

2025

Memoria de SOSTENIBILIDAD



2025

Un año de **desafíos superados**, impulsados por la **excelencia** y el **compromiso** inquebrantable con la **vida de nuestros pacientes.**



Clínica
Sagrado Corazón



Gestión Institucional

Órganos directivos y estructura de gobierno.
Perfil Organizacional.
Direccionamiento Estratégico.
Declaración desde la Gerencia.



Gestión Administrativa y Financiera

Resultados Ejercicio 2025.
Gobierno Corporativo.
Gestión de Riesgos.
SARLAFT.
Proceso Administrativo.
Adquisición de Tecnología.



Gestión Misional

Nuestros Servicios.
Perfil de Nuestros Pacientes.
Ecosistema Digital.
Seguridad Clínica.
Mejoramiento Continuo.
Programas Especiales.
Modelos de Contratación.

4



Gestión Responsable y Sostenible

Gestión de la Responsabilidad Social.
Colaboradores.
Seguridad y Salud en el Trabajo.
Gestión Ambiental.
Reconocimientos.



Agradecimientos

Página **160**



Índice GRI

Página **161**



PRESENTACIÓN **GRI 2-22**

La **Clínica Sagrado Corazón** se complace en presentar su **Memoria de Sostenibilidad 2025**, que refleja nuestro compromiso con la transparencia y la rendición de cuentas. Este documento consolida la gestión de la organización en las dimensiones financiera, social y ambiental, y ha sido elaborado conforme a los estándares internacionales.

La información presentada corresponde al desempeño de la Clínica durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025. **GRI102-1** **GRI102-50**





En este informe, detallamos los hitos y avances derivados de nuestra estrategia institucional, la cual se cimenta en cinco prioridades fundamentales que **guían nuestro actuar hacia la alta complejidad con sentido humano**:



A través de estas páginas, reafirmamos nuestro compromiso con la salud de Medellín y la región, demostrando que la eficiencia clínica y el compromiso social son los pilares de nuestro futuro.

Asimismo, este informe documenta nuestro progreso en la implementación de los Diez Principios del Pacto Global, reafirmando nuestra adhesión a estándares globales de derechos humanos, estándares laborales, medio ambiente y lucha contra la corrupción. Nuestros indicadores de gestión están estratégicamente alineados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), reflejando nuestra contribución activa a la Agenda 2030.

Por séptimo año consecutivo, hemos adoptado los GRI Standards para presentar, de manera esencial, nuestros temas materiales: aquellos asuntos donde generamos los mayores impactos y la estrategia con la que los gestionamos.

En la **Clínica Sagrado Corazón**, estamos convencidos de que la salud trasciende la atención clínica; es un compromiso con el entorno. Por ello, integramos buenas prácticas de sostenibilidad en cada proceso, con la firme convicción de que el liderazgo sectorial es clave para construir un entorno más equitativo y saludable para las futuras generaciones. **GRI 102-12**



En esta memoria consolidamos los principales resultados de la Organización durante el año 2025 y las acciones emprendidas para el desarrollo de los diferentes frentes estratégicos en cuatro capítulos:



de vigilancia y control. Dicha información fue auditada por la firma BDO Audit S.A.S. Las notas explicativas de los estados financieros (revelaciones) se encuentran disponibles a través del código QR incluido en el informe.

MEMORIA DE SOSTENIBILIDAD | 2025

Escanea el **código QR** para conocer las revelaciones de los **estados financieros**.



El Informe de Gestión expone el alcance y los avances de la estrategia de la Organización durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025, así como los principales retos que el equipo directivo deberá afrontar en 2026.

La información financiera ha sido preparada de conformidad con las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) vigentes en Colombia y con las disposiciones legales emitidas por las entidades

Los datos presentados son coherentes con las buenas prácticas de Gobierno Corporativo adoptadas por la Organización, sustentadas en el Código de Ética, el Código de Conducta y Buen Gobierno, así como en las políticas y normativas relacionadas con la prevención del fraude, el soborno y la corrupción, en cumplimiento de la regulación de la Superintendencia Nacional de Salud.



Este documento no ha sido sometido a verificación externa, decisión adoptada por la organización; no obstante, su elaboración se realizó bajo los principios de precisión, claridad, fiabilidad y equilibrio, con el fin de garantizar la calidad de la información presentada. [GRI102-54](#) [GRI102-56](#)

Aspiramos a que esta **Memoria de Sostenibilidad 2025** se consolide como una herramienta fundamental para el diálogo y el fortalecimiento de las relaciones con nuestros grupos de interés. Más que un reporte, este documento busca inspirar a cada miembro de la Organización a continuar construyendo una sociedad más sostenible y equitativa. Fieles a nuestro propósito superior, reafirmamos nuestro compromiso innegociable de mejorar las condiciones de salud de nuestros pacientes y de actuar como agentes de transformación positiva en la vida de nuestros colaboradores.





FICHA TÉCNICA

Periodo reportado: GRI 2-3

Desde el 1 de enero del 2025 al 31 de diciembre del 2025.

Fecha del último reporte: GRI 2-3

Marzo de 2025

Ciclo de elaboración de reportes: GRI 2-3

La Organización elabora informes de manera anual.

Punto de contacto para preguntas sobre el informe: GRI 2-3

comunicacion@clnicasagradocorazon.com.co

calidad@clnicasagradocorazon.com.co

Cobertura: GRI 2-25

Gestión de impactos sociales, ambientales y económicos generados por la clínica, de forma interna a su cadena de valor y externa por la naturaleza del negocio.

Participación Grupos de interés: GRI 2-29

En la elaboración de la memoria se contó con la participación de los grupos de interés Comunidad, pacientes y sus familias, Colaboradores y Proveedores.



Gestión **INSTITUCIONAL**



Hospital
sagrado
corazón
Auxiliador de Seguridad del
Paciente



ÓRGANOS DIRECTIVOS Y ESTRUCTURA DE GOBIERNO

GRI 2-9, GRI 2-10

ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS

Es el máximo órgano social, compuesto por los titulares de acciones ordinarias de la compañía, quienes tienen derecho, entre otros, a recibir de manera integral y oportuna la información relevante para participar en las decisiones que puedan afectarlos, proponer mejoras para el desempeño de la organización y recibir un trato justo y equitativo. Este órgano se reúne anualmente de forma ordinaria y constituye uno de los principales espacios para presentar la gestión de la organización, al mismo tiempo que fortalece la relación con este grupo de interés.

GRI 2-18



**REUNIONES DURANTE
EL AÑO 2025**

1 Reunión ordinaria





JUNTA DE ACCIONISTAS

Es el órgano al cual la Asamblea de Accionistas delega la dirección estratégica de la organización. Está conformado por tres miembros que se distinguen por sus altos estándares éticos, amplia experiencia en el sector y el conjunto de competencias definidas por la sociedad para este órgano de gobierno. La composición de la Junta Directiva es diversa, al considerar criterios de género, habilidades y trayectoria profesional, e incluye miembros independientes.

Su principal responsabilidad es orientar la estrategia de largo plazo y supervisar la gestión de la Organización en los ámbitos económico, social y ambiental, así como realizar seguimiento a los riesgos estratégicos, los resultados financieros y la eficacia del sistema de control interno, entre otras funciones clave para asegurar el cumplimiento del propósito superior de la clínica.

Anualmente, y en coordinación con la alta gerencia, la Junta Directiva define un plan de trabajo que establece los asuntos a tratar en cada sesión, garantizando su alineación con la estrategia corporativa de la Institución y con los resultados de la evaluación anual de la propia Junta. Dicho plan contempla una agenda de temas estratégicos en las dimensiones económica, ambiental y social, fundamentales para la compañía, asegurando la priorización de los asuntos más relevantes y urgentes.

Adicionalmente, previo a cada sesión, el Comité Directivo se reúne para preparar los temas estratégicos más relevantes y complementarios al asunto central. La información pertinente se remite a los miembros de la Junta con la debida antelación, lo que permite un análisis riguroso y promueve discusiones estratégicas, propuestas innovadoras y debates profundos que generan un impacto positivo en la clínica.

GRI 2-12, GRI 2-13



**Jose Mauricio
Gaviria Henao**



**Ángela María
Osorio Zappa**



**William Ferney
Gómez Jiménez**

MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA 2025

GRI 2-9, GRI 2-10, GRI 2-11

Miembros Principales

Secretaría General

Enfoque Jurídico

Revisoría Fiscal

BDO AUDIT S.A.S



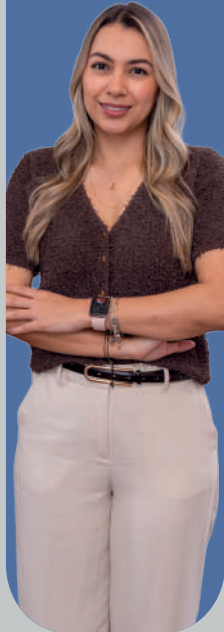
REUNIONES DURANTE EL AÑO 2025

6 reuniones ordinarias

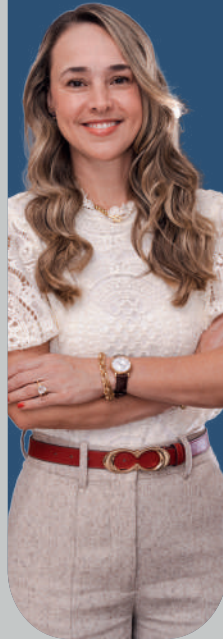
2 reuniones extraordinarias



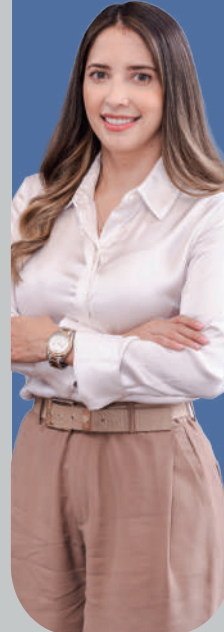
Lina María
Fernández Acosta
Directora Médica



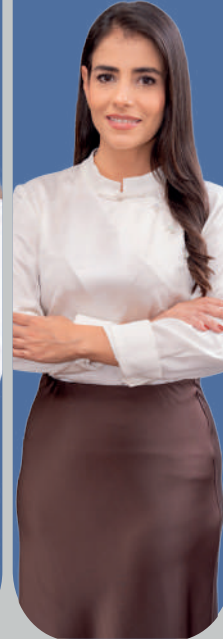
Leidy Carolina
Montoya Taborda
Directora Administrativa y
Financiera



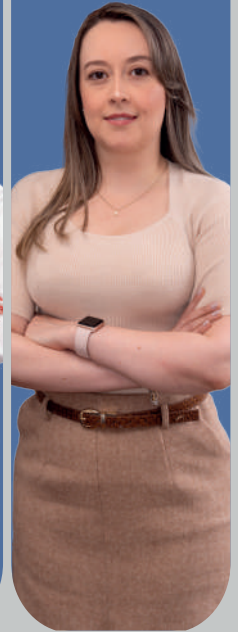
Natasha
Molina Vélez
Gerente



Juliana Alejandra
Zuluaga Bermúdez
Coordinadora de
Calidad



Margarita
Gómez Ortega
Coordinadora de
Gestión Humana



Nadia Andrea
Jaramillo Giraldo
Coordinadora
Técnica Científica

Mauricio Gaviria Henao
Asesor Corporativo en Temas Financieros

COMITÉ DIRECTIVO 2025

GRI 2-9, GRI 2-10, GRI 2-11

El Comité Directivo de la Clínica Sagrado Corazón orienta el rumbo de nuestra institución, guiando con visión y compromiso el cumplimiento de nuestros objetivos y fortaleciendo nuestro propósito de cuidar la vida y el bienestar de quienes confían en nosotros.



**Elsa Lorena
Latorre Patiño**
Coordinadora de Urgencias



**Manuel Alejandro
Romero Giraldo**
Coordinador de Sistemas



**Yina Jhissel
Rodríguez Casas**
Coordinadora de Ayudas Diagnósticas



**Giovanni
Álzate Arenas**
Contador



**Laura Vanessa
Serna Pava**
Coordinadora de Operaciones



**Derly Catery
Quintero Bedoya**
Coordinadora de Compras y Logística



**Nelson Javier
Fonseca Ruiz**
Coordinador Médico
Unidad de Cuidados Intensivos



**Juliana
Marín Velez**
Tesorera



**Jorge Augusto
Valencia Piedrahíta**
Coordinador de Facturación



**Liza Fernanda
Bedoya Ciro**
Coordinadora de Cartera



**Alexandra María
García González**
Coordinadora del
Departamento de Enfermería



**Andrea Carolina
Zapata Castrillon**
Líder Hemato-oncología



**Ana Katherine
Hernández Martínez**
Líder de Servicio Quirúrgico



**Verónica
Sepulveda Tabares**
Líder UCI



**Doriana María
Hinojosa Ceballos**
Coordinadora de Referencia y Flujo



**Valentina
Gómez Jiménez**
Coordinadora de Costos,
Presupuestos y Contratación



**Lina Marcela
Orozco Campo**
Líder del Servicio Farmacéutico



**Yara Isabel
Rivera Villa**
Líder Central de Esterilización

**EQUIPO DE
COORDINADORES Y LÍDERES**
*Liderazgo comprometido con
la excelencia y la
calidad.*

GRI 2-9, GRI 2-10, GRI 2-11



COMITÉS ASESORES DE LA JUNTA DIRECTIVA

Los comités de Junta Directiva de la Clínica encargados de ejercer funciones de asesoría, vigilancia y control a la operación son: **GRI 2-9**

COMITÉ DE GOBIERNO CORPORATIVO

Natasha Molina Vélez
Leidy Carolina Montoya Taborda
Jorge Esteban Agudelo Gómez
Jose Mauricio Gaviria Henao
Lina Maria Fernández Acosta
Juliana Zuluaga Bermúdez
William Gómez Jiménez
Felipe Acevedo Rodriguez

COMITÉ DE RIESGOS

Natasha Molina Vélez
Leidy Carolina Montoya Taborda
Jose Mauricio Gaviria Henao
Angela María Osorio Zappa
Juliana Zuluaga Bermúdez
Lina Maria Fernández Acosta
Nadia Andrea Jaramillo Giraldo
Felipe Acevedo Rodriguez

COMITÉ DE CONTROL INTERNO

Natasha Molina Vélez
Leidy Carolina Montoya Taborda
Jorge Esteban Agudelo Gómez
Jose Mauricio Gaviria Henao
Juliana Zuluaga Bermúdez

COMITÉ DE ÉTICA Y BUENA CONDUCTA

Natasha Molina Vélez
Jorge Esteban Agudelo Gómez
Margarita Gómez Ortega
Jose Mauricio Gaviria Henao
Juliana Zuluaga Bermúdez
Lina Maria Fernández Acosta
Nadia Andrea Jaramillo Giraldo



PERFIL ORGANIZACIONAL

CARACTERÍSTICAS GENERALES

De conformidad con sus estatutos, la **Clínica Sagrado Corazón** es una persona jurídica de derecho privado, con ánimo de lucro, organizada como una Sociedad Comercial por Acciones Simplificadas (S.A.S.), en los términos previstos en el Código de Comercio. Así mismo, cumple funciones inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su calidad de Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) en todos los niveles de complejidad, y se encuentra sometida a la inspección, vigilancia y control del Estado, de acuerdo con lo establecido en la ley. **GRI 2-1**



CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

La **Clínica Sagrado Corazón** tiene como objeto la prestación de servicios de salud, en las especialidades de su competencia, dentro del marco legal del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Sus servicios están dirigidos a todos los usuarios que acceden de manera directa o mediante remisión de un tercero pagador o asegurador, con el propósito de brindar una atención integral, segura y de excelencia, bajo altos estándares de calidad.

La sede principal y administrativa de la clínica se encuentra ubicada en la Calle 49 No. 35-61, y la sede de consulta externa en la Carrera 36 No. 48-39, ambas localizadas en la ciudad de Medellín, Comuna 9, barrio Buenos Aires. **GRI 2-1**





DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Objetivos Estratégicos

Visión

Seremos en el 2025 una clínica reconocida por gestionar modelos de atención innovadores, costo efectivos y humanizados, mediante una adecuada gestión clínica, que fortalezca relaciones de confianza con los diferentes grupos de interés.

Misión

Somos una institución prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad comprometidos con una atención segura, con calidad y centrada en las personas, enfocados en la gestión del riesgo, el desarrollo corporativo y el bienestar de nuestros grupos de interés.

Valores

- Calidez
- Compasión
- Creatividad + Innovación
- Flexibilidad

**Pacientes
Colaboradores
Familias
Comunidad**

01.

Lograr crecimiento y sostenibilidad financiera

02.

Satisfacer las necesidades de nuestros clientes objetivo.

03.

Desarrollar procesos internos y modelos de atención.

04.

Alcanzar altos estándares de calidad en la atención centrados en el paciente.

05.

Desarrollar en forma integral el talento humano.

Calidez

Es el cariño, amabilidad y afecto que brindamos a nuestros usuarios que refleja el amor, la vocación y el gusto por la asistencia a los demás.

Compasión

Es la capacidad de reconocer la situación del otro, ser sensible a su experiencia y ofrecer una solución que genere bienestar.

Creatividad + Innovación

Es el mecanismo óptimo por el cual podemos resolver problemas, encontrar soluciones, soñar en grande, motivarnos a seguir y ayudar a otros, garantizando la sostenibilidad y la competitividad de la organización en el largo plazo.

Flexibilidad

Es la capacidad de buscar siempre una mejor alternativa para darle solución a las necesidades de nuestros grupos de interés, enmarcados dentro del cumplimiento de nuestras normas y protocolos.



Durante 2025, avanzamos de manera decidida en el fortalecimiento de nuestra gestión, destacando los siguientes hitos:

Gestión Ética y Transparencia:

Consolidamos procesos clínicos y administrativos sustentados en el respeto a los derechos humanos, la integridad y la rendición de cuentas.

Gestión Ambiental:

Logramos avances significativos en la reducción de nuestra huella ambiental, mediante la optimización del uso de recursos y la promoción de la eficiencia energética.

Responsabilidad Social:

Fortalecimos la equidad en el acceso a los servicios de salud, impulsando programas de prevención, educación y promoción del bienestar en nuestra comunidad.

Alianzas Estratégicas:

Trabajamos de manera colaborativa con actores clave del sector salud para ampliar nuestro impacto y afrontar de forma conjunta los desafíos del entorno.

GRI 2-6A



Nuestro compromiso con la sostenibilidad es firme, y seguimos avanzando con determinación hacia un futuro más saludable y sostenible para todos.

Agradecemos

el interés y la confianza depositados en nuestra labor. Los invitamos a recorrer esta memoria y a seguir construyendo, junto a nosotros, un sistema de salud más humano, equitativo y sostenible para todos.

¡Continuamos trabajando con esfuerzo para construir un futuro más justo y sostenible para todos!



DECLARACIÓN DESDE LA GERENCIA GENERAL

GRI 2-22

Con gran satisfacción, y dando continuidad a una tradición que hoy cumple nueve años, presentamos la **Memoria de Sostenibilidad 2025**. Este documento trasciende la presentación de resultados: es una expresión del compromiso permanente de la Clínica Sagrado Corazón con sus pacientes, la comunidad, el entorno y una práctica médica responsable y consciente.

En nuestra institución creemos firmemente que la excelencia en la atención en salud debe ir de la mano de la responsabilidad social y ambiental. Nuestro propósito no se limita a responder a las necesidades del presente, sino que se orienta a generar bienestar sostenible y a contribuir positivamente al futuro de las próximas generaciones.





Gestión

ADMINISTRATIVA



Y FINANCIERA



RESULTADOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS DEL EJERCICIO 2025

GRI 201-1

La sostenibilidad financiera de la clínica durante el año 2025 se apoyó en una gestión eficiente y responsable de los recursos, orientada a garantizar la continuidad y calidad de los servicios de salud. Continuando en un contexto de incertidumbre política, propuestas de reforma al sistema de salud y riesgos asociados a la continuidad de las EPS, la clínica priorizó la sostenibilidad de su operación mediante la implementación de estrategias orientadas a fortalecer la estabilidad económica y la eficiencia operativa. Este enfoque permitió una ejecución presupuestal controlada y la obtención de resultados financieros consistentes.

El cierre del año 2025 evidenció resultados significativos para la **Clínica Sagrado Corazón**, con una ejecución de ingresos del 105,7 % frente al presupuesto y un crecimiento del 9 % respecto a 2024. En materia de ingresos, la estrategia se enfocó en optimizar las ocupaciones dentro de la capacidad instalada existente, proteger la liquidez mediante la continuidad de contratos con EPS estables y con relaciones consolidadas y mantener un enfoque permanente en la eficiencia operacional. Estos lineamientos fueron determinantes para la obtención de resultados financieros positivos.

Durante el periodo, los costos registraron un incremento del 6,3%, alcanzando \$68.950 millones y representando el 82% de los ingresos. Esta variación estuvo explicada principalmente por el mayor gasto en medicamentos e insumos, así como por el impacto derivado de la reducción de la jornada laboral sobre la nómina asistencial. Si bien los costos crecieron 4,4% por encima de la meta presupuestada, su comportamiento se mantuvo por debajo del crecimiento en ventas, mitigando la presión sobre el margen operativo.

Por su parte, los gastos administrativos aumentaron un 8% frente a 2024, cerrando el año en \$9.720 millones. El incremento se concentró principalmente en la nómina administrativa. Adicionalmente, se realizó un ajuste en la provisión de cartera, manteniendo una cobertura del 100% sobre la cartera deteriorada correspondiente a las EAPB en proceso de liquidación.

En este contexto, la clínica finalizó el periodo con una utilidad neta de \$2.958 millones y un EBITDA de \$6.425 millones, alcanzando un margen del 7,7%. Estos resultados no solo reflejan la solidez de la operación y la gestión financiera, sino también la capacidad institucional para adaptarse a un entorno retador, absorber presiones de costos y sostener niveles adecuados de rentabilidad.



Al cierre de diciembre de 2025, los activos totales de la clínica alcanzaron \$63.989 millones, lo que representa un crecimiento del 7,3% frente al ejercicio anterior. Esta variación positiva se explica principalmente por el fortalecimiento del capital de trabajo, evidenciado en mayores niveles de efectivo, un incremento en las cuentas por cobrar a clientes y una gestión de inventarios que permitió garantizar la continuidad operativa. Adicionalmente, el crecimiento de los activos estuvo respaldado por inversiones en propiedad, planta y equipo (PPE) realizadas durante la vigencia, orientadas a fortalecer la infraestructura y la reposición tecnológica. Entre los proyectos más relevantes se destacan el cambio del sistema de aires acondicionados del servicio de cirugía, optimizando las condiciones ambientales y de bioseguridad, y la renovación de la central de monitoreo de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), inversión que contribuye a mejorar la capacidad de respuesta clínica y la calidad en la atención de pacientes críticos.

En cuanto a la composición de la cartera con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), al cierre de 2025 se registra un incremento del 4,7% frente al año anterior, pasando de \$13.510 millones en 2024 a \$14.144 millones en 2025. Esta variación obedece principalmente a movimientos al interior de la cuenta, especialmente en el rubro correspondiente a pacientes de EPS Sura egresados, cuyos servicios se encuentran pendientes de autorización para la emisión de la factura. Este comportamiento se explica, por

	Año 2025	Año 2024
Ingresos	83.886	76.944
Costos	68.950	64.882
Gastos	9.720	8.033
Ebitda	6.425	5.329
Utilidad neta	2.962	1.411

la adopción de la resolución 1884 de 2024 donde se establece que el JSON RIPS debe ser validado ante el Ministerio de Salud para obtener un código único (CUV) y ser soporte de la factura. Este ajuste normativo modificó el flujo de auditoría interna entre la clínica y el asegurador, generando una transición hacia un proceso administrativo más riguroso y, en algunos casos, más extenso en los tiempos de validación.

Al cierre del periodo, el pasivo total ascendió a \$34.995 millones, lo que representa una variación del 4,2% frente al ejercicio anterior. En su composición se observa una disminución significativa del 35,5% en los pasivos financieros, resultado de la amortización y cancelación de obligaciones, fortaleciendo así la estructura de capital y reduciendo la exposición a costos financieros. **GRI 204-1**



Por otra parte, se presentó un incremento del 16% en las cuentas por pagar a proveedores. Este comportamiento obedece a que, si bien el recaudo durante 2025 mostró un desempeño favorable y acorde con la operación, no fue suficiente para cubrir la totalidad de las obligaciones generadas al cierre del período, en un contexto de crecimiento de la actividad asistencial y mayores requerimientos operativos.

En cuanto al patrimonio, este cerró en \$28.994 millones, manteniendo niveles similares a los del año anterior y evidenciando estabilidad financiera.

Activo		Pasivo		Patrimonio	
2025	2024	2025	2024	2025	2024
63.989	59.623	34.995	33.591	28.994	26.032

Con posterioridad al 31 de diciembre de 2024 y hasta la fecha de este informe, no se ha presentado ningún tipo de situación o acontecimiento positivo o negativo que afecte o comprometa la evolución económica, financiera u operacional de la Organización.

ESTADO PREVISIBLE DE LA SOCIEDAD

Con base en el artículo 7 del decreto 2649 de 1993, en lo referente a la continuidad, tanto los recursos y hechos económicos fueron contabilizados oportunamente y revelados ampliamente, lo cual presume que el ente económico continuará como negocio en marcha.

En cuanto a la evolución previsible del negocio, con base en lo anterior estimamos que la evolución del negocio en el corto plazo nos augura el cumplimiento de nuestras metas para el próximo año.





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

En cuanto a la evolución previsible del negocio, con base en lo anterior estimamos que la evolución del negocio en el corto plazo nos augura el cumplimiento de nuestras metas para el próximo año.

AYUDAS DEL GOBIERNO GRI 201-4

Durante el año 2025 no se recibieron ayudas o subsidios por parte del estado.

ASPECTOS LEGALES

Durante el año 2025 y lo transcurrido de 2026, certifico que los aportes a la seguridad social integral de todos los trabajadores han sido liquidados y pagados correctamente, y que la clínica no presenta mora en sus obligaciones con el sistema de seguridad social.

En cumplimiento del párrafo segundo del artículo 87 de la Ley 1676 de 2013, que promueve el acceso al crédito y regula las garantías mobiliarias, la Administración certifica que la organización no ha obstaculizado la libre circulación de las facturas emitidas por sus proveedores.

Asimismo, durante 2025, los procesos judiciales y administrativos de la compañía se desarrollaron sin que se presentaran fallos o eventos relevantes que afectaran su situación financiera. Actualmente, están siendo gestionados de manera oportuna y diligente por la administración y sus asesores legales.

PROTECCIÓN DATOS PERSONALES

Durante 2025, se dio continuidad a los procesos institucionales en materia de Protección de Datos Personales, consolidando el compromiso de la clínica con el cumplimiento normativo y la seguridad de la información. La Alta Dirección mantuvo su respaldo en este aspecto, reflejado en lineamientos claros para el Comité Directivo y el resto de los colaboradores. Además, se fortalecieron los procesos internos con el objetivo de establecer una ruta clara para la implementación de acciones que garanticen un tratamiento adecuado de los datos personales.


Estas medidas refuerzan la confianza de empleados, proveedores y clientes, asegurando la protección y privacidad de su información dentro de la organización.



CONTROL INTERNO

La clínica implementó la función de *Auditoría Interna*, en el marco del fortalecimiento del *Sistema de Control Interno* y la consolidación de un enfoque de mejora continua sobre los procesos institucionales.

