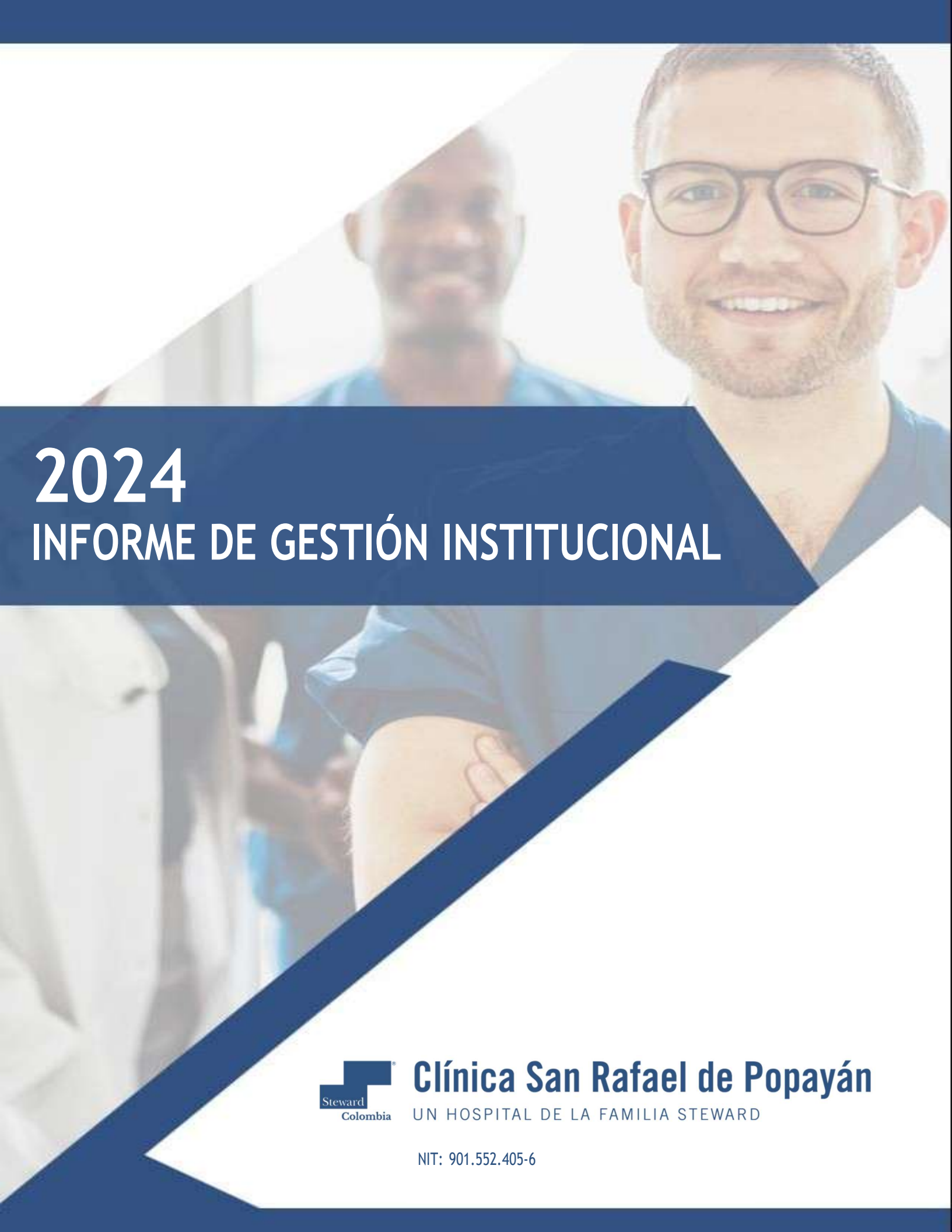




2024

INFORME DE GESTIÓN INSTITUCIONAL



Clínica San Rafael de Popayán

UN HOSPITAL DE LA FAMILIA STEWARD

NIT: 901.552.405-6

TABLA DE CONTENIDO

01.	MENSAJE A NUESTROS GRUPOS DE INTERÉS	4
	MENSAJE A NUESTROS GRUPOS DE INTERÉS	5
02.	GESTIÓN ESTRATÉGICA	6
	GESTIÓN ESTRATÉGICA	7
	2.1 PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	7
	2.2 PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL	8
03.	GESTIÓN COMERCIAL	9
	GESTIÓN COMERCIAL	8
	3.1 GENERALIDADES:	8
	3.2 GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	8
04.	GESTIÓN CLÍNICA	11
	GESTIÓN CLÍNICA	11
	4.1 COMPROMISO CON LA CALIDAD	11
	4.2 ATENCIÓN AL USUARIO	13
	4.3 UNIDAD DE URGENCIAS	14
	4.4 UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN	15
	4.5 UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO	15
	4.6 SERVICIO QUIRÚRGICO	16
	4.7 UNIDAD DE APOYO DIAGNÓSTICO	16
	4.8 BANCO DE SANGRE	18
	4.9 SERVICIO FARMACÉUTICO	19
	4.10 QUIMIOTERAPIA	20
	4.11 CONSULTA EXTERNA	20
05.	GESTIÓN TÁCTICA Y DE APOYO	22
	5.1 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	17
	5.2 GESTIÓN LEGAL	19
	5.3 GESTIÓN DE MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA	26
	5.4 GESTIÓN DE NEGOCIACIÓN, COMPRAS Y LOGÍSTICA	27
	5.5 GESTIÓN AMBIENTAL	28
	5.6 GESTIÓN BIOMÉDICA	29
	5.7 GESTIÓN DE TECNOLOGÍA	31
	5.8 GESTIÓN DE LAS COMUNICACIONES	32
06.	GESTIÓN FINANCIERA	33

6.1 FACTURACIÓN - RADICACIÓN - RECAUDO	26
6.2 GESTION AUDITORIA	27
6.3. CARTERA	28
6.4. COSTOS / INGRESOS AÑO.....	28
6.5 FLUJO DE CAJA	28
6.6 ESTADOS FINANCIEROS	29



01. MENSAJE A NUESTROS GRUPOS DE INTERÉS

MENSAJE A NUESTROS GRUPOS DE INTERÉS

Para la Clínica San Rafael de Popayán, el año 2024 representó un período de consolidación y crecimiento significativo. Este año estuvo marcado por hitos importantes que reflejan nuestro compromiso con la excelencia en la atención en salud y el fortalecimiento de nuestra infraestructura y servicios.

En primera instancia, uno de los logros más destacados fue el aumento de nuestra capacidad instalada, alcanzando un total de 120 camas hospitalarias, 28 camas de cuidado crítico y 5 salas de cirugía completamente equipadas. Esta ampliación nos permitió realizar un total de 65.122 atenciones durante el año, distribuidas en los siguientes servicios:

- Consulta externa: 24.754
- Hospitalización: 5.272
- UCI: 1.071
- Urgencias: 26.332
- Procedimientos quirúrgicos: 7.693

Adicionalmente, logramos establecer importantes contratos bajo modelos de Pago Prospectivo (PP) y Presupuestos Globales Prospectivos (PGP), así como acuerdos con aseguradoras que incluyen pólizas y planes de medicina prepagada. Estos avances refuerzan nuestra sostenibilidad financiera y nos posicionan como un aliado estratégico dentro del sector salud en la región.

Otro hito significativo fue el inicio y la puesta en marcha de nuestro modelo oncológico, diseñado para ofrecer atención integral y oportuna a los pacientes del Cauca. Este modelo busca cubrir todas las etapas del tratamiento oncológico, asegurando el acceso a servicios especializados y acompañamiento permanente, en línea con nuestro compromiso de mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios.

Presentamos el informe de gestión 2024, expresando nuestro agradecimiento a todo el equipo de trabajo de la Clínica, a nuestros especialistas, al Holding, accionistas y proveedores y a quienes han depositado su confianza en este proyecto. Cada uno de estos logros ha sido posible gracias al compromiso con la excelencia y la vocación de servicio.

Andrés Felipe Peña Vanegas
Director General Clínica San Rafael de Popayán

A photograph of three healthcare professionals standing in a hospital corridor. In the center is a man with short brown hair, wearing a white lab coat over a light blue shirt and a dark patterned tie. He has a stethoscope around his neck and his arms are crossed. To his left is a woman with dark hair, wearing blue scrubs and a stethoscope, also with her arms crossed. To his right is a woman with dark hair pulled back, wearing a dark vest over a light blue shirt, with her arms crossed. They are all smiling at the camera. The background is a blurred hospital hallway with large windows.

02. GESTIÓN ESTRATÉGICA

GESTIÓN ESTRATÉGICA

2.1 PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

En el marco de enfocar un entorno competitivamente superior que permita a la gerencia plantear objetivos alcanzables, se revisaron y ajustaron los pilares como ejes estratégicos de la siguiente manera:

Misión

Somos una institución de atención médica, sostenible, comprometida con la prestación de servicios de salud seguros y humanizados, apalancado en el mejoramiento continuo.

Visión

Ser en 2028 una institución hospitalaria reconocida por nuestra excelencia en la gestión clínica integral, financieramente sostenible, socialmente responsable y con un talento humano idóneo y comprometido.

Promesa de Valor

H	• Humanos: Brindamos un trato digno, respetuoso y compasivo a cada uno de nuestros pacientes, familiares y colaboradores.
E	• Eficientes: Optimizamos procesos y recursos para brindar un cuidado integral y de alta calidad
R	• Responsables Socialmente: Trabajamos en minimizar el impacto medioambiental de nuestra operación
O	• Oportunos: Enfocamos nuestras acciones en las necesidades de nuestros pacientes y familias
E	• Efectivos: Nuestro compromiso es con la excelencia en la práctica clínica.
S	• Seguros: Trabajamos con estándares de seguridad y procesos de calidad en el cuidado.

2.2 PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

La Clínica San Rafael de Popayán es una destacada institución de mediana y alta complejidad que llega a la región respaldada por la excelencia en el sector salud. Reconocida como uno de los centros de salud privados más importantes de la ciudad, se distingue por su moderna infraestructura y tecnología de punta. Su enfoque prioritario es garantizar la seguridad del paciente y ofrecer un servicio cada vez más humano, alineado con los más altos estándares de calidad y atención. Todo esto se apoya en los 57 servicios habilitados en los 5 grupos de atención que se detallan a continuación:

1. Atención Inmediata

- Urgencias

2. Apoyo Diagnóstico

- Laboratorio
- Servicio Pretransfusional
- Servicio Farmacéutico
- Patología
- Imágenes Diagnósticas
- Hemodinamia
- Quimioterapia
- Diagnóstico Vascular

3. Quirúrgico

- Cirugía
- Gastroenterología

4. Internación

- Hospitalización
- Unidad de Cuidados Intensivos-Intermedios

5. Consulta Externa

- Consulta médica especializada



03. GESTIÓN COMERCIAL

GESTIÓN COMERCIAL

3.1 GENERALIDADES:

Para la vigencia 2024 y con el fin de maximizar la venta de servicios, el área comercial de la Clínica San Rafael de Popayán, mediante una redefinición de cargos, dio origen a la creación de la Gerencia Suroccidente. Esta nueva gerencia tiene como propósito ampliar la cobertura actual de los departamentos y las zonas de influencia de la clínica hacia los departamentos de Caquetá, Nariño, Valle del Cauca, Putumayo, Guaviare y Vaupés.

En paralelo, dentro del proceso de especialización de la venta de servicios durante el 2024, se trabajó en la priorización de estrategias que favorezcan la implementación de la Ruta Oncológica, así como la consecución de aseguradores para la prestación de dicho servicio.

Por otro lado, se fortaleció el área con la creación del cargo de Analista de Contratación, con el fin de ajustar y revisar el proceso de parametrización de manera más oportuna, de acuerdo con los convenios celebrados.

Finalmente, al cierre de la vigencia, se consolidó un Drive con la información de los procesos contractuales vigentes y en curso, con el objetivo de mantener un flujo constante de información tanto a nivel de cada Gerencia como a nivel grupal.

3.2 GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

El proceso de Gestión Comercial y Convenios de la Clínica San Rafael de Popayán, para la vigencia 2024, encamino sus actividades en la búsqueda de estrategias orientadas al aumento de la venta de servicios de salud priorizando la rentabilidad de la clínica. Es por ello, que dando aplicabilidad a lo establecido en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y el Decreto 441 de 2022, a través del relacionamiento con diferentes EPAB, clientes de medicina prepagada y pólizas fomento el crecimiento del mercado y la suscripción de nuevos acuerdos de voluntades.

En lo relacionado con la gestión comercial, se fortaleció interrelación con Las EPAB de mayor representación en el aseguramiento en el departamento del Cauca en los diferentes regímenes de afiliación (subsidiado, Contributivo, Excepción) y con los aliados estratégicos dadas prorrogas automáticas de la vigencia 2023 que continuaron su proceso contractual durante la vigencia 2024.

Como resultado de lo anterior la clínica San Rafael de Popayán amplió el mercado de la venta de su portafolio de servicios de salud con nuevos clientes, como se relaciona en la tabla a continuación:

ASEGURADOR 2023	ASEGURADOR 2024
1. Nueva EPS	1. Asmet salud EPS SAS
2. Instituto Oncológico Ospedale S.A.S.	2. Asociación indígena del cauca EPS-I
3. COSMITET	3. Fiduprevisora-FOMAG
4. COSMITET Ferrocarriles	4. Universidad del cauca
5. Compensar	5. Allianz
6. Coomeva medicina prepagada	6. Colmedica
	7. Axa Colpatria
	8. Instituto servicios integrales de Colombia del cáncer S.A.S.
	9. Hematooncologos.

Tabla 1. Convenios 2023- 2024

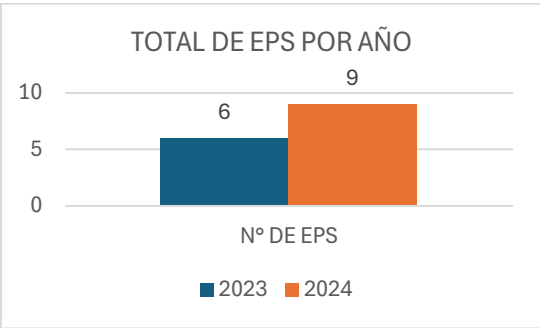


Ilustración 1. Total EPS 2023 - 2024

Ahora bien, en el marco del proceso contractual, como parte de las actividades desarrolladas en la gestión de convenios, se avanzó en la consecución, negociación, formalización y aplicación de prorrogas automáticas de los siguientes modelos contractuales. Esto permitió la prórroga de 6 contratos en ejecución durante 2023 y la apertura de 9 contratos en la vigencia 2024, en los siguientes estados:

- **COSMITET FERROCARRILES:** Se prorroga contrato automático para la vigencia 2024 el cual se encuentra vigente al cierre del año.

- **NUEVA EPS:** Considerando que al cierre de la vigencia 2023 no se había concretado el contrato PTIP y que durante el año 2024 no se logró su firma definitiva, se continuó con la legalización del convenio. No obstante, debido al proceso de intervención de la EPS y a los cambios en su representación, no fue posible completar el acuerdo. Por este motivo, la prestación de servicios se amparó bajo una "relación comercial". Sin embargo, y conforme a la decisión manifestada por la EPS, esta relación terminó de mutuo acuerdo el 31 de octubre de 2024.

- **INSTITUTO ONCOLÓGICO OSPEDELE (INNOS):** Considerando la prórroga automática de esta alianza estratégica para la vigencia 2024, el trabajo con esta IPS se basó en el fortalecimiento de la venta de servicios con el fin de maximizar la misma y lograr un recaudo efectivo del ingreso por este concepto con dicho cliente.

- **COSMITET:** Dado el cambio del modelo de prestación de servicios de Salud con este régimen excepcional durante la vigencia 2024 y en concordancia con las decisiones del Gobierno Nacional el contrato que se prorrogó automáticamente del año 2023, culminó el 30 de junio de 2024.

- **FOMAG administrado FIDUPREVISORA:** Una vez finiquitado el proceso contractual con **COSMITET**, se dio inicio al proceso de negociación para el periodo comprendido 01 de julio de 2024 al 31 de diciembre de 2024. De lo anterior es importante resaltar que pese a los esfuerzos para formalizar el contrato no se recibió por parte del FOMAG la minuta contractual ajustada a las observaciones realizadas por la parte jurídica de la clínica y área de Sarlaft. Sin embargo, antes de terminar el periodo contractual y basándose en lo establecido en el Decreto 441 de 2022 y sus

normas concordantes se cuenta como documento soporte de la prestación de servicios con el Acta de negociación precontractual.

- **ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC:** El 15 de octubre de 2024, se formalizó el contrato 557-2024 bajo la modalidad de Pago Global Prospectivo para el manejo de la cohorte de Alto Costo con diagnóstico de cáncer y sospecha, válido hasta el 31 de diciembre de 2024. El valor mensual asignado es de (COP) \$1.943 millones. De acuerdo con el modelo, se llevará a cabo una evaluación en el mes de enero para verificar y conciliar la ejecución, conforme al riesgo compartido (banda de riesgo, descuentos y recobros).

