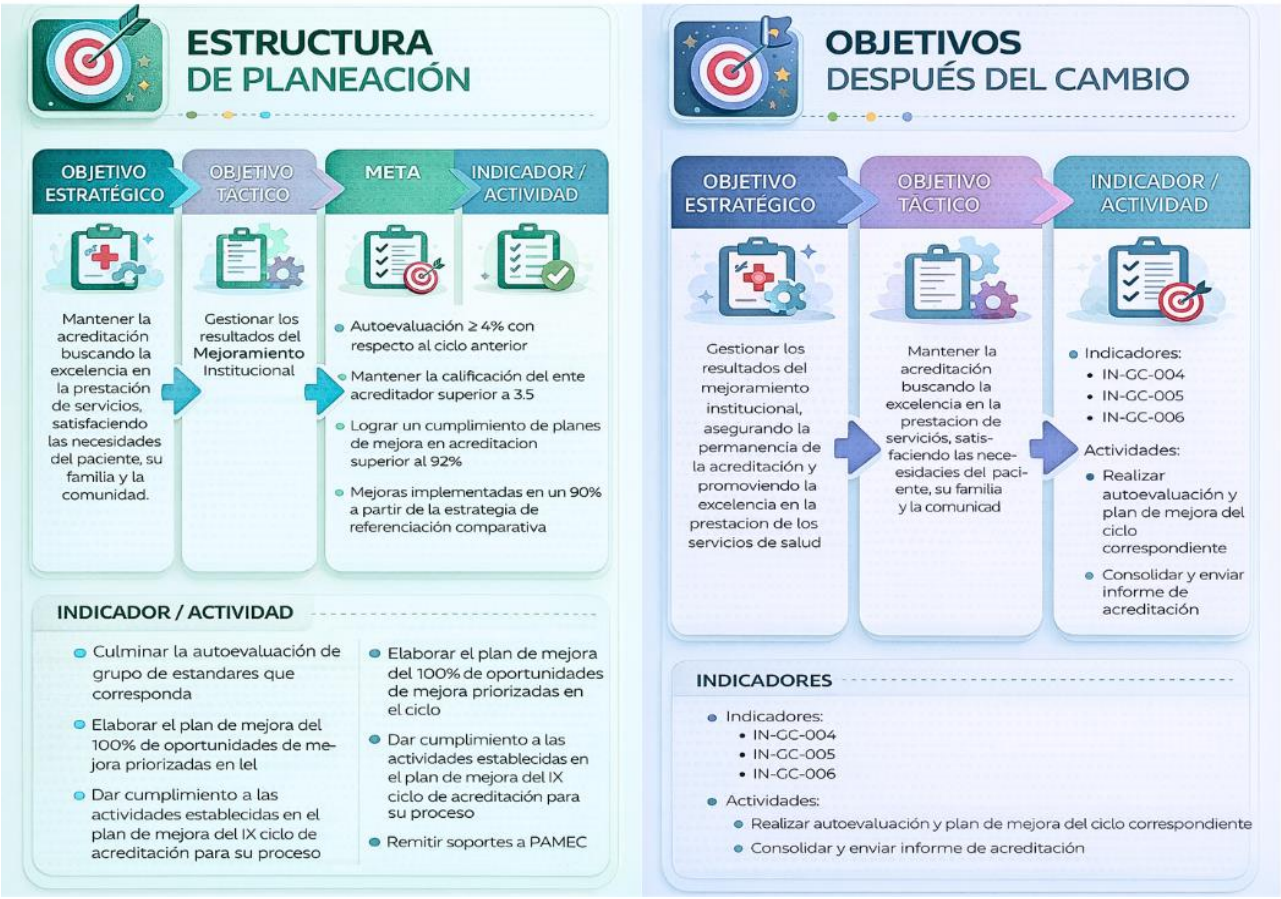
Este certificado es propiedad de ICONTEC ubicado en la Calle 26N° 69 - 76, Edificio Elemento, torre 4, pisos 9 y 10, Bogotá D.C., Colombia.

4.2. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

En febrero de 2025 se inició la implementación y el despliegue del módulo de cuadros de mando en el sistema ALMERA. En esta herramienta se realizó el cargue de las actividades y los respectivos soportes de ejecución definidos en la planeación operativa correspondiente a las vigencias 2024 y 2025.

Para llevar a cabo la parametrización del módulo, fue necesario realizar ajustes en la estructura del Cuadro de Mando Institucional, simplificando los niveles que hasta el momento se evaluaban en Excel. Como resultado, se definieron los siguientes:

IMPLEMENTACIÓN DE MODULO CUADROS DE MANDO EN ALMERA



Finalmente, se llevó a cabo la parametrización de cuatro (4) perspectivas, ocho (8) objetivos estratégicos y veintitrés (23) objetivos tácticos. De igual manera, se configuraron los cuadros de mando con sus respectivas actividades e indicadores,

orientados al seguimiento y cumplimiento del Balanced Scorecard institucional, incluyendo:

Año	Cuadros de mando	Cantidad de indicadores en BSC	
2024	2	Indicadores	97
		Actividades	141
2025	40	Indicadores	284
		Actividades	402

Visualización de cuadro de mando - BSC INSTITUCIONAL



Visualización de cuadro de mando por proceso – POA UCI



Visualización de cuadro de mando PAQUETES INSTRUCCIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Resultados de cumplimiento planeación estratégica:

Las perspectivas y los objetivos estratégicos fueron evaluados a partir de los resultados de los indicadores establecidos en la planeación operativa de treinta y seis (36) procesos y subprocesos institucionales. Asimismo, se consideró el cumplimiento de las

actividades definidas para aportar al logro de la visión institucional proyectada para el año 2025. Los resultados de este análisis se presentan y describen a continuación:

Resultados generales

En el Cuadro de Mando Institucional, a través del cual se evalúa el cumplimiento de los objetivos estratégicos, se presentan los resultados obtenidos en el cumplimiento de las actividades programadas y el desempeño de los indicadores definidos, los cuales se describen a continuación:

Cumplimiento general del BSC

Año	POAS		Cumplimiento
2024	Indicadores	97	93%
	Actividades	141	70%
2025	Indicadores	291	94%
	Actividades	387	81%

Cumplimiento por perspectivas BSC

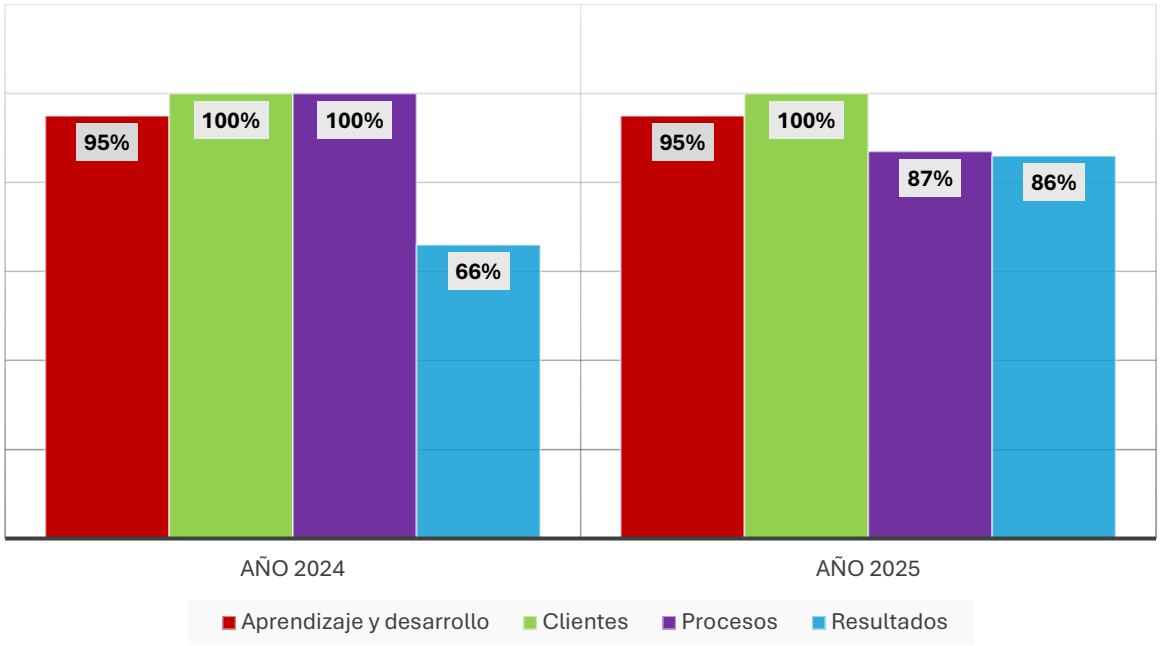


Fuente: Consolidados POAS 2025 (ALMERA)

Durante el año 2025, una de las perspectivas con mejor desempeño fue la de Aprendizaje y Desarrollo, destacándose el cumplimiento de objetivos tácticos relacionados con el fortalecimiento de la investigación y la innovación, la incorporación de nuevas tecnologías, las adecuaciones en infraestructura y la implementación de aplicativos institucionales y sistemas de información como ALMERA y CWM. Asimismo, se resalta el fortalecimiento continuo de las competencias de los trabajadores mediante el desarrollo de procesos de capacitación desde las diferentes áreas.

El compromiso de la alta dirección y de los líderes de proceso con el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales permitió mantener los resultados en las perspectivas de aprendizaje y clientes, y además mejorar la perspectiva de resultados, incluso en medio de la difícil coyuntura que se vive actualmente en el sector salud:

Tendencia de cumplimiento de perspectivas



Fuente: Consolidados POAS 2025 (ALMERA)

Cumplimiento de objetivos estratégicos

La Fundación Hospital San Pedro cuenta con ocho objetivos estratégicos que, de acuerdo con los indicadores definidos en la planeación operativa de sus 36 procesos institucionales, alcanzaron los siguientes niveles de cumplimiento:



Fuente: Consolidados POAS 2025 (ALMERA)

Objetivos por fortalecer

Se identifica la necesidad de fortalecer los siguientes objetivos, dado que actualmente no cuentan con indicadores definidos que permitan su medición o, en los casos en que estos existen, los resultados obtenidos son bajos, lo que dificulta realizar un seguimiento y evaluación sistemática de su cumplimiento:

- Documentar el 100% de proyectos que se generen en la institución, con presentación ante Junta Directiva de los que se requieran
- Realizar seguimiento a la ejecución del 100% del cronograma y presupuesto de los proyectos aprobados durante la vigencia
- Gestionar la implementación de mejoras a partir de la estrategia de referenciación comparativa
- Fortalecer el desarrollo de auditorías en los procesos institucionales
- Fortalecer el Sistema de gestión del riesgo institucional SGIR

- Evaluar los procesos de atención en salud a través de la metodología de paciente trazador, la evaluación de la adherencia a guías clínicas y protocolos
- Fortalecer y ampliar las alianzas estratégicas con los diferentes actores del sistema de salud, instituciones educativas, empresas farmacéuticas y otras entidades, en beneficio de la comunidad, la investigación y el avance científico de la región
- Posicionar al hospital en el mercado de servicios de salud mediante estrategias de mercadeo efectivas y sostenibles, que permitan fortalecer la visibilidad institucional, atraer nuevos usuarios y establecer o renovar contratos con aseguradoras y otros actores del sistema de salud
- Implementar Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD) como herramienta de gestión clínica y financiera, con el fin de optimizar la eficiencia operativa, mejorar la calidad del servicio y fortalecer las estrategias de mercadeo institucional
- Avanzar en la consolidación del Hospital universitario
- Desarrollar un plan de trabajo conforme a la Agenda Global para Hospitales Verdes y Saludables, que integre un objetivo adicional y que vaya en concordancia con el Programa Integrado de Gestión Ambiental.
- Realizar Autoevaluación para sello de sostenibilidad, presentando a la alta dirección el grado de cumplimiento de requisitos
- Desarrollar actividades que favorezcan a grupos de poblaciones vulnerables

4.3. PLANEACIÓN OPERATIVA ANUAL

Cumplimiento por procesos

En la siguiente tabla se detalla la tendencia y cumplimiento de las actividades definidas en la planeación operativa del año 2025 para cada proceso. La calificación máxima fue de 94% para atención al usuario y la mayoría de los procesos obtuvieron un resultado superior o igual a 90%.

Tendencias de cumplimientos POA por proceso

PROCESO	2024			2025		
	Actividades	Indicadores	TOTAL	Actividades	Indicadores	TOTAL
HOSPITALIZACIÓN		95,1	**95,1**	87,78	91,8	**89,79**
ATENCIÓN AL USUARIO		93,3	**93,32**	95	92	**93,79**

PROCESO	2024			2025		
	Actividades	Indicadores	TOTAL	Actividades	Indicadores	TOTAL
BANCO DE SANGRE		93,9	**93,9**	95	94	**94,5**
EPIDEMIOLOGÍA		95,5	**95,5**	95,92	83,5	**89,71**
UNIDAD RENAL		93,2	**93,2**	90	92,1	**91,05**
UCI		94,4	**94,4**	100	88,7	**94,35**
UCN		83,9	**83,9**	75	87,3	**81,15**
PATOLOGÍA		87,4	**87,4**	90	81,6	**85,8**
CIRUGÍA		89,7	**89,7**	95	93,7	**94,35**
IAMI		91,1	**91,1**	80	95	**87,5**
REHABILITACIÓN		97,8	**97,8**	65	94,2	**79,6**
UFCA		93,2	**93,2**	81,11	92,1	**86,61**
LABORATORIO		97,2	**97,2**	58	82,8	**70,4**
SERVICIO FARMACÉUTICO		83,7	**83,7**	73,33	89,8	**81,57**
CONSULTA EXTERNA		92,3	**92,3**	100	90,6	**95,3**
IMAGENOLOGÍA		85,6	**85,6**	92	72,8	**82,4**
URGENCIAS		96,7	**96,7**	89,13	92	**90,57**
INFECCIONES		92,7	**92,7**	92,86		**92,86**
SEGURIDAD DEL PACIENTE		91	**91**	100	86,9	**93,45**
CALIDAD		66,1	**66,1**	80	83,3	**81,65**
INVESTIGACIÓN		81,6	**81,6**		99	**99**
GESTIÓN DOCUMENTAL		83,3	**83,3**	89,69	74,7	**82,2**
SST		92,2	**92,2**		90	**90**
ESTERILIZACIÓN		92,5	**92,5**	90	90,6	**90,3**
COMUNICACIONES		80,9	**80,9**	64,29	87,5	**75,9**

PROCESO	2024			2025		
	Actividades	Indicadores	TOTAL	Actividades	Indicadores	TOTAL
GESTIÓN SUMINISTROS		82,4	**82,4**	80	85	**82,5**
ESTADÍSTICA		96,3	**96,3**	81,62	89,3	**85,46**
GESTIÓN INFORMÁTICA		90,9	**90,9**	80	85	**82,5**
GESTIÓN AMBIENTAL		62,6	**62,6**		84,2	**84,2**
DOCENCIA SERVICIO				70	95	**82,5**
HOTELERÍA HOSPITALARIA		62,6	**62,6**	80	84,2	**82,1**
TALENTO HUMANO		73,9	**73,9**		77,4	**77,4**
GESTIÓN FINANCIERA		65,1	**65,1**		87,5	**87,5**

Fuente: Consolidados POAS 2025

Los mejores POAS 2025

TIPO DE PROCESO	PROCESO	2025
		TOTAL
MISIONAL	ATENCIÓN AL USUARIO	**93.79**
MISIONAL	BANCO DE SANGRE	**94.50**
MISIONAL	UCI	**94.35**
MISIONAL	CIRUGÍA	**94.35**
ESTRATEGICO	INFECCIONES	**92.86**

4.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Objetivo del proceso

Garantizar un entorno de atención seguro mediante la implementación de una política integrada que promueva la cultura de seguridad, la prevención de riesgos y la participación del binomio paciente-familia y el equipo asistencial.

Resumen ejecutivo

El año 2025 representó la transformación digital y metodológica del programa "San Pedrito Seguro". Los hitos principales incluyeron:

- **Actualización Estratégica:** Divulgación de la Política de Seguridad con líneas de acción simplificadas para asegurar su apropiación en todos los niveles.

- **Fortalecimiento Operativo:** Optimización del equipo técnico, permitiendo la monitorización especializada de sucesos de seguridad de alta frecuencia ("Primeras causas").

- **Transformación Digital:** Migración exitosa de *Health SQ* a la plataforma *Almera*, pasando de un modelo de captura de datos a un sistema integral de gestión, trazabilidad y planes de mejora.

- **Articulación Clínica:** Sincronización con el equipo de Gestión Clínica-Enfermería para la ejecución de planes de mejora robustos basados en tendencias de seguridad.

- **Enfoque de riesgo:** Se fortaleció el enfoque preventivo institucional mediante la reingeniería de la gestión de riesgos bajo la metodología AMFE (Análisis de Modo y Efecto de Falla). Este ejercicio técnico permitió la identificación y priorización de 192 riesgos específicos en procesos asistenciales y de apoyo, migrando de un modelo reactivo a uno proactivo basado en el análisis de vulnerabilidades antes de la ocurrencia del daño

Metas y resultados de gestión

Se alcanzaron niveles superiores de precisión técnica en la medición de seguridad:

- **Cultura de Seguridad:** Aplicación rigurosa de la metodología AHRQ, logrando una muestra representativa que identifica fortalezas y brechas por dimensión.

- **Gestión de Eventos Graves:** Implementación de análisis multidisciplinarios para eventos adversos graves y centinela, fortaleciendo la respuesta institucional ante riesgos legales y reputacionales.

- **Transferencia de Conocimiento:** Estandarización de "Lecciones Aprendidas" como herramienta de *feedback* directo a los procesos asistenciales.

Indicadores:

Comparativo frente a metas establecidas:

Indicador	Resultado 2024	Resultado 2025	Meta
Percepción de Cultura de Seguridad (AHRQ)*	**71.30%**	**70.06%**	75%
Cobertura de educación en Seguridad	**92.25%**	**94.62%**	95%
Adherencia a Metas Internacionales**	**90.60%**	**86.70%**	82%

** Se estableció una nueva línea base para la medición de Cultura de Seguridad (AHRQ), mediante la transición de un análisis basado en preguntas aisladas hacia un cálculo integral por dimensiones. Este ajuste metodológico garantiza una mayor fidelidad diagnóstica y permite intervenciones precisas en las brechas detectadas.*

*** La medición de año 2024 corresponde a prueba piloto de medición de este nuevo indicador.*

Principales logros

- **Calidad del Reporte:** Reducción del ruido en el sistema de información mediante el filtrado de eventos no relacionados con seguridad, optimizando los tiempos de análisis del equipo técnico.

- **Capacidad Instalada:** Formación de investigadores en seguridad con perfiles de gestión y coordinación en áreas asistenciales.

- **Estandarización Internacional:** Adopción de la clasificación de criticidad de la National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP), permitiendo el *benchmarking* con instituciones internacionales.

- **Analítica de Datos:** Transición de "datos crudos" a indicadores de tendencia para sucesos de alta frecuencia, facilitando la toma de decisiones basada en evidencia.

Lecciones aprendidas

- **Apropiación de Política:** La política de seguridad debe ser un instrumento práctico y de fácil comprensión, no solo un requisito documental de acreditación.

- **Soportes Tecnológicos:** La centralización de información en software especializado (*Almera*) es el eje para garantizar la trazabilidad y efectividad del cierre de ciclos de mejora.

- **Análisis Dimensional:** La mejora de la cultura de seguridad no surge del indicador global, sino de la intervención específica en las dimensiones críticas identificadas.

4.5. INFORME RIESGOS

4.5.1. Modelo de gobernanza del riesgo





La gestión del riesgo se integra con el direccionamiento estratégico del hospital.

1. Perspectiva de resultados

Objetivo	Riesgo	Responsable
Mejorar liquidez institucional	Falta de liquidez	Dirección financiera
Reducir cartera vencida	Incumplimiento de EPS	Cartera
Controlar costos operativos	Sobrecostos en la operación	Dirección financiera
Mejorar rentabilidad	Margen operacional bajo	Dirección financiera

2. Perspectiva del cliente

Objetivo	Riesgo	Responsable
Mejorar seguridad del paciente	Eventos adversos	Seguridad del paciente
Reducir infecciones hospitalarias	IAAS	Infecciones
Mejorar experiencia del usuario	Quejas y reclamos	Atención al usuario
Reducir reingresos	Complicaciones clínicas	Gestión clínica

3. Perspectiva de Procesos

Objetivo	Riesgo	Responsable
Mejorar eficiencia operativa	Demoras en atención	Director de Urgencias
Garantizar disponibilidad de insumos	Desabastecimiento	Suministros
Mejorar calidad de la información	Fallas sistemas	Sistemas
Reducir errores administrativos	Facturación incorrecta	Facturación

4. Perspectiva de Aprendizaje y desarrollo

Objetivo	Riesgo	Responsable
Retener talento humano	Rotación de personal	Dirección de Talento humano
Fortalecer competencias	Falta de capacitación	Dirección de Talento humano
Mejorar cultura organizacional	Clima laboral negativo	Dirección de Talento humano
Fortalecer innovación	Baja adopción estrategias innovadoras	Planeación, Investigaciones

El Sistema Integral de Gestión de Riesgos adopta el modelo internacional de Tres Líneas de Defensa:



Primera Línea de Defensa

Gestión Operativa del Riesgo

Corresponde a los responsables directos de los procesos institucionales.

Responsables

- Subgerencias
- Directores de área
- Coordinadores de servicios
- Líderes de procesos

Funciones

- Identificar riesgos en los procesos.
- Implementar controles operativos.
- Reportar eventos de riesgo.
- Cumplir protocolos y procedimientos.

Esta línea es responsable de gestionar el riesgo en el día a día de la operación.

Segunda Línea de Defensa

Supervisión y Gestión del Riesgo

Corresponde a las áreas encargadas de diseñar metodologías, monitorear riesgos y apoyar la gestión institucional.

Responsables

- Planeación y Calidad
- Seguridad del Paciente
- Gestión del Riesgo
- Oficial de Cumplimiento
- Rol oficial protección de datos personales
- SST
- Jurídica
- Gestión Financiera

Funciones

- Definir metodologías de evaluación del riesgo.
- Monitorear indicadores de riesgo.
- Apoyar a los procesos en la gestión del riesgo.
- Consolidar información institucional.

Tercera Línea de Defensa

Auditoría Independiente: Corresponde al área de Control Interno y Revisoría Fiscal

Responsabilidades

- Evaluar la efectividad del sistema de gestión de riesgos.
- Realizar auditorías independientes.
- Verificar el cumplimiento de controles.
- Reportar hallazgos al Patrono, Junta Directiva y equipo directivo

4.5.2. Herramientas de gestión del riesgo

La Fundación Hospital San Pedro implementa las siguientes herramientas:

- Mapas de riesgo institucional.
- Matrices de riesgo por proceso.
- Indicadores de riesgo.
- Sistemas de reporte de eventos adversos , y condiciones subestándar (trabajadores)
- Auditorías internas
- Autocontroles
- Planes de mejoramiento.

El mapa de riesgos agrupa los riesgos institucionales en cinco grandes categorías estratégicas.

CATEGORÍA	TIPO DE RIESGO	RESPONSABLE
Riesgos asistenciales	Riesgo en salud	Subgerencia de Servicios de Salud
	Seguridad del paciente	Coordinación de Seguridad del Paciente
	Riesgos clínicos	Gestión Clínica médica y de enfermería
	Infecciones asociadas a la atención	Coordinadora de infecciones
Riesgos operacionales	Riesgo operacional	Subgerencia Administrativa
	Riesgo tecnológico	Sistemas
	Riesgo talento humano	Gestión Humana
	Riesgo jurídico	Dirección Jurídica
	Riesgo ambiental	Gestión Ambiental
	Riesgo SST	Seguridad y Salud en el Trabajo
	Continuidad del servicio asistencial	Subgerencia de Servicios de Salud
	Continuidad tecnológica (TI)	Sistemas
	Continuidad operativa institucional	Subgerencia Administrativa
Riesgos financieros	Riesgo actuarial	Dirección Financiera
	Riesgo de crédito	Cartera
	Riesgo de liquidez	Tesorería
	Riesgo de mercado de capitales	Dirección Financiera
Riesgos estratégicos	Riesgo de grupo	Gerencia
	Riesgo reputacional	Directora Jurídica
	Riesgo de fallas de mercado	Gerencia
Riesgos de cumplimiento	Lavado de activos y financiación del terrorismo	Oficial de Cumplimiento
	Protección de datos	G Documental/ Jurídica

4.5.3. Gestión del Riesgo en Salud

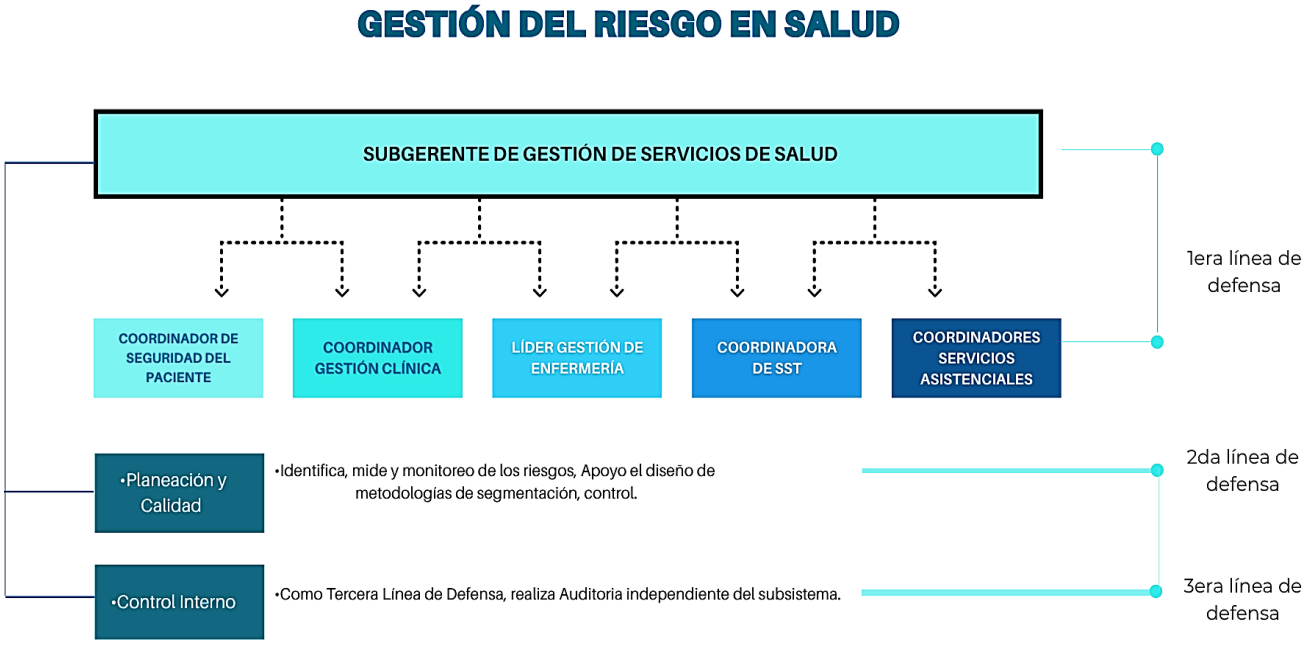
La Fundación Hospital San Pedro evidencia un alto nivel de madurez en la gestión del riesgo en salud, sustentado en un enfoque preventivo, sistemático e integral orientado a la seguridad del paciente y a la mejora de los resultados en salud.