En cumplimiento del *Plan Anual de Auditoría 2025*, se ejecutaron programas de aseguramiento y seguimiento en procesos estratégicos y misionales, destacándose:

-  **Evaluación del proceso de admisiones y facturación.** 1
-  **Evaluación del proceso de cartera y cuentas médicas.** 2
-  **Evaluación del proceso de talento humano.** 3
-  **Seguimiento a **observaciones y recomendaciones formuladas** por la Revisoría Fiscal.** 4
-  **Acompañamiento en la **articulación y evaluación de la gestión** de riesgos institucional.** 5



Felipe Acevedo Rodriguez
Auditor de Control Interno



COMITÉ DE ÉTICA MÉDICA Y BUENA CONDUCTA

GRI 2-16

Durante el año 2025, el *Comité de Ética Médica y Buena Conducta* cumplió de manera efectiva su responsabilidad de establecer y promover directrices claras y aplicables, orientadas a consolidar a la Institución como una organización con altos estándares éticos. Este propósito se materializó mediante acciones de comunicación y procesos de formación dirigidos a colaboradores, prestadores de servicios y proveedores, abordando temáticas como ética, conducta, servicio al cliente y atención centrada en la persona, entre otras.

En cumplimiento del cronograma anual, se realizaron cuatro (4) sesiones ordinarias y una (1) sesión extraordinaria, en las cuales el comité actuó como instancia de análisis, resolución y seguimiento de los asuntos relacionados con la ética, la sana convivencia y el respeto, fortaleciendo así la cultura organizacional y el comportamiento ético en todos los niveles de la clínica. **GRI 2-16**

GOBIERNO CORPORATIVO

GRI 2-9

Durante el año 2025 el comité consolidó nuestra cultura organizacional y el cumplimiento del *Código de Conducta y Buen Gobierno*, asegurando la adopción de lineamientos y mejores prácticas en materia de transparencia, ética empresarial y cumplimiento normativo.

De acuerdo con el cronograma anual, se realizaron 4 sesiones programadas, durante las cuales se entregaron informes y reportes a entes externos relacionados con la implementación del *Código de Conducta y Buen Gobierno*. Además, se gestionó de manera efectiva la línea ética, con el objetivo de lograr una gestión integral, eficiente y transparente, lo que permitió generar y fortalecer la confianza entre todos los grupos de interés .

GRI 2-9



GESTIÓN DE RIESGOS

GRI 205-1

Durante el año 2025 el comité consolidó su plan de trabajo a través de la identificación anticipada y el monitoreo constante de amenazas asistenciales, operativas y estratégicas, garantizando una atención segura y eficiente.





SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)

GRI 205-1

La clínica implementa medidas integrales orientadas a fortalecer una cultura organizacional basada en la prevención, detección y reporte oportuno de riesgos asociados al *Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (LA/FT)*, en cumplimiento de lo dispuesto en la Circular Externa 000009 y demás lineamientos regulatorios aplicables.

Para la vigencia 2025, la institución cuenta con el *Manual SARLAFT* y el *Manual SICOF* debidamente actualizados conforme a la normativa vigente, alineados con las disposiciones de la Circular 00000005 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud. Estos instrumentos consolidan el marco de control interno y gestión del riesgo, promoviendo la transparencia, la ética institucional y la prevención de prácticas asociadas a la corrupción, la opacidad y el fraude.

De esta manera, la clínica reafirma su compromiso con el cumplimiento normativo, la integridad corporativa y la sostenibilidad institucional, fortaleciendo la confianza de sus grupos de interés y asegurando una gestión responsable y transparente.

GESTIÓN OPERATIVA

Durante el año, se realizó un seguimiento riguroso a las transacciones de recaudo en efectivo, totalizando 29.270 operaciones por un monto de \$941 millones de pesos, sin que ninguna de ellas superará el tope máximo establecido en el Manual SARLAFT.

SARLAF

REPORTE A ENTES DE CONTROL

En cumplimiento de la normativa vigente, la clínica presentó los siguientes reportes a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF):

GRI 202-2

- ✓ Reporte a **Entes de Control**.
- ✓ Reporte de **transacciones en efectivo**.
- ✓ Reporte de **operaciones sospechosas**.

Se realizó la verificación de procesos de debida diligencia y no se identificaron operaciones sospechosas a lo largo del año.



MEDIDAS DE FORTALECIMIENTO AL MODELO OPERATIVO

Con el propósito de fortalecer el sistema de prevención y control, durante la vigencia se realizaron auditorías internas y externas de carácter anual, orientadas a evaluar la efectividad de los mecanismos implementados y a identificar tanto fortalezas como oportunidades de mejora en la gestión del riesgo de *Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT)*.

Adicionalmente, se desarrollaron jornadas de capacitación anual sobre los *Manuales SARLAFT y SICOF*, dirigidas a todos los colaboradores que ingresaron a la Clínica durante el período, así como procesos de reinducción para el personal activo. Estas acciones fortalecen el conocimiento, la apropiación de los lineamientos institucionales y el compromiso individual con las políticas de prevención, consolidando una cultura organizacional basada en la ética, la transparencia y la gestión responsable del riesgo.





PROCESO ADMINISTRATIVO

FACTURACIÓN

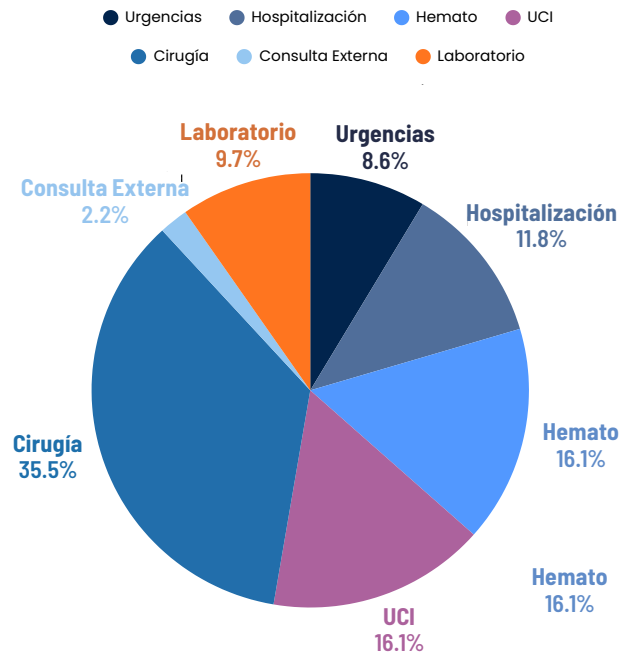
En 2025, la Clínica Sagrado Corazón registró ingresos operacionales por \$83.886 millones, lo que representa un crecimiento del 9% frente a 2024. Este resultado se sustenta en una mayor eficiencia en la productividad de las unidades funcionales, especialmente en el servicio de cirugía. Es importante destacar que este incremento se alcanzó sin ampliaciones en la capacidad instalada ni ajustes tarifarios con las EAPB, lo que evidencia una optimización en la gestión operativa, un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles y una mayor efectividad en los procesos asistenciales y administrativos.

Durante la vigencia no se presentaron cambios en la composición del portafolio de clientes. Los servicios facturados obedecen a las relaciones contractuales estratégicas establecidas para la atención de la población asignada a las EPS con las que la Clínica mantiene convenio. Asimismo, se mantuvo la estructura

de los dos modelos de contratación vigentes: la facturación por evento, que representó el 60.43% de los ingresos totales, y el modelo de *Pago Global Prospectivo (PGP)* con la EPS Salud Total, que aportó el 39.56%.

Dentro del total de las ventas de la Clínica, la distribución y contribución de cada servicio en la generación de ingresos se detalla de la siguiente manera:

TOTAL DE INGRESOS 2025





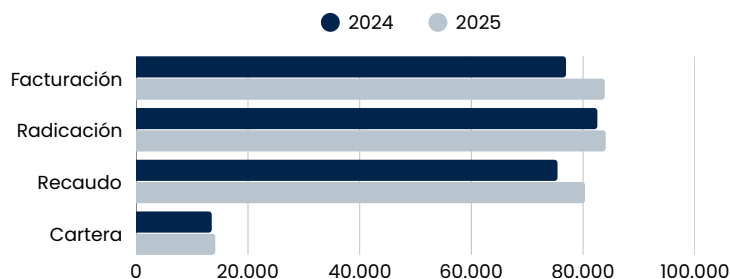
RADICACIÓN Y RECAUDO

La clínica consolidó una gestión operativa destacada desde las áreas de cartera y cuentas médicas, cerrando el ejercicio con \$84.056 millones radicados, lo que representa un incremento del 1,8% frente al año anterior. Este resultado refleja mayor oportunidad en los procesos de facturación y radicación, fortaleciendo la trazabilidad y el control sobre los ingresos generados por la prestación de servicios.

El esfuerzo articulado del equipo administrativo se evidenció en el desempeño del recaudo, alcanzando el 102% de lo proyectado, equivalente a \$80.354 millones, cifra que supera en un 6,5% la registrada en el periodo anterior. Como resultado, el indicador de días de cuentas por cobrar se ubicó en 61 días al cierre de 2025, reflejando una optimización en la rotación de cartera, mayor eficiencia en la recuperación de recursos y un fortalecimiento de la liquidez y del flujo de caja institucional.

GESTIÓN DE LA CARTERA

Al 31 de diciembre de 2025, las cuentas por cobrar de la clínica ascendieron a \$14.144 millones, lo que representa un incremento del 4,7% frente al año anterior.



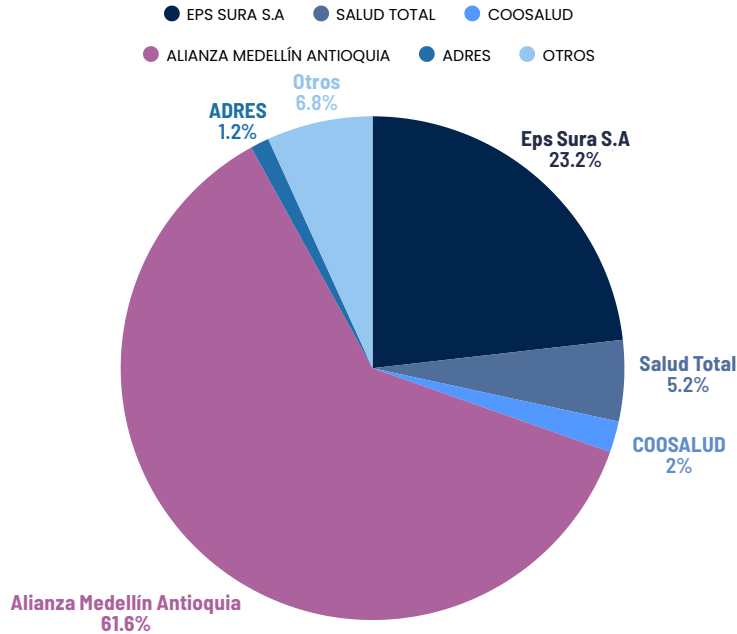
Este comportamiento se gestionó de manera estratégica mediante el fortalecimiento del proceso de auditoría concurrente, orientado a garantizar la correcta estructuración y radicación de las facturas, minimizando inconsistencias y

asegurando su presentación en condiciones óptimas para el reconocimiento y pago sin objeciones.

La continuidad en las relaciones contractuales permitió mantener una composición de cartera alineada con el Pareto de facturación habitual, concentrada principalmente en entidades con convenios vigentes. Esta estabilidad, junto con un relacionamiento sólido y canales de comunicación efectivos con los principales clientes, favorece una gestión proactiva de conciliación y depuración de saldos.



COMPOSICIÓN DE CARTERA



CADENA DE ABASTECIMIENTO

Nuestra cadena de suministro asegura la calidad, disponibilidad, suficiencia y oportunidad de los productos, optimizando la relación costo-beneficio para la institución. Además, garantiza que cada etapa del proceso logístico se ejecute con máxima eficiencia y agilidad, asegurando un abastecimiento óptimo y alineado con las necesidades operativas.

GRI 2-6B



La determinación y análisis de las fuentes de abastecimiento se rige por la normatividad vigente y los lineamientos establecidos en la *Política de Compras y Suministros de la organización*. Este proceso garantiza que la selección de proveedores se base en criterios clave, tales como: calidad, disponibilidad, tiempos de entrega, cumplimiento de especificaciones técnicas, garantías, viabilidad de precios, soporte comercial y técnico, capacidad de respuesta a reclamos, programas de capacitación, y una evaluación jurídica integral. Adicionalmente, se verifica el cumplimiento de los requisitos estipulados en el Manual SARLAFT de la clínica, asegurando la transparencia y el cumplimiento normativo en cada adquisición.

Como parte del proceso de selección, se evalúan por lo menos tres propuestas distintas, las cuales son sometidas a aprobación por el *Comité de Compras o el Comité de Farmacia y Terapéutica*, según corresponda. Este procedimiento garantiza un proceso de selección objetivo, equitativo y transparente del proveedor. Una vez el comité encargado autoriza la codificación del producto o servicio, la Coordinación de Logística lidera la negociación final, tras lo cual se procede con la compra. **GRI 2-6B**



La clínica dispone de un *Servicio Farmacéutico*, el cual es operado por Cruz Verde S.A., encargado de la recepción técnica de medicamentos y dispositivos médicos, asegurando su almacenamiento en condiciones óptimas de temperatura y humedad, así como un estricto control de fechas de vencimiento. Además, desde este servicio se gestiona la dispensación oportuna y segura de medicamentos y dispositivos médicos a las diferentes áreas asistenciales, garantizando así la calidad y continuidad en la atención a los pacientes.

A lo largo de 2025, la clínica fortaleció sus relaciones comerciales mediante la consolidación de alianzas estratégicas de largo plazo, orientadas a garantizar la continuidad operativa y la sostenibilidad del abastecimiento. Esta estrategia, se fundamenta en un proceso estructurado de evaluación, selección y verificación de proveedores, asegurando el cumplimiento de altos estándares de calidad, competitividad en precios y oportunidad en la entrega. De esta manera, se promueve una cadena de suministro eficiente, confiable y alineada con los principios de gestión responsable.

Durante el segundo semestre se llevó a cabo el cambio del operador logístico de medicamentos, iniciando el proceso de empalme con Cruz Verde S.A. Si bien la transición implicó retos asociados a la estabilización operativa y ajustes en los flujos logísticos, el balance fue positivo en comparación con las dificultades recurrentes y altos niveles de desabastecimiento del operador anterior.

Este proceso permitió avanzar hacia un modelo de suministro más sólido y predecible, reduciendo riesgos de interrupción en la prestación del servicio y fortaleciendo la capacidad institucional para garantizar la disponibilidad oportuna de medicamentos.



CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DURANTE EL 2025

GRI 2-6D

En 2025, la organización implementó un *Plan Estratégico de Renovación Tecnológica*, orientado a fortalecer la capacidad operativa y asegurar la continuidad de los servicios asistenciales mediante la priorización de activos críticos.

Como parte de este plan, se destinó una inversión de \$838 millones a la actualización y modernización del equipamiento biomédico, con foco en los servicios de urgencias, cirugía y cuidado crítico, considerados estratégicos por su alta complejidad y nivel de demanda. Esta intervención permitió robustecer la confiabilidad tecnológica y mitigar riesgos asociados a la obsolescencia de equipos.

Se invirtieron \$1.804 millones en la renovación integral del sistema de aire acondicionado del servicio de cirugía y de la central de esterilización, asegurando condiciones ambientales alineadas con los estándares técnicos y sanitarios requeridos para procedimientos de alta complejidad. Asimismo, se ejecutaron adecuaciones en techos e instalaciones por \$67 millones y la renovación de mobiliario por \$275 millones, contribuyendo a la mejora de la infraestructura física y de las condiciones de trabajo del personal asistencial. Estas inversiones fortalecieron la eficiencia operativa, redujeron los tiempos de inactividad por fallas técnicas y elevaron los estándares de calidad

y seguridad en la atención, garantizando mayor continuidad y confiabilidad en los procesos clínicos.

Es importante destacar que la totalidad de las inversiones fue financiada con recursos propios, lo que refleja una gestión financiera sólida y el compromiso institucional con la sostenibilidad, la modernización tecnológica y la generación de valor a largo plazo para los grupos de interés.

Total
INVERSIÓN
CAPEX
\$2.984
millones





MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA DE AIRE ACONDICIONADO SERVICIO DE CIRUGÍA Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

Durante el año 2025 se llevó a cabo la modernización y sustitución de los sistemas de aire acondicionado en el servicio de cirugía y la central de esterilización de la institución, áreas consideradas críticas para la seguridad del paciente y el adecuado desarrollo de los procesos asistenciales.

Esta intervención respondió a la necesidad de asegurar condiciones ambientales seguras y estables, disminuir riesgos operativos derivados del deterioro de los equipos existentes y garantizar el cumplimiento de los estándares técnicos y normativos exigidos para estos servicios.

El proyecto incluyó la evaluación, desmonte y renovación de los sistemas de climatización, así como la incorporación de los equipos requeridos para mantener un control ambiental adecuado en las áreas intervenidas.

Las actividades ejecutadas comprendieron la instalación y puesta en marcha de los nuevos sistemas, la realización de las adecuaciones necesarias para su correcto funcionamiento y la ejecución de pruebas técnicas para verificar las condiciones ambientales, procurando en todo momento minimizar cualquier impacto en la continuidad de los servicios asistenciales.





ADQUISICIÓN TECNOLÓGICA

Central de Monitoreo UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS



Teniendo en cuenta la necesidad de actualización tecnológica, la **optimización del desempeño clínico** y reducción de riesgos asociados a obsolescencia de equipos se reemplazó la central de monitoreo existente por una nueva (Mindray BeneVision) y la instalación de 12 monitores de signos vitales marca Mindray BeneVision N15.



En el **mes de septiembre del 2025** se configuró el Sistema de Monitoreo; esta puesta en marcha, se realizó con pruebas de funcionamiento y capacitación al personal asistencial en el uso y manejo de la tecnología, con acompañamiento del proveedor LAS Electromedicina, casa matriz Mindray y la supervisión del área de Operaciones, **garantizando la continuidad del servicio y fortalecimiento de la infraestructura biomédica institucional. Este proyecto tuvo una inversión general de \$555 millones de pesos.**



Servicio de Fibro Broncoscopia *AYUDAS DIÁGNOSTICAS*



Con el propósito de fortalecer la capacidad resolutive y el nivel de complejidad institucional, así como de optimizar la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento de patologías respiratorias, **en diciembre de 2025 la clínica adquirió un videobronscopio, lo que permitió la apertura del servicio de broncoscopia.**

Esta decisión respondió a un análisis estratégico de las necesidades de la población atendida y a la identificación de brechas en la oferta de servicios, que impactan el promedio de estancia hospitalaria debido a la remisión de pacientes para la realización de procedimientos y ayudas diagnósticas no disponibles en la institución. **La incorporación de esta tecnología amplía la capacidad diagnóstica y terapéutica en enfermedades pulmonares,** mejora la integralidad de la atención y fortalece la articulación entre los servicios de urgencias, hospitalización y cuidado crítico.





Índices de Cumplimiento

GRI 203-1

En el marco del plan anual de mantenimiento preventivo 2025, la clínica alcanzó un 99% de cumplimiento en la intervención del equipamiento biomédico, garantizando condiciones óptimas de funcionamiento, reduciendo la probabilidad de fallas no programadas y contribuyendo a la prolongación de la vida útil de los activos tecnológicos.

En cuanto al *Programa de Protección Radiológica*, se aseguró el cumplimiento integral de la Resolución 482 de 2018, mediante la capacitación del personal involucrado en el uso de radiaciones ionizantes, en coherencia con los lineamientos establecidos por la normativa vigente.

De igual manera, se ejecutó el 100 % de las intervenciones programadas en los equipos emisores de radiación ionizante, con el propósito de proteger la salud de los pacientes y del personal ocupacionalmente expuesto. Estas acciones comprendieron revisiones técnicas especializadas, mediciones de control ambiental y la implementación de niveles de referencia en radiodiagnóstico, fortaleciendo la cultura de seguridad radiológica, asegurando el cumplimiento regulatorio y promoviendo la optimización de los procedimientos diagnósticos realizados en la institución.





Cambios en la Cadena de Suministros

La clínica desarrolla una estrategia permanente orientada al fortalecimiento de relaciones de largo plazo con sus proveedores, sustentada en procesos rigurosos de evaluación, selección y verificación. Este modelo de gestión prioriza el cumplimiento de altos estándares de calidad, condiciones económicas competitivas, oportunidad en la entrega y esquemas de pago eficientes, garantizando un abastecimiento confiable y sostenible que respalde la continuidad operativa y asistencial.

En coherencia con este enfoque y ante el incremento de episodios de desabastecimiento registrados durante el año, en el segundo semestre se tomó la decisión de cambiar el operador logístico de medicamentos. Tras un proceso de análisis técnico, financiero y operativo, se seleccionó a Cruz Verde S.A., considerando su trayectoria en el sector, experiencia en los ámbitos ambulatorio y hospitalario, competitividad en precios y solidez financiera para garantizar la estabilidad de la operación.

La transición se realizó bajo estrictos criterios de calidad, seguridad y eficiencia, mediante un proceso de empalme planificado para minimizar riesgos y evitar impactos en la prestación del servicio. Con ello, se aseguró la continuidad en la atención a los pacientes y el suministro oportuno de medicamentos, fortaleciendo la resiliencia de la cadena de abastecimiento institucional. **GRI 2-6B**





Gestión **MISIONAL**





NUESTROS SERVICIOS

GRI 2-6B



Urgencias

48 camillas, 14 sillas, sala de reanimación y sala de yesos.



Hospitalización

85 camas, distribuidas así:
75 adultos
 (22 atención hematooncológica,
 53 hospitalización general)
10 hospitalización pediátrica.



Toma de muestras, laboratorio clínico y de microbiología

Servicio de gestión pretransfusional



Unidad de cuidado crítico

12 camas de cuidado intensivo,
 9 camas cuidado intermedio.



Cirugía

5 salas quirúrgicas, sala de preparación, sala de recuperación con 12 cubículos,
 1 central esterilización.



Consulta Médica especializada

13 consultorios
 1 sala de procedimientos.

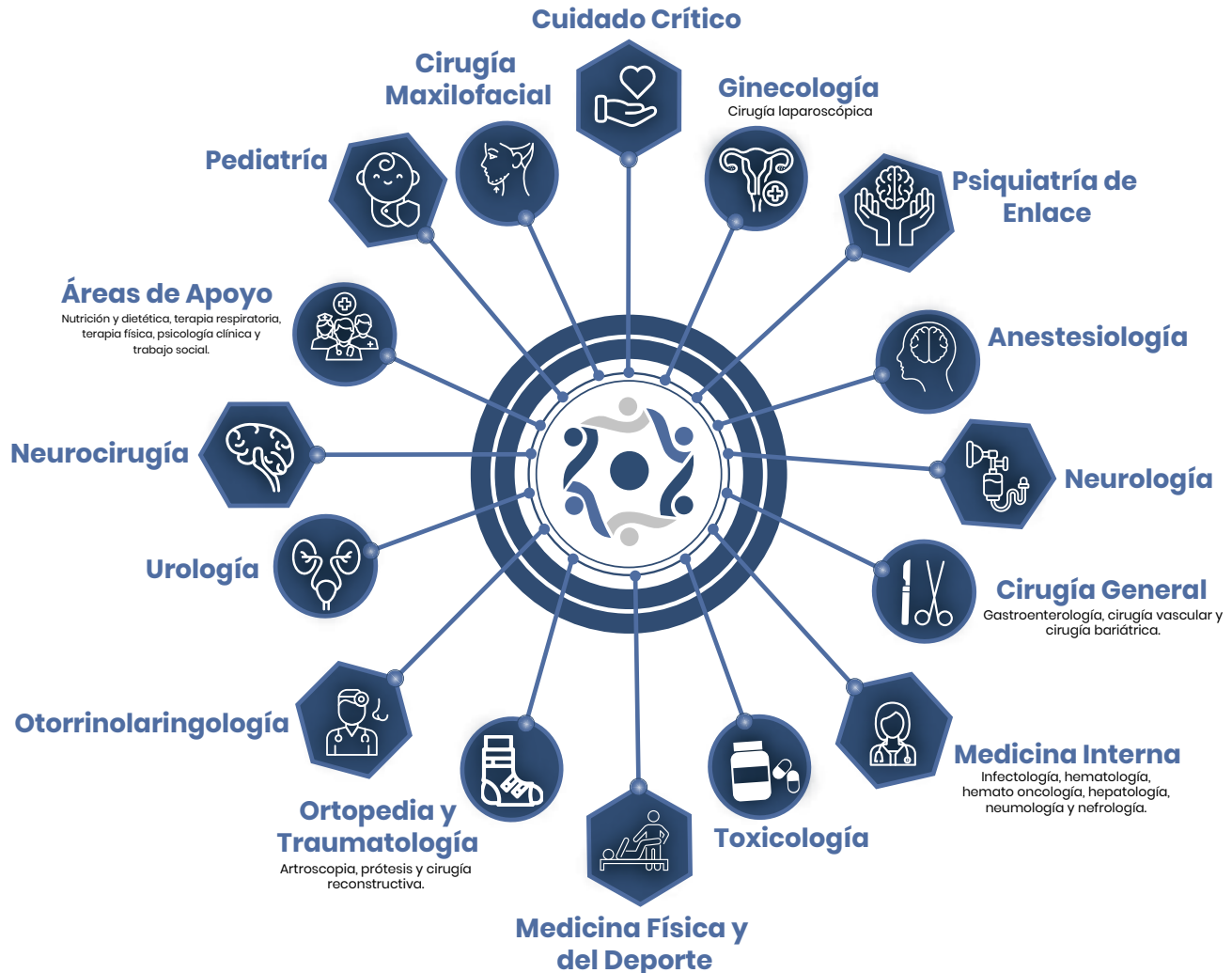


Ayudas Diagnósticas

1 sala de tomografía,
 1 sala de RX, 1 sala de ecografía,
 1 sala de lectura, 1 sala de endoscopias,
 1 sala de fibrobronoscopias.



NUESTRAS ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MÉDICAS





PERFIL DE NUESTROS PACIENTES

GRI2-6C

El perfil de nuestros pacientes durante 2025 evidencia una atención altamente concentrada en el territorio de influencia regional, con predominio de población residente en Antioquia, que representa el 99,0% del total de atenciones. A nivel municipal, la demanda se concentra principalmente en Medellín, con 83,8%, seguida por otros municipios del área metropolitana como Bello (5,0%), Itagüí (2,1%), Envigado (1,3%) y Sabaneta (0,8%). Esta distribución confirma el papel de la Clínica como un referente asistencial del Valle de Aburrá, con una participación complementaria de usuarios provenientes de otros municipios y departamentos, correspondiente a proporciones bajas dentro del total anual.

En cuanto a sexo, se observa una mayor utilización de los servicios por parte de mujeres, quienes representan el 59,5% de las atenciones, frente al 39,7% correspondiente a hombres.

La distribución por edad muestra un patrón centrado en población adulta, con una mayor concentración de atenciones entre los 20 y 49 años, lo que refleja que la mayor demanda institucional se genera en edades productivas. En contraste, la población pediátrica (0 a 14 años) representa una proporción menor del total y presenta un comportamiento más equilibrado entre sexos, con ligera predominancia masculina. A partir de la adultez, la atención se mantiene predominantemente femenina en la mayoría de los grupos etarios, con diferencias más marcadas en edades adultas.

En los mayores de 60 años se identifica una participación relevante dentro del perfil general, coherente con el incremento de condiciones crónicas, necesidades de control y seguimiento, y mayor requerimiento de servicios especializados. En edades avanzadas, la participación femenina continúa siendo superior, lo cual se relaciona con la mayor supervivencia relativa observada en mujeres.