- **ASMET SALUD EPS SAS:** Para el año 2024, se inició la relación contractual con la EPAB bajo la modalidad de Pago Prospectivo (PP), con fecha de operación el 1 de marzo. Este contrato, que tenía vigencia hasta el 31 de mayo de 2024, fue renovado tras la evaluación de la ejecución de la Nota Técnica al 1 de junio de 2024. Con la renovación, se ajustó el valor contractual a (COP) \$2.233 millones mensuales. Sin embargo, es relevante destacar que, conforme al modelo contractual y la maduración del PP, dicho contrato ha presentado niveles de sobreejecución que oscilan entre (COP) \$1.200 millones mensuales, según las evaluaciones realizadas con la EPS. A pesar de esta sobreejecución, y dado el proceso de intervención del asegurador, la cartera exigible con la EPAB ha aumentado, lo que resultó en un saldo de (COP) \$10.676 millones al cierre de la vigencia. Por este motivo, se priorizó el cobro de cartera con este asegurador con el objetivo de lograr un acuerdo para la recuperación de dichos valores.

- **AXXA COLPATRIA (Medicina prepagada-Póliza):** Se realizó negociación y se avanzó en el trámite de formalización contractual en el

sistema ALMERA, al corte 31 de diciembre se encuentra pendiente por parte del asegurador la firma de los contratos.

- **ALLIANZ:** Se formalizó contrato con el asegurador, el cual se encuentra en ejecución, se priorizó el relacionamiento con el cliente con el fin potencializar la venta de servicios con los afiliados en el municipio de Popayán.
- **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA y PANAMERICANA:** Se concluyó el proceso de negociación; sin embargo, el proceso de formalización aún está en trámite, pendiente de la resolución de las observaciones a la minuta por parte del asegurador.
- **HEMATOONCÓLOGOS:** Se formalizo contrato con la IPS aliada el cual se encuentra en ejecución.
- **INSTITUTO DE SERVICIOS INTEGRALES EN CÁNCER DE COLOMBIA S.A.S (VIDANOVA):** en el mes de junio de 2024 se inició la alianza estratégica con la IPS con el fin de garantizar servicios complementarios a los usuarios de la cohorte asignada por el asegurador a este aliado, dada la relación comercial con el mismo estos servicios se encuentran priorizados en el recaudo mensual de la clínica.
- **UNIVERSIDAD DEL CAUCA:** finalizando la vigencia se firmó el contrato con la Unidad de Salud del Cauca, motivo por el cual se priorizó este cliente de régimen de excepción como palanca financiera de la próxima vigencia.

De manera adicional, y como parte de la gestión mencionada anteriormente para la vigencia 2024, la Clínica San Rafael de Popayán alcanzó ingresos anuales por concepto de venta de servicios de salud, por un valor de (COP) \$71.431 millones. En comparación con el año inmediatamente anterior, se evidenció un

incremento de (COP) \$60.212 millones. No obstante, es importante resaltar que para la anualidad 2023, la operación comenzó en el mes de julio, lo que se detalla a continuación:

Expresado en Millones

ASEGURADORA	TOTAL, INGRESO 2023	% PARTICIPACION 2023	TOTAL, INGRESO 2024	% PARTICIPACION 2024
NUEVA EPS	\$ 4.077	36%	\$ 16.083	23%
ASMET SALUD EPS SAS	\$ 68	1%	\$ 29.582	41%
ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPS-INDIGENA	\$ 26	0,2%	\$ 4.287	6%
INSTITUTO DE SERVICIOS INTEGRALES EN CANCER DE COLOMBIA SAS	\$ -	0,0%	\$ 2.131	3%
FIDEICOMISOS PATRIMONIOS AUTONOMOS FIDUCIARIA LA PREVISORSA	\$ 1.320	12%	\$ 2.430	3%
ADRES	\$ 966	9%	\$ 3.254	5%
SOAT	\$ 4.000	36%	\$ 7.912	11%
INSTITUTO ONCOLOGICO OSPEDALE S.A.S.	\$ 370	3%	\$ 2.180	3%
HEMATO ONCOLOGOS SA	\$ -	0,0%	\$ 512	1%
PARTICULARES	\$ 47	0,4%	\$ 123	0,2%
OTROS	\$ 344	3%	\$ 2.936	4%
TOTAL	\$11.219	100%	\$ 71.432	100%

Tabla 2. Crecimiento por Asegurador 2023 - 2024



04. GESTIÓN CLÍNICA

GESTIÓN CLÍNICA

4.1 COMPROMISO CON LA CALIDAD

Con el fin de garantizar una atención médica segura, efectiva y centrada en el paciente, en la Clínica San Rafael de Popayán se desplegaron estrategias que permiten obtener resultados favorables reflejados en el indicador de satisfacción, entre las cuales se encuentran:

- **Capacitación Continua:** Espacios de retroalimentación al personal médico y administrativo sobre los lineamientos establecidos para la práctica de sus funciones contando por participación de algunos proveedores en temas específicos.
- **Implementación de Protocolos:** Desarrollo de actividades establecidas en protocolos y guías clínicas basadas en la evidencia para estandarizar los procedimientos y reducir el riesgo de errores.
- **Monitoreo y Evaluación:** Auditorías y evaluaciones en diferentes rondas de calidad y seguridad para identificar áreas de mejora y medir el desempeño de los servicios ofrecidos.
- **Seguridad del Paciente:** Identificación y gestión de riesgos, con el reporte de eventos adversos y la implementación de estrategias para prevenirlos.
- **Atención Centrada en el Paciente:** Escuchar y valorar las opiniones y experiencias de los pacientes para mejorar continuamente los servicios y asegurarse de que se cumplen sus necesidades y expectativas.

4.1.1 Sistema Único de Habilitación

Para el 2024, la Clínica San Rafael de Popayán logró mantener la habilitación de todos sus servicios, cerrando de manera positiva la auditoría realizada por la Secretaría Departamental de Salud del Cauca. Esta

auditoría tuvo como propósito verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación bajo la resolución 3100 de 2019, lo que permitió la continuidad de la prestación de servicios a la población del suroccidente colombiano y garantizó el manejo adecuado de patologías de mediana y alta complejidad.

Adicionalmente, durante el 2024, se logró la apertura de nuevos servicios oncológicos, tanto quirúrgicos como de consulta externa especializada, los cuales complementan la atención de pacientes con patologías oncológicas. Con ello, se habilitaron los siguientes servicios:

- Cirugía Urológica - Oncológica
- Cirugía Gineco - Oncológica
- Cirugía Dermatológica - Oncológica
- Cirugía Ortopedia - Oncológica

Apoyados con la habilitación de servicios complementarios como:

- Medicina de Dolor y Cuidados paliativos
- Nutrición
- Psicología

4.1.2 Sistema de Información para la Calidad

Desde el inicio de la prestación de servicios, se implementó una metodología para la medición de los procesos mediante indicadores de gestión, que incluyen tanto indicadores institucionales como los de obligatorio cumplimiento. Esto ha garantizado el reporte de los indicadores estipulados por la resolución 0256 de 2016, obteniendo resultados favorables que se detallan a continuación:



Ilustración 2. Indicadores de Calidad 2024

4.1.2.1 Reportes de obligatorio cumplimiento:

Durante el año 2024 se alcanzó el 100% de cumplimiento en la presentación de todos los

reportes de carácter obligatorio referentes a la circular 0029 de 2017, circular Externa 016 de 2016, circular 014, circular 030, resolución 0256 de 2016, circular 012, resolución 2063, circular 002 de 2020, circular 022 de 2020, circular 06, entre otras.

De acuerdo con lo anterior se logró un total de 238 informes clasificados de la siguiente manera:

AREA	TOTAL, PROGRAMADOS	TOTAL, REALIZADOS	% CUMPLIMIENTO
Asistencial	114	114	100%
Administrativa	124	124	100%

Tabla 3. Reportes Obligatorios 2024

4.1.3 Gestión de Seguridad del Paciente

Al comparar las estadísticas de reportes de eventos de la vigencia 2024 con las del año 2023, se evidencia un crecimiento significativo en la identificación de riesgos, pasando de un promedio de 103 reportes mensuales a 155 reportes mensuales. Este incremento refleja el fortalecimiento de la cultura organizacional y de la gestión de riesgos, lo que nos permite anticiparnos a los errores y tomar acciones preventivas.

La promoción de una cultura de reporte ha sido clave para identificar riesgos y fortalecer la seguridad del paciente en nuestra institución. Durante el año 2024, se recibieron un total de 1,859 reportes.



Ilustración 3. Reporte de Eventos 2023 -2024

Al realizar una comparación con el último semestre del año 2023 se evidencia un aumento en un 56%, pasando de 619 a 1,100 reportes. Este incremento puede atribuirse a las estrategias

implementadas encaminadas al fortalecimiento de la cultura de seguridad.

Durante el año 2024 se llevaron a cabo un total de 18 talleres presenciales, con la participación de 444 personas logrando intervención en temas enfocados en:

- Reconocer los conceptos clave relacionados con la seguridad del paciente.
- Identificar y distinguir eventos adversos de complicaciones inherentes al estado del paciente.
- Promover el entendimiento de los errores como oportunidades de aprendizaje y mejora continua.

4.1.4 Control de infecciones

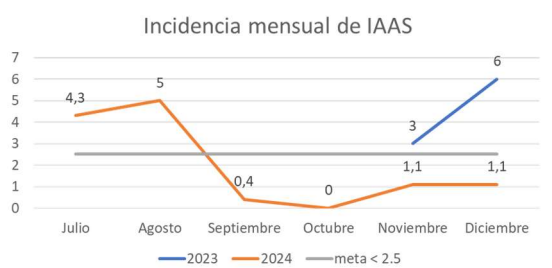


Ilustración 4. Indicador de IAAS 2023 - 2024

La medición de la incidencia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) comenzó en octubre de 2023, alcanzando tasas mensuales entre 3 y 6 casos, con un total de 29 casos en el último trimestre de 2023. En septiembre de 2024, se identificó que la tasa de IAAS se estaba calculando en función del total de egresos, lo que proyectaba tasas elevadas. Como resultado, se ajustó el cálculo de la tasa de IAAS, pasando a medirse según los días de estancia, lo que permitió obtener valores más precisos, expresados en número de IAAS por cada 1,000 días de estancia. Para noviembre y diciembre de 2024, las tasas de IAAS fueron de 1,1 y 0,6 por cada 1,000 días de estancia, respectivamente. Esto permitió contar con resultados comparables a nivel nacional e internacional. Además, se incrementó la cobertura del conteo diario (al 100%) de los días de uso de dispositivos,

con la expectativa de contar, a partir de 2025, con una línea base de medición para los indicadores específicos relacionados con las infecciones asociadas a dispositivos y procedimientos, en el marco de la vigilancia nacional en SIVIGILA.

En cuanto al primer semestre de 2024, las tasas de IAAS fluctuaron entre 12 y 60 casos por mes, alcanzando un total de 85 casos en dicho periodo. Actualmente, las tasas se han reducido a un máximo de 7 IAAS por mes, gracias a las mejoras en la metodología de detección, análisis y seguimiento de los casos potenciales.

4.1.4.1 Higiene de manos

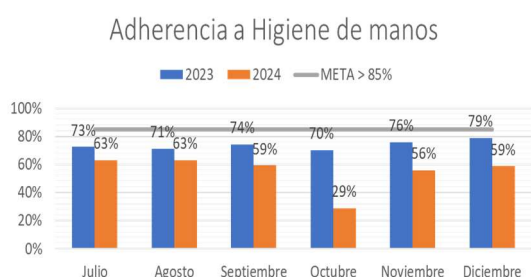


Ilustración 5. Indicador Adherencia higiene de manos 2023 - 2024

Las mediciones inician en el segundo semestre de 2023, como resultado, la adherencia a la higiene de las manos osciló entre el 70% al 79%, sin embargo, se identifica que debido al inicio de la estrategia las mediciones no superan las 40 o 50 observaciones. Para el segundo semestre de 2024, se evidencia una disminución en la adherencia frente a la vigencia del año anterior con resultados oscilan entre el 55% al 63%, motivo por el cual se implementan estrategias para fortalecer técnica con educación personalizada en sitio tipo sesión breve y en el mes de octubre realización de la campaña de lavado de manos.



Ilustración 6. Campaña Lavado de manos

Adicionalmente, desde octubre se replanteó la estrategia de medición con "evaluaciones incógnitas" o de tipo "sombra" (por esta razón, en octubre se observó una medición de prueba con un resultado atípico, debido al bajo volumen de mediciones realizadas para probar la técnica de evaluación). Se espera que para febrero de 2025 se logre establecer una línea base de mediciones, reduciendo el sesgo y permitiendo enfocar las intervenciones institucionales, con la meta de alcanzar 500 mediciones mensuales.

A diferencia de 2023, en la actualidad se mide la adherencia global a la estrategia de higiene de manos, considerando cada uno de los 5 momentos, por servicios y por perfil profesional, lo que amplía la perspectiva institucional. Adicionalmente, durante los primeros 6 meses de 2024, los resultados oscilaron entre el 59% y el 70%.

4.2 ATENCIÓN AL USUARIO



Ilustración 7. Indicador de Satisfacción 2023 - 2024

La proporción de satisfacción global de los usuarios de la Clínica San Rafael de Popayán mostró un desempeño mayormente positivo, con

niveles superiores al 98% en algunos meses. Aunque se observó una tendencia general descendente y fluctuaciones significativas durante 2024, como la caída registrada en septiembre (96.86%), es importante resaltar la notable recuperación hacia el cierre del año, alcanzando un 99.72% en diciembre. Este incremento sugiere que las acciones implementadas tuvieron un impacto positivo, acercándose nuevamente a la meta del 98% de satisfacción, lo que demuestra el compromiso de la clínica con la mejora continua del servicio.

No obstante, es relevante señalar que las fluctuaciones a mitad de año podrían estar relacionadas con el volumen de población atendida por la clínica. Por esta razón, se establecieron propuestas para abordar las diferentes problemáticas, entre las cuales se incluyen:

Fortalecer la Comunicación:

- Se garantizó que los usuarios tuvieran acceso claro a la información sobre los servicios, tiempos de espera y canales de atención.

Seguimiento Continuo:

- Mantener una medición mensual para identificar tendencias a tiempo y tomar decisiones basadas en datos.
- Reforzar la comunicación con los usuarios y su retroalimentación directa para prevenir futuras caídas.

4.3 UNIDAD DE URGENCIAS

En el año 2024, se atendieron un total de 27,546 pacientes, con un promedio diario de 75. De estos, el 51% fueron hombres y el 49% mujeres, con el grupo etario de mayor representación entre los 61 y 80 años. Esto generó un incremento del 217% en comparación con el segundo semestre de 2023. El aumento en el flujo de pacientes resultó en una prolongación de los tiempos de atención, por lo cual se implementaron diversas acciones para mejorar:

- Se abrió un segundo consultorio de triage, operando 8 horas al día, para cubrir las horas pico.
- Se inició un plan de capacitación continua en protocolos de triage y atención de urgencias, mejorando la adherencia al proceso, lo que se reflejó en una tasa de reingresos al servicio de 0,5% (por debajo de la meta establecida de <1%).
- Se realizó el primer simulacro de evaluación del plan hospitalario de emergencia, con la participación de 35 pacientes víctimas de accidentes de tránsito, logrando un cumplimiento satisfactorio y el reconocimiento por parte de la Secretaría de Salud Municipal.

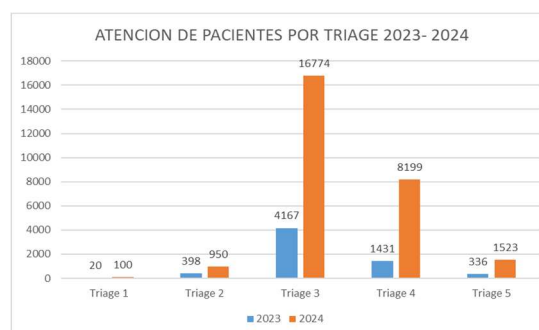


Ilustración 8. Atención de pacientes por triage 2023 - 2024

Del total de pacientes atendidos en triage, se evidenció que el 65% (17.824) de los pacientes fueron ingresados a consulta de urgencias con un mayor porcentaje de clasificación como triage 3. El 35% de los pacientes clasificados como triage 4 y 5 (9.722) se derivaron a consulta externa. Del total de consultas atendidas (17.824), el 35% (6.236) se derivó a observación y de éstas, el 72% fueron trasladados a hospitalización (4.489). El promedio de estancia del servicio de urgencias fue del 1,4 día.

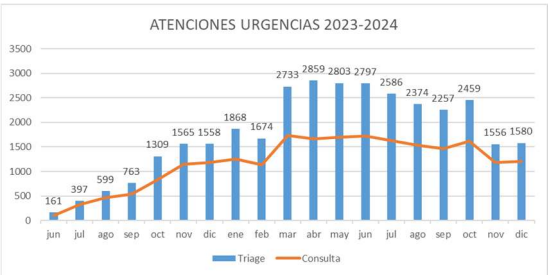


Ilustración 9. Atenciones urgencias 2023 - 2024

Teniendo en cuenta que la apertura de la clínica fue en el mes de junio, se evidencia un incremento en las atenciones realizadas de acuerdo con el incremento en las contrataciones efectuadas en el año 2024. En promedio, el 65% de los pacientes que consultan por triage, se ingresan y pasan a consulta de urgencias.