Durante la vigencia evaluada, se consolidaron avances significativos en la implementación del Programa de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), así como en los componentes de Resistencia

Antimicrobiana (RAM) y el Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA), los cuales presentan niveles de cumplimiento cercanos al 100% y reconocimiento externo por su grado de desarrollo.

De manera complementaria, se ha fortalecido la vigilancia epidemiológica institucional mediante el monitoreo permanente de infecciones intrahospitalarias, perfiles microbiológicos y resistencia bacteriana, lo que ha permitido la toma oportuna de decisiones y la implementación de intervenciones efectivas. Como resultado, se evidencia una reducción sostenida en la incidencia de infecciones asociadas a la atención en salud, incluyendo eventos críticos como infecciones asociadas a dispositivos invasivos y neumonía asociada a ventilación mecánica, con comportamientos en algunos servicios cercanos a cero eventos.

Asimismo, se destaca el fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente, reflejada en niveles de adherencia superiores al 95% a protocolos, guías y buenas prácticas clínicas, soportada en herramientas como auditorías clínicas, listas de chequeo, comités institucionales y seguimiento a indicadores de calidad y riesgo.



En el componente de continuidad del cuidado, la institución ha avanzado en la gestión del riesgo en poblaciones priorizadas mediante la articulación con programas y rutas de atención, incluyendo el seguimiento a recién nacidos prematuros, pacientes con enfermedades de interés en salud pública, pacientes trasplantados, usuarios con patologías de alta complejidad y atención de eventos como el accidente cerebrovascular

desde urgencias. De igual forma, se ha fortalecido el seguimiento post egreso como estrategia para mejorar la adherencia a tratamientos y la continuidad de la atención.

La implementación progresiva de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) ha permitido estructurar la gestión del riesgo clínico mediante la identificación de grupos de riesgo, la aplicación de intervenciones basadas en evidencia, el seguimiento de cohortes y la articulación con los diferentes actores del sistema de salud. En este contexto, se priorizan rutas de alto impacto como la materno-perinatal, cardio-cerebrovascular, oncológica, salud mental y enfermedades infecciosas.

Particularmente, el fortalecimiento de la ruta materno-perinatal ha contribuido a la reducción de la morbimortalidad materna, mediante el seguimiento a maternas en posparto y estrategias como la Línea Amiga IAMI, permitiendo identificar brechas en la continuidad del cuidado y mejorar la respuesta institucional.

4.5.4. Gestión del Riesgo Operacional

La Fundación Hospital San Pedro evidencia avances significativos en la gestión del riesgo operacional, mediante un enfoque estructurado orientado a garantizar la eficiencia de los procesos, la continuidad operativa y la mitigación de riesgos asociados a fallas en procesos, tecnología, talento humano, infraestructura y factores externos.

La institución ha desarrollado un proceso integral de levantamiento, caracterización y documentación de sus procesos, abarcando los macroprocesos misionales, estratégicos y de apoyo, lo que ha permitido su estandarización y la identificación sistemática de riesgos operacionales, facilitando la implementación de controles y acciones de mejora para reducir su probabilidad e impacto.

De manera complementaria, se ha fortalecido la gestión del riesgo legal mediante el seguimiento a procesos jurídicos, permitiendo anticipar contingencias y robustecer la defensa institucional. Asimismo, el Sistema de Gestión de Calidad, soportado en la plataforma ALMERA, ha consolidado un repositorio documental institucional que mejora la trazabilidad, el control de la información y la adherencia a los procesos, disminuyendo riesgos asociados a desactualización o uso inadecuado de documentos.

En el componente de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), la institución cuenta con un sistema alineado con la normatividad vigente, que permite la identificación, evaluación y control de riesgos laborales a través de matrices de riesgo, programas de vigilancia epidemiológica, inspecciones de seguridad, capacitación y seguimiento a indicadores como accidentalidad y ausentismo. Se destaca, además, la medición del riesgo

psicosocial y la implementación de planes de intervención orientados al mejoramiento del clima organizacional y bienestar del talento humano.

Adicionalmente, se evidencian avances en la gestión tecnológica, orientados a garantizar la disponibilidad, integridad y confiabilidad de la información institucional, así como en el fortalecimiento del talento humano mediante la definición de perfiles por competencias y procesos de capacitación continua, reduciendo la ocurrencia de errores operativos.

4.5.5. Gestión del Riesgo actuarial

La Fundación Hospital San Pedro ha fortalecido la gestión del riesgo actuarial mediante la implementación de un modelo estructurado de costos basado en el procedimiento PT-FK-001 V1, que integra metodologías tradicionales y el costeo basado en actividades (ABC), permitiendo una estimación precisa de los costos asociados a la prestación de servicios de salud.

Este enfoque ha facilitado la determinación del costo real de los servicios y tecnologías, el fortalecimiento de los procesos de negociación con entidades responsables de pago y la toma de decisiones estratégicas basadas en el análisis de costos, frecuencia y complejidad de los servicios. Asimismo, ha permitido identificar desviaciones entre costos estimados y reales, garantizando la sostenibilidad financiera institucional.

La gestión se complementa con la actualización de centros de costos, la caracterización de tecnologías en salud y la asignación eficiente de costos indirectos, lo que asegura una distribución equitativa y confiable de los recursos. De igual forma, la estructuración de propuestas tarifarias basadas en costos institucionales, junto con el análisis de márgenes de rentabilidad y el seguimiento a la ejecución contractual, fortalece la coherencia entre costos, ingresos y sostenibilidad.

Adicionalmente, la articulación con áreas estratégicas y la revisión técnica de contratos permiten una gestión integral del riesgo, reduciendo eventos como glosas y reprocesos. Este proceso se apoya en el análisis del perfil epidemiológico y poblacional, lo que permite anticipar la demanda y ajustar las estrategias de prestación y contratación.

Se destaca una alta demanda en población femenina, especialmente en servicios materno-perinatales, así como una concentración en población adulta y mayor, lo que implica mayor carga de enfermedad crónica, complejidad y costos de atención. En este contexto, estrategias como la gestión clínica y la auditoría concurrente contribuyen a optimizar recursos, mejorar la oportunidad en la atención y mitigar riesgos financieros asociados a la prestación de servicios.

4.5.6. Gestión del Riesgo de crédito

La Fundación Hospital San Pedro gestiona el riesgo de crédito mediante un enfoque estructurado, articulado a la metodología institucional de formulación, ejecución y seguimiento del presupuesto anual, el cual constituye un instrumento clave para la estimación, control y monitoreo de los ingresos.

En la fase de planeación, se realiza un análisis detallado del comportamiento histórico de la producción, facturación, radicación y recaudo por entidad responsable de pago, así como del estado de la cartera, lo que permite identificar oportunamente riesgos asociados a incumplimientos o retrasos en los pagos. Asimismo, el plan de ventas anual se construye con base en metas realistas y desempeño histórico, reduciendo el riesgo de sobreestimación de ingresos.

Durante la ejecución, el recaudo depende del cumplimiento de los acuerdos con las EPS y de la adecuada gestión de facturación, evidenciando la relación directa entre la operación institucional y el comportamiento de pago de los deudores. En este contexto, el seguimiento liderado por el Comité Financiero permite identificar desviaciones entre ingresos proyectados y recaudados, facilitando la implementación de acciones oportunas para mitigar el riesgo de cartera. En conjunto, la metodología presupuestal actúa como un mecanismo integral de identificación, medición y control del riesgo de crédito, contribuyendo a la sostenibilidad financiera y al fortalecimiento de la gestión institucional.

4.5.7. Gestión del Riesgo de liquidez

La Fundación Hospital San Pedro gestiona el riesgo de liquidez mediante un enfoque estructurado soportado en la metodología institucional de formulación y seguimiento del presupuesto anual, que permite planificar, controlar y monitorear el flujo de recursos necesarios para garantizar la continuidad operativa.

En la fase de planeación, se incorporan análisis de ingresos, gastos operativos, inversiones y servicio de la deuda, lo que facilita la proyección de necesidades financieras y la anticipación de posibles desequilibrios. Asimismo, la aplicación del principio de unidad de caja asegura una visión integral de los recursos disponibles, garantizando que los ingresos respalden el cumplimiento de las obligaciones institucionales.

Durante la ejecución, la gestión se centra en el equilibrio entre el recaudo de ingresos y la ejecución del gasto, bajo la coordinación directiva y el seguimiento del Comité

Financiero, el cual establece metas de caja y monitorea de manera permanente la disponibilidad de recursos.

El seguimiento mensual, apoyado en indicadores financieros, permite identificar desviaciones en el flujo de caja, evaluar la capacidad de pago y adoptar medidas correctivas oportunas, especialmente en contextos de baja rotación de cartera. Adicionalmente, el análisis de pasivos, compromisos financieros y servicio de la deuda fortalece la gestión anticipada de obligaciones.

4.5.8. Gestión del Riesgo de mercado de capitales

El riesgo de mercado de capitales se gestiona mediante un enfoque soportado en el Manual de Políticas Contables y alineado con las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF para PYMES), lo que permite identificar, medir y controlar la exposición a variaciones en tasas de interés y condiciones del entorno económico.

La aplicación de criterios contables como el costo amortizado y la tasa de interés efectiva facilita la medición real del costo financiero y el rendimiento de los activos, permitiendo anticipar impactos derivados de cambios en variables del mercado. Asimismo, la evaluación periódica del deterioro de activos financieros, especialmente de la cartera, incorpora análisis del comportamiento histórico y condiciones económicas, contribuyendo a la mitigación de riesgos.

Adicionalmente, la gestión del efectivo se realiza bajo criterios de liquidez, seguridad y disponibilidad, garantizando la capacidad de respuesta ante obligaciones de corto plazo y la estabilidad operativa. Las políticas de revelación financiera fortalecen la transparencia y trazabilidad, facilitando la toma de decisiones informadas por parte de la alta dirección.

En conjunto, aunque la institución presenta baja exposición a instrumentos financieros complejos, cuenta con un modelo prudente, técnico y articulado que integra la gestión contable y financiera al sistema institucional de gestión de riesgos, asegurando el control de los impactos derivados de las condiciones económicas.

4.5.9. Gestión del Riesgo de fallas del mercado

La Fundación Hospital San Pedro gestiona el riesgo de fallas de mercado mediante un enfoque integral que reconoce las ineficiencias estructurales del sistema de salud, tales como la concentración de la demanda en pocas entidades responsables de pago, los

retrasos en el flujo de recursos y las condiciones regulatorias que afectan la sostenibilidad financiera.

La gestión de este riesgo se soporta en la articulación de los componentes financiero, contractual y operativo, teniendo como eje central la gestión de la cartera institucional, considerada un factor crítico para el flujo de efectivo y la estabilidad económica. En este sentido, la institución cuenta con un manual que regula todo el ciclo desde la facturación hasta la recuperación de recursos, incluyendo seguimiento, conciliación, gestión de glosas, acuerdos de pago y acciones jurídicas.

Este modelo incorpora herramientas técnicas para la clasificación y priorización de la cartera según su riesgo, antigüedad y naturaleza, lo que permite focalizar estratégicamente los esfuerzos de recaudo. Asimismo, se implementan procesos sistemáticos de conciliación y depuración de cartera, mediante análisis de saldos, validación de soportes y formalización de acuerdos con los deudores, en articulación con áreas clave como facturación, contabilidad y tesorería.

Adicionalmente, la gestión de cobro se desarrolla bajo un esquema escalonado que incluye etapas administrativas, persuasivas y prejurídicas, complementado con mesas de trabajo interinstitucionales y mecanismos de conciliación ante entes de control, fortaleciendo la capacidad de recuperación en un entorno adverso.

Finalmente, la evaluación del deterioro de cartera se realiza bajo criterios técnicos que consideran la antigüedad de la deuda, la situación financiera de los deudores y las condiciones del entorno, permitiendo reconocer oportunamente pérdidas esperadas y reflejar de manera prudente la situación financiera institucional.

4.5.10. Gestión del riesgo reputacional

La Fundación Hospital San Pedro gestiona el riesgo reputacional mediante un enfoque estructurado orientado a proteger la imagen institucional, la confianza de los grupos de interés y la credibilidad organizacional, frente a eventos asociados a la calidad de la atención, la comunicación, el comportamiento ético y la percepción de los usuarios.

La institución cuenta con un Manual de Comunicaciones, que establece lineamientos claros para la gestión de la comunicación interna y externa, la vocería oficial y el manejo de crisis, incluyendo la centralización de la información en la Gerencia, la validación por la Oficina de Comunicaciones y la administración de canales oficiales. Asimismo, dispone de protocolos específicos para el manejo de medios, redes sociales, eventos y comunicación de hechos relevantes, garantizando información veraz, oportuna y coherente.

El monitoreo del riesgo reputacional se fortalece mediante la evaluación de la satisfacción de usuarios, proveedores y contratistas, lo que permite identificar riesgos emergentes, implementar acciones correctivas y mejorar la percepción del servicio.

Adicionalmente, la institución cuenta con un Código de Ética y Buen Gobierno, que orienta el comportamiento organizacional bajo principios de transparencia, humanización e integridad, regula conflictos de interés y establece lineamientos frente a los grupos de interés, fortaleciendo la confianza y legitimidad institucional.

La gestión se complementa con políticas de confidencialidad incorporadas en contratos laborales y en el Comité de Ética en Investigación, las cuales garantizan la protección de la información sensible, el cumplimiento normativo y la prevención de riesgos legales y reputacionales.

En conjunto, estos elementos evidencian una gestión preventiva, estructurada y alineada con principios éticos, que permite mitigar riesgos reputacionales y fortalecer la confianza de los diferentes grupos de interés.

4.5.11. Protección de datos personales - reportes ante la SIC de las bases de datos con datos personales

Desde el proceso de Gestión Documental, se apoya con todas las acciones necesarias en el cumplimiento normativo entre ellos LEY 1581 DE 2012 y definido por la SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO con lo relacionado a PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:

- Reportar dentro de los primeros diez (10) días hábiles de cada mes, a partir de la inscripción de la base de datos, cuando se realicen cambios sustanciales en la información registrada.
- Informe anual sobre la actualización del Registro Nacional de Bases de Datos de la Superintendencia de Industria y Comercio, entre el 2 de enero y el 31 de marzo.
- Se deben reportar los reclamos de los titulares durante los primeros 15 días hábiles de febrero y agosto cada año, actualizando la información desde la inscripción de las bases de datos.
- Dar respuesta a requerimientos relacionados con el tema a los procesos solicitantes.

4.5.12. Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo –SARLAFT

La Fundación Hospital San Pedro ha establecido el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo - SARLAFT-, y en cumplimiento a la normatividad vigente y la política establecida.

Reportes a la unidad de información y análisis financiero – UIAF- (2025).

Durante el año 2025, se realizaron mensualmente y de manera oportuna los reportes a la Unidad de Información de Análisis Financiero – UIAF, lo cual se hizo a través del Sistema de Reporte en Línea –SIREL y corresponden a:

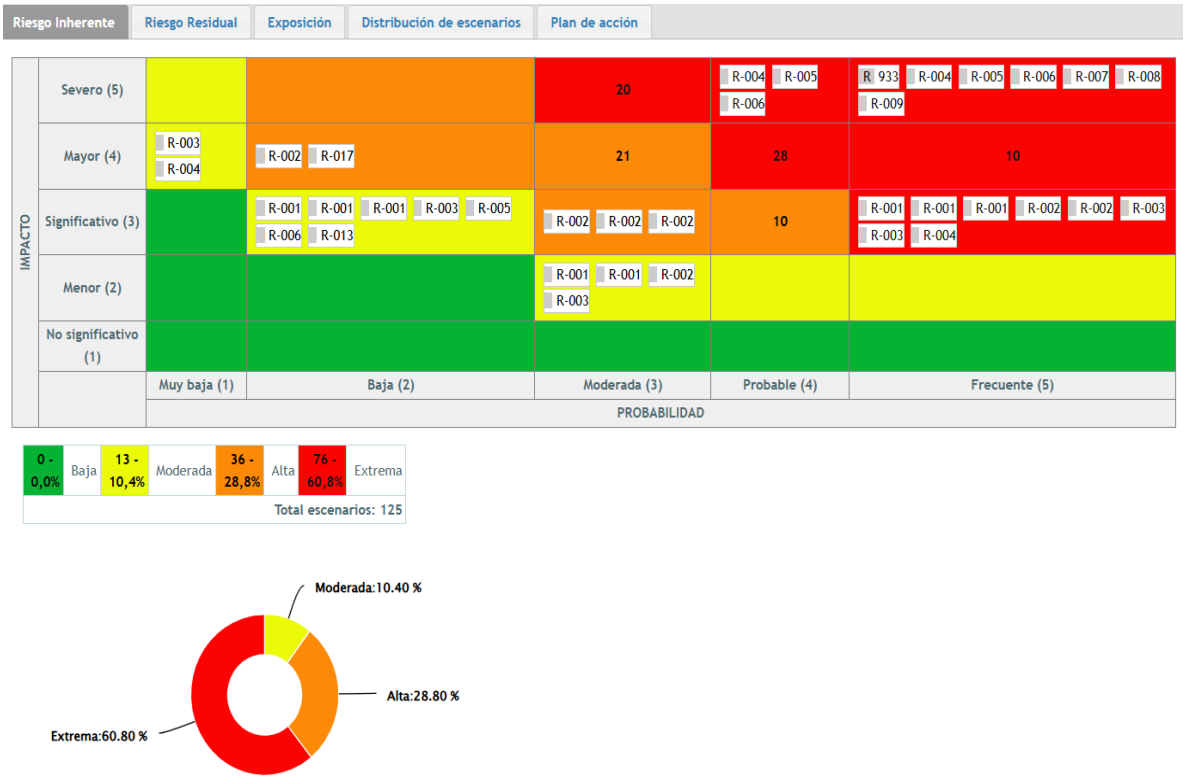
- ✓ Reporte de Operaciones Sospechosas – ROS
- ✓ Reporte Objetivo de Procedimientos
- ✓ Reporte Objetivo de Proveedores

Se cumplió con una totalidad de 36 reportes para el año 2025 así : 12 reportes negativos de proveedores y 12 reportes negativos de procedimientos 12 reportes negativos de operaciones sospechosas.
Se respondieron las solicitudes de diligenciamiento de formulario de conocimiento de persona jurídica como requisito en los procesos contractuales con EAPB´s, aseguradoras entre las principales.

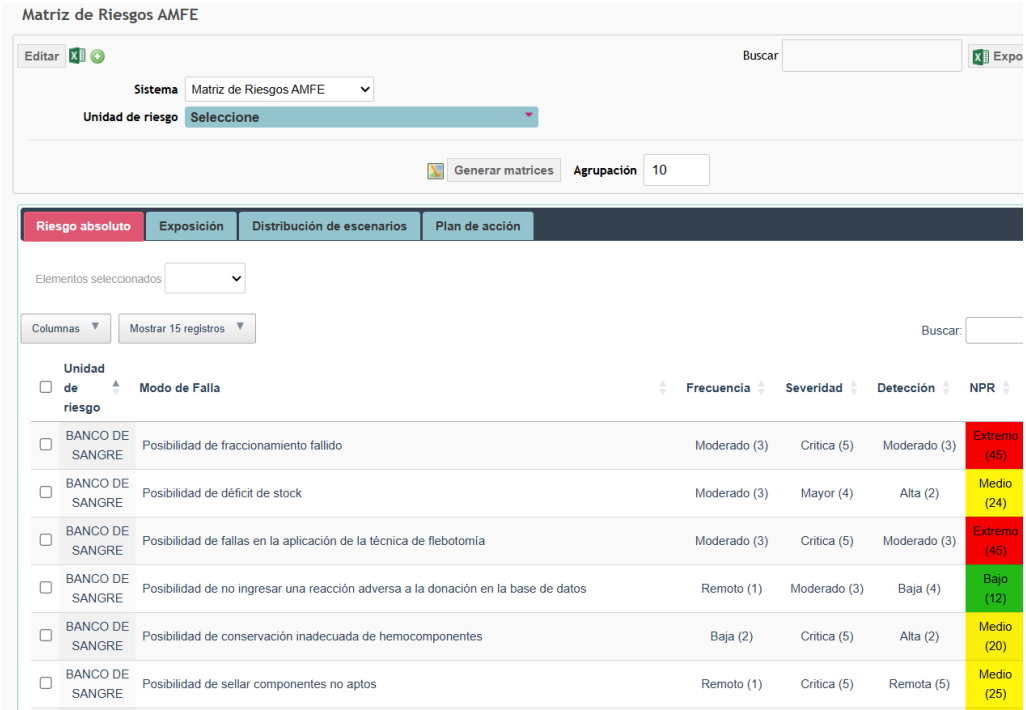
4.5.13. Implementación de módulo de riesgos en ALMERA

Se inicia la implementación del módulo de riesgos en noviembre de 2024, con el cargue de 125 riesgos identificados en los procesos estratégicos, de apoyo y misionales de carácter administrativo (METODOLOGA DAFP).

Visualización de matriz de riesgos DAFP en ALMERA



Se continua la implementación con el cargue de 105 riesgos de carácter asistencial identificados en el marzo del año 2025 (METODOLOGIA AMFE).

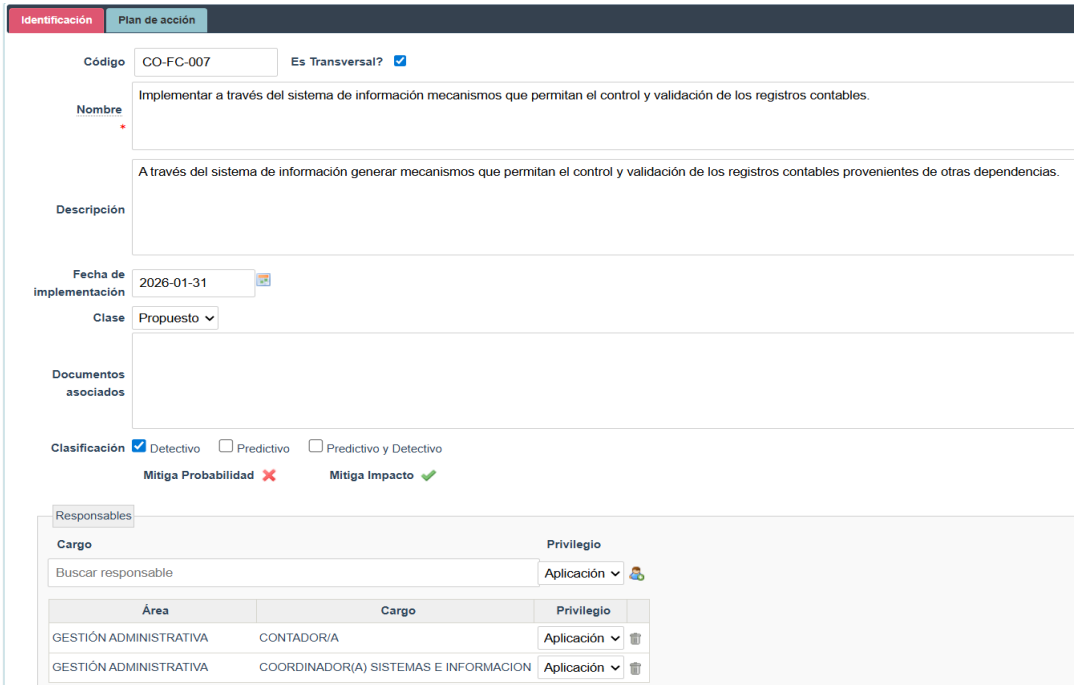


Unidad de riesgo	Modo de Falla	Frecuencia	Severidad	Detección	NPR
BANCO DE SANGRE	Posibilidad de fraccionamiento fallido	Moderado (3)	Critica (5)	Moderado (3)	Extremo (45)
BANCO DE SANGRE	Posibilidad de déficit de stock	Moderado (3)	Mayor (4)	Alta (2)	Medio (24)
BANCO DE SANGRE	Posibilidad de fallas en la aplicación de la técnica de flebotomía	Moderado (3)	Critica (5)	Moderado (3)	Extremo (45)
BANCO DE SANGRE	Posibilidad de no ingresar una reacción adversa a la donación en la base de datos	Remoto (1)	Moderado (3)	Baja (4)	Bajo (12)
BANCO DE SANGRE	Posibilidad de conservación inadecuada de hemocomponentes	Baja (2)	Critica (5)	Alta (2)	Medio (20)
BANCO DE SANGRE	Posibilidad de sellar componentes no aptos	Remoto (1)	Critica (5)	Remota (5)	Medio (25)

Resultados

La implementación del módulo de riesgos en el sistema ALMERA ha facilitado la visualización y el seguimiento de estos, tanto para la metodología DAFP, como para AMFE. En este contexto, a partir del año 2025 se realizó una actualización detallada de cada uno de los riesgos y de sus respectivos controles, lo que ha permitido identificar con mayor claridad las circunstancias que pueden impedir el cumplimiento de los objetivos institucionales, así como los controles que actualmente se encuentran en ejecución. De igual manera, se ha hecho énfasis en la depuración de los controles identificados, procurando que cada uno describa de forma precisa la actividad que se realiza, el documento controlado en el que se encuentra establecido, el responsable de su ejecución y, cuando aplique, las acciones de mejora necesarias para fortalecer su efectividad, un ejemplo de lo anterior se muestra a continuación:

Identificación en ALMERA de los controles institucionales

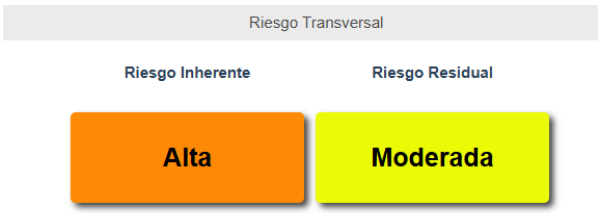


Resultados DAFP

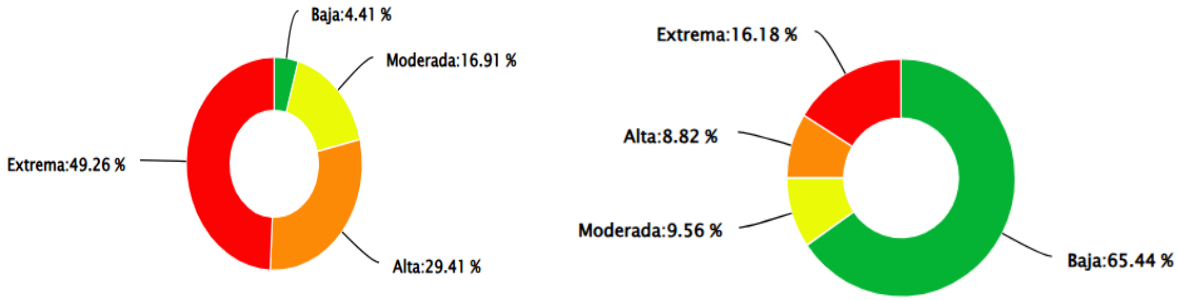
Como resultado del proceso de implementación de ALMERA en el año se logra fortalecer la gestión de riesgos institucionales, a partir de la identificación, análisis, valoración, y seguimiento de los controles asociados a los procesos, logrando una disminución del riesgo de 62%, obteniendo los siguientes resultados:

Riesgo Inherente		
Baja	6	4,41%
Moderada	23	16,91%
Alta	40	29,41%
Extrema	67	49,26%
TOTAL	136	100%

Riesgo Residual		
Baja	63	46,67%
Moderada	21	15,56%
Alta	23	17,04%
Extrema	28	20,74%
TOTAL	135	100%



Riesgo inherente y Riesgo residual



Resultados AMFE

Se logró identificar los riesgos operativos asociados a la atención en salud mediante la aplicación de la metodología AMFE, desarrollada en una reunión de trabajo transversal con la participación de los diferentes procesos misionales. Este ejercicio permitió facilitar la articulación entre los procesos para la definición y gestión de los riesgos, así como fortalecer la comprensión conjunta de las posibles fallas dentro de la prestación del servicio. Como resultado de este análisis, se obtuvieron los siguientes datos:

Riesgo absoluto		
Bajo	54	51,43%
Medio	44	41,90%
Extremo	7	6,67%
TOTAL	105	100%

Adicionalmente se definen 107 acciones para fortalecer la gestión del riesgo en salud que se encuentran en ejecución durante la vigencia.