En conjunto, estos hallazgos describen un perfil de pacientes mayoritariamente urbano, con alta concentración metropolitana y una demanda centrada en población adulta con mayor tendencia en el sexo femenino. Esta caracterización permite orientar la planificación institucional hacia modelos de atención que respondan con eficiencia a las necesidades del envejecimiento poblacional y la cronicidad, fortaleciendo la continuidad del cuidado y la capacidad resolutoria de nuestros servicios para garantizar una atención integral a nuestra población.



SERVICIOS DE INTERNACIÓN



Brindamos atención integral, segura y oportuna a nuestros pacientes, con acompañamiento continuo de un equipo interdisciplinario altamente calificado y comprometido con la excelencia en el cuidado.

Disponemos de **espacios confortables** y de **protocolos estrictos orientados a la calidad, la seguridad y la humanización del servicio**, garantizando una experiencia asistencial centrada en las necesidades clínicas y emocionales de cada paciente.



HOSPITALIZACIÓN ADULTOS



Análisis del Servicio

El área de hospitalización de adultos mantuvo una estabilidad operativa respecto de 2024: el promedio de egresos fue de 615 por mes frente a 614 por mes en 2024 (variación de 0,2%). La ocupación se ubicó en 97%, con una reducción de 2 puntos porcentuales respecto de 2024 (97%), manteniéndose en un nivel alto de utilización de la capacidad instalada y brindando un servicio amable y comprometido con la calidad, siempre orientado a nuestra estrategia de atención.

En paralelo, la estancia promedio pasó de 4,0 a 3,9 días (-0,1 día), lo que es consistente con una dinámica de rotación ligeramente más eficiente, sin afectar el volumen de egresos. La experiencia del usuario se mantuvo en niveles favorables, con un 97% de satisfacción, consolidando el desempeño del servicio al cierre de 2025.

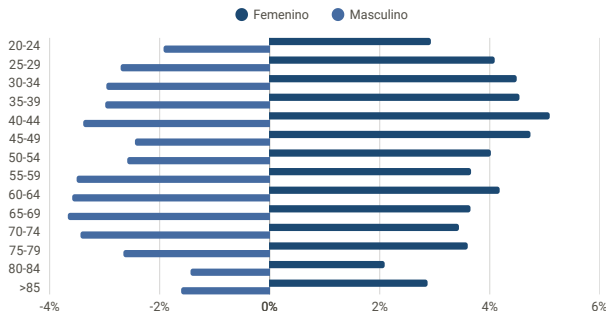
SATISFACCIÓN **97%**



AÑO	Egresos promedio mes	Porcentaje ocupacional	Promedio día/estancia
2024	614	97%	4
2025	615	95%	3.9

Perfil Poblacional

En el servicio de hospitalización general, la población adulta concentra la mayor parte de la actividad asistencial, representando el 92,34% del total de las atenciones. En este segmento se mantiene un predominio femenino, donde el 53,39% de los servicios corresponden a mujeres y el 38,95% a hombres, lo que equivale a una distribución interna del 57,8% frente al 42,2% dentro del componente adulto. La carga principal de pacientes se ubica en el rango de los 20 a 49 años, concentrando el 42,32% del total institucional. Este grupo presenta un mayor peso en la población femenina a lo largo de todos los subgrupos quinquenales, con picos notables en los rangos de 40 a 44 años (5,09% femenino frente a 3,39% masculino) y de 45 a 49 años (4,74% frente a 2,45%). Estos datos sugieren una demanda hospitalaria relevante en mujeres en, lo que marca una pauta clara para la especialización de los recursos asistenciales en estos rangos etarios.



Distribución de Atenciones por Sexo y Edad

En paralelo, los adultos mayores aportan una fracción significativa: desde los 65 años en adelante se concentra el 28,47% de las atenciones, con participación femenina consistente y un componente masculino también importante (p. ej., 65–69: 3,65% vs. 3,67%; 70–74: 3,44% vs. 3,44%). Este patrón establece los rangos de hospitalización general con doble foco operativo: centrado en la atención de adultos en edad productiva y un volumen alto de personas mayores, lo que implica mayor probabilidad de comorbilidad, necesidad de vigilancia clínica estrecha y el consumo de recursos intrahospitalarios.

CIE 10**DIAGNÓSTICO**

- **N390** INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO.
- **K922** HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA.
- **K800** CÁLCULO DE LA VESÍCULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA.
- **J441** ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA NO ESPECIFICADA.
- **D259** LEIOMIOMA DEL UTERO SIN OTRA ESPECIFICACION.

Principales Causas de Hospitalización

Las principales causas de hospitalización en la población adulta muestran un perfil clínico mixto, liderado por eventos infecciosos frecuentes, urgencias gastrointestinales, descompensaciones respiratorias agudas sobre enfermedad crónica y condiciones metabólicas y ginecológicas que incrementan la demanda de atención intrahospitalaria.

La infección de vías urinarias no especificada (N390) concentra la mayor proporción de hospitalizaciones (4,38%), lo que la posiciona como causa de ingreso recurrente por su potencial de complicación y necesidad de antibiótico, soporte y vigilancia. En segundo lugar, la hemorragia gastrointestinal no especificada (K922) aporta 3,28%, seguida por el cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda (K800) con 2,63%, diagnósticos que suelen requerir estabilización clínica, estudios diagnósticos oportunos y, según el caso, resolución endoscópica o quirúrgica.

El componente respiratorio mantiene un peso relevante, el EPOC con exacerbación aguda (J441) representa 2,29%, además, se identifican condiciones que refuerzan la complejidad del perfil.



HOSPITALIZACIÓN HEMATO-ONCOLOGÍA

SATISFACCIÓN **98%**



AÑO	Egresos promedio/mes	Porcentaje ocupacional	Promedio día/estancia
2024	45	52%	8
2025	55	71%	8.5

Análisis del Servicio

En 2025, el servicio de hemato-oncología registró un incremento significativo en su nivel de actividad y en el uso de su capacidad respecto de 2024. El promedio mensual de egresos aumentó de 45 a 55, lo que equivale a un crecimiento cercano al 22%. Asimismo, el porcentaje de ocupación se incrementó de 52% a 71%, evidenciando una mayor demanda y una utilización más sostenida de la unidad a lo largo del año.

La estancia promedio se situó en 8,5 días (2024: 8,0), comportamiento coherente con la complejidad clínica de los pacientes atendidos, quienes requieren terapias específicas, vigilancia continua y manejo de posibles complicaciones asociadas tanto a la patología como a sus tratamientos.

El desempeño asistencial se acompañó de un nivel de satisfacción del 98%, reflejando una experiencia altamente valorada por los pacientes y sus familias,

especialmente en un contexto que exige continuidad del cuidado, acompañamiento y comunicación permanente. Estos resultados respaldan el posicionamiento de la unidad como un componente hospitalario de alto impacto en términos de volumen, ocupación y desempeño en satisfacción.

Perfil Poblacional



Distribución de Atenciones por Sexo y Edad

En hospitalización hemato-oncológica no se registran atenciones en población pediátrica (0-14 años) para ninguno de los sexos (0% en todos los grupos), lo que confirma un perfil concentrado en adolescentes y, sobre todo, en población adulta y mayor. A partir de 15-19 años aparece participación en ambos sexos (1,04% femenino y 1,04% masculino), con incremento progresivo en edades medias. En mujeres, la carga aumenta desde 20-24 y 25-29 años (2,98% en ambos grupos), se sostiene en 30-34 años (2,83%) y 35-39



(3,13%), y continúa en ascenso hasta alcanzar un primer pico en 45–49 años (5,66%), reflejando una mayor proporción de hospitalizaciones en edades productivas.

Principales Causas de Hospitalización

CIE 10	DIAGNÓSTICO
● D649	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO.
● D693	PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA.
● D570	ANEMIA FALCIFORME CON CRISIS.
● D696	TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA.
● C920	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA.
● C910	LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA.

En el servicio de hemato-oncología, el perfil de morbilidad se concentra en diagnósticos hematológicos tanto benignos como malignos, con predominio de trastornos anémicos y plaquetarios. La anemia de tipo no especificado (D649) representa el mayor peso con 11,33%, seguida por púrpura trombocitopénica idiopática (D693) con 8,94%, anemia falciforme con crisis (D570) con 7,30% y trombocitopenia no especificada (D696) con 6,56%, lo que evidencia una carga clínica relevante asociada a citopenias, crisis hematológicas y necesidades de seguimiento especializado.

En el componente oncohematológico destacan neoplasias de alta complejidad, encabezadas por leucemia mieloide aguda (C920) con 5,96% y leucemia linfoblástica aguda (C910) con 4,77%.



HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA



SATISFACCIÓN **97%**



AÑO	Egresos promedio/mes	Porcentaje ocupacional	Promedio día/estancia
2024	38	55%	4
2025	40	56%	4

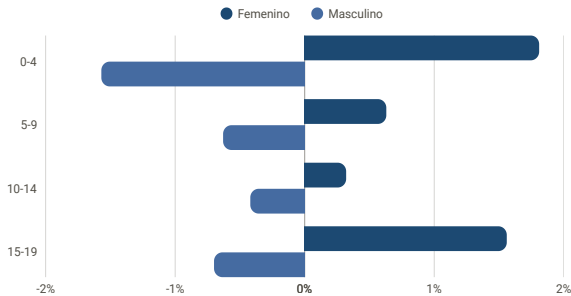
Análisis del Servicio

En 2025, el servicio de hemato-oncología registró La hospitalización pediátrica mostró un crecimiento moderado en el volumen de egresos, pasando de 38 a 40 egresos promedio por mes. En línea con ello, el porcentaje de ocupación se mantuvo estable, con un leve incremento de 55% a 56%, lo que indica una utilización sostenida de la capacidad del servicio.

El promedio de días de estancia se mantuvo sin variación en 4 días, reflejando estabilidad clínica y operativa en la gestión de la internación pediátrica. La percepción del usuario se conservó en niveles altos, con un 97% de satisfacción, consistente con una atención integral y centrada en el paciente pediátrico y su familia, además de un aporte relevante al manejo de la contingencia de la ciudad en disponibilidad de camas pediátricas.



Perfil Poblacional



Distribución de Atenciones por Sexo y Edad

En la hospitalización pediátrica, el componente pediátrico corresponde a una población menor de 18 años. Sin embargo, por el agrupamiento en quinquenios, el último intervalo disponible queda expresado como 15-19 años; en este bloque la interpretación debe entenderse principalmente para el subgrupo de 15-17 años, que es el que efectivamente integra la población pediátrica institucional. En términos de distribución por sexo, la primera infancia y la niñez muestran un patrón cercano a la paridad, con mayor peso relativo en 0-4 años, y diferencias pequeñas en 5-9 y 10-14 años. En la adolescencia (15-19), se observa una mayor participación femenina (1,56%) frente a la masculina (0,70%), lo que sugiere una mayor demanda de hospitalización en adolescentes mujeres, coherente con el incremento de necesidades clínicas propias de esta etapa y con la tendencia general de mayor utilización de servicios por parte del sexo femenino conforme avanza la edad.

Principales Causas de Hospitalización

CIE 10

DIAGNÓSTICO

- **N390** INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO.
- **A09X** DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO.
- **J22X** INFECCIÓN AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES.
- **J209** BRONQUITIS AGUDA NO ESPECIFICADA.
- **J219** BRONQUIOLITIS AGUDA NO ESPECIFICADA.

En la población pediátrica, las principales causas de atención se concentran en eventos infecciosos agudos y patología respiratoria, con un componente genitourinario relevante. La infección de vías urinarias no especificada (N390) lidera el perfil con un 12,92%, seguida de la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09X), con un 8,24%, lo que evidencia una carga importante de cuadros transmisibles que suelen requerir evaluación clínica oportuna, hidratación adecuada, criterios claros de alarma y seguimiento, con el fin de reducir reconsultas.

La morbilidad respiratoria constituye el eje central del patrón asistencial. La infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores (J22X) representa el 8,02%, la bronquitis aguda no especificada (J209) el 7,35% y la bronquiolitis aguda no especificada (J219) el 6,01%.



UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO



AÑO	Egresos promedio/mes	Porcentaje ocupacional	Promedio día/estancia
2024	161	82%	3.6
2025	147	95%	4.2

SATISFACCIÓN **97%**



Análisis del Servicio

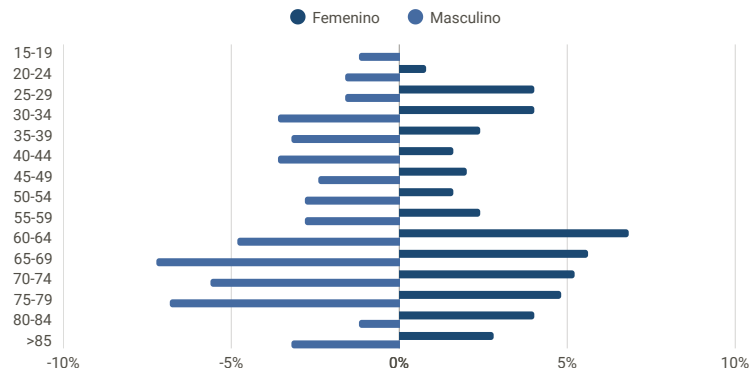
La unidad de cuidado crítico presentó en 2025 un cambio en su perfil operativo: los egresos promedio por mes disminuyeron de 161 a 147, mientras que la ocupación aumentó de 82% a 97%. Asimismo, el promedio de días de estancia se incrementó de 3,6 a 4,2 días, reflejando una mayor permanencia de pacientes que requieren soporte intensivo y seguimiento estrecho.

Este comportamiento sugiere una unidad con demanda sostenida y casos de mayor complejidad, con alta utilización de camas a lo largo del año. Aun en este contexto, la experiencia del paciente y su familia se mantuvo en niveles elevados, con un 95% de satisfacción, evidenciando continuidad asistencial, coordinación del equipo multidisciplinario y capacidad de respuesta en un entorno de alta exigencia clínica.



Perfil Poblacional

En la *Unidad de Cuidado Crítico*, la distribución por edad muestra una marcada concentración en población adulta y mayor, con ausencia de atenciones en los grupos de 5-9 y 10-14 años (0% en ambos sexos) y presencia mínima en el grupo de 15-19 años, donde la participación corresponde únicamente al sexo masculino (1,2%) y no se registraron atenciones femeninas. A partir de los 20 años, el volumen de atenciones aumenta y se mantiene sostenido en edades medias, con mayor participación femenina entre 25-29 y 30-34 años (4,02% en cada grupo), seguida de 35-39 años (2,41%) y 45-49 años (2,01%). Esto refleja una carga relevante de cuidado crítico en jóvenes adultos y adultos de mediana edad.



Distribución de Atenciones por Sexo y Edad

En los grupos de mayor edad se observa un mayor peso relativo del componente femenino, especialmente entre 60-64 años (6,83%), 65-69 años (5,62%), 70-74 años (5,22%) y 75-79 años (4,82%), manteniéndose también una participación significativa en 80-84 años (4,02%) y >85 años (2,81%). En el sexo masculino, la concentración se da principalmente en edades avanzadas, con los mayores porcentajes en 65-69 años (7,23%), 75-79 años (6,83%) y 70-74 años (5,62%), seguido de 60-64 años (4,82%) y >85 años (3,21%).

En conjunto, el perfil poblacional de la *Unidad de Cuidado Crítico* se caracteriza por **baja participación pediátrica** y una **carga predominantemente adulta, con mayor concentración en edades mayores y picos diferenciales por sexo a partir de los 60 años.**



Principales Causas de Atención

CIE 10	DIAGNÓSTICO
● J960	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA.
● J159	NEUMONÍA BACTERIANA NO ESPECIFICADA.
● J441	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA CON EXACERBACIÓN AGUDA NO ESPECIFICADA.
● A419	SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA.
● A415	SEPTICEMIA DEBIDA A OTROS ORGANISMOS GRAMNEGATIVOS.

La distribución de diagnósticos evidencia un perfil de alta gravedad dominado por falla respiratoria aguda y síndromes infecciosos con disfunción orgánica, consistente con una carga asistencial propia de pacientes con deterioro agudo significativo.

El diagnóstico líder es la insuficiencia respiratoria aguda (J960) con 22,08%, lo que sugiere que una proporción importante de los eventos se concentra en cuadros con compromiso ventilatorio que suelen requerir oxigenoterapia avanzada y/o soporte ventilatorio, además de monitorización estrecha. Este patrón se complementa con neumonía bacteriana no especificada (J159) 1,95% y EPOC con exacerbación aguda (J441) 1,95%, diagnósticos típicamente asociados a descompensación respiratoria, mayor riesgo de complicaciones y potencial prolongación de estancia, especialmente cuando coexisten comorbilidades.

En paralelo, se identifica un eje relevante de infección sistémica y sepsis: la septicemia no especificada (A419) aporta 7,14% y la septicemia por gramnegativos (A415) 1,95%, lo que, junto con focos probables como infección urinaria no especificada (N390) 2,6%, configura un patrón compatible con infecciones potencialmente complicadas con riesgo de progresión a disfunción orgánica si no se logra control de foco e inicio oportuno de antimicrobianos guiados por riesgo y soporte microbiológico. La presencia de insuficiencia renal aguda (N179) 1,95% es coherente con este escenario, ya sea por sepsis, hipoperfusión, nefrotoxicidad o alteraciones hidroelectrolíticas, y aumenta la complejidad del manejo.



UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

En la UCE, la morbilidad se concentra en condiciones agudas de alta severidad y descompensaciones de enfermedades crónicas que requieren monitorización continua y toma de decisiones clínicas oportunas. Predomina la insuficiencia respiratoria aguda (J960, 8,42%), posicionando la falla ventilatoria como el principal motivo de manejo en esta unidad. La sepsis también constituye una carga relevante, con septicemia no especificada (A419, 4,21%) y otras septicemias (A418, 2,11%), lo que demanda rutas diagnósticas y terapéuticas rápidas y bien orientadas.

Principales Causas de Atención

Se observa, además, un componente importante de complejidad clínica por comorbilidad y riesgo de complicaciones: insuficiencia renal crónica (N189, 4,21%), hemorragia gastrointestinal (K922, 3,16%) y púrpura trombocitopénica idiopática (D693, 3,16%), que incrementan el riesgo de deterioro hemodinámico y la necesidad de soporte transfusional y seguimiento estrecho.

En conjunto, este perfil refleja una UCE con **alta carga de riesgo clínico y potencial de falla orgánica**, con prioridad operativa en **soporte respiratorio, manejo de sepsis y control de sangrado y comorbilidad**.

CIE 10

DIAGNÓSTICO

● J960	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA.
● A419	SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA.
● N189	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA NO ESPECIFICADA.
● D693	PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA.
● K922	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL NO ESPECIFICADA.
● A418	OTRAS SEPTICEMIAS ESPECIFICADAS.

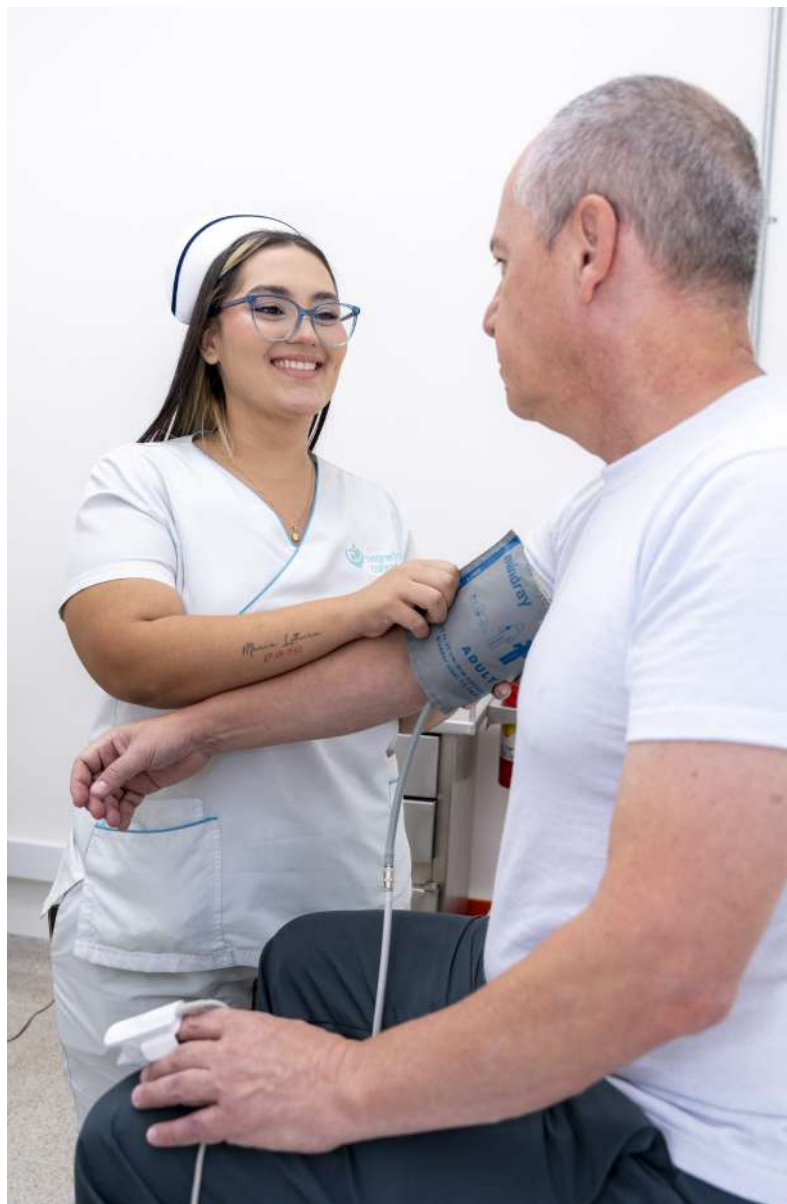




SERVICIOS AMBULATORIOS

Nuestros servicios ambulatorios ofrecen atención oportuna, segura y resolutive para nuestros pacientes, garantizando procesos ágiles y **acompañamiento profesional en cada etapa de su atención.**

Contamos con un equipo interdisciplinario **comprometido con la calidad y la humanización del servicio**, apoyado en tecnología adecuada y protocolos orientados a la seguridad del paciente, **asegurando una experiencia cercana, eficiente y centrada en sus necesidades.**





CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA



SATISFACCIÓN **97%**



AÑO

Promedio de atenciones mes/año

2024

3.882

2025

4.658

Análisis del Servicio

El análisis del promedio de atenciones mensuales durante 2025 en el servicio de consulta externa evidencia el cumplimiento de las metas definidas al inicio del año, garantizando una atención médica de calidad y cumpliendo con la oportunidad de atención ofrecida a los distintos usuarios. Al comparar con 2024, se observa un aumento significativo en el número de consultas atendidas.

Durante 2025, los esfuerzos se centraron en mejorar la oferta de especialidades críticas, como urología, ortopedia y otorrinolaringología, así como en fortalecer el proceso de confirmación de agendas. Estas estrategias permitieron **impactar positivamente la accesibilidad y alcanzar un porcentaje de satisfacción alineado con la meta definida.**



Oportunidad en el Servicio

Especialidades básicas de entrada:

- ✓ Cirugía General.
- ✓ Ortopedia.
- ✓ Ginecología.

Meta: 8 días

Resultado 2025: 7 días

Especialidades básicas de entrada:

- ✓ Otorrinolaringología.
- ✓ Cirugía Maxilofacial.
- ✓ Cirugía Vascular.
- ✓ Urología.
- ✓ Hematología.
- ✓ Anestesia.
- ✓ Cirugía ginecológica laparoscópica.
- ✓ Neurocirugía.

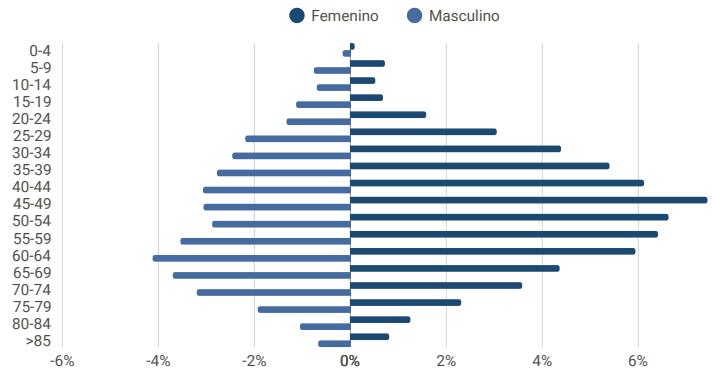
Meta: 15 días

Resultado 2025: 10 días

Perfil Poblacional

En la distribución por edad y sexo se observa un patrón claramente feminizado a lo largo de casi todo el ciclo de vida, con una brecha que se amplía desde la adultez joven y alcanza su mayor peso en edades medias. En mujeres, la concentración de atenciones aumenta

progresivamente a partir de los 20-24 años y se intensifica entre los 30 y 59 años, con el pico principal en 45-49 años (7,44%), seguido de 50-54 (6,63%) y 55-59 (6,41%). Esto indica que la mayor demanda se ubica en edades productivas, asociadas a controles rutinarios, comorbilidades y condiciones crónicas.



Distribución de Atenciones por Sexo y Edad

En hombres, aunque la tabla aparece en negativo, la participación es relevante y también se concentra en edades adultas, con su mayor aporte entre 40-74 años, destacándose 60-64 (4,12%), 65-69 (3,70%) y 55-59 (3,54%). En la infancia y adolescencia temprana las proporciones son menores para ambos sexos, con un ligero predominio masculino frente a femenino en 0-19 años; a partir de los 20 años el volumen femenino supera de manera consistente al masculino.



El perfil evidencia dos concentraciones demográficas claras, una mayor participación femenina en edades medias, con el mayor peso entre los 45 y 59 años, y una participación masculina relativamente más alta en edades avanzadas, especialmente entre los 55 y 74 años. En conjunto, la demanda se concentra en adultos de mediana edad y adultos mayores, lo que describe una población atendida predominantemente adulta y con mayor representación femenina en el tramo de mayor utilización de servicio.

Principales Causas de Atención

En la consulta especializada, el top 10 de morbilidad muestra un perfil dominado por **condiciones crónicas de alta prevalencia, patología quirúrgica frecuente y motivos de control y seguimiento clínico**. La obesidad no especificada (E669, 4,81%) encabeza el comportamiento, reflejando una carga sostenida de riesgo cardiometabólico que exige manejo longitudinal, intervención sobre estilos de vida y control de comorbilidades.

En paralelo, se evidencia un componente urológico relevante con hiperplasia prostática (N40X, 4,41%), consistente con la demanda masculina por síntomas urinarios y seguimiento especializado. También destaca la enfermedad venosa crónica, con venas varicosas sin úlcera ni inflamación (I839, 3,91%), reflejando necesidades de valoración vascular, manejo conservador y selección de pacientes para intervenciones cuando corresponde.

La presencia de otros cuidados posteriores a la cirugía (Z488, 2,86%) confirma un volumen importante de controles posoperatorios, curaciones, retiro de puntos, seguimiento de evolución y ajuste de conductas, con impacto directo en la agenda y en la continuidad del cuidado.

CIE 10

DIAGNÓSTICO

● E669	OBESIDAD NO ESPECIFICADA.
● N40X	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA.
● I839	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ÚLCERA NI INFLAMACIÓN.
● Z488	OTROS CUIDADOS ESPECIFICADOS POSTERIORES A LA CIRUGÍA.
● K409	HERNIA INGUINAL UNILATERAL O NO ESPECIFICADA SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA.
● K429	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA.