Desde el área de referencia se recibieron en total 4.899 solicitudes con aceptación de 2.799 (57%) de los cuales ingresaron 2.310 (82%) para el área de urgencias; el 42% restante corresponde afiliados a EPS no contratadas. Adicional, como urgencia vital ingresaron 273 pacientes.



Ilustración 10. Ingresos por EPS 2024

El porcentaje de ocupación del servicio de urgencias tuvo un promedio durante el 2024 del 156%, con picos durante los meses de junio y julio del 270%; lo que llevo a un incremento en la capacidad instalada para un total de 100 camas disponibles y ampliación de sala de emergencia para 5 pacientes. El 47% (13.198) de los pacientes que consultaron al servicio se encuentran afiliados a EPS Asmet Salud, seguido de Nueva EPS con el 35% (9892) y FOMAG con un 8% (2079).

4.4 UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Durante el 2024, el servicio de hospitalización paso de tener 48 camas a 120 camas habilitadas

de las cuales se cuenta con 17 habitaciones unipersonales, con una ocupación general de 98%. En el año se brindó atención a 5.272 usuarios en el servicio. Las EPS representativas son Asmet Salud en 51%, Nueva EPS en 27% y SOAT 10%.

CRITERIO	2023	2024
Estancia general días	4,7	6
Giro Cama	2,4	4
% Ocupación	51%	98%
% Reingresos	0	0

Tabla 4. Indicadores Hospitalización 2023 - 2024

La tendencia de egresos en el servicio de hospitalización ha experimentado un incremento significativo, alcanzando un total de 4,699 egresos, frente a los 663 del segundo semestre de 2023. Esto representa un promedio de 13 pacientes por día y un promedio de estancia de 6 días, comparado con los 4,7 días de 2023. Este aumento se debe principalmente al incremento de pacientes oncológicos y a causas externas derivadas de la demora en los trámites administrativos de las EPS. Ante la creciente demanda de camas hospitalarias, desde noviembre se implementó la sala de pre-alta, con el objetivo de mejorar la rotación de camas.

Además, se establecieron alianzas estratégicas para implementar la ruta oncológica y se brindó capacitación al personal asistencial a través de un diplomado en atención integral al paciente oncológico. Esto permitió habilitar el séptimo piso, dedicado exclusivamente a la atención de estos pacientes.

4.5 UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO

El servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Rafael de Popayán cuenta con 28 camas, de las cuales 21 están destinadas a cuidado intensivo y 7 a cuidado intermedio, aunque dispone de la dotación completa para atención en cuidado intensivo. En 2024, se implementaron estrategias centradas en el acompañamiento, la humanización y la educación tanto al paciente como a su familia.

La estancia promedio de los pacientes en la unidad aumentó de 3,5 días en el segundo semestre de 2023 a 5,4 días en 2024, debido al

incremento en la complejidad de los casos atendidos. Sin embargo, este resultado se mantiene dentro de la meta establecida de 6 días. Además, el crecimiento de la unidad fue progresivo, cerrando 2024 con un porcentaje de ocupación del 89%.

CRITERIO	2023	2024
Estancia general días	3,5	5,4
Giro Cama	2,4	4
% Ocupación	31%	89%
% Reingresos	0	0

Tabla 5. Indicadores UCI 2023 - 2024

Para el año 2024 el servicio de UCI se destacó por:

- Incremento en la ocupación de la unidad de cuidado intensivo, como consecuencia de la mayor pertinencia del uso del servicio y la eficiencia de los traslados desde los servicios de urgencias, hospitalización y salas de cirugía.
- Satisfacción del usuario y su familiar, reflejado en encuestas es en promedio del 97% con 183 felicitaciones durante el 2024 destacando el trabajo del equipo.

4.6 SERVICIO QUIRÚRGICO

Durante el 2024, el servicio quirúrgico se enfocó en incremento de producción, habilitación de salas adicionales y fortalecimiento del talento humano.

En cuanto a infraestructura, la unidad cuenta con 5 salas habilitadas y dotadas. De estas, una es de urgencias, con funcionamiento las 24 horas, los 7 días de la semana, y otra es una sala de recuperación con capacidad para 14 camillas. Además, el servicio dispone de una sala de procedimientos menores, en la que se realizan principalmente procedimientos de gastroenterología y dermatología. Se llevaron a cabo mejoras en la central de esterilización para garantizar el cumplimiento de los estándares de habilitación.

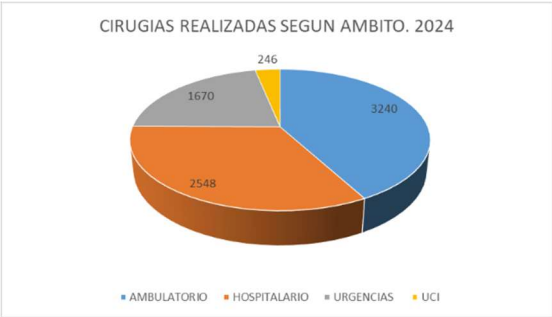


Ilustración 11. Cirugías realizadas 2024

El total de procedimientos quirúrgicos realizados fue 7.704 frente a 1.213 del semestre del 2023. Las especialidades con mayor producción son Cirugía General con un 26%, seguida de Ortopedia 24%, Urología 7%, Cirugía de Mano y Cirugía Plástica 6%. Según el nivel de complejidad, se realizaron 3.064 (39%) de mediana complejidad, 2.567 (33%) de alta complejidad y 2.073 (26%) de baja complejidad. Según el ámbito, se realizaron cirugías ambulatorias 42%, hospitalización 33%, urgencias 21% y UCI 1%. Según las EPS, se realizaron de Asmet Salud 43%, Nueva EPS 29% Y SOAT 12%.

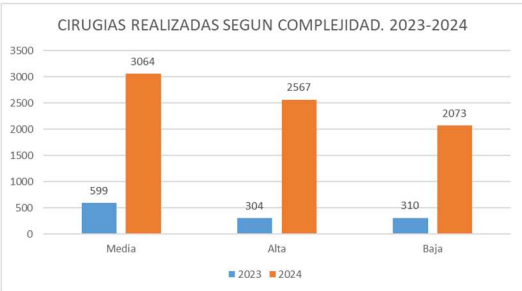


Ilustración 12. Cirugías por complejidad 2023 - 2024

Con la apertura de ruta oncológica, se habilitaron en el mes de octubre las subespecialidades quirúrgicas oncológicas como: Gineco-oncología, Cirugía Oncológica, Ortopedia Oncológica, Urología Oncológica, Dermatología Oncológica y Algesiología.

4.7 UNIDAD DE APOYO DIAGNÓSTICO

4.7.1 LABORATORIO CLÍNICO:

Durante 2024, el servicio de laboratorio procesó

un total de 240,589 exámenes, lo que representa un incremento significativo del 89% en comparación con los 27,480 exámenes procesados en el segundo semestre de 2023. De estos, el servicio de urgencias fue el que más paraclínicos ordenó, con un total de 150,321 exámenes, lo que equivale a un promedio de 6 estudios por paciente y representa el 62% de la producción total del laboratorio. Por su parte, los servicios de hospitalización y UCI generaron respectivamente el 25% (60,466 exámenes) y el 12% (28,533 exámenes) de las órdenes procesadas.

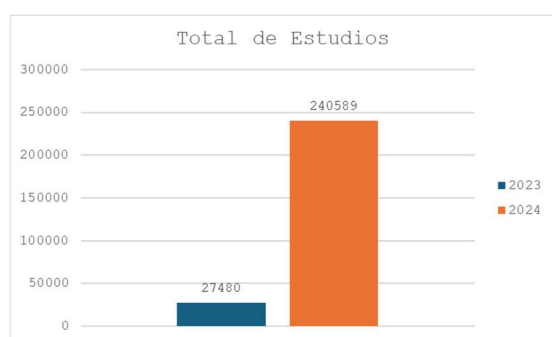


Ilustración 13. Total estudios procesados 2023- 2024

En el año 2024 en el servicio de Laboratorio:

- Se trabajó de manera articulada con Infectología, logrando con ello, fortalecer el proceso de reporte, seguimiento y vigilancia de infecciones intrahospitalarias.
- Se apertura el servicio de toma de muestra para pacientes ambulatorios de Asmet Salud EPS y AIC oncológicos.
- Se implementó una alianza estratégica con otra IPS de la ciudad, para ampliar la captación de los pacientes ambulatorios de FOMAG, que requerían exámenes especializados.
- Se trabajó en conjunto con todas las unidades operativas de la clínica, mejorando el proceso de captación de donantes de componentes sanguíneos.

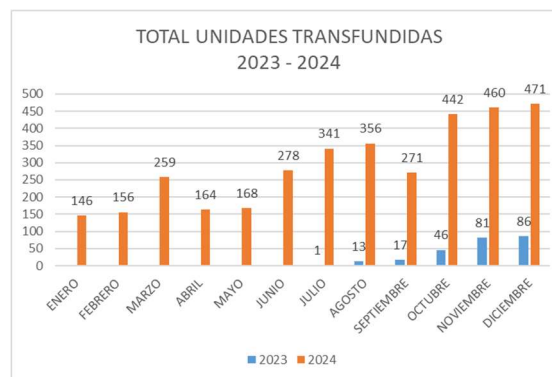


Ilustración 14. Total de unidades transfundidas 2023 - 2024

Desde el Servicio Pretransfusional se han procesado y entregado un total de 3.512 unidades de Hemocomponentes para transfusiones efectivas, frente a 244 unidades transfundidas en el 2023, reflejando un incremento significativo del 93% en el servicio, sin que se generen Reacciones Adversas en nuestros pacientes.

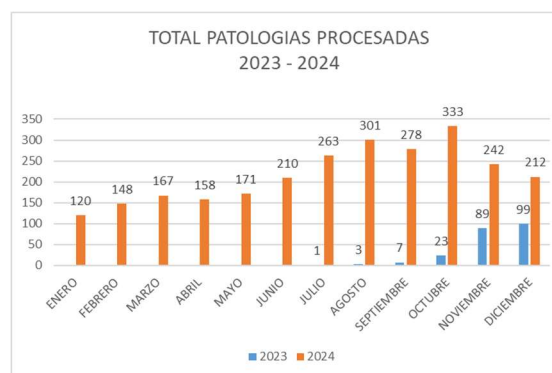


Ilustración 15. Total de patologías procesadas 2023 - 2024

En el servicio de Patología se recibieron y procesaron 2.603 muestras de tejidos anatomopatológicos, evidenciando un crecimiento en el servicio del 93% frente al año 2023, en el que se recibieron y procesaron 227 muestras.

4.7.2 Imágenes Diagnósticas:

En el 2024, se fortaleció el servicio de imágenes diagnósticas con contratación ambulatoria para EPS como Asmet Salud, Fomag, Particulares y Alianzas estratégicas con IPS oncológicas.

Del total de estudios realizados en el 2024: 28.496, el 48% (13.944) correspondieron a radiografías, seguido de tomografías y ecografías

con un 23% (6.460 y 6.579) y resonancias con un 1% (1.513).

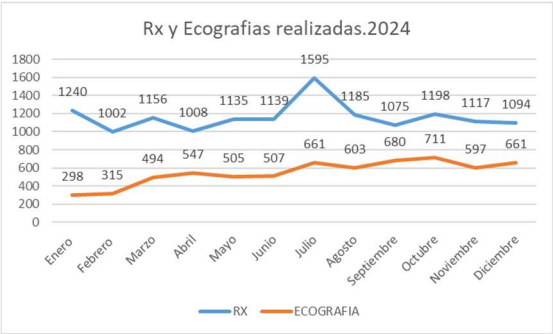


Ilustración 16. Total estudios rayos x y ecografía 2024

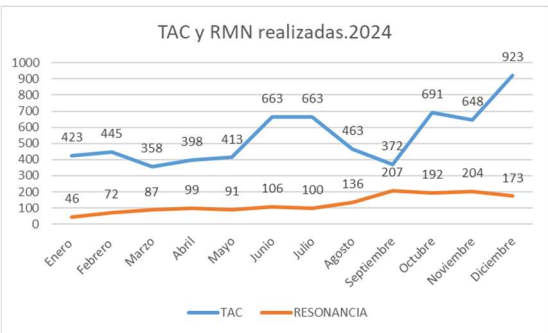


Ilustración 17. Total de estudios de Tac y RMN 2024

Con respecto al segundo semestre 2023, en el segundo semestre del año 2024 se evidencia un incremento significativo en la realización de imágenes diagnósticas, dado por las contrataciones para pacientes ambulatorios.

Desde el punto de vista de las unidades funcionales que ordenaron los exámenes diagnósticos, urgencias fue el servicio con más estudios realizados (18.568), lo que equivale al 62% del volumen total. En el servicio de Hospitalización (4.651), lo que representa el 15%, ambulatorios (3.243) que equivale al 10%, UCI (2.402), lo que equivale al 1% y cirugía (691) lo que presenta un 1% de los estudios realizados en la institución.

4.8 BANCO DE SANGRE

En 2024, se realizaron un total de 305 campañas, lo que representa una disminución del 42.6% en comparación con el año 2023. Es importante resaltar la eficiencia en el proceso de selección,

que ha demostrado una disminución en la reactividad, con un promedio global de 2.9%. En comparación con 2023, esta baja reactividad se ha mantenido constante.

Por otro lado, el Banco de Sangre experimentó una disminución en la captación de donantes debido a diversas variables del sector. Entre las razones se incluyen las restricciones impuestas por la Secretaría de Salud en cuanto a la realización de campañas extramurales, así como dificultades derivadas de temas de orden público en el departamento. Estos factores impactaron negativamente los aspectos financieros, lo que obligó a reducir el número de grupos de colecta, pasando de 2 campañas extramurales a 1, dependiendo de la disponibilidad de insumos. Como resultado, la captación de donantes disminuyó del total de 8,513 en 2023 a 6,516 en 2024, lo que representa una reducción del 23%.

TOTAL, DE DONANTES DE SANGRE	2023	2024
ENERO	671	589
FEBRERO	708	667
MARZO	748	537
ABRIL	603	524
MAYO	702	467
JUNIO	840	410
JULIO	704	529
AGOSTO	732	518
SEPTIEMBRE	761	556
OCTUBRE	690	669
NOVIEMBRE	766	576
DICIEMBRE	588	474
TOTAL, DE CAPTACION	8513	6516

Tabla 6. Total de donantes 2023 - 2024

Dentro de nuestra captación, se incrementó el porcentaje de donantes repetitivos, pasando del 23% al 25%, gracias a las estrategias de promoción implementadas. La donación repetitiva es una de nuestras metas clave, ya que garantiza la calidad de la sangre y permite una captación constante mes a mes.

Sin embargo, la disminución en el número de campañas, junto con problemas técnicos como el daño de los aires acondicionados, afectó la producción de hemocomponentes. En 2024, la producción bajó a 14,931 hemocomponentes, en comparación con los 18,777 generados en 2023, lo que representa una reducción del 20.5%. Esta disminución generó una demanda insatisfecha del

17% en la distribución de hemocomponentes, con 8,499 hemocomponentes despachados en Popayán y 1,530 enviados fuera de la ciudad.

COMPONENTES DISTRIBUIDOS 2024	TOTAL
SOLICITADO POPAYAN	9665
DESPACHADO POPAYAN	8499
DEMANDA NO CUBIERTA	1166
SOLICITADO FUERA DE POPAYAN	2311
DESPACHADO FUERA DE POPAYAN	1530
DEMANDA NO CUBIERTA	781
HEMOCOMPONENTES DESPACHADOS	10029
PORCENTAJE DE DISTRIBUCIÓN	83%

Tabla 7. Total de Componentes distribuidos 2024

En términos económicos, la facturación pasó de \$2,184,384,948 en 2023 a \$1,719,055,775 en 2024, debido a los factores y resultados detallados anteriormente.

Con base en la facturación de 2023, la venta mensual muestra una tendencia ligeramente ascendente, con un promedio de \$128,277,794. En cuanto a la contratación de personal, la región en la que se encuentra el banco presenta desafíos significativos para cubrir las vacantes de las campañas extramurales. Como resultado, fue complejo abrir el segundo grupo de colecta en 2024.

Ante la disminución en la captación y sus implicaciones para nuestro proceso interno, se implementaron estrategias de capacitación al personal y fortalecimiento de la gestión documental, con el objetivo de robustecer nuestros procesos.