4.6. REFERENCIACIONES

El procedimiento de referenciación comparativa PT-GC-008 V7 se consolida como un componente estratégico del Modelo de Mejoramiento Institucional definido para el X ciclo (Resolución 024 de 2025), orientado a la identificación y adopción de mejores prácticas internas y externas que fortalezcan el desempeño organizacional.



Durante la vigencia 2025 se gestionaron 158 referenciaciones, con la siguiente distribución:

- 56%: solicitudes realizadas a instituciones externas y procesos internos.
- 44%: solicitudes atendidas por la institución a terceros.

El proceso implicó una inversión de 1.813 horas de talento humano (≈ $69,2 millones) y $83,4 millones en gastos operativos asociados (viajes, tiquetes, entre otros).

Se implementaron estrategias clave para potenciar el aprendizaje organizacional:

- Seguimiento a comités y equipos de mejoramiento, generando 4 referenciaciones internas aplicadas a fortalecimiento de procesos.
- Primera Jornada de Referenciación Virtual:
  - 14 experiencias exitosas socializadas.
  - 239 asistentes de 19 instituciones.
  - Nivel de satisfacción: 4,78/5.
- Estrategia lúdico-pedagógica:
  - 166 trabajadores impactados.
  - Enfoque en apropiación del modelo de mejoramiento (2023–2025).

Producto de las referenciaciones se identifican avances estructurados en nueve líneas estratégicas:

- Talento humano: fortalecimiento de bienestar, dotación y autocontrol.
- Humanización: atención centrada en paciente y familia.
- Calidad y seguridad: implementación de herramientas (ALMERA, escalas clínicas).
- Gestión clínica: optimización de procesos asistenciales.
- Tecnología: adopción de sistemas de información (SIO Salud, ALMERA).
- Servicios: ampliación del portafolio.
- Conocimiento: impulso a investigación y educación continua.
- Buenas prácticas clínicas: estandarización basada en evidencia.
- Gestión administrativa: fortalecimiento financiero y de facturación.

Consolidado de referenciaciones internas:

El año 2025 marca un punto de inflexión con 29 referenciaciones internas, evidenciando crecimiento significativo frente a años anteriores (0–3 casos anuales en promedio).
Distribución 2025:

- Procedimiento regular: 1
- Seguimiento a comités: 4
- Jornada de referenciación: 14
- Búsqueda activa: 10

Esto representa el 67% del total histórico, consolidando la referenciación como herramienta clave de mejora institucional.

Entre los principales aportes a la institución derivados de las referenciaciones podemos destacar:

- Estandarización de actas y procesos de mejora.

- Fortalecimiento de comunicación de fuentes de mejoramiento.
- Implementación de iniciativas como “San Pedrito Lee Contigo”.
- Integración de buenas prácticas en la planeación 2026.
- Definición de 10 nuevas referenciaciones estratégicas para 2026.

La referenciación comparativa en 2025 evidencia madurez operativa y expansión estratégica, posicionándose como un mecanismo efectivo para la Transferencia de conocimiento, la estandarización de prácticas, innovación en procesos asistenciales y administrativos.

4.7. SISTEMA DE GESTIÓN DE PROCESOS- Implementación Almera

4.7.1. Documentos

Se continúa avanzando en la implementación del módulo de documentos, lo cual ha facilitado significativamente la gestión de las necesidades asociadas. En este contexto, se han atendido los siguientes trámites relacionados:

Actualizados	**1060**
Creados	**327**
Anulados u obsoletos	**988**
En tramite	**126**

Fuente ALMERA con corte diciembre de 2025

Asimismo, la facilidad para actualizar los documentos en ALMERA ha permitido mantener un nivel de actualización cercano al 90%, fortaleciendo la gestión documental institucional.

4.7.2. Mecanismos de integración:

Se inicia la parametrización del módulo de Mecanismos de integración desde noviembre de 2024 con la inclusión de actas de 2023 y 2024 de Comités, Equipos Primarios de Mejora (EPM), Equipos de Autoevaluación, Equipo de Mejoramiento Sistémico, Ejes, Unidad de Análisis y Otras reuniones.

El despliegue de este módulo se realiza desde abril de 2025 a través de reuniones personalizadas con 70 trabajadores encargados de documentar actas, encontrándose hasta la fecha los siguientes avances en el uso de este:

Mecanismo de integración	Cantidad	Cobertura de socialización	Porcentaje de uso del modulo
Comités	30	97%	80%
Equipos Primarios de Mejora (EPM)	17	100%	82%
Equipos de Autoevaluación	8	100%	50%
Equipo de Mejoramiento Sistémico	1	100%	100%
Ejes	8	100%	50%
Unidad de Análisis	7	100%	100%
Otras Reuniones	63	100%	100%

Corte diciembre de 2025

4.7.3. Indicadores

Se inicia en agosto de 2024 parametrizando ficha técnica de indicador en ALMERA y hasta noviembre de 2024 se realiza la revisión, depuración y cargue de resultados desde el 2014 de 876 indicadores de proceso.

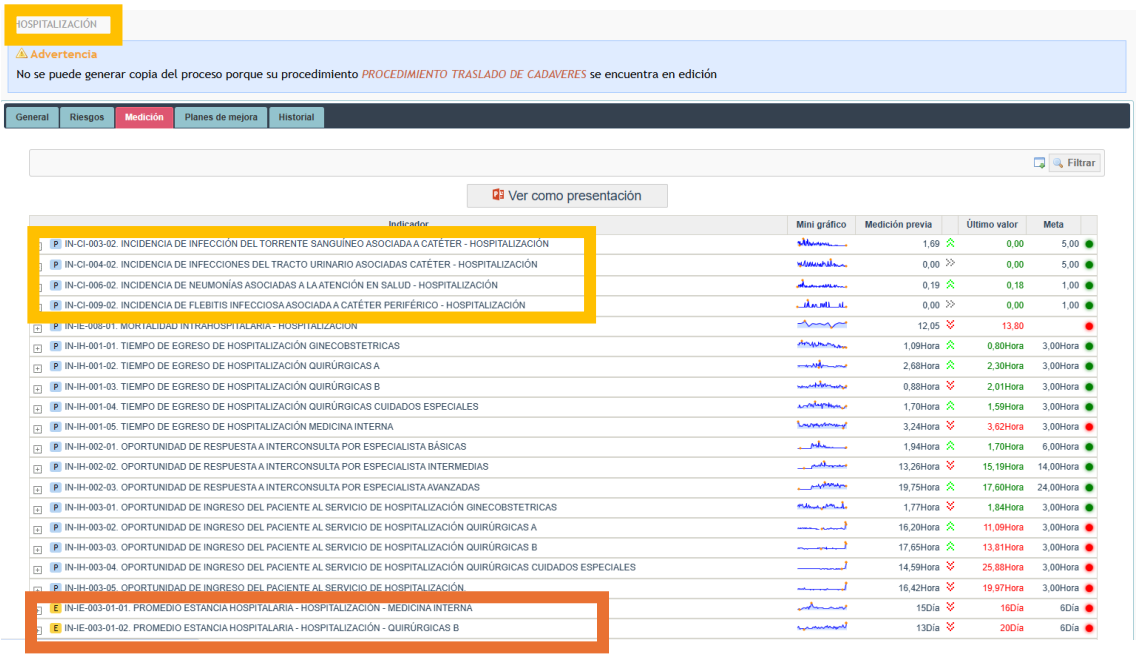
Se realiza despliegue del módulo en enero de 2025 a través de reuniones personalizadas con cada líder de proceso responsable de indicadores, logrando una cobertura del 100%.

En noviembre del año 2025 se adicionan 428 indicadores con el fin de facilitar su identificación y consolidación, evitando errores y dobles registros.

Se realiza asociación de indicadores de dinámica hospitalaria (promedio estancia, giro cama, porcentaje ocupacional), infecciones y seguridad del paciente en cada servicio, con el fin de que sean monitorizados por cada coordinación responsable:

Ejemplo:

Proceso: HOSPITALIZACIÓN/ pestaña de MEDICIÓN/Listado de indicadores propios del proceso (código IN-IH) e indicadores relacionados (IN-CI para indicadores de infecciones y IN-IE para indicadores de dinámica hospitalaria)



Con el fin de identificar aquellos indicadores cuyas metas no son retadoras y por tanto presentan un cumplimiento constante en el tiempo, se incluyó en la ficha técnica de indicadores estratégicos la semaforización de color morado así:



Rango de cumplimiento de la meta	Identificación
Cumple con la meta en el 80% o menos	
Cumple con la meta en un rango de 90%-81%	
Cumple con la meta en un rango de 91%-100%	
Cumple con más del 100% de la meta	

Una vez identificados, se procedió con realizar una propuesta de actualización de metas partiendo de un análisis de resultados de los últimos 5 años con herramientas estadísticas como promedio, moda, mediana, percentiles y regresión lineal, las cuales permiten y proponer metas más retadoras alineadas con el comportamiento histórico del indicador y los objetivos institucionales.

Adicionalmente a lo anterior se realizó la revisión de todos los indicadores de proceso y de acreditación coincidentes, con el fin de verificar la concordancia de valores y la consistencia de las fuentes de información. Posteriormente, se identificaron las variables alimentadas por el área de Estadística, y de realizaron cambios en ALMERA

para que sean arrastrados automáticamente a los indicadores que las requieran. De esta manera, se evita duplicidad de información y posibles inconsistencias.

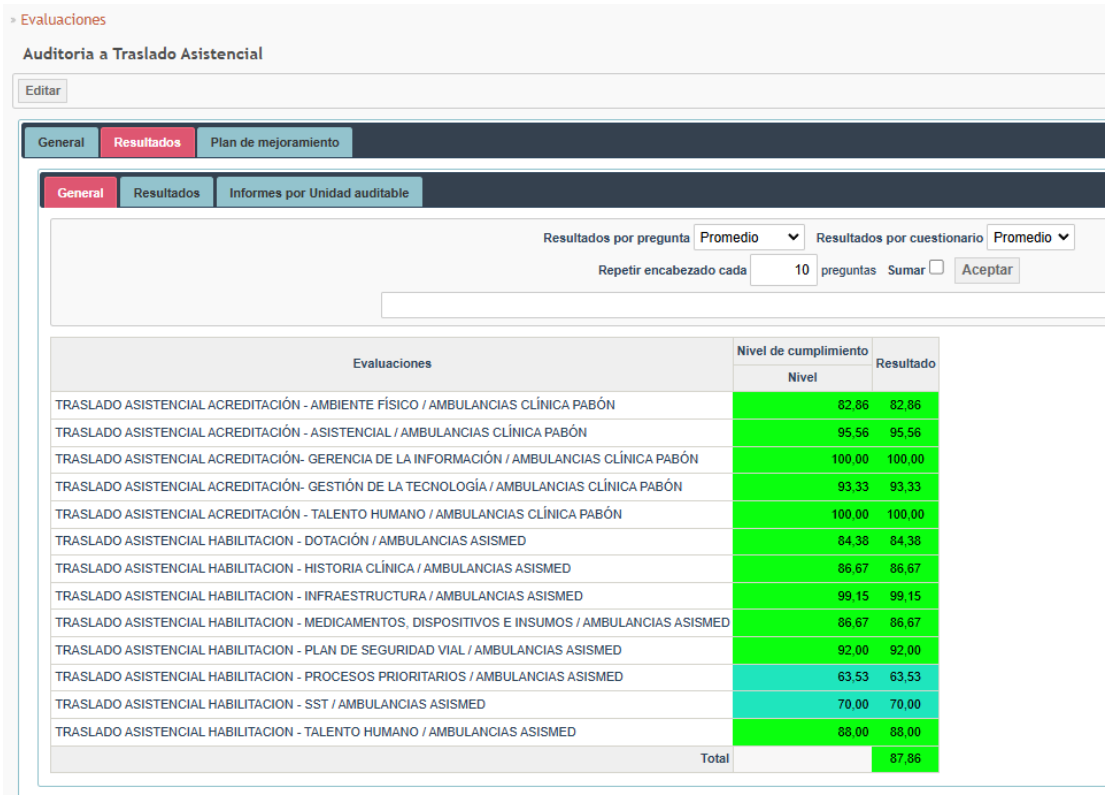
4.7.4. Auditorias:

Se inicia implementación del modulo en el año 2025 con la parametrizan de los siguientes cuestionarios:

- Autoinspección BPE
- Habilitación 3100 de 2019
- Auditoria al Mantenimiento
- Auditoría a Proveedores de Productos Farmacéuticos
- Auditoria a Traslado Asistencial
- Autoevaluación estándares de acreditación

Se inicia la implementación en noviembre de 2025 con Auditoria de traslado asistencial a ASISMED y CLINICA PABÓN.

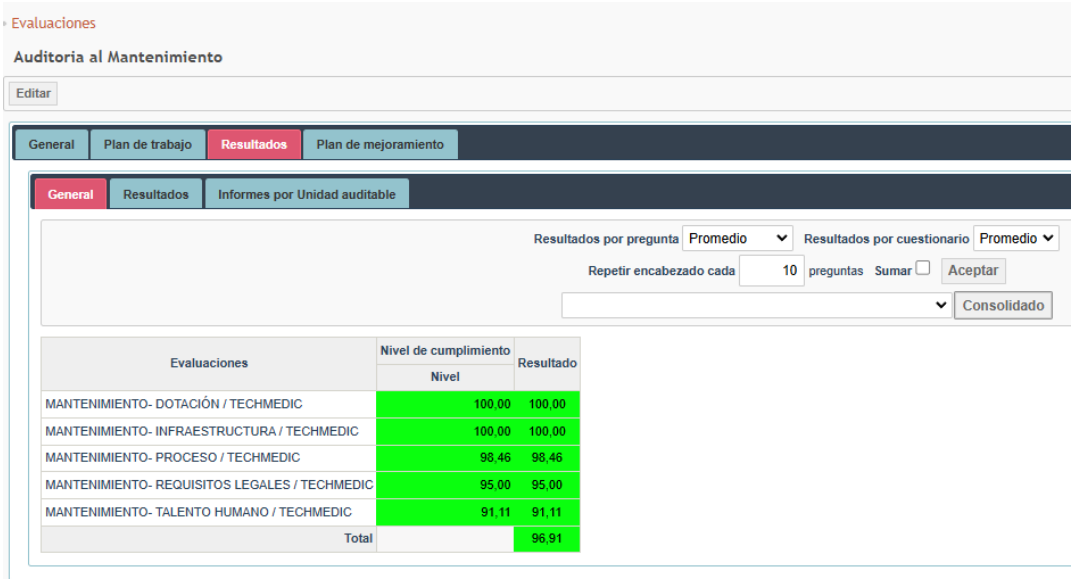
Resultado de auditoría de traslado asistencial



Evaluaciones	Nivel de cumplimiento Nivel	Resultado
TRASLADO ASISTENCIAL ACREDITACIÓN - AMBIENTE FÍSICO / AMBULANCIAS CLÍNICA PABÓN	82,86	82,86
TRASLADO ASISTENCIAL ACREDITACIÓN - ASISTENCIAL / AMBULANCIAS CLÍNICA PABÓN	95,56	95,56
TRASLADO ASISTENCIAL ACREDITACIÓN- GERENCIA DE LA INFORMACIÓN / AMBULANCIAS CLÍNICA PABÓN	100,00	100,00
TRASLADO ASISTENCIAL ACREDITACIÓN- GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA / AMBULANCIAS CLÍNICA PABÓN	93,33	93,33
TRASLADO ASISTENCIAL ACREDITACIÓN - TALENTO HUMANO / AMBULANCIAS CLÍNICA PABÓN	100,00	100,00
TRASLADO ASISTENCIAL HABILITACION - DOTACIÓN / AMBULANCIAS ASISMED	84,38	84,38
TRASLADO ASISTENCIAL HABILITACION - HISTORIA CLÍNICA / AMBULANCIAS ASISMED	86,67	86,67
TRASLADO ASISTENCIAL HABILITACION - INFRAESTRUCTURA / AMBULANCIAS ASISMED	99,15	99,15
TRASLADO ASISTENCIAL HABILITACION - MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS / AMBULANCIAS ASISMED	86,67	86,67
TRASLADO ASISTENCIAL HABILITACION - PLAN DE SEGURIDAD VIAL / AMBULANCIAS ASISMED	92,00	92,00
TRASLADO ASISTENCIAL HABILITACION - PROCESOS PRIORITARIOS / AMBULANCIAS ASISMED	63,53	63,53
TRASLADO ASISTENCIAL HABILITACION - SST / AMBULANCIAS ASISMED	70,00	70,00
TRASLADO ASISTENCIAL HABILITACION - TALENTO HUMANO / AMBULANCIAS ASISMED	88,00	88,00
Total		87,86

El módulo permite gestionar los hallazgos mediante acciones remitidas al interventor de cada contrato, así como realizar el seguimiento a su cumplimiento, facilitando el cierre del ciclo de mejora de la auditoría.

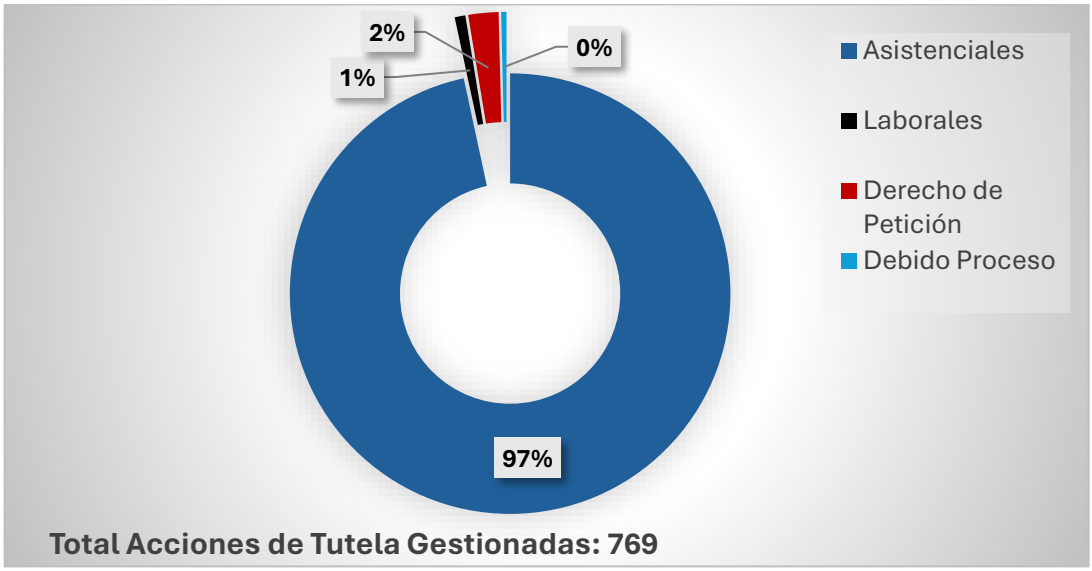
Se continua la implementación con la ejecución de la auditoria de mantenimiento TECHMEDIC en noviembre



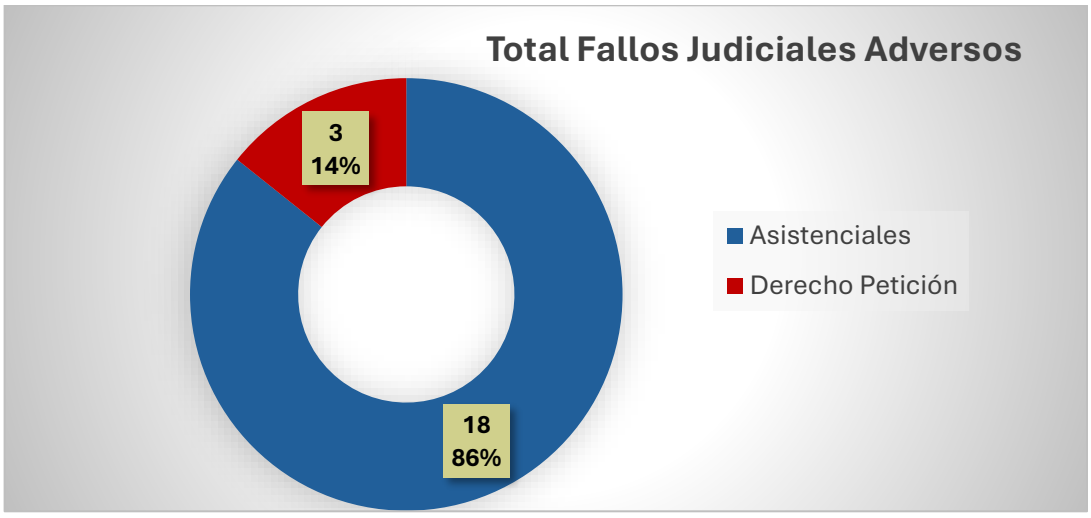
5. GESTIÓN JURÍDICA

Durante el año 2025, la Oficina de Gestión Jurídica y de Control Disciplinario se encargó de responder ante los siguientes requerimientos:

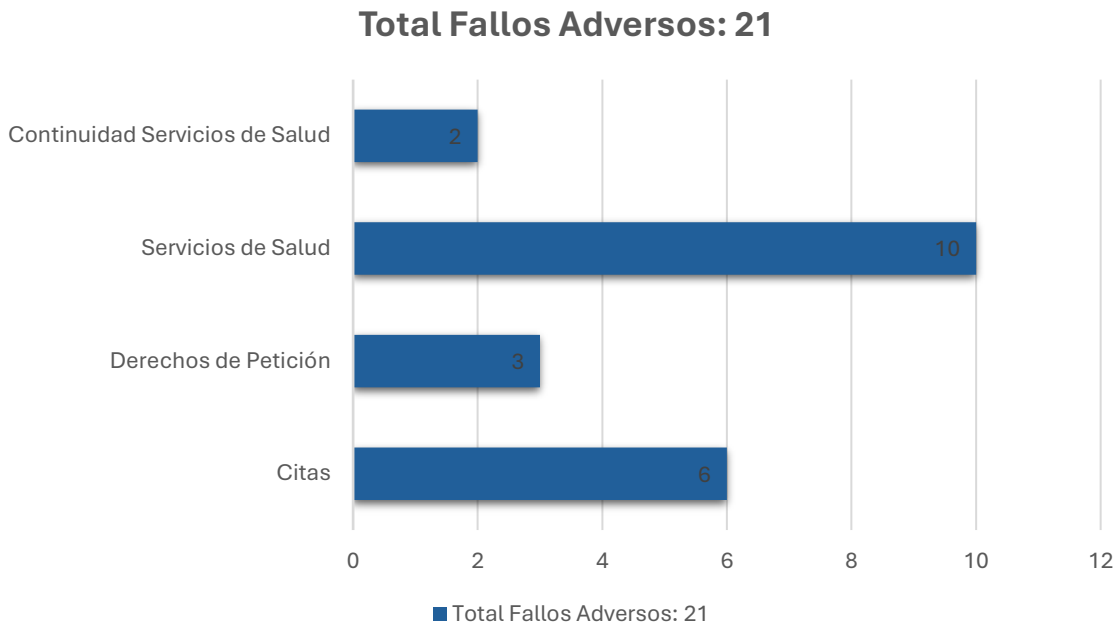
5.1. ACCIONES DE TUTELA



5.1.1. Órdenes Judiciales en fallos de acción de tutela para la Fundación Hospital San Pedro:



5.1.2. Fallos judiciales en Acciones de Tutela por áreas de la Fundación Hospital San Pedro:



5.1.3. Desacatos



De la anterior gestión de acciones de tutela, se tiene que la mayoría de estas corresponden al acceso de servicios de salud cuya barrera la genera la pagadora del sistema de salud por dilación del servicio al demorar la correspondiente autorización y/o entrega de insumos y no conceder transporte, alimentación y hospedaje para sus afiliados y familiares al recibirlos.

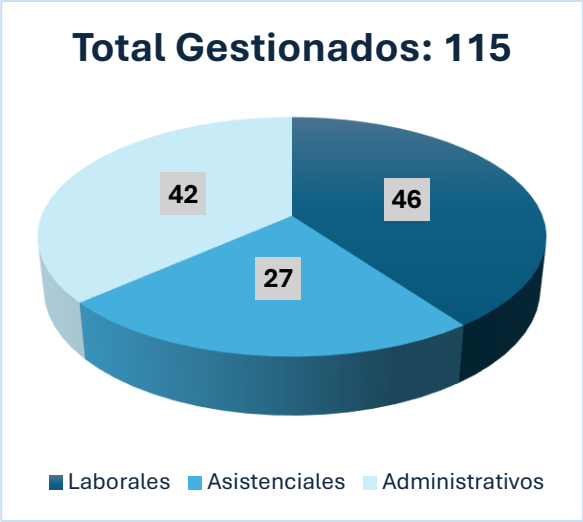
En cuanto a la ejecución del objeto social del hospital, de la gestión constitucional, se observa que las reclamaciones están relacionadas con el acceso a citas médicas

especializadas principalmente y la ejecución de procedimientos programados de atención complementaria que han tenido dificultad en ejecutarse por problemas de autorización del asegurador del servicio y por la suspensión de los servicios declarada por el hospital por el incumplimiento de pagos.

Respecto al comportamiento de cara al cumplimiento de normas laborales, se observan reclamaciones por liquidación correcta de prestaciones económicas a cargo del sistema de salud y muy pocas, casi escasas por reubicación laboral y permisos, en las cuales la Fundación Hospital San Pedro fue absuelta.

5.2. DERECHOS DE PETICIÓN

Cantidad:



27

Oportunidad:



103

De la anterior gestión de derechos de petición se observa que en cuanto a peticiones asistenciales y administrativas se mantienen los motivos que se encuentran relacionados con verificación de incapacidades, información sobre la cartera de salud, acceso a historias clínicas, planes de parto, reclamaciones por inconformidades en el proceso de atención en salud.

En cuanto a las laborales las inquietudes gestionadas se encuentran relacionadas con temas de convivencia laboral, liquidación de licencias de maternidad, reubicaciones y requerimientos sindicales.

En cuanto a la oportunidad de respuesta a las peticiones tenemos que la Oficina Jurídica tuvo un 89.5% de capacidad de respuesta en tiempo durante el año 2025 debido a que ciertas peticiones cuya respuesta no fue oportuna requirieron por su complejidad un mayor estudio o un despliegue administrativo.