Los diagnósticos de hernia inguinal (K409, 2,35%) y hernia umbilical (K429, 2,32%) refuerzan el peso de la patología quirúrgica electiva, asociada a evaluación prequirúrgica, priorización de casos y planificación de rutas de cirugía ambulatoria o programada.

En conjunto, este patrón evidencia que la consulta especializada está marcada por el control de crónicos, la evaluación de patología quirúrgica prevalente y el seguimiento posquirúrgico, con implicaciones directas en capacidad instalada, tiempos de oportunidad y rutas integradas de atención.



SERVICIO QUIRÚRGICO



UVR 2025	Promedio año 2024	Promedio año 2025
Total pacientes	1.038	1.016
Total de procedimientos quirúrgicos	1.541	1.662
Total de procedimientos por paciente	1.5	1.5
TOTAL DE UVR	151.754	165.443

SATISFACCIÓN **97%**





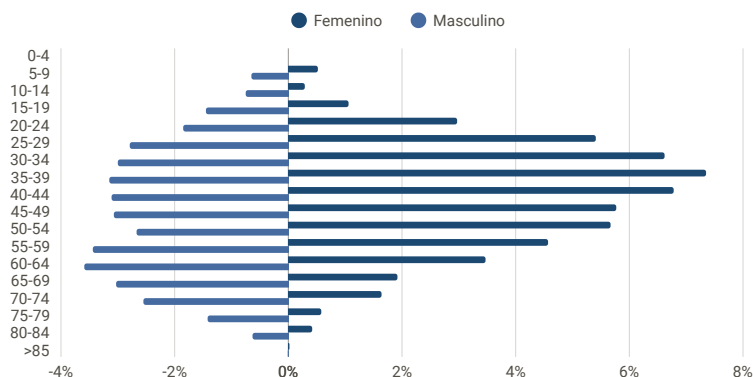
Análisis del Servicio

En 2025, el **Servicio Quirúrgico consolidó un mayor volumen de actividad y productividad**, con 1.662 procedimientos realizados frente a 1.541 en 2024. Aunque el total de pacientes atendidos presentó una leve variación, el total de UVR aumentó de 151.754 a 165.443, reflejando un incremento de la **carga quirúrgica global y del valor relativo de la producción**, mientras se mantenía estable el promedio de procedimientos por paciente en 1,5.

Este desempeño se sostuvo gracias al seguimiento operativo continuo de la producción quirúrgica y a la gestión eficiente de la **capacidad instalada de cinco quirófanos**, con enfoque en oportunidad, continuidad asistencial y seguridad del paciente. Además, se dio continuidad al fortalecimiento tecnológico del área quirúrgica mediante la actualización de componentes críticos, como los sistemas de aire acondicionado y las torres de laparoscopia, orientados a sostener condiciones técnicas adecuadas para cirugía mínimamente invasiva y mejorar la confiabilidad del entorno quirúrgico, sin afectar la productividad ni la calidad de la atención.

La satisfacción global se ubicó en 97%, consistente con la experiencia percibida por los usuarios, caracterizada como segura, técnica y humana, reflejando la **excelente gestión del servicio durante el período evaluado**.

Perfil Poblacional



Distribución de Atenciones por Sexo y Edad

En el servicio quirúrgico, el perfil poblacional muestra una concentración marcada en adultos, con participación mínima en pediatría y un descenso progresivo en edades avanzadas. La mayor carga se ubica entre los 25 y 54 años, donde se concentran los porcentajes más altos, con un pico en 35-39 años (7,35%), seguido de 40-44 (6,78%) y 30-34 (6,62%). En conjunto, este comportamiento describe una actividad quirúrgica predominantemente asociada a población en edad productiva, con presencia relevante también en 45-49 (5,77%) y 50-54 (5,67%).



Por sexo, se evidencia un predominio femenino en prácticamente todos los grupos etarios, con mayor peso entre los 25 y 59 años (valores entre 4,57 % y 7,35 %). La participación masculina es menor y se distribuye de forma más homogénea a lo largo de los grupos adultos, con proporciones cercanas al 3 % en rangos como 35-39 (3,15 %), 40-44 (3,11 %) y 60-64 (3,59 %).

En los extremos de edad, la participación es baja en ambos sexos, con valores inferiores al 1 % en 75-79 (0,58 % femenino; 1,42 % masculino), 80-84 (0,42 % femenino; 0,63 % masculino) y >85 (0,02 % femenino; 0,01 % masculino), lo que confirma que el volumen quirúrgico se concentra en edades adultas intermedias.





Principales Causas de Atención

CIRUGÍA AMBULATORIA

En estos datos, la morbilidad se concentra en procedimientos electivos y patología quirúrgica crónica frecuente, con participaciones porcentuales individuales bajas, lo que sugiere un perfil típico de demanda ambulatoria/quirúrgica programada más que de eventos agudos de alta complejidad.

El diagnóstico con mayor proporción es la esterilización quirúrgica (Z302) con 2,25%, lo cual indica un volumen relevante de actividad asociada a procedimientos planificados y de enfoque preventivo/reproductivo. En segundo lugar se ubica la hiperplasia de la próstata (N40X) con 1,84%, consistente con una carga importante de patología urológica benigna asociada a síntomas del tracto urinario inferior y a la necesidad de evaluación especializada y, en algunos casos, intervención quirúrgica programada. En un tercer bloque aparecen condiciones altamente prevalentes y de manejo quirúrgico frecuente, como otras colelitiasis (K808) con 1,25%, que suele relacionarse con valoración para conducta quirúrgica o seguimiento por enfermedad litiasica biliar. Finalmente, el cálculo del uréter (N201) con 1,04% aporta un componente urológico adicional, asociado a episodios de cólico renal, uso de imágenes diagnósticas y, según localización/tamaño y complicaciones, manejo intervencionista (endourología) o seguimiento.

CIE 10	DIAGNÓSTICO
● Z302	ESTERILIZACIÓN (QUIRÚRGICA).
● N40X	HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA.
● K808	OTRAS COLELITIASIS.
● I839	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACIÓN.
● N201	CÁLCULO DEL URETER.





Los procedimientos concentran su mayor participación en actos diagnósticos y terapéuticos de los ejes urológico, abdominal y ginecológico, destacándose la cistoscopia transuretral con pielografía retrógrada (6,07 %), el bloqueo simpático regional (4,71 %) y la colecistectomía laparoscópica (4,70 %). Se suman procedimientos de pared abdominal y trauma, como la ligamentorrafia o reinserción ligamentaria (3,62 %) y la herniorrafia umbilical por vía abierta (3,18 %), además de intervenciones ginecológicas como la oclusión o ablación tubárica bilateral por laparoscopia (2,70 %) y unilateral (1,98 %), así como la histerectomía total por laparotomía (2,11 %).

CUPS

DESCRIPCIÓN

- | | |
|-----------------|--|
| ● 573201 | CISTOSCOPIA TRANSURETRAL APLICA PARA PIELOGRAFIA RETROGRADA. |
| ● 053114 | BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL TORACICO O LUMBAR) |
| ● 512104 | COLECISTECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA. |
| ● 817204 | LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN DE LIGAMENTOS VÍA ABIERTA. |
| ● 534001 | HERNIORRAFIA UMBILICAL VÍA ABIERTA. |
| ● 662202 | ABLACIÓN U OCLUSIÓN DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROSCOPIA. |
| ● 684003 | HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROTOMIA. |



CIRUGÍA HOSPITALARIA

En el componente hospitalario del servicio quirúrgico, la morbilidad se concentra en diagnósticos de abdomen agudo y patología biliar, con claro predominio de entidades que suelen requerir manejo intrahospitalario y resolución quirúrgica. La principal causa registrada corresponde a otras apendicitis agudas y las no especificadas (K359), con 9,26%, seguida de otras colelitiasis (K808), con 4,59%, y del cálculo de la vesícula biliar con colecistitis aguda (K800), con 4,09%, lo que confirma el peso de la cirugía abdominal urgente.

CIE 10	DIAGNÓSTICO
● K359	OTRAS APENDICITIS AGUDAS Y LAS NO ESPECIFICADAS.
● K808	OTRAS COLELITIASIS.
● K800	CÁLCULO DE LA VESÍCULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA.
● R100	ABDOMEN AGUDO.
● N201	CÁLCULO DEL URETER.

En coherencia con ese patrón, aparecen diagnósticos clínicos asociados al motivo de ingreso ya la evaluación inicial del dolor abdominal, abdomen agudo (R100) con 2,31%. En concordancia con la morbilidad identificada en los componentes quirúrgicos ambulatorio y hospitalario, el perfil de procedimientos realizados desde el servicio de urgencias (ambulatorio y hospitalario) evidencia una actividad predominantemente intervencionista y orientada a la resolución.





URGENCIAS

SATISFACCIÓN **95%**



AÑO	Triaje	Atenciones	Porcentaje de pacientes hospitalizados	Porcentaje de pacientes trasladados a cirugía
2024	49.412	27.379	26%	23%
2025	49.415	30.146	22%	33%

Análisis del Servicio

En 2025, el servicio de urgencias mantuvo un volumen estable de triajes (49.415 vs. 49.412 en 2024) y registró un incremento relevante en las atenciones, pasando de 27.379 a 30.146, lo que evidencia una mayor demanda resuelta dentro del servicio durante el año.

En términos operativos, el porcentaje de pacientes que requirió manejo clínico hospitalario se ubicó en 22% (vs. 26% en 2024), mientras que el porcentaje de pacientes trasladados a cirugía aumentó al 33% (vs. 23% en 2024), reflejando un aumento de patologías quirúrgicas y para las cuales requirieron intervención quirúrgica como parte de su ruta de atención.

La operación se mantuvo basada en la priorización clínica oportuna desde el triaje y la organización del flujo asistencial para orientar al paciente según su complejidad, favoreciendo continuidad y oportunidad en la atención. La satisfacción global del servicio se mantuvo en 95%, consistente con la percepción de los usuarios frente a la atención recibida.





Perfil Poblacional

El comportamiento de la atención en urgencias por edad y sexo muestra una concentración marcada en adultos jóvenes y de mediana edad. En mujeres, el mayor peso porcentual se ubica entre 20 y 49 años, con picos en 25-29 (4,96%), 30-34 (4,86%), 35-39 (4,52%) y 20-24 (4,43%), manteniéndose alto en 40-44 (4,28%) y 45-49 (3,97%). En hombres, el patrón también se concentra en 20-34 años, con máximos en 25-29 (4,49%), 20-24 (4,40%) y 30-34 (4,25%), seguido de 35-39 (3,45%) y 40-44 (2,87%).

En la población pediátrica se observa una mayor participación masculina en todos los grupos de edad, especialmente en 0-4 años (3,02 % en hombres frente a 2,68 % en mujeres) y 5-9 años (2,72 % vs. 2,16 %), manteniéndose esta diferencia en el grupo de 10-14 años (2,50 % vs. 2,13 %).

A partir de los 40 años, la proporción femenina supera a la masculina y la brecha se hace más visible en edades mayores, por ejemplo, en 55-59 años (3,24 % en mujeres vs. 2,12 % en hombres), 70-74 años (2,05 % vs. 1,59 %) y en mayores de 85 años (1,14 % vs. 0,63 %).

Este perfil confirma una demanda predominante en adultos jóvenes, con mayor carga masculina en edades tempranas y un predominio femenino progresivo en edades medias y avanzadas.



Distribución de Atenciones por Sexo y Edad

Principales Causas de Atención

El perfil de morbilidad atendida en urgencias en población adulta se concentra en tres grandes grupos clínicos: dolor agudo de origen urinario y abdominal, cuadros gastrointestinales infecciosos y eventos osteomusculares o traumáticos. La infección de vías urinarias no especificada (N390) constituye el diagnóstico más frecuente, con 3,15 %, seguida del cólico renal no especificado (N23) con 2,83 %, lo que confirma un peso relevante de la patología urinaria como motivo de consulta aguda. A esto se suma la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09) con 2,46 %, que aporta una carga adicional de cuadros digestivos de presentación súbita.

Dentro de los motivos asociados a dolor y síntomas generales, se destacan otros síndromes de cefalea (G448) con 2,15 % y lumbago no especificado (M545)



con 1,69 %, lo que evidencia una demanda sostenida por síndromes dolorosos que requieren evaluación clínica y definición diagnóstica en el servicio.

En paralelo, las lesiones musculoesqueléticas y traumáticas representan una fracción importante del perfil, con esguinces de tobillo (S934) en 1,56 %, fractura de la epífisis inferior del radio (S525) en 1,52 % y contusión de rodilla (S800) en 1,38 %, coherente con consultas por trauma y lesiones de extremidades.

**CIE 10****DIAGNÓSTICO**

- **N390** INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO.
- **N23X** COLICO RENAL NO ESPECIFICADO.
- **A09X** DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO.
- **G448** OTROS SINDROMES DE CEFALEA ESPECIFICADOS.
- **M545** LUMBAGO NO ESPECIFICADO.
- **S934** ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO.

En cuanto a la morbilidad atendida en urgencias en la población pediátrica, esta se concentra principalmente en causas infecciosas agudas, especialmente gastrointestinales y respiratorias. El diagnóstico de mayor frecuencia fue diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09) con 4,63 %, seguido de infección aguda de vías respiratorias superiores no especificada (J069) con 3,52 %. En el mismo patrón se ubican la fiebre recurrente no especificada (A689) con 2,95 %, la infección aguda no especificada de vías respiratorias inferiores (J22) con 2,65 % y la rinofaringitis aguda o resfriado común (J00) con 2,63 %, lo que confirma una carga asistencial dominada por cuadros infecciosos de alta demanda clínica.

CIE 10**DIAGNÓSTICO**

- **A09X** DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO.
- **J069** INFECCIÓN AGUDA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES NO ESPECIFICADA.
- **A689** FIEBRE RECURRENTE NO ESPECIFICADA.
- **J22X** INFECCIÓN AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES.
- **J00X** RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN).



UNIDAD DE HEMATO ONCOLOGÍA AMBULATORIA



SATISFACCIÓN **98%**



AÑO	Tratamientos Quimioterapia administrados	Aspirados de médula ósea	Flebotomías	Otros procedimientos
2024	3.489	542	504	223
2025	3.083	472	730	399

Análisis del Servicio

La unidad registró en 2025 un total de 4.684 procedimientos ambulatorios, frente a 4.758 en 2024, lo que representa una disminución del 1,6%. Dentro de ese volumen, los tratamientos de quimioterapia fueron 3.083 vs. 3.489 realizados el año inmediatamente anterior, los aspirados de médula ósea también disminuyeron en un 12,9% indicando un mayor enfoque en patología benigna hematológica en comparación con el 2024.

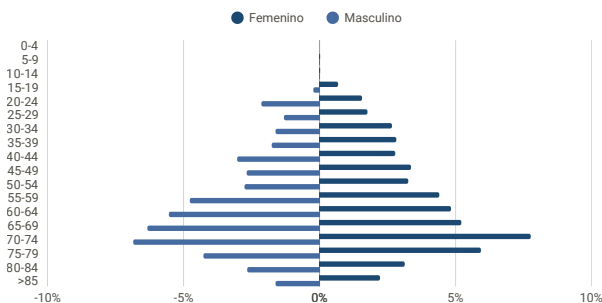
En contraste, se evidencia un incremento marcado en procedimientos de soporte: las flebotomías pasaron de 504 a 730, con un aumento de 44,8%, y los otros procedimientos de 223 a 399, incrementando un 78,9%. El análisis por composición confirma un cambio del perfil operativo: la quimioterapia representó 65,8% del total en 2025, las flebotomías aumentaron su participación a 15,6% y los otros procedimientos al 8,5%.



La satisfacción reportada fue 98%, manteniéndose en un nivel alto y consistente con el desempeño percibido del servicio, correspondiendo al enfoque individualizado, humano e integral que históricamente ha acompañado a la atención en esta unidad funcional.

Perfil Poblacional

En hematología ambulatoria, la distribución por edad y sexo se concentra casi por completo en población adulta y mayor, con participación pediátrica prácticamente nula. Desde los 20 años se observa un predominio femenino sostenido, con incrementos progresivos a medida que avanza la edad: 1,56% en 20-24, 2,66% en 30-34 y valores superiores desde los 55 años, alcanzando su punto más alto en 70-74 con 7,76%. Posteriormente, se mantiene una carga relevante en 75-79 (5,93%) y desciende en los grupos de mayor edad, sin perder presencia (3,13% en 80-84 y 2,22% en >85).



Distribución de Atenciones por Sexo y Edad

En el sexo masculino la participación se concentra también en edades adultas y avanzadas, con mayor peso a partir de los 40 años y un máximo en 70-74 (6,85%), seguido de 65-69 (6,33%) y 60-64 (5,54%). En conjunto, el perfil ambulatorio de hematología se caracteriza por una demanda predominantemente de adultos mayores, con mayor participación femenina global, y con ambos sexos alcanzando su mayor concentración en el rango de 70-74 años, lo que describe un servicio orientado principalmente al seguimiento y control de condiciones hematológicas en población envejecida.

CIE 10

DIAGNÓSTICO

- **C900** MIELOMA MÚLTIPLE.
- **D693** PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA.
- **C859** LINFOMA NO HODGKIN NO ESPECIFICADO.
- **C921** LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA.

En hemato-oncología ambulatoria, el perfil de morbilidad se concentra en diagnósticos oncohematológicos y trastornos hematológicos crónicos de seguimiento, con un peso importante de neoplasias y síndromes mieloproliferativos. El diagnóstico de mayor frecuencia es mieloma múltiple (C900) con 9,23%, seguido de púrpura trombocitopénica idiopática (D693) con 7,03% y linfoma no Hodgkin no especificado (C859) con 6,91%, lo que refleja una carga relevante de patologías que exigen controles periódicos, monitoreo de respuesta y vigilancia de complicaciones.



APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA



IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

SATISFACCIÓN **99%**



En 2025, la *Unidad de Imágenes Diagnósticas* mantuvo un desempeño operativo ajustado a metas y relaciones comerciales. Presenta una alta valoración del usuario, alcanzando 99% de satisfacción y siendo de los servicios institucionales más felicitados por nuestros pacientes. La producción anual fue de 4.151 ecografías, 11.275 rayos X y 9.474 tomografías (TAC), para un total de 24.900 estudios.



AÑO	TOTAL DE ECOGRAFÍAS	TOTAL DE RAYOS X	TOTAL DE TAC
2024	5.206	10.096	14.407
2025	4.151	11.275	9.474

Comparado con 2024 (29.709 estudios), el volumen global presentó una variación negativa del 6,2%, explicada principalmente por la reducción en tomografías ambulatorias en el 34,2% y ecografías en el 20,2%, mientras que rayos X creció un 11,7%, consolidándose como el mayor componente del portafolio.

La unidad mantuvo su rol como soporte transversal para los servicios asistenciales, asegurando la continuidad diagnóstica para urgencias, hospitalización, cirugía y consulta especializada, con un desempeño percibido como altamente satisfactorio por los pacientes, la experiencia del usuario se mantuvo como un indicador fuerte del servicio, reflejada en la satisfacción del 99%, consistente con una atención oportuna, clara y centrada en el paciente.





UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA

En 2025, la *Unidad de Gastroenterología* presentó una ligera disminución en la realización de procedimientos endoscópicos, con un volumen total de 1.656 procedimientos, frente a 1.868 en 2024. La actividad continuó concentrándose en los procedimientos de mayor demanda: endoscopia y colonoscopia, que en conjunto aportaron el 74,5% del total anual (endoscopia 47,8%; colonoscopia 26,4%). Las CPRE presentaron una reducción moderada de 263 a 242 durante el año 2025. El cambio más marcado se observa en gastrostomías, que disminuyó de 120 a 42 que corresponden en su mayoría a la estrategia de evitabilidad de la aseguradora Sura.

La unidad presenta renovación generacional de los especialistas y se inicia una nueva modalidad de contratación de equipos teniendo una oferta de procedimientos de lunes a sábado entre las 8 y 12 am, enfocaremos nuestros esfuerzos en 2026 en aumentar la aceptación de pacientes con necesidad de procedimientos endoscópicos como parte de su monitoreo diagnóstico para mejorar en la distribución operativa de la unidad.

En 2025, la unidad obtuvo un 96% de satisfacción, indicador que se mantuvo como referente de calidad percibida del servicio y de la experiencia del paciente en el proceso de atención.

SATISFACCIÓN **96%**



ESTUDIO REALIZADO	AÑO 2024	AÑO 2025
Total Endoscopias	896	792
Total Colonoscopias	522	437
Total CPRE	263	242
Total Gastrostomías	120	42
Total Rectosigmoidoscopias	9	4
Total Otros procedimientos relacionados	58	139



LABORATORIO CLÍNICO Y MICROBIOLOGÍA



Durante el periodo comprendido entre los años 2024 y 2025, la gestión del laboratorio clínico ha demostrado un avance significativo tanto en su capacidad operativa como en su eficiencia resolutive, consolidándose como un pilar fundamental para la atención hospitalaria. El incremento global en la producción de servicios alcanzó un total de más de doscientas cincuenta mil pruebas procesadas en el último año, lo que representa un crecimiento sólido en comparación con el ejercicio anterior. Este dinamismo refleja no solo una respuesta efectiva ante la creciente demanda asistencial, sino también un fortalecimiento de los procesos técnicos que aseguran la oportunidad en el diagnóstico de los pacientes.



Respecto a microbiología se evidencia una robusta expansión en la vigilancia epidemiológica y la capacidad de detección de agentes infecciosos desde su inicio institucional en octubre de 2024.

Es importante destacar la mejora en la autonomía diagnóstica del hospital, evidenciada por la disminución estratégica en el volumen de pruebas remitidas a centros externos. Mientras que el procesamiento institucional interno creció por encima de las veintitrés mil pruebas adicionales, reduciendo las remisiones en un 12%. Este comportamiento es un indicador claro de una gestión orientada a la eficiencia administrativa y al ahorro de costos por tercerización, logrando que una mayor proporción de los estudios se realicen con recursos propios, lo que garantiza un control más estricto sobre la calidad y los tiempos de entrega.



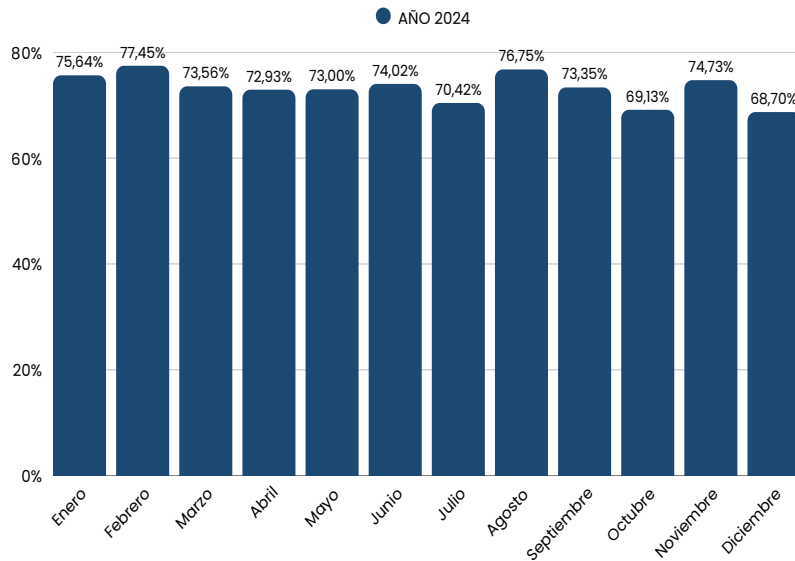
AÑO	Procesamiento institucional	Patología	Pruebas remitidas	Microbiología
2024	196.617	6.219	13.334	2.666
2025	220.586	11.127	11.685	8.321

Para 2026 el enfoque del laboratorio es mejorar la oferta de servicios a pacientes particulares dadas nuestras excelentes tarifas, estándares técnicos y calidad de la atención.



Durante 2025, la institución consolidó el ecosistema digital como un eje operativo para la estandarización de procesos, la optimización de los tiempos asistenciales y la reducción progresiva del uso de soportes físicos, en coherencia con la estrategia institucional de “cero papel”.

El año se caracterizó por la estabilización de herramientas previamente implementadas, el fortalecimiento de su adopción por parte de los equipos clínicos y la maduración funcional de los aplicativos, con impacto directo en la experiencia del paciente, la seguridad del medicamento y la trazabilidad institucional.



GESTIÓN PREVENTIVA DIGITAL (GPD)



Durante 2025, el **aplicativo Registro Clínico Fácil** alcanzó un nivel de adopción estable, con un promedio cercano al **80 % a lo largo del año y un punto máximo de 84,2 % en mayo**. Este desempeño representó un incremento aproximado del 30% frente al año anterior, asociado a la continuidad de la estrategia de simplificación del registro y a la **adaptación progresiva de los formularios a las necesidades reales del personal asistencial**.

Además, en el concurso de usabilidad realizado por el proveedor entre las instituciones donde la solución se encuentra implementada, **la clínica obtuvo el primer lugar en usabilidad, reconocimiento que evidencia el nivel de apropiación y uso efectivo de la herramienta**.

CERO TRÁMITES – ISA BOT



Durante 2025, la institución **consolidó el ecosistema digital como un eje operativo para la estandarización de procesos, la optimización de los tiempos asistenciales y la reducción progresiva del uso de soportes físicos, en coherencia con la estrategia institucional de “cero papel”**.

REGISTRO CLÍNICO FÁCIL (RCF)



El **aplicativo Gestión Preventiva Digital** mantuvo un comportamiento estable, sin avances significativos en nuevas funcionalidades ni mejoras en su implementación. En consecuencia, **su uso y las alertas disponibles permanecieron constantes a lo largo del año, sin variaciones destacables**.



ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS (ASM)



El aplicativo *Administración Segura de Medicamentos* alcanzó hitos relevantes en su despliegue y consolidación, logrando cobertura total en los servicios de larga estancia, incluyendo UCI, UCE y los pisos 2 (Hematología), 3 y 4 de hospitalización. Esta expansión se reflejó en un crecimiento anual del 45 %, con un pico de uso del 98,5 % en julio.

Durante el proceso, se presentó una disminución marcada en agosto, relacionada con la complejidad de la integración con el nuevo operador de farmacia (Cruz Verde); sin embargo, la recuperación operativa se alcanzó en un período corto, estabilizando nuevamente el flujo de información mediante códigos QR y fortaleciendo la trazabilidad del medicamento. En paralelo, se avanzó en la parametrización de módulos para devoluciones y control de inventarios, aportando a la farmacovigilancia institucional y reforzando componentes operativos asociados al PROA y al control de medicamentos de alto riesgo. La herramienta se consolidó como un soporte crítico para la estrategia de “cero papel”, al sustituir procesos manuales y fortalecer la seguridad y oportunidad del proceso de administración de medicamentos.



SEGURIDAD CLÍNICA

En el marco de nuestra planificación estratégica, la seguridad clínica constituye un eje fundamental de la gestión institucional. Entendemos la cultura de seguridad como un pilar de la calidad asistencial, indispensable para mitigar riesgos y prevenir eventos adversos. Bajo esta premisa, impulsamos estrategias de mejora continua que consolidan nuestro compromiso con la excelencia en la atención.

Para la ejecución del *Programa de Seguridad del Paciente "Te Brindo Cuidado"*, la institución fundamenta su operatividad en el cumplimiento de las siguientes diez metas de seguridad:



META 1
Identificar **correctamente** los pacientes.



META 5
Reducir el **riesgo de infecciones** asociadas a la atención en salud.



META 2
Mejorar la **comunicación efectiva**.



META 6
Reducir el **riesgo de daños al paciente** causado por caídas.



META 9
Reducir el **riesgo asociado al manejo de equipos biomédicos**.