CLIENTE	2023	2024
CENTRO DE CUIDADOS CARDIOEUROVASCULARES PABON SAS	\$ 65.687.700	\$ 28.925.800
CENTRO MEDICO VALLE DE ATRIZ EMPRESA UNIPERSONAL	\$ 94.320.570	\$ 36.316.860
CLÍNICA CENTENARIO S.A.S	\$ 29.710.800	\$ -
CLINICA LA ESTANCIA SA	\$ 322.577.000	\$ 417.747.000
CLÍNICA LOS NEVADOS S.A.S.	\$ 3.935.304	\$ 43.227.648
CLINICA SAN RAFAEL DE POPAYAN SAS	\$ 42.449.200	\$ 383.529.000
CLÍNICA SANTA GRACIA - DUMIAN MEDICAL S.A.S.	\$ 343.136.000	\$ 78.102.400
FABILU S.A.S	\$ 161.985.000	\$ 13.824.000
FABISALUD IPS SAS	\$ 22.464.000	\$ -
HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	\$ 414.640.200	\$ 457.566.677

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ	\$ 10.109.744	\$ 13.091.400
LABORATORIO CLINICO Y DE ESPECIALIDADES SAS	\$ 222.748.000	\$ 179.152.100
LABORATORIOS DE ESPECIALIDADES CLINIZAD SAS	\$ 2.193.000	\$ -
PROCLILAB SAS	\$ 242.801.690	\$ 4.220.470
SOCIEDAD COMERCIALIZADORA DE INSUMOS Y SERVICIOS MEDICOS S.A.S		\$ 30.760.700
UNIDAD CARDIO QUIRURGICA DE NARIÑO S.A.S	\$ 48.353.740	\$ 32.591.720
TOTAL, GENERAL	\$ 2.184.387.948	\$ 1.719.055.775

Tabla 8. Facturación

Para el año 2024, el banco de sangre tiene activo 9 clientes, inactivo 2 por cartera, de los 16 clientes contratados, pertenecientes a 5 ciudades del sur del país.

4.9 SERVICIO FARMACÉUTICO

En el marco del fortalecimiento de la seguridad del paciente, el referente de farmacovigilancia ha desarrollado una labor fundamental mediante su participación en la elaboración mensual del boletín de seguridad. Este documento se enfocó principalmente en temas relacionados con el uso seguro de medicamentos, y su socialización con el personal asistencial ha sido crucial para la prevención de eventos adversos y la disminución de su reincidencia. Complementariamente, se han implementado rondas de seguridad de farmacovigilancia que abarcan todos los servicios, incluyendo las farmacias institucionales. Estas rondas, ejecutadas bajo un esquema de auditoría, han permitido evaluar y mejorar aspectos críticos como:

- 1. Almacenamiento adecuado de medicamentos
- 2. Sistemas de semaforización y señalización
- 3. Rotulación apropiada
- 4. Verificación del correcto diligenciamiento de formatos relacionados con condiciones ambientales de temperatura y humedad en carros de paro, neveras y muebles de almacenamiento.



Ilustración 18. Gestión de eventos farmacovigilancia 2023 - 2024

Como parte de las mejoras implementadas, con la incorporación del infectólogo, se establecieron rondas médicas interdisciplinarias que incluyen la participación del químico farmacéutico, el jefe de epidemiología e infecciones, médicos generales y microbiología. El objetivo de estas rondas es evaluar la pertinencia del uso de antibióticos en la institución, lo que ha tenido un impacto positivo en el proceso de compras. Un ejemplo significativo de este impacto es la reducción en el consumo de pruebas de alergia a la penicilina, que pasó de un promedio de 101 ampollas mensuales (entre 2023 y marzo de 2024) a solo 2-3 ampollas mensuales a partir de marzo de 2024, gracias a la implementación de estas rondas.

Adicionalmente, desde octubre, se puso en funcionamiento el área de oncología, estableciendo una estrecha colaboración con la coordinación del servicio para gestionar de manera eficiente la base de datos proporcionada por la EPS AIC. Esto ha permitido una programación y atención oportuna en la administración de quimioterapias endovenosas y orales. Actualmente, se está desarrollando un vademécum especializado en medicamentos oncológicos, que incluye información crucial sobre la estabilidad de las preparaciones. Esta herramienta permite:

1. Garantizar la disponibilidad de las preparaciones un día antes de su administración.
2. Asegurar que los medicamentos estén listos a primera hora cuando el paciente está citado.

3. Conservar las mezclas no administradas para su posterior uso, cuando las condiciones del paciente lo requieran.

4. Orientar al área de compras sobre los laboratorios más convenientes para la adquisición de medicamentos.

4.10 QUIMIOTERAPIA

Con el propósito de afianzar la prestación de servicios de alta complejidad en la clínica, se da apertura al servicio de oncología, en el mes de octubre, para la EPSI AIC, recibiendo una corte de 1233 usuarios garantizando el cumplimiento integral de la ruta oncológica desde la consulta externa, atención en sala de quimioterapia y todos los servicios intrahospitalarios. Adicionalmente se realizaron alianzas estratégicas para los servicios de radioterapia y medicina nuclear; logrando al finalizar el año 2024 una ejecución del 100% del PGP.

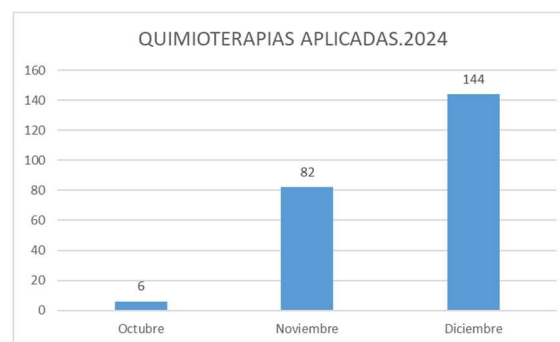


Ilustración 19. Quimioterapias aplicadas 2024

En el 2024, se logró atender en sala de quimioterapia 232 pacientes.

4.11 CONSULTA EXTERNA

Las agendas para la asignación de citas mensuales de 2024 se habilitaron en forma escalonada a partir de la segunda semana de cada mes, es decir, se habilitó de manera mensual, trimestral y anual, con el fin de garantizar y mejorar la oportunidad.

Con corte a 31 de diciembre de 2024 se habían

asignado 30.994 citas, éstas se cumplieron 24.754 (80%), se incumplieron 6.227 (20%).



Ilustración 20. Total Consultas por especialidad 2024

El mayor volumen de citas asignadas fue a usuarios de Asmet Salud con 14.100 (45%), seguida de Nueva EPS con 11.238 (36%) y SOAT con 2.382 (7%).

El mayor volumen de citas asignadas para el 2024, fue para la especialidad de Cirugía general con 6.087 (19%), seguido de Ortopedia, 5.520 (17%), Anestesiología 4.912 (15 %), Neurocirugía 2.685 (8%) y Urología 1.650 (5%).

En el servicio de consulta externa se habilitaron especialidades oncológicas como:

- Dermatooncología.
- Urooncología.
- Ortopedia Oncológica.
- Gineco Oncología.
- Cirugía Oncológica.
- Algesiología.

Como estrategia para mejorar la oportunidad de acceso y pertinencia a las especialidades se habilito Medicina familiar priorizando la atención de los pacientes derivados de primer nivel.

GESTION CONSULTA EXTERNA	No. PACIENTES	%
CONTROL POR ESPECIALIDAD	13523	52%
CIRUGIA	4517	17%
ANESTESIA	4329	17%
CITA POR PRIMERA VEZ	1940	7%
ALTA	1725	7%

REMISION A URGENCIAS	172	1%
TOTAL	26206	100%

Tabla 9. Gestión de consulta externa 2024

En post-consulta se evidencia que el 52% de los usuarios atendidos se envían a control por especialidad, 34% son derivados a procedimientos quirúrgicos, el 7% son derivados a otra especialidad por primera vez y el 7% es dado de alta y el 1% es remitido al servicio de urgencias.



05. GESTIÓN TÁCTICA Y DE APOYO

5.1 GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

En el año 2024, específicamente en el último cuatrimestre del año, el área de Recursos Humanos se enfocó en:

- Homologar el proceso para todas las clínicas.
- Brindar la visión de equipo transversal a los miembros del proceso en todas las clínicas.
- Retomar el control y autonomía del proceso.
- Facilitar la cohesión, relacionamiento y alineación estratégica del proceso.
- Hacer visible pequeñas victorias en desarrollo de los programas en SST, Bienestar, Cultura y laboral.
- Poner en marcha los planes identificados como relevantes para el 2024 y 2025.

En el año 2024, se llevó a cabo la reorganización de varios procesos, y estandarización de otros, como se menciona a continuación:

5.1.1 Atracción y fidelización

Para cierre de 2024 el porcentaje de rotación de Clínica San Rafael Popayán fue del 2%, manteniéndose dentro de la meta (3%).



Ilustración 21. Rotación de personal 2024

Se evidencia reducción en el segundo semestre del año 2024 con un promedio de 1.1% situándose por debajo de la meta establecida, de acuerdo con las estrategias implementadas como es la socialización de nuestros beneficios extralegales, reconocimiento a nuestros colaboradores, promociones horizontales y verticales, rondas de acercamiento por los diferentes servicios de la

Institución.

Se realizó la actualización de perfiles de cargo, logrando un avance de 72 perfiles para un cumplimiento del 85%, de acuerdo con nuestro modelo de competencias Steward.

Se logró posicionar la marca empleadora a través de las redes sociales LinkedIn como estrategia de atracción de personal a través de la publicación de videos de vacantes, y ampliación de fuentes de reclutamiento (Indeed, Grupos de WhatsApp, Plan referidos).

Continuando con la transversalización, se desplegaron actividades dentro del proceso como:

- Alineación del formato de entrevista de jefe inmediato con las competencias organizacionales
- Se actualizaron las plantillas para la búsqueda de personal a través de la red LinkedIn.
- Se actualizó la carta de agradecimiento a los candidatos.
- Nuestros indicadores ahora están estandarizados transversalmente teniendo en cuenta el ciclo PHVA
- Se implementó el folleto del código del buen vestir en el proceso de contratación.

5.1.2 Compensación y beneficios

Durante el año 2024, se avanzó en:

- Estandarización del equipo de nómina, y centralización del proceso en Bogotá.
- Gestión transversal e integración de los equipos de trabajo de las Clínicas dada la apertura y crecimiento de su recurso humano.
- Estandarizar reporte consolidado para la Vicepresidencia de Recursos Humanos con información de variaciones mensuales de planta y gasto de personal.

5.1.3 Asuntos laborales

Durante el año 2024, se avanzó en:

- Atención a los derechos de petición internos y externos.
- Creación del comité disciplinario
- Gestión de los procesos disciplinarios a nivel transversal

5.1.4 Gestión del cambio y cultura

Continuando con el fortalecimiento de nuestra cultura en Clínica San Rafael de Popayán, durante el año 2024, se llevó a cabo el despliegue del programa de responsabilidad social y empresarial “Haciendo la diferencia” y el despliegue de nuestros pilares de cultura, logrando una gran participación de nuestros colaboradores.



Ilustración 22. Actividad de cultura y cambio 2024

Teniendo en cuenta que el crecimiento de nuestros colaboradores es importante para Clínica San Rafael de Popayán, se ejecutó la feria del conocimiento, con el objetivo principal de compartir conocimientos, experiencias y fomentar la interacción del personal, adicionalmente se realizó la reinducción de todos los procesos transversales de la Institución.

- Participantes 303
- Cobertura 67%
- Satisfacción promedio 4,96

También se realizó el diplomado de gestión de la

calidad de enfermería, en el cual se certificaron 24 profesionales de enfermería, colaboradores de la Institución.



Ilustración 23. Capacitación continua 2024

Actividades de Bienestar y Calidad de Vida

Durante la vigencia del año 2024, se implementó nuestro portafolio de beneficios “BENEFICINA”, con una cobertura de entrega de 485 portafolios.



Ilustración 24. Actividades de bienestar 2024

A continuación, se describen las actividades de Bienestar desarrolladas en la Clínica San Rafael de Popayán durante esta vigencia:

- Día de la enfermería: cobertura 66%
- Feria del emprendimiento: participación de 5 emprendimientos de colaboradores de la clínica
- Celebración todos tienen talento: participación de 3 talentos por la sede
- Día del médico: Cobertura 44%, satisfacción 4.2
- Obsequios a hijos de colaboradores: Cobertura 77%
- Cenas navideñas en turnos nocturnos de

24 y 31 de diciembre: Cobertura 100%.

- Actividad de integración de fin de año con la participación de 240 colaboradores.

5.1.5 Seguridad y Salud en el trabajo -SST

Cumplimiento Estándares Mínimos SG- SST 2024

Se realizó una autoevaluación de estándares mínimos con un cumplimiento del 100% equivaliendo esto a un porcentaje ACEPTABLE., correspondiente al periodo 2024.

Logros:

- En el programa de seguridad industrial se logró ejecutar el 76% teniendo en cuenta la accidentalidad, matriz de peligros, Capacitaciones, Inspecciones, seguimiento a mejoras.
- Aplicación Línea Basal de Riesgo Biológico, con una ejecución del 88%: con el desarrollo de diagnóstico Integral áreas críticas, elaboración de Guías de Trabajo Seguro: Toma de laboratorios, Glucometría, Administración de Medicamentos, Canalización de pacientes e Intervención al Riesgo Biológico
- S.V.E DME Desordenes Musculoesqueléticos: avance del programa del 86,4%: diligenciamiento del Cuestionario SINTOMATOLOGÍA DME (93,2% del personal), Estrategia Gimnasia Laboral estructuración de material semanal por cada clínica, para el desarrollo de actividades preventivas de forma alternada, Actualización e implementación del Programa Hábitos de Vida y Trabajo Saludable: Seguimiento IMC, consumo de sustancias psicoactivas e Implementación Programa 3R (Reincorporación, Reubicación y Readaptación): Se diseñan herramientas y se capacitan a profesionales responsables de SST, con el fin de replicar gestión y homologar

documentación

- Aplicación Línea Basal de Riesgo Psicosocial con un avance del 85,21%, teniendo en cuenta Análisis e informe de Ausentismo en Salud Mental, Asesoría, acompañamiento, capacitación, elaboración de formatos para el Comité de Convivencia Laboral CCL, Revisión de PVE Riesgo Psicosocial y programas existentes.
- Logramos mantener nuestros resultados de Ausentismo Laboral, durante todo el año 2024
- Ausentismo global en 1,2% por debajo de la meta de 3.0%
- Ausentismo medico en 1.06% por debajo de la meta de 2,23%.

5.2 GESTIÓN LEGAL

Durante el año 2024, la Vicepresidencia Legal desempeñó un papel estratégico clave en la compañía, enfocándose en fortalecer los procesos transversales, minimizar los riesgos legales y garantizar el cumplimiento normativo.

Las principales gestiones incluyeron la optimización de contratos, una defensa judicial efectiva y el alineamiento de la compañía con las regulaciones vigentes, lo que resultó en mejoras tangibles en eficiencia y sostenibilidad operativa.

El objetivo del área legal es asumir la representación en todos los asuntos jurídicos de la compañía, brindando asesoría legal integral y garantizando el cumplimiento de la normativa en todas las operaciones del negocio. Esto se logra mediante la planificación, el control legal, la asesoría y la defensa judicial de los intereses de la empresa, con el propósito de minimizar los riesgos legales asociados al desarrollo de sus actividades. Para ello, se cuenta con el apoyo de un equipo interno especializado y la colaboración de asesores externos.

Asimismo, se identificaron los grupos de interés a los que el área legal presta sus servicios.



Ilustración 25. Grupos de interés área legal

Para lograr la implementación de un enfoque transversal y de servicios compartidos que logre llegar a todos nuestros Stakeholders, de manera eficaz, oportuna, y generando mayores eficiencias, los cinco macroprocesos implementados, son:

5.2.1 Proceso de Contratación:

El proceso de contratación se centró en fortalecer los procesos administrativos, optimizar el tiempo de respuesta y asegurar la transparencia en las operaciones contractuales. Estas acciones garantizaron un marco de cumplimiento normativo y alineación con los objetivos estratégicos corporativos.

El macroproceso de contratación tuvo como objetivo principal salvaguardar los intereses de la Institución en sus relaciones contractuales y comerciales, asegurando la mitigación de riesgos y promoviendo la eficiencia en el cumplimiento del objeto social de la clínica. Para ello, se enfocó en brindar acompañamiento continuo y garantizar la efectividad en la negociación de términos contractuales favorables, siempre en estricto cumplimiento de las políticas establecidas en el Manual de Contratación.

Actividades desarrolladas:

- En enero de 2024 se publicó el nuevo Manual de Contratación en cada una de las clínicas, el cual se encuentra cargado en la

intranet de cada institución.

- De acuerdo con la actualización del Manual de Contratación, se realizó una nueva parametrización a la plataforma de gestión de contratos ALMERA, mediante la implementación 6 módulos nuevos, los cuales entraron en operación el 01 de enero de 2024.



Ilustración 26. Sistema Almera

- Durante el año 2024 se efectuaron las correspondientes capacitaciones y socialización del manual de contratación en todas las clínicas y banco de sangre, para efectos de la divulgación se trabajaron piezas publicitarias como videos, capsulas informativas y folletos con la información más relevante a tener en cuenta durante el proceso contractual.

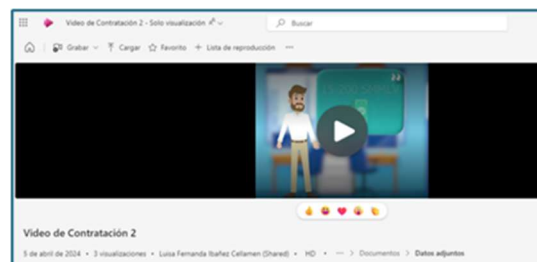


Ilustración 27. Video educativo sobre el manual de contratación

- Se realizó la actualización, estandarización y consolidación de formatos de los contratos que más se solicitan y proyectan en el grupo de Clínicas y Banco de Sangre, lo que ha contribuido a la generación de contratos de forma más expedita, asegurando que todos los contratos sigan la misma estructura y contengan las cláusulas estándar y políticas institucionales contenidas en el Manual de Contratación.