5.3. PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS

PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS VIGENTES A DICIEMBRE 2025	
NUEVOS PROCESOS 2025	5
PROCESOS ACTIVOS AÑOS ANTERIORES	13
PROCESOS TERMINADOS 2025	7
DECISIÓN ABSUELVE	0
DECISIÓN SANCIONA	7
PROCESOS VIGENTES 2025	11

Durante la vigencia 2025 se evidenció un incremento en el número de sanciones impuestas dentro de los procesos administrativos adelantados contra el hospital, situación que obedece principalmente a la descongestión de procesos que venían represados de vigencias anteriores. Lo anterior se explica en gran medida por la estrategia de defensa institucional, caracterizada por el uso legítimo y sistemático de los recursos de ley, lo cual ha prolongado el trámite de múltiples actuaciones administrativas. Como resultado, al inicio de la vigencia coexistía un número considerable de procesos en curso, varios de ellos con decisiones sancionatorias en primera instancia pendientes de resolver en sede de recursos. En ese sentido, si bien durante la vigencia anterior no se materializaron sanciones en firme, ya existía una carga importante de procesos avanzados que, al resolverse en 2025, impactaron directamente el incremento reportado.

Adicionalmente, debe señalarse que la defensa de este tipo de procesos presenta un alto grado de complejidad, en tanto muchos de los hechos investigados corresponden a situaciones objetivas que difícilmente pueden ser desvirtuadas, como ocurre, por ejemplo, con inconsistencias o errores en el diligenciamiento de la historia clínica. A ello se suma que, en la práctica, el Instituto Departamental de Salud asume

simultáneamente un rol activo como parte quejosa y como autoridad decisoria, lo cual genera un escenario particularmente exigente para el ejercicio del derecho de defensa. Esta confluencia de factores incide de manera significativa en la probabilidad de imposición de sanciones, pese a los esfuerzos institucionales orientados a garantizar el debido proceso y la adecuada contradicción de las pruebas.

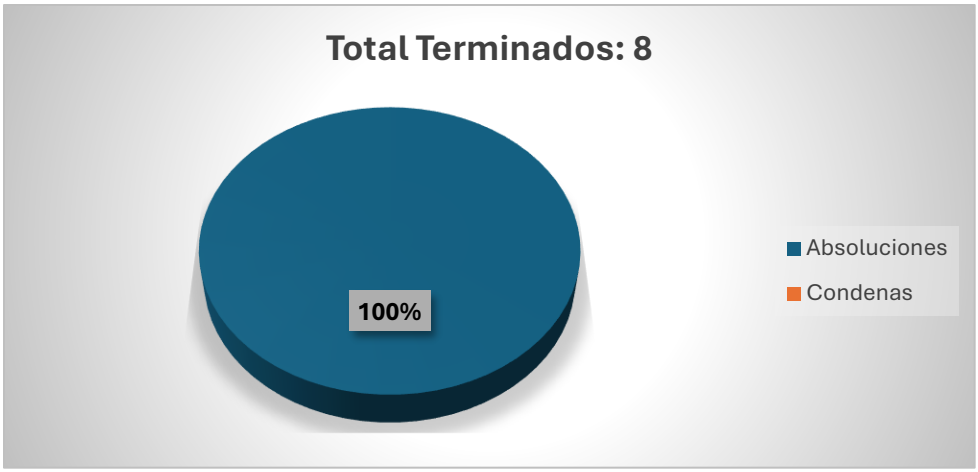
5.4. CONCILIACIONES EXTRAJUDICIALES

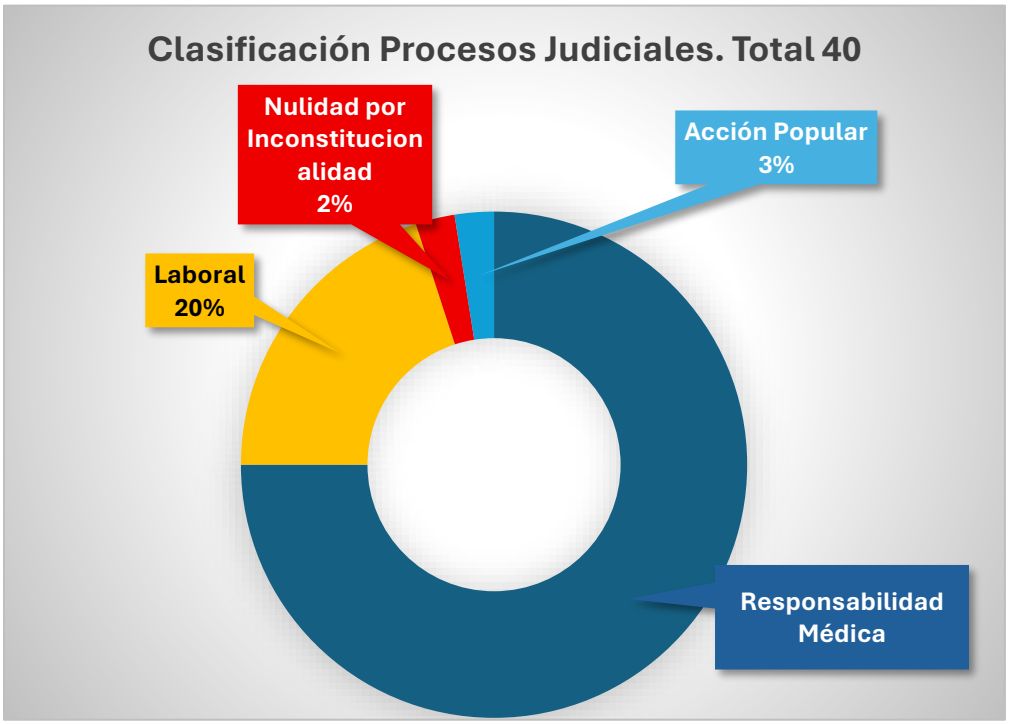
CONCILIACIONES EXTRAJUDICIALES EN DERECHO	
FHSP CONVOCADA	
CONCILIACIONES TRAMITADAS	5
ASUNTOS CONCILIADOS	0
ASUNTOS NO CONCILIADOS	5
FHSP CONVOCANTE	
CONCILIACIONES TRAMITADAS	4
ASUNTOS CONCILIADOS	0
ASUNTOS PARCIALMENTE CONCILIADOS	0
ASUNTOS NO CONCILIADOS	4
ASUNTOS DESISTIDOS	0

El comportamiento sobre el objeto de las conciliaciones prejudiciales se mantiene, pues en las que el hospital es convocado estas giran entorno a reclamaciones por responsabilidad médica en las cuales no se logra la conciliación y en aquellas en las que el hospital es el convocante el objeto versa sobre reclamación de pago de cartera por la prestación de servicios de salud insolutos, en las que tampoco se logra conciliaciones o acuerdos de pago.

5.5. ASUNTOS JUDICIALES

Procesos Vigentes inicio 2025	Procesos Nuevos 2025	Procesos Terminados 2025	Procesos vigentes a 31 diciembre 2025
35	12	8	40





Durante el año 2025 se estimaron $2.583.910.544 como riesgo jurídico económico que deriva de 16 reclamaciones prejudiciales, administrativas y judiciales del hospital. Para el año 2025 se estimaron $554.643.833 para cubrir las contingencias que pueden generar estas reclamaciones prejudiciales, administrativas y judiciales del hospital que se encuentran vigentes con posible sentencia definitiva cuyo riesgo es bajo por existir sentencia de primera instancia favorable al hospital. Por cuenta de los procesos judiciales establecidos como riesgo jurídico durante el año 2025 no se registró siniestralidad alguna que afectara la provisión, no obstante por cuenta de los procesos administrativos sancionatorios sí se afectó en suma $20.236.668.

5.6. CONTRATACIÓN

5.6.1. Contratación apoyo para operar los servicios de salud.



Durante el año 2025, se gestionaron 253 contratos y 104 documentos contractuales adicionales, siendo la mayor parte de estos de prestación de servicios, tanto asistenciales como administrativos, así como modificaciones contractuales, indicando un incremento a esta gestión contractual aproximadamente de un 30% al año anterior.

La inoportunidad registrada se debe a la presentación al límite de la solicitud contractual, a la demora en la revisión contractual por parte del contratista, solicitudes de contratación radicadas incompletas, solicitudes de contratación radicadas extemporáneamente.

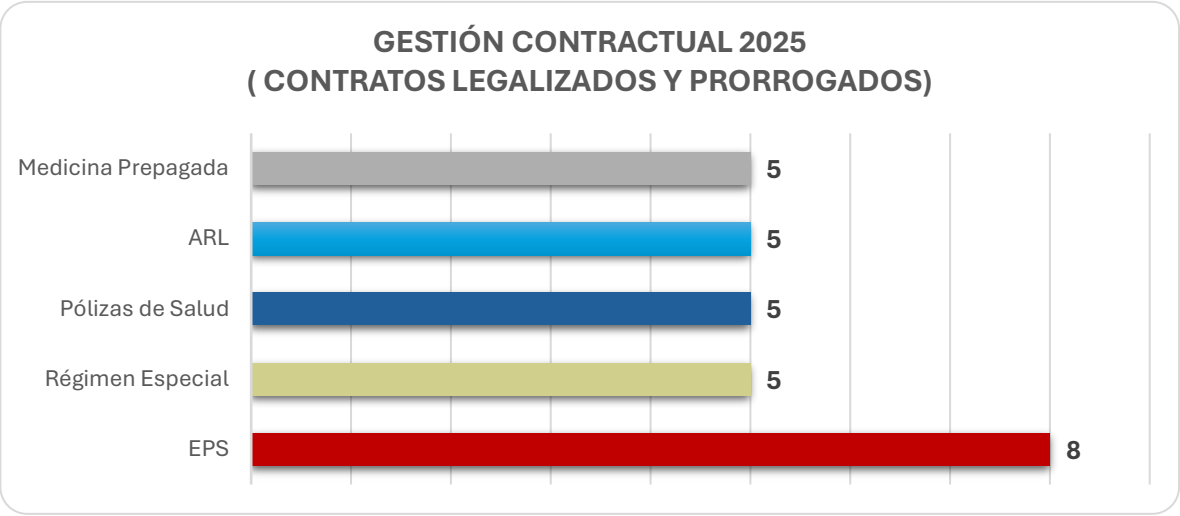
En la vigencia 2025, de manera trimestral se llevó a cabo la socialización de la gestión contractual ante el Comité Directivo, que arrojo como resultado mejoras en los indicadores en comparación con la vigencia 2024, sin embargo se tomaron como referencia nuevos términos de oportunidad, tal es el caso de la radicación previa con diez

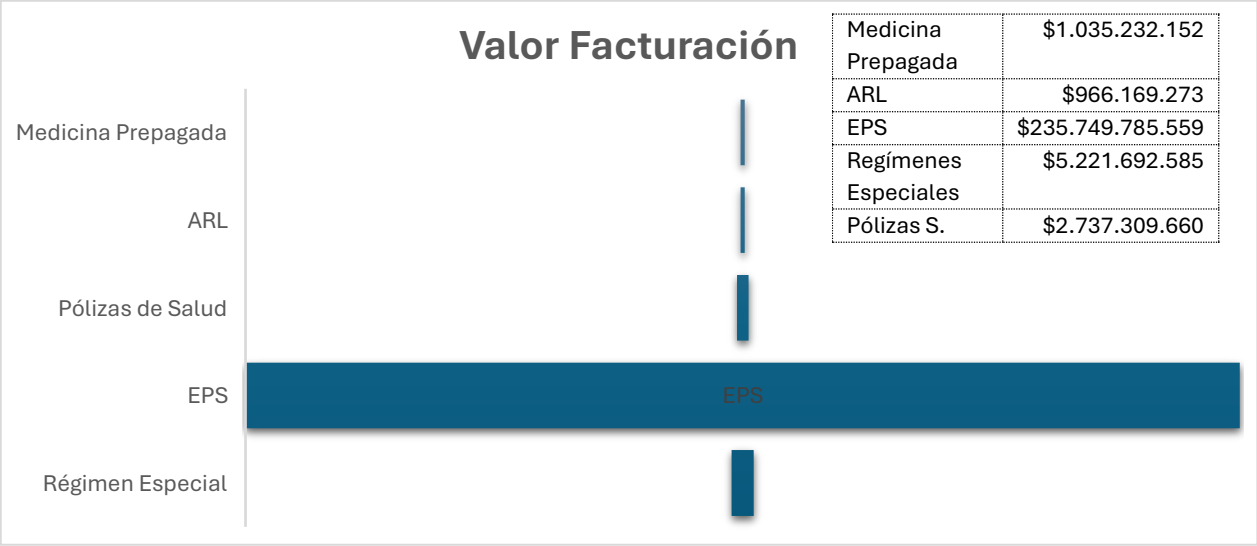
(10) días de anticipación al inicio contractual de las solicitudes, demostrando que se requiere dicho tiempo para que desde la gestión jurídica se permita dar trámite oportuno.

Los resultados de estos indicadores reflejan la importancia de la gestión contractual para fortalecer la planificación en el desarrollo de las etapas contractuales y optimizar los tiempos de respuesta que mitigan riesgos asociados a la inoportunidad en la contratación.

Finalmente es importante mencionar que desde el año 2022 se viene insistiendo con mayor fuerza en la Institución en dar aplicación a lo establecido en las circulares No. 066 y 067 de 2010 expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud en lo relacionado con la contratación con personas jurídicas para la prestación de servicios médicos y/o asistenciales, evitar la doble habilitación de servicios de salud y la intermediación o subcontratación de servicios de salud que se prohíben en estas circulares. En ese sentido al revisar este tipo de contratos que se renuevan en el hospital se encuentran barreras hacia el cambio de modalidad contractual, tales como el desconocimiento de la normatividad, el costo económico y administrativo para asumir los tipos de contratos permitidos para estos casos, y las inadecuadas prácticas comunes del sector salud que en conjunto han hecho inviable lograr la modificación contractual.

5.6.2. Contratación con pagadoras de servicios de salud.





Medicina Prepagada	$1.035.232.152
ARL	$966.169.273
EPS	$235.749.785.559
Regímenes Especiales	$5.221.692.585
Pólizas S.	$2.737.309.660

En el marco de la gestión jurídica precontractual y contractual adelantada durante la vigencia 2025, se desarrollaron actividades orientadas a garantizar la adecuada estructuración, legalización y seguimiento de los contratos de prestación de servicios de salud. Se brindó acompañamiento a las áreas administrativas en la atención de los procesos de seguimiento adelantados por las entidades responsables de pago, especialmente en lo relacionado con la supervisión contractual ejercida por dichas entidades.

Como producto de esta gestión se ha venido observando y advirtiendo los siguientes aspectos relevantes:

- *Facturación por encima del valor contratado*, lo cual configura un riesgo de por posibles controversias contractuales por reconocimiento de servicios no amparados presupuestalmente.
- *Prestación de servicios sin contrato*, situación que genera exposición a riesgo jurídico por ausencia de acuerdo de voluntades formalizado, afectando la exigibilidad del pago y la seguridad jurídica de la relación contractual.
- *Contratos prorrogados de manera sucesiva*, en razón a que no cuentan con acuerdos de voluntades acordes a la normatividad vigentes y afecta la adecuada gestión del riesgo financiero.
- *Mantenimiento de un modelo de contratación por evento,* el cual dejó de ser llamativo para la contratación con las entidades pagadoras de servicios de salud.
- *Cambios normativos en temas de contratación de servicios de salud,* que afectan directamente a las prestadoras y pagadoras de estos con la creación de un

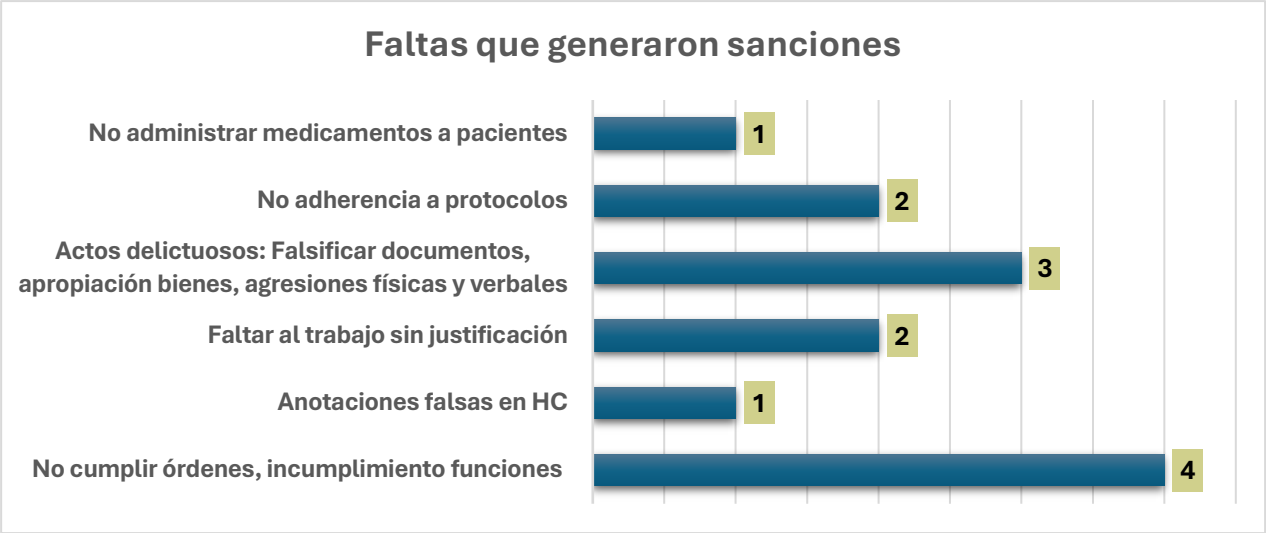
sistema de registro obligatorio y de información contractual público para seguimiento por las entidades de vigilancia y control del sistema público de salud.

- *Continuación de las medidas de intervención sobre las entidades promotoras de servicios de salud existentes en la región,* que genera retrasos en la contratación de los servicios e incertidumbre en la continuidad contractual.

En cuanto a la etapa postcontractual, se participó de manera articulada con los procesos encargados de validar la información para consolidar y dar inicio a la terminación y liquidación de los contratos de prestación de servicios de salud, desarrollando actividades orientadas a garantizar el cierre jurídico, técnico y financiero de los acuerdos de voluntades, sin embargo no se logra la formalización de la liquidación contractual debido a inconsistencias en la información que cada una de las partes tiene en sus registros y demoras en los procesos de conciliación de cartera con las entidades responsables de pago.

5.7. PROCESOS DISCIPLINARIOS

Gestión Disciplinaria	Número
Actas de compromiso	2
Archivos por prescripción	2
Auto de no apertura 2025	2
Investigaciones archivadas del 1 de enero de 2025 hasta 31 de diciembre de 2025	48
Investigaciones gestionadas del 1 de enero de 2025 hasta 31 de diciembre de 2025	120
Quejas recibidas del 1 de enero de 2025 hasta 31 de diciembre de 2025	70
Sanciones ejecutadas del 1 de enero de 2025 hasta 31 de diciembre de 2025	13
Procesos Terminados en 2025	61
Vigentes a 31 de diciembre 2025	59



FALTA	SANCION IMPUESTA	No.
NO administrar y cumplir órdenes e instrucciones del empleador, incumplimiento de funciones y obligaciones legales	1. Suspensión del contrato de trabajo por 90 días.	4
	2. Multa de 5 Salarios diarios.	
	3.Multa de 5 salarios diarios.	
	4.Amonestación escrita con copia a la hoja de vida.	
Hacer anotaciones falsas en HC	1.Suspensión del contrato de trabajo por 90 días.	1
Faltar al trabajo sin justa causa	1.Multa de 5 salarios diarios.	2
	2. Multa de 7 salarios diarios.	
Actos delictuosos-apropiación de celular, falsificar autorización y agresión física y verbal.	1. Terminación de contrato.	3
	2.Terminación de contrato.	
	3.Suspensión del contrato de trabajo por 30 días.	
No adherencia a protocolos Institucionales	1. Suspensión del contrato de trabajo por 15 días.	2
	2. Terminación del contrato.	
No administrar medicamento a paciente.	1. Multa de 15 salarios diarios.	1
TOTAL		**13**

La gestión disciplinaria corresponde a la realización de varias actividades que componen el proceso disciplinario previsto en la Convención Colectiva de Trabajo vigente en la Institución, son actividades que inician desde la valoración de las quejas, pasan por la elaboración de los documentos jurídicos del proceso como son la apertura del proceso disciplinario, su notificación, la investigación oficiosa y de parte que puede existir de los hechos objeto del proceso, la formulación del pliego de cargos, el traslado del mismo, la recolección y valoración de pruebas, la presentación del asunto al Comité Disciplinario, la elaboración del fallo correspondiente.

Fundación Hospital San Pedro
Diócesis de Pasto

140 Años
1886 - 2026

PERSPECTIVA DE APRENDIZAJE Y DESARROLLO

2025







“Fortaleciendo la salud con gestión, innovación y humanidad”

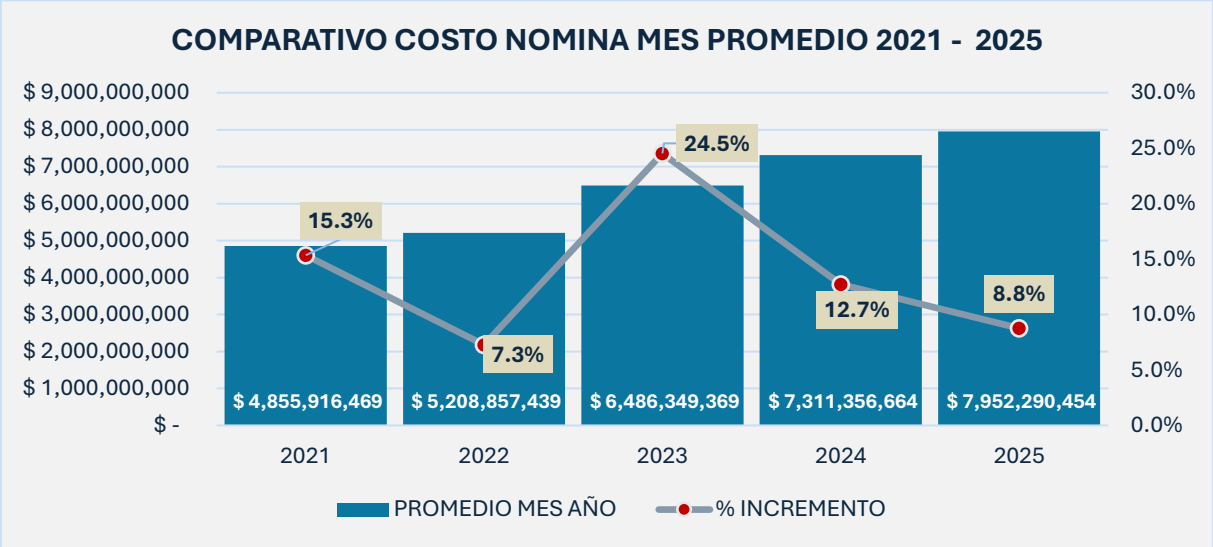
Equipos de trabajo

Dirección de Gestión Humana	
Diana Gómez	Profesional Esp. talento Humano
Johana Paz	Psicóloga Talento Humano
Marisol Salazar	Profesional Esp. Talento Humano
Seguridad y Salud en el trabajo	
Paola Salazar	Coordinadora SST
Mauricio Jojoa	Médico SST
Jenny Zamora	Enfermera SST
Catalina Mesías	Prof. Univ. Riesgo químico
Juan Carlos Zambrano	SISO obra civil
Emergencias y desastres	
James Rojas	Técnico Emergencias y desastres

6. GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

6.1. ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE TALENTO HUMANO

6.1.1. Costo Promedio Mes Nomina Vs Productividad Años 2021 – 2025.



PROYECCION MENSUAL PLAN 2025	$ 8,122,618,140
EJECUCION MENSUAL COSTO PROM:	$ 7,952,290,454
% EJECUCION DEL PLAN DE CARGOS :	97.90%

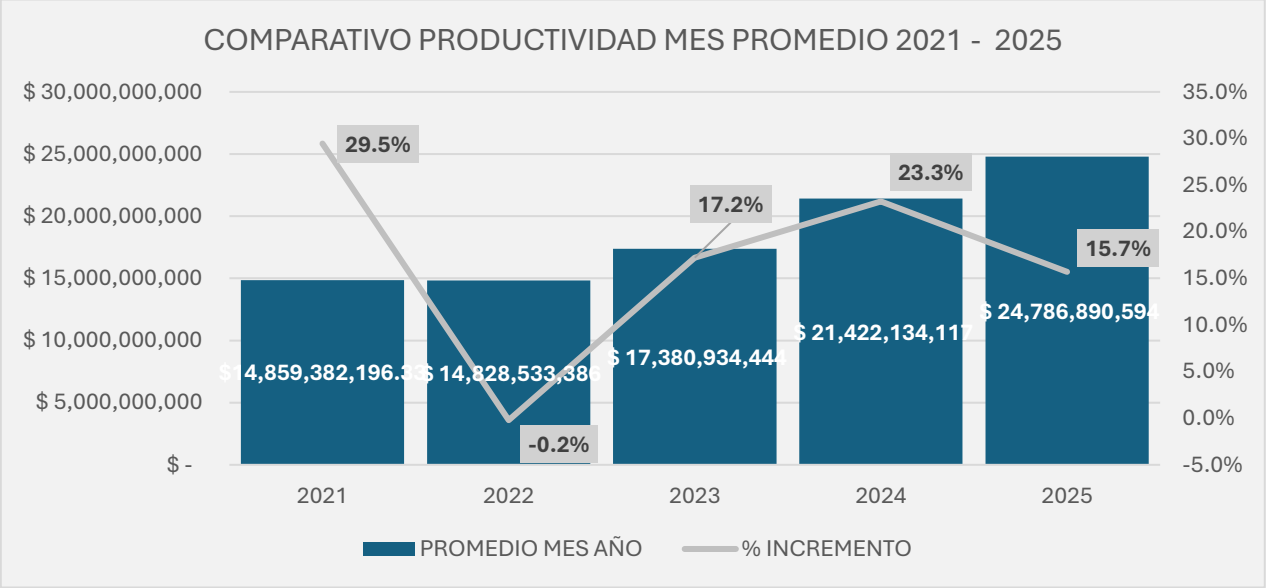
Para el año 2.025, se puede observar un incremento del 8.8%, incremento menor frente al incremento promedio mensual del año inmediatamente anterior, explicado principalmente por la aplicación del IPC (5.20%) más el 0.80% de ajuste adicional sindical, para un incremento total en salarios diferentes al SMMLV del 6.0% y del 9.5% de incremento para el SMMLV.

La Fundación Hospital San Pedro liquidó de manera oportuna el pago de todas las prestaciones sociales económicas para cada uno de los trabajadores y ex trabajadores de la institución, así como las ordenadas por las autoridades judiciales y administrativas.