META 3
Mejorar la **seguridad** en medicamentos de alto costo.



META 7
Prevenir la **aparición de úlceras por presión** en el paciente/ cuidado de piel y heridas.



META 10
Garantizar la **adecuada gestión de eventos adversos**.



META 4
Garantizar la **ciugía en el lugar, procedimiento y paciente correcto**.



META 8
Prevenir complicaciones asociadas al **manejo de sangre, componente y a la transfusión sanguínea**.



Estrategia de educación a pacientes y cuidadores GRI 416-1



Durante el periodo 2025 se consolidó la estrategia de formación dirigida a pacientes y sus redes de apoyo, liderada por el equipo de auxiliares de enfermería de *Seguridad del Paciente y Vigilancia Epidemiológica*. Esta iniciativa se fundamenta en la premisa de que un paciente y un cuidador informados son los mejores aliados para un entorno hospitalario seguro.



Gracias a este despliegue educativo, se logró impactar a un total de 1.699 personas (entre pacientes y cuidadores), alcanzando una cobertura integral en los siguientes ejes temáticos:

SEGURIDAD CLÍNICA

Identificación correcta del paciente, **prevención de caídas**, **prevención de lesiones** por presión (LPP) y administración segura de medicamentos.



CONTROL DE INFECCIONES Y VIGILANCIA

Higiene de manos (técnica y momentos clave), manejo y cuidados de sonda vesical, protocolos de aislamiento hospitalario y sensibilización sobre tuberculosis.



El enfoque pedagógico de las auxiliares de enfermería no solo buscó la transmisión de conceptos, sino la mitigación real de riesgos mediante:

MINIMIZACIÓN DE ACCIONES SEGURAS



Reducción de la variabilidad en los cuidados básicos por parte de los familiares.

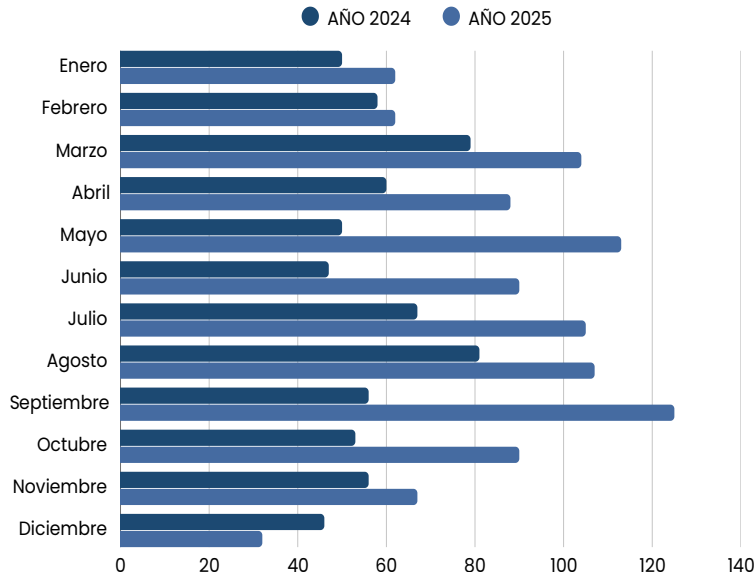
PREVENCIÓN DE REINGRESOS



Preparación del paciente para un egreso seguro, disminuyendo complicaciones asociadas a infecciones o **incidentes prevenibles en el hogar**.

Fortalecimiento de la Cultura de Reporte y Transparencia

Uno de los principales logros de 2025 fue el avance en la madurez de la cultura institucional frente al reporte de acciones inseguras. El incremento en los índices de autorreporte constituye un indicador positivo de la confianza del personal en el sistema de gestión de riesgos, ya que permite la intervención temprana y la prevención de eventos adversos graves.



Porcentaje de Autoreportaje de Eventos Adversos

Estos resultados evidencian que la organización avanza hacia una cultura justa, en la que el reporte se concibe como una oportunidad de mejora continua y no como un motivo de sanción.

Fortalecimiento de competencias: taller “Protegiendo de Corazón”

Como eje central de la mejora continua en 2025, se implementó el taller evaluativo-educativo, diseñado específicamente para elevar el estándar de seguridad en la práctica clínica del personal de enfermería. Esta intervención se enfocó en cuatro paquetes instruccionales de alto impacto para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y la seguridad farmacológica.

El taller empleó una metodología teórico-práctica basada en simulaciones y discusiones interactivas, lo que permitió no solo evaluar el conocimiento, sino también la destreza técnica en tiempo real.



Yajaira Castellanos Pérez

Líder de Seguridad del Paciente, Control de Infecciones y Vigilancia Epidemiológica

Su ejecución no solo actualiza las habilidades del personal, sino que genera un impacto directo en:

INDICADORES TRAZADORES

Tasa de Caída Institucional

2025: 0.08%
Meta: 5%



Complicaciones Quirúrgicas

2024: 0.48%
2025: 0.40%



Tasa de Lesiones por Presión

2024: 1.01%
2025: 0.85%



Tasa de infección Intrahospitalaria

2024: 1.61%
2025: 1.37%

✓ **Seguridad del paciente:** reducción del riesgo de eventos adversos y de complicaciones asociadas a procedimientos.

✓ **Eficiencia operativa:** disminución de costos derivados de infecciones y complicaciones hospitalarias.

✓ **Confianza del personal:** fortalecimiento de la seguridad individual y del trabajo en equipo mediante la unificación de criterios de atención.



CONTROL DE INFECCIONES

En nuestra institución, el compromiso con la cultura de la calidad y la seguridad del paciente, en alineación con las directrices distritales y nacionales para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), se mantuvo como un eje prioritario. En este marco, continuamos implementando estrategias multidisciplinarias orientadas a la obtención de los mejores resultados clínicos.

Durante 2025, la gestión del riesgo biológico y el control de infecciones evidenciaron una tendencia positiva de mejora sostenida. El fortalecimiento de la adherencia a los protocolos básicos y la supervisión técnica permitieron alcanzar los siguientes indicadores de impacto:

Tasa de infección Urinaria Asociada a Sonda (TU´AS)

2024: 1.06%
2025: 0.87%



Porcentaje de Adherencia al Protocolo de Lavado de Manos

2024: 75.83%
2025: 77.31%



Porcentaje de Adherencia al Tiempo de Administración de Profilaxis Antibiótica

2024: 95.10%
2025: 97.73%



Tasa de Infección de Sitio Quirúrgico

2024: 2.42%
2025: 1.82%





Reducción de infecciones urinarias asociadas a dispositivos (ITU-AS): se logró una disminución significativa en la tasa de infección urinaria asociada a dispositivos. Este resultado guarda relación directa con el buen desempeño observado en la preparación de insumos y en la técnica de colocación de guantes estériles evaluada en el personal.

Seguridad farmacológica en profilaxis: la institución alcanzó un nivel de excelencia (97,73 %) en la administración oportuna de profilaxis antibiótica. Este indicador es crítico para la prevención de infecciones de sitio quirúrgico y demuestra una alta adherencia a los tiempos institucionales.

Higiene de manos: se evidenció un incremento en el cumplimiento global del protocolo de higiene de manos, alcanzando el 77,31 %. Aunque representa una mejora frente a 2024, este aspecto se mantiene como prioridad de intervención para 2026, con el objetivo de cerrar la brecha entre el conocimiento técnico (alto) y el cumplimiento estricto del tiempo y la técnica correcta.



MEJORAMIENTO CONTINUO

Fomentamos el trabajo constante y el seguimiento a la gestión documental, la gestión de indicadores y la ejecución de planes de mejora, con el fin de garantizar el fortalecimiento del mejoramiento continuo institucional.

Programa de Capacitación y Formación 2025



Viviana Andrea Cataño Zapata
Líder de Mejoramiento Continuo

El programa de formación virtual alcanzó un cumplimiento del 100 % en la ejecución de las actividades. Durante el año, se logró una cobertura institucional del 96 %, sin variaciones frente a 2024, lo que evidencia estabilidad en el indicador a lo largo del tiempo. Asimismo, se obtuvo un promedio de calificación institucional de 4,8, en cumplimiento de la meta anual establecida, y se registró un incremento del 2 % en los planes de mejora respecto al año anterior.

El programa de capacitación y formación fue implementado desde el Área de Calidad y se centró en los Estándares de Habilitación, los paquetes instruccionales, el Programa de Seguridad del Paciente y otros temas de interés institucional.

MES	CURSOS REALIZADOS	% DE COBERTURA	PROMEDIO DE CALIFICACIÓN
Febrero	6	94%	4.9
Marzo	5	98%	4.9
Abril	4	97%	4.9
Mayo	5	96%	4.9
Junio	4	95%	4.8
Julio	4	97%	4.8
Agosto	4	94%	4.8
Septiembre	4	96%	4.8
Octubre	4	96%	4.9
Noviembre	4	97%	4.8
Diciembre	3	96%	4.8
TOTAL	47	96%	4.8



- ✓ Paquetes **Instruccionales** (13).
- ✓ **Programa** de Seguridad del Paciente.
- ✓ Estándares de **Habilitación - Procesos prioritarios**.
- ✓ Otros de **interés Institucional**.



Gestión Documental

Durante el año se realizaron actividades de verificación documental que permitieron identificar la necesidad de gestionar nuevos documentos o actualizarlos, con el fin de fortalecer los procesos internos de cada área o servicio y dar cumplimiento a los lineamientos normativos y al crecimiento institucional.

Resultados

En el software de gestión de calidad Almera, la institución cuenta con **2.225 documentos**, distribuidos en 16 tipos documentales.

Durante 2025 se gestionaron **419 documentos** entre actualizaciones y cargue de nuevos instrumentos documentales, distribuidos así:

Esta medida busca impulsar una participación oportuna y eficiente en el proceso de auditoría.

3 procesos quedaron exentos de participar en el siguiente ciclo.

10 procesos aplicaron al beneficio de revisión de hallazgos.

Como resultado global, se evidenció un **aumento del 2 %** en el porcentaje de cumplimiento frente a 2024 y un **incremento del 3 %** en el promedio de resultados obtenidos.

Gestión de Auditorías

Se llevó a cabo un proceso de auditorías internas y externas orientado a verificar el cumplimiento de la normatividad vigente, los lineamientos institucionales y las obligaciones contractuales de proveedores o aliados externos.

Durante el ciclo de auditorías 2025 se programaron 32 auditorías (22 internas y 10 externas). De estas, 30 se desarrollaron en su totalidad, lo que representa un 95 % de cumplimiento. Asimismo, el promedio global de los porcentajes de cumplimiento obtenidos en las auditorías fue del **95 %**.

Para este ciclo se adoptó una nueva estrategia que consiste en:

Eximir del siguiente ciclo de auditorías a los procesos o áreas que obtengan un 100 % de cumplimiento.

Otorgar el beneficio de verificación únicamente de hallazgos a aquellos con resultados entre 95 % y 99 %.



Gestión de Indicadores

En el seguimiento de los indicadores institucionales se trabajó en fortalecer el cumplimiento de las fichas técnicas y la generación de informes mensuales, con el propósito de mejorar el control de la gestión de las áreas, la pertinencia de las mediciones y el análisis de su comportamiento.



En el **software de gestión** de calidad Almera, la institución cuenta con **556 indicadores institucionales** disponibles para su medición.



La **oportunidad de medición** de los indicadores, expresada como diferencia en días, fue de -3. Frente a 2024, se evidencia una **reducción de 17 días en el diligenciamiento** dentro de las fechas definidas en la plataforma, lo que demuestra un avance significativo en el proceso; no obstante, se continuará fortaleciendo la cultura de medición oportuna.



El **porcentaje de cumplimiento** de las metas de los indicadores fue del **78 %**, por lo que se mantendrán acciones orientadas a incrementar la adherencia a la gestión de indicadores.

Gestión de Planes de Mejora

Durante el año se generaron diversos planes de mejora derivados de las auditorías internas y externas realizadas por el Área de Calidad y Mejoramiento Continuo, como mecanismo de evaluación y seguimiento a las no conformidades identificadas en los procesos institucionales, verificando su cumplimiento y gestión.



PROGRAMAS ESPECIALES

CLÍNICA DE OBESIDAD – PESO SALUDABLE



En el año 2025 se realizaron **260 cirugías bariátricas frente a las 222 realizadas en 2024**, de esta cantidad el 74% correspondió a sleeve gástrico y el 26% a bypass gástrico.

Se identifica que los pacientes operados y evaluados a las 6 semanas de cirugía bariátrica presentan un porcentaje de pérdida del exceso de peso del 34% aproximadamente, lo que equivale a una pérdida de 11,4 kilos comparado con el peso prequirúrgico. A los seis y nueve meses de cirugía bariátrica logran una pérdida del exceso de peso del 61,8% correspondiente a una pérdida de 24,8 kilos aproximadamente y cuando finalizan el año de seguimiento en el programa alcanzan un promedio de pérdida del exceso de peso del 69,2% lo que corresponde a una pérdida de 29 kilos aproximadamente, lo cual es satisfactorio ya que según los lineamientos ACOCIB (Asociación Colombiana de obesidad y cirugía bariátrica) refieren que una cirugía bariátrica se considera exitosa si mínimamente el paciente logra una pérdida del 50% del exceso de peso total en el primer año de cirugía bariátrica.



AÑO	2022	2023	2024	2025
Total pacientes activos	527 pacientes	577 pacientes	513 pacientes	502 pacientes
Ingresos	205 pacientes	237 pacientes	260 pacientes	326 pacientes
Pacientes vistos en Junta Médica	205 pacientes	215 pacientes	245 pacientes	325 pacientes
Pacientes en Plan de Adherencia	24 pacientes	14 pacientes	20 pacientes	13 pacientes
Cirugías realizadas	227 cirugías Sleeve Gástrico: 160 Bypass Gástrico: 67	210 cirugías Sleeve Gástrico: 160 Bypass Gástrico: 50	222 cirugías Sleeve Gástrico: 159 Bypass Gástrico: 63	260 cirugías Sleeve Gástrico: 193 Bypass Gástrico: 67

En el presente 120 pacientes han logrado una pérdida mayor al 50% del exceso de peso, lo cual es bastante satisfactorio, porque que del total de los pacientes operados casi el 46% de la población intervenida ya logró el objetivo, teniendo presente que los pacientes revisados para este informe se encuentran en diferentes etapas del proceso por lo que la pérdida de peso va a variar según el tiempo que tengan de cirugía bariátrica.

Nuestros retos para 2026 se enfocan en que el paciente sea llevado a cirugía bariátrica desde que ingresa al programa en máximo 90 días, ya que actualmente se presenta una media de 114 días desde el ingreso para que el paciente sea operado.



CLÍNICA DE PORFIRIA

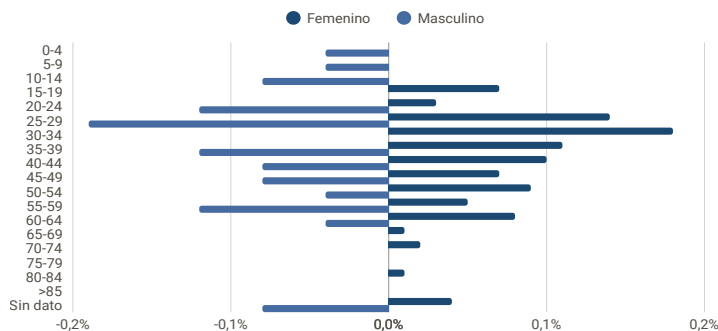
Durante 2025, el programa dirigido a la cohorte de pacientes de EPS SURA con diagnóstico confirmado o sospecha de porfiria consolidó su operación como un modelo especializado de alta pertinencia clínica. El comportamiento de la demanda y el volumen de seguimiento reflejaron la necesidad de una ruta estructurada para una patología de baja frecuencia y alto impacto, con énfasis en el diagnóstico, la captación, el seguimiento multidisciplinario y la respuesta oportuna ante eventos agudos.

Cohorte de Pacientes y Diagnóstico

Al cierre de 2025, la cohorte consolidada incluyó 253 pacientes. La población objetivo para seguimiento clínico correspondió a 116 pacientes (confirmados y pendientes de confirmación), de los cuales 90 contaban con diagnóstico confirmado y 26 permanecían pendientes de definición.

En la caracterización demográfica se mantuvo un predominio femenino (78,4 %), con concentración en edades productivas: 47,4 % entre 18 y 39 años y 37,1 % entre 40 y 64 años. La población menor de 18 años representó el 6,9 %, los mayores de 65 años el 3,4 % y en el 5,2 % de los casos no se contó con datos de edad.

Durante el año se registraron 30 pacientes nuevos, lo que evidencia un flujo sostenido de captación y actualización del universo en seguimiento.

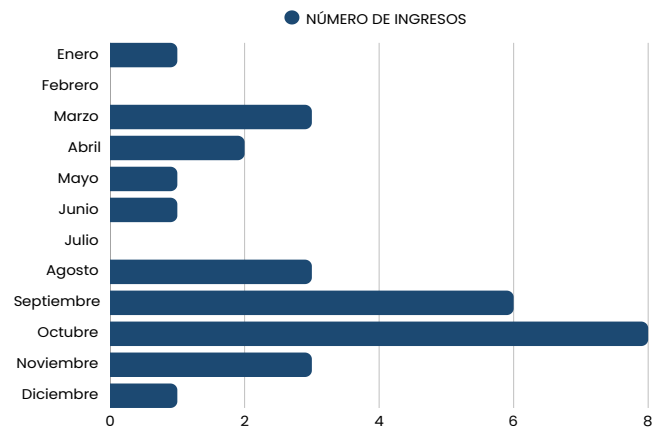


Distribución de Atenciones por Sexo y Edad



Seguimiento Clínico y Oportunidad de Ingreso

El seguimiento se desarrolló mediante una ruta multidisciplinaria que incluyó, entre otras especialidades, hepatología, neurología, pediatría, nutrición, psiquiatría, ginecología y obstetricia, trabajo social, psicología, hematología, medicina interna y toxicología, con distribución mensual de citas cumplidas por especialidad según el consolidado institucional.



Población Incidente 2025



ALTO COSTO

Proceso de Captura y Cargue de Información (SISCAC)



Durante 2025, la institución implementó un cambio sustantivo en la gestión de la *Cuenta de Alto Costo* en el SISCAC. El proceso dejó de operar como un ejercicio predominantemente orientado al cierre o consolidación de cohorte y **evolucionó hacia un esquema de captura, verificación y cargue mensual mes vencido, con seguimiento continuo y control sistemático de la calidad del dato.**

Este ajuste trascendió el ámbito administrativo, al implicar un rediseño operativo del flujo de información, una mayor disciplina en la actualización de registros y una trazabilidad más consistente de los pacientes incluidos en los reportes.

El nuevo enfoque permitió que el reporte reflejara con mayor fidelidad la atención real del período, incorporando la dinámica asistencial de los diferentes puntos de contacto institucionales y fortaleciendo el seguimiento de las enfermedades de alto costo, tanto desde la perspectiva del paciente como desde la sostenibilidad y la trazabilidad institucional.



Estandarización del Proceso y Fortalecimiento del Control del Dato

Se implementó una estrategia orientada a asegurar que el cargue mensual no se limitará al cumplimiento del reporte, sino que sostuviera un ciclo continuo de mejora en la completitud y consistencia de la información.

Esta estrategia se estructuró en tres componentes centrales:



Seguimiento individual de los casos reportados.

Se fortaleció la revisión caso a caso, con el propósito de **disminuir al máximo el uso de registros genéricos o "comodín"**. Esta acción incrementó la precisión del reporte y la utilidad del dato para el análisis y el seguimiento clínico-administrativo.



Articulación con EPS y soporte institucional

Se consolidó un **enlace más directo con líderes de las EPS**, acompañado de capacitaciones institucionales y del uso de soportes del sistema SISCAC, orientados a **mejorar la alineación del proceso y la actualización oportuna de la información relevante**.



Validación mensual estructurada con liderazgo clínico-operativo.

Se estableció una **validación mensual formal bajo la responsabilidad de una jefatura de enfermería**, encargada de verificar la información del período inmediatamente anterior, registrarla en la estructura oficial definida por SISCAC, **contrastarla con las actualizaciones disponibles en la plataforma, realizar el cargue y gestionar la corrección de inconsistencias**.

Este ciclo incorpora la revisión sistemática de errores y la retroalimentación dirigida al coordinador del servicio hemato-oncológico sobre variables susceptibles de mejora, con énfasis en la actualización de datos del paciente, la trazabilidad y la calidad del registro.

En conjunto, este modelo permitió **evolucionar de un reporte predominantemente estático a un proceso dinámico y sostenido**, con capacidad de depuración mensual y mayor coherencia entre la atención efectivamente prestada y la información reportada.



Comportamiento 2025 – Hemofilia



En hemofilia también se evidenció un cambio relevante. El número de pacientes pasó de 21 a 40, con un total de 80 registros reportados en 2025. Este incremento se explica por la ampliación del modelo de identificación y captura, que durante 2025 incorporó de manera más específica a los pacientes atendidos en urgencias, consulta ambulatoria y hospitalización, así como a aquellos sometidos a procedimientos quirúrgicos que requieren administración de factor.

Destacaron la leucemia mieloide aguda (C92.0) con 5,96%, la leucemia linfoblástica aguda (C91.0) con 4,77% y el linfoma no Hodgkin no especificado (C85.9) con 4,62%.

En este mismo grupo se registraron mieloma múltiple (C90.0) con 3,58% y otros linfomas malignos (C84.5) con 2,38%, además de otros diagnósticos con menor participación individual dentro del top 10 hospitalario.

CIE 10	DIAGNÓSTICO
● C920	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA.
● C910	LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA.
● C859	LINFOMA NO HODGKIN NO ESPECIFICADO.
● C900	MIELOMA MÚLTIPLE.
● C845	OTROS LINFOMAS DE CÉLULAS Y LOS NO ESPECIFICADOS.
● C844	LINFOMA DE CÉLULAS T PERIFÉRICO.
● C921	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICO.
● C857	OTROS TIPOS ESPECIFICADOS DE LINFOMA NO HODGKIN.
● C819	ENFERMEDAD DE HODGKIN NO ESPECIFICADA.
● C833	LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS GRANDES (DIFUSO).

Hospitalario Cuenta de Alto Costo



En el componente ambulatorio, el patrón de mayor frecuencia se concentró en mieloma múltiple (C900) con 9,23% y linfoma no Hodgkin no especificado (C859) con 6,91%. Se registraron además leucemia mieloide crónica (C921) con 2,55%, tumor maligno de próstata (C61) con 2,51% y leucemia linfocítica crónica (C911) con 2,30%. El top 10 se incluyó con enfermedad de Hodgkin no especificada (C819) con 1,70%, mielofibrosis aguda (C945) con 1,41%, leucemia mieloide aguda (C920) con 1,33%, linfoma no Hodgkin folicular sin otra especificación (C829) con 1,29% y leucemia linfoblástica aguda (C910) con 1,24%.

CIE 10**DIAGNÓSTICO**

● C900	MIELOMA MÚLTIPLE.
● C859	LINFOMA NO HODGKIN NO ESPECIFICADO.
● C921	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA.
● C61X	TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA.
● C911	LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA.
● C819	ENFERMEDAD DE HODGKIN NO ESPECIFICADA.
● C945	MIELOFIBROSIS AGUDA.
● C920	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA.
● C829	LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.
● C910	LEUCEMIA LINFoblástica AGUDA.

Ambulatorio Cuenta de Alto Costo



MODELOS DE CONTRATACIÓN DIFERENTES AL EVENTO

Dentro de los objetivos estratégicos institucionales ha sido prioritario participar en modelos de contratación innovadores que promuevan la sostenibilidad financiera y la gestión eficiente del riesgo en salud. En este marco, desde 2016 la Clínica viene desarrollando un esquema contractual con la EPS Salud Total, el cual ha sido objeto de análisis técnico y reestructuraciones orientadas a optimizar su desempeño y alinearlos con las dinámicas epidemiológicas y financieras de la población atendida.

Actualmente, el modelo se basa en frecuencias de uso y costo promedio por evento, e incorpora metas explícitas de ejecución de acuerdo con la nota técnica definida para la población asignada.

El modelo se desarrolla de manera compartida con Clínica Antioquia S.A. En promedio, la *Clínica Sagrado Corazón* ejecuta aproximadamente el 48 % de la población asignada, correspondiente al 100 % de los afiliados de la EPS en el Valle de Aburrá.

Actividades por ejecutar	Valor a ejecutar mensual NT
3.513	2.716.102.447

Como mecanismo de medición y control del modelo, implementamos un programa estructurado de seguimiento a la ejecución, basado en el cumplimiento de las metas de actividad y facturación. Este

esquema permite monitorear de manera sistemática el desempeño mensual, garantizar la alineación con las condiciones pactadas en el acuerdo contractual y anticipar desviaciones para la toma oportuna de decisiones correctivas.

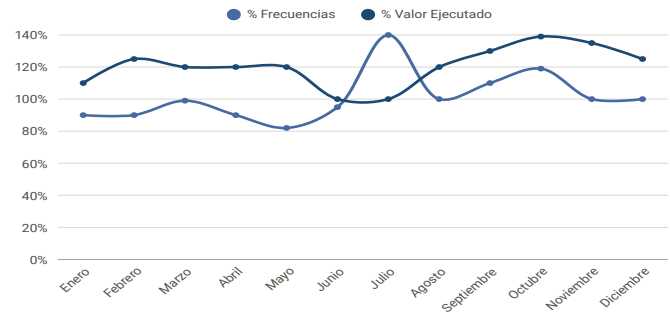
Como mecanismo de medición y control del modelo, implementamos un programa estructurado de seguimiento a la ejecución, basado en el cumplimiento de las metas de actividad y facturación. Este esquema permite monitorear de manera sistemática el desempeño mensual, garantizar la alineación con las condiciones pactadas en el acuerdo contractual y anticipar desviaciones para la toma oportuna de decisiones correctivas.

Mes	% Cumplimiento frecuencias	% Cumplimiento valor ejecutado
ENERO	92%	116%
FEBRERO	92%	125%
MARZO	97%	121%
ABRIL	93%	122%
MAYO	89%	122%
JUNIO	97%	100%
JULIO	138%	101%
AGOSTO	117%	100%
SEPTIEMBRE	135%	107%
OCTUBRE	139%	117%
NOVIEMBRE	135%	103%
DICIEMBRE	126%	101%



En 2025, los ingresos derivados del modelo ascendieron a \$33.179 millones, lo que representa un crecimiento del 16 % frente a 2024, año en el que se registraron \$28.665 millones.

Para la clínica, este modelo constituye una expresión de trabajo colaborativo con la aseguradora, sustentado en la gestión compartida del riesgo y en la construcción de relaciones de confianza. A través de este enfoque, garantizamos una atención integral bajo altos estándares de calidad, lo cual se ve reflejado en la fidelización de los usuarios adscritos al modelo y en los elevados niveles de satisfacción reportados.



Ejecución Facturación de los Modelos PGP Salud Total

Durante 2025 se ejecutaron 40.377 actividades, cifra que representa un incremento del 29 % respecto al año anterior. Este resultado confirma la capacidad resolutoria de la institución en un modelo de alta complejidad, basado en una gestión clínica y financiera orientada a la oportunidad, la eficiencia y el costo efectividad en la atención.