- En el transcurso del año 2024, se gestionó en la Clínica un volumen de 114 contratos y 15 otrosíes, cumpliendo con el indicador de oportunidad de respuesta

establecido para los requerimientos contractuales.

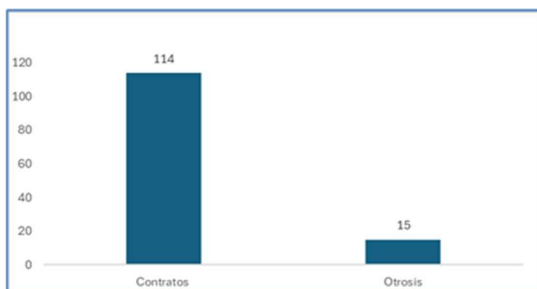
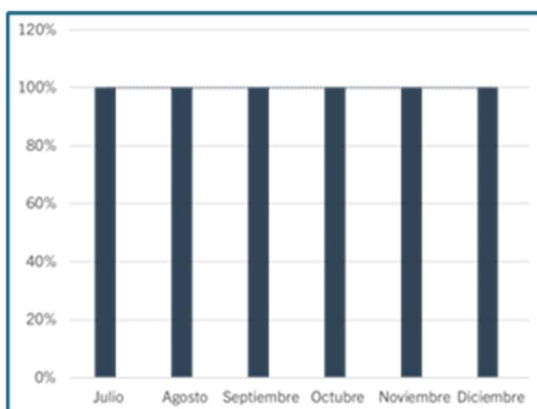


Ilustración 28 Gestiones tramitadas

Indicadores

- RQS Atendidos Oportunamente- Asuntos Contractuales



Objetivo del indicador: Medir la efectividad en el tiempo de respuesta para que los requerimientos sean atendidos dentro del tiempo establecido *Tiempo ideal ≤ 3

- Meta alcanzar: 100%
- Mínimo tolerable del indicador: 100%

Gráfico 2. Indicadores Asuntos Contractuales

Ilustración 29 Indicadores Asuntos Contractuales

5.2.2 Proceso de Asuntos Judiciales:

El macroproceso de Asuntos Judiciales llevó a cabo la implementación de una estrategia de defensa integral, diseñada para proteger los intereses de la compañía en litigios judiciales y administrativos. Esta estrategia contempló la incorporación de herramientas tecnológicas y la optimización de procesos, con el propósito de garantizar resultados favorables.

Es así como se logró contener el riesgo jurídico asociado a fallos desfavorables de acciones de

tutela y la imposición de ordenes de desacato derivadas de estas, logrando obtener decisiones favorables que brindan a la organización eficiencias en el manejo de sus recursos y contribuir al logro de sus objetivos estratégico. Actividades realizadas:

- Implementación del módulo de procesos judiciales en ALMERA, mejorando la trazabilidad y la eficiencia de los casos.
- Optimización de tiempos y costos mediante un sistema de rastreo para títulos judiciales.
- Cobertura de gastos de defensa judicial a través de reaseguro en casos de responsabilidad médica.
- Durante el año 2024 se recibieron un total de 188 mecanismos constitucionales, cuya calificación será discriminada según el sistema definido en oportuno y extemporánea.

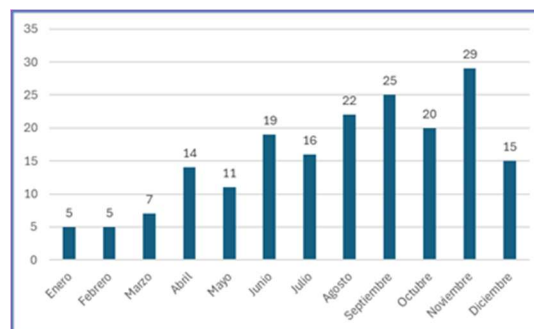
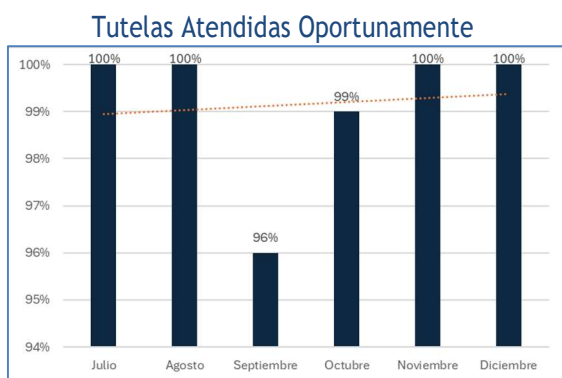


Ilustración 30. Tutelas Gestionadas 2024

Indicadores:



Objetivo del indicador: Medir la efectividad en el tiempo de respuesta de las tutelas para que sean atendidas dentro del tiempo legal establecido, minimizando los riesgos para la institución.

✓ Meta alcanzar: 100%

✓ Mínimo tolerable del indicador : 100%

Ilustración 31. Indicador Tutelas

5.2.3. Proceso de Asuntos Corporativos:

Desde el macroproceso de asuntos Corporativos se garantizó la adecuada gestión, supervisión y control de los aspectos legales y corporativos claves de la organización mediante las siguientes acciones:

- Generación y supervisión de documentos corporativos: Control de registros públicos, estatutos sociales, libros de registro de accionistas, acuerdos de accionistas, así como actas de Juntas Directivas y Asambleas, entre otros.
- Contratos relevantes: Gestión y monitoreo de contratos estratégicos que son fundamentales para la operación de las compañías que conforman el Holding, tales como contratos de endeudamiento, acuerdos con partes relacionadas, alianzas estratégicas, y aquellos de valor significativo.
- Supervisión de activos: Revisión y control de contratos relacionados con inmuebles, asegurando el cumplimiento de las obligaciones ante entidades fiscales y de planeación municipal, departamental y/o distrital.
- Renovación del programa de Seguros: Con la asesoría y acompañamiento del

corredor de seguros se llevó a cabo la renovación del programa de Seguros de la Compañía. Esto representa la supervisión de los seguros corporativos para garantizar la cobertura adecuada y la protección de los intereses de la compañía.

- Acompañamiento en asuntos cambiarios y tributarios: Asesoría y supervisión estratégica en temas relacionados con el cumplimiento de normativas cambiarias y tributarias.

5.2.4 Proceso de Asuntos Médico Legales y Hospitalarios:

- El macroproceso de Asuntos Médico-Legales y Hospitalarios se centró en fortalecer la gestión normativa en la clínica, garantizando el cumplimiento de los estándares legales aplicables y optimizando la capacidad de respuesta frente a demandas, reclamaciones y contingencias legales.
- El objetivo principal es garantizar que las clínicas mantengan una actualización normativa integral en todos sus servicios, implementando políticas, procedimientos y protocolos alineados con los estándares legales. Esto se logra mediante la prestación de consultoría oportuna a las Gerencias y Direcciones de las clínicas, así como a las áreas involucradas en los comités legales e institucionales. Además, se promueve la capacitación del personal en temas médico-legales de relevancia, con el propósito de prevenir la materialización de riesgos asociados a la operación.

Actividades Desarrolladas:

- Se ha realizado acompañamiento a las distintas áreas y servicios de la clínica para la actualización de protocolos y/o procedimientos, ajustándolos a la normatividad legal vigente y/o

05

generando unos nuevos para la estandarización e implementación de nueva normatividad.

PROTOKOLO APLICACION DERECHO A MORIR DIGNAMENTE Código: AS-PT-01 Versión: 2-2024 Páginas: 1 de 1	PROTOKOLO PARA TRAMITE DE FELICITACIONES, QUEJAS Y SUGERENCIAS Código: AS-GS-PT-01 Versión: 1-2024 Páginas: 1 de 1
PROTOKOLO DE VOLUNTAD ANTICIPADA Código: AS-PT-02 Versión: 1-2024 Páginas: 1 de 1	PROCEDIMIENTO CONFIDENCIALIDAD DEL DIAGNOSTICO Código: AS-PT-03 Versión: 1-2024 Páginas: 1 de 1
PROTOKOLO ATENCION NUMERADA EN LA UNIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA Código: AS-GS-PT-04 Versión: 1-2024 Páginas: 1 de 1	POLITICA AMBIENTAL Código: SA-GA-PA-01 Versión: 3-2024 Páginas: 1 de 2
PROTOKOLO ATENCION NUMERADA EN LA UNIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA Código: AS-GS-PT-05 Versión: 1-2024 Páginas: 1 de 1	ACTA DE ELIMINACION DE HISTORIA CLINICA Código: SA-GS-PT-12 Versión: 1-2024 Páginas: 1 de 1

Ilustración 32 Actualización de protocolos

- Se realizó la verificación de las causas y servicios de las investigaciones administrativas y procesos de responsabilidad médica más cuestionadas, y con cada servicio indagar protocolos y rutas en caso de criticidad o emergencia funcional.
- Verificación de cumplimiento normativo en relación con el servicio farmacéutico e impactos ambientales. Ley 1333 de 2009.
- Revisión con la dirección médica de los Protocolos y Guías médicas de mayor impacto.
- Abordaje a indicadores y causas de eventos por caídas e infecciones asociadas al cuidado de la salud.
- En el año 2024, dimos apertura a la publicación del Boletín “Conexión Legal”, a fin de que el personal administrativo y asistencial tenga contacto con normatividad de interés.



Ilustración 33 Boletines Legales

Indicadores:

- Eficiencias- Contestación De Reclamos



Objetivo del indicador : Mediante este se busca medir la efectividad de la intervención realizada por el abogado a cargo que permite contener que dicho requerimiento se materialice en una demanda.

Meta alcanzar: 90%

Mínimo tolerable del indicador : 80%

Ilustración 34 Contestación de reclamos

5.2.5 Proceso de Cumplimiento:

- SARLAFT-Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación de Terrorismo

La Clínica San Rafael de Popayán cuenta con el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, cumpliendo con las disposiciones legales emitidas a través de la circular 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional.

Considerando las exigencias señaladas por la Circular 009 de 2016 con periodicidad mensual y en cumplimiento a la fecha establecida, se presentaron los informes ante la UIAF dentro de los términos establecidos.

- Reporte de Operaciones Sospechosas o Ausencia de Operaciones Sospechosas
- Reporte de Transacciones Individuales y/o múltiples en efectivo - Procedimientos
- Reporte de Transacciones Individuales y/o múltiples en efectivo - Proveedores

- La Clínica San Rafael de Popayán realizó

680 consultas en listas restrictivas para evaluar personas naturales y jurídicas vinculadas o en proceso de vinculación como usuarios, clientes, proveedores y colaboradores.

Clínica	Contrapartes	No. consultas	Advertencias	Alto Riesgo
CSRP	Proveedores	309	92	0
	Clientes	75	35	0
	Empleados	296	22	0
Total		680	149	0

Ilustración 35 detallan los resultados del periodo mencionado.

• Programas de Capacitación y Conocimiento LA/FT/FPADM.

Dentro de las verificaciones realizadas se evidencia que para la Clínica San Rafael de Popayán no se cuenta con un programa de capacitaciones lo suficientemente robusto que cumpla con los requerimientos normativos, por lo tanto, es necesario de manera prioritaria definir el correspondiente cronograma y seguimiento al cumplimiento.

Para el componente correspondiente a capacitaciones la entidad a la fecha no cumple.

• Gestión de Riesgos.

De acuerdo con la metodología de riesgos establecida por la organización para determinar el perfil de riesgos de LA/FT/FPADM, para lo corrido del año 2024 se reestructuró la metodología con el fin de unificar los sistemas de riesgos y dar cumplimiento a la normatividad vigente y los lineamientos de los entes de control en pro de la mejora continua.

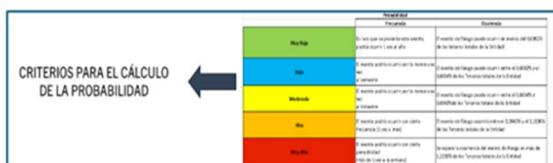


Ilustración 36 Metodología de riesgos

• Requerimientos de Entes de Control.

Para la vigencia del presente informe se recibió una encuesta de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de calificar las preguntas realizadas en el autodiagnóstico emitido por el ente de control y que se realicen los ajustes correspondientes para futuras versiones del Autodiagnóstico.

Logros del Equipo Legal 2024:

1. Actualización y aprobación del nuevo manual de contratación, asegurando que las políticas y procedimientos estén alineados con las normativas vigentes, permitiendo mejores prácticas.
2. Repositorio y custodia de los contratos suscritos de manera transversal por las clínicas garantizando su debida legalización, sus documentos soporte, autorizaciones, cadena de revisión, otrosíes y trazabilidad generada del proceso de revisión.
3. Se brindó apoyo al área comercial al organizar eficientemente el cargue en Almera de todos los contratos con aseguradoras vigentes para todas las compañías. Mejorando la gestión y seguimiento de los contratos, optimizando los procesos comerciales y asegurando que toda la documentación estuviera actualizada.
4. Estandarización y socialización mediante el manual de contratación de la figura del supervisor en el proceso de contratación.
5. Capacitaciones a las áreas internas de la Clínica del manual de contratación.
6. Mejoramiento en los tiempos de respuesta y gestión de las solicitudes de contratos.
7. Fortalecimiento de los procesos de validación de documentos como pólizas

- de seguros y certificados de existencia y representación legal.
8. Identificación en conjunto con las áreas técnicas de las causas de incumplimiento ambiental (vertimientos, emisiones atmosféricas y publicidad exterior).
 9. Parametrización y seguimiento semanal a la cartera de las Clínicas con riesgo jurídico, creando escenarios de negociación con los proveedores para acordar compromisos de pago conforme al flujo de caja.
 10. Se estructuraron protocolos claros y detallados para la unificación de las siguientes actuaciones: i) la presentación de demandas ii) contestación de demandas e investigaciones administrativas iii) y conciliaciones; lo que ha permitido agilizar los tiempos de respuesta, mejorar la calidad de las decisiones y asegurar el cumplimiento de los requisitos normativos en cada etapa de los procesos e investigaciones administrativas.
 11. Se implementó un sistema de rastreo para hacer seguimiento a los títulos judiciales constituidos a favor de las clínicas en procesos judiciales, con el objetivo de mantener su control y posterior cobro en procura de obtener un
 12. Impacto financiero positivo con su recaudo.
 13. Optimización del aplicativo Almera en investigaciones administrativas: Se ajustó: 1) incluyendo información de estos asuntos que no se tenía, lo que ha permitido identificar: i) valores y fechas de pago de las sanciones impuestas ii) el acto administrativo sancionatorio iii) clasificar la vinculación de la clínica como investigado directo o indirecto, logrando que la información consignada sea detallada y fidedigna. 2) Se implementó un sistema de alertas de vencimientos de términos.
 14. Se continuó con la depuración de cierre de investigaciones administrativas, por caducidad, generando control y minimización de riesgo en los procesos sancionatorios.
 15. Optimización del aplicativo Almera en procesos judiciales: Se implementó el uso del módulo de procesos judiciales, lo que ha permitido: i) la conservación de la trazabilidad de las actuaciones del proceso, ii) la eficiencia en el seguimiento y control del proceso.
 16. Optimización del aplicativo Almera en tutelas: Se ajustó: 1) incluyendo información de estas acciones que no se tenía, lo que ha permitido: i) identificar y clasificar los anexos de las tutelas ii) clasificar las clínicas como accionado o vinculado, logrando conservar la trazabilidad de la documentación y que la información consignada sea detallada y fidedigna. iii) identificar el atributo de la calidad que podría estar siendo desconocido, lo que ha contribuido al sistema de gestión de calidad de las clínicas asegurando una mejora continua en los estándares y procesos de atención 2) Se implementó un sistema de alertas de vencimientos de términos.
 17. Mediante un proceso de negociación con el Reaseguro de la póliza de Responsabilidad Civil Médica, se logró que la compañía aseguradora asuma los gastos relacionados con la gestión de la defensa judicial que se lleva "in house" en los procesos de responsabilidad médica que se promuevan en contra de las Clínicas.

18. Control y seguimiento a la consulta anual en listas cautelares dando alcance a verificación LA/FT/FPADM, Corrupción y Fraude de colaboradores por cada una de las clínicas de manera trimestral.
19. Definición y estructuración de metodología para la identificación, tratamiento, seguimiento y control de los riesgos institucionales, y la unificación de la matriz de riesgos.
20. Definición de metodología para la segmentación de los factores de riesgo, identificados en las clínicas.

Estado de cumplimiento de normas sobre propiedad industrial y derechos de autor

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1 de la ley 603 de 2000, el informe de gestión debe contener la constancia sobre si la organización ha venido cumpliendo con las normas reguladas de la propiedad industrial y derechos de autor, frente a la cual tenemos que decir, que la Clínica, cumple con todos los parámetros establecidos en la norma antes mencionada, y todos sus equipos tienen el debido licenciamiento.

Transacciones con accionistas y administradores

Las transacciones efectuadas con nuestros accionistas y administradores durante el año 2024 se han llevado a cabo en estricto cumplimiento de la normativa aplicable, asegurando un trato equitativo al que se otorga a partes externas. Para una mayor transparencia, el desglose detallado de estas operaciones se ha incluido en las notas adjuntas a los estados financieros individuales presentados en este informe.