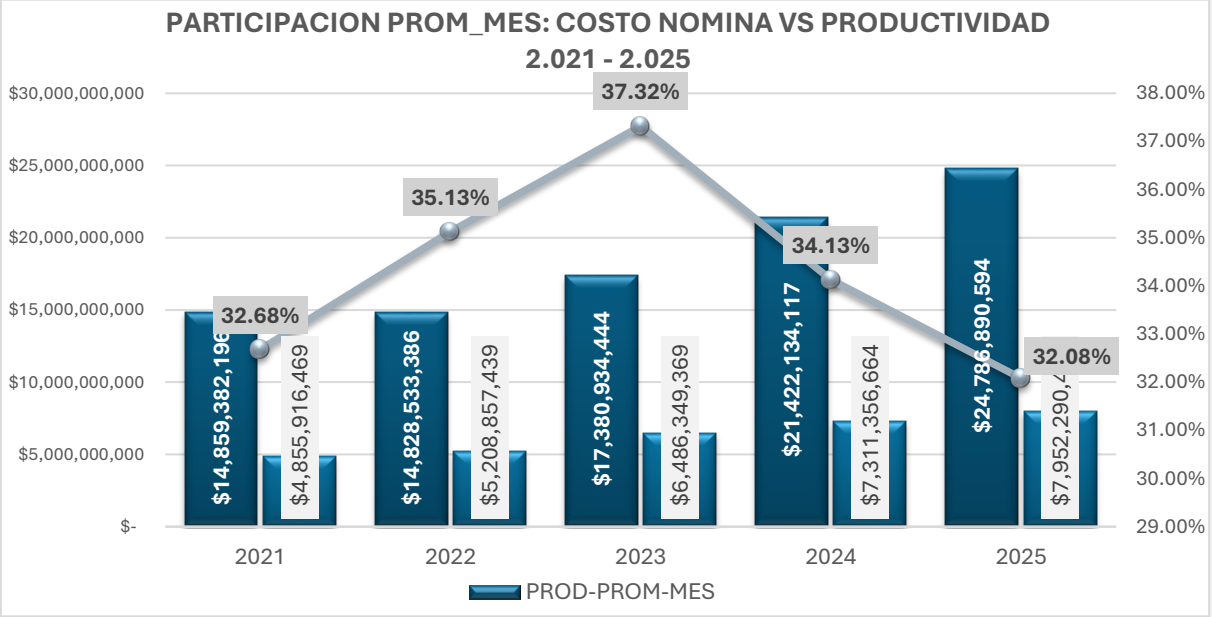
Resumen de Costos y Diferencias

Concepto	Valor
Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV)	$1,423,500
Costo total SMMLV	$2,389,481
Costo presupuestado 2025 aprendiz SENA técnico	$1,559,359
Diferencia valor pptado vs reforma etapa productiva	$830,122
Número de meses mayor valor	6
Diferencia pptal por 1 aprendiz etapa productiva (6 meses)	$4,980,735
Diferencia pptal por 22 cuotas vigentes	$109,576,160
Diferencia pptal por 1 aprendiz etapa lectiva (6 meses)	$2,135,250
Diferencia pptal por 38 cuotas vigentes	$81,139,500
Total mayor valor sobre presupuesto	**$190,715,660**

Por otro lado, y dada la implementación de la reforma laboral en los últimos 6 meses del año, se tiene un impacto económico adicional en el presupuesto del plan de cargos en lo referente al aumento de las cuotas de apoyo del Sena que pasaron a la figura de un contrato laboral especial con mayor costo.

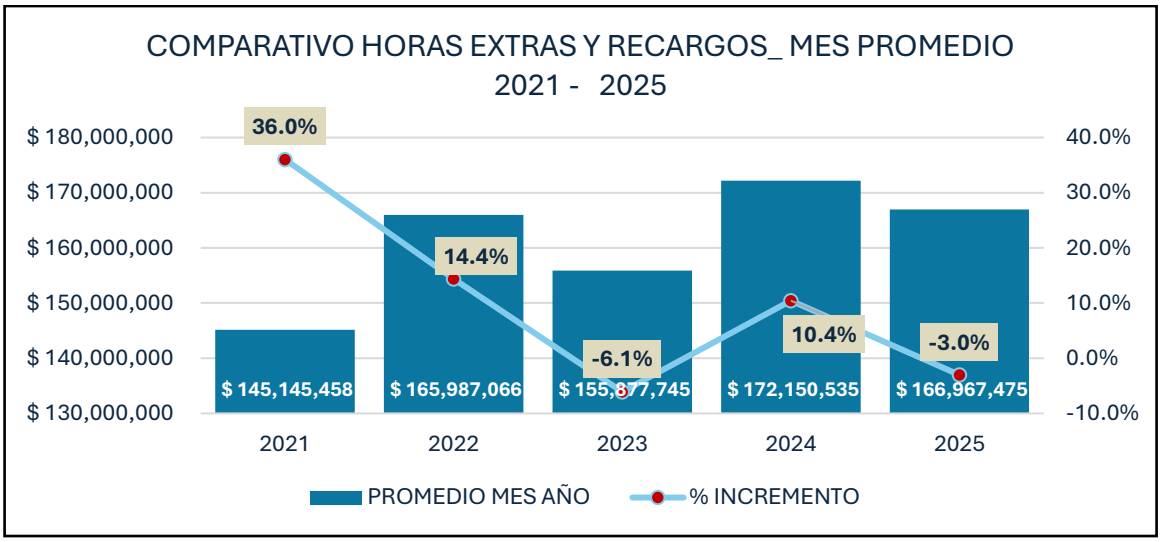


Frente a la productividad promedio mes observada para el año 2025, se tiene incremento promedio del 15.7% con respecto al año anterior, que obedece principalmente al mantenimiento de servicios de salud, incremento de tarifas en contratación y mantenimiento de la capacidad instalada.



Finalmente ***se tiene un comportamiento eficiente*** en el peso relativo del costo de la nómina frente a la productividad que para el del año 2.025 se ubica en el **32.08%**, frente a una participación promedio para el periodo 2021 – 2025 del 34,3% del costo promedio nomina mes sobre la productividad, lo que refleja contención del costo frente a la prestación de servicios, mejorando indicadores de efectividad.

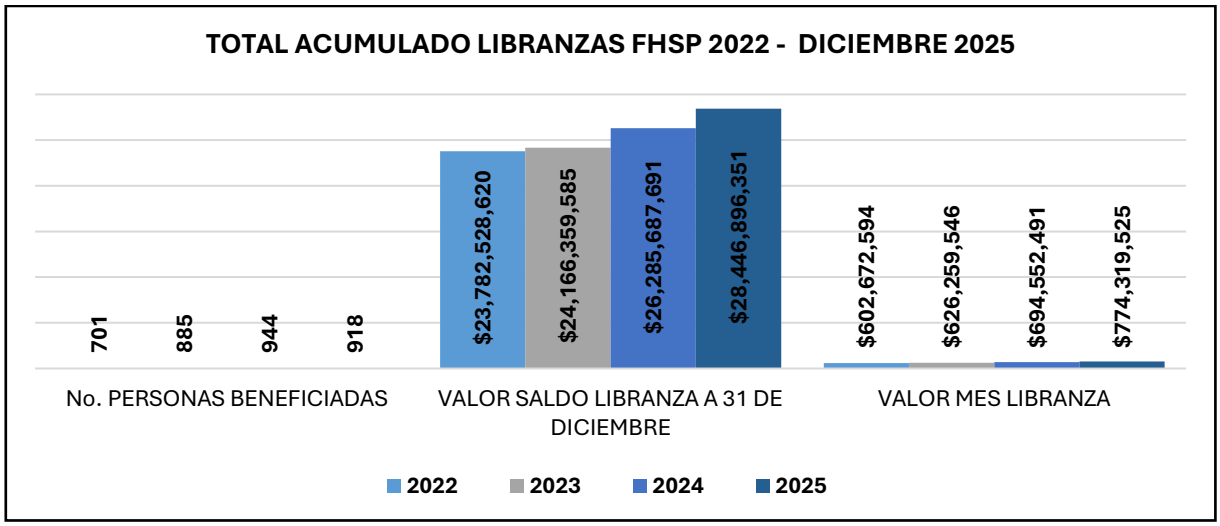
6.1.2. Costo Promedio Horas Extras y Recargos 2021 – 2025



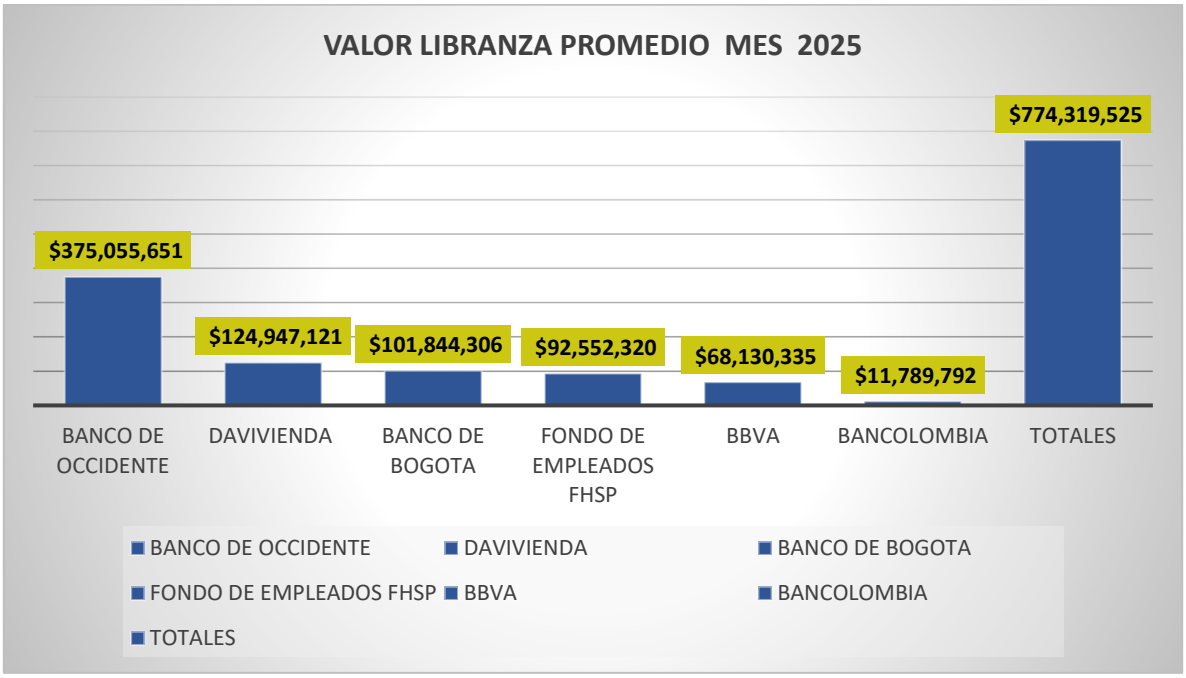
En cuanto al comportamiento de pago por horas extras y recargos, se observa una disminución relativa y controlada (- 3.0%) con respecto al promedio mes año inmediatamente anterior, situación que refleja un mejoramiento en la administración de personal frente al incremento de este por crecimiento y mejoramiento en los servicios.

En cuanto a horas extras generadas es preciso analizar el comportamiento de novedades por las diferentes causas de ausentismo, entre ellas: cubrimiento de algunos turnos por incapacidades temporales, refuerzos por cubrimiento de turnos de personal en procesos de selección, expansiones temporales en servicios como el área de urgencias, situaciones que han permitido de manera consensuada con los trabajadores la compensación de tiempo o mejoramiento temporal del ingreso económico frente al mayor esfuerzo por reemplazos o refuerzos en los diferentes servicios.

6.1.3. Comparativo Gestión Libranzas 2022 – 2025:



Dentro del marco de los programas de bienestar, en apoyo a las finanzas personales se tiene establecido convenios con 6 entidades financieras que apoyan a los trabajadores en el manejo de sus finanzas para créditos a corto y largo plazo a través de libranza mensual y estudio de capacidad de endeudamiento en el área de nómina.

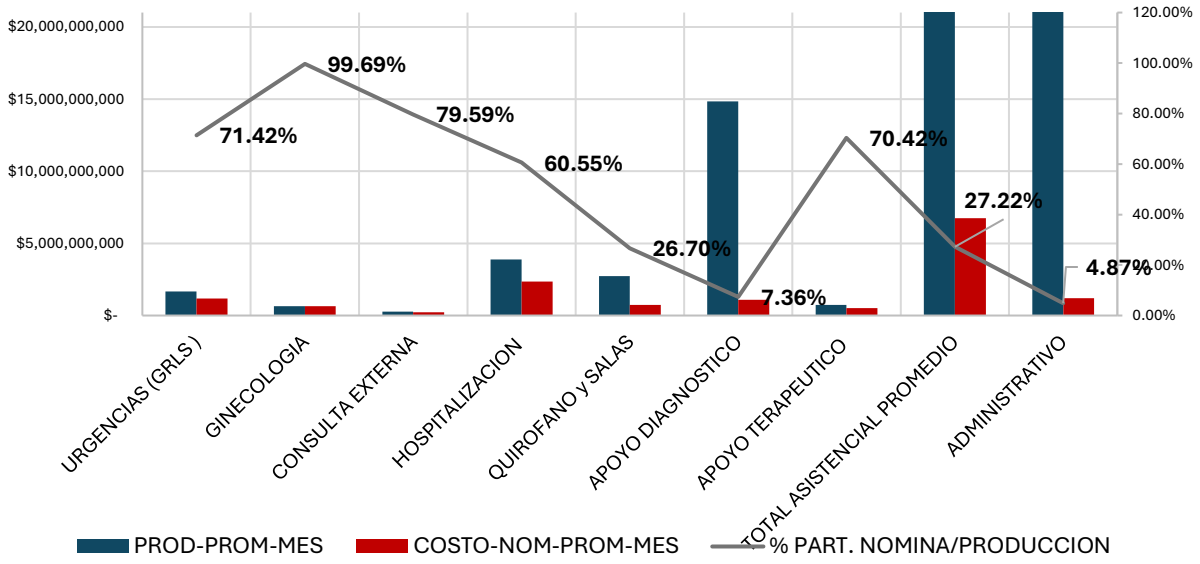


En este sentido mensualmente se debe priorizar entre todas las obligaciones la provisión para el mantenimiento de los convenios y cumplimiento del pago mensual que para este año se ubicó en promedio en $ 774.319.525.

A continuación, se presenta un balance por áreas de servicios en cuanto a productividad y costo nomina promedio mes, con su respectivo peso porcentual y análisis correspondiente a 31/12/2025.

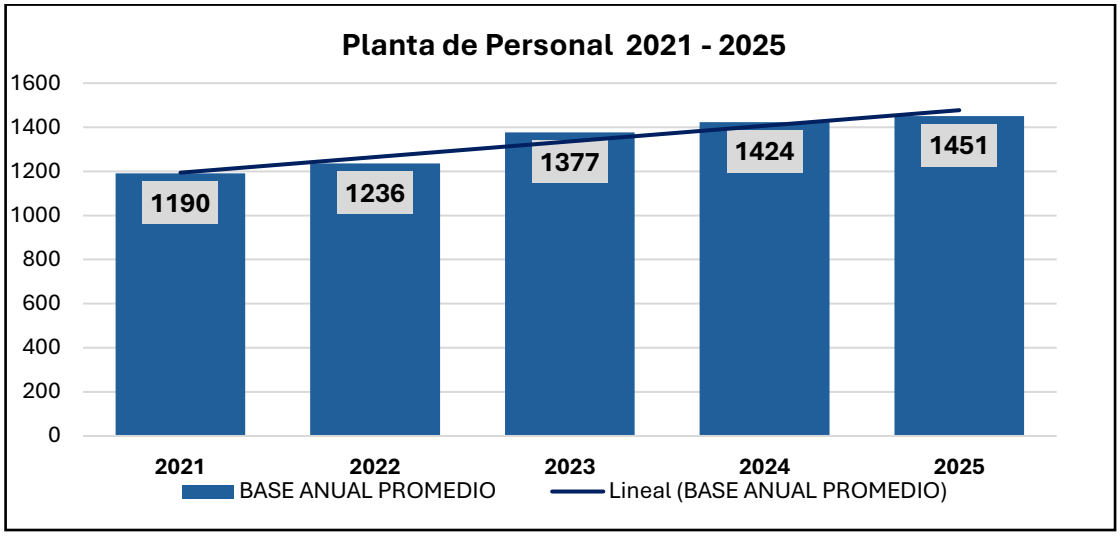
CENTRO DE COSTO - AREAS	PROD-PROM-MES	% PARTIC	COSTO-NOM-PROM-MES	% PART. NOMINA/PCCION
URGENCIAS (GRLS)	$1,662,051,116	7%	$1,187,030,715	71.42%
GINECOLOGIA	$650,013,742	3%	$647,966,393	99.69%
CONSULTA EXTERNA	$275,456,432	1%	$219,238,718	79.59%
HOSPITALIZACION	$3,881,682,998	16%	$2,350,499,309	60.55%
QUIROFANO y SALAS	$2,731,191,819	11%	$729,105,119	26.70%
APOYO DIAGNOSTICO	$14,850,308,766	60%	$1,093,606,116	7.36%
APOYO TERAPEUTICO	$736,185,721	3%	$518,444,438	70.42%
TOTAL ASISTENCIAL PROMEDIO	**$24,786,890,594**	**100%**	**$6,745,890,809**	**27.22%**
ADMINISTRATIVO	**$24,786,890,594**		**$1,206,399,645**	**4.87%**
TOTAL ASISTENCIAL + ADMINISTRATIVO COSTO PROMEDIO	**$24,786,890,594**		**$7,952,290,454**	**32.08%**

PARTICIPACION PROM_MES: NOMINA VS PRODUCCION Y % PART.
AÑO 2025



En este grafico se puede analizar que los servicios asistenciales tienen una participación porcentual del 27.22% sobre la productividad dejando un 4.87% a la parte administrativa, adicionalmente se puede observar áreas que tienen menor impacto sobre su productividad como el servicio farmacéutico incluido en apoyo diagnóstico y quirófano, por otro lado se identifican las demás áreas que se encuentran por encima de la media de participación costo/productividad (32.08%) para el año 2025, por lo que son áreas de priorización para análisis, control y seguimiento de la planta de personal.

6.1.4. Comparativo Gestión Planta de Personal 2021 – 2025

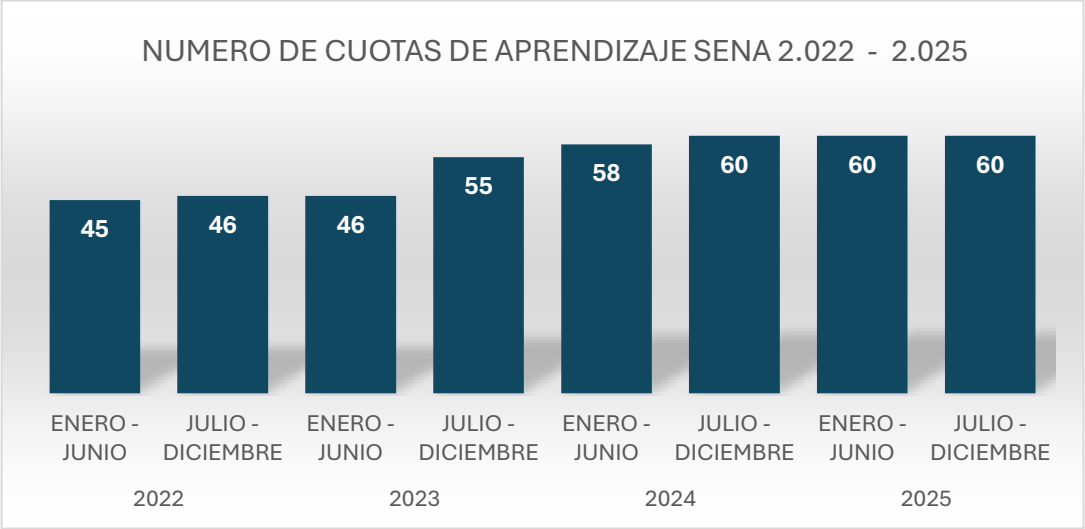


AÑO/ ITEMS	BASE ANUAL PROMEDIO	% CRECIMIENTO
2021	1190	8.7%
2022	1236	3.9%
2023	1377	11.4%
2024	1424	3.4%
2025	1451	1.9%

En cuanto a la planta de personal promedio anual, se mantiene un esquema con crecimiento controlado acorde a los proyectos y desarrollo del hospital, frente al número de empleados promedio y el año anterior, se observa el mantenimiento de la planta de personal y un incremento del 1.9% que obedece principalmente al ajuste de esquemas para la programación de vacaciones y cubrimiento de ausentismos en los diferentes servicios.

Este esquema garantiza la gestión del cansancio y disminución de sobrecostos por generación de horas extras entre otros, adicionalmente se tienen un impacto menor pero no menos importante en relación con la disminución de la jornada laboral que para el año 2025 paso de 46 a 44 horas semanales en los contratos de trabajo que aplica dicha disminución y afecta áreas como atención al usuario, facturación, y personal administrativo principalmente.

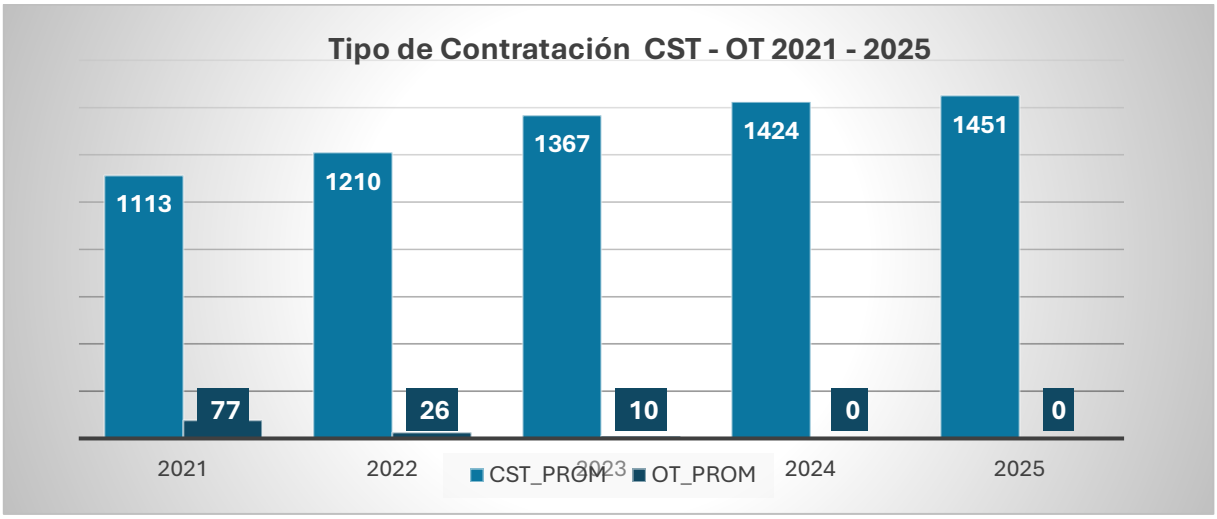
6.1.5. Comparativo y Gestión Cuotas de Aprendizaje SENA.



En cuanto al cumplimiento normativo con el SENA en torno a las cuotas de aprendizaje, el hospital ha estructurado alternativas para el debido cumplimiento, generando ofertas especiales cerradas de educación técnica y vinculando profesionales universitarios en diferentes convenios, siendo reconocidos por esta experiencia exitosa a nivel regional y nacional desde el año 2022, a la fecha se han realizado 4 ofertas cerradas, 3 de ellas compartidas y 1 exclusiva del hospital, estrategia que se realiza en alianza estratégica con la Diócesis de Pasto y el hospital Infantil los Ángeles, que pretende entre otros objetivos ayudar a jóvenes de diversos municipios y zonas vulnerables del departamento generando competencias transversales en el sector salud y de la misma manera oportunidades laborales al interior de nuestra institución así:

Fecha	Programa de Formación	Beneficiarios
Noviembre 2022	Técnico en Servicios comerciales y financieros	10
Septiembre 2023	Técnico Auxiliar en enfermería	29
Junio 2024	Técnico en Apoyo Adm Salud	19
Octubre 2025	Técnico Auxiliar en enfermería	23

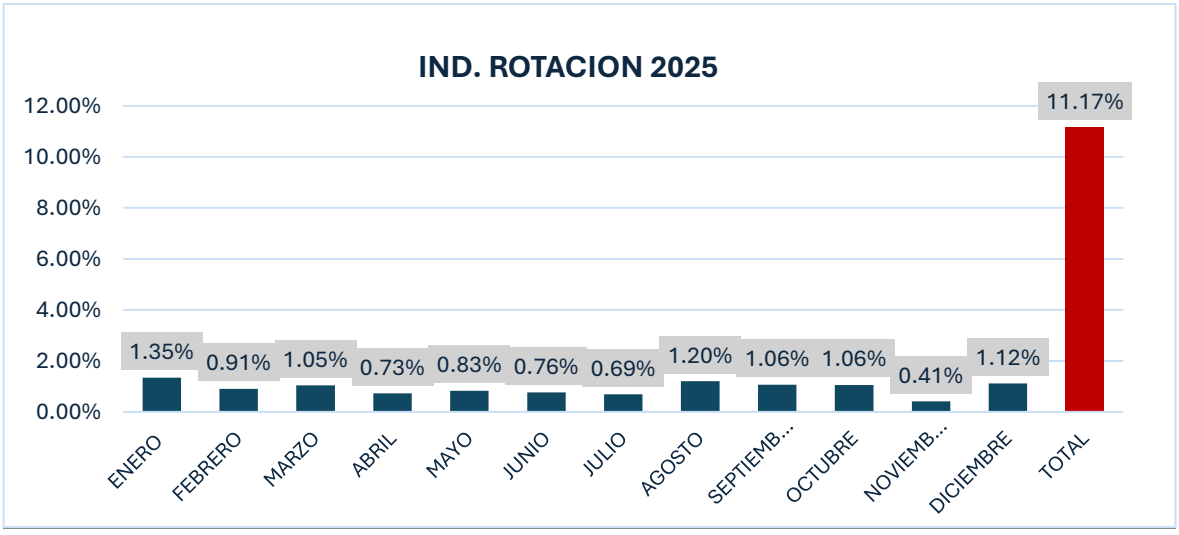
Comparativo por tipo de vinculación.



En cuanto al tipo de vinculación durante la vigencia 2025 se mantiene la política de contratación por CST con términos definidos menores a 1 año en primer orden, con análisis de necesidades y control de las vinculaciones. Teniendo como logro para la vigencia la terminación de órdenes de trabajo y ajuste a lo aprobado en el plan de cargos con seguimiento y evaluación periódica.