AGRUPADOR	META A EJECUTAR	TOTAL EJECUTADO	% CUMPLIMIENTO
Cirugía ambulatoria	6.143	7.268	118%
Cirugía hospitalaria	2.782	3.252	117%
UCI	170	187	110%
UCE	138	120	87%
Hospitalización	2.448	2.406	98%
Cirugía de planificación	246	38	15%
Biopsias	129	165	128%
Consulta especializada	13.855	18.026	130%
Neurocirugía	169	202	120%
Reemplazo articular	90	139	154%
Urgencias	11.490	8.574	75%

En algunos servicios específicos, como cirugía de planificación, no se alcanzaron las metas previstas debido a decisiones de la aseguradora relacionadas con el redireccionamiento de pacientes hacia otra institución dedicada exclusivamente al manejo de este tipo de pacientes, situación ajena a la capacidad instalada, oferta o gestión operativa de la clínica.



Gestión

RESPONSABLE Y S



SOSTENIBLE



GESTIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL **GRI 2-22, GRI 2-23**

Aspectos Materiales y Cobertura

Conscientes del compromiso asumido por el país desde 2015 para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el Comité de Sostenibilidad de nuestra institución ha diseñado e implementado una serie de estrategias orientadas a contribuir de manera activa al desarrollo sostenible, tanto a nivel nacional como en beneficio de la sociedad en general.





Para el **año 2025** se implementaron 48 acciones orientadas al cumplimiento de **13 de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**. Estas iniciativas representaron una inversión total de **\$1.053.443.145** pesos durante el periodo, reflejando el compromiso institucional con el desarrollo sostenible y la generación de impacto social.

De acuerdo con la estrategia organizacional, la sostenibilidad se concibe a partir de tres dimensiones fundamentales: social, ambiental y financiera. A través de estas, buscamos reducir al máximo los impactos negativos sobre nuestros grupos de interés, en concordancia con el estándar GRI.

Para ello, fue esencial identificar y definir los temas materiales que orientan nuestras acciones, decisiones y prioridades en cada una de estas dimensiones, asegurando una gestión responsable, transparente y alineada con los principios de desarrollo sostenible. **GRI 2-24**



Precisión.
Puntualidad.
Comparabilidad.
Fiabilidad.
Claridad.
Equilibrio.





IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS DE INTERÉS

Durante el 2025 no se presentaron cambios significativos con relación a nuestros grupos de interés. La identificación de los grupos de interés por nivel de participación se realizó siguiendo los lineamientos propuestos por la *Organización de Naciones Unidas -ONU-*, así: **GRI 2-6C, GRI 2-29**



Grupos de interés por Responsabilidad:

Grupos con los que se tiene una responsabilidad, legal, financiera y operativa.

- Aseguradoras.
- Entes territoriales.
- Comunidad.
- Pacientes y sus familias.
- Colaboradores.
- Accionistas.
- Medio ambiente.

Grupos de interés por Influencia:

Personas que tienen la posibilidad de influenciar la capacidad de la organización para alcanzar sus metas.

- Medios de comunicación.
- Comunidad.

Grupos de interés por Cercanía:

Grupos que por su cercanía geográfica pueden interactuar con la organización.

- EPS y aseguradoras.
- Proveedores y Contratistas.

Grupos de interés por Dependencia:

Grupos que dependen de la organización.

- Paciente y su familia.
- Colaboradores.
- Proveedores y Contratistas.



NUESTRO COMPROMISO CON LOS GRUPOS DE INTERÉS **GRI 2-29**

La organización reconoce que identificar a sus grupos de interés y comprender sus expectativas y necesidades es fundamental para establecer una conexión sólida con los propósitos compartidos. Este enfoque no solo mejora la percepción sobre el estado de nuestra reputación institucional, sino que también fortalece la confianza en nuestra gestión.

La relación con nuestros grupos de interés está claramente definida dentro de nuestro direccionamiento estratégico de la siguiente manera:

GRUPO DE INTERÉS	DECLARACIÓN DE COMPROMISO ORGANIZACIONAL
Colaboradores	<p>Desarrollar de manera integral el talento humano, promoviendo su crecimiento profesional y personal, y generando un ambiente de bienestar para nuestros colaboradores y sus familias.</p> <p>Fortalecer un modelo de calidad centrado en la seguridad del paciente y en la gestión efectiva del riesgo es esencial para garantizar una atención de excelencia.</p>
Pacientes y Familias	<p>Promover una atención humanizada, que se basa en la compasión y en la creación de soluciones que aseguren el bienestar de cada individuo.</p> <p>Brindar servicios oportunos y eficientes, respaldados por la mejor evidencia científica disponible y alineados con el modelo integral de atención en salud, siempre comprometidos con los más altos estándares de calidad.</p>
EPS y Aseguradoras	<p>Gestionar modelos de atención innovadores y costo-efectivos, a través de una gestión clínica adecuada, es clave para optimizar los recursos y ofrecer atención de calidad.</p>
Comunidad	<p>Contribuir activamente con acciones de sostenibilidad para el fortalecimiento de nuestra área de influencia es un compromiso fundamental.</p>
Accionistas	<p>Lograr crecimiento y sostenibilidad financiera.</p>
Medio Ambiente	<p>Minimizar el impacto ambiental de nuestra operación y hacer uso racional de los recursos naturales.</p>
Entes Territoriales	<p>Contribuir a la calidad de la prestación mediante el apoyo a los entes territoriales de todos los niveles.</p>
Proveedores y Contratistas	<p>Asegurar que cada vínculo comercial esté alineado con nuestro Código de Ética y Buen Gobierno, rechazando cualquier práctica que atente contra la integridad institucional.</p>



Estos escenarios permiten fortalecer la confianza, consolidar relaciones sostenibles y generar valor compartido, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales y al bienestar de las comunidades con las que interactuamos.





IDENTIFICACIÓN DE TEMAS O ASUNTOS MATERIALES



Al igual que en años anteriores, durante el 2025, para identificar los temas materiales, se realizó una encuesta virtual dirigida a nuestros grupos de interés, lo que nos permitió evaluar su percepción sobre nuestro desempeño en áreas ambientales, sociales y económicas. Además, la encuesta nos ayudó a identificar los temas clave y las preocupaciones en relación con la sostenibilidad. Esta acción forma parte de la continuidad del trabajo iniciado con nuestros grupos de interés, a quienes segmentamos según sus niveles de participación. Cabe destacar que no se identificaron grupos de interés con los que la organización no mantenga interacción.

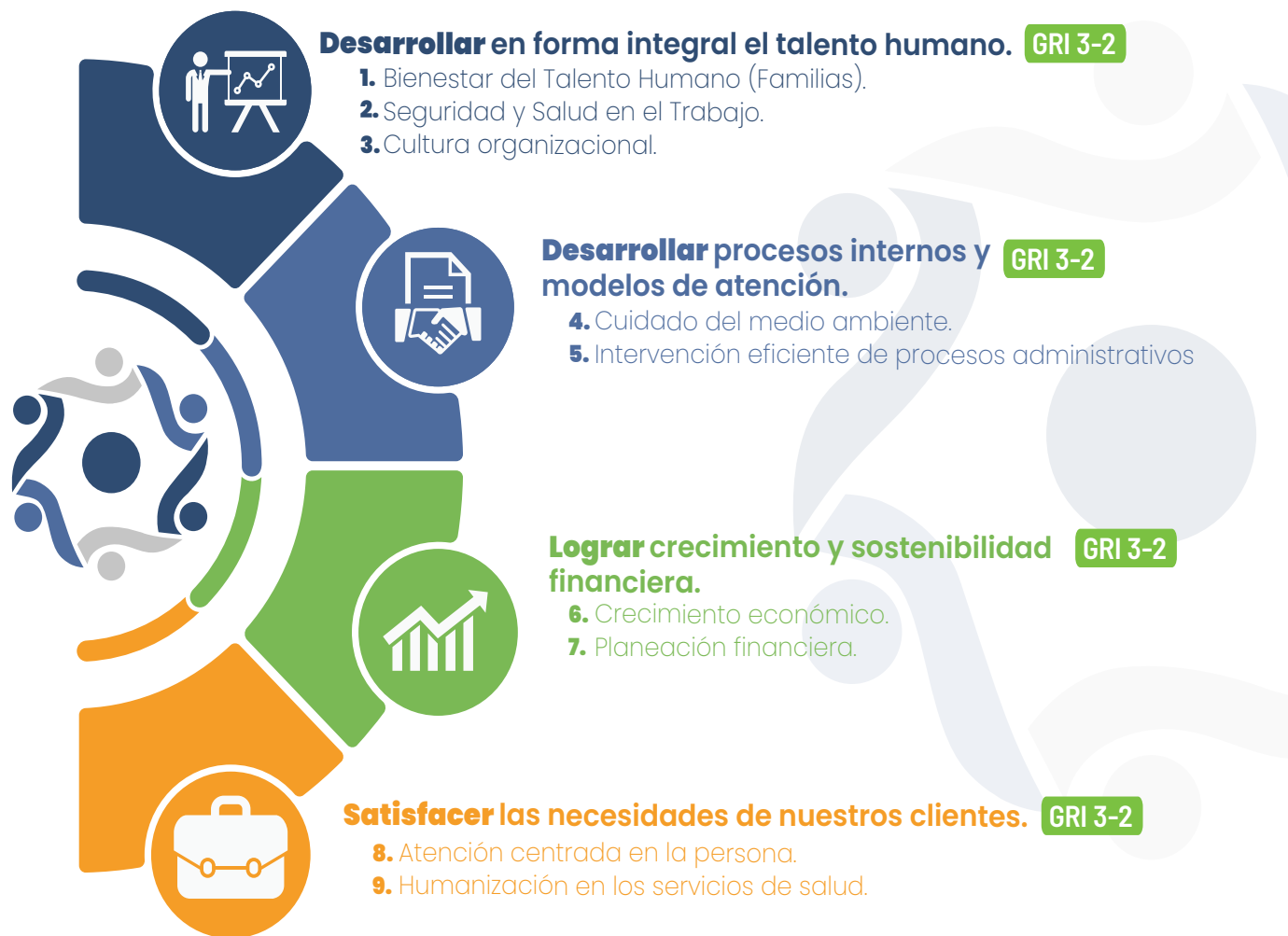
La encuesta anual de identificación de temas clave y preocupaciones, dirigida a clientes y proveedores, contó con la participación de 24 nuevos grupos de interés, además de los 43 que participaron en encuestas anteriores. Esto nos permitió contar con un 28% de clientes y proveedores comprometidos con acciones formales de sostenibilidad.

Para nuestros consumidores (pacientes y sus familias), seguimos identificando sus necesidades, expectativas, gustos, preferencias y preocupaciones a través de encuestas presenciales (internas) y llamadas telefónicas, lo que nos permite mantener una atención centrada en sus requerimientos y seguir mejorando la calidad de nuestros servicios. **GRI 3-1**



MATRIZ DE MATERIALIDAD **GRI 3-1**

A continuación, se identifican los temas materiales identificados por nuestros grupos de interés los cuáles fueron relacionados con nuestra estrategia 2025.





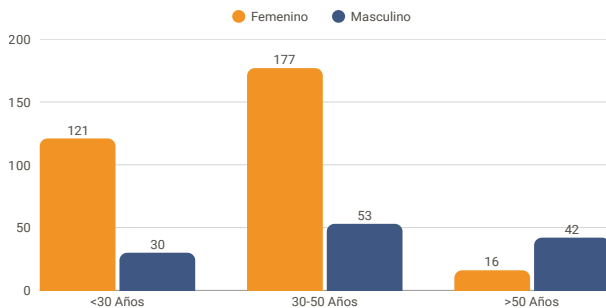
COLABORADORES

Estructura del Personal

Nuestra planta de personal está conformada por 366 colaboradores vinculados mediante contrato laboral y 73 partícipes no gestores, para un total de 439 personas. Del total del talento humano, 314 son mujeres y 125 son hombres.

Garantizamos procesos de selección basados en la igualdad de oportunidades, así como la aplicación de escalas salariales definidas de acuerdo con la naturaleza y responsabilidades de cada cargo, promoviendo la equidad y la transparencia en la gestión del talento humano.

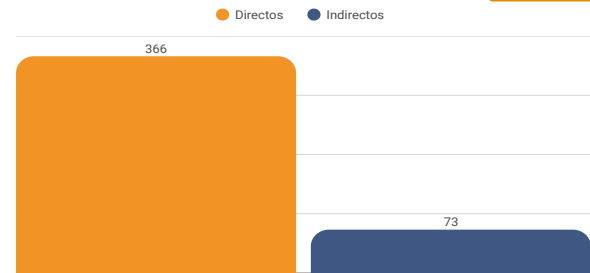
GRI 2-7A



Cantidad de Empleados por Género y Edad

GRI 2-7B

GRI 2-7B

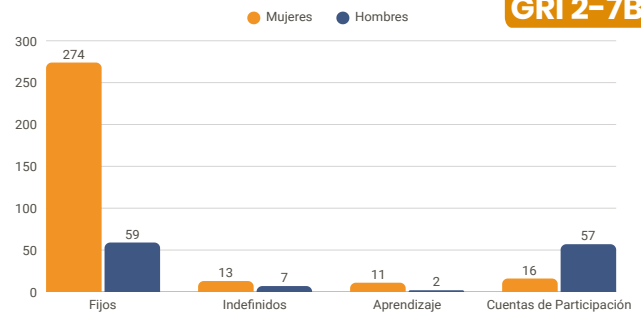


Porcentaje de Contratación Directa e Indirecta

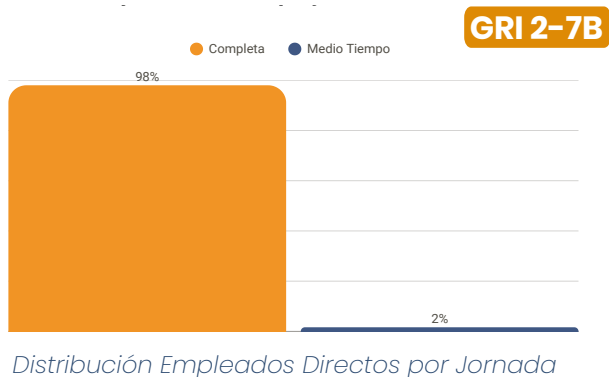
Adicionalmente, el **98,36%** de nuestros colaboradores directos están contratados en jornada laboral completa, con el objetivo de **incentivar el sentido de pertenencia organizacional y generar estabilidad económica.**



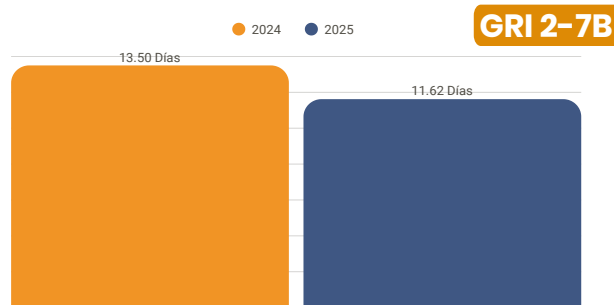
GRI 2-7B



Distribución por Género Empleados por Tipo de Contrato



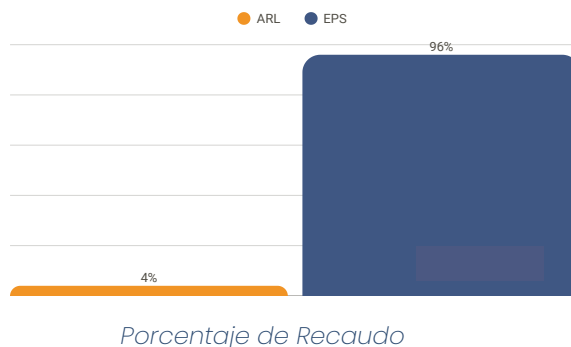
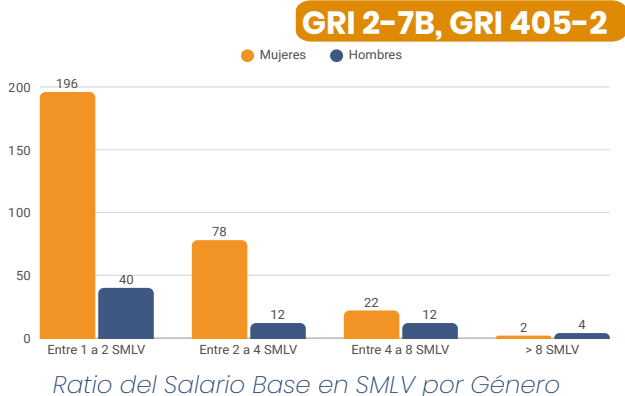
En 2025, garantizamos que nuestros colaboradores disfrutaran de su período vacacional completo, en cumplimiento de los cronogramas establecidos desde el inicio del año.



Política de Remuneración

Nuestra escala salarial se encuentra definida de acuerdo con el cargo, el nivel de responsabilidad y el análisis del mercado para posiciones equivalentes. Este enfoque contribuye a la estabilidad de nuestra planta de personal y al mantenimiento del equilibrio financiero institucional, garantizando criterios de equidad, competitividad y sostenibilidad.

Durante el año 2025, se recaudaron en concepto de recobro de incapacidades a las diferentes aseguradoras un total de **CIENTO OCHENTA Y CINCO MILLONES SIETE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/L (\$185.007.692)**.





Permiso Parental

En 2025, doce (12) de nuestros colaboradores hicieron uso del permiso parental establecido por la ley: nueve (9) correspondieron a licencias de maternidad y tres (3) a licencias de paternidad, para un total de 1.064 días remunerados.

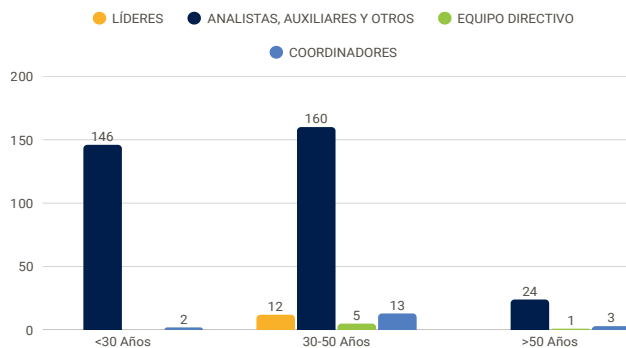
La clínica destinó una inversión de tres millones seiscientos cuarenta y ocho mil trescientos setenta y nueve pesos M/L (\$3.648.379) en tiempo adicional, contribuyendo así al fortalecimiento de los vínculos maternos y familiares.

PERMISO PARENTAL	
ACTIVIDADES PLANEADAS	COSTO
Jornada durante el último mes de embarazo	\$2.738.001
Treinta minutos adicionales de Lactancia	\$910.378
TOTAL	\$3.648.379

GRI 401-3

Diversidad en Órganos de Gobierno y Empleados

Nuestros procesos de selección están diseñados para garantizar la equidad y la igualdad de condiciones en el momento de la contratación. No toleramos ningún tipo de discriminación por razones de raza, color, orientación sexual, género, creencias religiosas o preferencias políticas.



Órgano de Gobierno y Empleados por Edad/Género

GRI 2-7B, GRI 405-1

DIVERSIDAD EN ÓRGANOS DE GOBIERNO Y EMPLEADOS	
GRUPOS ÉTNICOS	% PARTICIPACIÓN
Gitano	1%
Indígenas	1%
Negro, mulato o afrodescendiente	7%
No se identifica con algún grupo étnico	91%
TOTAL	100%

Promedio de Participación de Grupos Étnicos

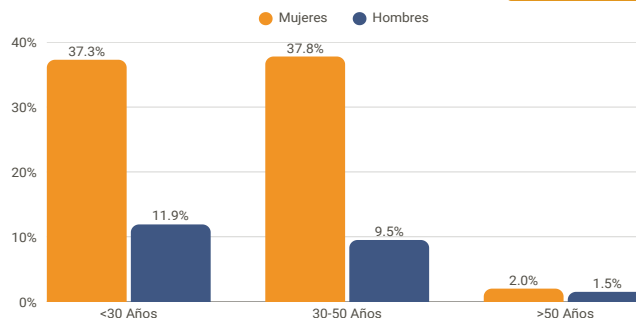
GRI 2-7B, GRI 406-1



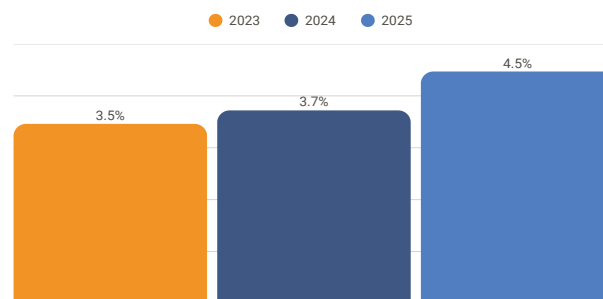
SELECCIÓN Y ROTACIÓN

Nuestros procesos están orientados a garantizar la adecuada selección, contratación e ingreso de personal idóneo, mediante mecanismos de reclutamiento interno y externo que permitan cumplir con las aptitudes y actitudes requeridas para cada cargo, desde la definición de perfiles y competencias hasta el cumplimiento de la normatividad vigente.

Desde el área de Gestión Humana y sus subprocesos se han implementado diversas estrategias orientadas a fortalecer la adherencia de los colaboradores a nuestra cultura organizacional. Asimismo, desde el proceso de reclutamiento se busca minimizar la rotación mediante la claridad en las condiciones salariales y en las funciones específicas definidas para cada cargo. **GRI 404-1**

GRI 2-7B


Rotación del Personal por Edad/Género



Promedio de Rotación por Año

GRI 2-7B, GRI 401-1


En cuanto a la rotación de personal, durante 2025 se registró un **porcentaje promedio de 4,47%**, ubicándose ligeramente por encima de la meta establecida. Este **incremento del 0,47%** se asocia principalmente a **mejores ofertas laborales relacionadas con la asignación salarial**.



Fortalecimiento de Equipos de Trabajo

Con el propósito de responder a los retos actuales y fortalecer los diferentes procesos institucionales, y reconociendo la importancia de evaluar y hacer seguimiento a los procedimientos y controles establecidos, implementar y administrar el modelo de costos en las distintas unidades de negocio, así como integrar y dar seguimiento a los sistemas de información clínica y administrativa, se incorporaron a la planta de personal los cargos de *Auditor de Control Interno*, *Líder de Costos* y *Líder de Datos*.

De igual manera, con el fin de reconocer el desempeño, el desarrollo de competencias técnicas y el compromiso de nuestros colaboradores, se llevaron a cabo las siguientes promociones internas:



- Auxiliar de Enfermería a **Auxiliar de Ecosistema Digital**.
- Auxiliar GRD a **Analista de Cuentas de Alto Costo**.
- Enfermera Jefe de Hospitalización a **Enfermera Jefe de UCI/UCE**.





Comité de educación

A través del Comité de Educación, se promovió el desarrollo profesional de seis (6) de nuestros colaboradores, permitiéndoles tener espacios durante la jornada laboral, correspondiente a 30,7 y con un equivalente en inversión de TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS (\$360.000), en pago de matrículas la Clínica realizó una inversión de DOCE MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS (\$12.436.350).

Programa Mi Futuro

Continuando con el Programa Mi Futuro, orientado a acompañar a nuestros colaboradores próximos a pensionarse mediante asesorías técnicas y psicológicas, durante 2025 se logró tramitar el reconocimiento por vejez de uno (1) colaborador, reflejando el compromiso de la institución con la planificación de la transición laboral y el bienestar del personal cercano a la jubilación.



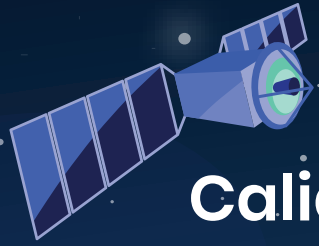


PLAN DE BENEFICIOS **GRI 2-2**

Reconociendo que trabajar en el bienestar de nuestros colaboradores genera un impacto directo en su desempeño, compromiso y la calidad del servicio que brindan; durante el 2025 se continuó con la implementación del **modelo EFR**, a través de cuarenta y ocho (48) Medidas de Conciliación y Bienestar, las cuales se encuentran agrupadas en cinco (5) categorías que propenden por generar un equilibrio entre la vida personal, familiar y laboral para todo el personal de la institución. **La Clínica realizó una inversión de OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/L (\$864.052.295).**



Sara Uribe Velásquez
Líder de Conciliación y Bienestar



CATEGORÍA

Calidad en el Empleo



Bienvenida a la Navidad

250 Kits entregados



Kit de bienvenida

191 Kits entregados



Programa Mi salud mental

Actividades realizadas



Celebración Quinceños

Celebración realizada con **14 colaboradores**



Seguro de vida

264 seguros contratados

Día de la madre y el padre



142 detalles entregados



Cumpleaños de la clínica

216 detalles entregados



Detalle de cumpleaños

379 detalles entregados



Días Culturales y de Salud Mental

Actividades para **prevenir el estrés**



CATEGORÍA

Flexibilidad Temporal y Espacial



Tarde de Cumpleaños:

61 colaboradores hicieron uso de esta medida.



Descanso Día de Cumpleaños:

249 colaboradores hicieron uso de la medida.



Medio Día de Trasteo:

7 colaboradores accedieron a la medida.



Horario Navideño:

98 colaboradores accedieron a la medida.



Día Adicional de Vacaciones:

13 miembros del comité directivo accedieron a la medida.



Día Compensatorio por Grado:

6 colaboradores accedieron a la medida.

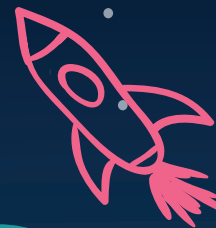


Clínica
Sagrado Corazón



CATEGORÍA

Calidad en el Empleo



Celebración del Día del Niño y la Familia



205 colaboradores accedieron a la medida



Tarde Familiar

164 colaboradores accedieron a la medida



Día Familiar

83 colaboradores accedieron a la medida

Acompaña a tu Familiar Hospitalizado



10 colaboradores hicieron uso de la medida



Bienvenida a tu Mascota

21 colaboradores hicieron uso de la medida



Bienvenida al Nuevo Integrante de la Familia

11 kits de bienvenida entregados



Tiempo para entrega de notas escolares

56 colaboradores accedieron a la medida



Reducción de la Jornada Laboral

9 colaboradores accedieron a la medida

Actividades Navideñas

- Feria de Emprendimiento Navideña.
- Novenas Navideñas organizadas por los diferentes servicios.
- Rifas Navideñas.
- Concurso de Pesebres.
- Compartir navideño.
- Compartir de Año Nuevo.