5.3 Gestión de Mantenimiento e Infraestructura

Durante el año 2024 el área de Mantenimiento gestionó y ejecutó obras menores de remodelación para dar cumplimiento normativo y hacer más eficientes algunos espacios destinados

para la prestación de servicios, realizado con proveedores externos y personal de mantenimiento; así mismo se realizaron mantenimientos preventivos y correctivos a equipos industriales, tales como planta eléctrica, aires acondicionados, ascensores, sistema de vacío y compresor de aire, incluyendo de igual forma la infraestructura física y donde se resalta el mantenimiento de la red de gases medicinales y red contra incendios.

- Se realizaron trabajos de infraestructura, ampliando áreas y obras de mantenimiento general en Cirugía, Gastroenterología y la central de esterilización, de acuerdo con visita de secretaria de salud, donde se subsanaron los hallazgos por habilitación y la prestación del servicio, cumpliendo con normativa resolución 3100 del 2019.
- Se realizaron las adecuaciones de las áreas de apoyo de Trabajo limpio de los servicios de hospitalización en los pisos 4,7,8 y urgencias, ampliando las áreas. Para dar cumplimiento con lo requerido por la secretaria de salud y dar cumplimiento a requisitos de habilitación.
- Se ejecutó mantenimiento preventivo a la red de gases medicinales, incluyendo tomas, escudos, alarmas, cajas de corte y central de gases (Manifold), de acuerdo con programación, subsanando hallazgo que en la visita de certificación de habilitación de secretaria de salud y cumplir con la normativa.
- En el año 2024 uno de los objetivos por habilitación fue obtener la certificación de bomberos, para lo cual se logró contratar proveedor externo y realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de la red contra incendios, donde se realizó cambio de rociadores, instalación de soportes, corrección de rociadores y señalización de acuerdo con normativa vigente.
- Se ejecutaron adecuaciones en infraestructura, eléctricas requeridas,

cumpliendo con los requisitos específicos de la NTC 5926-1:2012 revisión técnico-mecánica de sistemas de transporte vertical y puertas eléctricas. Para los ascensores obteniendo de inspección de equipos conforme para el uso los certificados CER-147849-1 y CER-159857-1.

Indicadores de mantenimiento

Porcentaje de Mantenimiento preventivos de equipos industriales.

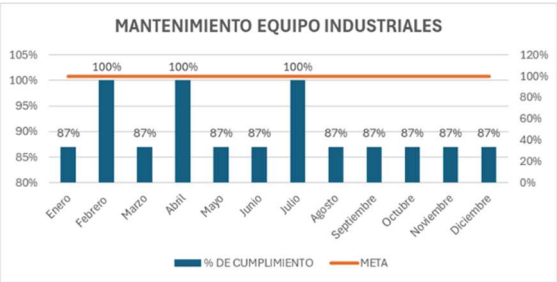


Ilustración 37 Mantenimiento de equipos industriales

El cumplimiento según lo programado para los equipos industriales del 2024 fue en promedio del 90 %, la referenciación se toma de acuerdo con el cumplimiento de los mantenimientos preventivos de todos los equipos industriales, para los meses que no se logró llegar a la meta debido a diferentes situaciones presentadas que impidieron la ejecución.

Porcentaje de órdenes de servicio

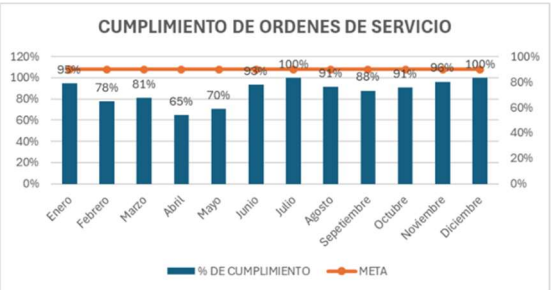


Ilustración 38 Cumplimiento de ordenes de servicio

El porcentaje promedio de cumplimiento de órdenes de trabajo realizadas en el periodo 2024 fue del 87 %, para el segundo semestre de 2024 se logra aumentar el porcentaje de respuesta a

un 95% esto debido a que se identificaron mejoras logrando optimizar el proceso de gestión de órdenes de trabajo que permitieron mejorar los tiempos de respuesta.

5.4 Gestión de Negociación, Compras y Logística

Durante el año 2024 fortalecimos la capacidad operativa a través de una mejor gestión de compras lo que permitió garantizar el abastecimiento continuo de medicamentos, dispositivos médicos y productos oncológicos.

Se realizó la búsqueda activa de nuevos proveedores que garantizan productos y servicios con estándares de calidad, entregas oportunas, capacidad de respuesta ante imprevisto, precios competitivos y descuentos financieros logrando un incremento del 42% en creación de proveedores gracias a la diversificación y apertura de nuevas relaciones comerciales

Se llevó a cabo la evaluación de todos los proveedores de medicamentos, dispositivos y material de ortopedia, logrando un cumplimiento del 93% frente a los criterios establecidos.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN (CALIFICACIÓN)		NUMERO DE PROVEEDORES	PORCENTAJE DE EVALUACIÓN
Excelente	4,5 -5,0	7	8%
Bueno	3,9 -4,4	72	85%
Regular	3,0 -3,8	6	7%
No cumple	0,0 -3,0	0	0
TOTAL, PROVEEDORES EVALUADOS		85	100%

Tabla 10. Evaluación de proveedores 2024

Para los proveedores cuya calificación se encuentra en categoría "regular" (que corresponde al 7% del total), se realizó una retroalimentación detallada y se les propuso un plan de acción para cumplir con los requisitos establecidos en la evaluación de proveedores de la clínica.

Durante el año 2024 tuvimos un crecimiento significativo en los volúmenes de compra en comparación con el año 2023.



Ilustración 39 Compras 2023 - 2024

Dentro de las causales del incremento de las compras de un periodo frente a otro se encuentra que en el 2024 se incrementó la capacidad instalada en número de camas y quirófanos y la apertura del servicio de quimioterapia.

5.5 GESTIÓN AMBIENTAL

En 2024, la Clínica San Rafael de Popayán fortaleció su sistema de gestión ambiental, enfocándose en la mejora continua mediante los ciclos PHVA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar).

Esto incluyó el cumplimiento estricto del marco normativo y legislativo en materia ambiental.

Gestión Integral de Residuos Hospitalarios

Para la gestión integral de residuos, se definieron tres indicadores clave para 2024: residuos aprovechables, no aprovechables y peligrosos.

Los residuos generados en la Clínica San Rafael de Popayán se compararán entre los años 2023 y 2024, permitiendo la relación de la cantidad de material peligroso y no peligroso generado, medido en kilogramos.

En cuanto al periodo de enero a junio, es importante señalar que durante el primer semestre de 2023 no se registraron datos sobre la generación de residuos sólidos hospitalarios, ya que la clínica no estaba en funcionamiento. Sin embargo, en el primer semestre de 2024, se generaron un total de 53,150 kg de residuos sólidos hospitalarios.

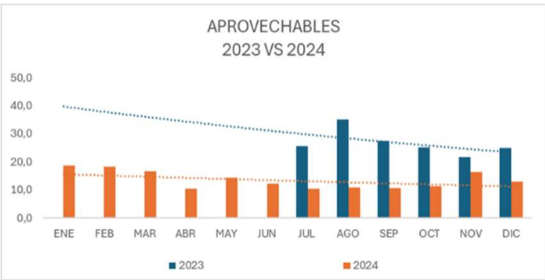


Ilustración 40 Residuos aprovechables 2023 - 2024

Para el primer semestre del año 2024 los residuos arrojaron un valor total de 53.150 Kg de residuos sólidos hospitalarios. Para ello, se estima que el 15.1 % se destinaron para actividades de aprovechamientos (Ilustración 40), gestionados y recuperados por una asociación de recicladores de oficio de la ciudad de Popayán, Cauca.

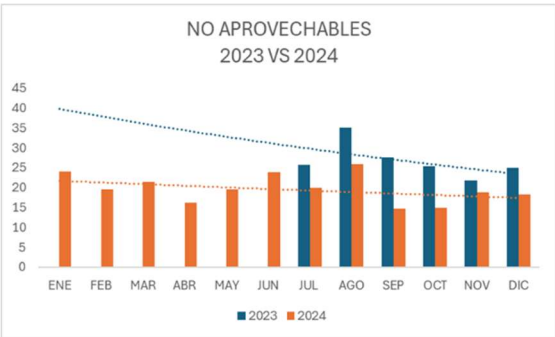


Ilustración 41 Residuos no aprovechables 2023 - 2024

Un 20.8 % corresponden a los residuos no aprovechables (Ilustración 41), los cuales son destinados por la empresa gestora de servicios públicos en el parque tecnológico ambiental Los Picachos;

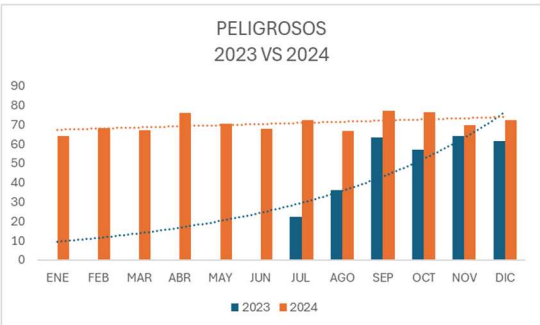


Ilustración 42 Residuos peligrosos 2023 - 2024

Del total de los residuos el 68.9% correspondiente a residuos peligrosos (Ilustración 42) como los

biosanitarios, cortopunzantes, anatomopatológicos y químicos generados dentro de la atención del paciente, estos residuos de características peligrosas son gestionadas por la empresa ASERHI los cuales, dentro de su gestión, reducen el volumen del residuo peligroso mediante incineración teniendo en cuenta las características del residuo.

Energía

La ilustración 5 nos representa la cantidad de Kilowatts (Kw) generados para el periodo 2023 y 2024, esta grafica se divide en dos la cual me define el consumo de manera semestral.



Ilustración 43 Consumo de Energía 2023 - 2024

En el primer semestre del 2023 observamos que el consumo en Kw tiene una tendencia creciente en comparativa con el consumo del 2024 (Ilustración 43), esto hace relación al consumo de maquinaria para las adecuaciones y remodelaciones en la estructura de la clínica. Para el segundo semestre 2023 observamos que los consumos se empiezan a estandarizar, así mismo se evidencia que la tendencia de consumo para el segundo semestre del 2024 se regula y se orienta a la baja.

En este sentido, se observa una tendencia decreciente en el consumo, lo cual puede atribuirse tanto a las capacitaciones sobre el uso racional y responsable del recurso, como a la transición y uso constante de los paneles solares.

Concepto sanitario:

En el mes de mayo se realizó vista por parte de Secretaria de Salud Municipal, en donde se ejecutaron actividades de inspección, vigilancia y control a los espacios de la clínica. El

cumplimiento de las condiciones sanitarias fue del 98% para un concepto favorable.

Uso de suelos:

Dentro de la gestión realizada se inició trámite para la solicitud de permiso de uso de suelo para fines hospitalarios, dicho permiso se aprueba y queda en constancia en la resolución 20241910069204 por el cual se otorga el permiso de usos de suelos con una vigencia de dos años.

5.6 GESTIÓN BIOMÉDICA

5.6.1 Adquisición de tecnología

Se incorporó, bajo la modalidad de comodato, una Torre de Artroscopia orientada a cirugías mínimamente invasivas, equipada con el sistema de videoscopia VIMS. Este equipo ofrece imágenes en alta resolución 4K, mejorando la precisión y visibilidad durante los procedimientos. Además, incluye la funda estéril de un solo uso "EndoVcover", que reduce al mínimo el riesgo de contaminación para el paciente. Esta avanzada tecnología no solo fortalece nuestros servicios, sino que también amplía nuestro portafolio, optimizando la atención y garantizando la eficiencia operativa, con el objetivo de mejorar la calidad y seguridad en cada intervención.



Ilustración 44 Adquisición de tecnología

5.6.2 Cumplimiento Metroológico

El indicador de cumplimiento metroológico para el año 2024 se cumplió en un 100%, lo que garantiza que 944 equipos biomédicos fueron verificados para asegurar que las mediciones y funciones sean precisas y estén dentro de los parámetros requeridos, previniendo posibles errores que puedan afectar los procesos operativos o resultados clínicos. Este cumplimiento asegura la precisión y fiabilidad de los equipos, lo que se traduce en beneficios directos para los servicios de la clínica, fortalecimiento la seguridad en los pacientes.

ACTIVIDAD REALIZADA	N° DE EQUIPOS
Metrología acreditada	190
Metrología por trazabilidad	367
Seguridad eléctrica	368
Calificaciones	19
Total equipos verificados	944

Tabla 11. Metrología 2024

5.6.3 Mantenimiento Preventivo

El área de Gestión de Tecnología Biomédica cuenta con tres indicadores trazadores para evaluar la gestión de la tecnología adquirida, el mantenimiento y la seguridad asociada a los equipos biomédicos.

Uno de estos indicadores está relacionado con la gestión del mantenimiento preventivo, alcanzando un cumplimiento del 94,23% para el año 2024. Durante el mes de octubre, no se logró cumplir con los mantenimientos preventivos programados para los equipos biomédicos debido a una situación operativa que impidió la ejecución de las actividades planificadas. En cuanto al año 2023, se logró un desempeño sobresaliente con la ejecución del 100% de los mantenimientos preventivos programados, según el cronograma establecido. Este logro refleja una gestión eficaz y un alto nivel de cumplimiento de las actividades planificadas.

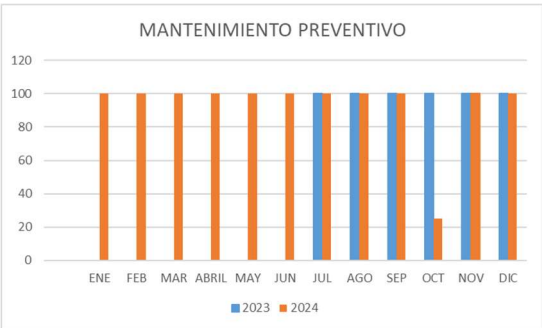


Ilustración 45 Indicador de mantenimiento preventivo

5.6.4 Mantenimiento Correctivo

Este indicador trazador se centra en el cumplimiento de las solicitudes de mantenimiento correctivo, alcanzando un 84,5%. Aunque no se logró la meta del 100%, este porcentaje es considerado alto, especialmente considerando que los procesos operativos y las garantías con los proveedores se vieron afectados por el tiempo de importación de repuestos. A pesar de estos desafíos, el indicador refleja la eficacia en la respuesta ante fallas o incidencias imprevistas, asegurando que las reparaciones se realicen de manera oportuna y efectiva para mantener la funcionalidad y seguridad de los equipos biomédicos. En el año 2023, se alcanzó un 100% de cumplimiento en los mantenimientos correctivos, ya que estos fueron menos frecuentes en comparación con 2024.



Ilustración 46 Indicador de mantenimiento correctivo

5.6.5 Programa de Tecnovigilancia

Con el objetivo de garantizar la calidad y seguridad de la tecnología en salud, se ha logrado un incremento en los reportes generados por los servicios en el marco de la búsqueda activa de

eventos e incidentes. Este aumento ha sido clave para fortalecer el programa de tecnovigilancia, ampliando su alcance y mejorando su eficacia en el monitoreo continuo de los dispositivos médicos de la Clínica. Al comparar los resultados mes a mes entre los años 2023 y 2024, se observa un incremento significativo en la detección y reporte de incidentes. Este avance facilita la gestión del riesgo, permitiendo la identificación temprana de posibles fallas latentes y la adopción de medidas preventivas para garantizar la seguridad del paciente. Para el año 2024, se lograron 100 reportes en el programa de tecnovigilancia.

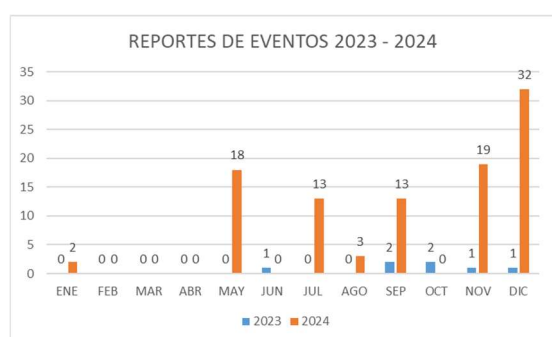


Ilustración 47 Reporte de eventos 2023 - 2024

5.7 GESTIÓN DE TECNOLOGÍA

El área de tecnología a través de la implementación de soluciones de tecnológica durante el 2024 garantizó la continuidad operativa de la clínica. Esto implica promover y consolidar el uso de tecnologías como un pilar esencial en todas las áreas, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos organizacionales, mejorando la eficiencia de los procesos y fortaleciendo la innovación en la prestación de servicios.

- En el año 2024 desde el área de tecnología se desarrolló el tablero para la visualización de pacientes que ingresan al servicio de cirugía, permitiendo que los familiares en la sala de espera conozcan el flujo del paciente una vez ingresados a cirugía.

- Dentro de los indicadores de desempeño, se incluye la disponibilidad de la infraestructura del Datacenter. Durante el año 2024, se presentaron dificultades, incluyendo caídas constantes del sistema. En respuesta a esta situación, en el mes de septiembre se incrementó la memoria de los servidores para mejorar la conectividad del software, lo que resultó en un aumento en la disponibilidad del servicio y una mejora significativa en el acceso a la historia clínica.