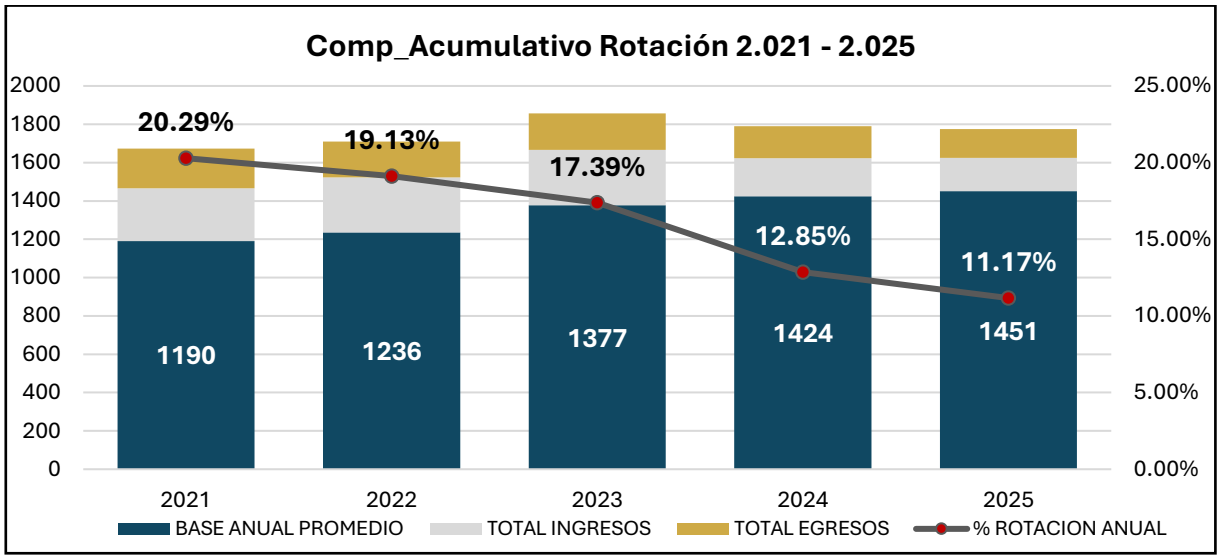
6.1.6. Análisis Comparativo Rotación de Personal 2.021 – 2.025.

Rotación Mensual 2025.



En cuanto al comportamiento de la rotación mensual del personal para lo corrido del año 2025, se observa un comportamiento promedio del 0.93%, indicador que, comparado con el año inmediatamente anterior demuestra mejoramiento en la tasa de retención de personal (1.07% año 2024), pero es necesario mantener y reforzar los procesos de relevo generacional y estrategias de retención del personal para garantizar la calidad de los servicios en el tiempo y mantenimiento en la gestión del conocimiento.

Rotación Acumulada 2021 – 2025:



En un análisis acumulativo y comparativo anual, se observa que el 11.17% de rotación de personal acumulado hasta Diciembre de 2025, refleja una tendencia a la disminución de este indicador, resultado positivo que indica eficacia en los ejercicios de vinculación de personal por reemplazo y a la vez el mejoramiento en la permanencia y retención de los mismos, por lo que se hace necesario mantener las estrategias de retención establecidas, como planes de bienestar y escalas salariales entre otras.

AÑO/ ITEMS	BASE ANUAL PROMEDIO	% ROTACION ANUAL	TOTAL INGRESOS	TOTAL EGRESOS
2021	1190	20.29%	275	208
2022	1236	19.13%	286	187
2023	1377	17.39%	289	190
2024	1424	12.85%	199	167
2025	1451	11.17%	173	151

Finalmente, para el 2025 se tuvo un incremento en la contratación de personal de 22 personas adicionales a los reemplazos por retiros que para lo corrido del año 2025 fueron de 151 personas con corte a 31/12/2025.

6.1.7. Ausentidmo Comportamiento Acumulado Anual 2021 – 2025.

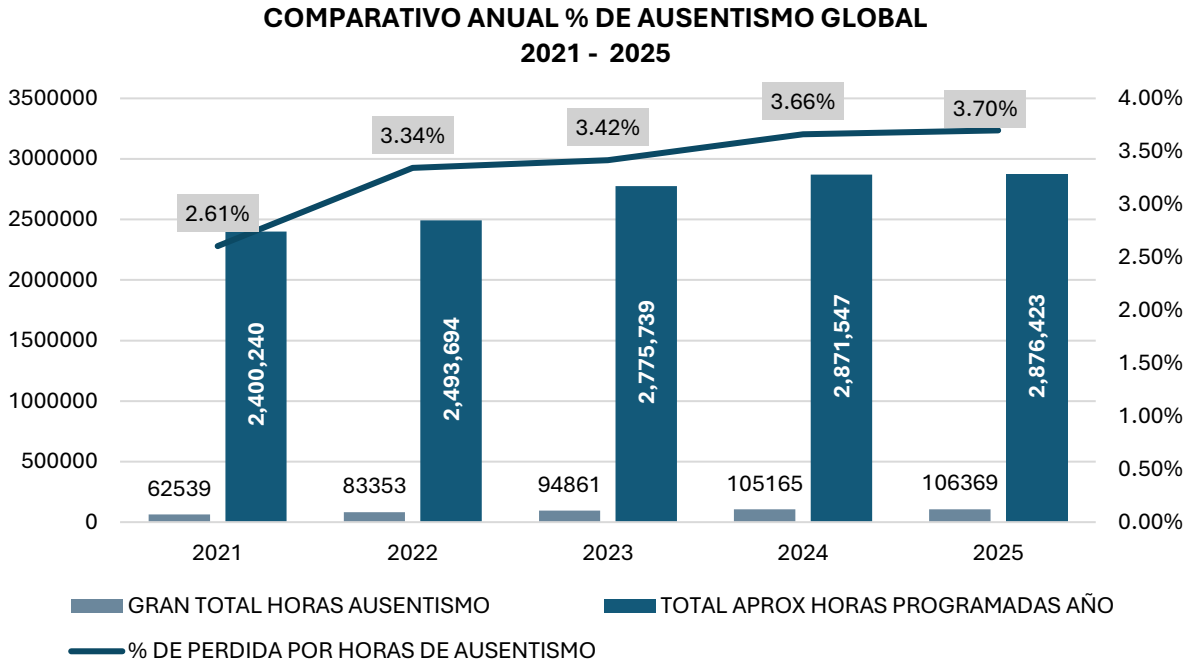
MOTIVO DE AUSENTISMO/ DIAS	2021	2022	2023	2024	2025
ACADEMICO	17	32	64	98	34
CAPACITACION	57	85	81	120	157
CITA MEDICA	61	30	38	58	69
PERMISO LABORAL - OFICIAL	11	573	232	191	187
PERMISO PERSONAL (DIAS)	199	255	259	268	251
LICENCIAS NO REMUNERADAS	729	388	433	336	778
LICENCIAS DE LUTO. 29, 26, 43, 72	175	153	256	434	425
INCAPACIDAD LABORAL	997	1282	686	384	587
INCAPACIDAD ENF. GENERAL	5368	7166	9158	10884	11106
LICENCIA MATERNIDAD 17, 23,27, 27,22	2070	2867	3341	3417	2797
LICENCIA PATERNIDAD 2, 8, 13, 10, 9	27	112	182	140	126
GRAN TOTAL DIAS	**9711**	**12943**	**14730**	**16330**	**16517**
GRAN TOTAL HORAS AUSENTISMO	**62539**	**83353**	**94861**	**105165**	**106369**

TIEMPO DE PRODUCCION	2021	2022	2023	2024	2025
N. EMPLEADOS	1190	1236	1376	1424	1451
N. DIAS PROGRAMADOS	365	365	365	366	366
N. EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS 22%	262	272	303	313	319
N. EMPLEADOS ASISTENCIALES 78%	928	964	1073	1110	1132
HORAS PROGRAMADAS ADTIVAS	655966	681506	758587	784771	749704
HORAS PROGRAMADAS ASISTENCIALES	1744273	1812188	2017152	2086776	2126719
TOTAL APROX HORAS PROGRAMADAS AÑO	**2,400,240**	**2,493,694**	**2,775,739**	**2,871,547**	**2,876,423**

% DE PERDIDA POR HORAS DE AUSENTISMO	**2.61%**	**3.34%**	**3.42%**	**3.66%**	**3.70%**
% DE PERDIDA POR HORAS DE AUSENTISMO+COVID	**3.01%**	**3.55%**	**3.42%**	**3.66%**	**3.70%**

El análisis de este indicador soporta en gran medida la contratación temporal o eventual que se requiere en el plan de cargos para el cubrimiento de horas de ausentismo por ausencias de tipo personal o familiar que generan permisos o licencias remuneradas, incapacidades laborales y de enfermedad general, licencias de maternidad y paternidad, licencias de luto, licencias no remuneradas como las causas más predominantes de un comportamiento normal.

De la misma manera el control y seguimiento diario de estas novedades, nos permiten gestionar de una manera más eficiente la vinculación temporal de personas para garantizar el correcto funcionamiento de nuestros servicios.

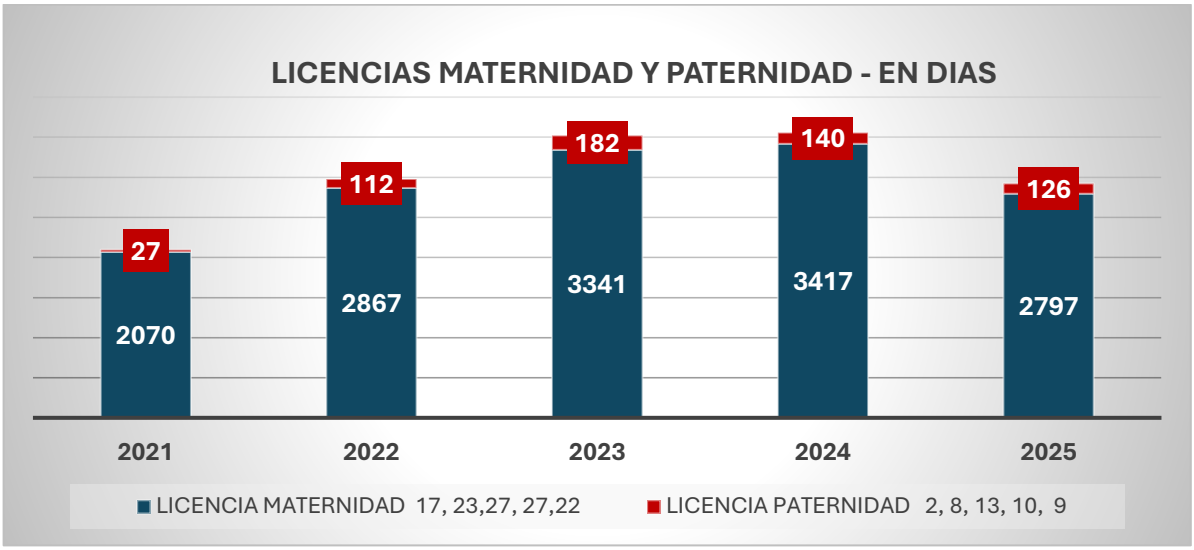


Teniendo en cuenta el comportamiento de este indicador en lo corrido del tiempo se puede observar que el valor de análisis corresponde al % de perdida por horas de ausentismo, que se calcula como las horas perdidas por los diferentes motivos de ausentismo sobre el total de horas programadas en un periodo de tiempo.

En este orden de ideas se observa que el % de perdida promedio para los años 2021 a 2025 (anualidades completas) es del **3.30%** y para lo corrido del año 2.025 se tiene un valor de **3.7% acumulado**, que, si bien se encuentra por encima del promedio de los últimos años, es preciso evaluarlo de manera separada, pues a mayor personal vinculado y disminución de la jornada laboral en las áreas administrativas se tiene una tendencia al incremento de este indicador en el % de ausentismo por las diferentes causas.

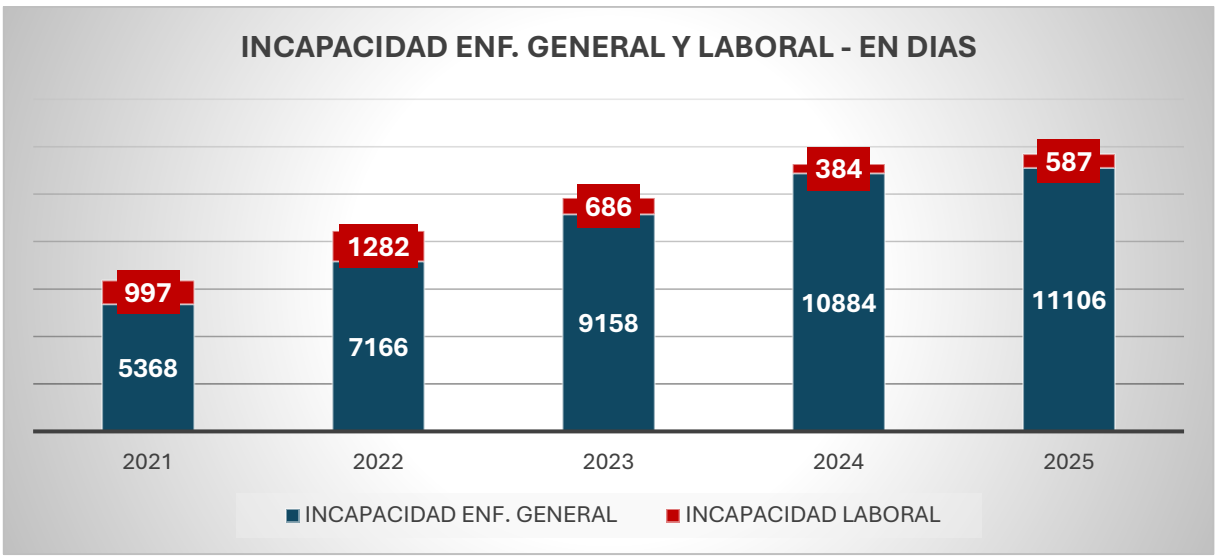
Comportamiento Acumulado Especifico Anual 2021 – 2025.

En un análisis comparativo anual por causas de especial interés se tienen los siguientes resultados.



Se puede observar que la representación y el peso porcentual mayoritario del 70% del personal Femeninono en el hospital, representa un especial interés a la hora de establecer políticas de bienestar encaminadas a la protección de la madre gestante y su recién nacido, identificando en lo corrido del año 2025 a 22 trabajadoras que han gozado del disfrute de una licencia de maternidad, y 9 trabajadores con goce de la licencia de paternidad.

En este sentido, se tiene un especial seguimiento a la hora de planear la contratación temporal para cubrimiento de licencias de este tipo y de la misma manera programar los turnos de servicio que permitan el cumplimiento de normas como el disfrute de la licencia y posteriormente el tiempo de lactancia legalmente establecido durante el desarrollo de la jornada laboral sin que ello interfiera en el normal desarrollo de actividades diarias.

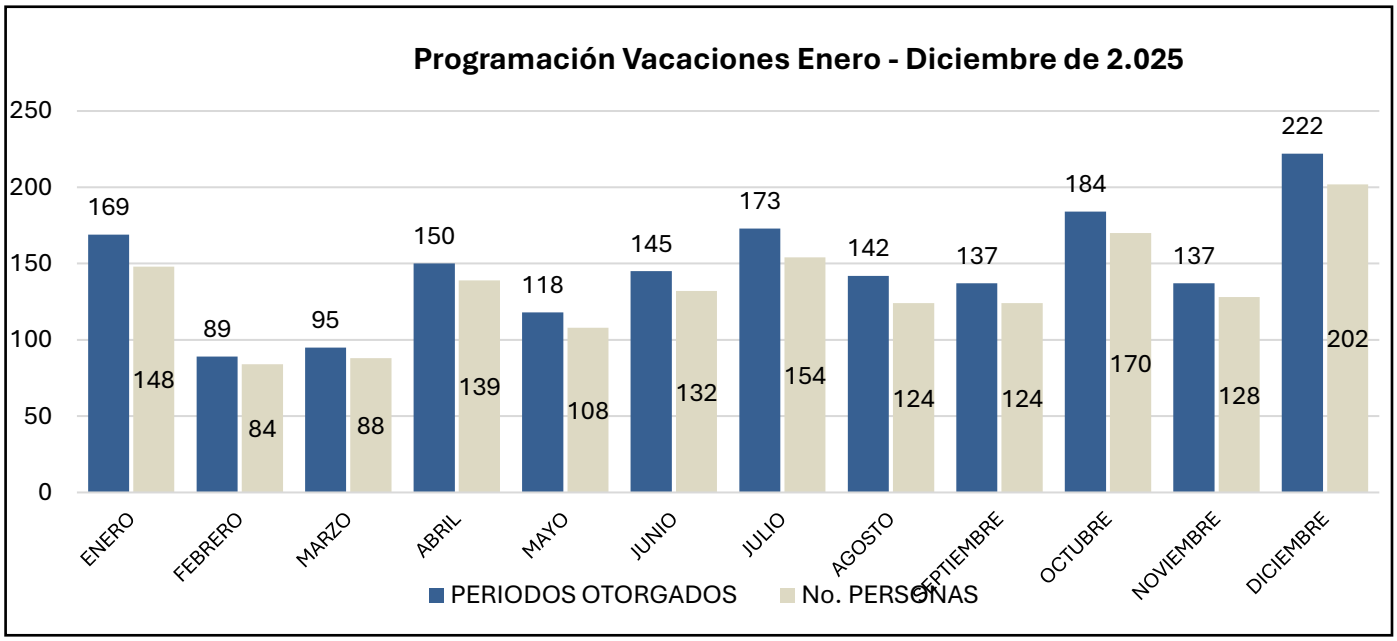


En términos de ausentismo por enfermedad general y laboral existe un comportamiento relacionado que si bien obedece a factores de riesgo internos también hay incidencia de factores externos como los determinantes de la salud (estilos de vida, sistema de salud, condiciones medio ambientales y carga genética) los cuales tienen un impacto importante en la medida que en la estructura de composición de la planta de personal haya menor o mayor participación de personas adultas y adultas mayores entre otros; De esta manera el estilo de vida tendría mayor impacto en relación a las actividades de bienestar laboral que se ofrezcan.

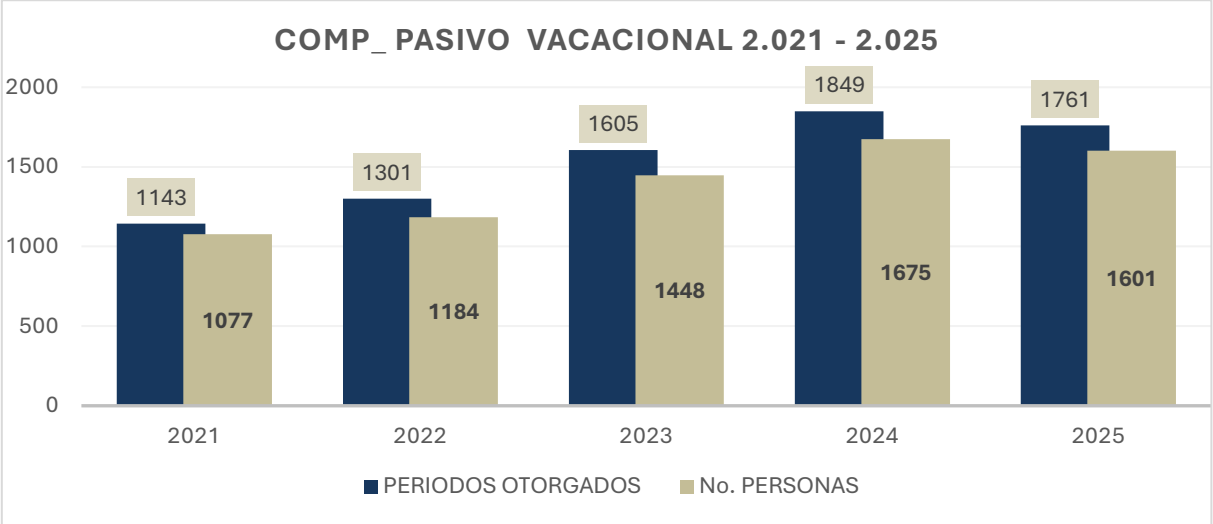
Se observa un mantenimiento en la tendencia del comportamiento de este indicador de ausentismo en días de incapacidad asociados al incremento de la planta de personal lo que determina la necesidad de analizar las principales causas y diagnósticos con el fin de determinar acciones específicas para el mejoramiento del bienestar del talento humano.

6.1.8. Análisis Comparativo Pasivo Vacacional 2021 - 2025.

Teniendo en cuenta las buenas prácticas de humanización, entre ellas la gestión del cansancio, se ha mantenido dentro del plan de cargos la vinculación del personal necesario para cubrir el pasivo vacacional, en este sentido se tiene los siguientes resultados de la vigencia 2025:

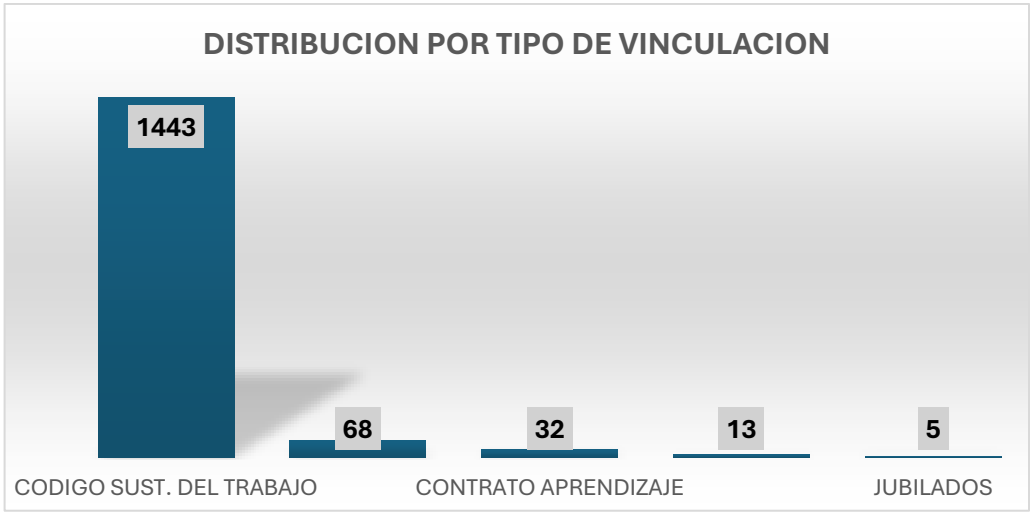


Numero de periodos otorgados:	1.761
Número de personas beneficiadas:	1.601
Numero promedio de personas en nómina:	1.295 (Con derecho a vacaciones)
Porcentaje de Cumplimiento:	100%



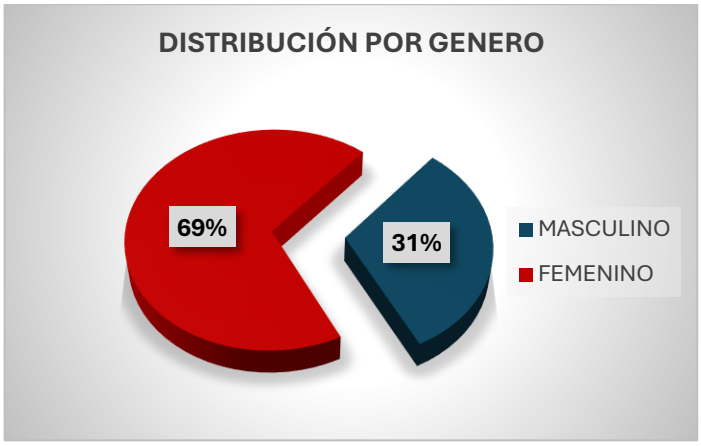
Para lo corrido de los últimos 5 años hasta la vigencia 2025 se logró un cumplimiento del 100% de acuerdo con el plan vacacional establecido, situación exitosa que se facilitó por la incorporación de personal en plan de cargos para la correcta y anticipada programación de vacaciones, garantizando de esta manera la gestión del cansancio.

6.1.9. Análisis Estructural Planta de Personal a 31/12/2025.



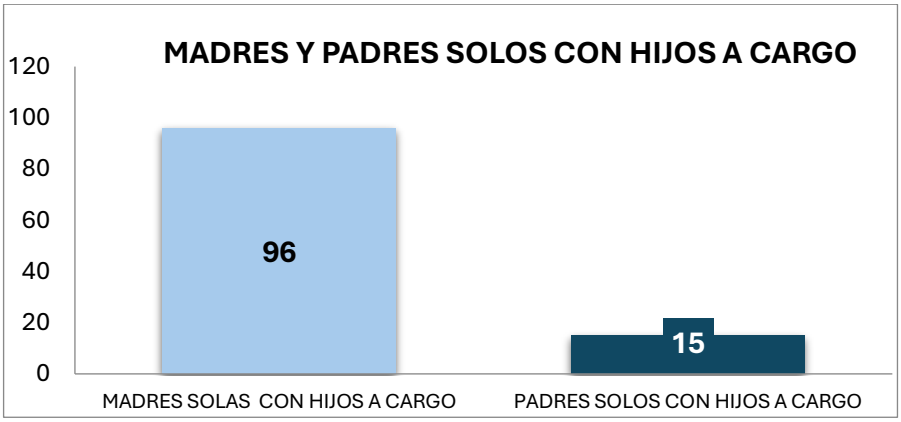
Se presenta el total consolidado de la planta de personal vigente a 31/12/2025 con 1.561 personas vinculadas en sus respectivas categorías; 1.488 por C.S.T. y 68 por Prestación de Servicios.

Distribución por Género:

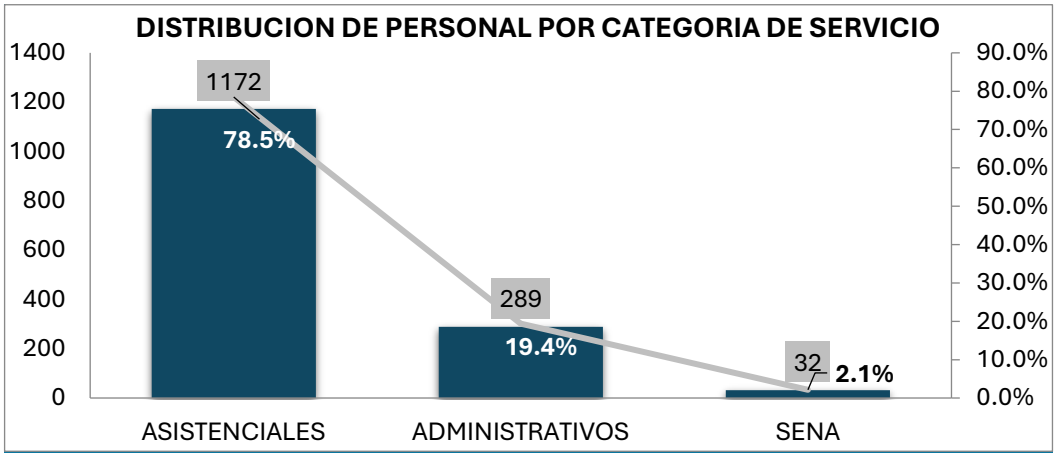


Se puede observar una mayor participación del género femenino sobre todo en los cargos asistenciales de atención directa como auxiliares de enfermería, enfermería, bacteriología y medicina general, entre otros.

De esta distribución por genero se tiene como caracterización de especial interés aquellas madres y padres solteros con hijos a cargo, hacia los cuales se orientan algunas actividades de bienestar social y manejo especial, entre otros.