Clínica Sagrado Corazón

CATEGORÍA

Calidad en el Empleo

Kit de
Condolencias



14 kits entregados



Alternativas
Recreativas y de
Esparcimiento

37 colaboradores
accedieron a la medida



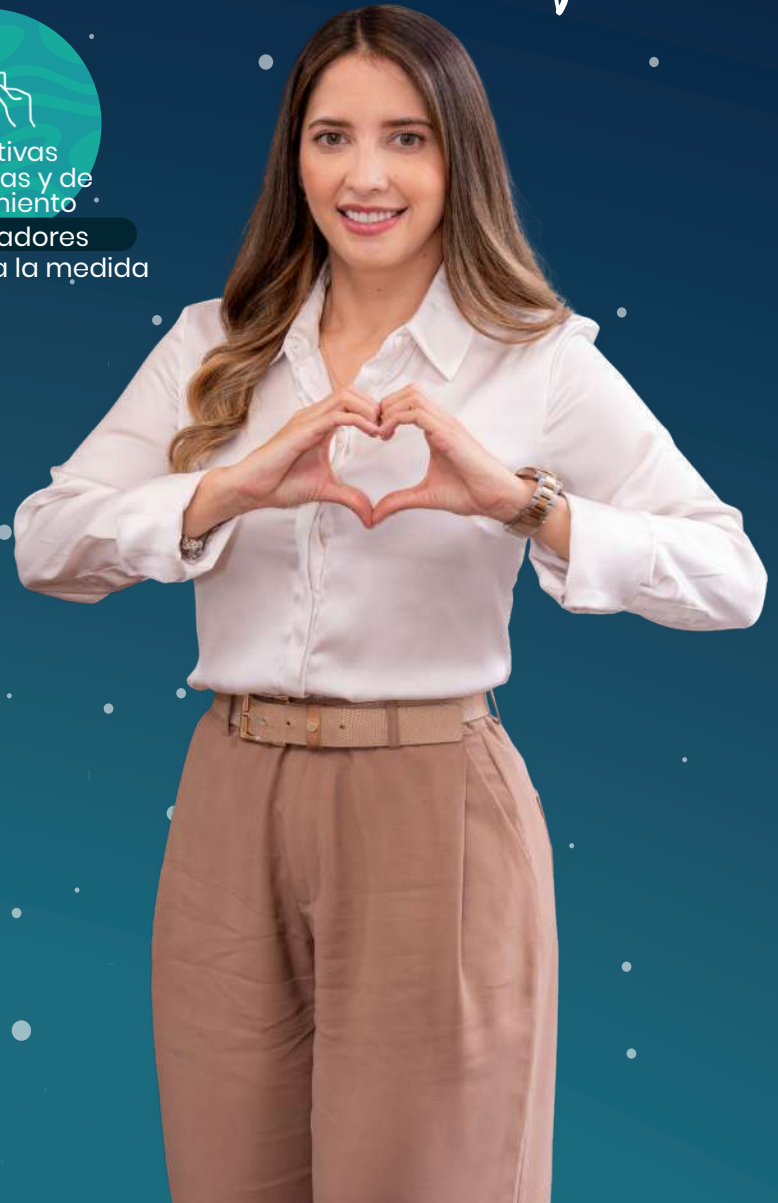
Queremos que
Crezca Sano y
Fuerte

8 Colaboradores accedieron
a la medida



Convenio
Funerario
Familiar

347 convenios
realizados con la
compañía Plenitud





CATEGORÍA

Desarrollo Personal y Profesional



Celebramos tu profesión

332 detalles
entregados en el
día de la
profesión.

Te Apoyamos en tu Crecimiento Profesional

6 colaboradores
accedieron a la
medida.

Conversaciones con Propósito:

23 planes de
formación para
el liderazgo.

Tiempo de estudio:

30.7 horas de
estudio





CATEGORÍA

Igualdad de Oportunidades

Gestión de la Diversidad:
34 espacios generados en esta medida.

Celebración Día del Hombre y de la Mujer:
232 detalles entregados.



Clínica
Sagrado Corazón



MEDIDAS DE CONCILIACIÓN Y BIENESTAR 2025

ACTIVIDADES PLANEADAS	COSTO
Kit de Bienvenida	\$ 501.600
Seguro de Vida	\$ 13,907.894
Detalle de Cumpleaños	\$ 4,070.320
Día de la Madre y el Padre	\$ 171.400
Celebración Cumpleaños de la Clínica	\$ 592.198
Semana de la Salud Mental	\$ 1,306.961
Semana de la Salud	\$ 2,374.616
Celebración Quinquenios (5 y 10 años)	\$ 511.050
Días Culturales y de Salud Mental	\$ 2,021.928
Tarde de Cumpleaños	\$ 2,467.284
Descanso Día del Cumpleaños	\$ 19,577.589
Medio Día de Trasteo	\$ 313.067
Horario Navideño	\$ 6,006.619
Día adicional de Vacaciones Equipo Directivo y Brigada de Emergencias	\$ 2,701.212
Día Compensatorio por Grado	\$ 544.381
Tarde Familiar	\$ 11,129.157
Kit de Condolencias	\$ 155.400
Celebración día del niño y la familia	\$ 3,403.000
Concurso de Disfraces 2025	\$ 550.000



ACTIVIDADES PLANEADAS	
Convenio Funerario Familiar	\$ 3,698.000
3 Días para Acompañar a Familiar Hospitalizado	\$ 1,904.604
Actividades Navideñas	\$ 8,430.139
Rifas Navideñas	\$ 11,400.000
Bienvenida a tu mascota	\$ 467.000
Bienvenida al Nuevo Integrante de la Familia (detalle)	\$ 1,176.112
2 horas para entrega de notas de los hijos	\$ 1,472.425
Reducción de la jornada laboral durante el último mes de embarazo	\$ 2,738.001
Queremos que crezca sano y fuerte	\$ 910.378
Bienvenida a la Navidad	\$ 1,576.750
Celebramos tu profesión	\$ 7,712.035
Te apoyamos en tu crecimiento profesional (Subsidio de Estudio)	\$ 12,436.350
Tiempo para estudiar	\$ 360.000
Plan de Capacitaciones	\$ 737,106.241
Gestión de la Diversidad	\$ 60.000
Celebración Día de la Mujer y del Hombre	\$ 298.584
TOTAL	\$ 864,052.295



Programas para Mejorar las Aptitudes de los Empleados y Ayuda a la Transición **GRI 404-2, GRI 401-2**

Teniendo en cuenta el papel que cumple el fortalecimiento de los conocimientos y competencias de nuestros colaboradores y la promoción de su desarrollo personal y profesional en el cumplimiento de los objetivos institucionales, durante el 2025 se implementaron formaciones en modalidad virtual y presencial, dirigidas a directivos, líderes y colaboradores, fomentando la comunicación, el manejo del tiempo y las destrezas requeridas para desempeñar sus funciones de manera eficiente. Permitiendo a los colaboradores estar mejor preparados para enfrentar los diferentes retos presentados.

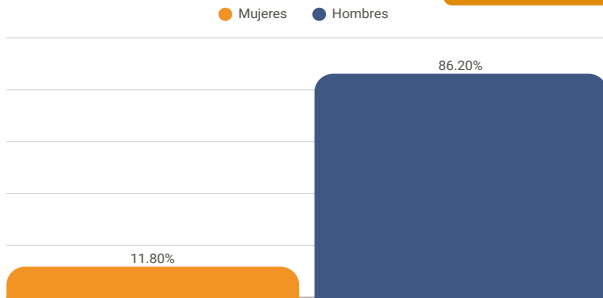
De esta forma, se ejecutaron **2.817 horas de formación que incluyeron aspectos del SER (Formación), SABER (Capacitación) y HACER (Entrenamiento)**. Realizando una inversión de SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MILLONES CIENTO SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/L (\$737,106,241).

Mes	Horas Planeadas	Horas Ejecutadas	% de Cumplimiento	Personal	Costos
Enero	78	30	38%	168	\$ 3,407.045
Febrero	91	236	259%	362	\$ 42,295.392
Marzo	79	331	418%	365	\$ 52,207.058
Abril	82	413	503%	367	\$ 66,794.627
Mayo	92	266	289%	356	\$ 51,527.800
Junio	83	136	164%	359	\$ 75,777.195
Julio	72	74	102%	352	\$ 68,221.714
Agosto	76	302	397%	339	\$ 93,336.751
Septiembre	28	243	867%	338	\$ 60,011.528
Octubre	52	299	575%	354	\$ 126,087.240
Noviembre	178	274	153%	358	\$ 87,297.284
Diciembre	137	213	155%	56	\$ 10,142.607
INVERSIÓN TOTAL PLAN DE FORMACIÓN: \$ 737,106.241					





GRI 404-1



Media de Horas de Formación al Año por Género

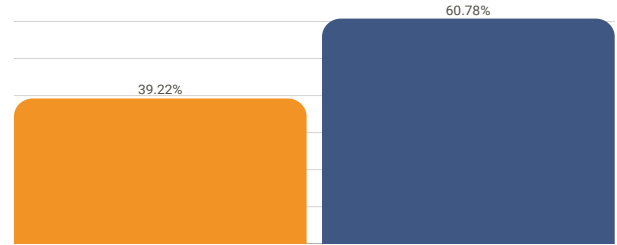
Evaluaciones de Desempeño

Con el fin de medir el cumplimiento de los objetivos, identificar fortalezas y oportunidades de mejora de nuestros colaboradores y, de esta forma, contribuir a su desarrollo personal y profesional, impactando de manera positiva los resultados organizacionales, entre noviembre y diciembre de 2025 se aplicaron 226 evaluaciones de desempeño (doscientas veintiséis) a personal administrativo y asistencial.

Se logró un porcentaje de cumplimiento del 90,4 % (noventa coma cuatro por ciento) y se obtuvo una calificación promedio de 92,62 % (noventa y dos coma sesenta y dos por ciento).

GRI 404-2

● Administrativos ● Asistenciales



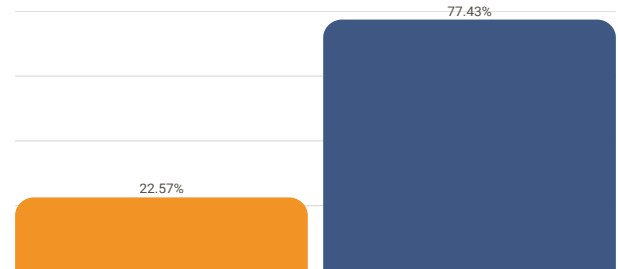
Media de Horas por Categoría **GRI 401-1**

● Mujeres ● Hombres



Porcentaje de Evaluación por Género **GRI 404-3**

● Administrativos ● Asistenciales



Porcentaje de Evaluación por Categoría **GRI 404-3**



SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

GRI 403-1, GRI 403-8



Ana María Amaya Restrepo
Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo

En el año 2025 la clínica implementó el 100% del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en Trabajo SG-SST alcanzando un cumplimiento superior, buscando siempre la mejora, la continuidad y el funcionamiento de todos los procesos, incluyendo también toda la normatividad aplicable a la institución. **GRI 403-1**

Porcentaje de cumplimiento SG-SST

Descripción	AÑO 2025
Cumplimiento según Resolución 0312 de 2019 (Estándares mínimos del SG-SST)	100%

Porcentaje de Evaluación por Categoría

COMITÉS INSTITUCIONALES SST

Con el objetivo de promover la salud y prevenir riesgos, la clínica cuenta con diversos comités que trabajan de manera integral en la identificación de peligros, intervención de riesgos, liderazgo y comunicación asertiva, entre otros aspectos. Estos comités actúan como un puente efectivo que garantiza la comunicación entre los colaboradores y las áreas correspondientes, asegurando respuestas oportunas y una gestión más coordinada.

GRI 403-2, GRI 403-4, GRI 403-5, GRI 403-7



Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST

Este comité fue conformado en marzo de 2025 y tiene vigencia hasta marzo del 2027, se reúne mensualmente para realizar el análisis del 100% de los accidentes de trabajo ocurridos en la Clínica, así como casos de salud, inspecciones de seguridad y la planificación de actividades de prevención y control.

Además, se capacita en los siguientes temas:

Actividades realizadas por el COPASST:



Roles y responsabilidades del comité.

Identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos.

Investigación de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

Plan estratégico de seguridad vial y riesgos de tránsito.

Inspecciones de seguridad.

Estándares de seguridad para riesgo biológico.

Auditorías internas del SG-SST.

Plan Hospitalario de Emergencias y Procedimientos Operativos Normalizados.



Conoce al **COPASST**- aprende sobre caídas y riesgos locativos, con **una inversión de SEISCIENTOS DOS MIL PESOS M/L (\$602.000)**.

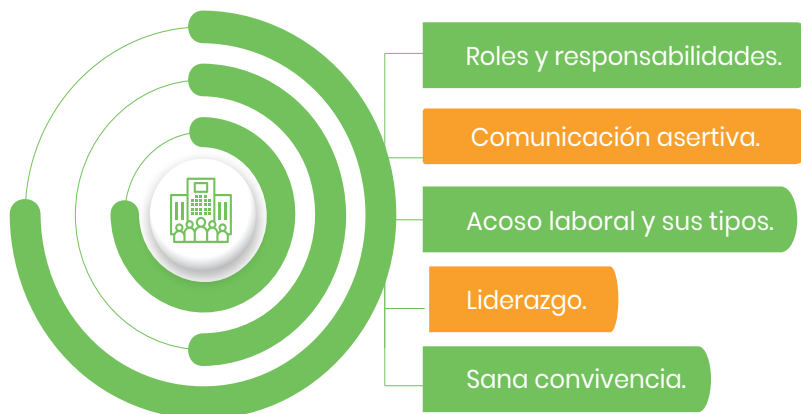


Comité de Convivencia Laboral- COCOLA

Este comité fue conformado en marzo de 2025 y tiene vigencia hasta marzo de 2027. En septiembre de 2025 se realizaron modificaciones a su conformación, de acuerdo con lo estipulado en la Resolución 3461 de 2025.

Durante este año no se presentaron quejas por acoso laboral ante el comité. Se socializaron con todo el personal los canales de comunicación y consulta disponibles para reportar posibles situaciones de acoso laboral dentro de la institución.

Además, los integrantes del comité recibieron capacitación en los siguientes temas:



Actividades realizadas por el COCOLA:

- ✓ Conoce al COCOLA y sus canales de consulta, con una inversión de **SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS M/L (\$652.000)**.
- ✓ Sensibilización sana convivencia, con una inversión de **TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESOS M/L (\$376.500)**.
- ✓ Tipos de acoso laboral y conductas atenuantes, con una inversión de **TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESOS M/L (\$376.500)**.



Comité Hospitalario de Emergencias

Durante el año 2025, el comité se centró en la planificación, evaluación y ejecución del Plan Hospitalario de Emergencias de la Clínica, identificando las posibles amenazas y riesgos que podrían afectar la institución.

Los miembros del comité recibieron capacitación en los siguientes temas:



Roles y responsabilidades.

Sistema de Comando de Incidentes.

Identificación de amenazas y vulnerabilidad.

Guía para la Gestión de Emergencias y Desastres del Ministerio.

ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES

GRI 403-2, GRI 403-9

Accidentes de Trabajo

Durante el año 2025, se registraron 38 accidentes de trabajo, todos los cuales fueron investigados e intervenidos mediante planes de acción con el objetivo de reducir su ocurrencia.

El riesgo biológico fue el tipo de evento más frecuente en la clínica, representando el 39% del total de accidentes, principalmente asociado a punciones con elementos cortopunzantes contaminados o salpicaduras de fluidos corporales.



Riesgo locativo:
21% por caídas a nivel.



Riesgo biomecánico:
21% por manipulación de cargas.



Riesgo mecánico:
16% por golpes con o contra objetos.



Riesgo químico:
3% por exposición a sustancias químicas.



Todos los accidentes registrados fueron clasificados como **leves**, tanto por las secuelas del evento como por los días no laborados. En total, se contabilizaron **90 días de ausentismo asociados a accidentes de trabajo**, lo que representa un promedio de 2,4 días por evento.

Se destacan los **servicios de Hospitalización Básica, Cirugía y Procesos Administrativos**, los cuales registraron una **reducción de la accidentalidad del 100 %, 75 % y 33 %**, respectivamente, en comparación con el año anterior.

Enfermedades Laborales **GRI 403-10**

En el año 2025 **NO** se presentó ninguna Enfermedad Laboral calificada, tampoco se tiene ninguna en proceso de calificación.

Indicadores **GRI 403-10**

Los indicadores del *Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo*, establecidos en la Resolución 0312 de 2019, son los siguientes: frecuencia de accidentalidad, severidad de accidentalidad, proporción de accidentes de trabajo mortales, prevalencia de enfermedades laborales, incidencia de enfermedades laborales y ausentismo por causa médica.

Adicionalmente, a lo estipulado en la norma, también se miden la tasa de accidentalidad y el índice de lesiones incapacitantes.





Indicador	Año 2024	Año 2025	Interpretación indicador
Tasa de accidentalidad	7,03%	8,42%	En el año 2025 se accidentó el 8,42% del total de los colaboradores de la Clínica. Aumentó en 1,39% con respecto al 2024.
Frecuencia de accidentalidad	6,10%	7,31%	Por cada 100 trabajadores de la Clínica se presentaron 7,31 accidentes en el año 2025.
Severidad de accidentalidad	15,14%	17,31%	Por cada 100 trabajadores de la Clínica se perdieron 17,31 días a causa de los accidentes de trabajo.
Índice de lesiones incapacitantes	0,09%	0,12%	El índice de lesión incapacitante aumentó con respecto al año anterior en 0,03.
Proporción de accidentes de trabajo mortales	0,00%	0,00%	En el año 2025 el 0% de los accidentes fueron mortales, al igual que en el año anterior.
Prevalencia de la enfermedad laboral	0,00%	0,00%	Por cada 100 trabajadores de la Clínica existen 0,0 casos de enfermedad laboral calificadas en el año 2025, en los últimos 3 años no se han presentado enfermedades laborales calificadas.
Incidencia de la enfermedad laboral	0,00%	0,00%	Por cada 100 trabajadores de la Clínica NO existen nuevos casos de enfermedad laboral en el año 2025.
Ausentismo por causa médica	1,85%	1,23%	En el año 2025 se perdió el 1,23% de los días programados de trabajo a causa de incapacidades médicas. Disminuyó 0,62 % con respecto al año anterior.

Indicadores SG-SST generales

GRI 403-9



RIESGO INDIVIDUAL DE LOS COLABORADORES EXPUESTOS

En colaboración con el área de medicina laboral, la clínica brinda acompañamiento a los casos de salud, tanto de origen común como laboral, realizando revisiones periódicas de las recomendaciones y restricciones para garantizar la mejoría de la salud de nuestros colaboradores. Las principales causas de consulta son las dolencias osteomusculares y la dermatitis alérgica.

GRI 403-3

Además, se realizan reincorporaciones sociolaborales con el apoyo de medicina laboral para hacer un reintegro seguro y acorde a las condiciones médicas del colaborador al momento de volver a trabajar.

Tipo de cargo	Valoración	Resultados
A (Profesionales y personas a cargo)	Intralaboral + extralaboral	Medio
B (Auxiliares, técnicos y tecnólogos)	Intralaboral + extralaboral	Alto



Gracias al plan de intervención de los factores de riesgo psicosocial que se realizó en la Clínica, incluyendo entre otros el programa de liderazgo “Conversaciones con propósito” y las estrategias de socialización de las Medidas de Conciliación y Bienestar se logró mejorar la percepción de los colaboradores en dimensiones como: (i) Características del liderazgo, (ii) recompensas derivadas del trabajo, (iii) reconocimiento y compensación e (iv) Influencia del entorno Extralaboral en el trabajo.



PROGRAMA ESTILOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE

GRI 403-6

Durante el año 2025, nos enfocamos en desarrollar actividades que fomentarán estilos de vida y trabajo saludables entre nuestros colaboradores, contribuyendo así a la mejora de su bienestar y controlando los factores de riesgo que pudieran afectar su salud, tanto dentro como fuera de la institución. Además, les proporcionamos herramientas que les permitan compartir esta información con sus núcleos familiares.

Semana de la Salud: Actividades de Prevención y Promoción

Actividad	Porcentaje de participación
Relajación con aparatología	97%
Sensibilización sana convivencia	94%
Conoce al COCOLA y sus canales de consulta	108%
Escalera de la higiene y la seguridad	76%
Magia - prevención de riesgo biológico	120%
La importancia de la prevención y el autocuidado	75%
Prevención de caídas y riesgo locativo	90%
Sumérgete en la realidad virtual riesgo locativo	92%
Prevención de riesgo biológico - conoce la matriz IPEVR	90%
Sumérgete en la realidad virtual riesgo público	96%
Me comprometo con mi seguridad	94%
Pausas activas - activa tu cuerpo	104%
Seguridad vial y autocuidado como actores	103%
Total porcentaje de participación	95%

Comprometida con promover el autocuidado, el bienestar y la prevención de la salud física y mental de los colaboradores, la clínica llevó a cabo una serie de actividades enfocadas en la ejecución del *Programa de Estilos de Vida y Trabajo Saludable*.

GRI 403-6

Actividades y participación Semana de la Salud 2025



Semana de la Salud Mental

En el marco del Día Mundial de la Salud Mental y con el objetivo de velar por el bienestar mental y emocional de nuestros colaboradores, se realizaron una serie de actividades enfocadas en crear espacios de autocuidado y crecimiento personal.

GRI 403-6

Actividad	Porcentaje de participación
Resolución de conflictos	90%
Pausas cognitivas	110%
Promoción de la salud mental	93%
Finanzas saludables	95%
Gimnasia mental	120%
Manejo del tiempo	70%
Cómo manejar el estrés	120%
Pensamiento lateral	85%
Celebración día mundial de la salud mental	104%
Total porcentaje de participación	99%

Actividades y participación Semana de la Salud Mental 2024

AMBIENTAL

Nuestra política ambiental tiene como objetivo promover y contribuir al cuidado del medio ambiente, posicionándonos como una institución comprometida con la mejora continua de nuestros procesos, para ofrecer servicios de salud más sostenibles.

GRI 2-2

La clínica forma parte de la **Red Global de Hospitales Verdes y Saludables (GRI 2-2)**, comprometida con el cumplimiento de los objetivos enfocados en el cuidado y la preservación del medio ambiente. Esto implica la implementación de diversas estrategias que contribuyen a la sostenibilidad ambiental, con el fin de ser más eficientes y conscientes del impacto que generamos. Actualmente, se están implementando estrategias orientadas al cumplimiento de los siguientes objetivos:



GRI 2-2



ENERGÍA **GRI 302-1**

El consumo energético total de la clínica se calcula sumando la energía eléctrica consumida, el combustible no renovable utilizado para el funcionamiento de la planta eléctrica y el gas natural consumido en el área de cafetería, todo en una misma unidad de medida. **Los resultados obtenidos son los siguientes:**

GRI 302-4



*Cantidad Consumo Tera Julios del
Consumo de Energía*



Durante 2025, se consumieron **934.252 kWh**, teniendo en cuenta el consumo de la sede principal y consulta externa, **disminuyó en 159.913 kWh lo que representa un 14,6% en comparación con el año anterior**. Esta disminución se debe a las nuevas tecnologías implementadas en la institución y las campañas de consumo responsable y consciente de los recursos.



El área de cafetería cuenta con una **red de gas natural** para su funcionamiento. El consumo de este recurso en 2025 **fue de 1.952,82 m³**, disminuyó en **113,84 m³** lo que representa un 5,5% en comparación con el año anterior.



Además, **durante 2025**, se consumieron **113,95 galones de ACPM** como combustible no renovable para el funcionamiento de la planta eléctrica, utilizado como plan de contingencia en caso de interrupciones en el **suministro eléctrico proporcionado por la red de empresas públicas de la ciudad**.

Estrategias de Reducción Consumo Energético **GRI 302-4**

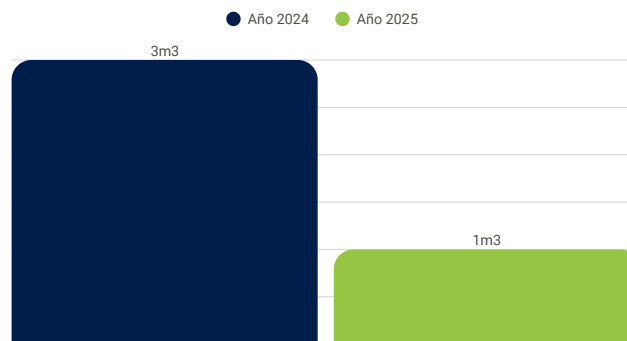
- Uso de **40 paneles solares** para climatizar el agua de las duchas de los pacientes en el servicio de hospitalización.
- Implementación de **nuevas tecnologías de los aires acondicionados en el servicio de cirugía y central de reprocesamiento**.
- Reemplazo de **120 luminarias en 2025**, con el fin de optimizar el consumo energético.
- **Campañas de concientización** sobre el consumo responsable de energía.
- **Rondas de inspección en los servicios y áreas para verificar prácticas amigables con el medio ambiente**, como apagar luces y desconectar dispositivos cuando no se estén utilizando.
- **Mantenimiento preventivo a subestación eléctrica y planta eléctrica**.
- **Mantenimiento periódico programado de equipos** para evitar consumos excesivos y asegurar la renovación tecnológica.



AGUA **GRI 303-1, GRI 303-5**

La clínica cuenta con una única fuente hídrica para su funcionamiento, que es el acueducto municipal, el cual suministra agua potable a todos los servicios y áreas de la institución. Como respaldo, dispone de tres tanques de almacenamiento con una capacidad total de 70 m³. En caso de interrupción del suministro de agua, la Clínica tiene una autonomía de funcionamiento de 24 horas.

El consumo de agua potable en 2025 fue de 16.167,64 m³, lo que representa una disminución de 266,36 m³ en comparación con el consumo del año anterior, lo que equivale a un ahorro del 1,62%.



Cantidad Consumo Agua m³

GRI 303-5

Para hacer un uso eficiente del agua, contamos con una serie de estrategias, entre las que destacan las siguientes:

- **Instalación y mantenimiento** de sistemas ahorradores de agua.
- **Programa de mantenimiento preventivo.**
- **Reparación oportuna de fugas y daños** por parte del área de mantenimiento, para evitar el desperdicio del recurso.
- **Educación ambiental** enfocada en el uso eficiente del agua.
- **Seguimiento al consumo de agua y a las condiciones microbiológicas y físico-químicas del agua potable** mediante mediciones de calidad en los tanques de almacenamiento. Los resultados continúan siendo favorables, cumpliendo con todos los parámetros establecidos en la Resolución 2115 de 2007, lo que garantiza la calidad del agua para consumo humano.
- **Mantenimiento y lavado bimensual** de los tanques de almacenamiento de agua potable.
- **Registro mensual** de los consumos de acueducto y alcantarillado.



VERTIMIENTOS **GRI 303-2, GRI 303-4**

Evaluando el impacto ambiental que tienen los vertimientos que genera la institución, se realiza anualmente una caracterización de Aguas Residuales No Domésticas (ARnD), la cual da cumplimiento a los parámetros establecidos en la ley. En cuanto a la calidad y destino de las aguas vertidas al alcantarillado público, la clínica cuenta con un contrato para el tratamiento de los vertimientos por parte de EPM, el cual se tiene vigente hasta el 2028.

RESIDUOS

Residuos Hospitalarios **GRI 306-1, GRI 306-3, GRI 306-4, GRI 306-5**

Para minimizar el impacto ambiental generado por los residuos hospitalarios, la clínica gestiona de manera adecuada su generación, tratamiento y disposición final, en cumplimiento con las normas de bioseguridad. Además, se busca una disminución en la generación de estos residuos, promoviendo una cultura de aprovechamiento y reciclaje dentro de la institución, separación correcta y descarte de solo lo necesario.

Destinación	Kilogramos generados	Resultados
Aprovechamiento	19.879,35	10,91%
Post consumo	253,00	0,14%
Relleno sanitario	69.809,50	38,33%
Desactivación	77.223,52	42,40%
Incineración	14.979,04	8,22%
Total	182.144,41	100%

Cantidad de Residuos y Destinación

GRI 306-3



Gestión de los impactos generados por los residuos

GRI 2-25, GRI 306-2, GRI 306-4



- En 2025, se **aumentó el material aprovechable en 4.008,9 kg**, lo que equivale a un **25,3%** más en comparación con el año anterior. Este incremento se debe a las mejoras implementadas en el proceso de recuperación de material, proceso de sensibilización con el personal sobre qué materiales pueden ser reciclados.
- Se llevaron a **programa de posconsumo 253 kg de residuos especiales** como luminarias, RAEES y baterías.
- **Se donaron 60 kg de tapas plásticas** a la fundación sin ánimo de lucro FUNICÁNCER.
- Se realizó la **compactación de los residuos no aprovechables antes de su entrega**, con el objetivo de reducir el volumen de los residuos que llegan al relleno sanitario.
- Además, **se capacitó a los colaboradores para asegurar una adecuada separación de los residuos** y se llevó a cabo un seguimiento mensual de los mismos.
- Se realizaron **inspecciones semanales para verificar la correcta segregación de los residuos** en los diferentes servicios. También se ejecutaron campañas de sensibilización y fortalecimiento en educación ambiental.
- **Se hizo un seguimiento a los gestores externos** para verificar el transporte, tratamiento y disposición final de los residuos, a través de auditorías y monitoreos.
- Por último, **se redujo el consumo de resmas de papel en 726 resmas que equivale a una disminución del 27,3 % con respecto al año anterior** implementando estrategias con los coordinadores para digitalizar los procesos y lograr una mayor reducción.