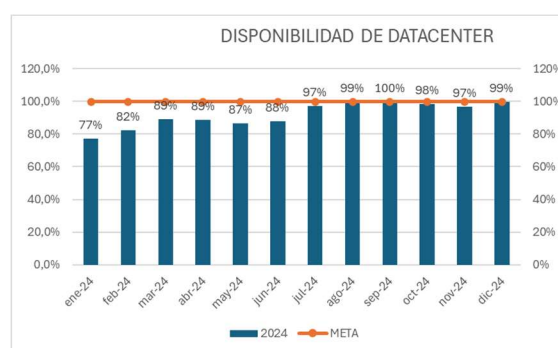


Ilustración 48 Disponibilidad del Datacenter

5.7.1 Oportunidad de respuesta de la mesa de servicio

Dentro de la gestión de Tecnología, se utiliza el sistema GLPI como herramienta para el reporte de requerimientos de todas las áreas. En relación con este indicador, que tiene como meta un 97%, los resultados reflejan que en 2024 se cumplió con dicho objetivo. Sin embargo, en los casos en que no se alcanzó el 100% de las solicitudes, esto se debió a la falta de oportunidad en la respuesta de terceros que brindan soporte a las herramientas tecnológicas.

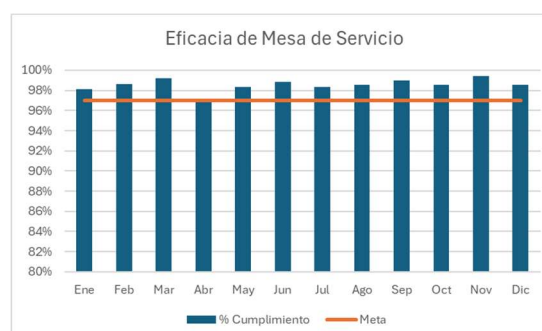


Ilustración 49 Eficiencia mesa de servicio 2024

Reportes DM&R Servinte:

Se implementaron reportes con las consultas a la base de datos que fueron requeridos por las diferentes áreas de la Clínica, mediante el reporteador de SERVINTE que se incluye dinámicamente en la plataforma de Manejo de historias clínicas y áreas administrativas, apoyando la gestión de procesos y reporte a diferentes entes de control.

5.8 GESTIÓN DE LAS COMUNICACIONES

Durante el año 2024, se implementaron diversas estrategias de comunicación para fortalecer la relación de la clínica con su comunidad y colaboradores, además de reforzar la imagen institucional.

1. **Fortalecimiento de la identidad visual de la marca:** Se trabajó en la consolidación y actualización de nuestra identidad visual, garantizando que todos los canales de comunicación reflejen coherencia y profesionalismo, a fin de mejorar el reconocimiento y la confianza en la clínica.
2. **Campañas ambientales:** La clínica brindó apoyo en la elaboración y divulgación de campañas ambientales que promueven la conciencia ecológica. Estas iniciativas incluyen la reducción de residuos, el uso eficiente de recursos y la promoción de hábitos sostenibles, involucrando tanto a pacientes como al personal.
3. **Campañas sobre participación ciudadana en salud:** Se colaboró en el desarrollo de campañas de divulgación orientadas a fomentar la participación ciudadana en temas de salud. Estas campañas incluyeron piezas

informativas, para motivar a la comunidad a involucrarse activamente en el cuidado de su bienestar.

4. **Actividades de bienestar para colaboradores:** Se apoyó en la divulgación de diversas actividades relacionadas con el bienestar y la cultura organizacional, tales como programas de salud mental y actividades recreativas. Además, se diseñaron piezas comunicacionales para vacantes de empleo, presentaciones sobre beneficios para los colaboradores y otras iniciativas que contribuyen a mejorar el ambiente laboral y la motivación interna.
5. **Educación al paciente y sus familias sobre seguridad del paciente:** A través de la colaboración en campañas educativas, se brindó apoyo en la divulgación de prácticas relacionadas con la seguridad del paciente. Se desarrollaron materiales informativos y actividades para sensibilizar a pacientes y sus familias sobre cómo prevenir riesgos durante la atención médica.
6. **Creación de nuevos canales de comunicación externa:** Se establecieron y potenciaron nuevos canales de comunicación, como redes sociales, con el objetivo de fomentar una mayor cercanía con los usuarios. A través de estas plataformas, la clínica ha facilitado la interacción directa, compartido información relevante y recibido retroalimentación valiosa para mejorar la experiencia de los pacientes.

Estas acciones han permitido no solo mejorar la imagen institucional y la relación con nuestra comunidad, sino también contribuir al bienestar general y la seguridad de nuestros pacientes y colaboradores.



06. GESTIÓN FINANCIERA

6.1 FACTURACIÓN - RADICACIÓN - RECAUDO

Durante el año 2024 se alcanza una facturación neta total de \$71.432 millones de pesos, con un 638% de ejecución respecto al año 2023, distribuida por Unidades Funcionales, así:

Unidad Funcional	Ingreso 2023	Ingreso 2024	% Participación 2024
Quirófanos	4.559	25.085	35%
Hospitalización y cuidado crítico	3.109	24.030	34%
Apoyo Diagnóstico	2.793	7.909	11%
Urgencias	739	5.642	8%
Otros	0	4.393	6%
Oncología	0	2.967	4%
Consulta Externa	0	1.278	2%
Apoyo Terapéutico	0	129	0%
Total	11.200	71.432	100%

Tabla 12. Ingreso 2023 - 2024



Ilustración 50 Ingresos por unidad funcional 2023 - 2024

La mayor participación se observa en quirófanos (35%) y en hospitalización e internación (34%), representando en conjunto el 79% del total. Este incremento se debe al aumento de la capacidad instalada, que pasó de 48 camas en 2023 a 120 camas en 2024 en hospitalización, de 13 camas en UCI en 2023 a 28 en 2024, y de 2 quirófanos en 2023 a 5 en 2024.

Respecto al Ciclo del efectivo (facturación, radicación y recaudo), a continuación, se observa que de los ingresos generados se facturó un 99.8%, Se radicó el 93% de lo facturado y se obtuvo un recaudo del 70% respecto a las facturas radicadas así:

Periodo	Cierre 2023				Periodo	Acumulado a 2024			
	Ingreso	Facturacion	Radicacon	Recaudo		Ingreso	Facturacion	Radicacon	Recaudo
Ene	-	-	-	-	Año 2023	11.200	9.305	7.893	2.406
Feb	-	-	-	-	Ene	4.130	2.442	2.300	964
Mar	-	-	-	-	Feb	3.931	4.036	2.140	6.003
Abr	-	-	-	-	Mar	4.915	3.554	5.479	1.741
May	-	-	-	-	Abr	4.897	6.204	2.988	4.549
Jun	59	37	12	-	May	5.179	6.558	9.756	8.214
Jul	354	301	28	-	Jun	6.573	6.280	4.665	5.267
Ago	1.013	821	701	3	Jul	6.946	6.783	3.453	3.217
Sep	1.389	1.285	915	223	Ago	5.985	5.936	8.756	2.015
Oct	1.815	1.992	2.112	289	Sep	5.726	5.903	6.073	3.618
Nov	2.916	2.677	2.297	650	Oct	7.299	8.758	7.409	4.252
Dic	3.663	2.190	1.829	1.243	Nov	7.169	9.059	8.485	5.062
Total	11.220	9.305	7.893	2.406	Dic	8.688	8.174	7.645	6.918
		83%	85%	30%	Total	82.652	82.483	77.041	54.217
							99,8%	93%	70%

Tabla 13. Ciclo del Efectivo 2023 - 2024

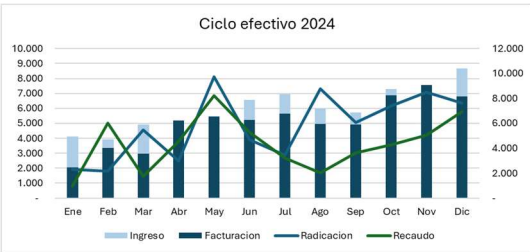


Ilustración 51 Ciclo del efectivo 2024

El presupuesto de ingresos se cumplió en un 104% para el año 2024. Al comparar la gestión de 2023 con la de 2024, se observa lo siguiente:

- En facturación, se alcanzó el 99.8% de la facturación acumulada respecto al ingreso, mejorando en 3 puntos respecto a 2023.
- En radicación, se alcanzó el 93%, representando una mejora de 21 puntos respecto a 2023.
- En recaudo, se llegó al 70%, mejorando en 39 puntos respecto a 2023. Esto permitió tener un mayor flujo de caja para garantizar el cumplimiento del presupuesto.

En cuanto a la cartera, Asmet EPS, con contrato de pago prospectivo, representa el mayor valor de cartera requerida al cierre de 2024, seguida de ADRES. Esta última representa un mayor riesgo para su recaudo debido al mayor número de días necesarios para su cobro, generando una desviación en los días de rotación de cartera.

Entre las actividades realizadas durante el año, se destaca el ajuste de los procesos del ciclo del efectivo. Se contrató una entidad para la gestión total del SOAT, Además, se implementaron opciones de inteligencia artificial para automatizar la facturación y radicación de facturas de manera automática.

6.2 GESTION AUDITORIA

6.2.1 Glosa respecto a la facturación total.

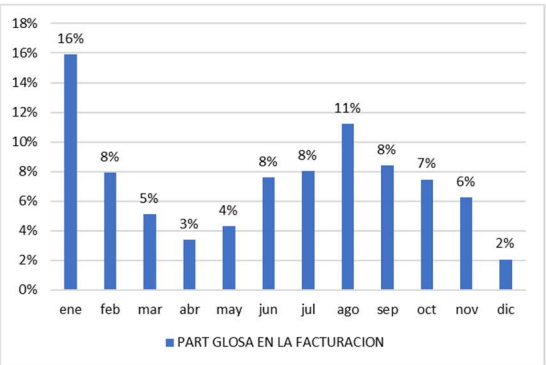


Ilustración 52 Participación glosa en la facturación 2024

En el 2024 se mantiene un promedio año de un 7%, con tendencia a la baja en el segundo semestre, en especial el último trimestre del año en el cual cierra el mes de diciembre con tan solo un 2%.

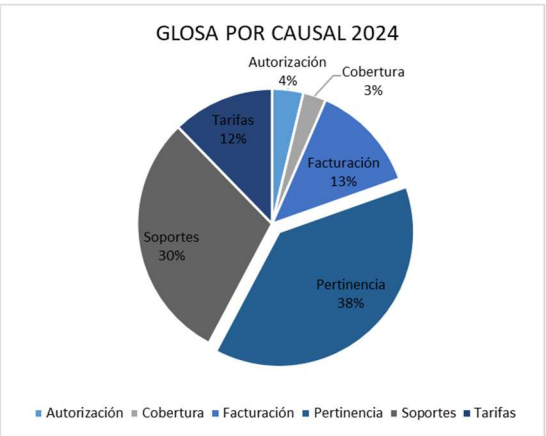


Ilustración 53 Glosa por causal 2024

La mayor causa de glosa es por pertinencia con un 38%, seguida de soportes con un 30%, el trabajo conjunto de los procesos permitió cerrar con un 2% logrando mejorar la dinámica del proceso disminuyendo así la glosa al final del periodo.

6.2.2 Oportunidad de respuesta de la glosa.

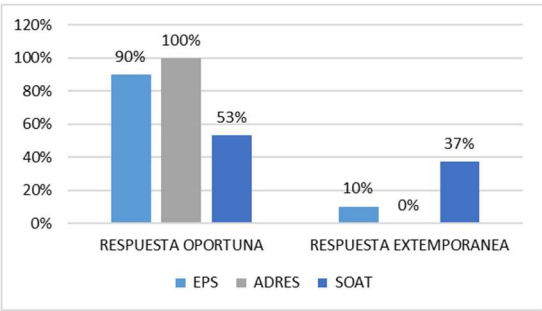


Ilustración 54 Oportunidad de respuesta glosa 2024

La oportunidad en respuesta de glosa se agrupa para cada entidad de acuerdo con la normatividad vigente (EPS: 15 días hábiles LEY 1438 2011 ARTÍCULO 57, ADRES: 60 días RESOLUCION 1236 DEL 2023, SOAT no tiene tiempo definido, sin embargo, se tomará la misma línea de tiempo del ADRES 60 días).

En el 2024 la respuesta oportuna con EPS alcanza un 90%, sin embargo, el 10% de respuesta extemporánea la EPS permitió la respuesta y fue conciliada, en lo que respecta al ADRES se contestó con la oportunidad referida, y la respuesta de la glosa del SOAT, se tercerizo el proceso mejorando la oportunidad en el segundo semestre de 2024.

6.2.3 Conciliación de la glosa

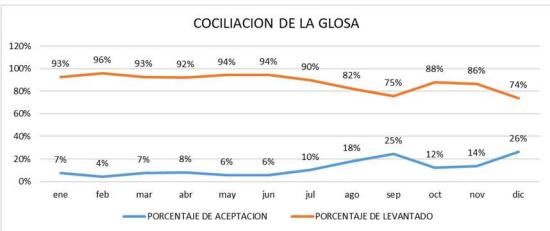


Ilustración 55 Conciliación de glosa 2024

Frente a la glosa aceptada con respecto a la levantada, en el acumulado año 2024 se concluye con un 14% de glosa aceptada por la Clínica luego del proceso conciliatorio, para el segundo semestre hay incremento en la aceptación de glosa, la cual está relacionada con la respuesta de glosa a entidades del SOAT con un 60% respecto a un 40% de otras entidades.

6.2.4 Devoluciones

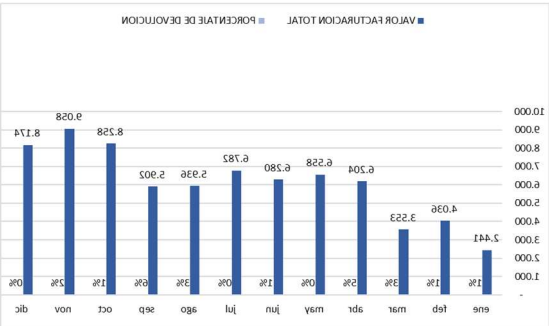


Ilustración 56 Devoluciones 2024

La devolución en promedio está por debajo del 3% mejorando en el último trimestre, con la intervención y seguimiento en los procesos mejorando la calidad en la admisión y documentación soporte. Mitigando las principales causas.

6.3. CARTERA

Dic 2024 Expresado en Millones						
Entidad	Sin Radicar	1 a 30 days	31 a 90 days	91- 180 days	> 180	Total Cartera
Asmet Salud Eps Sas	91	3.420	6.236	-	-	9.747
Adres	3.019	38	35	180	811	4.083
SOAT- Aseguradoras	1.192	392	668	576	265	3.094
Nueva Eps	89	100	2.288	-	-	2.476
Fomag	210	275	585	517	34	1.621
Vida Nova	321	764	201	74	-	1.360
Asociación Indígena Del Ca	105	-	681	-	-	786
INOOS S.A.S	76	222	142	-	-	439
HEMATO ONCOLOGOS S.A.	6	154	168	-	-	329
Otros	287	48	228	521	70	1.154
TOTAL	5.397	5.413	11.231	1.868	1.180	25.089
Part %	22%	22%	45%	7%	5%	100%

Tabla 14. Cartera 2024

Concluimos el valor de cartera luego de pagos por un total de 25,089 millones de pesos. Asmet Salud destaca como la entidad más representativa, con una cartera vencida de 90 días sobre el contrato PP. En el caso de Adres, su cartera es elevada debido a la dificultad de la radicación debido a certificados de topes SOAT y su dependencia de otras aseguradoras en su emisión. Por otro lado, Nueva EPS como tercer deudor en el año 2024 ha logrado reducir su cartera a cero para el año 2025. En cuanto al comportamiento por edades, se observa un 12% de cartera vencida superior a 90 días, lo cual refleja nuestra adecuación al impacto actual en el sector salud.

6.4. COSTOS / INGRESOS AÑO

Opera. Event vs Cost	Executed		Budget		Var
	val	%	val	%	
Opera. Event	71.433	100,00%	69.000		
Staff Costs	24.066	33,69%	21.031	31,22%	2,47%
Prof. Fees	14.347	20,08%	10.005	14,85%	5,23%
Materials	13.270	18,58%	12.371	18,37%	0,21%
Purchased Serv	5.554	7,77%	-	0,00%	7,77%
Services and Utilities	4.544	6,36%	6.828	10,14%	-3,77%
Shared Services SHCI Steward	1.979	2,77%	1.870	2,78%	-0,01%
Other Expenditures	839	1,17%	-	0,00%	1,17%
Taxes	828	1,16%	116	0,17%	0,99%
Lease	637	0,89%	1.323	1,96%	-1,07%
Maintenance	527	0,74%	1.197	1,78%	-1,04%
Insurances	300	0,42%	586	0,87%	-0,45%
Contributions and Affiliations	53	0,07%	-	0,00%	0,07%

CONCEPTO	Total Operating Expenses	Total Net Patient Revenue	EBITDA	%
EBITDA	66.832	67.325	494	1%

Tabla 15. Costos/Ingreso Año 2024

Justificación:

- El **Staff Cost** ha registrado un incremento del 2.47% en relación con el presupuesto proyectado para el período, debido a la ampliación de la capacidad instalada de la clínica.
- En **Profesional Fees** registraron un aumento del 5.23% en comparación con el presupuesto proyectado, debido a la apertura de los servicios de oncología y una nueva sala de quirófano.
- El **costo de Materiales** se mantuvo en línea con el presupuesto proyectado, a pesar del aumento en insumos y medicamentos requeridos para el servicio de oncología.