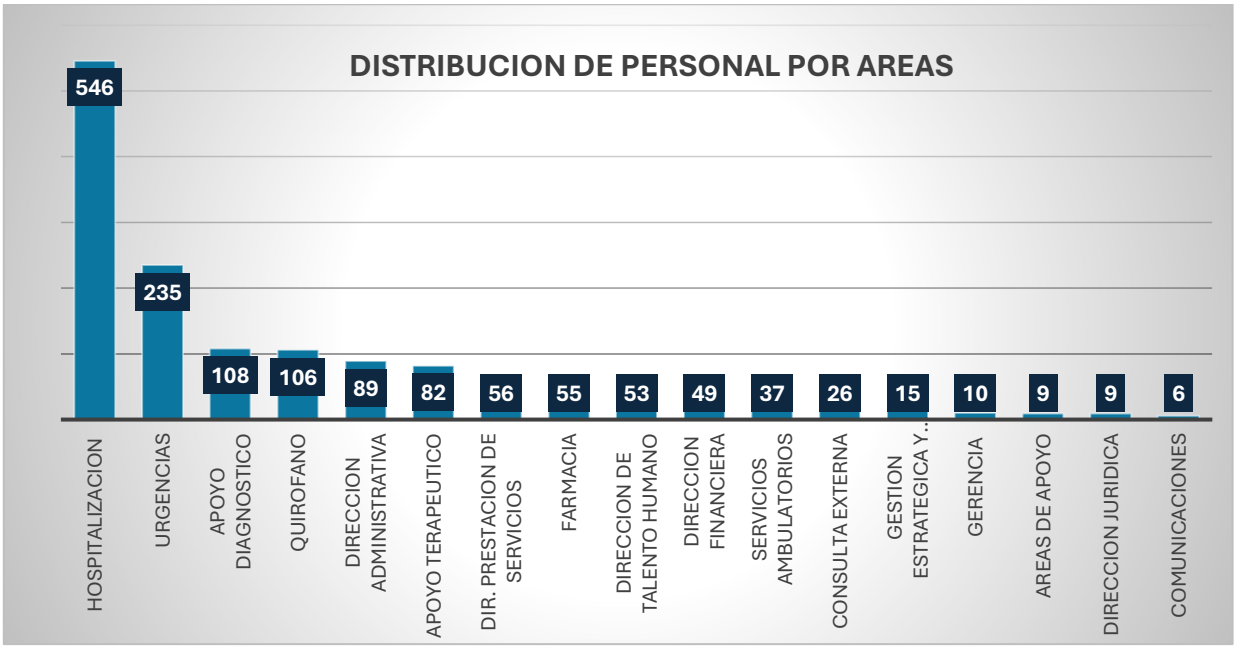


Distribución por Categoría:

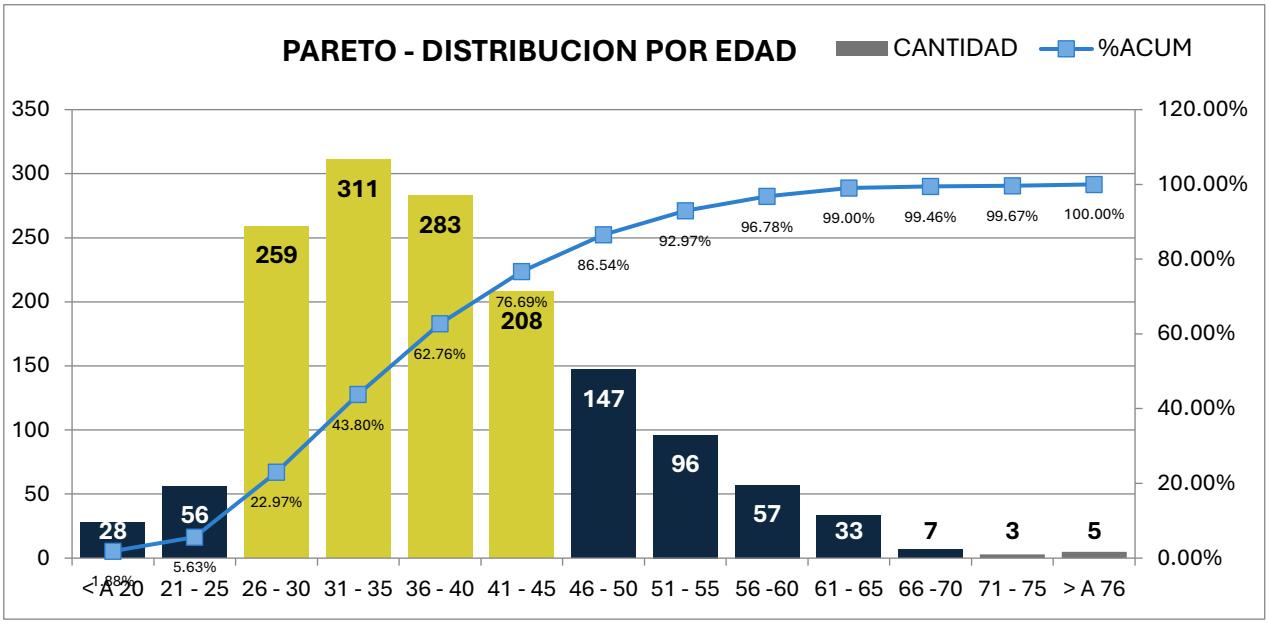


Se observa que el 78.5% del personal conforma las áreas asistenciales soportado en un 21.5% entre personal administrativo y aprendices SENA.

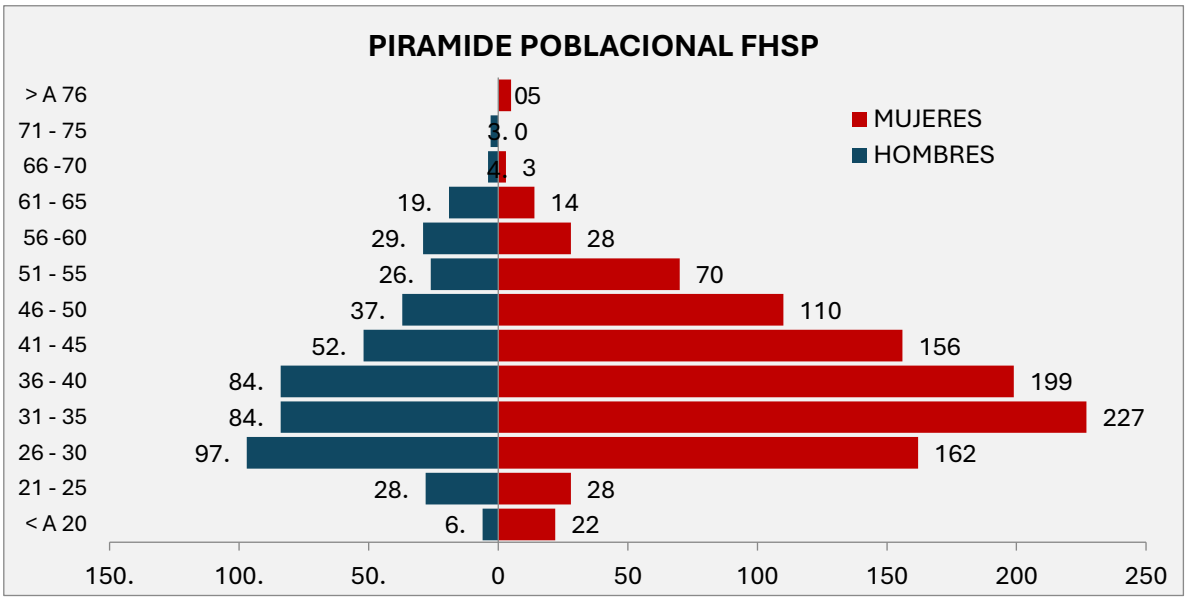
Distribución Por Áreas:



Distribución General Por Edad y Pirámide Poblacional:



Se observa que el 80% de la población del hospital se concentra entre los 19 y 45 años, reflejando un proceso de cambios y relevos generacionales importante.

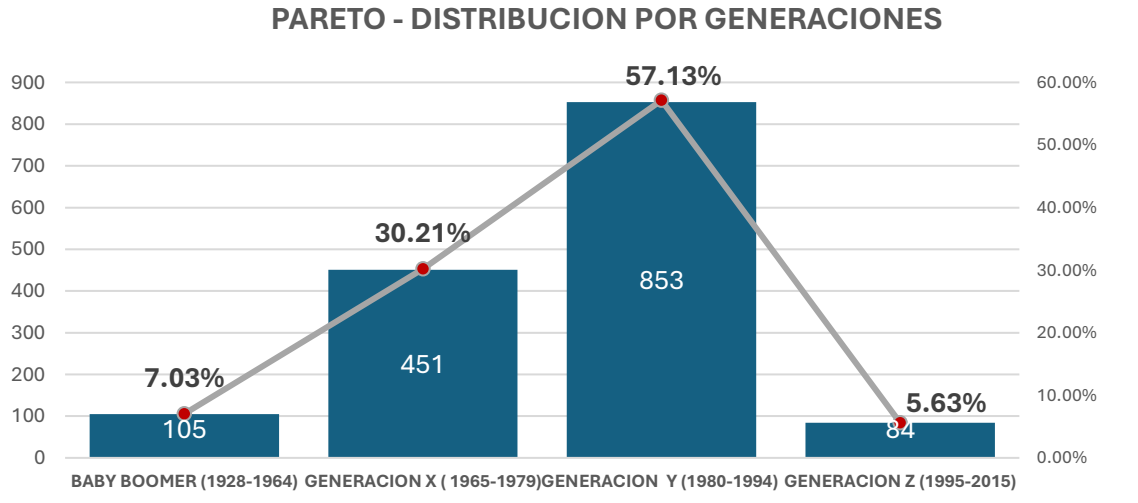


La composición de la pirámide refleja una distribución fuerte en el rango de los 26 a 45 años para los dos géneros, marcando el peso de estas generaciones en lo referente a gustos y estilos de vida.

Distribución Por Fechas de Ingreso y Clasificación Generacional:



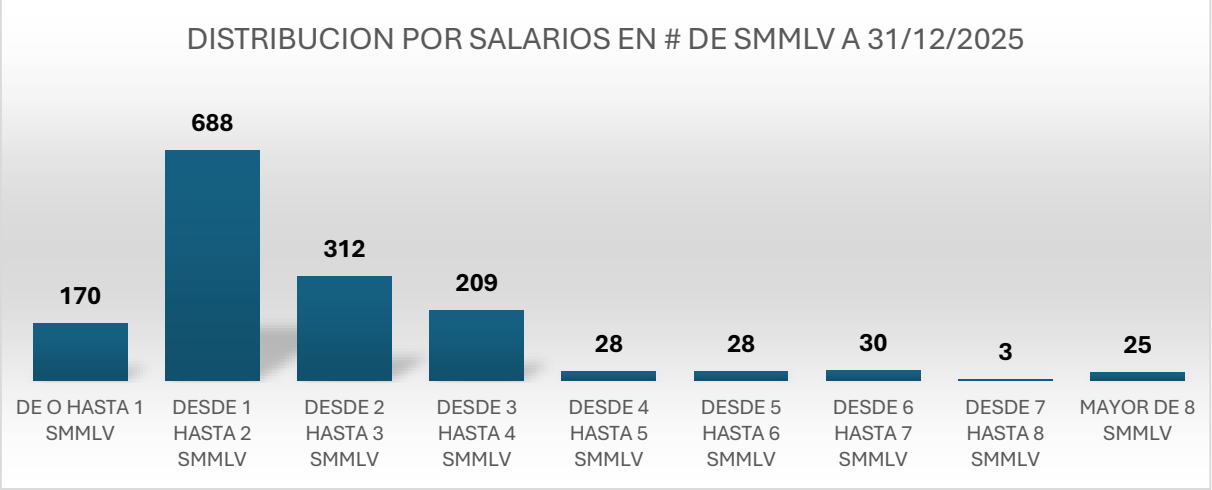
En la estructura de composición de la planta de personal por año de ingreso se observa que el 80% de ingresos se concentran en formalización de nómina entre los años 2015 – 2025.



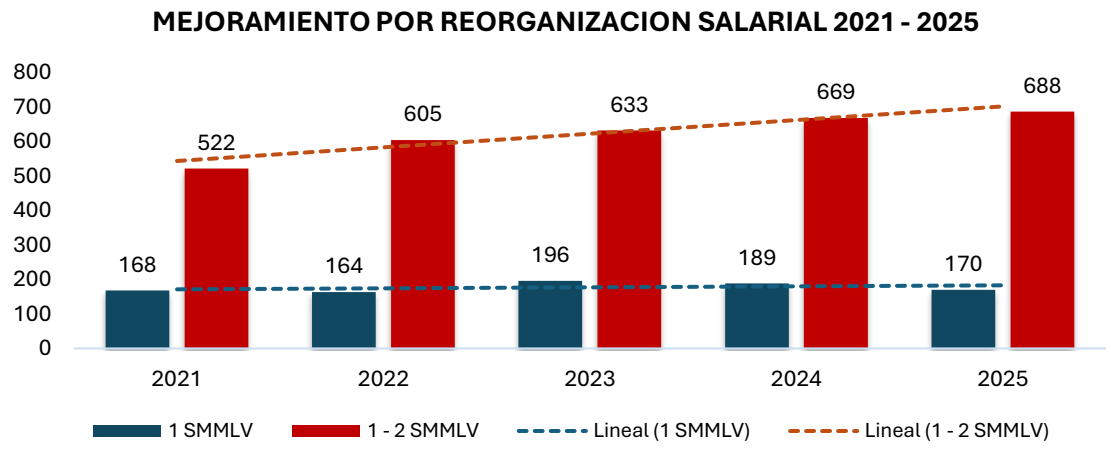
GENERACION	RANGOS DE EDAD	
BABY BOOMER (1928-1964)	61	97
GENERACION X (1965-1979)	46	60
GENERACION Y (1980-1994)	31	45
GENERACION Z (1995-2015)	10	30

Teniendo en cuenta la distribución generacional del hospital es importante identificar que hay un gran peso relativo superior al 80% concentrado en las generaciones X y Y que comprenden periodos de nacimiento entre 1965 hasta 1994; caracterizadas por una cultura de perfiles con objetivos claros, fuertes principios éticos, profesionalidad, perspectiva de valor y búsqueda de estabilidad con proyección de vida.

Distribución Por Numero de Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes:



En esta estructura se puede observar que el 90% del personal devenga desde 1 hasta 4 SMMLV, con lo que es posible inferir la capacidad adquisitiva como parámetro de análisis para los planes de bienestar y estructura socioeconómica del hospital.



Se puede observar que para la vigencia 2025 dando aplicabilidad a los ajustes autorizados en el plan de cargos 19 personas fueron beneficiadas con procesos de vinculación y mejoramiento en rangos de 1 a 2 SMMLV, generando mayor capacidad adquisitiva y mejoramiento de su calidad de vida.

De igual manera, la implementación de la reforma laboral impacta en este indicador de seguimiento, al incluir a los aprendices Sena como trabajadores de contrato laboral especial con la asignación de 1 salario mínimo legal vigente en su etapa de práctica.

6.2. GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Objetivo del proceso

Garantizar condiciones de trabajo seguras y saludables para todos los trabajadores del hospital, mediante la identificación, evaluación y control de peligros, la vigilancia epidemiológica y la gestión preventiva de los riesgos, con el fin de prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales, contribuyendo a la continuidad operativa, la protección del talento humano y el cumplimiento normativo.

Resumen ejecutivo

Durante 2025 el SG-SST alcanzó un 97% de cumplimiento en Estándares Mínimos, manteniendo la consolidación lograda desde 2023. Se registraron 52 accidentes de trabajo, la cifra más baja del período 2020–2025, y se mantuvo en cero el registro de nuevos casos de enfermedad laboral. Se fortaleció la vigilancia epidemiológica mediante la caracterización del

personal expuesto, con 94 % de intervención en riesgo biomecánico, 97 % de cobertura en salud mental para personal priorizado, la reincorporación o reubicación de 91 trabajadores y el aumento en la cobertura de vacunación. En materia de emergencias, se avanzó en la gestión del riesgo mediante la implementación de una matriz integral de análisis de vulnerabilidad, fortaleciendo la capacidad de respuesta institucional.

6.2.1. Metas y resultados alcanzados

Meta	Resultado	Cumplimiento	Análisis
Intervenir al menos el 90% del Programa de Vigilancia Epidemiológica en riesgo biomecánico	94% (186/198)	Cumplida	Se supera la meta establecida y se amplía la cobertura frente a 2024, fortaleciendo el control del riesgo biomecánico en la población priorizada.
No superar la frecuencia de accidentalidad con respecto al año 2024 en riesgo biológico.	18 eventos	Cumplida	Reducción del 25% respecto a 2024 (24 eventos), evidenciando mayor efectividad de las medidas de bioseguridad y fortalecimiento de las prácticas preventivas.
Alcanzar una cobertura mínima del 80% en riesgo psicosocial	91%	Cumplida	Se alcanza una cobertura superior a la meta mediante la implementación de estrategias desde las diferentes dimensiones del programa de salud mental.
Lograr el 80% de cierre de hallazgos por riesgo locativo	84,6%	Cumplida	Se supera la meta, evidenciando gestión efectiva de los hallazgos identificados y mantenimiento del control frente al riesgo de caídas.
Mantener en cero los casos de enfermedad laboral por radiaciones ionizantes	0 casos	Cumplida	Cumplimiento de la meta, no se presentaron casos de enfermedad laboral, se mantiene control del riesgo.
Lograr el 80% de cierre de hallazgos en riesgo químico	77,5%	Parcial	Falta cerrar hallazgos relacionados a documentación de procesos, se programa el cierre hasta el mes de marzo del año 2026.

Meta	Resultado	Cumplimiento	Análisis
Lograr el 95% de cobertura en socialización del Plan de Emergencias	81%	No cumplida	Se logro una cobertura de 1136 trabajador, menor a la meta esperada. Para el año 2026, se sumarán estrategias, en campo y se continuara su socialización en procesos de inducción y reinducción, con el fin de aumentar la cobertura.

6.2.2. Indicadores

Indicador	Año 2024	Año 2025	Meta	Análisis
Cumplimiento Estándares Mínimos (Res. 0312/2019)	97%	97%	>95%	Se mantiene nivel alto y estable, evidenciando sostenibilidad normativa y madurez del SG-SST.
Índice de Frecuencia de Accidentes de Trabajo	4.39	3.51	<4	En el año 2025, se presentaron 52 accidentes, el valor más bajo registrado, La disminución sostenida del índice (de 11,2 en 2016 a 3,51 en 2025) confirma el impacto positivo de las intervenciones preventivas implementadas.
Índice de Severidad de Accidentes de Trabajo	19	18	<19	La severidad de los accidentes ha disminuido de manera sostenida, pasando de 299 en 2016 a 18 en 2025. Este comportamiento evidencia menor gravedad de los eventos y mejor control de los días de incapacidad asociados.
Incidencia de Enfermedad Laboral	0	0	0	Tras el pico registrado en 2020 por efecto de la pandemia, la tendencia se mantiene estable en cero casos nuevos durante 2024 y 2025, confirmando control epidemiológico sostenido.
Cobertura de Capacitación en SST	92%	94%	95%	Se evidencia incremento frente a 2024 y desempeño cercano a la meta; persiste una brecha mínima que será abordada mediante nuevas estrategias para fortalecer la cultura preventiva.

Principales logros

- **Fortalecimiento de la Gestión Médica y Programa de Reincorporación**

En gestión médica, se alcanzó una cobertura del 93,7 % de los 1.415 trabajadores de planta con examen médico ocupacional. En el marco del programa de reincorporación, mediante un trabajo coordinado con las oficinas de Gestión Humana y Jurídica, se gestionó la calificación de pérdida de capacidad laboral, logrando la pensión por invalidez de 2 trabajadores y facilitando el retorno de 43 empleados en condiciones habituales, 15 reubicaciones y 33 retornos con modificación de funciones.

- **Incremento significativo en cobertura de vacunación**

La cobertura de vacunación presenta un incremento significativo frente al año 2024, este avance fortalece la protección del talento humano frente a agentes biológicos de riesgo ocupacional y evidencia mayor adherencia institucional a las estrategias de prevención, consolidando la cultura de autocuidado y corresponsabilidad en el entorno laboral.

Vacuna	Cobertura 2024	Cobertura 2025
Hepatitis B	58,5%	85%
COVID-19	81,4%	91%
Influenza	2,4%	53%
Tétanos	8,2%	57%

- **Fortalecimiento del Programa de Salud Mental**

Se consolidó el posicionamiento institucional del programa de riesgo psicosocial, alcanzando una cobertura del 97% de los trabajadores priorizados (frente al 65% en 2024) y aumentando las activaciones de la línea de salud mental de 6 a 32 casos. Estos resultados evidencian mayor apropiación y confianza en los mecanismos de apoyo, fortaleciendo la detección temprana de situaciones de riesgo y la cultura organizacional orientada al bienestar emocional.

- **Reducción Nomina de expuestos en Riesgo Biomecánico**

Se fortaleció la caracterización y el seguimiento de la población expuesta a riesgo biomecánico, logrando una disminución del 11% (22 casos menos) frente al año anterior. Esta reducción se asocia al control efectivo de síntomas y a situaciones administrativas como pensión o desvinculación, evidenciando la efectividad del Programa de Vigilancia Epidemiológica y de las acciones implementadas para el control del riesgo.

- **Fortalecimiento del Programa de vigilancia en Riesgo químico**

Se consolidó la caracterización del personal expuesto y la conformación de Grupos de Exposición Similar (GES), lo que permitió priorizar acciones correctivas, optimizar los controles existentes y mejorar la gestión de los niveles de exposición.

- **Mejora en la Capacidad de Respuesta y Resiliencia Institucional**

Se fortaleció la gestión del riesgo de emergencias y desastres mediante la implementación de más de 40 actividades de prevención, capacitación y simulacros, así como la adopción de una matriz integral de análisis de vulnerabilidad que incorpora variables humanas, operacionales, ambientales, financieras y de imagen institucional. Este logro permitió pasar de la planeación al fortalecimiento operativo real, incrementando la capacidad de respuesta institucional y garantizando la continuidad en la prestación de los servicios de salud.

Dificultades y riesgos

- Se evidenció una brecha en el aseguramiento de la participación total de trabajadores en las actividades programadas del sistema de gestión, incluyendo la asistencia a los exámenes médicos ocupacionales.

- Baja participación del personal de especialistas en actividades programadas desde SG-SST, incluyendo la aplicación de vacunación, la toma de exámenes paraclínicos y la asistencia al examen médico ocupacional.

Lecciones aprendidas

- Fortalecimiento y continuidad de un trabajo articulado con las coordinaciones de los diferentes servicios asistenciales y administrativos, reconociéndose este aspecto como un factor crítico de éxito para la adecuada planeación, programación y ejecución de las actividades de intervención propuestas.
- La realización de investigaciones de manera oportuna y en cumplimiento de la normatividad vigente favorece a la institución, al reducir el riesgo de sanciones por parte de los entes de control competentes.

- El desarrollo del proceso de gestión de contratistas ha permitido identificar la importancia de una planificación anticipada y un control permanente, especialmente en actividades de alto riesgo, evidenciando que la verificación documental previa al ingreso es una herramienta clave para prevenir eventos no deseados y asegurar el cumplimiento normativo.

6.3. GESTIÓN EN BIENESTAR SOCIAL

El plan de Bienestar Social correspondiente al periodo 2023–2025 evidencia un fortalecimiento progresivo de la gestión del talento humano en la Fundación Hospital San Pedro, tanto en términos financieros como en cobertura, estructuración y percepción de los trabajadores. Durante estos tres años se consolidó una estrategia integral orientada a impactar las dimensiones física, cultural, recreativa, formativa y de reconocimiento institucional, logrando posicionar el bienestar como un eje estratégico organizacional.

Dimensiones	Categoría	Actividad	**Valor actividad 2023**	**Valor actividad 2024**	**Valor actividad 2025**
FÍSICA	CENTROS DE ACONDICIONAMIENTO FISICO	ZONA CARDIO	105,403,868.0	88,220,000.0	59,340,000.0
		SPORT BODY (2024 BRIGADA 358)	NA	11,200,000.0	60,592,000.0
		BODY FORCE	18,340,000.0	21,400,000.0	39,300,000.0
		FTNES	21,357,000.0	28,501,000.0	42,222,000.0
		TITAN BOX	18,025,000.0	44,500,000.0	55,000,000.0
		NATACION - ZONA CARDIO	45,280,000.0	103,000,000.0	112,630,000.0
CULTURAL	MUSICA	ORGANETA NIÑOS	12,650,000.0	18,000,000.0	18,000,000.0
		GUITARRA NIÑOS			
		GUITARRA ADULT			
	RECREATIVA	CLUB DE LECTURA	4,000,000.0	3,200,000.0	4,075,685.0
DEPORTES	DEPORTES	FUTBOL FEMENIMOENINO	18,785,000.0	22,000,000.0	35,000,000.0

Dimensiones	Categoría	Actividad	**Valor actividad 2023**	**Valor actividad 2024**	**Valor actividad 2025**
		FUTBOL MASCULINOULINO			
LUDICAS	CELEBRACIONES	DIA DEL TRABAJO	49,071,200.0	41,760,000.0	49,089,862.0
		DIA DEL MEDICO	63,317,559.0	91,000,000.0	125,000,000.0
		DIA DE LA ENFERMERA	2,610,000.0	7,157,000.0	4,221,000.0
		DIA DE LA MUJER	5,500,000.0	7,150,000.0	8,250,000.0
		FIN DE AÑO FIESTA Y/O CONCURSO DE TARJETAS NAVIDEÑAS , incentivo (bono 2025)	45,142,000.0	55,000,000.0	295,400,000
LUDICO - RECREATIVO	CAPACITACIÓN	CURSO INGLES - HASTA JUNIO	11,305,000.0	NA	68,724,000.0
		CAMINATA	4,760,000.0	5,560,000.0	12,612,000.0
	PROGRAMA NUEVO AMANECER	PLAN PARA PREJUBILADOS	NA	NA	NA
Total			**320,142,759**	**547,648,000**	**989,456,547**

En relación con la ejecución presupuestal, se observa un crecimiento significativo en la inversión destinada al programa. Este comportamiento representa un incremento del 71% entre 2023 y 2024, y del 80,7% entre 2024 y 2025, lo que implica que en 2025 la inversión prácticamente triplicó la realizada en 2023. Este aumento responde a la ampliación de cobertura, fortalecimiento de incentivos institucionales, incremento en la participación de los trabajadores y diversificación de actividades ofertadas.