EMISIONES AL MEDIO AMBIENTE

GRI 305-1

Emisiones Gases de Efecto Invernadero

- ✓ Se realizó el **cálculo de CO2** emitido en el desplazamiento realizado por los colaboradores mediante la herramienta de huella de carbono ofrecida por hospitales verdes arrojando un valor de 0,23 Toneladas Co2e/empleador, teniendo en cuenta los medios de transporte que usa cada uno y la distancia que hay desde sus viviendas a la clínica. **Se continúa con la promoción de movilidad sostenible y amigable con el medio ambiente.**
- ✓ Se **migró a sistemas refrigerantes** que generan menos emisiones al medio ambiente, para el funcionamiento de los equipos usados en la clínica para la prestación de servicios de salud.
- ✓ Se realizó **seguimiento y racionalización** del combustible para el funcionamiento de la planta eléctrica.

GRI 305-5



Indicadores Ahorro de Recursos 2025

GRI 302-1, GRI 302-2, GRI 302-3, GRI 302-4, GRI 302-5, GRI 303-1, GRI 305-1, GRI 306-4

- ✓ El **ahorro energético de 159.913 kWh logrado por la clínica se traduce en una reducción aproximada de 26,2 toneladas de CO2**. Este impacto ambiental positivo equivale a retirar entre 5 y 6 vehículos particulares de circulación durante un año, o a la captura anual de carbono de aproximadamente 1.190 árboles.
- ✓ La **reducción de consumo de gas natural, equivalente a 113,84 m³, representa una disminución estimada de 222 kg de CO2 emitidos a la atmósfera**, esta reducción contribuye de manera tangible a la mitigación de gases de efecto invernadero.
- ✓ La **reducción en el consumo de 726 resmas de papel representa un impacto ambiental positivo significativo**. Este ahorro equivale aproximadamente a la preservación de entre 36 y 45 árboles, la reducción de más de 3,6 millones de litros de agua, un ahorro energético cercano a 5.100 kWh y la disminución de alrededor de 1,7 toneladas de CO2 asociadas a la producción de papel.
- ✓ El **aprovechamiento mediante reciclaje de 12.797,2 kg de cartón y papel generó un impacto ambiental positivo significativo**. Esta gestión permitió la preservación aproximada de 218 árboles, el ahorro de más de 330.000 litros de agua, una reducción del consumo energético cercana a 51.200 kWh y la mitigación de alrededor de 14,1 toneladas de CO2. Adicionalmente, se evitó la disposición de 12,8 toneladas de residuos en relleno sanitario.
- ✓ El **aprovechamiento mediante reciclaje de 2.298,25 kg de residuos plásticos generó un impacto ambiental positivo relevante**. Esta acción permitió evitar la emisión aproximada de 3,4 toneladas de CO2, ahorrar cerca de 13.100 kWh de energía, reducir el uso de aproximadamente 3,9 toneladas de petróleo crudo y evitar la disposición de 2,3 toneladas de residuos en relleno sanitario.

Las acciones implementadas evidencian un compromiso institucional sólido con la sostenibilidad ambiental, la mitigación del cambio climático y la economía circular.



Casos de éxito y Reconocimientos Ambientales

Promovimos compras más sostenibles y de apoyo ambiental dentro de las medidas de conciliación y bienestar, como fueron:

Entrega de contenedor de comida de fibra de trigo para la celebración del día de las profesiones asistenciales.

Modificación de las tarjetas de felicitación en las celebraciones, pensando en el ahorro de papel, ahora cuentan con un QR con la información adicional lo que optimiza el espacio y las impresiones.





SEMANA DE LA SOSTENIBILIDAD

En el marco de la celebración del **Día Mundial del Medio Ambiente**, durante el mes de junio se llevó a cabo la primera versión de la **Semana de la Sostenibilidad**, un espacio dedicado a promover prácticas responsables con el medio ambiente, fomentando la conciencia ecológica, el cuidado y la preservación de nuestros recursos naturales.

La semana incluyó diversas actividades educativas y participativas que buscaban involucrar a toda la clínica en acciones sostenibles y generar un impacto ambiental positivo. La participación fue sobresaliente, alcanzando un promedio general del **94%**, reflejando el interés y compromiso de los asistentes con el medio ambiente. **En las actividades participaron colaboradores, participantes no gestores, contratistas, pacientes y usuarios, también contamos con el apoyo de diferentes aliados para lograr mejores resultados.**

Actividad	Porcentaje de participación
Stand pedagógico de aprovechamiento y reciclaje	95%
Actividad Moda Circular - Dale una nueva oportunidad a la ropa	100%
Cuentería cuidado del medio ambiente	95%
Aprende a separar los residuos peligrosos	90%
Stand CUIDA TU PLANETA	94%
Conoce LONGEVO	86%
Linda Calle te enseña	94%
Disposición de residuos Ruleta de la sostenibilidad	100%
Movilidad sostenible	93%
Total porcentaje de participación	94%

Cantidad de Residuos y Destinación

GRI 306-3

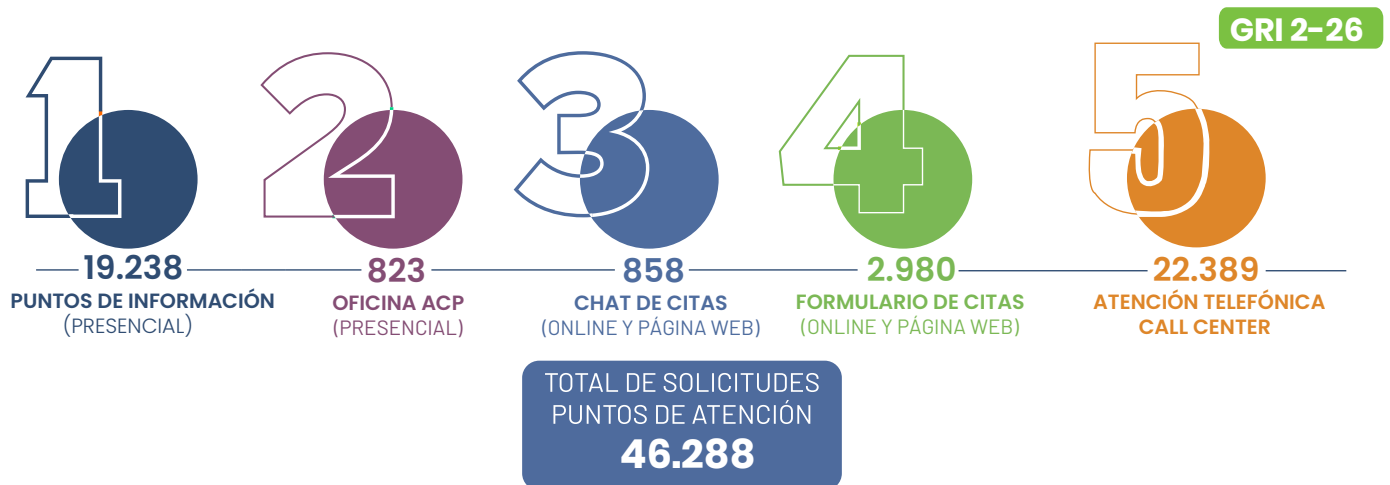


PACIENTES Y FAMILIAS

EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN: PUNTOS DE CONTACTO

La clínica dispone de diferentes puntos de atención diseñados para conocer y satisfacer las necesidades de nuestros pacientes. A continuación, se detalla el comportamiento en cada uno de ellos:

El 48 % de las solicitudes se realizaron a través de la línea telefónica, el 43 % de manera presencial y el 9 % mediante canales digitales. La continuidad en la atención por estos medios permitió gestionar de manera efectiva las solicitudes de los pacientes y dar seguimiento a los trámites correspondientes con su asegurador.



El 48 % de las solicitudes se realizaron a través de la línea telefónica, el 43 % de manera presencial y el 9 % mediante canales digitales. La continuidad en la atención por estos medios permitió gestionar de manera efectiva las solicitudes de los pacientes y dar seguimiento a los trámites correspondientes con su asegurador.



Yury Viviana Monsalve Arboleda

Líder de Atención Centrada en la Persona

COMPORTAMIENTO DE MANIFESTACIONES

Durante el año 2025 se recibieron un total de **1.609 manifestaciones**, distribuidas de la siguiente manera: el 84 % ingresó a través de los buzones de sugerencias ubicados en la institución, el 14 % mediante la página web y el 2 % de forma presencial.

Respecto al tipo de manifestaciones registradas, el 40 % correspondió a felicitaciones, mientras que el 4,78 % estuvo relacionado con quejas sobre el trato recibido.

Durante el año, se diseñaron y ejecutaron diversas iniciativas que permitieron avanzar significativamente hacia el cumplimiento de nuestras metas institucionales.

SATISFACCIÓN

Para conocer la percepción de nuestros pacientes y sus familias sobre el proceso de atención en los diferentes servicios de la institución, desde el área de Atención Centrada en la Persona se realiza un seguimiento diario a los pacientes que se encuentran hospitalizados, así como encuestas de satisfacción al momento del egreso.





En estas encuestas se evalúan los siguientes criterios:



Satisfacción

Mide el **grado de satisfacción del paciente** en función de sus expectativas y de lo recibido en la institución.



NPS (Net Promoter Score)

Evalúa la **percepción y satisfacción del paciente**, así como su disposición a recomendar la institución.



CES (Customer Effort Score)

Mide la facilidad con la que los pacientes pueden acceder a los servicios.



FCR (First Contact Resolution)

Evalúa la capacidad de la institución para **resolver las necesidades del paciente** en la primera interacción.



GESTIÓN DE LAS COMUNICACIONES

Durante el año 2025, la gestión de comunicaciones de la **Clínica Sagrado Corazón** se consolidó como un apoyo estratégico y transversal para la institución, facilitando la conexión entre las áreas, fortaleciendo la cultura organizacional y asegurando una comunicación clara, cercana y alineada con nuestro propósito institucional.

Desde esta área se lideró el desarrollo de seis campañas institucionales, orientadas a promover valores, lineamientos y mensajes clave para nuestros colaboradores. Asimismo, se diseñaron y difundieron piezas gráficas para la conmemoración de profesiones del sector salud y fechas especiales, resaltando el compromiso, la vocación de servicio y la labor de quienes hacen posible el cuidado de la vida.

De igual manera, se acompañaron estrategias internas, programas institucionales y necesidades comunicacionales de las diferentes áreas y servicios, mediante la creación y difusión de piezas gráficas que contribuyen a **reforzar lineamientos, facilitar la divulgación de información y dar visibilidad a las iniciativas que fortalecen el desarrollo de la clínica.**

A través de estas acciones, el área de comunicaciones continúa siendo un **punto de conexión que conecta a las personas con el propósito de la institución, visibilizando el trabajo de nuestros equipos y contribuyendo al fortalecimiento de la identidad y el sentido de pertenencia dentro de nuestra clínica.** **GRI 2-2**



Carolina Roldán Durango

Comunicadora Organizacional



RECONOCIMIENTOS

En la institución, reconocemos todos aquellos logros individuales y colectivos que fortalecen la conexión entre nuestros colaboradores y la misión, visión y valores que nos guían.

Durante el año 2025 estos fueron nuestros logros:

PÓSTER EDICIÓN 10° FORO LATINOAMERICANO DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN SALUD: INNOVAR CON PROPÓSITO EFICIENCIA Y SOSTENIBILIDAD DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Nuestra participación en la **10.ª edición del Foro Latinoamericano de Calidad y Seguridad en Salud, bajo la premisa “Innovar con Propósito”,** reafirmó nuestro compromiso con un modelo de atención humanizada. En este escenario, **presentamos el póster científico de nuestro modelo de atención Cuidándote de Corazón,** demostrando cómo una planificación pedagógica y personalizada es clave para lograr resultados clínicos superiores.

GRI 2-2

CUIDÁNDOTE DE CORAZÓN: Humanizando la Salud, Transformando Vidas.
Personal Hemato-oncología, Coordinadora de Calidad y Comité de Gerencia Nueva Clínica Sagrado Corazón

Introducción	Objetivo	
<p>CUIDÁNDOTE DE CORAZÓN es un modelo de atención integral y personalizada que responde a las necesidades físicas, emocionales y educativas de pacientes hemato-oncológicos, sus familias y colaboradores. Busca mejorar la experiencia de atención y los resultados en salud a través de una guía de planificación centrada en los efectos de la enfermedad y sus tratamientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promueve el autocuidado, el acompañamiento continuo y el fortalecimiento del vínculo terapéutico. • Su enfoque humanizado garantiza una atención más cercana, empática y efectiva. 	<p>Desarrollar una guía de planificación en la atención dirigida a la población hemato-oncológica, a través del abordaje de los efectos en salud y sus determinantes, y la experiencia de los colaboradores, usuarios/familias en el proceso de atención. Esta guía busca responder a las expectativas cambiantes de los pacientes, promoviendo intervenciones oportunas y adaptadas que fortalezcan su bienestar integral y fortalezcan su capacidad de afrontamiento ante la enfermedad.</p>	
Método		
<p>Se priorizó la atención del paciente hemato-oncológico desde su ingreso por urgencia, garantizando acceso oportuno y seguro. Se implementó una guía centrada en sus necesidades, y un plan de cuidado humanizado. Como resultado, se redujo el tiempo de espera para iniciar quimioterapia de 8 a 3 días, se alcanzó una satisfacción de 4.9 y la capacidad de resolución en el primer contacto superó el 99%.</p>		
Resultados		
<p>Luego de estar implementando nuestro modelo, estos son los logros más significativos:</p>		
<p>Optimizamos el acceso a los servicios de salud, garantizando el tiempo oportuno de las quimioterapias en un periodo de entre 3 y 8 días.</p>	<p>Alcanzamos una satisfacción de satisfacción de 4.9 por parte de los pacientes.</p>	<p>Logramos una reducción significativa en la rotación del personal, pasando del 4,26% en el primer trimestre al 2,85% en el segundo, lo que representa una mejora del 2,31%.</p>
<p>Aumentamos en un 20% las felicitaciones recibidas por la calidad de los servicios prestados.</p>	<p>Logramos una mayor renovación del talento humano gracias a iniciativas que fortalecen el compromiso, la satisfacción laboral y el crecimiento profesional.</p>	<p>Fortalecimos el liderazgo para asegurar la sostenibilidad, promoviendo la participación activa del paciente y su familia en el tratamiento, lo que favorece una recuperación más exitosa.</p>
Conclusión		
<p>Nuestros resultados evidencian que una atención centrada en la persona, basada en un modelo humanizado, empático y compasivo, mejora significativamente la calidad y experiencia en el sector salud. La reducción en el tiempo de espera, el alto nivel de satisfacción y la efectiva comunicación con el paciente reflejan el impacto positivo en la práctica clínica, promoviendo un cuidado oportuno, seguro y con un enfoque integral. Además, fortalecer el liderazgo del personal y el rol activo del paciente en su proceso de recuperación fortalece la relación terapéutica y optimiza los resultados en salud. Este estudio aporta evidencia valiosa para seguir conociendo estrategias que transformen la atención hemato-oncológica y sirvan de referente para futuras intervenciones en el área.</p>		
Referencias		
<ul style="list-style-type: none"> • Guía de Práctica Clínica basada en evidencia para el abordaje clínico y tratamiento. • Teoría de Virginia Henderson sobre las 14 necesidades humanas básicas, aplicada en la valoración y diagnóstico de enfermería. • Plan de Atención de Enfermería (PAE) como metodología para la planificación y evaluación de cuidados. • Normas de calidad en enfermería para validación y evaluación de la eficacia de los cuidados. • Protocolos e instructivos institucionales relacionados con pre-ada, identificación de pacientes y seguridad. • Política de atención humanizada centrada en la persona, que garantiza respeto a la dignidad y diversidad cultural. • Página oficial de la Clínica Sagrado Corazón como fuente institucional. 		
<p>Este trabajo no presenta ningún tipo de conflicto de interés.</p>		

CL



PÓSTERS EDICIÓN 34° FORO INTERNACIONAL OES

GRI 2-2

Participamos con la publicación de dos posters que presentaron las estrategias innovadoras que hemos implementado en nuestra institución para el cuidado integral de nuestros pacientes y colaboradores. Entre ellas, destacó la estrategia **'Gástale un Día'**, que transforma la atención a pacientes críticos mediante nuevas tácticas de gestión de riesgos. También compartimos nuestro modelo **'Conciliando Corazón'**, que promueve el bienestar laboral para garantizar una atención de calidad. Estas iniciativas reflejan nuestro compromiso constante con la mejora continua y la seguridad de nuestros pacientes, buscando siempre ofrecer una atención personalizada e integral, además de fomentar un ambiente laboral con excelentes condiciones para el bienestar físico, social, emocional y laboral de nuestros colaboradores y su entorno familiar.



RECONOCIMIENTO OTORGADO POR EMVARIAS

GRI 2-2



Nuestra *Clínica Sagrado Corazón* recibió por segunda vez el **Sello Naranja**, otorgado por Empresas Varias de Medellín S.A., como parte de su programa de aprovechamiento. Este reconocimiento destaca nuestra **labor, dedicación y compromiso en el manejo responsable de los residuos sólidos**, contribuyendo activamente a hacer de Medellín una ciudad más limpia, sostenible y consciente con el medio ambiente.



NOMINACIÓN AL RECONOCIMIENTO DE SURA 2025

En octubre participamos en el evento **"Reconocimiento SURA 2025"**, donde fuimos nominados en la categoría Liderazgo y Cultura gracias a nuestro programa "Conversaciones con Propósito". Esta iniciativa busca fortalecer las habilidades de liderazgo, partiendo de la identificación de las necesidades de los equipos de trabajo, con el fin de mejorar la satisfacción de los colaboradores, fortalecer su sentido de pertenencia, reducir la rotación y, de manera directa, impactar positivamente la atención y experiencia de nuestros pacientes.

La nominación **reconoce nuestra capacidad de movilizar, transformar e inspirar, reflejando el compromiso de nuestra institución** con el desarrollo humano y la excelencia en el cuidado de quienes nos confían su salud.

GRI 2-2





LOGROS ACADÉMICOS

Aportes médicos a la innovación y el conocimiento por parte de nuestros especialistas



Dra. Carolina Guerra – Neuróloga Clínica

Participó en el **Foro de la American Academy of Neurology**, donde se presentaron avances en nuevas terapias preventivas para la migraña basadas en el bloqueo del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), una molécula clave en los mecanismos del dolor migrañoso. Estas terapias representan un avance importante en la prevención y control del dolor en pacientes con migraña.

Dra. Katherine López Rodríguez – Cirujana General

Participó en el **51° Congreso Semana Quirúrgica Nacional 2025 (Bogotá)** con la presentación de tres trabajos científicos en formato póster:

- Gastritis flemonosa como diagnóstico diferencial en paciente séptico con abdomen agudo.
- Colecistitis aguda por Salmonella: presentación de tres casos y revisión de la literatura.
- Cierre dinámico y toxina botulínica como alternativa para el cierre definitivo del abdomen abierto.



**RETOS PARA 2026** GRI 2-22

- **Fortalecer la cultura de seguridad del paciente**, alcanzando una percepción positiva del 93% entre los colaboradores.
- Lograr el **reconocimiento de nuestras experiencias exitosas en el ámbito municipal**.
- **Reducir en un 25% los incidentes de seguridad del paciente** mediante el uso optimizado de GPD.
- **Incrementar al 75% la adherencia al uso de AMS** en UCE y UCI, avanzando hacia la eliminación de documentos físicos.
- Realizar un **análisis de viabilidad para el desarrollo de sistemas propios** de machine learning orientados a la predicción de estancias hospitalarias y GRD.
- **Diseñar un plan de evaluación** para la posible implementación de una app de eficiencia operativa clínica.
- Alcanzar el **100% de cobertura** en las capacitaciones **de ISA BOT y Cero Trámites**.
- Reducir en un **15% el consumo de papel**, contribuyendo a la disminución de los impactos ambientales.
- **Incrementar en un 10%** el material aprovechable de la clínica, mediante estrategias para identificar y caracterizar insumos recuperables.
- **Reducir en un 5% las emisiones de CO2**, promoviendo el ahorro de recursos y la movilidad sostenible.
- **Disminuir en un 2% la tasa de accidentalidad laboral**, fortaleciendo la gestión integral de riesgos ocupacionales desde la fuente, el medio y la persona.
- **Reducir en un 5% los accidentes por riesgo biológico**, fortaleciendo el cumplimiento de los estándares de seguridad.
- **Alcanzar una adherencia del 95% al uso de elementos de protección personal** y normas de bioseguridad.
- **Fortalecer el programa de liderazgo "Conversaciones con Propósito"**, aumentando las horas de formación y su visibilidad institucional.
- **Reducir la rotación de personal al 4%**.



AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a los accionistas y miembros de la Junta Directiva por su respaldo permanente en el desarrollo de los proyectos que marcaron el camino de nuestra clínica durante el año 2025. En medio de un entorno desafiante, su confianza, visión y acompañamiento fueron fundamentales para avanzar con determinación y alcanzar los propósitos que nos hemos trazado como institución.

Extendemos también un especial reconocimiento a nuestros directores, coordinadores, líderes y colaboradores, quienes con su vocación de servicio, compromiso y trabajo en equipo hacen posible, cada día, brindar una atención humana, segura y de alta calidad.

Su entrega es el reflejo del espíritu que nos une y nos impulsa a seguir creciendo.

A nuestros pacientes y sus familias, a las entidades territoriales, clientes y proveedores, gracias por confiar en nosotros y permitirnos ser parte de su camino hacia el bienestar. Su confianza fortalece nuestro propósito y nos inspira a continuar mejorando.

Con la mirada puesta en el futuro, renovamos nuestro compromiso de seguir construyendo, junto a nuestro talento humano, una institución que evoluciona, aprende y eleva continuamente los estándares de calidad en el cuidado de la salud.

Gracias por ser parte de esta historia y por acompañarnos en la misión de cuidar la vida con excelencia y corazón.

CONTENIDOS GRI STANDARDS

La **Clínica Sagrado Corazón** ha elaborado el informe conforme con los estándares GRI para el

2. CONTENIDOS GENERALES	ENFOQUE TEMÁTICO	CONTENIDO	PÁGINA (S)
	2-1	Detalles Organizacionales.	20
	2-2	Entidades incluidas en la presentación de informes de sostenibilidad.	121, 140, 152, 153, 154, 155, 156, 157,
	2-3	Periodo objeto del informe, frecuencia y punto de contacto.	11
	2-6A	Sector en el que se tiene actividad.	22
	2-6B	Actividades, cadena de valor y otras relaciones comerciales.	37, 38, 39, 45, 48,
	2-6C	Relaciones Comerciales.	50, 110
	2-6D	Cambios significativos.	40
	2-7A	Total empleados.	115
	2-7B	Características contractuales de los empleados.	115, 116, 117, 118,
	2-9	Estructura de gobernanza y composición.	14, 16, 17, 18, 19, 31
	2-10	Designación y selección del máximo órgano de gobierno.	14, 16, 17, 18
	2-11	Presidente del máximo órgano de gobierno.	16, 17, 18
	2-12	Función del máximo órgano de gobierno en la supervisión de la gestión de los impactos.	15
	2-13	Delegación de la responsabilidad de gestión de los impactos.	15
	2-16	Comunicación de inquietudes críticas.	31
	2-18	Evaluación del desempeño del máximo órgano de gobierno.	14
	2-22	Declaración sobre la estrategia de desarrollo sostenible.	23
	2-23	Compromisos y políticas.	108
	2-24	Incorporación de los compromisos y políticas.	108, 109
2-25	Procesos para remediar los impactos negativos.	11, 144	
2-26	Mecanismos para solicitar asesoramiento y plantear inquietudes.	149	
2-29	Enfoque para la participación de los grupos de interés.	11, 110, 111,	

3. TEMAS MATERIALES	ENFOQUE TEMÁTICO	CONTENIDO	PÁGINA (S)
	3-1	Proceso de determinación de los temas materiales.	95, 98
	3-2	Lista de temas materiales.	114
201. DESEMPEÑO	201-1	Periodo objeto del informe, frecuencia y punto de contacto.	26
	201-4	Verificación externa.	29
203. IMPACTOS ECONÓMICOS INDIRECTOS	203-1	Inversiones en infraestructura y servicios apoyados.	44
204. PRÁCTICAS DE ABASTECIMIENTO	204-1	Proporción de gasto en proveedores locales.	27
205. ANTICORRUPCIÓN	205-1	Operaciones evaluadas en función de los riesgos relacionados con la corrupción.	32, 33
	205-2	Comunicación y formación sobre políticas y procedimientos anticorrupción.	33
302. ENERGÍA	302-1	Consumo de energía dentro de la organización.	141, 146
	302-4	Reducción del consumo energético.	141, 146
303. AGUA Y EFLUENTES	303-1	Interacción con el agua como recurso compartido.	142, 146
	303-2	Gestión de los impactos relacionados con el vertido de agua.	143
	303-4	Vertido de agua.	143
	303-5	Consumo de agua.	142
305. EMISIONES	305-5	Reducción de las emisiones de GEI.	145
306. RESIDUOS	306-1	Generación de residuos e impactos significativos relacionados con los residuos.	143
	306-2	Gestión de impactos significativos relacionados con los residuos.	144
	306-3	Residuos generados.	143, 148
	306-4	Residuos no destinados a eliminación.	143, 144, 146
	306-5	Residuos destinados a eliminación.	143

3. TEMAS MATERIALES	ENFOQUE TEMÁTICO	CONTENIDO	PÁGINA (S)
	3-1	Proceso de determinación de los temas materiales.	95, 98
	3-2	Lista de temas materiales.	114
201. DESEMPEÑO	201-1	Periodo objeto del informe, frecuencia y punto de contacto.	26
	201-4	Verificación externa.	29
203. IMPACTOS ECONÓMICOS INDIRECTOS	203-1	Inversiones en infraestructura y servicios apoyados.	44
204. PRÁCTICAS DE ABASTECIMIENTO	204-1	Proporción de gasto en proveedores locales.	27
205. ANTICORRUPCIÓN	205-1	Operaciones evaluadas en función de los riesgos relacionados con la corrupción.	32, 33
	205-2	Comunicación y formación sobre políticas y procedimientos anticorrupción.	33
302. ENERGÍA	302-1	Consumo de energía dentro de la organización.	141, 146
	302-4	Reducción del consumo energético.	141, 146
303. AGUA Y EFLUENTES	303-1	Interacción con el agua como recurso compartido.	142, 146
	303-2	Gestión de los impactos relacionados con el vertido de agua.	143
	303-4	Vertido de agua.	143
	303-5	Consumo de agua.	142
305. EMISIONES	305-5	Reducción de las emisiones de GEI.	145
306. RESIDUOS	306-1	Generación de residuos e impactos significativos relacionados con los residuos.	143
	306-2	Gestión de impactos significativos relacionados con los residuos.	144
	306-3	Residuos generados.	143, 148
	306-4	Residuos no destinados a eliminación.	143, 144, 146
	306-5	Residuos destinados a eliminación.	143