6.5 FLUJO DE CAJA

RECAUDO 2024		
CASH INFLOWS	\$	%
Portafolio Collections	\$ 52.002	99,46%
Other Collections (cashiers)	\$ 117	0,22%
Non Operational Collections		
Other Incomes	\$ 167	0,32%
TOTAL CASH RECEIPTS	\$ 52.287	100%

CASH OUTFLOWS	\$	%
Staff Expenditures	\$ 19.579	40%
Medical Fees & Profesional Fees	\$ 8.545	18%
Cost of sales, consumption, drugs, elements, QX	\$ 10.003	21%
Other Expenses	\$ 10.424	21%
TOTAL OPERATING DISBURSEMENTS	\$ 48.551	100%

OPERATING CASH FLOW (promedio)	\$	3.736
Capex	\$	1.065
FINANCING		
Capital payments	\$	6.712
Interest payments	\$	2.305
Payments for Collaboration Agreement	\$	709
ENDING BANK CASH 2024	\$	193

Tabla 16. Flujo de caja 2024

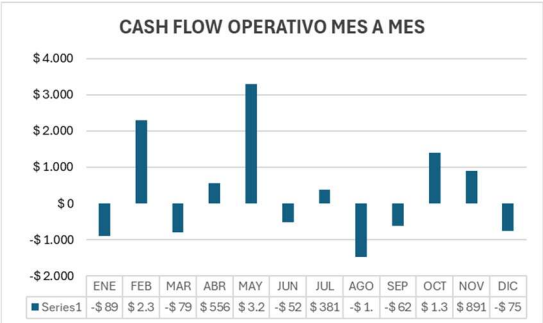


Ilustración 57 Flujo de caja mes a mes 2024

6.6 ESTADOS FINANCIEROS

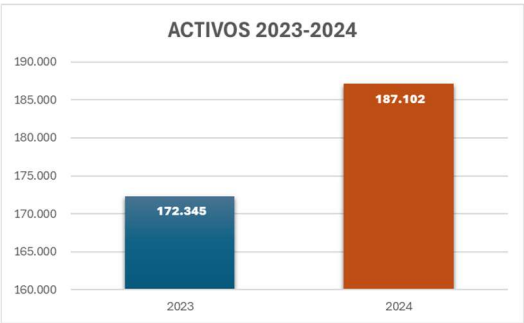


Ilustración 58 Activos 2023 - 2024

El aumento del activo se concentra en las cuentas por cobrar que aumentaron en un 70%, por el incremento en las ventas y por las cuentas por cobrar pendientes, seguido de los inventarios que aumentaron en un 55%, debido a un aumento en la operación de la clínica, se muestra cambios significativos en las cuentas del balance, que muestra variaciones positivas significativas en la operación de la clínica.



Ilustración 59 Pasivos 2023 - 2024

El pasivo crece el 34% por concepto de deuda con proveedores teniendo en cuenta el aumento de la compra de bienes y servicios para atender la operación.



Ilustración 60 Patrimonio 2023 - 2024

En el año 2024, el patrimonio de la clínica disminuyó debido a un resultado operacional negativo de -17.644. Este resultado impactó de manera directa y significativa el patrimonio de la organización, no obstante, disminuye la pérdida respecto al año anterior.

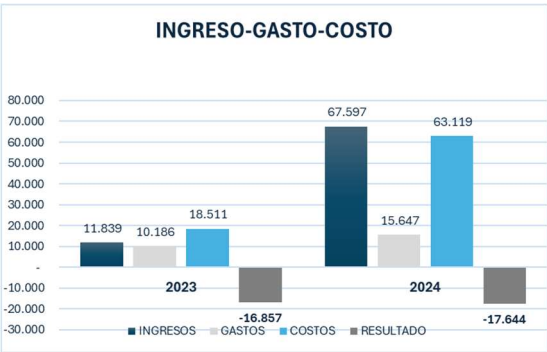


Ilustración 61 Ingreso - gasto - costo 2023 - 2024

06

Para el año 2024, los Ingresos aumentaron significativamente en un 471%, respecto a 2023 mostrando un crecimiento positivo. Los gastos: también aumentaron, pero a un ritmo menor que los ingresos, con un incremento del 53.6%, en tanto que los Costos, tienen un aumento del 241%, explicado en los costos operativos que permiten realizar la operación de la clínica.

Frente al resultado: presenta un aumento del 4.67% con respecto al año anterior.



CLÍNICA SAN RAFAEL DE POPAYÁN S.A.S.
Estados Separados de Situación Financiera
 Al 31 de diciembre de 2024
 (Con cifras comparativas al 31 de diciembre de 2023)
 (Expresados en miles de pesos)

	NOTA	31 de Diciembre de 2024	31 de Diciembre de 2023
Activos			
Efectivo	20	193.310	673.112
Deudores comerciales y otras cuentas por cobrar	19	22.413.840	8.298.792
Cuentas por cobrar a vinculadas	16	468.750	271.507
Inventarios	18	5.046.325	2.270.965
Activos no financieros	22	1.674.741	193.450
Activos por impuestos corrientes	14	-	102.481
Total activo corriente		\$ 29.796.966	11.810.307
Cuentas por cobrar a vinculadas	16	1.118.316	1.028.316
Inversiones en subsidiaria	17	1.768.998	2.035.071
Propiedades y equipo	21	154.132.194	157.076.606
Activo por derecho de uso	21	285.217	395.623
Total activos no corrientes		\$ 157.304.725	160.535.616
Total activos		\$ 187.101.691	172.345.923
Pasivos			
Préstamos y obligaciones	23	2.035.240	7.540.761
Acreedores comerciales y otras cuentas por pagar	24	33.158.355	13.562.939
Pasivos por impuestos corrientes	14	533.675	-
Beneficios a empleados	26	2.897.083	821.965
Provisiones	25	3.545.061	-
Pasivos No financieros	15	1.676.699	226.098
Total pasivos corrientes		\$ 43.846.113	22.151.763
Préstamos y obligaciones	23	39.202.905	33.160.238
Pasivos por impuestos diferidos	14	7.864.001	7.728.759
Total pasivos no corrientes		\$ 47.066.906	40.888.997
Total pasivos		\$ 90.913.019	63.040.760
Patrimonio	27		
Capital Emitido		6.131.845	6.131.845
Prima en colocación de acciones		115.429.143	115.429.143
Superavit método de participación		(237.037)	(237.037)
Resultados de ejercicios anteriores		(27.613.618)	(10.756.904)
Resultado ejercicio		(17.643.726)	(16.856.714)
Otros resultado integral		20.122.065	15.594.830
Total patrimonio		\$ 96.188.672	109.305.163
Total pasivo y patrimonio		\$ 187.101.691	172.345.923

Las notas adjuntas son parte integral de los estados financieros separados.


 Firmado digitalmente
 por Andrés Felipe Peña
 Vanegas
 Fecha: 2025.04.11
 00:02:06 -05'00'

Andrés Felipe Peña Vanegas
 Representante Legal


 Firmado digitalmente
 por Diana Liseth
 Criollo Vallejo
 Fecha: 2025.04.11
 00:13:05 -05'00'

Diana Liseth Criollo Vallejo
 Contadora Pública (*)
 T.P. 261596 - T


 Firmado digitalmente
 por LINA MARIA CORTES
 Rico
 Fecha: 2025.04.11
 22:01:01 -05'00'

Lina María Cortés Rico
 Revisor Fiscal
 T.P. 255841-T
 Miembro de KPMG S.A.S.

(Véase mi informe del 10 de abril de 2025)

(*) Los suscritos Representante Legal y Contadora Pública certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en estos estados financieros separados y que los mismos han sido tomados fielmente de los libros de contabilidad de la Compañía.



CLÍNICA SAN RAFAEL DE POPAYÁN S.A.S.

Estados Separados del Resultados

Por el año que terminó el 31 de diciembre de 2024

(Con cifras comparativas por el año que terminó el 31 de diciembre del 2023)

(Expresados en miles de pesos)

Años terminados el 31 de Diciembre de:	NOTA	2024	2023
Ingresos de actividades ordinarias	7	70.393.892	11.219.651
Rebajas y Descuentos	7	(3.553.358)	(265.607)
Ingresos de actividades ordinarias, neto		66.840.534	10.954.044
Costo de prestación de servicios	8	(63.118.886)	(18.510.592)
Utilidad bruta		\$ 3.721.648	(7.556.548)
Otros ingresos	10	130.802	44.177
Gastos de administración	11	(11.007.111)	(7.406.299)
Otros gastos	13	(4.373.498)	(47.947)
Participación en el resultado de la subsidiaria	17	(266.073)	(127.892)
Resultado operacional		\$ (11.794.232)	(15.094.509)
Ingresos financieros	9	625.413	819.888
Costos financieros	12	(5.117.767)	(2.607.245)
Utilidad antes de impuesto a las ganancias		\$ (16.286.586)	(16.881.866)
Impuesto a las ganancias	14	(1.357.140)	25.152
Resultado del período		\$ (17.643.726)	(16.856.714)

Las notas adjuntas son parte integral de los estados financieros separados.

Firmado digitalmente por
Andrés Felipe Peña
Vanegas
Fecha: 2025.04.11
00:03:45 -05'00'

Andrés Felipe Peña Vanegas
Representante Legal (*)

Firmado digitalmente por
Diana Liseth Criollo Vallejo
Fecha: 2025.04.11 00:11:00
-05'00'

Diana Liseth Criollo Vallejo
Contadora (*)
T.P. 261596-T

Digitally signed by
LINA MARIA CORTES
Date: 2025.04.10
23:43:11 -05'00'

Lina María Cortés Rico
Revisor Fiscal
T.P.255841-T
Miembro de KPMG S.A.S.

(Véase mi informe del 10 de abril de 2025)

(*) Los suscritos Representante Legal y Contador Público certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en estos estados financieros y que los mismos han sido tomados fielmente de los libros de contabilidad de la Compañía.

CLÍNICA SAN RAFAEL DE POPAYÁN S.A.S.
Estados Separados de Cambios en el Patrimonio
 Por el año que terminó el 31 de diciembre de 2024
 (Con cifras comparativas por el año que terminó el 31 de diciembre del 2023)
 (Expresados en miles de pesos)

Nota	Capital social	Prima en colocación de acciones	Resultado del Ejercicio	Otro Resultado Integral	Resultados de ejercicios anteriores	Superávit método de participación	Total patrimonio	
Saldo inicial a) 1 de enero de 2023	27	\$ 4.891.595	91.864.390	(7.819.528)	-	(2.937.376)	(237.037)	85.762.044
Cambios en el patrimonio:								
Incremento de Aportes Sociales		1.240.250	23.564.753	-	-	-	-	24.805.003
Traslado de resultado acumulado		-	-	7.819.528	-	(7.819.528)	-	(1)
Revaluación edificio		-	-	-	23.448.787	-	-	23.448.787
Resultado del periodo		-	-	(16.856.714)	-	-	-	(16.856.714)
Impuesto diferido		-	-	-	(7.853.957)	-	-	(7.853.957)
Total contribuciones y distribuciones		6.131.845	115.429.143	(16.856.714)	15.594.830	(10.756.904)	(237.037)	109.305.163
Saldo al 31 de diciembre de 2023		6.131.845	115.429.143	(16.856.714)	15.594.830	(10.756.904)	(237.037)	109.305.163
Cambios en el patrimonio:								
Traslado de resultado acumulado		-	-	16.856.714	-	(16.856.714)	-	-
Resultado del periodo		-	-	(17.643.726)	-	-	-	(17.643.726)
Revaluación edificio		-	-	-	4.662.477	-	-	4.662.477
Impuesto diferido		-	-	-	(135.242)	-	-	(135.242)
Saldo al 31 de diciembre de 2024		\$ 6.131.845	115.429.143	(17.643.726)	20.122.065	(27.613.618)	(237.037)	96.188.672

Las notas adjuntas son parte integral de los estados financieros separados.


 Firmado digitalmente por
 Andrés Felipe Peña
 Vanegas
 Fecha: 2025.04.11
 00:04:50 +05'00'

Andrés Felipe Peña Vanegas
 Representante Legal Principal (*)


 Firmado digitalmente por
 Diana Liseth Criollo
 Vallejo
 Fecha: 2025.04.11
 09:11:55 +05'00'

Diana Liseth Criollo Vallejo
 Contadora Pública (*)
 T.P. 261596 - T


 Firmado digitalmente por
 Lina María Cortés Rico
 Fecha: 2025.04.10
 21:43:20 +05'00'

Lina María Cortés Rico
 Revisor Fiscal
 T.P. 255841 - T
 Miembro de KPMG S.A.S.
 (Véase mi informe del 10 de abril de 2025)

(*) Los suscritos Representante Legal y Contadora Pública certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en estos estados financieros separados y que los mismos han sido tomados fielmente de los libros de contabilidad de la Compañía.

CLÍNICA SAN RAFAEL DE POPAYÁN S.A.S.
Estados Separados de Flujos de Efectivo
 Por el año que terminó el 31 de diciembre de 2024
 (Con cifras comparativas por el año que terminó el 31 de diciembre del 2023)
 (Expresados en miles de pesos)

Años terminados el 31 de diciembre de:	Nota	2024	2023
Conciliación entre el resultado del ejercicio y el efectivo neto usado en las actividades de operación			
Resultados del periodo		(17.643.726)	(16.856.714)
Depreciación	21	8.156.438	3.816.093
Amortización intangibles	22	763.845	84.289
Amortización NIIF 16	21	110.406	64.404
Pérdida por método de participación	17	266.073	127.892
Deterioro de cartera	19	1.713.263	429.939
Intereses causados con vinculadas	16	(110.667)	(133.906)
Provisiones	25	3.545.061	-
Intereses causados	23	4.667.855	2.314.363
Gastos impuesto renta	14	1.357.140	(25.152)
Cambios en activos y pasivos operacionales			
Deudores comerciales y otras cuentas por cobrar	19	(15.828.311)	(8.676.079)
Inventarios	18	(2.775.360)	(2.270.965)
Activos no financieros	22	(1.571.408)	4.244.488
Acreedores comerciales y otras cuentas por pagar	24	19.595.416	9.747.271
Beneficio a empleados	26	2.075.118	724.778
Pasivos no financieros	15	1.450.601	48.251
Efectivo provisto por (usado en) actividades de la operación		5.771.745	(6.361.048)
Impuesto a la renta pagado	14	(720.984)	(194.074)
Flujo neto de efectivo provisto por (usado en) las actividades de operación		5.050.761	(6.555.122)
Actividades de Inversión			
Adquisición de propiedades y equipo	21	(549.549)	(34.374.709)
Adquisición de intangibles	22	(673.728)	(202.292)
Préstamos con compañías vinculadas	16	(213.290)	(228.051)
Recaudos relacionados con préstamos	16	-	243.051
Intereses recibidos	16	36.714	9.374
Flujo neto de efectivo usado en las actividades de inversión		(1.399.853)	(34.552.627)
Actividades de financiación			
Constitución de préstamos	23	3.929.481	17.737.027
Capitalizaciones	27	-	24.805.003
Pagos relacionados con préstamos	23	(6.376.078)	(1.757.077)
Intereses pagados de préstamos	23	(1.542.180)	(2.314.363)
Pago pasivo por arrendamiento	23	(96.588)	(51.079)
Intereses pagados NIIF16	23	(45.344)	-
Flujo neto de efectivo (usado en) provisto por las actividades de financiación		(4.130.709)	38.419.511
Variación neta del efectivo		(479.801)	(2.688.237)
Efectivo al principio del año		673.112	3.361.349
Efectivo al final del año		193.310	673.112

Las notas adjuntas son parte integral de los estados financieros separados.


 Firmado digitalmente por
 Andrés Felipe Peña Vanegas
 Fecha: 2025.04.11
 00:04:22 -05'00'

Andrés Felipe Peña Vanegas
 Representante Legal Principal (*)


 Firmado digitalmente por
 Diana Liseth Criollo Vallejo
 Fecha: 2025.04.11
 00:12:26 -05'00'

Diana Liseth Criollo Vallejo
 Contadora Pública (*)
 T.P. 261596 - T


 Firmado digitalmente por
 Lina María Cortés Rico
 Fecha: 2025.04.11
 00:12:26 -05'00'

Lina María Cortés Rico
 Revisor Fiscal
 T.P. 255841 - T
 Miembro de KPMG S.A.S.
 (Véase mi informe del 10 de abril de 2025)

(*) Los suscritos Representante Legal y Contadora Pública certificamos que hemos verificado previamente las afirmaciones contenidas en estos estados financieros separados y que los mismos han sido tomados fielmente de los libros de contabilidad de la Compañía.



Clínica San Rafael de Popayán

UN HOSPITAL DE LA FAMILIA STEWARD