Actividades de bienestar desde 2023 – 2025

Dimensiones	Categoría	Actividad	Numero promedio de trabajadores		Trabajadores inscritos		Trabajadores participantes		Cumplimiento	
			2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025
FÍSICA	GIMNASIOS	ZONA CARDIO	1457	1482	179	150	136	73	76%	49%
		BRIGADA 358	1457	1482	18	75	16	63	89%	84%
		BODY FORCE	14587	1482	65	70	42	49	65%	70%
		ZONA CARDIO	1457	1482	120	60	65	51	54%	85%
		TITAN BOX	1457	1482	70	70	50	49	71%	70%
	NATACION	NATACION ZONA CARDIO	1457	1482	157	120	82	94	52%	78%
CULTURAL	MUSICA	ORGANETA NIÑOS	40	NA	7	NA	NA	NA	NA	NA
		GUITARRA NIÑOS	40	40	7	14	7	14	100%	100%
		GUITARRA ADULT	1457	1482	26	18	26	14	100%	78%
	RECREATIVA	CLUB DE LECTURA	1457	1482	30	30	30	30	100%	100%
DEPORTES	DEPORTES	FUTBOL FEMENIMOENINO	1457	1482	25	22	25	22	100%	100%
		FUTBOL MASCULINOULINO	1457	1482	62	42	62	42	100%	100%
LUDICAS	CELEBRACIONES	DIA DEL TRABAJO	1457	1482	1220	652	1135	620	93%	95%
		DIA DEL MEDICO	305	350	220	250	198	236	NA	NA
		DIA DE LA ENFERMERA	180	180	180	180	180	180	100%	100%
		DIA DE LA MUJER	1100	1140	1100	1140	1110	1140	101%	100%
		FIN DE AÑO - FIESTA O CONCURSO DE TARJETAS NAVIDEÑAS - BONO RECONOCIMIENTO	1457	1482	1000	1477	998	1477	100%	100%
LUDICO - RECREATIVO	CAPACITACIÓN	CURSO INGLES	NA	1482	NA	50	NA	43	NA	86%
		CAMINATA	1476	1482	114	110	114	106	100%	96%
	PROGRAMA NUEVO AMANECER	PLAN PARA PREJUBILADOS	49	20	49	18	49	15	100%	83%

Tabla de relación de actividades enmarcadas por convención					
Año	2021	2022	2023	2024	2025
Inscritos	1204	1685	1920	1877	1791
Población beneficiada	1204	1538	1676	1657	2127
Total trabajadores	1204	1269	1435	1457	1482
% Población beneficiada que participaron de al menos 1 actividad	100%	91%	87%	88%	119%

En la dimensión física se mantuvo y amplió la contratación con centros de acondicionamiento físico, incluyendo gimnasio, natación y entrenamiento funcional. La diversificación de proveedores permitió mejorar la accesibilidad y aumentar la participación. Esta línea estratégica contribuye a la promoción de estilos de vida saludables, reducción del estrés laboral y prevención de enfermedades crónicas y musculoesqueléticas, generando un impacto positivo en la salud física y mental de los trabajadores.

En la dimensión cultural y recreativa se desarrollaron actividades como música para niños, club de lectura, city tour y otras iniciativas orientadas a fortalecer el equilibrio emocional y la integración familiar. Estas actividades favorecen la humanización institucional y fortalecen el sentido de pertenencia, impactando positivamente el clima organizacional.

En el componente deportivo, el fortalecimiento de actividades como fútbol Femenino y Masculino ultimo permitió consolidar espacios de integración Inter servicios, trabajo en equipo y liderazgo. El aumento progresivo en la inversión demuestra una alta demanda y aceptación por parte del personal asistencial y administrativo, evidenciando que el deporte se constituye en una herramienta efectiva para la cohesión institucional.

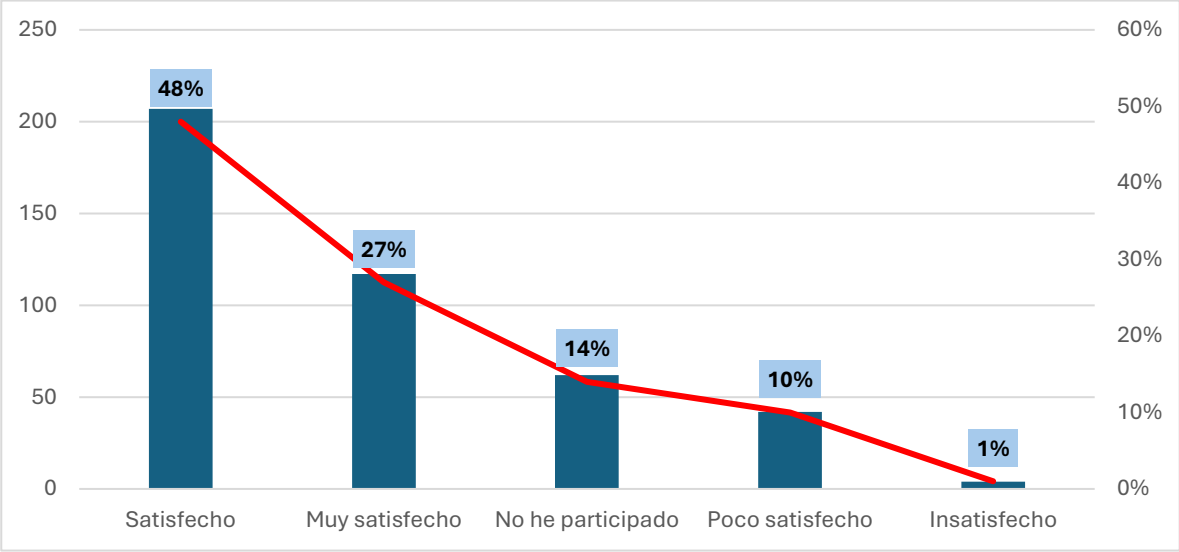
Las celebraciones institucionales, incluyendo Día del Trabajo, Día del Médico, Día de la Enfermera, Día de la Mujer y evento de fin de año, representaron un componente relevante dentro del plan. Particularmente en 2025 se evidenció un incremento considerable en el presupuesto destinado al evento de fin de año, asociado a la implementación de incentivos y bonos. Estas actividades fortalecen el reconocimiento institucional, la motivación y la percepción de valoración por parte de la organización.

En el ámbito formativo se implementaron cursos como inglés y cocina saludable, además de caminatas y actividades orientadas al desarrollo integral. Este enfoque evidencia una transición del bienestar exclusivamente recreativo hacia un modelo más integral que incluye crecimiento personal y profesional, alineado con los estándares de acreditación y humanización en salud.

Resultados encuesta de satisfacción del plan de bienestar 2023-2025

Durante el periodo 2023–2025 se aplicó la encuesta de satisfacción del Plan de Bienestar Social a un total de 432 trabajadores de la Fundación Hospital San Pedro, con el objetivo de evaluar la percepción frente al programa, medir el nivel de aceptación de las actividades desarrolladas y obtener insumos para el mejoramiento continuo del plan.

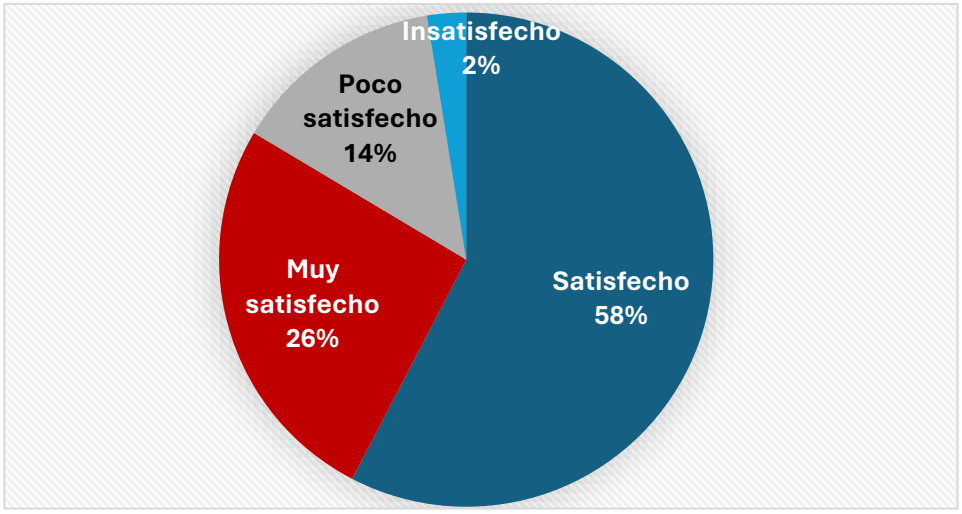
Grado de satisfacción frente al programa



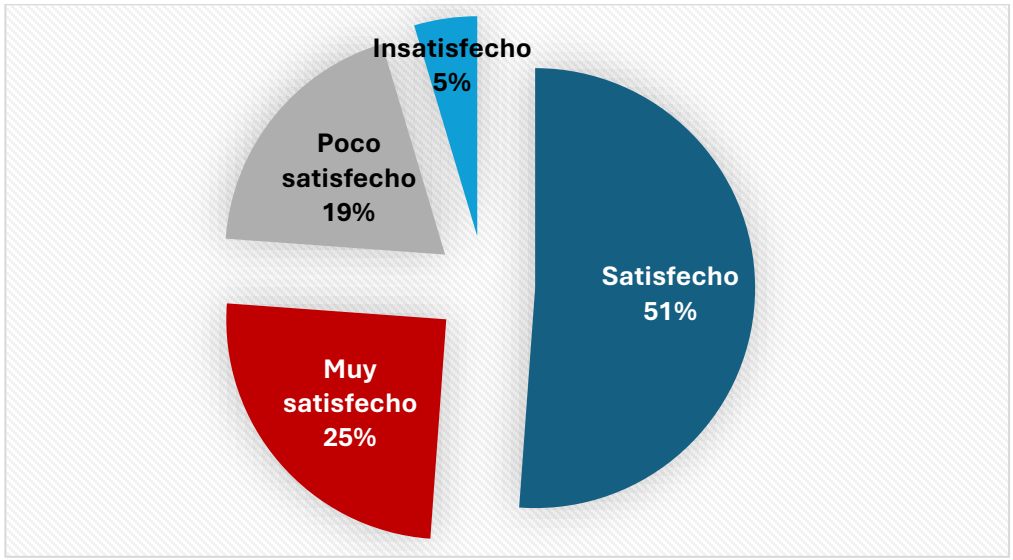
Grado de satisfacción en actividades que participó

Opción	MUY SATISFECHO		SATISFECHO		POCO SATISFECHO		INSATISFECHO		Total
	#	%	#	%	#	%	#	%	%
GIMNASIOS	122	37,3%	151	46,2%	38	11,6%	16	4,9%	
NATACION	55	29,9%	88	47,8%	30	16,3%	11	6,0%	
MUSICA ADULTOS	38	23,5%	78	48,1%	31	19,1%	15	9,3%	
MUSICA NIÑOS	38	25,7%	75	50,7%	24	16,2%	11	7,4%	
CAMINATAS	50	30,1%	76	45,8%	23	13,9%	17	10,2%	
FUTBOL MASCULINO	35	23,2%	81	53,6%	19	12,6%	16	10,6%	
FUTBOL FEMENINO	34	23,9%	68	47,9%	26	18,3%	14	9,9%	
CLUB DE LECTURA	34	23,6%	76	52,8%	22	15,3%	12	8,3%	
CELEBRACIONES ESPECIALES (FIESTA FIN DE AÑO, DIA DE TRABAJO, DIA DE LA MUJER. ETC.)	58	31,4%	93	50,3%	25	13,5%	9	4,9%	
Total	464	28,8%	786	48,9%	238	14,8%	121	7,5%	

Grado de satisfacción frente a variedad de actividades en el programa



Grado de satisfacción con respecto a la difusión



Los resultados evidencian un índice global de satisfacción del 87%, lo que refleja una valoración altamente positiva y un amplio nivel de aceptación por parte de los colaboradores. Este resultado indica que la mayoría de los encuestados calificaron favorablemente el programa, consolidándolo como una estrategia institucional reconocida y apreciada.

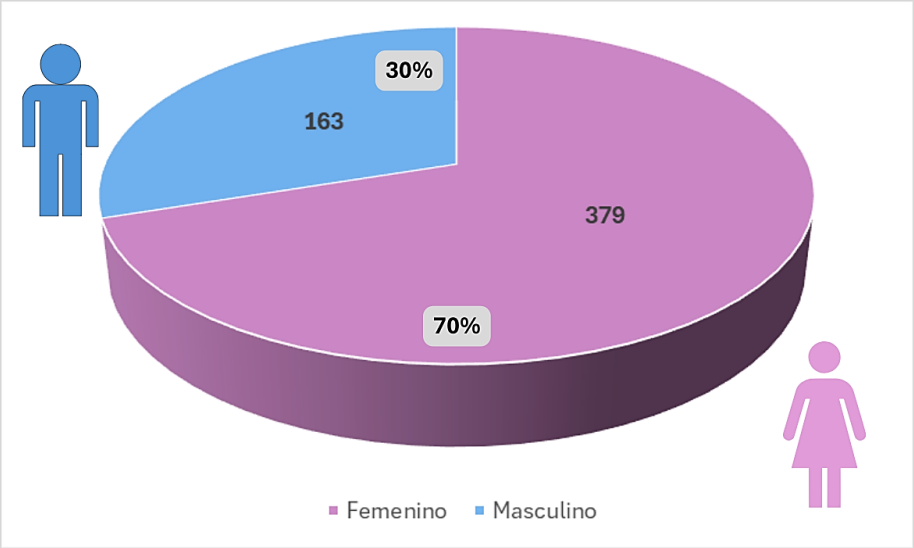
El análisis de los componentes evaluados muestra que los trabajadores perciben coherencia entre la planeación y la ejecución de las actividades, así como pertinencia frente a sus necesidades personales y laborales. La diversidad en las dimensiones física, cultural, recreativa y formativa fue uno de los aspectos mejor valorados, lo que confirma que la estrategia implementada logró impactar de manera integral el bienestar del talento humano.

Estos resultados evidencian impacto positivo en el clima laboral, el sentido de pertenencia y la percepción de valoración institucional, consolidando el Plan de Bienestar como un eje estratégico dentro de la gestión del talento humano y estableciendo una base sólida para su fortalecimiento en el periodo 2026–2028.

Resultados encuesta de necesidades de información plan de bienestar 2026-2028

La encuesta de necesidades del Plan de Bienestar fue aplicada a 542 trabajadores como insumo técnico para la formulación del periodo 2026–2028, con el propósito de identificar expectativas, intereses prioritarios y oportunidades de mejora en las diferentes dimensiones del bienestar institucional. Esta medición permitió recoger información relacionada con preferencias en actividades deportivas, culturales, sociales y de protección, así como factores que limitan la participación, garantizando que la planeación futura se base en evidencia y en las necesidades reales del talento humano.

Muestras



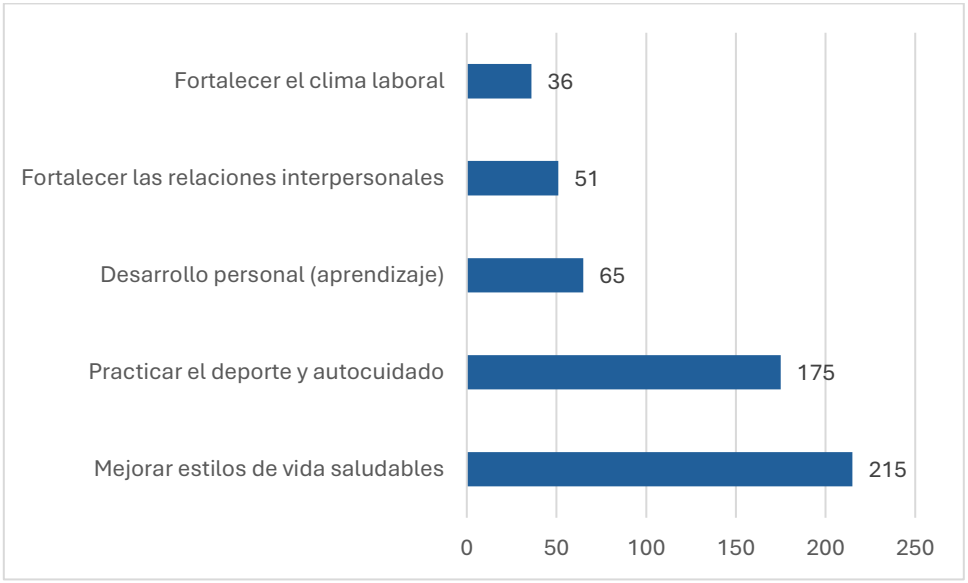
Proceso al que pertenece

#	Opción	Total	%
1	Quirófano	58	10.7%
2	Urgencias	54	10%
3	UCI norte	46	8.5%
4	Otro	42	7.7%
5	Farmacia	39	7.2%
6	Hospitalización	34	6.3%
7	UCI Sur	33	6.1%
8	Laboratorio	28	5.2%
9	UCN	27	5%
10	Hotelería y gestión ambiental	24	4.4%
11	Ginecología	17	3.1%
12	Finanzas - Contabilidad	12	2.2%
13	Imagenología	12	2.2%
14	Consulta externa	9	1.7%
15	Central de cuentas	9	1.7%
16	Esterilización	9	1.7%
17	Sistemas	9	1.7%
18	Contac center	8	1.5%
19	Quirúrgicas B	7	1.3%
20	Subgerencia prestación de servicios	7	1.3%
21	Calidad y Planeación	7	1.3%
22	Jurídica	5	0.9%
23	Quirúrgicas A	4	0.7%
24	Medicina Interna	4	0.7%
25	SST	4	0.7%
26	Comunicaciones	4	0.7%
27	UFCA	3	0.6%
28	Ginecología alta dependencia	3	0.6%
29	Subgerencia administrativa	3	0.6%
30	Gerencia	3	0.6%
31	Suministros	3	0.6%
32	Talento humano	3	0.6%
33	Patología	3	0.6%
34	Trasplantes	2	0.4%
35	Almacén	2	0.4%
36	Docencia y servicio	2	0.4%
37	Cuidados especiales	1	0.2%
38	Registro civil	1	0.2%
39	Comité de investigación	1	0.2%
39	**Total**	**542**	**100%**

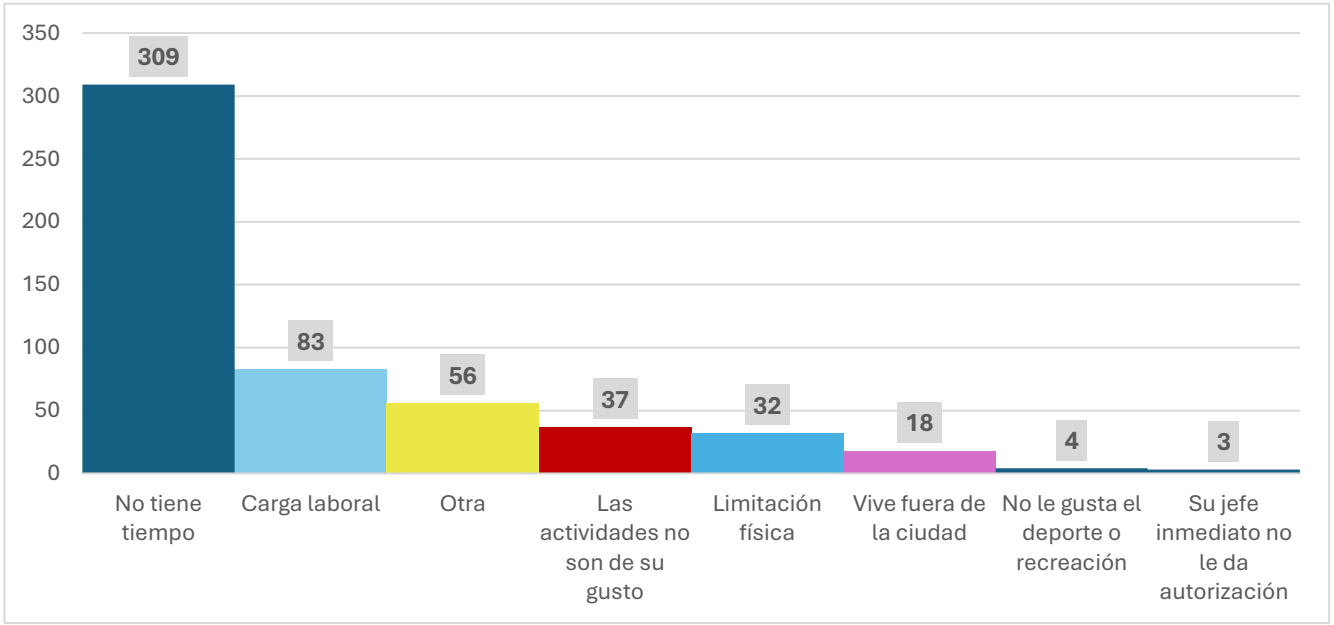
Nivel en el hospital

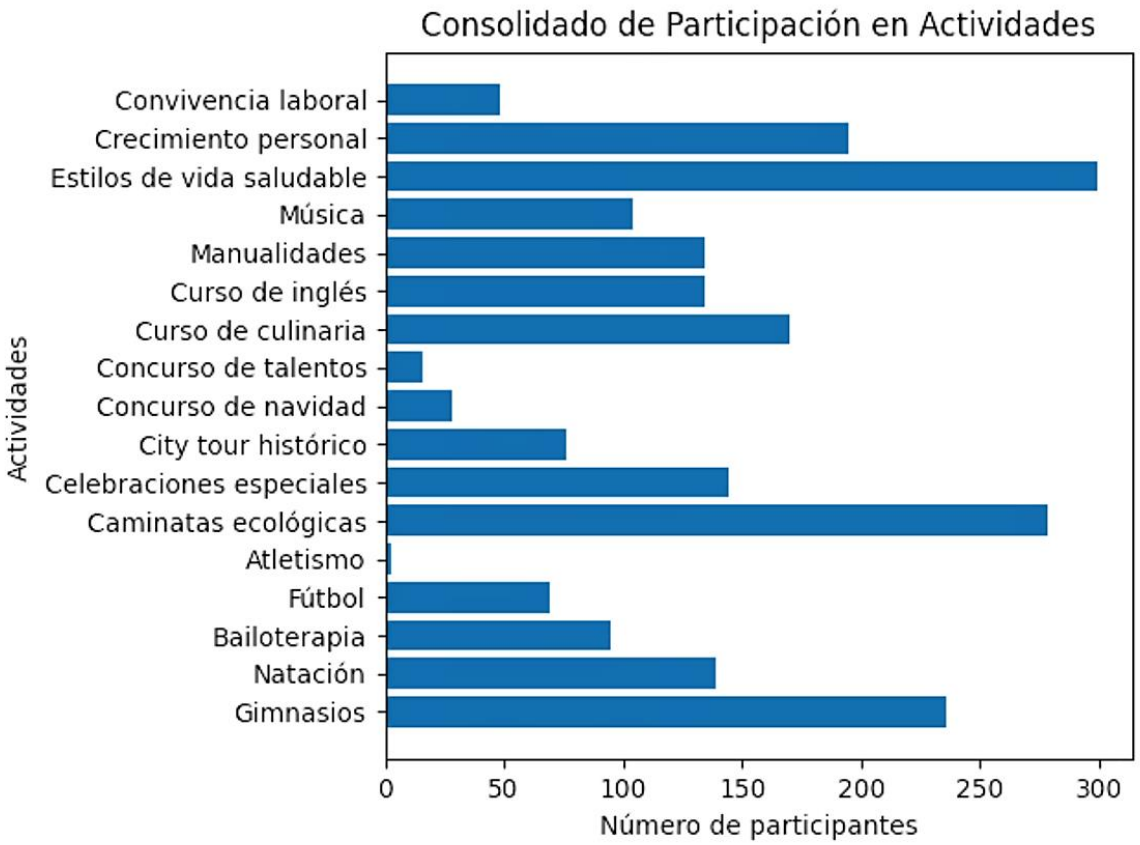
Técnico	265	49%
Profesional	171	31%
Operativo	85	15%
Coordinador	19	4%
Directivo	2	1%

Motivación para participar en actividades de bienestar



Por qué no participaría en las actividades de bienestar





El análisis global de los resultados evidencia una marcada preferencia por el fortalecimiento de actividades deportivas y recreativas, seguidas por iniciativas culturales y sociales que favorezcan la integración, el esparcimiento y el equilibrio entre la vida laboral y personal. Se observa también interés en estrategias que fortalezcan la protección social y los incentivos, lo cual indica que los trabajadores valoran no solo los espacios de recreación, sino también los mecanismos de reconocimiento y apoyo institucional.

En relación con los factores que podrían limitar la participación, se identificaron principalmente barreras asociadas a la disponibilidad de tiempo, la modalidad de turnos asistenciales y la carga laboral. Este hallazgo sugiere la necesidad de implementar estrategias más flexibles, como actividades en diferentes franjas horarias, modalidades híbridas o intervenciones por servicio, con el fin de garantizar mayor equidad en el acceso al programa.

Conclusiones

- Los beneficios dados a los trabajadores por el plan de bienestar generan un buen impacto sobre la parte personal y familiar.

- Se finalizaron las actividades de los 3 años (2023-2025) con encuesta de satisfacción e informe de cumplimiento y cobertura, y encuesta de necesidades para el año 2026 -2028

- El Plan de Bienestar Social 2023–2025 evidenció un fortalecimiento progresivo en su estructura, inversión y cobertura, consolidándose como un eje estratégico dentro de la gestión del talento humano.

- Se logró el cumplimiento del 100% de las actividades programadas durante el periodo evaluado, garantizando coherencia entre la planeación y la ejecución del programa.

- El índice global de satisfacción del 94% refleja alta aceptación, apropiación institucional y percepción positiva frente a la diversidad y calidad de las actividades desarrolladas.

- Debido a que hace parte de las políticas de talento humano el resultado nos sugiere que los trabajadores optan por hacer acciones tendientes a mejorar su calidad de vida.

- Se identifican oportunidades de mejora relacionadas con flexibilización horaria y segmentación por procesos, especialmente en áreas con dinámica asistencial. Como parte del proceso de mejoramiento, se prevé para la vigencia 2026-2028 reformular las acciones del plan de bienestar social con una orientación hacia el fortalecimiento de tres líneas de acción: transformación cultural, responsabilidad social, plan de estímulos e incentivos generando con ello fortalecer los ejes de acreditación y posicionar las actividades dentro de un plan de beneficios que se adquiera a través del tiempo y con ello lograr el reconocimiento de metas y desempeño.

- Como todos los años se reconoce el esfuerzo la vocación y trabajo que desempeñan los médicos dentro de la familia Hospital San Pedro se llevó a cabo la celebración y motivación a todo el gremio a continuar con tan grandiosa labor en tiempos difíciles. Como gesto de agradecimiento por su profesionalismo, humanización y dedicación a tan grandiosa labor.

- Las actividades realizadas por el comité de bienestar permiten interactuar a los trabajadores, mediante espacios de esparcimiento e integración, logrando una mejor convivencia.

- Se logra identificar las necesidades fundamentales (Espirituales, culturales, recreativas, deportivas, de salud física y mental) de los trabajadores mediante la aplicación de encuesta y en su satisfacción teniendo en cuenta la equidad, el respeto, reconociendo y estimulando su creatividad, libertad y expresividad.

- Mediante la gestión realizada por el comité de bienestar social con los trabajadores de la Fundación Hospital San Pedro, se interviene en todas las dimensiones, tratando al trabajador

como un ser humano integral, por medio de actividades establecidas en el cronograma anual, mediante seguimiento mensual al número de trabajadores inscritos.

- Para el año 2025 se finaliza con un cumplimiento del 119% lo que nos lleva a la conclusión que este año los trabajadores participaron de al menos de 1 actividad de bienestar generando un gran impacto en la salud mental.

- Este plan de bienestar social de los años 2023-2025 fortaleció la relación entre los trabajadores y el hospital, el programa se consolida como herramienta clave para fortalecer la calidad de vida laboral, la productividad y el posicionamiento institucional.

- **Mayor productividad**: Los trabajadores motivados y felices trabajan mejor y con mayor rendimiento.

- **Menor rotación de personal**: Los trabajadores que se sienten valorados y apoyados son menos propensos a dejar el hospital.

- **Mejor reputación**: el hospital cuida a sus trabajadores atrae y retiene mejor talento.

- **Menor estrés y agotamiento**: Los trabajadores que se sintieron apoyados y valorados trabajaron mejor y con menos estrés.

- **Mejor calidad de vida**, Los empleados tienen acceso a beneficios como gimnasio, música, caminatas entre otros.